



Compte-rendu de la séance du 30 septembre 2015

Approuvé le 15 décembre 2015

PARTICIPANTS

Membres de la Commission :

M Olivier BALLAND
Mme Françoise BOUTOT
Mme Hélène CHAPPUY
Mme Armelle Marie DARAGON
Mme Corinne LOCATELLI-JOUANS
M Alain MARGENET
M Raphaël PASSEMARD
M François PONS
M Alain PUIDUIPIN
M François RAINERI
M Benoit VIVIEN
Mme Nadine WEISSLEIB

Membres de la commission excusés :

M Pierre CARLI
M Didier CREMNITER
Mme Magali DESCHOUVERT
M François DUCROCQ
M Marc GIROUD
Mme Catherine LEPORT
M Henri JULIEN

Participants de l'EPRUS :

M. Bertrand LE ROUX
M Laurent THEVENIAUD

Ordre du jour réalisé

- I. Approbation du compte-rendu du 30 juin 2015
- II. Suite du questionnaire PSM2
 - Réflexion globale sur le contenu des malles du PSM2
 - Lot de radiocommunication du PSM2
 - Mise en place d'un groupe de travail « Médicaments & DM/S »
- III. Présentation du « PSM maritime » du Havre
- IV. Spécificités des respirateurs de transport
- V. Démonstration de l'outil de gestion partagé des moyens tactiques
- VI. Point d'étape
 - Lot pédiatrique zonal
- VII. Questions diverses

Le quorum est atteint avec 12 membres.

La séance, présidée par M. le Dr PUIDUPIN, est ouverte à 10h34.

M. MEUNIER remercie les membres de leur participation, de leur assiduité et du travail accompli. Il remercie les membres pour l'organisation trouvée qui permet à la fois un travail efficace dans les sous-groupes et d'admettre des non membres à participer à l'élaboration des propositions avec ensuite une validation par la commission.

Il ajoute ensuite quelques éléments d'actualité pour l'EPRUS avec notamment sa fusion prochaine avec deux autres agences, l'InVS et l'INPES, au sein d'une nouvelle agence : l'Agence nationale de santé publique. La date de création se situera au 1^{er} mars 2016. Il rajoute qu'au regard des missions spécifiques de l'EPRUS, l'entité avec la réserve sanitaire et l'établissement pharmaceutique sera conservée mais associée à l'entité « alerte » de l'INVS pour former un ensemble un peu plus grand que l'EPRUS actuel, donnant ainsi une vraie cohérence, au sein d'une même direction, au traitement de l'alerte, la préparation et la réponse aux urgences sanitaires. Il complète ses propos en indiquant que le logo EPRUS sera conservé mais qui signifiera Equipe de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires.

Concernant le devenir des commissions spécialisées, le nouveau directeur général souhaite rebattre les cartes puisque chaque agence a actuellement ses propres groupes de travail, commissions... créés par des textes différents, des décrets ou non, avec des membres qui ont été nommés par la ministre ou pas. L'idée retenue est d'aligner ces commissions sur le même modèle dont les membres seraient directement nommés par le futur directeur général, par mesure de simplification, de façon à ne pas avoir à remonter jusqu'à la ministre, à chaque fois que quelqu'un quitte une commission. L'important pour l'EPRUS est de conserver une commission telle qu'elle fonctionne aujourd'hui et qui apporte une vraie expertise et un traitement efficace des dossiers transmis. Il rajoute qu'il est important de garder un tel niveau de compétences et un bon niveau de représentation dans la nouvelle commission. Il indique enfin que les différents sujets à l'ordre du jour montrent l'importance du travail et la diversité des sujets et qu'en conséquence l'EPRUS proposera au préfigurateur de pouvoir maintenir en l'état la commission formée.

Il poursuit en indiquant que l'EPRUS continue de s'ouvrir aux territoires et qu'à cet égard le projet de loi-santé mentionne deux dispositions importantes qui vont permettre d'accroître l'activité de l'établissement :
- d'une part, la possibilité sera dorénavant donnée au directeur général d'ARS de mobiliser directement la réserve sanitaire sans avoir besoin de passer par un arrêté de la ministre lorsqu'il s'agit de crises locales, ne nécessitant pas la mobilisation de réservistes salariés, mais seulement de retraités ou de sans-emploi,
- d'autre part, en termes de bénéficiaires, l'EPRUS pourra placer des réservistes auprès d'établissements médico-sociaux et non plus seulement auprès des établissements de santé. Il cite l'exemple d'épisodes de canicule où il y a un vrai champ d'intervention pour les réservistes sanitaires, auprès des EPHAD et autres établissements sociaux.

Il rajoute que l'ouverture est aussi pour l'EPRUS à l'interministériel puisque l'EPRUS travaille de plus en plus avec le service de santé des armées, avec la sécurité civile, avec le centre de crise du quai d'Orsay... et à l'international puisque le modèle français de l'EPRUS commence à être connu et surtout à intéresser. Il précise avoir été auditionné au début de l'été par un panel de haut niveau du secrétariat général de l'ONU, qui souhaitait savoir comment fonctionnait le système français et que par ailleurs l'EPRUS a été directement mobilisés récemment par l'OMS pour intervenir à la Dominique. Il rajoute à ce titre que l'EPRUS travaille beaucoup avec la sécurité civile sur la mise en place d'une réserve sanitaire à l'échelle de l'Union européenne et avoir intégré un consortium Expertise France pour un projet européen sur la gestion régionale des pandémies en Afrique de l'ouest.

Il conclut en indiquant que l'ordre du jour reflète bien l'activité de la commission, ce qu'on attend d'elle. Plusieurs dossiers ont été bouclés, comme le lot polyvalent PSM1 pour lequel l'EPRUS est dans l'attente de la validation finale par notre tutelle ou encore le travail sur les spécifications des EPI à visée NRBC.

Concernant ce dernier dossier, ce travail a permis de fournir des éléments techniques à RESAH Ile-de-France qui a lancé un marché de 13 lots. Les établissements de santé intéressés peuvent d'ores et déjà passer par ce marché pour s'équiper en EPI à visée NRBC.

D'autres dossiers sont en cours et seront évoqués aujourd'hui : le lot zonal pédiatrique, le renouvellement des lots de radiocommunication, les suites du questionnaire PSM2, le devenir des respirateurs de transports... D'autres sujets doivent également être évoqués : la mise en place du logiciel de gestion des stocks tactiques et une présentation du PSM maritime par un représentant du Havre.

I- Approbation du compte-rendu du 30 juin 2015

Le Président remercie le directeur général pour cette introduction et les membres pour leur fidélité et surtout merci pour tout le travail qui a été lancé, pour lequel on mesure le niveau d'engagement de chacun, avec des avis qui ont permis de progresser. Il propose de débiter l'ordre du jour par l'approbation du compte-rendu de la commission du 30 juin 2015.

Mme CHAPPUY souhaite une correction du paragraphe sur la pédopsychiatrie page 25 en mentionnant « 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 ».

Le Président acquiesce et indique que cette demande de modification a été prise en compte.

Le compte-rendu du 30 juin 2015 est approuvé à la majorité absolue.

II- Suite du questionnaire PSM2

M. THEVENIAUD propose de passer au plan d'action suite au questionnaire PSM2 diffusé en juin et indique qu'un diaporama va être proposé.

M. MARGENET indique avoir repris dans un diaporama les différentes problématiques identifiées à la réunion précédente pour faire suite aux réponses qui avaient été faites par les détenteurs de PSM 2 au questionnaire en essayant de proposer à la commission des solutions adaptées. Tout d'abord, il rappelle la forte participation à ce questionnaire, puisqu'à ce jour un seul SAMU n'a pas répondu, mais la réponse est en voie de finalisation.

Il débute le diaporama en reprenant les différents items et les éventuelles propositions :

- "Le PSM2 est-il adapté ?" : 13 SAMU ont répondu oui, 8 non. Il précise que les motivations pour répondre « non adapté » étaient hétérogènes : moyens humains insuffisants, difficultés de répartition de médicaments,... Il propose donc une réflexion qualitative et quantitative par rapport aux moyens nécessaires.

- "Composition et répartition des moyens" : Le PSM 2 avait un but essentiellement traumatologique permettant de traiter cinq cents victimes. A ce jour, la doctrine est toujours la même mais il faut adapter la composition à la mise en œuvre du plan zonal de mobilisation et à de nouvelles situations sanitaires exceptionnelles : spécificités particulières des risques NRBC, situations d'agglomérations où la menace est plus importante, ...

- « équipement de radiocommunication » : 19 SAMU détenteurs d'un PSM2 ont conservé leur lot de radiocommunication, 2 ou 3 l'ont rendu pour des raisons d'organisations locales ou en raison des coûts de maintenance élevés. La très grande majorité des établissements pense qu'un réseau autonome en cas de crise est absolument nécessaire, il convient donc de maintenir ce réseau mais sans doute de faire des propositions d'évolution. Il est proposé la création d'un groupe de travail d'experts car on a 3 stratégies à ce jour différentes à proposer : poursuivre avec les lots actuels Motorola, proposer d'évoluer vers le système ANTARES ou proposer d'acheter de nouveaux lots plus modernes (type Motorola plus neufs ou une autre marque).

Concernant les lots actuellement en place, ils doivent être maintenus en conditions opérationnelles,

puisque nous ne disposons pas d'autres solutions actuellement. Pour cela, un marché national pour des prestations de maintenance dans lequel pourront s'inscrire les SAMU va être lancé au 4^e trimestre 2015.

- « missions opérationnelles » : l'enquête a montré que les lots PSM étaient mobilisés régulièrement et que finalement leur utilisation n'était pas quelque chose d'exceptionnel. La participation à des missions opérationnelles concerne 15 SAMU sur les 21 SAMU détenteurs de PSM2 même si ce n'est pas l'intégralité du PSM qui bouge. Par contre, l'utilisation des groupes électrogènes et le montage de la tente restent exceptionnels.

Plusieurs questions sont à étudier :

-La question principale qui reste posée pour l'avenir est la capacité de projection par les établissements du PSM. Si les détenteurs de PSM 2 indiquent pouvoir transporter leurs lots grâce à la logistique hospitalière, il faut vérifier si le transport concerne un ou deux lots polyvalents avec le camion de l'hôpital ou bien l'intégralité des malles (162 malles) soit plusieurs mètres cubes et plusieurs tonnes de moyens...

-La 2^{nde} question est « Faut-il demander absolument aux SAMU détenteurs de PSM2 de transporter **dans les deux heures** l'intégralité des quatre lots polyvalents et des deux lots principaux et dans quel(s) but(s) ? »

Il indique que ce délai de 2 heures est très court même pour un établissement qui dispose de moyens de projection comme Créteil. Quel délai peut-on exiger des SAMU détenteurs de PSM 2 pour mobiliser leurs lots sachant que certains n'ont pas l'habitude, n'ont ni les camions ni le plan de chargement.

Pour essayer de répondre, il recommande qu'un petit groupe se déplace voir quelques collègues de SAMU dans certaines agglomérations avec des spécificités particulières comme Lyon (agglomération importante avec des zones à risques élevés), Lille (grande expérience de la mobilisation extra-métropolitain, notamment avec la Belgique), Le Havre (présence d'un PSM maritime dans une zone potentiellement à risques qu'est la mer du Nord) et Reims (PSM 2 d'un CHU de taille moyenne qui se trouve entre Strasbourg et Paris). Une fois ceci réalisé, le groupe vous fera un compte rendu et nous verrons quelles seront les décisions à prendre, ceci est d'autant plus important que la France accueille l'Euro 2016 signifiant que les PSM2 seront sans doute en partie mobilisés par les SAMU. Il indique qu'il serait souhaitable de disposer, tout du moins pour partie, de réponses pour le mois de décembre, aussi bien pour la composition des lots de radiocommunication que des propositions de doctrine de transports avec par exemple des règles de bonnes pratiques de transports des produits froids (pratique hétérogène à ce jour dans les SAMU).

Alain MARGENET reprend le fil du diaporama avec :

- « stockage-transport en oxygène » : il indique qu'il n'est pas évident que chacun ait gardé les lots d'oxygène nécessaires au PSM2 telle que demandé dans la liste décrite il y a une quinzaine d'années.

- « adaptation aux risques » : la question posée était « Considérez-vous que le PSM2 soit adapté aux risques ? » et les réponses comme vu en supra étaient partagées. Aussi, A MARGENET propose de créer un groupe de travail dont le président pourrait être Benoit VIVIEN pour réfléchir à partir de la liste qualitative et quantitative du PSM à une réactualisation des produits en fonction de l'état de l'art, en termes d'anesthésie, réanimation, médecine d'urgence et de nouvelles situations à prendre en compte.

Il conclut en mentionnant :

- les acquis : l'actualisation du lot polyvalent, le renfort zonal en lots pédiatriques mobiles (capacité de transporter sur une remorque dix ou onze malles maximum).

- les propositions : le non renouvellement de l'électronique des PSM arrivant à obsolescence sans qu'on ne s'en soit jamais servi, le futur système de communication autonome en cas de catastrophe, la composition du PSM 2 (via le GT de B Vivien) ainsi que les critères déterminant sa mobilité c'est-à-dire que la commission aura comme responsabilité de réfléchir par rapport à la doctrine sur ce qu'on demande aux SAMU détenteurs de PSM 2 de mobiliser dans les deux heures, sachant que la capacité de mobilisation en personnel est forcément en rapport avec le personnel dont on dispose sur le moment (transport complet ou partiel des malles).

