Salle de crise du Service d'aide médicale urgente de Paris

M. Nahon, B. Vivien

Service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris, SAMU de la zone Île de France, hôpital universitaire Necker-Enfants malades, 149 rue de Sèvres – 75743 Paris Cedex.

Résumé

Le Service d'aide médicale urgente de Paris assure au quotidien une mission de régulation médicale des appels, l'engagement des moyens et le suivi des dossiers de régulation, la couverture d'événements prévisibles et la gestion de crise. Les appels peuvent être réceptionnés en situation exceptionnelle lors d'un événement catastrophique ou de crise sanitaire. La salle de crise du Service d'aide médicale urgente de Paris est activée lors de ces situations exceptionnelles. Elle permet la coordination de l'envoi des moyens médicaux, et la régulation des ressources hospitalières. Centre névralgique de l'organisation médicale pré hospitalière, la cellule de crise du Service d'aide médicale urgente de Paris permet les échanges avec les acteurs médicaux sur le terrain, les correspondants médicaux hospitaliers du plan blanc, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, l'Agence régionale de santé et les autres salles de crises de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, de la Police nationale et du secrétariat de la zone de défense. La posture de la salle de crise du Service d'aide médicale urgente de Paris dictée par les circonstances est soit départementale, zonale ou nationale.

Mots-clés : Attentats terroristes. Gestion de crise. ORSAN. ORSEC. Plan blanc. Plan multi sites. Plan zonal de mobilisation. Régulation médicale.

Abstract

THE SAMU OF PARIS CRISIS MANAGEMENT CENTRE.

The SAMU of Paris assesses emergency calls, dispatches the most appropriate medical service, and provides medical coverage for foreseeable events and crisis management. Calls can be received in exceptional situations such as disasters or health crises. The SAMU of Paris crisis room is activated during such exceptional situations. It ensures the coordination of the dispatched medical resources, and the groundwork of hospital resources. The SAMU of Paris Crisis room is the center of pre hospital medical organization; it ensures the exchanges between the medical units on the field, the hospital medical correspondents, the Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, the Regional Health Agency and other crises centers of the Paris Firefighter Department, the National Police and the Secretariat de la Zone de Defense. The position of the SAMU of Paris crisis center is dictated by the circumstances: departmental, zonal or national.

Keywords: Crisis management.Emergency medical control.Hospital organization.Multiple locations pre hospital organization. ORSEC.ORSAN.Terrorist attacks.Zonal area medical organization.

Missions du Service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris

Le SAMU de Paris assure les missions suivantes :

– missions opérationnelles du quotidien : réception des appels au 15, régulation médicale, engagements des moyens et suivi des dossiers, couvertures d'événements prévisibles : dispositifs prévisionnels de secours des grands rassemblements sur la capitale (1) ;

– missions de gestion de crises : gestion de l'alerte, engagement des moyens et suivi des bilans, lors d'un événement catastrophique ou de crise sanitaire sur le département 75 ou sur la Zone de défense et de sécurité de l'Île de France (ZDS IF) (2, 3) ;

– mission de veille épidémiologique, directement associée aux missions opérationnelles avec la nécessité de renforcer sa capacité opérationnelle en période de pandémie (4-6) ;

M. NAHON, docteur, praticien hospitalier. B. VIVIEN, professeur, praticien hospitalier, professeur des Universités.

Correspondance : Monsieur le Professeur B. VIVIEN, SAMU de Paris, Service d'anesthésie-réanimation, Centre hospitalier universitaire Necker - Enfants malades, 149 rue de Sèvres, – 75730 Paris Cedex 15.

E-mail : benoit.vivien@aphp.fr

– missions d'enseignement, de formation et de recherche ;

– missions administratives et partenariales (ministère de la Santé, ministères des Affaires étrangères, Air France, SNCF, etc. ;

– missions de planification avec le secrétariat général de la zone de défense et de sécurité (SGZDS et l'Agence régionale de santé (délégation Territoriale ARS et ARS de Zone) (7).

