



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Réunion du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH)

Mercredi 2 juillet 2025

Ordre du jour de la réunion

 **Introduction** – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses

Mot d'accueil

M. Le Ministre de la santé et de l'accès
aux soins

Yannick Neuder

Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

 **Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence** – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Réforme des autorisations de médecine d'urgence

Réforme des autorisations de médecine d'urgence

Point d'avancement des textes réglementaires

Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence

Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

Arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences

Arrêté du 18 mars 2025 relatif à la régulation pérenne de l'accès aux urgences

Réforme des autorisations de médecine d'urgence

Les guides de déploiement de la réforme déjà publiés

Le guide a vocation à accompagner le déploiement de ce dispositif :

- ❖ Le **cadre juridique** de la réorientation après la réforme des autorisations de médecine d'urgence
- ❖ Les différentes **étapes de la réorientation** depuis l'accueil du patient jusqu'à l'éventuelle prise de rendez-vous en ville
- ❖ Deux **modèles nationaux de protocole médical** réalisés par les sociétés savantes pour la réorientation de l'adulte et de l'enfant



Réforme des autorisations de médecine d'urgence

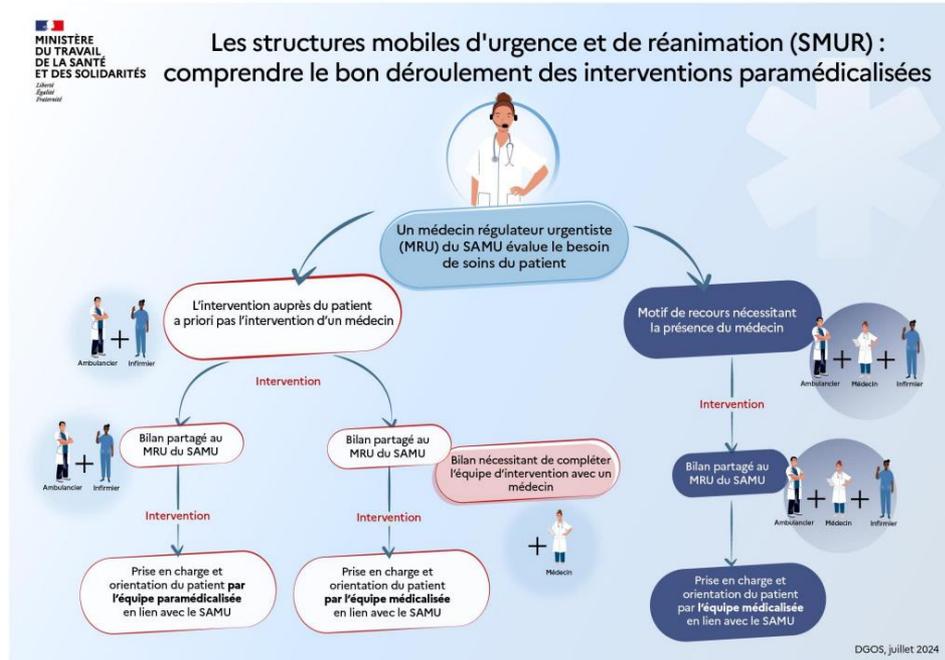
Les guides de déploiement de la réforme déjà publiés

Le guide a vocation à accompagner le déploiement de ce nouveau dispositif :

- ❖ Possibilité **d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dans une configuration paramédicalisée** : l'équipe SMUR est alors composée d'un infirmier et d'un conducteur, en fonction de l'état de santé du patient, sur décision du médecin régulateur du service d'aide médicale urgente (SAMU), et sous sa responsabilité. En fonction du bilan qui lui est remonté par l'équipe SMUR paramédicalisée, le médecin régulateur peut décider de compléter l'équipe par l'envoi d'un médecin
- ❖ Rappel du **cadre juridique d'intervention** et des modalités d'exercice de la profession d'infirmier dans ce cadre
- ❖ Elaboration d'une **liste d'interventions-types** pour lesquelles une UMH-P pourra être mobilisée
- ❖ Définition des modalités d'évaluation du dispositif
- ❖ Proposition de **synopsis de formation, livret de positionnement** pour accompagner la mise en œuvre d'une formation préalable en centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU), ainsi que la sélection des professionnels