Le Président remercie Alain MARGENET pour le travail effectué. Il indique qu'il faut répondre aux collègues des SAMU qui ont fait part d'interrogations dans l'enquête, même s'il y a des incertitudes, en particulier sur

la capacité de mobilisation. Il rappelle la nécessité absolue de mobilité des moyens et la nécessaire fixation d'un niveau d'alerte à fixer c'est à dire dans quel délai les professionnels doivent répondre ou pas. Ces éléments vont dimensionner les capacités de réponse dans un cadre raisonnable. L'enquête sur quatre SAMU très différents dans leurs besoins va permettre de dire dans leur fonctionnement comment il est possible de s'organiser pour donner cette réponse-là. Il ajoute attendre beaucoup de cette démarche et de cette visite à nos confrères pour voir comment on peut mobiliser les lots. En tant que militaire, il rappelle que la capacité de mobilisation a son importance primordiale et que les militaires fonctionnent souvent en lots de projection initiale permettant une réponse quasi immédiate et qu'ensuite ils échelonnent la réponse. Il y a quelque chose à formaliser sur ce sujet, de façon à ce que l'on ait une demande à vérifier sur une projection dite « initiale », mais pas dans un délai immédiat donc plutôt dans un délai juste en arrière, par rapport à un niveau de besoins, avec un fonctionnement en réseau que l'on a instauré. Si l'on a pu obtenir une capacité de projection, les renforts pourront se faire. Il confirme tout l'intérêt de ce travail et demande à M MARGENET son calendrier.

M. MARGENET répond que pour le lot de radiocommunication des préconisations peuvent être apportées pour la fin d'année. Le GT aura pu se réunir d'ici là et faire les préconisations qui lui sembleront les plus cohérentes par rapport au système existant. Concernant la commission relative à la composition des PSM 2 et dans le cas où B Vivien accepterait la présidence du GT, il indique que le travail sera à beaucoup plus long terme et qui doit s'inscrire dans la permanence c'est-à-dire que tenir compte régulièrement en fonction de l'évolution des recommandations, des règles de bonnes pratiques ou de l'état de l'art. Actuellement, des modifications importantes sont à réaliser car la liste n'a pas été actualisée depuis trop longtemps imposant aux pharmaciens des acquisitions de produits plus référencés dans l'établissement car la technique est dépassée. Il considère que ce GT doit donc être permanent pour permettre une actualisation rapide des listes.

Le Président rajoute qu'en effet la commission avait statué en plénière sur la liste du PSM 1 en passant la liste en revue ce qui n'était sans doute pas la meilleure méthode. Il ajoute que ce travail d'actualisation nécessite du temps et un travail de profondeur qui peut être réalisée par la mise en place d'un GT permanent qui statue sur des évolutions de manière régulière (tous les six mois par ex.) et qui fait des propositions afin de les proposer à la tutelle qui en dispose. Il complète en disant que ce temps de travail administratif peut paraître long mais qu'il est indispensable pour que tout se fasse de manière très solide. Il rappelle en conclusion de ses propos la nécessité de réviser de fond en comble la dotation PSM2 (et donc PSM1). S'agissant d'un travail colossal, il suggère que B Vivien ait un appui car l'actualisation doit se faire à la lueur des menaces qui ont évolué, à la lueur des progrès techniques, des procédures actuelles des établissements... afin de proposer à la tutelle des documents actualisés.

M. VIVIEN accepte la présidence du groupe et indique qu'il associera d'autres membres de la commission, et de l'aide extérieure. Il considère comme fondamental de définir la doctrine d'utilisation de ces moyens PSM1 et PSM2 car cela va conditionner leur composition qualitative et quantitative : s'agira-t-il de quelque chose de très à l'avant ? en renfort des structures hospitalières ? peut-être faudra-t-il utiliser les deux ? Il indique qu'il faudra définir la composition des malles de façon à ce que ce soit très pratique à utiliser. Il mentionne un premier critère pour la composition avec 2 possibilités :

- soit une malle, un renfort avec un seul type de matériel, et dans ce cas on étale tout sur le terrain, en étant obligés de prendre une malle à chaque fois,
- soit une malle en kit, qui permet de faire tout un lot de victimes.

Le travail fondamental devra se faire en parallèle avec la doctrine : quels objectifs d'utilisation ?

Le Président indique qu'il ne faut pas attendre des évolutions majeures en termes de doctrine, en dehors du fait qu'il s'agit d'une base de 25 UA adaptée aux menaces. Il ajoute que les menaces sont variables, mais comme par expérience de mobilisation au niveau militaire, quand on a des caisses trop polyvalentes, elles ne correspondent pas forcément à la dominante de l'agression et quand elles ne le sont pas assez, on est obligé de tout étaler. C'est une difficulté ; la solution consistant à disposer de systèmes de kits qui permettent, dès qu'on ouvre la malle, d'avoir une capacité rapide de disposer de tout le matériel regroupé

par thème mais ces kits sont un peu l'enfer pour les pharmaciens, à cause de leur actualisation. Il suggère de trouver le juste milieu entre tout cela pour permettre de traiter 25 UA, à dominante traumatologique, quoi qu'il arrive.

M. MARGENET souhaite ajouter que le PSM 2, dans la doctrine, est également destiné à du renfort hospitalier. Il cite l'exemple de l'inondation de l'hôpital de Nîmes où a été envoyé un lot principal pour renforcer l'hôpital. Cette mission fait partie du PSM2, donc il est nécessaire de garder, quelque part, une grosse capacité de renfort.

M. VIVIEN confirme cette dualité d'utilisation, à la fois à l'avant et en renfort hospitalier. Il indique toutefois que ce n'est pas la même cinétique avec des critères très différents.

Le Président propose donc de partir sur les deux schémas et donc sur un allotissement de réponses qui ne sera pas forcément les mêmes. La doctrine, c'est 25 UA par rapport aux menaces. Par ailleurs, un lot de renforts pédiatriques et une certaine modularité pour permettre d'adapter la réponse en la simplifiant sont prévus. Le cadre d'emploi fixé est donc un dimensionnement de 25 UA par rapport à des menaces qui évoluent, avec souvent la traumatologie qui utilise le matériel.

M. MARGENET souhaite imposer une contrainte logistique consistant à ne pas aller au-delà d'une certaine quantité de malles. La conteneurisation fonctionne bien, même si c'est relativement cher mais le nombre de malles à transporter est limité. Il indique qu'en conséquence il faut essayer de se maintenir dans les dix-onze malles du lot polyvalent actuel permettant de traiter vingt-cinq patients UA. Ainsi, on garde une possibilité de renfort de ces sortes de PMA qui vont traiter vingt-cinq victimes, et d'un autre côté, de garder une possibilité de renfort hospitalier, dans la contrainte du nombre de malles car ce n'est déjà pas facile à transporter maintenant, mais si l'on rajoute encore des malles... Il rappelle que les remorques qui ont été distribuées contiennent juste dix malles pour les anciennes, et onze pour les nouvelles... pas plus.

Le Président interroge B VIVIEN sur le renfort hospitalier qui ne correspond pas exactement à la même chose puisqu'un hôpital inondé ne peut plus fonctionner normalement. Il complète en s'interrogeant sur un besoin d'un allotissement et d'une composition des caisses qui doit être différent.

M. VIVIEN est tout à fait d'accord dans la mesure où un hôpital inondé a besoin d'un renfort de matériels en courant d'utilisation. A priori, il n'y aura pas du tout de traumatologie. Par contre, cela concernera des soins courants, c'est toute la pharmacie qui aura été inondée, les compresses pour les patients, les pansements pour tout ce qui est post-opératoire, des médicaments, pas mal de choses du quotidien...

Le Président pense que ce renfort est compliqué puisqu'un type d'hôpital que l'on remplace, ce sont des médicaments spécifiques et que l'on ne va pas couvrir tous les antibiotiques... Il se demande s'il n'y aurait pas une capacité de réponse avec des dépôts de pharmacie ou d'autres hôpitaux qui peuvent projeter une aide pour répondre à ce besoin-là, tout en sachant que cela fait partie de la mission et qu'il ne faut donc pas passer à côté.

M. MARGENET estime que le renfort hospitalier est pour 24 heures maximum et qu'il s'agit de suppléer le manque de produits du quotidien : seringues, tubulures de perfusion, sérum physiologique, aspirine... Par ailleurs, c'est un renfort pour la France métropolitaine et ultramarine. Il existe d'autres structures du type grossistes répartiteurs pour les pharmaciens. Il estime que les malles de renfort hospitalier sont faites par exemple dans le cas du stade de Furiani où à minuit ils n'avaient plus une seule compresse, plus une seringue, plus une aiguille... Le lot de Lyon est envoyé pour leur permettre de piocher dans les malles, mais le lendemain, l'approvisionnement par les voies normales est assuré.

Le Président acquiesce et indique qu'il s'agit donc de renforcer un hôpital qui a eu à gérer une agression ou une situation particulière, le plus souvent à dominante traumatologique du type Toulouse ou Furiani puisque c'est ce type d'événements qui peuvent saturer les établissements.

Mme WEISSLEB pense, concernant l'inondation, qu'il s'agit d'un autre contexte. Les ARS doivent établir un plan régional d'inondation et dans ce cadre-là, sur Paris ce n'est pas un seul établissement, mais beaucoup d'établissements intramuros et en petite couronne qui seraient concernés ; beaucoup de monde serait impacté, y compris les transports, les grossistes... Elle estime qu'il s'agit davantage de travailler sur une rédaction de plan avec évacuation – où est-ce qu'on évacue les patients dans ce cas-là – que sur l'hypothèse de l'inondation d'une pharmacie qui est ponctuelle.

M. MARGENET acquiesce. Il indique que les principales mobilisations du PSM étaient pour Furiani (avec les difficultés supplémentaires dues à l'insularité) et puis Nîmes qui était une inondation ponctuelle de la pharmacie puisque la rivière était passée dans le sous-sol. La situation a été très compliquée pendant 24 heures, dans l'immédiat.

M. VIVIEN revient sur les inondations où il voit deux problématiques différentes : d'abord Nîmes, avec une inondation ponctuelle et des pluies diluviennes, une rivière qui déborde et inonde la pharmacie... La situation était imprévisible à moins de quelques heures... Et puis une inondation sur Paris, ou autre, avec une cinétique lente où on sait que cela va arriver sur plusieurs jours, avec la possibilité d'anticiper. Il estime donc que ce sont deux cinétiques différentes. Il estime que le PSM doit pouvoir répondre plutôt un événement de type Nîmes, pour l'inondation et Furiani pour les catastrophes traumatiques que pour une inondation parisienne progressive sur plusieurs jours, qui normalement, devrait laisser un peu de temps pour anticiper d'autres actions.

Mme WEISSLEB est d'accord et confirme que ce n'est plus du tout la même problématique.

Le Président pense qu'il serait souhaitable de rédiger ce cadre d'emploi dans le GT et de préciser le cadre d'utilisation du PSM 2 pour un renfort hospitalier. Il estime souhaitable de faire une typologie des situations dans lesquelles le PSM 2 est censé intervenir, avant de parler d'allotissement.

Mme BOUTOT évoque ensuite une autre situation : celle d'un hôpital déplacé, avec une prise en charge d'une population déplacée et malade.

Le Président répond en effet qu'il s'agit là d'un sujet d'actualité mais le PSM 2 est là pour répondre à une catastrophe et pas pour une création d'hôpital. Il ajoute que ce sujet n'est pas tout à fait dans le cadre de la mission CCMSO et que, devant une population de déplacés, l'expérience montre que l'on doit faire face à de la petite pathologie. Il complète en indiquant que ce contexte est différent d'une logique de camps de déplacés dans les pays limitrophes à une zone de conflit où les risques d'épidémie sont importants.

M. MARGENET rappelle que la doctrine des PSM 2 est d'être un renfort de défense sanitaire, en cas de problème en France métropolitaine ou ultramarine. Il indique qu'il ne faut pas penser projeter ce PSM 2 dans le monde entier, même si *in fine* c'est ce qui a pu être fait auparavant faute de mieux mais ce n'était pas parfaitement adapté. L'accueil d'un camp de réfugiés, que ce soit en France ou dans le monde entier, ne rentre pas dans le cadre de la doctrine actuelle du PSM2.. Il faudrait ajouter tous les médicaments usuels, les antibiotiques... La doctrine actuelle consiste à traiter cinq cents victimes graves, en prenant notamment en compte les catastrophes naturelles potentielles et la composante nouvelle NRBC pour les villes où le risque d'attentat existerait.

Mme BOUTOT corrige et indique qu'elle évoquait la situation de l'hôpital inondé, donc de la population de patients déplacés. Dans ce cas, c'est l'hôpital qui est déplacé.

Mme LOCATELLI-JOUANS complète en faisant référence à des situations exceptionnelles de catastrophe avec des inondations importantes.

M. VIVIEN ajoute que dans le cadre du déplacement d'un hôpital inondé, le choix d'occuper un gymnase pour mettre des patients qui étaient dans des lits soit fait puisque qu'en France métropolitaine, on les

dispatcherait dans d'autres structures hospitalières existantes. Dans ce cadre, on appliquerait le plan d'évacuation d'un hôpital. Il ajoute que le gymnase est plutôt l'étape intermédiaire, l'étape PMA.

Mme LOCATELLI-JOUANS rajoute que ce type de transfert d'établissement ne se fait pas en urgence car cela nécessite d'organiser le lieu d'accueil.