Du fait de ces missions du quotidien et de crises à cinétiques rapides ou durables, le SAMU de Paris a identifié dans ses locaux trois espaces fonctionnels pour la gestion des opérations :

– le Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) pour la gestion de l'activité du quotidien ;

– la salle de renfort du CRRA : dédiée à un renforcement de la régulation des appels en situation de pandémie par exemple (pandémie grippale, pathologie émergente) ;

– la salle de crise départementale / zonale / nationale : dédiée à la gestion exclusive de la régulation des victimes soit dans le cadre d'un événement catastrophique limité au département, ou limitée à la ZDS IF, soit dans le cadre de coordination interzonale des moyens SAMU.

La salle du CRRA

La salle du CRRA a été modernisée afin de faire face à l'augmentation de son activité et de la nécessité de mieux communiquer avec les partenaires de l'Aide médicale urgente (AMU). Le choix en espaces de travail fonctionnels de type « marguerite » (fig. 1) a été retenu :

– marguerite principale liée à l'activité de décroché des appels par les assistants de régulation médicale (ARM) et la régulation par les médecins du SAMU (4 en journée, 3 en nuit profonde de minuit à 8 heures du matin) ou de la Permanence des soins (PDS) ;

– marguerite de la PDS liée à l'activité de régulation par les médecins de la permanence des soins (2 en journée, 1 en nuit profonde) ;

– marguerite des effecteurs liée à l'activité d'engagement et de suivi de l'activité de l'envoi des ambulances privées et autres effecteurs de l'AMU ;

– marguerite associative liée à la remontée de bilans et au suivi des interventions des Associations agréées de sécurité civile (AASC) qui sont soit en posture de prompts secours régulés par le SAMU, soit en situation de Dispositif prévisionnel de secours (DPS) planifié à la Préfecture et régulés par le SAMU ;

– chaque marguerite fonctionnelle est ainsi dotée de numéros de téléphone dédiés.