Réforme des autorisations de médecine d'urgence



Réforme des autorisations de médecine d'urgence

Annnonce de la publication du guide sur les antennes de médecine d'urgence

Le guide accompagne le déploiement de ce nouveau dispositif et répond aux nombreuses questions à son sujet.
En particulier :

- ❖ Les modalités de mise en œuvre d'une **équipe commune de territoire** entre établissements public et privé ;
- ❖ Les modalités de fonctionnement de l'**unité d'hospitalisation de courte durée** à la fermeture de l'antenne de médecine d'urgence ;
- ❖ Les données à prendre en compte dans la **décision de transformation** d'une structure des urgences en antenne de médecine d'urgence **ou de création *ex nihilo*** d'une antenne de médecine d'urgence ;
- ❖ La **coordination territoriale** à mettre en place lors de l'implantation d'une antenne de médecine d'urgence (mise en place d'un comité de pilotage, d'une gestion territoriale des lits, de protocoles de transfert de patients entre l'antenne et la SU de recours, etc.) ;
- ❖ Le dispositif à prévoir lors de la **fermeture nocturne** et de la transformation d'une SU en antenne pour accueillir les patients se présentant spontanément malgré la fermeture.



Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

 **Point sur l'aval des urgences** – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses

L'aval des Urgences : il faut changer de paradigme !

Dr François BRAUN

Praticien Hospitalier Urgentiste

Conseiller médical – CHR Metz-Thionville



2012 → 2025 → ?

Les suites apportées par SUdF

- Proposition d'étude Validée par la Ministre, 17 sept 2010
- Écoute des professionnels : 1^{er} semestre 2011
- Synthèse validée par le CNUH, 15 juin 2011, **FOCUS SUR L'URGENTISTE**
- **1ères assises de l'urgence**, 13 septembre 2012, **FOCUS SUR L'AVAL**
- Présentation des recommandations à la Ministre, CNUH, 16 octobre 2012
- **Announce du mouvement du 15 octobre** / lettre aux urgentistes, 14 mars 2013
- **Announce du mouvement du 15 octobre** / lettre à la Ministre, 15 avril 2013
- 2^e assises de l'urgence, 15 mai 2013
- Séminaire FHF, 25 mai 2013
- **Discours devant la Ministre**, Congrès Urgences 2013, 6 juin 2013
- Présentation du mouvement du 15 octobre au CNUH, 11 juin 2013
- Réunion de travail, Directeur de Cabinet de la Ministre, 26 juin 2013
- Instruction DGOS aux ARS, 27 juin 2013
- Lettre SUdF aux ARS, 25 juillet 2013
- L'hôpital se mobilise pour les urgences, Ministère, 30 septembre 2013

La « vraie cause » de l'engorgement des urgences

- **Les difficultés à trouver un lit d'hospitalisation en aval des urgences**
 - difficultés pour hospitaliser dans la **filière adaptée** et dans des **délais raisonnables**
 - souvent des personnes âgées, en décompensation de pathologies chroniques
 - difficultés **croissantes**
 - difficultés **prévisibles** = permanentes ou cycliques
- Collectivement, **la communauté hospitalière a échoué**
- **C'est l'urgentiste qui assume les conséquences de cet échec**
- Cette situation n'est pourtant ni inéluctable ni insurmontable
- Marisol TOURAINE, CNUH le 16 octobre 2012 : « *L'urgence n'est pas le problème des seuls urgentistes, mais de l'hôpital tout entier ; pas le problème du seul hôpital, mais du système de santé tout entier.* »



Les 1^{ères} Assises de l'Urgence

Samu-Urgences de France
Paris, 13 septembre 2012

Comment garantir l'accès à des soins
médicaux de qualité en urgence ?