Le Président ajoute que les évacuations lourdes concernent les patients en réanimation et que les autres transferts se font par transport ambulancier assez simple. C'est une logistique assez lourde puisqu'il ne faut surtout pas d'erreur de flux mais elle permet surtout de garder le soignant près de ses patients, qu'ils soient toujours en situation d'hospitalisés. Concernant les populations déplacées, il indique avoir l'expérience de camp en Jordanie où une petite partie de l'activité est chirurgicale, la très grande majorité relevant du dispensaire. A côté, on peut avoir des événements type accouchements non anticipés mais globalement sur le plan médical, la gestion de ces populations est peu importante, peu marquante. A Calais, il s'avère que l'on voit peu de cas graves et qu'il s'agit surtout de patientèle de premier recours ne nécessitant que peu d'engagement de moyens.

Mme BOUTOT fait part d'une publication allemande très récente du *New England* sur l'accueil de migrants sur les 15 premiers jours de septembre et effectivement il s'agit principalement de prise en charge de pathologies de personnes déplacées, de la petite traumatologie sans caractère de gravité.

M. VIVIEN estime que ce n'est pas la même doctrine d'utilisation du PSM entre des migrants qui, *a priori*, sont des personnes qui se déplacent et sont donc la plupart du temps valides et un événement traumatique ou sur des patients hospitalisés qui ont sans doute des lésions les rendant plus ou moins invalides.

Le Président résume le problème :

- soit il y a eu un événement traumatique, une agression quelconque, et effectivement, l'hôpital a consommé tous ses moyens et on doit permettre pendant 24 heures sa réorganisation (cas de Furiani),
- soit on a une nécessité d'évacuation ou temporairement des moyens qui sont suspendus, et là, c'est quand même plus polyvalent, il s'agit plus de faire appel à des réseaux, la partie compresse, etc., le temps que l'harmonisation se fasse.

M. VIVIEN ajoute qu'outre l'inondation, il peut y avoir un incendie sur la pharmacie. Il ajoute qu'il a également 2 points à voir : les patients restent-ils sur la structure ou bien vont-ils être déplacés ?

M. MARGENET rappelle que la doctrine d'emploi c'est pour traiter 25 personnes et que le lot polyvalent est là pour venir en renfort de ces PMA ou en renfort hospitalier. Il ajoute que la stratégie développée en France c'est relevage, mise en condition, stabilisation, évacuation vers l'infrastructure. En dehors de cela, il faudra faire avec le matériel disponible. On ne peut pas imaginer tous les cas de figure parce qu'il va arriver un jour quelque chose que l'on n'aura jamais prévu.

Le Président rajoute qu'il y a des constantes génériques. Globalement, il y a un côté opérationnel, on n'arrêtera pas en rase campagne les gens. Le train, s'il peut rouler, continuera. Deuxièmement, en cas de blessés par balles, il y a beaucoup de morts. La composition des lots est de nature à faire face à tous les schémas possibles ; la capacité de réactions n'est donc pas complètement annihilée et on dispose d'une capacité de réponse adaptée.

Le Président remercie Benoît VIVIEN d'avoir accepté ce travail qui est capital. Il invite le groupe à aller assez loin dans la réflexion parce que ce travail d'inventaire est important pour réactualiser et ensuite mettre en place une procédure de réunion du GT où on réactualise, on révisé tel ou tel produit. Imaginons que nous ayons un stock de médicaments dont l'agence du médicament nous dise qu'il n'est plus bon, nous ne devons pas rester suspendus et attendre... Il y a des experts, il faut que vous puissiez vous prononcer avec eux, de façon à organiser votre travail, avec cette idée qu'il y a une permanence de veille et de capacité de décision.

M. VIVIEN remercie le président et indique qu'il va faire des propositions de composition de GT rapidement avec des membres de cette commission, ainsi que des membres extérieurs, déjà utilisateurs de PSM.

Le Président suggère à B VIVIEN de s'assurer de disposer des moyens nécessaires car ce lot est la cellule de base. B VIVIEN a la liberté de choisir ses collaborateurs avant de lancer son GT. On doit réfléchir à toutes les doctrines et toutes les projections, mais on doit s'assurer que la dotation soit bien actualisée et corresponde à l'état de l'art.

M. PASSEMARD reprend en mentionnant que l'on reproduit ainsi l'organisation qui existait auparavant pour actualiser les moyens. Il pense que c'est un mode de fonctionnement qui lui paraît vraiment judicieux pour pouvoir être réactif par rapport à l'évolution et réclame la présence d'un pharmacien au sein du GT. Ce mode de fonctionnement doit permettre une remontée d'informations, de façon périodique, pour pouvoir solliciter la commission, en fonction des besoins qui peut exister.

Mme DARAGON ajoute qu'en effet les différents professionnels détenteurs d'un PSM2 sont en attente d'informations. Elle indique que les questionnements sont nombreux et que le GT permettra de dynamiser le suivi et la pérennité de ces PSM2. Elle insiste sur la nécessaire « veille » à réaliser et le travail en « binôme » pour adapter rapidement la composition au regard de l'évolution des différents protocoles. Elle ajoute dans le cadre de l'enquête PSM 2 avoir mentionné pour le CHU de Limoges le souhait, au moins pour un lot polyvalent, de le transformer en kit, de façon à ce que, dans la réactualisation au quotidien, cela soit plus facilement renflouer par l'équipe des SAMU. La constitution et le renouvellement des kits a un avantage opérationnel indéniable mais le temps de gestion est important. Dans la dynamique quotidienne, cela peut être plus simple mais il doit y avoir une réflexion de conception, en fonction des évolutions liées aux changements de marchés et de la place dans les malles.

M. VIVIEN acquiesce et indique qu'il faut prendre en compte des détails très pratiques, par exemple, pour le « décartonnage », une fois que les solutés, les perfusions ou autres sont mis dans les malles, les pharmaciens ne veulent plus les reprendre pour les remettre dans le circuit hospitalier. Ce sont des détails très pratiques, qui ont des répercussions financières auxquelles il faut penser, effectivement.

Le Président prend note de la nécessité de donner des perspectives à ces PSM2. Il répète que le mandat de M. VIVIEN est large, que tous les sujets peuvent être abordés y compris ceux hors du mandat initial car ces lots sont la cellule initiale de notre système.

M. PASSEMARD souhaite rajouter un dernier commentaire sur les échanges relatifs à l'utilisation du PSM, notamment pour venir en aide à un établissement en PUI, qui serait inondé, par exemple. Il pense qu'il est illusoire de demander un PSM, de pouvoir suppléer à une PUI qui dispose de plus de 2.500 références et où l'activité de distribution est importante (4.000 distributions par jour pour strasbourg). Ce seront des limites qu'il faudra mettre dans la constitution du PSM.

Le Président répond que l'important est le cadre que le GT fixera dans le cadre de la doctrine, du besoin pour répondre à telle situation, de telle manière, pour telle durée... et qu'ensuite il faudra identifier la meilleure méthode pour décliner le besoin lui-même, avec cette question de l'allotissement : met-on des kits ou pas, le cartonnage, le stockage.. ? Ce GT avec les avis d'experts permettra de pouvoir progresser et permettra d'expliquer au ministère qu'une évolution semble nécessaire.

M. THEVENIAUD indique que la validation de l'actualisation du PSM1 est imminente. Il indique que le travail du GT est à moyen terme pour 2016 et que l'un pouvant tout à fait être cohérent avec l'autre. Le travail est plus large qu'uniquement la révision du PSM 1.

Le Président présente le Docteur MÉNARD qui vient exposer son expérience du PSM Maritime. Il précise qu'il y a des besoins, en particulier sur la Manche, où il y a un gros trafic, l'option étant de garder les victimes sur le flotteur. En effet, les évacuations en bateau, pour ceux qui en ont l'expérience, constituent

une grande aventure... Sauf naufrage, il est préférable de garder à bord les victimes d'un incendie, ce peut être aussi une agression, parce que leur évacuation est très compliquée. Dans les manœuvres du contre-terrorisme maritime, à chaque fois que l'on passe dans la phase évacuation, c'est très périlleux....

III- Présentation du « PSM maritime » du Havre

M. MENARD, médecin urgentiste au SAMU du Havre (SAMU 76 B dont le directeur médical est le Docteur Drieu qui s'est particulièrement intéressé ces dernières décennies à la réponse médicale), entame sa présentation :

Organisation actuelle des SAMU dits Maritime :

En France, quatre SAMU se sont spécialisés pour dans la prise en charge urgente en mer :

- Toulon pour la Méditerranée ;
- Bayonne pour le grand Atlantique et le golfe de Gascogne ;
- Brest pour l'Atlantique et la Manche ouest, plus le grand Ouest ;
- Le Havre, responsable, en tant que SAMU de Coordination Médicale Maritime (SCMM), pour la Manche et la mer du Nord.

Ces quatre SAMU s'appuient sur des SMUR habilités qui sont au nombre de huit :

- Le SMUR de Toulon, qui est un SMUR maritime en tant que tel,
- les SMUR de Bayonne, La Rochelle, Vannes, Brest (en association avec les militaires), Granville, Le Havre et Boulogne-sur-Mer.

Sont associés à ce dispositif, les services de santé des armées qui ont une grande expérience sur ce type de prise en charge (les marins-pompiers de Marseille, la base aéronavale de Lanvéoc (SMUR de Brest), le centre médical des armées de Cherbourg (SAMU 76B)...) sur lesquelles on s'appuie tant sur leurs moyens humains que sur leurs vecteurs de transport (bateaux, hélicoptères...).

Un dernier acteur : le centre de consultation médicale maritime (CCMM) basé à Toulouse (SAMU 31) qui gère la partie télé-médecine et régulation en amont de nos interventions ultérieures.

A l'appui du document de présentation « Lot PSM Maritime » :

Etat des lieux

Aujourd'hui, en 2014-2015, cela fonctionne plutôt bien. Une équipe de SMUR est capable de prendre en charge un, deux, trois patients, avec le matériel dédié.

Exposé de la problématique

Quid lorsque le nombre de patients dépasse largement les capacités de prise en charge d'une équipe médicale ?

Un état des lieux a été mené concernant l'existant et plus particulièrement en ce qui concerne le matériel ad-hoc mis en place par les militaires (par ex le PSM catastrophe maritime du bataillon des marins-pompiers de Nîmes, le matériel mis en place par la BAN Lanvéoc-Poulmic

Fort de ce travail de recherche, a été extrait un cahier des charges contraint.

Prise en compte des différences

La BAN Lanvéoc-Poulmic a des moyens gros porteurs (CE 225 ou des NH 90) permettant l'emport de matériels en quantité très importante, et aussi de personnels.

Les vecteurs dont dispose un SMUR maritime, un SAMU en règle générale, sont beaucoup plus limités en terme d'emport (Dauphins, EC 135 voire EC 145, machines types Ecureuil). De même les vecteurs nautiques

à disposition des SMUR sont également limités en termes d'export.

Extrapolation

Il a fallu créer, extrapoler, à partir des expériences passées, à partir de ce qui existe déjà à terre, c'est-à-dire les PSM1 et les PSM2, notamment les lots polyvalents, pour permettre le conditionnement de plusieurs patients, plusieurs dizaines... dans les conditions particulières que sont les prises en charge en mer, avec toutes les difficultés que cela peut représenter : l'exiguïté du navire (ou sinistré, ou navire recueilli), le caractère mouvant du sol, des mélanges d'odeurs qui ne sont pas toujours très faciles à tolérer, plus un facteur stress non négligeable,

Il fallait aussi que le cahier des charges permette d'envisager de prendre en charge tous les types de pathologies, qu'elles soient médicales ou traumatiques dans ce genre d'événement. Et secondairement, suite à l'évolution des mentalités et tous les accidents qui ont pu arriver, est venu s'inclure le risque bactériologique et chimique dans notre dispositif.

Objectif (diapo 4)

Essayer de réaliser un lot PSM maritime, destiné aux SMUR maritimes, afin d'armer un PMA en mer, sur des conditions bien particulières, en prenant en compte cette capacité d'export limitée.

Ce PMA devait pouvoir être installé par un voire deux hommes en un délai raisonnable...

Ce lot devait donc être transportable sur un navire, le matériel devait tenir dans des containers petits, solides et étanches, et permettre la prise en charge de 25 victimes UA/UR.

Réalisation

Le lot PSM maritime ainsi constitué représente 12 malles type malle PSM (signalétique spécifique). Ce dispositif a été testé en septembre dernier dans le cadre de l'exercice annuel Plan Orsec de niveau 3, avec le PREMAR Manche-Mer du Nord.

Méthodologie

- caractérisation de la typologie des traumatismes et des pathologies médicales qu'on est supposés rencontrer en cas de sinistre maritime.
- Etude du contenu exhaustif d'un lot polyvalent. le lot A du Havre a été choisi pour établir un prototype avec l'accord de M. Vanderlinde, conseiller sanitaire de Zone Ouest, et l'accord du gérant de la PUI.
- Un noyau polyvalent a été déterminé, c'est-à-dire un lot de 8 malles, indispensable, généraliste, auquel a été rajouté 4 malles supplémentaires, lesquelles représentent des malles à orientation spécifique, selon les typologies rencontrées :
 - o Sur un incendie à bord, il est vraisemblable d'avoir beaucoup plus d'intoxiqués par fumées, on sait que sur les bateaux il y a du plastique partout et des fumées toxiques. Donc, là, on a des malles plus spécifiques, orientées sur ce type de pathologie.
 - o En cas de navire venant percuter un autre navire, la traumatologie sera dominante. Nous avons donc une malle qui sera plus spécifique sur la prise en charge des traumatismes.
- De nombreux exercices, simulations répétées ont permis de mettre le doigt sur ce qui allait et n'allait pas et de réévaluer régulièrement la dotation.

