



CHU DE REIMS

JOURNÉE RÉGIONALE ANFH

T BRUGEAT

J LEONARD

26 SEPTEMBRE 2019



Principe d'un Plan Blanc Volet Attentat

Pouvoir faire face à des situations d'attentats, notamment multi-sites et assurer une prise en charge de victimes blessés par des armes de guerre ou des engins explosifs.

L'objectif est de **garantir la sécurité des victimes et des intervenants** en évitant une concentration susceptible d'être une cible de sur-attentat et **favoriser une arrivée très rapide de la victime** dans un établissement de santé adapté en fonction de la typologie des lésions et après la mise en œuvre des techniques de « Damage Control » pré-hospitalier.

Principe d'un Plan Blanc Volet Attentat

Au niveau pré-hospitalier, le concept de **Poste Médical Avancé** doit être plus souple et adapté à l'état des victimes, aux circonstances ou à la configuration du terrain.

La mise en place d'un ou plusieurs **points de regroupement des victimes** (PRV) permet la médicalisation a minima et l'évacuation rapide, mais régulée, vers les établissements de santé pouvant accueillir des urgences absolues.

L







L'alerte et le déclenchement au CHU de Reims

Dispositions identiques pour l'alerte et le déclenchement que pour un Plan Blanc « classique ».

Mais pour des questions de sécurisation du site, de durée prévisible de la crise et du caractère particulier des blessures des victimes, **le directeur de garde active d'emblée une cellule de crise élargie**





L'alerte et le déclenchement

La cellule de crise élargie comprend en plus :

- **un référent paramédical** « damage control Surgery» pour assister le coordonnateur médical
- **un directeur adjoint chargé de la sécurité** du site et des relations avec les services de police
- **un directeur adjoint chargé de la communication**
- **un directeur adjoint chargé des questions d'ordre logistique**

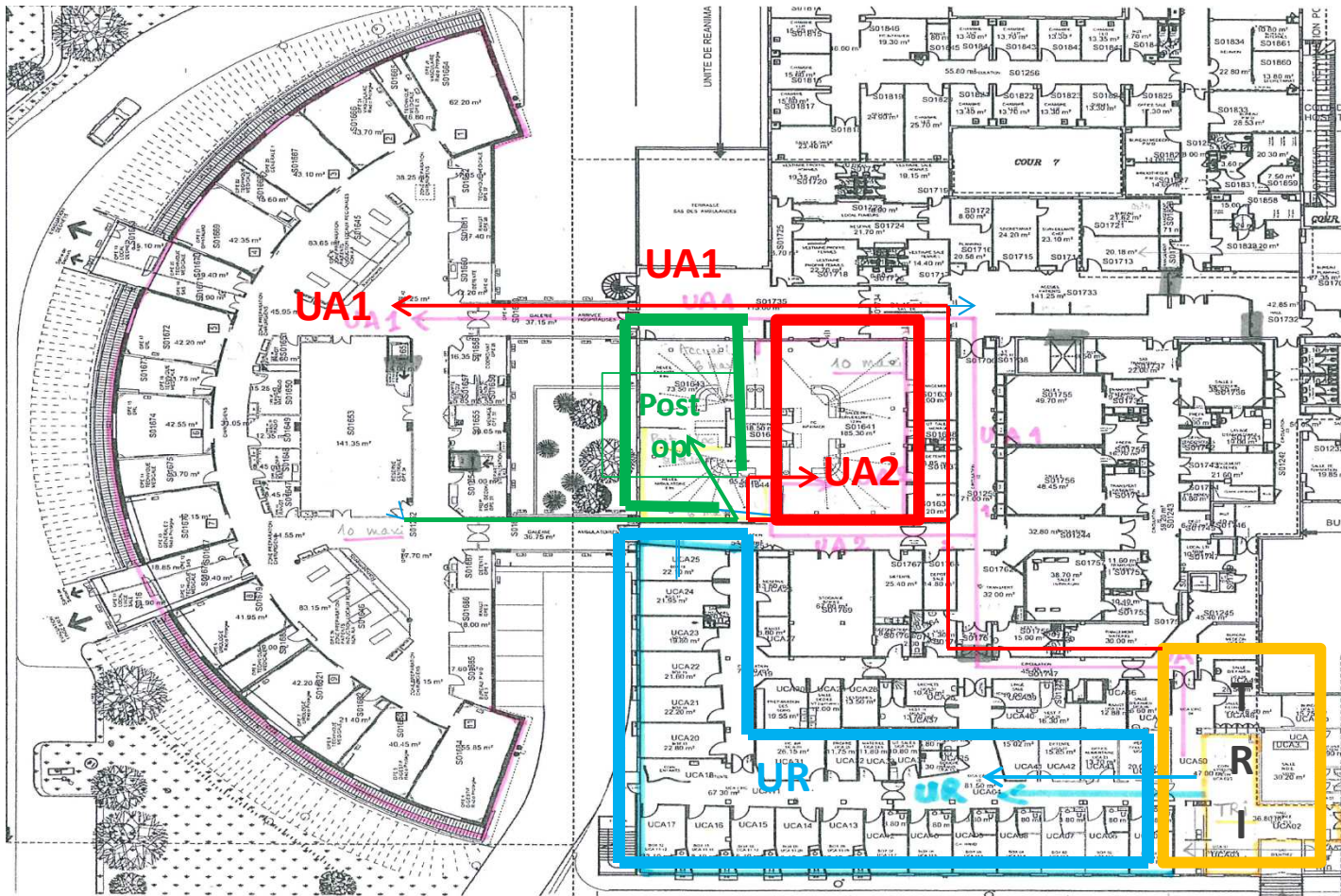
L'organisation des prises en charge intra-hospitalières