*Les urgentistes apportent leurs réponses aux questions du moment
sur l'urgence médicale afin d'offrir aux patients des soins de qualité*

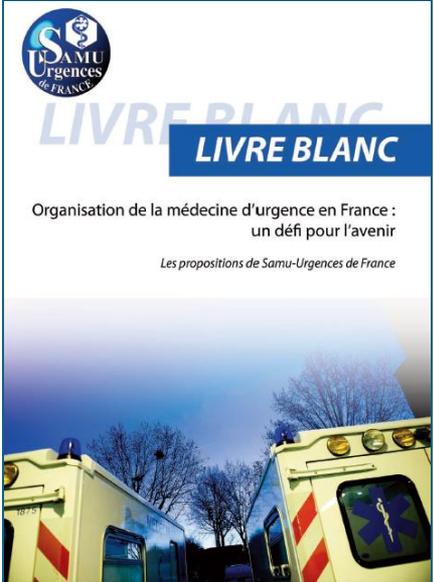
<http://www.samu-urgences-de-france.fr>

Axe 7. Repenser l'amont et l'aval des Urgences

27. Mettre au cœur de la stratégie l'amélioration de la gestion de l'aval des Urgences (les difficultés pour trouver des lits d'hospitalisation pour les patients polyopathologiques sont la principale cause de ce qu'il est convenu d'appeler l'engorgement des urgences)

F. LES 18 PROPOSITIONS DE SAMU-URGENCES DE FRANCE

17 Décharger les urgentistes des tâches ne relevant pas de leurs missions médicales en particulier pour la gestion des lits d'aval



PACTE de refondation des urgences

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

9 Septembre 2019



FACILITER LA SORTIE DES PATIENTS DES SERVICES D'URGENCE

Mesure 12 Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées



Diffusion du besoin journalier minimal en lits (BJML)

« Je vous demande de vous assurer que chaque établissement et GHT de votre territoire soit en possession de l'indicateur d'ici au 1er décembre 2019. »



Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau du premier recours (R2)
Affaire suivie par : Ornella Gros-Flandre
Tel : 01 40 56 43 88
ort.elle.gros-flandre@solid.solid.solid.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

CIRCULAIRE n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'articulation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

Date d'application : immédiate
NOR : SSAH193221C
Classement thématique : Etablissements de santé

Publiée au BO : Oui
Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : Oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles

Résumé : Cette instruction fait suite au lancement du pacte de refondation des urgences le 9 septembre 2019. Dans la mesure 12 « Fluidifier l'aval des urgences par l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées », est identifiée une action visant à diffuser le besoin journalier minimal en lits (BJML) dans tous les établissements et GHT. Cette instruction donne le cadre de l'utilisation de cet indicateur sous des résurgences de passages aux urgences (RPU).