Contenu de la dotation (diapo 9)

Le lot général, est représenté par :

- 2 malles dites "polyvalentes",
- 3 malles de l' « avant », contenant 6 sacs de l'avant,
- 1 malle qui permet la distribution de l'oxygène,
- 1 malle « ventilation »,
- 1 malle « logistique et matériel bio-médical », contenant un ordinateur portable avec communication satellite,
- 1 malle « NRBC »,
- 2 malles mixtes « Brûlés et hypothermes », pour répartir le poids important des solutés,
- 1 malle « traumatologie ».

Exemple : la malle polyvalente 1, globalement, on retrouve des aiguilles, des cathéters, des gants, des médicaments, de quoi poser des perfusions, de quoi remplir des patients, de quoi faire de la sédation, au besoin.

Autre exemple : la malle logistique, qui va nous permettre d'identifier un PMA, de catégoriser nos patients, de faire des fiches médicales exhaustives et puis de disposer de matériel biomédical, de type scope, seringues électriques miniaturisées, téléphones satellites pour communiquer.

Organisation de la gestion du stock (diapo 13)

Par définition, si on prend la malle traumatologie, l'agrafeuse cutanée large, elle existe. Dans le lot PMA nous avons estimé qu'il en fallait trois. Dans un lot polyvalent A, elle n'existe pas. C'est la petite croix qui apparaît dans la deuxième colonne. C'est du matériel qui sera fourni par le propriétaire du lot PSM maritime. Et puis, au fur et à mesure, a été gardé en mémoire pour la pharmacie de l'hôpital (via un fichier Excel), que les compresses stériles gaz 7,5x7,5cm, que le besoin était de 200. Elles sont dans la malle 7 du lot polyvalent A d'un PSM2 où il y en a 1 000, donc, pour remplir la malle traumatologie, il en reste 840 quand on a fini d'armer les malles principales 1 et 2, et les six sacs de l'avant. Et une fois que la malle traumatologie a été armée, il n'en reste plus que 640 à la fin. La pharmacie de l'hôpital est capable de connaître en temps réel le stock restant à sa disposition.

L'oxygène

Un problème majeur, qu'est l'oxygène à bord. A terre, c'est déjà compliqué d'apporter des grandes quantités d'oxygène sur un site de catastrophe. En mer, c'est encore plus difficile, puisque malheureusement, un obus de 1 m³ fait 1.000 litres. Cela reste des quantités limitées. Un obus de 10 m³, qui pèse 70 kilos, est un fût de 1,80m par 30cm de diamètre, et ce n'est pas facilement aérotransportable. C'est donc un vrai problème. Une réflexion a été entamée sur l'oxygène liquide. Pour l'instant, le dossier n'avance pas. On est resté sur des obus énormes, transportables, ou au sling sous un hélicoptère, ou par treuil dans des filets.

Conclusion

Aujourd'hui, le lot polyvalent prototype V2 alias lot PSM maritime, est conditionné comme tel. On retrouve des malles clairement identifiées, en reprenant quand même une signalétique commune avec la PSM. Il est armé, prêt à partir – Il s'agit d'un prototype – dans une remorque – prévue à cet effet, remorque incluse dans le lot en lui-même (diapo 17). C'est un matériel de transport qui sera indispensable. En cas de catastrophe du côté de Brest, il est possible que l'on demande l'activation du PSM maritime du Havre. Brest-Le Havre pourra se faire par la route dans un premier temps, et ensuite l'emport vers le lieu de la catastrophe – en tout cas le navire-hôpital – pourra se faire par voie aérienne ou nautique, d'où l'intérêt de la remorque.

Pour ce qui est du transport par hélitreuillage de l'oxygène, des points restent à approfondir et à tester, tels les filets adaptés à l'hélitreuillage des obus.

Maintenant, il resterait à apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Qui sera l'autorité propriétaire de ce lot ?
- Est-ce que cela sera pris en compte par l'EPRUS ? Par les SAMU ou les SCMM, en financement propre ?
- Qui va gérer la maintenance, du début à la fin ?
- Quelles vont être les règles d'utilisation ?
- Est-ce que, comme l'avait proposé M. Vanderlinde, ce sera un moyen intermédiaire entre un PSM1 et un PSM2 pour une catastrophe en mer, qui fera partie d'un plan zonal de mobilisation de défense ? Faut-il l'écrire ? Comment l'écrire ? Et qui aura autorité pour le déployer ?

Tout cela reste encore des inconnues. Et puis, ceci est un lot, il y a douze malles. Ça fait 450 kilos. On peut traiter vingt-cinq victimes. N'est-il pas nécessaire d'équiper un SMUR maritime dimensionné, comme celui du Havre, où il y a trois équipes H 24, de trois lots ? Et puis, le SMUR de Vannes d'un seul... Il reste encore beaucoup de questions.

Le Président remercie le Dr Ménard pour sa présentation et déclare connaître à titre personnel bien le sujet tant pour avoir beaucoup travaillé avec l'UNIM que pour avoir été enseignant de médecine d'urgences maritimes et ayant par ailleurs participé à plusieurs manœuvres, qui sont, certes spécifiques au terrorisme (manœuvres Armor et Estérel) mais qui néanmoins, donnent une bonne typologie de ce que l'on peut attendre comme catastrophe. Il précise pour les membres de la commission qu'on est en face de deux situations quand il y a une urgence collective en mer. Soit le floteur est préservé, soit il y a naufrage. Quand il y a naufrage, on est dans une situation où on va essayer de récupérer les gens éparpillés sur des radeaux. Quand ça s'est plutôt bien passé, ils ne sont pas trop hypothermes, Quand ça s'est mal passé, c'est le *Titanic*. Je crois que l'analyse de toutes les urgences maritimes avec naufrage donne cela.

Ensuite, il aborde l'incendie à bord, avec de nombreux intoxiqués, peu de brûlés. Et après, la traumatologie, percusion de navires aboutit souvent à un naufrage, ou alors, c'est une situation, quand vous avez en Manche des équipages commerciaux, qui eux, sont peu nombreux. C'est une intervention SMUR, à plusieurs personnes. Ou effectivement, si c'est un navire avec des passagers, on ne sera pas, comme dans la croisière Costa, forcément au bord de l'eau, mais on est dans une vraie difficulté. Et avec, vous le soulignez, cette complexité que l'on évacue très mal les gens à bord, c'est-à-dire que l'on fait de l'individuel pour de nombreuses victimes.

L'enseignement de ces manœuvres-là, dans la situation d'incendie, est que nous sommes confrontés à un gros problème logistique d'oxygène. J'avais une question à vous poser. Dans le cas de la traumatologie, on a des urgences chirurgicales, et là, on est très ennuyé, parce qu'il faut un soutien médical que l'on pourrait projeter à bord, mais difficilement, car il faut une sécurisation du navire. Un lot militaire existe pour le transport, mais on avait étudié cela, la mobilisation n'est pas évidente dans le temps initial. Ensuite, en contrepartie, évacuer à bord d'un navire où se trouve un bloc chirurgical – seule la marine en a, et il faut qu'il soit mobilisable. Sinon on est loin des côtes, avec une intervention, où on a un délai d'hélicoptère. Avec un temps de vol qui fait qu'au-delà des cinquante nautiques, on commence à être très ennuyé.

Le président termine son intervention en déclarant qu'il s'agit d'un sujet passionnant, difficile, et d'actualité et que même si les cas sont rares, nous devons être en capacité d'y répondre.

MME LOCATELLI-JOUANS demande à l'intervenant s'il a eu des échanges avec l'outremer.

M. MÉNARD répond par l'affirmative et s'il n'a cité que les SAMU maritime de métropole, il s'en excuse car en effet il y a un SCMM en Martinique et d'ailleurs une réunion annuelle de coordination leur permet de tous se rencontrer. Leurs collègues d'outremer n'ont pas la même approche sur le sujet de l'hypothermie qui cependant existe tout de même.

Il précise qu'en termes d'équipements des personnels, initialement il y avait une malle qui ne concernait

que l'équipement des personnels, puisqu'on n'intervient pas en mer en tenue de SMUR. Il faut une combinaison étanche. Il faut des mae-west (flottabilité). Il faut une flash-light en cas de chute à l'eau. Il faut une sous-couche, sous notre combinaison étanche, alors qu'à la Martinique la jugeait un peu moins utile.

M. VIVIEN déclare avoir trouvé ce travail extrêmement intéressant et demande si en l'état actuel, pour traiter dix victimes sur un bateau, sur une explosion ou autre, qui soit à quatre ou cinq heures de navigation de la côte, ce sera un envoi par hélicoptère. Combien de malles partiraient simultanément ? Dix, onze, douze, à chaque fois ?

M. MÉNARD répond 7 : 1 seule polyvalente, 2 de l'avant, les 2 de l'oxygène sont indispensables, la malle logistique, d'organisation, et la malle traumatologie. Sans compter l'oxygène.

Le Président demande à combien de nautiques maximum on peut projet avec ce type de moyens.

M. MÉNARD déclare que c'est lié aux limites de l'hélicoptère. Un EC 225, c'est 150, 160 nautiques. Et encore, je ne suis pas sûr qu'un 160 nautiques puisse...

Le Président précise « à pleine charge ? »

M. MÉNARD déclare qu'un EC 145 ne prendra que deux malles. Une ou deux personnes, selon la présence d'un ou deux pompiers plongeurs puisque la sécurité civile part en mer systématiquement avec un plongeur. C'est 80 kilos de moins. Pour nous, ce sont deux malles. Et là, le rayon d'action est plutôt de 40/50 nautiques. Alors, évidemment, cette réflexion-là n'est pas que havraise, et heureusement, puisque si on prend l'exemple de la Manche, la Manche n'est pas très large, surtout dans le détroit du Pas-de-Calais. La mise à bord d'un PMA, c'est très peu probable. C'est risqué en terme de navire de transport de passagers. Il y a 5 ferries qui traversent en permanence, 24 heures sur 24 le rail du Pas-de-Calais, qui est parcouru sur une partie montante et une partie descendante par le plus grand nombre de bateaux de marchandise au monde, en terme de porte-conteneurs. Et au milieu de tout cela, vous avez des pêcheurs qui ramassent leurs filets. Le risque est grand. Mais la mise à bord d'un PMA est plutôt limitée. Par contre les Brestois, les Toulonnais, les Bayonnais sont plus concernés car ils ont des navires qui passent très loin des côtes. Passés 150, 160 nautiques, l'emport ne pourra se faire que par voie maritime, donc avec des délais inévitables. C'est pour ça qu'on travaille avec une *Abeille*, car *L'Abeille Liberté* ou *L'Abeille Languedoc*, sa sœur jumelle, sont des navires qui font 70 mètres de long, dans lesquels on peut installer un PMA. Il y a une infirmerie clairement identifiée. Il y a des entrées et des sorties distinctes. Et c'est aussi une réflexion qu'on a eue. *L'Abeille* peut très bien déposer le lot complet avec leur grue et un track sur *L'Abeille*, et s'installer, s'équiper, le temps que l'*Abeille* rallie la zone du sinistre.

M. VIVIEN ajoute qu'*a priori*, dans la Manche, ce serait pour un navire qui aurait un incendie ou une avarie majeure avec des victimes, et qui ne serait pas déplaçable, donc.

M. MENARD acquiesce et précise qu'une fois qu'on est partis en mer, sur une catastrophe de cette ampleur-là, les cellules de crises, évidemment, sont ouvertes aux CROSS. Il y a ce qu'on appelle une cellule d'interface qui se met en place et qui est chargée de prendre en compte tout ce qui se passe en mer pour le retransférer à terre, de manière à choisir un port d'accueil en eaux profondes notamment, qui pourrait accueillir le bateau et commencer à ventiler les nombreuses victimes vers différents territoires de santé, de manière à ne pas submerger un seul et unique territoire. Le PMA peut aussi avoir cet avantage-là.

M. RAINERI demande en cas d'attentat bactériologique sur un bateau de croisière, comment cela se passerait.

M. MÉNARD répond qu'on peut s'équiper en tenue NRBC. C'est faisable mais cela reste très compliqué.

Le Président fait part de son expérience militaire pour préciser que ce type de risque est assez minime car

un navire est très cloisonné et pour ce qui est du risque chimique, il suffit de ventiler, on est en mer. Et rajoute qu'en revanche le vrai risque est lié à l'incendie et aux besoins en oxygène.

A ce propos, il demande si le SAMU du Havre a pris en compte les possibilités des générateurs électriques d'oxygène dont dispose par ailleurs le SSA ?

M. MENARD répond par la négative.

M. MARGENET félicite M. MENARD pour le travail accompli et fait remarquer que M. VIVIEN a pris de nombreuses notes certainement dans le cadre de la révision future du PSM2. En effet au regard de l'expérience acquise avec la réalisation de ce lot polyvalent maritime cela pourra aider pour établir un cahier des charges de ce que devra être le futur lot polyvalent, dans le cadre de l'évolution des PSM2.

M. VIVIEN précise que cela suscite 2 réflexions de sa part :

1^{er} point : sur l'hélicoptère, celui-ci n'est peut-être pas uniquement réservé à la mer mais peut être aussi transposé en milieu continental afin d'atteindre une zone très inaccessible lors d'une catastrophe aérienne par ex.

2^{ème} point : Sur l'oxygène, effectivement, les obus sont difficilement transportables, amener un générateur d'oxygène est intéressant, mais s'il n'y a plus d'électricité sur le navire, il faudrait aussi amener un groupe électrogène.