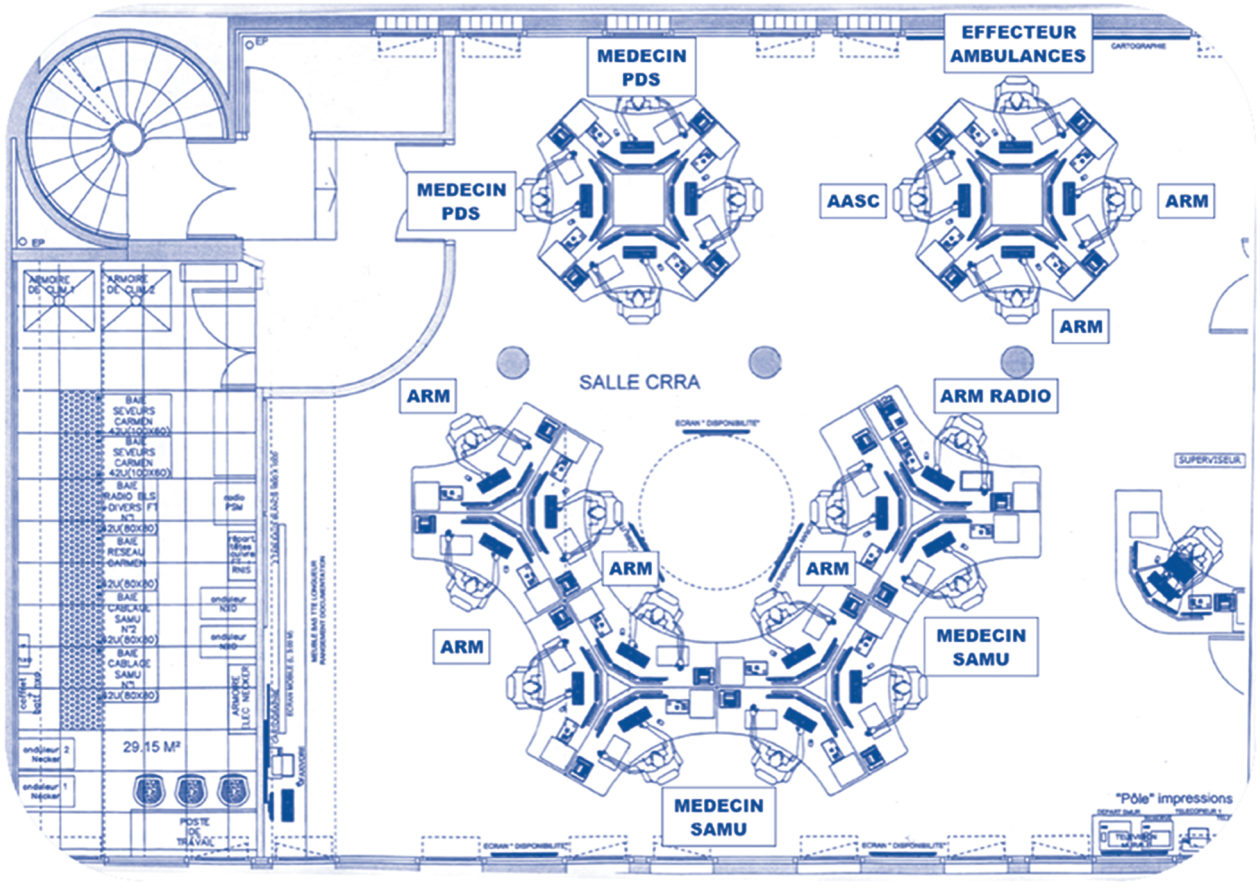


Figure 1. Salle du centre de réception et de régulation des appels du Service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris dédiée au quotidien.

Le traitement de l'appel est systématisé. Le décroché de l'appel est réalisé par un ARM. L'ARM assure la réception, la gestion et le suivi des dossiers de régulation. Le médecin régulateur est personnellement garant de la réponse donnée à chacun des appels à caractère médical ou médico-social et, lorsqu'il y a lieu, de la bonne orientation des patients vers la structure hospitalière ou la filière de prise en charge la mieux adaptée.

La salle de renforcement du CRRA

La salle du CRRA du quotidien peut absorber jusqu'au doublement de son activité, mais sur une période ne dépassant pas quelques jours. Dans des situations durables comme celle d'une pandémie par exemple, il est nécessaire d'activer une salle supplémentaire dédiée. La décision de son activation incombe le plus souvent au chef de service, pour des raisons fonctionnelles évidentes, et constitue un préalable à la décision généralement différée de quelques jours prise par les tutelles à l'échelon régional ou national. Sont traités dans cette salle les dossiers de régulation initialement identifiés au niveau de la salle du CRRA du quotidien ou bien les appels correspondant à un numéro dédié, spécialement activé pour cette mission (par exemple la ligne dédiée aux professionnels de santé pour la prise en charge de patients cas possibles ou cas contacts lors d'une épidémie). Le principe de traitement de l'appel dans cette salle est similaire à celui du quotidien : l'ARM initie le dossier de régulation et le transmet au médecin pour la prise de décision.