- Les victimes adultes et enfants « **Urgences absolues (UA) et relatives (UR)** » sont orientées vers **l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (U.C.A.) = porte d'entrée**
- Les victimes impliquées, dans la salle Pierre Lacour (bâtiment des urgences adultes).

La prise en charge intra-hospitalière des victimes doit répondre au **principe d'une marche en avant**, depuis l'arrivée à l'UCA jusqu'à la prise en soins en Salle de Surveillance Post Interventionnelle ou au Bloc ou à l'UCA puis en réanimation ou dans dans un service de l'établissement ou d'un autre établissement.



Organisation des locaux



Identitovigilance et Tri des victimes

- Mise en place en lien avec la Cellule d'Identito-Vigilance de l'organisation SI –VIC (Système d'Information pour le suivi des victimes) permettant d'identifier les victimes.
- Tri à l'arrivée par un binôme Chirurgien-Médecin Anesthésiste Réanimateur pour décider de l'orientation :
 - vers le bloc opératoire directement (**Urgence Absolue de niveau 1**)
 - vers la SSPI (**Urgence Absolue de niveau 2**)
 - ou vers l'UCA (**Urgence Relative**)





Organisation à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA)

Les Urgences Relatives (UR) sont prises en charge dans les box d'hospitalisation de jour de **l'UCA (36 places maximum)**. L'organisation de la prise en charge des UR est identique à celle décrite dans le Plan Blanc, sauf en ce qui concerne le personnel mobilisé :

- **1 senior et 1 interne pour 9 patients accueillis,**
- **1 IDE et 1 AS pour 4 patients accueillis,**
- **2 ASH pour couvrir l'ensemble du secteur**

Ces personnels se voient doter de chasubles permettant d'identifier leurs équipes d'affectation.

Des liaisons doivent s'établir entre les zones de prise en charge des patients (UCA- SSPI-Blocs) à partir de Talkie-Walkie

La Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI)



La SSPI du bloc Hôpital Robert Debré est placée sous la responsabilité d'un Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) et d'un cadre de santé d'anesthésie coordonnateur, qui assurent l'interface avec le coordonnateur du bloc.

Les victimes sont misent en condition avant un passage au bloc opératoire.

La Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI)



La Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI)



La Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI)





La Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI)

La SSPI : Accueil en déchoquage pour les Urgences Absolues de niveau 2

Sédation, intubation et ventilation et Damage control ressuscitation : remplissage vasculaire, correction de l'anémie, Exsufflation et drainage thoracique...