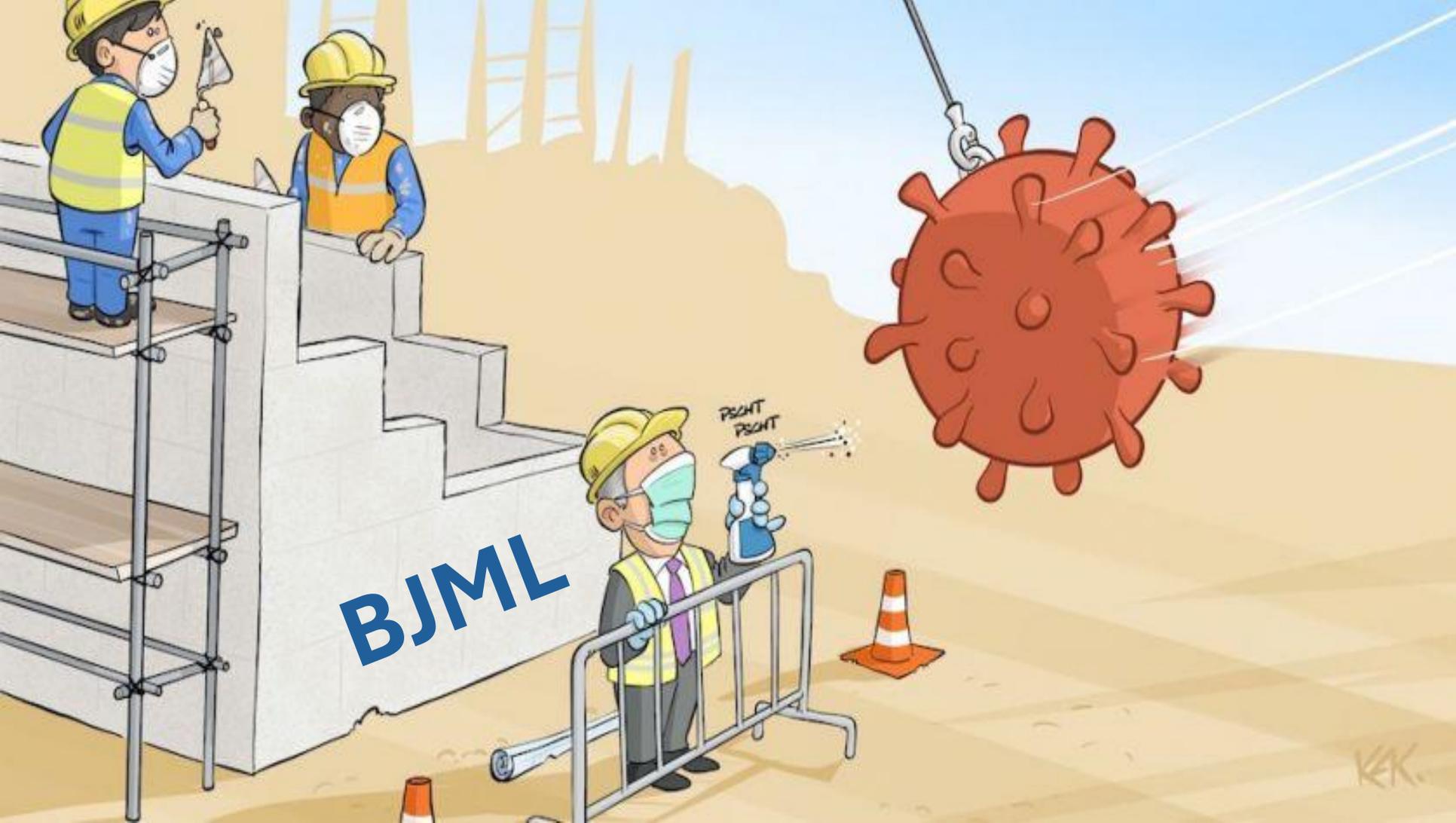
Mots-clés : Structures de médecine d'urgence ; Urgences ; Aval des urgences ; Gestion des lits ; GHT ; BJML

Textes de référence

- Code de la santé publique, articles R. 6123-19, R. 6123-21,
- Décret n°2013-261 du 27 juin 2013 relatif aux plans d'actions régionaux sur les urgences

Annexe : Fiche technique sur le BJML

Diffusion : ARS, établissements de santé sièges d'une structure de urgences

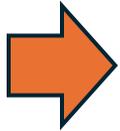


BJML

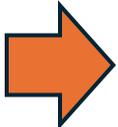
KEK

2025 : Un échec collectif ?

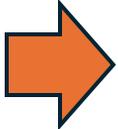
« Successful resolution of hospital and ED overcrowding may be the greatest challenge facing emergency medicine today » (Lynn SG and Kellermann AL, Ann Emerg Med, **1991**).



La crise sanitaire a redistribué les cartes ...



Des fermetures de lits par déficit de ressources humaines ...



Un indicateur (BJML) ne peut pas constituer une politique de santé



Revoir l'utilité et l'usage des outils ?

La création de services « de post-urgence », trop souvent pris en compte par d'anciens urgentistes « recyclés » ne répond pas non plus aux besoins (D Sinclair & coll. Ann Emerg med. 1998): ces services contribuent à « ghettoïser » la filière urgence, créant un « hôpital au sein de l'hôpital » et accentuant le désintérêt des services de soins pour les urgences.