Le Président intervient pour préciser que si le flotteur est maintenu, on a l'électricité. Si les gens n'ont pas évacué le navire, une capacité électrique est généralement maintenue. Après, il faut voir au cas par cas, beaucoup de travaux ont été faits sur ces exercices d'urgence maritime, davantage à l'étranger, d'ailleurs, aux Antilles ou en Asie. C'est intéressant à étudier car quand on décide de ne pas quitter le navire, en général il y a des moyens de survie à bord. Il y a une maîtrise du feu, mais il reste les victimes que l'on n'arrive pas à évacuer, parce qu'on est loin. La question se pose des premières heures de prise en charge qui peuvent être très longues, car si vous voulez faire rallier la côte, en Manche, c'est un peu plus près, mais en Méditerranée, déjà , on mesure les délais, c'est six-douze heures. Six-douze heures, les victimes ont le temps d'évoluer et cela devient compliqué. Pour la traumatologie, il s'agit de faire un bon triage et d'évacuer. Mais pour les blessés, les intoxiqués, on n'arrivera pas à les mettre tous dans l'hélicoptère car ils seront trop nombreux. Il faudra trouver le moyen de les traiter sur place avec le flotteur, le temps pour eux de rallier un port où on rentrera dans le processus normal.

Le Président fini par proposer à M. VIVIEN d'inclure cette réflexion sur cette partie maritime dans son groupe de travail.

M. VIVIEN trouve en effet qu'il peut être utile de travailler en collaboration afin de profiter de cette expérience.

Le Président rajoute qu'on pourrait peut-être réfléchir, d'une manière générale, à une mise en réseau, comme le propose le décret de 2014, de façon à ce que l'ensemble des moyens de la marine, qui ne sont pas réservés à la guerre, l'UNIM est d'ailleurs un outil de service public. Il y a l'hélicoptère de service public, il y a la Sécurité civile, les douanes. Et puis il y a les SAMU, qui sont là en première réponse. C'est tout cela qui pourrait être mis dans une démarche globale.

M. THEVENIAUD prend la parole et se retourne vers M. MENARD pour lui poser 2 questions :

La 1^{ère} pour savoir si la composition qui a été présentée fait consensus avec ses collègues.

La 2^{ème} pour connaître quel est le financement à ce jour de ce PSM, par exemple, pour l'exercice que vous avez réalisé, y a-t-il un financement et qui le prend en charge ?

Ainsi qu'une remarque : que peut faire l'EPRUS? Et qu'attendez-vous de l'EPRUS ? si l'EPRUS n'a pas le financement, il peut intervenir et faire des propositions.

M. MÉNARD indique qu'il y a eu de nombreux échanges que cela soit avec le directeur de la SCMN à Brest, ou bien d'autres... échanges qui ont amenés à faire des modifications. A ce propos, le docteur Kerlou à Brest

lui a demandé la toute dernière évolution, puisqu'ils sont eux-mêmes, de leur côté, en train de vampiriser un lot A pour faire le même système.

Pour ce qui est des financements, pour l'instant, ce n'est pas zéro, mais presque. C'est-à-dire que la vampirisation du lot, ça ne coûte pas cher, ce sont des moyens humains, et un peu de temps. Grâce à la nomination officielle des SCMN en 2011, grâce à la modification d'un décret ministériel qui datait de 1983, grâce à la nomination officielle des SMUR maritimes en 2014. La Direction générale de la Santé a fléchi des MIGAC, pour les SMUR maritimes et pour les SCMN. Pour le reste, c'est du système D service public. Les prototypes de filets ont été faits par un petit pêcheur du port du Havre, avec qui le SAMU76B s'entraîne très régulièrement, qui leur a dit avec son bel accent cauchois que « leurs boîtes étaient sympa mais qu'il fallait peut-être les ranger correctement ». Il a décidé de leur faire ça et est revenu le dimanche avec un magnifique filet qui était capable de soulever un poids colossal. Il n'est pas validé, on est bien d'accord, mais en tout cas, il existe.

Qu'attendons-nous de l'EPRUS? Pas des financements. Un avis de spécialistes ? Par l'intermédiaire de l'un de nos infirmiers, Vincent Hébert j'ai compris que vous travaillez sur l'évolution des PSM2, un matériel qui nous échappera et qui sera géré par une autorité supérieure...

Le Président remercie une nouvelle fois M. MENARD pour sa présentation et précise que c'est un problème qui n'avait pas été occulté mais qui n'avait pas été mesuré, et qui nous concerne. La France est un pays maritime. Et si, comme vous nous le dites, le nombre d'interventions est assez limité, nous devons néanmoins être en capacité de répondre. Et puis se rajoute la remarque de M. VIVIEN. Il existe des zones inaccessibles, pour lesquelles la projection par hélicoptère est à étudier car nous ne l'avons pas fait et sommes pour l'instant en projection camions, en termes de renforts.

M. VIVIEN rajoute qu'en effet, pour rester sur les catastrophes aériennes, qui peuvent se produire en pleine zone de montagne, concernant l'avion de la German Wings, s'il y avait eu des victimes vivantes, le délai d'acheminement aurait été compliqué.

Le Président est tout à fait d'accord avec M. VIVIEN et précise qu'à l'instar de la réflexion engagée sur les PSM2, il ne faut pas "en mettre" forcément partout, mais en tout cas, il faut une mobilisation, et puis des SMUR référents. Le risque des gestions trop centralisées de ce type d'outils font que finalement, cela se perd quelque part. Là aussi, les personnes changent. Une gestion localisée – c'est un peu le parti qui a été pris pour les PSM1 – serait envisageable, une délégation serait à étudier, quitte à avoir un appui d'un établissement central. Un sujet important a été levé, pour lequel on ne s'était pas posé toutes les questions.

Mme BOUTOT demande si en terme opérationnel, il y a un besoin de renforts sur une opération, si un schéma a déjà été imaginé ? Si cela se passe entre les SMUR maritime ? Si cela pourrait être la réserve sanitaire ?

M. MÉNARD répond qu'il y a déjà un consensus, entre le SCNM Toulouse et les SMUR. Si un évènement dépasse les capacités de moyens humains d'un SMUR maritime sur une zone impactée, par l'intermédiaire de la zone, voire à l'échelle nationale, le concours d'autres équipes de SMUR maritimes sera évidemment demandé. C'est très compliqué car, à cause des spécificités des interventions en mer, de la nécessité d'un équipement particulier, de l'obligation d'entraînements réguliers – il faut que ce soient des équipes entraînées –, on va obligatoirement limiter le nombre de notre ressource potentielle. Par expérience, il est arrivé plusieurs fois, sur des petits évènements, de faire intervenir des SMUR dits côtiers en mer, de leur faire subir un treuillage alors qu'ils ne sont pas entraînés, pas équipés, dans une situation où on va demander une prise en charge de médecine d'urgence cohérente et efficace, on s'est rendu compte qu'il y avait grosses difficultés. Tout bêtement, la majorité de ces personnes-là sont malades et ont le mal de mer dès qu'ils posent le pied sur le bateau. On se retrouve donc, non pas avec des soignants supplémentaires, mais avec des victimes supplémentaires.

Donc évidemment, quand je vous parle de 8 SMUR maritimes, à l'échelle de la France, c'est tout petit. Un

SMUR, c'est un binôme. C'est un médecin et un infirmier. Malheureusement, ce n'est pas trois. On souhaiterait trois, évidemment car une équipe médicale est constituée de trois personnels. Le seul problème, c'est que les vecteurs que l'on utilise ne nous autorisent pas à monter à trois, pour des raisons de capacité d'emport. Le troisième étant le pilote qui n'est théoriquement pas censé quitter son poste. Donc on fait avec. On sort un peu du sujet, mais je peux vous assurer que cela a été un combat compliqué pour faire comprendre cela à nos directeurs d'hôpitaux. Au Havre nous avons eu de la chance car nous avons un directeur d'hôpital qui nous poussait et comprenait la démarche de mon directeur, M. DRIEU, mais on a vu quelques SMUR intervenir seuls, donc des médecins tout seuls. Ils sont tous urgentistes, certes. Ils savent faire des choses. Mais on ne fait pas de réanimation tout seul. Dans le cadre d'une médecine de catastrophe, la place de la réanimation en elle-même est un peu particulière. En tout cas, cela va être limitant. Engager d'autres équipes peut être dangereux. Il y a encore une réflexion sur ce point-de-vue-là.

Le Président affirme que le besoin ne sera pas le même que pour le terrestre. Ce n'est pas extensible. Il n'est pas possible de mettre 100 soignants sur un navire. Il faut effectivement le binôme « soignants » de l'hôpital et après, pour les renforts, les unités de renfort, nous avons une marine nationale qui peut amener des vecteurs. On a cet UNIM qui est désormais en capacité de projection, donc en renfort et en appui. Il pense que c'est surtout la mise en réseau – c'est un peu la problématique des PSM2 terrestre – et la capacité de projection qui sont à travailler, et pas forcément la multiplication des intervenants. C'est une spécialité, certes de pathologie, mais surtout de milieu. Vous ne projetez pas les gens sur un navire alors qu'ils ne l'ont jamais fait. C'est ce qui a été vu avec cet exercice à Ajaccio, c'était un peu compliqué car il y avait des gens qui n'en avaient pas l'habitude, n'arrivaient pas à se retrouver dans un navire. Il y a tout de même une spécificité d'intervention à bord. C'est une affaire de spécialistes, et c'est pour cela qu'il faut avancer dans la démarche du SAMU du Havre, car ces SMUR qui ont été fléchés maritimes par le décret de 2014, c'est justement pour développer cette compétence qu'ils partagent, ils ne la gardent pas pour eux. Mais en même temps, cela demande tellement d'entraînement que seuls ceux qui sont désignés peuvent le faire.

M. MÉNARD acquiesce et précise que les SMUR travaillent entre eux, ils s'entraînent, se rencontrent. Dans l'exercice de lundi, un binôme de Cherbourg était présent. Les médecins et infirmiers militaires s'en soucient aussi. Il y a un partage et des échanges dans les 2 sens. Mais on est obligatoirement limités en terme de groupes.

Mme CHAPPUY demande à M. MENARD, s'il est prévu qu'il puisse y avoir des victimes pédiatriques.

M. MÉNARD répond par l'affirmative. C'est une réalité ! Le détroit du Pas-de-Calais, c'est deux millions cinq cents mille personnes qui le traversent. Il y a des familles qui partent en vacances. Des petits Français qui vont en Angleterre et des petits Anglais qui viennent avec leur famille en France qui traversent la Manche pour ensuite finir en Bretagne. En médecine d'urgence, on est censé savoir tout faire. Il précise d'ailleurs que dans le matériel du lot maritime il y a une partie pédiatrique.

Le Président remercie une nouvelle fois M. MENARD pour cette présentation ainsi que M. MARGENET pour cette suggestion.

IV- Spécificités des respirateurs de transport

M. THEVENIAUD prend la parole sur un sujet déjà évoqué devant vous et que l'on souhaite reprendre pour faire des propositions, sachant que vous nous aviez demandé d'interroger la Direction générale de la santé pour préciser la saisine dès 2013, et qu'à l'issue nous avons eu quelques réponses à vos questions. Ces respirateurs Biotox sont des moyens tactiques. L'État a acquis en 2003 des respirateurs de type Osiris 1 et 2, dans le cadre du plan Biotox et dont le dernier état des lieux date de 2011. Sans être tout à fait juste, il était proche de la réalité, avec 1216 Osiris 1 et 834 Osiris 2, qui étaient répartis dans les établissements de santé, principalement les établissements de santé de référence. La répartition ne dépend pas de la typologie des établissements, des zones de défense ont concentré leurs moyens sur un établissement au

niveau de la zone, d'autres ont souhaité mettre la moitié du stock au niveau des établissements de santé de référence et au niveau des CHU, et puis les redistribuer éventuellement dans les hôpitaux sièges de SAMU de la zone. La répartition est donc hétérogène, avec une maintenance qui doit être réalisée chaque année, un financement de 300 euros par respirateur et par an. Une convention avait été signée en 2003 et était reconductible une fois pour le stockage, l'utilisation, la mobilisation et l'amortissement des ces respirateurs. Ces respirateurs sont relativement anciens, mais vous aviez dit qu'ils fonctionnaient toujours et pouvaient fonctionner, et c'était tout l'intérêt d'avoir ce type de respirateurs en grand nombre, qui fonctionnaient, ne disposant certes pas des nouvelles technologies mais restaient tout à fait utilisables en l'état.

On a une utilisation qui est partielle dans certains établissements qui font tourner quelques respirateurs en unité. Ensuite, ces respirateurs utilisés sont remis dans le parc au sein de l'établissement et d'autres sont réutilisés. Il y a donc une rotation du stock utilisé.

Le 4 juillet 2013, nous avons une demande du ministère pour laquelle on vous a interrogé en 2014. Le ministère souhaitait, via la commission, connaître les spécifications techniques nécessaires pour les respirateurs en vue de renouvellement du parc de respirateurs de transport dédiés à la prise en charge en cas de situations sanitaires exceptionnelles. Les membres de la CCMSO avaient souhaité interroger le ministère sur le périmètre de la saisine :

1/s'agissait-il des respirateurs intégrés au PSM ou bien était-ce les respirateurs qui avaient été livrés dans le cadre du Biotox ? La réponse étant qu'il fallait prendre en compte l'ensemble des respirateurs qui ont livrés, et particulièrement le ministère attend de la commission des éléments sur les respirateurs qui ont été livrés dans le cadre du plan Biotox, c'est-à-dire les 2.100 évoqué en supra..