La salle de crise du SAMU de Paris

La salle de crise du SAMU (fig. 2) est activée dès la survenue d'un événement inopiné nécessitant une gestion immédiate spécifique, ne pouvant être gérée par la salle du CRRA du quotidien. Cette salle de crise est équipée de matériels de communication, de progiciels et de systèmes de visioconférence dédiés à la gestion de crise. Ces outils sont cependant d'un usage simple et similaire à ceux utilisés dans la salle du quotidien (il ne s'agit pas de découvrir ces outils au moment de la gestion de crise). En cas de crise de très grande ampleur, la salle de renforcement du CRRA peut être également transformée en salle dite « de décision de crise ». Elle réunit à proximité de la salle du quotidien et de la salle de crise des représentants des sept autres SAMU d'Île de France, des autorités de tutelles (Assistance publique – hôpitaux de Paris (APHP), ARS, Centre de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)), et si nécessaire de la Brigade de sapeurs-pompiers de paris (BSPP) et du Service de santé des armées (SSA), qui pourront ainsi assurer les communications et conférences téléphoniques avec les ministères concernés et transmettre à la cellule de crise les décisions de commandement et de gestion de crise.

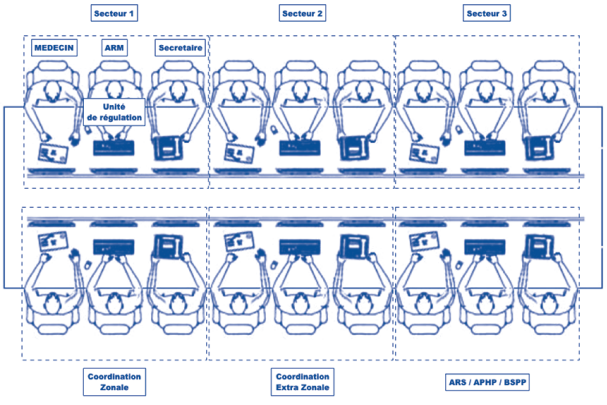


Figure 2. Salle de crise du Service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris.

La phase d'activation de la cellule de crise

C'est le médecin régulateur SAMU en poste au CRRA qui décide de l'activation de la cellule de crise. Il informe sans délai le chef de service qui valide cette décision. La salle a une capacité de 18 places assises, par groupes fonctionnels de 3 personnes : 1 médecin et 2 assistants, ARM ou secrétaire médicale. Elle est équipée de plusieurs tableaux d'affichage blancs, d'un vidéo-projecteur sur grand écran, d'un système de visioconférence équipé d'un tableau blanc interactif, de deux moniteurs de grande taille et d'une caméra haute définition motorisée. Ce système de visioconférence permet les échanges entre le SGZDS, l'état-major de la BSPP, l'ARS et les huit SAMU de l'Île de France. Les premiers personnels qui activent cette salle sont initialement un médecin et un à deux ARM. Un ARM référent (identifié 24 heures sur 24) assure les missions techniques d'activation des unités centrales des équipements informatiques (habituellement en état de veille), et de confirmation du bon fonctionnement des lignes téléphoniques dédiées (qui sont activées en permanence). Les premières actions visent à assurer une alerte coordonnée et un engagement initial raisonné et adapté à la nature de la situation.

La transmission de l'alerte

L'alerte est transmise simultanément et sans délai :

– aux personnels du service : chef de service et adjoints, cadres et encadrants ;

– au directeur de l'établissement siège du SAMU ou son représentant, à l'administrateur de garde au siège de l'APHP, et aux référents de l'Établissement de santé de référence (ESR) le cas échéant ;

– à la BSPP, dont le rôle est déterminant, à la fois dans la confirmation réciproque des alertes mais aussi lors du partage en temps réel des premiers bilans, qui dimensionnent le volume d'engagement initial des moyens médicaux et non médicaux ;

– aux sept autres SAMU de la ZDS IF, à titre d'information ou de mise en pré-alerte le cas échéant ;

– à l'ARS et au CORRUSS le cas échéant ;

– au Commandement opérationnel zonal (COZ).