Les UA2 sont prises en charge par une équipe dédiée par patient,

- **1 MAR (senior ou interne),**
- **1 IDE/Puéricultrice et 1 Aide Soignante /Axillaire Puéricultrice (issue des services de réanimation ou Unité de Soins Continue prioritairement).**

Ce trinôme vient chercher au tri de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire le patient avec le brancard de SSPI.

L'espace dédié peut accueillir **au maximum 10 patients.**

Prise en charge au Bloc Opératoire HRD

Organisation des blocs opératoires - damage control chirurgical

Le concept de *damage control* recouvre une stratégie de prise en charge du choc hémorragique centrée sur une chirurgie de sauvetage minimaliste associée à une réanimation péri opératoire.

Le bloc est placé sous la responsabilité d'un coordonnateur, s'assurant de la rapidité et de l'enchaînement des blocs. Il est en lien direct avec le binôme.

La fonction est assurée par un cadre de santé du secteur interventionnel.



Prise en charge au Bloc Opératoire HRD

La prise en charge chirurgicale est rapide (laparotomie écourtée) et **doit durer 1 H maximum**

La prise en charge chirurgicale est réalisée avec 1 Médecin Anesthésiste Réanimateur / 1 chirurgien / 1 IADE / 2 IBODE

La réanimation post opératoire est prise en charge prioritairement dans un service de réanimation de l'établissement ou d'un établissement périphérique en fonction des disponibilités en lits.

Lorsque ces capacités en lits sont saturées, elle est réalisée dans la SSPI de l'HRD, dans un espace différent de celui qui accueille les UA2 avant passage au bloc (reprise chirurgicale programmée dans un délai le plus court possible).



La SSPI pour les post bloc

La SSPI 2 : Poursuite de la réanimation en post-opératoire pour les UA 1, lorsque les services de soins critiques de l'établissement sont saturés.

Les UA1 sont prises en charge par une équipe constituée des mêmes professionnels que pour une UA2.

L'espace dédié peut accueillir **au maximum 6 patients**.

La SSPI de l'Hôpital Robert Debré peut accueillir jusqu'à 22 patients.

L'équipement nécessaire se trouve au sein de la SSPI, sauf les respirateurs qui doivent être acheminés du pôle logistique et les brancards.



La mobilisation et l'affectation des personnels

Les modalités de maintien sur place et de rappel gradué des personnels sont celles prévues par le Plan blanc. **Néanmoins l'aspect compétences dans le volet attentat est important.**

Le CHU se dote d'un système de rappel automatique des agents (logiciel Surycat)

Les professionnels médicaux et non médicaux rappelés identifiés pour la mise en œuvre du damage control se présentent dans la salle de réunion située à l'entrée du bloc opératoire, au niveau du bureau des cadres.