2/demander t-on à la commission de faire un état actuel du marché des respirateurs ou bien d'identifier des respirateurs beaucoup plus performants que les respirateurs Osiris 1 et 2, et dans ce cas pour quelles utilisations : réaliser du transport ou bien pour un usage en établissement de santé ? dans ce cas, faut il un parc homogène indépendant, de réserve ? Ou bien est-ce que ce sont des respirateurs en plus dans les établissements et qui sont utilisés ?

1ere question : sous réserve de la maintenance adéquate chaque année, pensez-vous que ces respirateurs Osiris 1 et 2 soient utilisables en 2015 ?

M. VIVIEN estime ne pas être un spécialiste en termes de respirateurs, mais *a priori*, s'ils sont neufs, et quasi non-utilisés, pour la plupart, si la maintenance a été effectuée, il pense qu'ils sont parfaitement utilisables.

Le Président rajoute qu'il ne s'agit pas d'une technologie obsolète, *a priori*.

M. VIVIEN estime que ce qui est demandé à un respirateur basique, c'est d'insuffler de l'air sans besoin des dernières spécificités et technologies des respirateurs récents.

Mme BOUTOT est du même avis et dit que ce sont des respirateurs assez primitifs, très simples à utiliser.

M. MARGENET renchérit et indique qu'ils sont parfaitement utilisables mais que le problème vient de leur maintenance et du coût des consommables. Il indique qu'on peut s'en servir pour ventiler les patients.

Le Président conclut qu'ils sont utilisables.

2eme question : Dans la mesure où un certain nombre d'établissements les utilisent, avez-vous eu connaissance d'incidents ? L'ANSM a-t-elle connaissance du nombre d'incidents sur Osiris 1 et 2 ? L'ANSM peut-elle nous aider sur le sujet parce que si on avait un vrai sujet avec Osiris on pourrait exclure de les conserver en réserve ?

M. BALLAND indique ne pas avoir connaissance du nombre exact d'incidents, mais qu'il peut se renseigner auprès de la direction concernée et vous communiquer leur réponse. Il rajoute qu'il s'agit d'un point qui

pourrait être important. L'agence doit normalement avoir connaissance des incidents qui doivent être remontés à l'agence, tout du moins les majeurs, *a priori*. Il peut toutefois y avoir des incidents mineurs qui ne sont pas remontés.

M. RAINERI propose d'avoir des éléments via les services de maintenance.

Le Président acquiesce pour 2 raisons : certains respirateurs ne sont pas utilisés, seulement maintenus, et par ailleurs, la remontée d'incidents des matériels est vraiment formalisée que depuis une dizaine d'années et était donc moins importante avant. Il estime très utile de se tourner vers l'industriel pour voir s'il a des remontées et des éléments, même s'il nous répond avec un biais, l'interroger est une bonne chose.

M. BALLAND répond que le biais de l'industriel peut exister, effectivement mais que c'est une source à explorer.

Mme BOUTOT pense même que ces respirateurs ne sont plus fabriqués. C'est donc une limite, en termes de survie.

Le Président estime que c'est en effet un parc qui n'est quasiment plus déployé. Il charge M BALLAND de cette recherche au niveau de l'ANSM. Il indique que la question suivante à se poser est la suivante : quelle stratégie pour couvrir ce besoin à venir ? Y a-t-il des limites d'emploi ? On peut dire estimer qu'à ce jour cela nous convient mais en terme de consommable, à un moment, ce sera complètement obsolète et on ne pourra plus les utiliser. Idem, on peut imaginer que dans un terme qui pourrait être assez proche, les industriels ne vont pas s'investir dans une maintenance.

M. MARGENET confirme que les Osiris sont au catalogue de Taema.

Mme LOCATELLI-JOUANS indique que s'il est encore au catalogue, il y a forcément des consommables qui sont totalement polyvalents.

Le Président indique que ce type de respirateur est rustique, c'est une technologie assez basique, moins sensible à des dérèglements.

M. MARGENET est électrique et sur batterie.

3eme question : quelle est la durée de vie prévisible d'un tel respirateur, puisqu'on vous avait parlé d'une convention de sept ans qui avait été faite, reconductible une seule fois ? Cela signifie-t-il qu'on imaginait qu'au bout de 14 ans ? Doit-on les jeter dans ce cas passer à une autre technologie ? Sur cette question, l'ANSM peut-elle éventuellement nous renseigner, ou pas du tout ?

M. BALLAND indique qu'on parle simplement de durée de vie et ajoute qu'il faudrait corréliser durée de vie et durée d'utilisation. Si en quatorze ans ils ont marché une fois par mois, ou une fois par an, ce n'est pas du tout la même chose qu'un respirateur qui fonctionne en continu. Il ajoute par ailleurs que cela ne veut pas dire que celui qui marche le moins sera le plus opérationnel. Si l'appareil a fonctionné sur un nombre d'heures très limitées, il est peut-être encore parfaitement opérationnel et dans ce cas il faut s'interroger sur la durée de vie parce qu'il y a le vieillissement intrinsèque et le vieillissement lié à l'utilisation.

Le Président renchérit en précisant que pour les avions, on compte l'usure en heures de vol. S'ils restent au tarmac en permanence, ce n'est pas la même chose... Sachant qu'en terme de maintenance, il y a des maintenances régulières et d'autres qui sont liées à l'utilisation. Effectivement, le cas est particulier puisqu'on ne fabrique pas un respirateur pour ne pas l'utiliser. La question ne doit pas être posée en ces termes. Après, la question qui en découle est faut-il prévoir un renouvellement du parc ? Et dans ce cas, y a-t-il besoin d'un respirateur plus complexe ? Le renouvellement du parc n'est pas forcément sur des modèles plus complexes, ce sont ceux qui sont sur le marché, avec plus d'électronique, avec peut-être un coût de

maintenance qui serait différent. A ce jour, Chaque établissement reçoit 300 euros/respirateur pour assurer la maintenance.

M. THEVENIAUD indique qu'à priori 300 euros c'est faible et il est fréquent d'être à 400, 500 euros.

M. MARGENET confirme que le coût de la maintenance à Mondor est beaucoup plus élevé, cela fait 45.000 euros pour les 150 respirateurs donc c'est un coût important.

M. THEVENIAUD demande s'il y a besoin d'une formation spécifique pour leur utilisation pour ce type matériel ?

M. BALLAND pense que non.

Mme BOUTOT pense qu'il faut au moins une infirmière d'urgences.

M. MARGENET confirme que le profil d'infirmier ou médecin urgentiste convient très bien.

M. VIVIEN s'interroge sur le besoin d'un gaz vecteur pour fonctionner.

M. MARGENET indique qu'il ne marche que s'il y a de l'oxygène.

M. VIVIEN pense que c'est un point à considérer et qu'il serait peut être intéressant d'avoir un respirateur qui fonctionne avec une batterie, sans gaz vecteur, c'est-à-dire qu'il puisse fonctionner en air ambiant, ou avec un apport minimum d'oxygène. Ils existent mais sont plus perfectionnés.

Le Président renchérit sur la question du dimensionnement du parc de respirateurs.

M. MARGENET ne pas avoir été averti de la livraison des 150 respirateurs BIOTOX et ce fut la même chose pour les autres hôpitaux (une 15ne). Il indique ne jamais avoir eu d'information sur le cadre d'utilisation : épisode de grippe aviaire, Biotox, ou charbon ? Il rappelle qu'il faut prévoir du personnel derrière les respirateurs et qu'une telle masse de respirateurs mobiliserait un nombre de personnel très important, tout en saturant les salles de réveil publiques et privées. Il pense qu'il ne faut pas mettre au rebus ces respirateurs, mais qu'une tactique différente d'entretien et de maintenance annuelle qui coûte très chère doit être réfléchi. Il ajoute que c'est un coût financier important mais en temps homme aussi et qu'à Mondor, la maintenance des 145 respirateurs nécessitait un technicien sur place pendant un mois. Il rajoute que s'ils sont gardés, il faut assurer la maintenance absolument pour qu'ils soient opérationnels.

Le Président conclut donc qu'*a priori*, on ne met pas le renouvellement à l'ordre du jour car il n'y a pas de stratégie autour. Concernant la maintenance fixée par un industriel, elles dépendent en général d'une utilisation, or ici ils sont peu utilisés. Aussi, ils se pose la question de l'obligation réglementaire de maintenance.

M. MARGENET répond qu'il faut une vérification de la réalité des paramètres qui sont affichés pour les respirateurs, une vérification des clips pour un changement de certaines valves en matière plastique ou en silicone....

Le Président répète qu'effectivement, les règles de maintenance sont incontournables...

M. BALLAND ajoute qu'il faudrait pouvoir savoir ce qui relève de la maintenance dû au vieillissement intrinsèque (valves par ex) de ce qui est lié à une utilisation (batterie). C'est intrinsèque, les batteries, ça va vieillir, mais ce n'est pas pour cela que l'appareil sera obsolète. À la limite, une batterie peut se changer, à moins qu'elle ne soit complètement intégrée, je ne connais pas bien le fonctionnement.

M. MARGENET confirme que les batteries se changent.

M. RAINERI estime le cout entre un demi-million et un million d'euros par an élevé pour quelque chose qui est peu utilisé, ou pas utilisé... peut-être faut il envisager de réduire le nombre des respirateurs ?

M. MARGENET répond qu'il existe des solutions : si, par exemple, un technicien ne fait ça que toute l'année, pour entretenir les respirateurs, le temps qu'il faut pour faire la maintenance de tous les respirateurs ou d'une partie des respirateurs, là, on réduit vraiment le coût de manière très importante. Sans toucher au problème de l'oxygène, il faudrait réfléchir à centraliser soit tout ou partie de ce stock (on en laisse dans les SAMU qui ont des PSM ou soit on en laisse dans tous les SAMU) pour diminuer les coûts. Si déjà on pouvait, mettre 80% du stock dans un endroit particulier, avec un technicien de maintenance qui serait dédié à cela, il pense que cela dépasserait les cent mille euros.

Le Président ajout qu'au niveau militaire, des établissements s'occupent de cette maintenance-là et limitent quand même les coûts, sans passer par la prestation de service de l'industriel.

M. MARGENET répond qu'à Mondor 2 techniciens avaient été formés à la maintenance par Taema, il fallait donc acheter les pièces uniquement. Toutefois, plusieurs limites dont les départs des techniciens.

Le Président indique qu'il se pose donc la question de laisser les respirateurs dans les établissements ou bien de les regrouper sur un site, sachant qu'il faut sans doute redimensionner la capacité de réserve et en cas de centralisation, quelle capacité de mobilisation du parc ? Il s'interroge aussi sur la possibilité de maintenir opérationnel seulement une partie des respirateurs, l'autre partie pouvant être contrôlé sur demande.

M. MARGENET propose plutôt de laisser une 10ne de respirateurs Osiris 2, de préférence dans les SAMU détenteurs de PSM2 qui ont une capacité supplémentaire, et qu'un échange soit possible avec le stock centralisé maintenu. Il faut que chaque SAMU conserve le marché d'oxygène, les consommables pour armer les dix respirateurs.

M. BALLAND s'interroge sur la différence de maintenances entre un appareil de cinq ans, dix ans ou quatorze ans puisque dans ce dernier cas les pièces ont vieilli et dans ce cas il y a peut-être plus de pièces à changer sur un appareil de quatorze ans qu'un appareil de cinq ans. Ainsi, à partir d'un certain âge, y a t-il beaucoup plus de pièces à changer et donc un coût de plus en plus élevé ou bien le coût de maintenance est-il toujours identique, quel que soit le vieillissement ? Si le coût augmente avec l'âge, il faut à son avis se poser la question du coût de maintenance quand il devient trop âgé. Il vaut mieux se concentrer sur la partie du parc en bon état.

Le Président pense qu'il faut vérifier les obligations de maintenance, d'estimer ce qui coûtent le plus cher : main d'œuvre ou pièces à changer ? le coût est-il lié à l'utilisation ? Il voit aune autre possibilité : reverser le parc pour emploi à des SAMU, de façon à ce qu'ils rentrent dans un emploi courant.

M. THEVENIAUD tranche et indique que l'EPRUS, si la décision était prise de recentraliser le parc, ne pourrait s'intéresser qu'aux respirateurs qui ont été maintenus. Il y aurait un premier écrémage à faire ceux qui ont fait l'objet d'une maintenance et donc que l'EPRUS pourrait récupérer et les autres non repris.

Le Président résume la discussion en deux volets : tout d'abord que le sujet de la maintenance est fondamental pour définir les opérations indispensables et qu'ensuite il faut réfléchir à la stratégie : même maintenus, il arrivera un jour où ils ne pourront plus être utilisés puisque le fabricant nous dira qu'il ne commercialise plus les pièces ... Il estime nécessaire d'avancer sur la réflexion relative à la stratégie et au dimensionnement avec cette nouvelle approche qui consiste à utiliser l'existant en salles de réveil.

M. THEVENIAUD indique que l'EPRUS ne pourra s'intéresser qu'aux respirateurs maintenus, il faudra revoir avec les établissements qui n'ont pas maintenus le parc et qui ont pourtant reçu les 300€/respirateur pour

cette opération.

M. MARGENET présuppose que ces respirateurs ont été entretenus et que si le ministère décidait de les regrouper, cela serait indépendant du cadre d'utilisation ultérieure. La décision du dimensionnement (garder les 2 200) dépendra du statut sur la maintenance et sans doute aussi de l'ancienneté du respirateur (Osiris 1, moins performant et plus ancien que les Osiris 2). La proposition sur cette base qui pourrait être faite de répartir le parc : un certain nombre par SAMU détenteur de PSM2, un peu sur la plateforme de Créteil et la majorité centralisée sur un site EPRUS qui prendrait alors un contrat de maintenance pour maintenir ces respirateurs pour diminuer les coûts.