L'engagement initial

L'engagement initial est rationnel et raisonné, et l'envoi des moyens médicalisés précède l'activation des plans préfectoraux. C'est sur la réception des bilans des premiers effecteurs médicaux et sapeurs-pompiers présents sur les lieux et des retours d'information depuis l'état-major de la BSPP et depuis le COZ que sera décidée la suite de l'engagement des moyens médicaux et non médicaux. Le médecin de la salle de crise doit faire preuve de retenue pour n'engager les renforts qu'au terme de l'arrivée d'un bilan circonstancié et qualifié. Ainsi la décision de montée en puissance repose sur la confirmation de la nature de l'événement, de son caractère évolutif ou non, terroriste ou non, technologique Nucléaire, radiologique, biologique, chimique ou explosion (NRBCe) ou non, et de la demande de renforts exprimée ou non exprimée par le premier médecin ou premier officier de sapeurs-pompiers présent sur site. La réversibilité de l'engagement doit être possible à tout moment.

La montée en puissance des moyens SMUR

La réception du message initial qualifié de la première équipe SAMU dicte le dimensionnement de la réponse médicale (fig. 3). La région Île de France réunit huit SAMU dont quatre de l'APHP. Le nombre nominal de moyens médicalisés s'élève à 66 moyens de type SMUR, qui peuvent être renforcés jusqu'à un total de 110 moyens médicalisés après rappels de personnels. Les huit SAMU de l'Île de France travaillent en permanence sur la base d'un appui interdépartemental quotidien. Ainsi les SAMU 78 et 92, les SAMU 91, 77 et 94, les SAMU 93 et 95, les SAMU 75, 92, 93 et 94 entretiennent des relations de proximité et de complémentarité en dehors des situations de crise. C'est sur ces bases que sera organisée la montée en puissance de la médicalisation préhospitalière par les SAMU et SMUR en Île de France.

En cas d'événement unique et non évolutif, limité au département, le SAMU de Paris engage ses moyens SMUR départementaux (75) et sollicite si besoin les unités mobiles hospitalières (UMH) des SAMU voisins directs (92, 93, 94) et de la BSPP, tout en rendant compte à l'ARS et en informant les autres SAMU de la ZDS IF. Certains moyens médicaux sont volontairement gardés à leurs bases respectives afin d'assurer les missions du quotidien : interventions primaires pour les urgences à domicile ou sur la voie publique, transferts inter hospitaliers urgents.

En cas d'événement unique et non évolutif, dépassant d'emblée les capacités départementales, le SAMU de Paris engage ses moyens départementaux (75), ceux de ses sept voisins (92, 93, 94, 91, 77, 78, 95) et de la BSPP tout en informant l'ARS. Certains moyens SMUR restent dédiés pour assurer les missions du quotidien.

En cas d'événement unique et évolutif, dépassant d'emblée les capacités départementales, le SAMU de Paris engage ses moyens départementaux (75) ceux, de ses sept voisins (92, 93, 94, 91, 77, 78, 95) et ceux de la BSPP tout en informant l'ARS et le CORRUSS. Certains moyens SMUR restent là encore dédiés pour assurer les missions du quotidien.

En cas d'événements multiples et évolutifs, dépassant d'emblée les capacités départementales, le caractère terroriste d'un événement est parfois évident (tirs à l'arme automatique, ceinture d'explosifs). Parfois le contexte est moins clair et c'est la survenue simultanée de plusieurs événements (incendies ou explosions, pathologie collective brutale) qui peut évoquer un caractère malveillant.

Dans ce contexte l'engagement initial des moyens est raisonné, prenant en compte le caractère terroriste possible. Dès la survenue simultanée d'un deuxième événement, le plan d'intervention multi-sites dit « plan camembert » est mis en application. Les grandes lignes de ce plan sont les suivantes :

– éviter l'accumulation des moyens médicaux sur le premier site : envoi sur chaque site d'une UMH de proximité et d'un médecin régulateur associé au dispositif BSPP commandé par le Commandant des opérations de secours (COS) et le Directeur des secours médicaux (DSM) ;

– utiliser dès la survenue du 2e site une régulation d'emblée zonale, impliquant les 8 SAMU d'Île de France et basée sur un découpage de Paris et de l'Île de France en 3 secteurs ;

– renforcer Paris en quelques minutes par l'appui des SMUR des départements de la petite couronne, ceux de la grande couronne se positionnant dans la petite couronne. Dans chaque département, des moyens SMUR sont dédiés soit aux missions de crise, soit aux missions de permanence des soins du quotidien ;

– hospitaliser les victimes dans le même secteur en réservant les plateaux techniques lourds de Paris intra-muros aux blessés les plus graves.