La mobilisation des ressources médico-techniques et logistiques

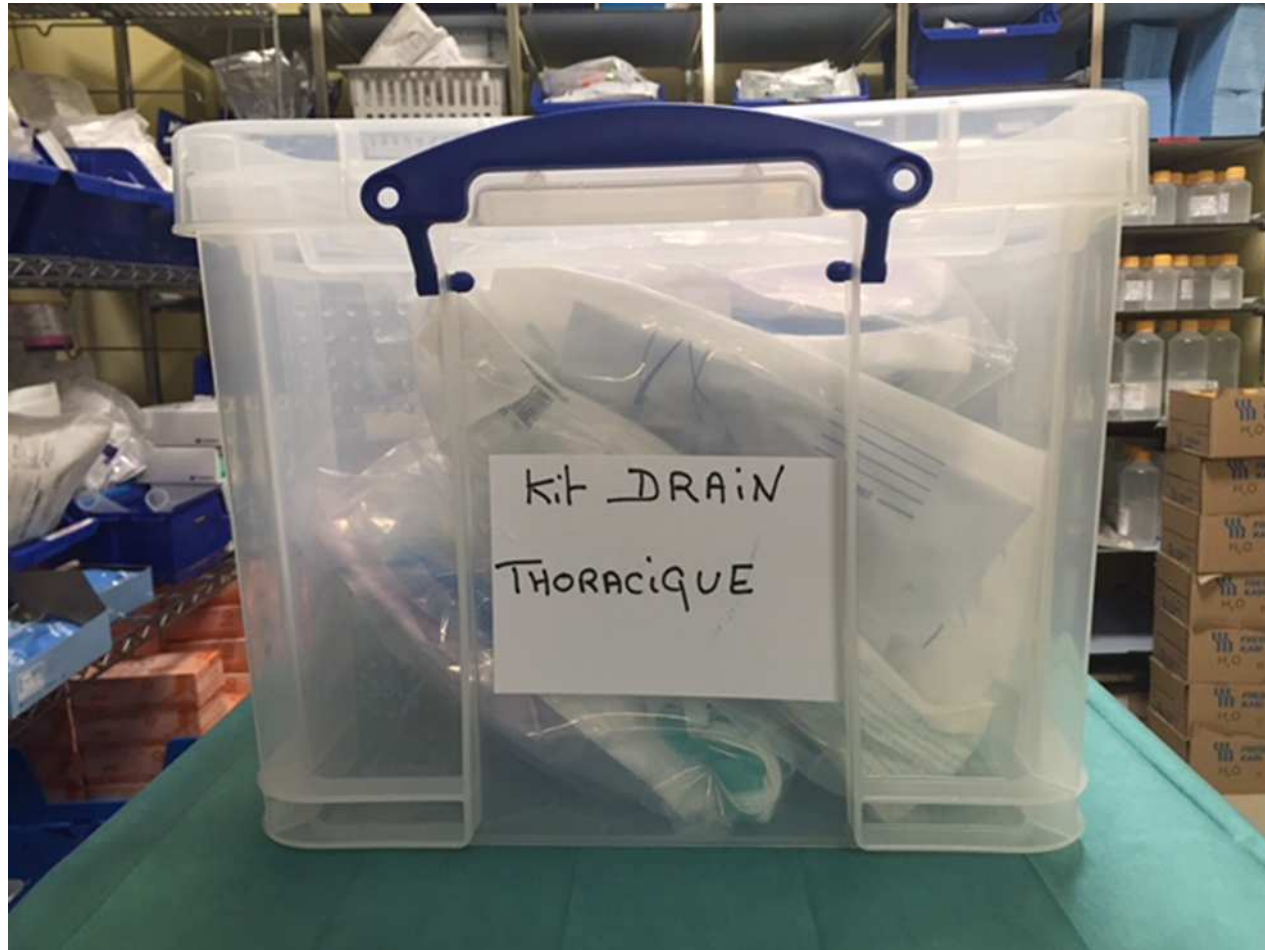
Les matériels et produits nécessaires à la mise en œuvre du *damage control ressuscitation* sont recensés et stockés dans les services de réanimation adulte et pédiatrique (acheminés par les équipes des services mobilisées).

Les produits et matériels complémentaires disponibles à la pharmacie (médicaments et DM : solutés et facteurs de coagulation) sont également identifiés (à partir des Fiches 7 et 8), de même que les produits sanguins disponibles à l'EFS et les modalités de réapprovisionnement.

Le matériel nécessaire à la mise en œuvre du *damage control chirurgical* est également recensé et stocké dans les arsenaux des blocs opératoires de l'établissement, conformément à la fiche.

La disponibilité des boîtes opératoires constituant un paramètre important dans la capacité à prendre en charge un flux important de blessés, une organisation spécifique du processus de traitement en stérilisation de ces dispositifs médicaux est définie (fiche opérationnelle).

Les moyens logistiques, notamment dédiés à l'acheminement des produits et matériels vers l'UCA et les blocs opératoires, sont mobilisés par la cellule de crise en lien avec les cadres et s'appuient sur les brancardiers et intendantes de réanimation, d'anesthésie et de l'UCA.