Le Président reprend la question « Faut-il laisser ces respirateurs dans un nouveau schéma de stockage ? » et répond donc que oui, il s'agit d'un schéma intéressant à expertiser. Par ailleurs, il estime nécessaire de travailler sur les nouvelles spécifications de nouveaux respirateurs sans attendre d'être au bout possible de la maintenance du parc actuel.

Mme BOUTOT pense qu'il faudrait faire un état des lieux du recensement des sites disposant de respirateurs et le statut (maintenus ou non).

M. THEVENIAUD précise, qu'en l'absence de l'outil informatisé de gestion des stocks tactiques permettant à terme d'avoir la visibilité sur les stocks tactiques, seules les ARS via les états déclaratifs des établissements de santé nous permettraient de disposer des informations sachant que si les respirateurs n'ont pas été maintenus nous aurons des difficultés à avoir l'information. Concrètement, les inspections ARS de l'ensemble des moyens sont régulières, et comme M. MARGENET, il pense que la plupart ont été maintenus.

Le Président propose qu'un groupe de travail pourrait réfléchir à ce sujet, sachant que personne ne semble s'opposer au regroupement.

Le Président donne un avis favorable à cette proposition, sous réserve d'une étude d'opportunité en termes de coût. Concernant la réflexion sur le besoin ultérieur, il est préférable qu'un travail au calme soit engagé.

M. THEVENIAUD indique qu'une étude va être menée pour étudier l'intérêt économique d'un tel regroupement par l'EPRUS. Par ailleurs, nous verrons avec la DGS et la DGOS la faisabilité de supprimer les MIG et de financer dans ce cas l'EPRUS pour cette prestation.

Le Président propose que F BOUTOT pilote ce dossier et puisse recenser les théâtres de catastrophes où il y a eu un besoin de respirateurs. Il rappelle la situation à Dakar avec les usines de chlore, situation qui peut arriver en France bien qu'il ait des préventions Seveso. Il indique que des situations similaires ont eu lieu en Chine. Le travail permettra d'identifier le besoin pour les insuffisances respiratoires d'urgence avec un nombre important de victimes. La partie demandée c'est surtout la prospective. Quel est le besoin ? Quelle est la dimension de besoin ? Comment s'organiser quand on a une urgence collective qui débouche sur la nécessité de placer des victimes sous assistance respiratoire ? Y compris, comme vous le disiez, en termes de personnels réservistes à mobiliser autour ? C'est bien de mettre des respirateurs, mais il faut qu'il y ait des gens qui s'en occupent, qui les entretiennent. Cela reste un travail intéressant, dont on attend beaucoup de résultats.

L'idée, ce serait tout de même de voir tout ce qui a existé dans toutes les catastrophes, même si on ne peut pas tout transposer. Je me souviens qu'il y avait eu un gros besoin pour Dakar. Et puis la Chine, mais on n'en saura pas beaucoup plus. Si on arrive à déterminer qu'on a besoin de respirateur dans un temps très rapide, ce n'est pas la même question que la mobilisation secondaire. Il faudrait tout de même que l'on fasse un état de lieux, qui n'a pas été fait. Il faut que quelqu'un de l'ARS se penche dessus.

VII - Démonstration de l'outil de gestion partagé des moyens tactiques

M. THEVENIAUD rappelle qu'un nouvel outil informatisé de gestion des stocks tactiques va être mis en place à compter de fin 2015, courant 2016 dans les établissements de santé. Il va permettre la gestion de l'ensemble des moyens tactiques, où l'on va retrouver les PSM, les équipements de protection individuels, les respirateurs, avec de nouvelles fonctionnalités pour les établissements de santé, la notion de kit, qui n'existait pas jusqu'à maintenant. Si la commission décidait aujourd'hui, ou la fois prochaine, qu'il y ait des kits dans les PSM, l'outil permettra de constituer ces kits, correspondant par exemple pour Ebola, à un nombre de tenues d'intervention. Au lieu d'avoir le nombre de combinaisons, de lunettes, etc., on assemble tout cela et on parle de tenues interventionnelles ce qui, en terme opérationnel, est plus intéressant. L'outil permettra aussi les maintenances, les suivis de dates d'inspection PSM, un certain nombre de fonctionnalités nouvelles, et notamment, dans la mesure où c'est partagé avec l'ARS, nous avons un partage d'informations, c'est-à-dire que l'ARS disposera des informations sur les mobilisations, l'ensemble des stocks dans l'ensemble des établissements de santé.

La société Computer Engineering qui a développé l'outil, actuellement en expérimentation à l'APHM, et également aux HCL depuis début septembre, pour une période de deux mois, avant la généralisation dans l'ensemble des établissements va faire une démonstration de l'outil. Un déploiement est envisagé à compter de début d'année, y compris en outremer. Une démonstration très rapide va nous être faite par la société Computer Engineering, pour voir les possibilités et les fonctionnalités, à la fois pour les établissements et pour les ARS.

M. VERRECCHIA, responsable du développement à la société Computer Engineering fait une démonstration sur écran de l'outil. Il présente l'écran d'accueil, le tableau de bord qui est une synthèse des moyens tactiques et locaux disponibles pour l'établissement. Par exemple, un PSM2 est constitué d'un ensemble de lots tactiques définis par l'EPRUS et de lots complémentaires définis par l'établissement – ici, un lot complémentaire du PSM2 –, des plans blancs, et potentiellement, plein d'autres moyens locaux.

Le référentiel est à constituer, dans un premier temps.

Le référentiel tactique (PSM, EPI ...) est constitué par l'EPRUS et consiste à informatiser ce qui était jusqu'ici des listes qui vous étaient transmises.

Par ailleurs, chaque établissement peut renseigner ses moyens locaux. On reste en moyens locaux, qui restent visibles qu'au niveau local, par établissement.

En termes de partage d'informations, l'ARS va avoir l'ensemble de la visibilité, s'il est mobilisable avec l'ensemble de l'état de stocks. Et tout ce qui est PSM2 complémentaire, plan blanc, il y a un petit "H" devant. Cela signifie qu'il s'agit de moyens locaux qui ne sont pas visibles par le niveau supérieur ARS, ARS de zone et au niveau national. C'est de l'information locale.

M. VERRECCHIA précise qu'un moyen local peut être visible par l'ARS et que c'est une démarche volontaire de l'établissement. Il est possible de conserver les stocks en local ou les publier pour avoir une visibilité au niveau des ARS. Constituer le référentiel, ça signifie codifier tout un ensemble de choses :

-Tout d'abord, les malles dans lesquelles sont stockés les produits et les matériels.

-La codification des produits et des matériels qui seront utilisés dans le référentiel qui est une arborescence de familles ou de sous-familles, dans lesquelles on va tout simplement lister les produits d'intérêt, les DCI, par exemple, ou les références génériques.

Dans le cadre des moyens tactiques, l'EPRUS a défini des codes EPRUS, qui seront la référence officielle à utiliser par les établissements, pour mettre les produits issus de la GEF en relation avec leur catalogue. Une fois qu'on a défini les produits, on va définir les produits qui vont constituer les organisations, les moyens tactiques, ou locaux. Si on prend le lot polyvalent, on va pouvoir lister tous les produits qui constituent le lot polyvalent dans quelle quantité et dans quelle malle. On a tout un système de versions qui permettent d'évoluer dans le temps une fois que les lots sont publiés. Dès que les lots sont constitués, ils sont agrégés aux moyens tactiques ou locaux, par exemple le PSM2, ici, est constitué de quatre lots antidote et antibiotique, quatre lots polyvalents et deux lots principaux. C'est la constitution du référentiel.

Ensuite, chaque établissement dans l'application se voit attribuer des moyens tactiques, PSM1, PSM2 ou autre. L'objectif de l'application est de mettre en regard le stock de l'établissement par rapport au référentiel.

Connecté avec un utilisateur d'un hôpital, on a accès à plein d'autres fonctionnalités. Dans un premier temps, le catalogue de l'établissement, ses propres produits, issus soit de GEF, soit du type de gestion des stocks. On va pouvoir l'importer via un fichier Excel ou un autre outil. Et cela constitue le catalogue produit de l'établissement. Et toujours, dans toute application on va pouvoir afficher l'application du référentiel, ici en gras, et les données locales de l'établissement en dessous.

On dispose aussi des profils de responsabilité de gestion, si jamais les utilisateurs doivent travailler un périmètre restreint de produits amis aussi des prix pour valoriser les produits, au besoin, les fournisseurs, les numéros de lot.... C'est donc quelque chose d'assez proche de la gestion de stocks faite par la pharmacie.

On peut utiliser ces produits au niveau du stock réel de l'établissement pour les stocks tactiques ou les moyens locaux définis par l'établissement. On peut sur ce les produits consulter des préconisations de commandes et de rotations de stocks, mobiliser les lots, j'en ai besoin pour diverses choses, avoir accès à des historiques de mouvement ou autres.

Supposons, par exemple, que je veuille prépositionner certains lots pour une future manifestation, ou déclarer une sortie pour crise ou pour exercice, j'ai ici une action *mobiliser* qui me permet de sélectionner les lots qui m'intéressent, supposons les deux premiers lots antibiotiques-antidotes. Ceci va permettre de déclarer que ces lots ont été mobilisés, soit prépositionnés, soit pris, soit placés en maintenance, et du coup, ces lots seront déclarés comme non mobilisables. Au niveau des ARS, ces lots ne sont plus disponibles.

Une fois la mobilisation terminée, l'administrateur des stocks de l'établissement repositionne ces lots sur site – potentiellement sur un lieu de stockage, s'il le souhaite – et les lots sont à nouveau mobilisables.

Deuxième action sur mes lots préconisation, qui va me permettre d'avoir une vue d'ensemble de ce qu'on a faire pour les produits du moyen tactique ou local. Nous avons plusieurs catégories, les péremptions, les quantités suffisantes pour mettre à jour le stock. Par ailleurs le système envoie périodiquement des alertes au référent du stock pour les péremptions, pour les maintenances à venir, afin qu'ils soient alertés au plus tôt.

Il revient rapidement sur la mobilisation : l'utilisateur de l'établissement va déclarer un positionnement ou une sortie pour exercice. Les référents seront alertés par mail mais également les ARS et les ARS de zone. Automatiquement, le système envoie des alertes aux ARS et ARS de zone pour déclarer que tel ou tel lot de telle organisation est mobilisé.

Autre opération sur la gestion du stock, s'il est nécessaire de faire des entrées ou des sorties ponctuellement sur un produit, par exemple des rotations de numéros de lots. On va pouvoir choisir le produit qui nous intéresse et déclarer dans quelle malle il est entré ou sorti, avec un motif. Donc une gestion proche de la gestion comptable que l'on a habituellement dans les pharmacies.

Voilà pour les fonctionnalités essentielles de l'application, qui demande un travail important de reprises de données, mais qui, en fait, est relativement proches des bases de données utilisées aujourd'hui, type tableau Excel. On pourra l'importer sous forme de fichier Excel.

Mme BOUTOT demande quand on mobilise des malles si a été retenue l'option du code-barres par malle, de manière à implémenter plus rapidement l'application, parce que, quand on sort des malles, il est rapide de faire un douchage sur le code-barres et implémenter l'information immédiatement dans le logiciel.

M. VERRECCHIA précise que le principe de l'application, c'est de gérer le stock et pas la crise, dans un premier temps. Ainsi, ce sont toutes les malles qui constituent un lot qui sont sorties en bloc. Ce ne sont pas deux malles qui seront sortie, mais toutes les malles constitutives d'un lot.

M. PASSEMARD ajoute que si on sort un lot c est le lot complet. On sort par ex directement les onze malles. Si on sort un lot principal, on sort les 100 et quelques malles d'un coup.

M. VIVIEN demande si les alertes de péremption arrivent en fonction de la consommation globale, pour les médicaments ou les produits sur l'hôpital ?

M. VERRECCHIA répond qu'il s'agit d'une alerte paramétrable sur la date.

M. VIVIEN demande si c'est paramétrable par produit ou globalement car un produit qui est très peu utilisé, il vaut mieux mettre une date de péremption très en avant, alors qu'un produit qui est largement utilisé, on peut mettre une date de péremption très tardive. Ça, ce seront des questions pour la pharmacie. Ça peut permettre de faire des économies.

Mme DARAGON demande si on prend un médicament qui tourne peu à l'hôpital, mais qui est en quantité importante dans la dotation du PSM2, peut-être qu'on peut faire une rotation plus rapide ? Est-ce qu'on le fait individuellement, par produit ? Ou est-ce qu'on fait un lot polyvalent de trois mois à date de péremption ?

M. VERRECCHIA répond que c'est par lots, mais qu'on peut le faire par produit.

Mme LOCATELLI-JOUANS pose la question des retraits de lot.

M. VERRECCHIA confirme que l'outil liste tous les lots pour ce produit. Lors du mouvement, on va vous lister par défaut tous les lots disponibles. Le but, c'est aussi, dans une version prochaine, de faciliter la rotation des numéros de lots en spécifiant un nouveau numéro de lot, pour un produit donné, et de dire "je le remplace dans la malle 6, 8 et 9". En un clic.

Mme LOCATELLI-JOUANS demande si on peut imprimer des documents.

M. VERRECCHIA lui répond que oui, ainsi que des codes-barres. On peut imprimer des pré-inventaires, des résultats d'inventaire, des états du stock, des compositions de lots et organisation....