Ce plan est appliqué également en cas d'événements évolutifs multiples survenus en dehors du département parisien, dans la petite ou la grande couronne parisienne. Dans ces situations d'événements majeurs, le médecin régulateur de la salle de crise peut décider du rappel des personnels. Il peut ainsi compter sur le triplement des ressources humaines dans un délai de 45 minutes.

Recherches et régulation des destinations hospitalières

La recherche des destinations hospitalières débute sans délai, dès l'envoi des premiers acteurs SMUR sur le terrain et sans attendre la réception des bilans détaillés des victimes. Cette phase de régulation médicale est adaptée en fonction du contexte et du nombre de victimes :

En cas d'événement unique et non évolutif, limité au département, les principaux services sont mis en alerte : il s'agit des réanimations médicales, des salles de surveillance post-interventionnelles et des réanimations chirurgicales, et des plateaux techniques parisiens de l'APHP. Dès la réception en salle de crise des bilans individuels des victimes, transmis par le médecin régulateur SAMU présent sur site, les patients sont adressés vers les destinations hospitalières

prédéterminées après échange téléphonique préalable entre le médecin régulateur du SAMU de la salle de crise et le médecin du service receveur.

En cas d'événements multiples ou évolutifs, la régulation des destinations est organisée non plus à l'échelle individuelle mais par groupes de patients. Les bilans médicaux remontés depuis le terrain sont organisés par groupes de patients regroupés par catégorie d'âge et de poids : adulte, pédiatrique de moins ou de plus de 30 kg, par catégorie lésionnelle directement liée au type de service requis pour l'admission hospitalière : crâne pur (neurochirurgie), lésions thoraciques (chirurgie thoracique), abdominales (chirurgie viscérale), lésions de membre simples (chirurgie orthopédique) ou complexes (chirurgie orthopédique et vasculaire), etc.

Une synthèse zonale des moyens SMUR et des ressources hospitalières. Dès la réception de l'alerte, chaque SAMU de la ZDS IF recense dans son département les moyens SMUR disponibles immédiatement, à 30 minutes et à 60 minutes, ainsi que les capacités d'accueil en nombre d'Urgences absolues (UA) et d'Urgences relatives (UR) dans les établissements de santé publics et les hôpitaux militaires. Le déclenchement du plan blanc est basé sur les informations relayées par la cellule de crise du SAMU. La dimension départementale ou zonale de l'événement est immédiatement prise en compte par l'ARS et la Direction générale de la santé (DGS). Les informations communiquées par les SAMU de l'Île de France sont ainsi centralisées et analysées par le SAMU zonal afin de permettre une répartition pertinente et équilibrée des moyens médicaux et des ressources hospitalières en cas d'événements multi-sites, tout en assurant la permanence des soins et tout en envisageant la possibilité de survenue d'un nouvel événement dans le cas d'actes terroristes successifs. Le SAMU zonal adresse en retour à chaque site impacté par un événement impliquant de nombreuses victimes les groupes de destinations par catégorie adulte ou