Il intègre le volet attentat mais couvre des événements plus larges :

- Evènement **inhabituel**,
- Souvent imprévisible
- Souvent brutal

Entrainant de **nombreuses victimes** (et sollicitant fortement nos capacité d'accueil)

Et générant surtout une **inadéquation des moyens face aux besoins nécessitant une adaptation particulière de l'établissement**





Plan blanc au CHU de Reims

Activation de la cellule de crise restreinte ou élargie



Le directeur de garde contacte le standard afin qu'il prévienne les personnes composant la cellule de crise

Composition de la cellule de crise

Directeur de garde /Coordinateur médical/ Directeur des soins ou cadre de santé/ Secrétariat composé d'une ou plusieurs secrétaires

Directeur de site/ Responsable de la communication/ Directeur du pôle Logistique-Infrastructures-Environnement

Le Plan blanc au CHU de Reims

- Lien permanent avec le Centre 15 afin d'identifier la nature de l'événement, les besoins et le nombre de victimes
- Bilan des possibilités d'accueil en lien avec les acteurs impliqués dans le tri des victimes
- Rappel gradué des personnels Médicaux et Non médicaux / Compétences (Logiciel Surycat)
- Retours spontanés à canaliser
- Cadre de santé coordonnent en lien avec la cellule de crise ces rappels et les affectations
- Logistique mise en place pour appuyer l'ensemble des professionnels



RISQUES NRBC

Nucléaire

Radiologique

Biologique

Chimique



Plan blanc : volet NRBC au CHU de REIMS

Point de Rassemblement des Victimes (PVR)

C'est le lieu où sont rassemblées les victimes contaminées en attendant leur passage au sein de la chaîne de décontamination fixe ou mobile.

Un tri médical y est effectué afin de déterminer un ordre de priorité pour la décontamination.

Les premières étapes de la décontamination sèche y sont effectuées.

Le PRV est situé au niveau du bâtiment des urgences (niveau -1) : terrasse couverte de la galerie extérieure du service de radiologie





Plan blanc : volet NRBC au CHU de REIMS

Zone d'accueil / personnel

Un personnel administratif, un médecin, un infirmier, formés au port de la tenue NRBC et aux gestes techniques médicaux en tenue.

Tenue de protection risque chimique, étanche ou filtrante

Organisation

Dès l'alerte donnée par le directeur de garde ou par le SAMU, un intervenant dédié au plan NRBC (SAMU...) vérifie que les accès et les baies vitrées du bâtiment des Urgences sont fermés afin d'empêcher les entrées à l'intérieur du bâtiment.



Habillage en binôme



Habillage en binôme



Tenues de protection





Plan blanc : volet NRBC au CHU de REIMS

L'entrée du PRV, au niveau des escaliers, est gérée par un personnel en tenue de protection (un soignant capable d'effectuer un tri et de déterminer la priorisation de la décontamination).

Les patients valides montent l'escalier et sont pris en charge par les deux autres personnels du PRV.

Les patients invalides restent au pied de l'escalier, sous celui-ci, en attendant la mise en œuvre de la chaîne de décontamination.

En cas de besoin de médicalisation précoce : un médecin/infirmier de la zone accueil est appelé.

A l'étage, sur la terrasse, deux personnels en tenue guident les victimes sur les premières étapes de la décontamination sèche et surveillent une éventuelle aggravation clinique modifiant ainsi le tri initial.



Accès patient valides



Décontamination zone brancard





Plan blanc : volet NRBC au CHU de REIMS

Rôle du trieur

Le trieur reçoit les victimes, évalue selon leur symptomatologie le degré de priorisation pour la décontamination.

Il remet aux victimes la fiche explicative de prise en charge et la fiche de renseignements pour le secrétariat, et les orientent vers le PRV.

Si les victimes sont invalides (incapables de monter les escaliers), le trieur leur indique de rester sous l'escalier, à l'abri sur un brancard recouvert de deux feuilles de vinyl.

Ces victimes invalides bénéficient des mêmes actions par les intervenants du PRV que les victimes valides.

Découpage des vêtements contaminés



Au final, le plan blanc ...

- Un outil pour gérer toute crise dans l'ES
- Avec un commandement unique = la cellule de crise
- ossature générale de l'organisation sur laquelle on pourra s'appuyer pour les crises non scénarisées
- Évaluation et actualisation indispensables pour en garantir une opérationnalité optimale

Se préparer pour faire face



MERCI