Il poursuit en s'authentifiant en tant qu'ARS qu a une vue d'ensemble des moyens tactiques et locaux de la région. On arrive sur un tableau de bord qui est très similaire à celui de l'établissement mais avec plus d'établissements. Tous les établissements qui disposent de PSM1, PSM2, EPI, équipements... et éventuellement des moyens locaux que l'on souhaitait rendre publics pour que l'ARS ait une visualisation sont listés. Sur ce tableau de bord, on voit, pour chacun des lots constitutifs, deux statuts :

-Un indicateur de mobilisation, pour savoir si ou non le lot est disponible pour une utilisation ? Si un lot est pré positionné, ils ne sont plus disponibles pour une utilisation tant qu'ils ne sont pas revenus sur site.

-Un deuxième indicateur qui correspond à un état du stock qui se réfère principalement aux données quantitatives. Est-ce que les quantités correspondent à ce qui est demandé dans le référentiel ? Est-ce que les dates de péremption sont échues ?

M. PASSEMARD ajoute que le mobilisable est un indicateur qui est positionné par le gestionnaire du PSM, qui va dire si oui ou non il est mobilisable. L'état du stock, c'est la dotation du PSM, et pour une raison x ou y, il peut y avoir des écarts. Donc si vous vous positionnez sur "état du stock", il vous dira ce qui n'est pas correct par rapport à la dotation. On a considéré que c'était difficile de dire qu'un PSM n'était pas mobilisable parce que, par exemple, il manquait une bouteille d'un litre cinq d'eau minérale. A priori, il reste quand même mobilisable, même si le stock n'est pas tout à fait d'équerre. C'est pour ça qu'on a fait

ces deux indicateurs, pour que l'ARS ne se pose pas trop de questions d'un point de vue mobilisation. C'est vert, on mobilise. Et après on a un état des stocks avec les éventuels écarts. Cela permet d'avoir deux informations qui n'ont pas forcément la même utilité au même instant.

Mme LOCATELLI-JOUANS demande les codes couleurs des états des stocks.

M. VERRECCHIA répond : rouge, vert et orange aussi par exemple, pour des produits en quantité insuffisante inférieure à 10%.

Le président indique que pour l'ARS, c'est une manière assez rapide d'avoir l'état de la capacité de mobilisation.

M. VERRECCHIA répond en permanence et ceci pour tous les moyens tactiques !

Mme LOCATELLI-JOUANS demande si l'application est sur le web.

M. VERRECCHIA répond que oui, des codes d'accès seront accordés aux personnes habilitées. La gestion des accès se fait en cascade.

Mme WEISSLEB demande si les accès sont sécurisés.

M THEVENIAUD indique que les listes des PSM1 et PSM2 sont disponibles sur le site du ministère de la santé.

M. PASSEMARD indique qu'il faut distinguer les stocks stratégiques des stocks tactiques qui sont dans l'établissement de santé. Tout ce qui est dans les établissements, ce n'est que du tactique.

Mme LOCATELLI-JOUANS demandent l'avis sur l'application des Lyonnais et des Marseillais.

M. PASSEMARD répond que, comme toute mise en place d'un système, il y a des avancées et puis des choses qui étaient initialement dans le cahier des charges et d'autres que l'on a découvertes au fur et à mesure. Il y a des bugs. Mais c'est plutôt positif.

M. THEVENIAUD ajoute que le principe de base est que l'ARS ne voit que les moyens qui sont sur sa région, l'ARSZ a la visibilité sur les établissements de santé de la zone et le niveau national a la visibilité sur l'ensemble des moyens.

Mme WEISSLEEB demande quand l'expérimentation a commencé.

M. PASSEMARD répond début septembre.

M. THEVENIAUD demande à Mme DARAGON si le CHU de Limoges dispose toujours de l'ancienne base de gestion.

Mme DARAGON répond que oui... le problème principal est l'impression !

M. PASSEMARD indique que l'outil génère des fichiers pdf (état papier par ex) que l'on peut imprimer ou stocker.

Mme LOCATELLI-JOUANS demande si on peut faire des extractions.

M. VERRECCHIA répond que des extractions notamment sur les produits ou les états de stocks sont possibles.

M. PASSEMARD reprend la parole pour indiquer qu'à la base, il s'agit d'une demande des utilisateurs c'est-à-dire des gestionnaires de PSM qui demandaient depuis de nombreuses années d'avoir un outil en remplacement de la base Paradoxe et d'autres outils qui ont été faits localement. L'outil a été demandé. Initialement, il était axé PSM. Les utilisateurs ont demandé, pour qu'il y ait une meilleure adhésion des établissements qui soient ouverts, pour éviter qu'un établissement donné ait un logiciel pour gérer le PSM, et j'en ai un autre pour gérer mon plan blanc, etc. On l'a fait plus ouvert pour qu'il y ait aussi un service rendu pour les établissements. Mais la demande provient initialement des utilisateurs.

L'outil a aussi été validé par des utilisateurs puisque Lyon et Marseille sont gestionnaires PSM. Personnellement, il indique avoir participé à l'élaboration du cahier des charges en tant que gestionnaire PSM. On a travaillé avec des professionnels qui géraient des tenues NRBC, puisqu'il y avait toutes ces problématiques-là, du matériel biomédical parce que généralement ce ne sont pas forcément les pharmaciens qui gèrent ça. Il y avait la problématique de gérer tout ce qui était maintenance, les documents de validation qui venaient de la GMAO pour bien assurer que l'on avait bien fait la maintenance en temps et en heure. Il a donc été fait pour et par des utilisateurs.

Mme LOCATELLI-JOUANS demande si l'outil est prévu pour des utilisations sur le terrain.

M. PASSEMARD répond que c'était demandé dans le périmètre initial mais il a fallu restreindre. Ce sera dans la version 2.

Mme BOUTOT s'interroge que les douchettes.

M. PASSEMARD répond que les douchettes sont prévues pour l'utilisation dans la gestion du stock, c'est-à-dire que quand vous avez des médicaments avec des codes dessus, cela vous permet de scanner, de récupérer les dates de péremption sans les ressaisir. Mais pas sur le terrain, encore.

Le Président remercie pour la présentation de ce bel outil de gestion qui va faciliter la vie des établissements de santé et propose d'enchaîner sur le lot zonal pédiatrique et passe la parole à Mme CHAPPUY.

VI-Point d'étape des groupes de Travail : Lot pédiatrique zonal

Mme CHAPPUY déclare que la 1^{ère} étape avant de se lancer a été de faire un état des lieux de l'existant. Cet existant au niveau national est néant, rien n'est fait et tout reste à faire.

A noter que le GEFROUP (Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques) saisi en 2011 par l'EPRUS avait communiqué une liste de médicaments... en dehors de toute réflexion générale sur un lot pédiatrique.

En revanche, en élargissant l'état des lieux au-delà des frontières, a été identifié outre-Atlantique les canadiens et les new-yorkais qui ont un plan d'action en cas de victimes pédiatriques.

Methodologie : partir d'un lot polyvalent à l'instar de ce qui a été réalisé pour le lot maritime, extraire les spécificités pédiatriques, produit par produit, pour ce qui concerne les médicaments. Pour tout ce qui concerne le matériel, cela a été réparti en quatre sous-groupes.

- 4 axes de réflexion et de travail :
- 1 – Identifier la population à risques, les pathologies.
- 2 – Définir le contenu du lot pédiatrique.
- 3 – Réfléchir sur la répartition du lot pédiatrique sur le territoire, par zone ? Par bassin de risque ? A ce sujet, le général Julien doit transmettre un document qu'il a réalisé relatif à cette thématique.

- 4 – Définir les modalités de renfort en cas de besoin (projection d'un lot pédiatrique supplémentaire en provenance d'une autre zone...)

En outre, Mme CHAPPUY annonce que Caroline TELLION, du CHU NECKER qui a beaucoup travaillé sur l'organisation de l'hôpital en cas d'afflux massif de patients pédiatriques et qui a plus de 20 ans d'expérience de salle d'opération pédiatrique, a accepté de participer à son groupe de travail (plus particulièrement sur le matériel, notamment la ventilation).

Le Président déclare sa satisfaction et espère que cela puisse aboutir à un résultat dans les mois prochains.

Mme CHAPPUY répond que son groupe de travail aura des propositions à faire en décembre prochain à l'occasion de la prochaine réunion de la CCMO.

M. PASSEMARD intervient pour préciser que ce qui est intéressant, c'est la projection des moyens, en terme de rapidité.

Mme CHAPPUY acquiesce, il faut que ce lot soit rapidement mobilisable et fait référence à ce que peut transporter un hélicoptère.

Le Président déclare qu'en définitive la capacité d'un hélicoptère est très limitée, très sensible au poids, très sensible à l'aérologie puisque quand l'air est chaud, il y a moins de portance et par conséquent il peut aller beaucoup moins loin. Raison pour laquelle, avant chaque décollage, il est fait un calcul pour estimer l'élongation possible.

Mme BOUTOT trouve que le transport en hélicoptère n'est pas si séduisant que cela.

Le Président déclare qu'effectivement, on a un problème par rapport aux nations anglo-saxonnes et aux Américains, c'est que la France est dépourvue de gros porteurs, en dehors du NH90 qui n'est pas très répandu et que de toute manière on ne peut compter sur les hélicoptères de la Défense. Par contre, la Sécurité civile en a, mais avec une limitation aux hélicoptères EC145.

Puis le président rappelle que M. MARGENET disait que le lot pédiatrique devait être limité à 11 malles afin que l'on puisse utiliser la remorque PSM et demande si en terme de poids cela peut rentrer dans un EC145.

Mme BOUTOT répond qu'il lui semble que le poids doit avoisiner au moins les 300 kilos, mais que cela peut faire plus étant donné que le matériel de monitoring a certain poids.

Le Président pense que cela devrait pouvoir être pris en charge par un EC145.

Mme CHAPPUY aborde la partie chirurgicale où pour l'instant il n'y a pas eu encore d'échange.

Le Président estime qu'on aborde là le renforcement d'un hôpital et à ce titre que cela relève du PSM2. Ce qui peut être un objectif à déclarer mais qui mérite un travail en lui-même.

Maintenant se poserait la question de savoir ce qu'un hôpital général est capable de faire dans ce domaine-là. Sachant que jusqu'à présent le réflexe est de rapatrier sur des gros centres, la chirurgie pédiatrique d'urgence se faisant peu dans les centres de deuxième niveau.

Mme BOUTOT demande dans quelles mesures on peut penser à amener le personnel, parce qu'un bloc opératoire, c'est un bloc opératoire.

Le Président relate qu'actuellement à Marseille on travaille sur une telle possibilité, il s'agirait d'équipes chirurgicales mobiles qui seraient projetées – ce sont les militaires qui les fourniraient – sur un hôpital qui a moins l'habitude de faire de l'urgence.

C'est un schéma qui est envisagé, qui a été proposé par l'AP-HM et qui reste à tester. Le problème de l'équipe mobile qui va investir un bloc opératoire, il faut qu'elle ait l'habitude de travailler ensemble, et qu'elle ait l'habitude de travailler de manière, pas dégradée, mais spartiate.

Mme CHAPPUY demande s'il y a aussi besoin de réfléchir sur l'ECMO mobile, avec une petite machine ? Parce que ça existe en pédiatrie...

Le Président intervient pour déclarer que ce sujet a été abordé par le SSA parce qu'ils ont vu les Américains pratiquer sur le traumatisme thoracique, où il peut y avoir des SDRA assez rapides, en tout cas avant le délai d'évacuation possible. Les Américains faisaient venir des équipes d'ECMO allemandes à Kaboul – il n'y pas beaucoup de publications, il y en a moins d'une dizaine de cas – pour récupérer les gens et ils les transportaient sous ECMO. C'est une capacité que les armées françaises voudraient développer. Maintenant, est-ce que le besoin se ferait ressentir en France ? Et est-ce que le transport suffirait à joindre une équipe qui pourrait le faire.

Le Président ajoute que l'autre question qui est plus un problème SAMU car ce sera à déterminer au cas par cas, c'est le fait d'aller chercher le patient dans un hôpital qui n'a pas la capacité, auquel on va installer une ECMO, puis le transporter, mais il pense que les SAMU sont assez rôdés à ce genre d'exercice.

M. VIVIEN répond que cela n'est pas une pratique courante mais que cela arrive régulièrement et précise qu'il y a 2 situations, l'ECMO veino-veineuse à visée d'oxygénation, et l'ECMO, plus exactement le CLS veino-artériel à visée dynamique, y compris sur l'arrêt cardiaque. Pour un SDRA, ce sera une ECMO veino-veineuse et là, il y a quand même un délai d'installation par rapport au blast, en général. Il y a quand même quelques heures et on a donc le temps de voir venir.

Le Président acquiesce et précise que c'est la raison pour laquelle le besoin de capacité s'est fait jour, en tout cas pour les Américains car il y a le délai d'évacuation après une prise en charge qui est de six, douze heures, et le SDRA arrive avec des patients qui ne sont pas ventilables ou difficiles à ventiler. Et il continue de préciser que dans ce délai-là de six, douze heures, en France, normalement, on a trouvé une place à la victime et par conséquent qu'il n'est pas certain que ce soit un besoin.

Mme CHAPPUY acquiesce.

Le Président entame sa conclusion en remerciant, l'EPRUS pour son soutien en amont, l'assemblée pour sa fidélité et plus particulièrement : Mme Chappuy pour sa prochaine proposition de lot pédiatrique, M. Vivien pour sa future réflexion sur les malles du PSM2 et Mme Boutot pour son futur bilan concernant les respirateurs.

Le Président propose de fixer la date de la prochaine réunion au mardi 15 décembre 2015.

La séance est levée à 15h40.