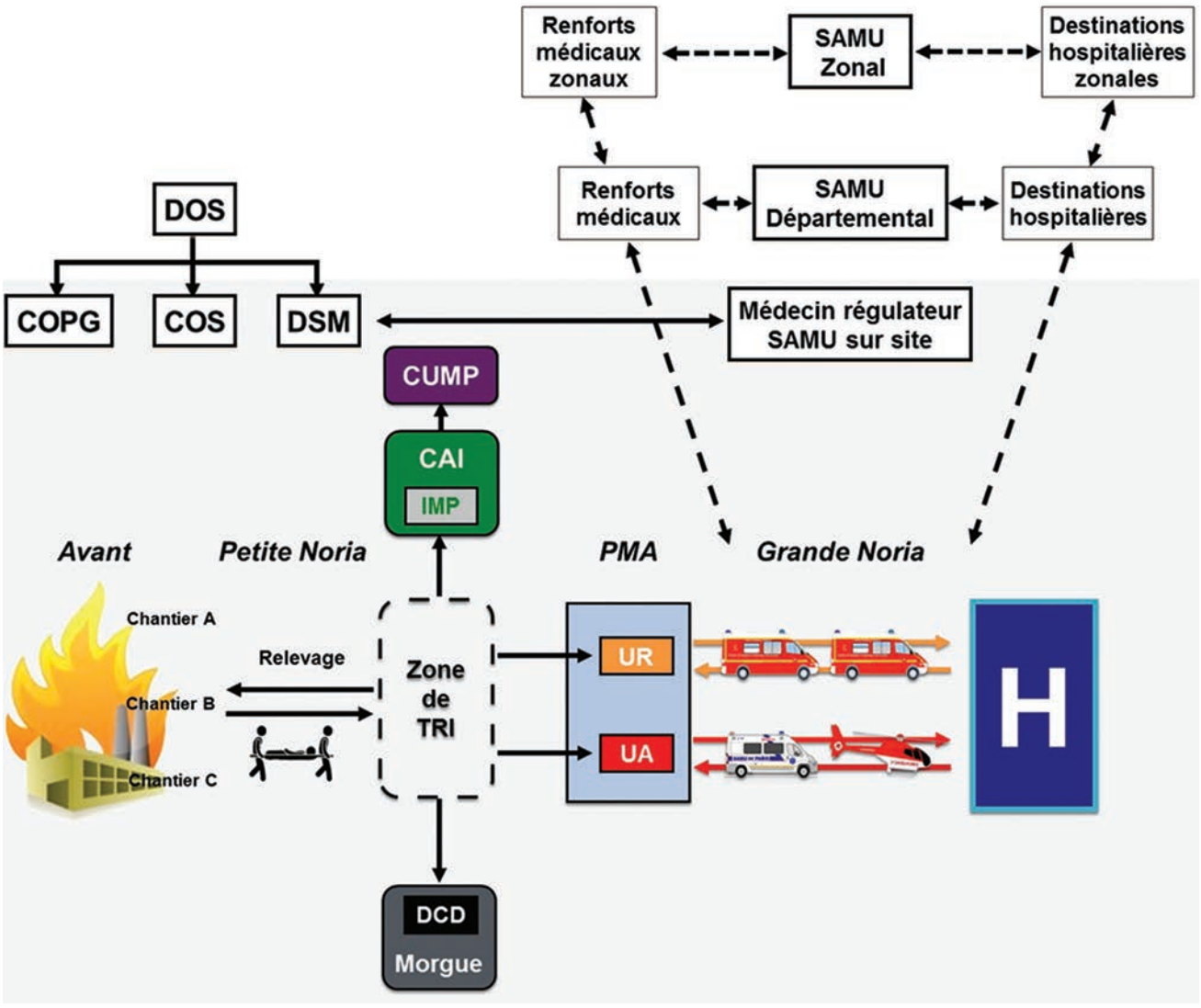


Figure 3. Organisation du terrain vers la salle de crise.

pédiatrie et par grande classe de pathologie. C'est le médecin régulateur SAMU présent sur site qui a pour mission d'attribuer une destination pour chaque victime et d'organiser le cas échéant des évacuations groupées vers la même destination hospitalière.

Une synthèse zonale avec les autres services de l'État. Le SAMU de Paris est en contact permanent avec les services de l'État impliqués dans la gestion de crise. La communication avec les sapeurs-pompiers est quasi permanente, et porte sur des échanges d'informations entre la régulation du SAMU, le terrain, le COS, le DSM et le médecin chef des évacuations. Cette liaison étroite avec l'état-major de la BSPP améliore la qualité des informations et la réactivité du système. La communication avec l'état-major de la Police est un peu moins fréquente et porte principalement sur l'évolution de la menace en situation d'acte terroriste, sur les trajets recommandés pour les arrivées des renforts, et ceux à privilégier pour les évacuations. L'état-major de la Police nationale assure également l'envoi d'escortes motocyclistes lorsqu'elles sont jugées nécessaires.

Un rôle de supervision des équipes. C'est la cellule de crise du SAMU départemental qui doit se soucier des besoins de relève, de pause repas et de repos des équipes travaillant sur le terrain.

Fin de l'alerte

Dès lors que la situation est stabilisée, que le nombre de victimes est arrêté et non évolutif, et que le SGZDS confirme la levée du dispositif, la cellule de crise va adresser à tous les SAMU et SMUR engagés le message de fin d'alerte. Ce message est parfois associé à des consignes spécifiques liées à la persistance d'une menace ou d'un risque évolutif potentiel.

Organiser le lendemain de la crise

Chaque SAMU et chaque SMUR ayant participé à l'action collective doivent préparer l'après crise, dès que possible. Il s'agit d'assurer la continuité de service lors des heures et des jours suivant la crise. La reprise de l'activité nominale du quotidien doit pouvoir reprendre dans des conditions optimales avec des personnels reposés et les équipements reconstitués (lots, pharmacies, réserves, etc.).

Conclusion

Le médecin du SAMU peut au cours de son activité quotidienne être confronté à une situation de crise avec de nombreuses victimes. Il décide de l'activation de la cellule de crise. Les principes de gestion de crise reposent sur une logique de réponse unique quelle que soit la nature de l'événement causal, basée sur la philosophie des plans nombreuses victimes, organisation de la réponse de Sécurité civile (NoVi ORSEC) (8, 9) de l'Organisation hospitalière organisation de la réponse du système sanitaire (ORSAN). La rédaction de procédures largement diffusées au sein des différents SAMU d'Île de France est un élément facilitant l'homogénéité de la réponse en situation évolutive ou non. Les modalités d'engagement des moyens médicaux et la recherche des destinations hospitalières repose sur le principe d'anticipation. La réalisation régulière d'exercices sur table permet d'optimiser le temps d'activation de la cellule de crise et d'étendre à tous les personnels du SAMU la connaissance de ses modalités de fonctionnement et de montée en puissance.

Absence de conflits d'intérêt en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences. Dernier accès en ligne le 8 août 2017. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm
2. Arrêté du 24 juillet 2013 recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires. Dernier accès en ligne le 8 août 2017. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027825549
3 Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles – 2014. Dernier accès en ligne le 8 août 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_offre_de_soins_ok_bd.pdf
4. Instruction N° DGS/DUS/CORRUSS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Dernier accès en ligne le 8 août 2017. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste_20130008_0000_0176.pdf
5. Guide « préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle ». Dernier accès en ligne le 8 août 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PREPARATION_CAMPAGNE_VACCINATION_EXCEPTIONNELLE_DGS_2012.pdf
6. Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale ». Dernier accès en ligne le 8 août 2017. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Pandemie_Grippale_2011.pdf
7. Décret n°2010-336 du 31 mars 2010, portant création des Agences régionales de Santé. Dernier accès en ligne le 8 août 2017. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040773
8. Loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile. Dernier accès en ligne le 8 août 2017. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804612
9. Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au dispositif ORSEC pris en application de la loi de modernisation de la sécurité civile. Dernier accès en ligne le 8 août 2017. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421070