F. Braun - 2013

Mutation(s)



Des besoins de santé :

Choc démographique et épidémiologique

Des outils :

Révolution technologique

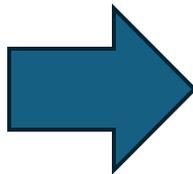
Des aspirations de professionnels :

Révolution sociétale – immédiateté / rapport au travail

Changer de paradigme !



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



« Notre système de soins, conçu avant ces transitions, n'a été pensé ni pour maintenir la population en bonne santé (mais pour guérir les malades), ni pour gérer des parcours de soins de malades chroniques, ni pour intégrer massivement et rapidement de multiples innovations »



L'état de santé de la population en France

Septembre 2022

Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonet, Annick Vilain (DREES)

Le **vieillissement** de la population française **se poursuit ...**

La réduction de la mortalité, prématurée ou non, se poursuit, **avec les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires** qui demeurent les causes les plus fréquentes

Les **maladies chroniques** surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à **renforcer les inégalités d'espérance de vie** observées entre les plus modestes et les plus aisés

Une personne sur dix présente des symptômes évocateurs de **troubles dépressifs**

Même si la consommation continue de baisser, les **alcoolisations ponctuelles importantes (API)** augmentent ...

Le **tabac** constitue la **première cause de mortalité évitable**

La **surcharge pondérale** concerne **45 %** des personnes

La majorité des maladies professionnelles concernent les **troubles musculo-squelettiques**

S'adapter aux besoins !

Programmer le « non programmé » ...

Créer un aval (*des urgences mais pas que ...*) qui répond aux besoins de santé

Prévention / dépistage

Suivi de pathologies chroniques

Patients âgés poly-pathologiques

Dépendances

Service polyvalent !

Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

 **Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques** – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques

Cadre juridique des SAS

- Le service d'accès aux soins (SAS) est un dispositif qui s'appuie sur le principe de la régulation de l'accès aux soins urgents ou non programmés.
- prévu par le pacte de refondation des urgences en 2019 (Carli Mesnier)
- introduit à l'article L. 6311-3 du CSP par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.
- encadré par le décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 qui définit les critères socles d'organisation et de fonctionnement du SAS.
- les attendus relatifs à sa mise en œuvre ont été précisés dans l'instruction n° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022.

Socle organisationnel du dispositif

Accessible au grand public via le numéro 15

Le SAS est composé de deux filières socles :

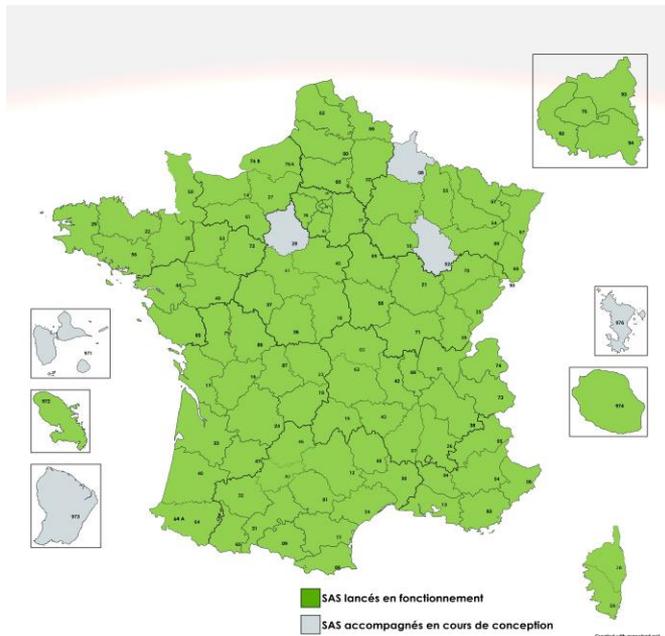
- le service **d'aide médicale urgente** (article L. 6311-2 du CSP) ;
- Et la **médecine ambulatoire**.

L'organisation et le fonctionnement sont définis localement :

- par voie de convention entre l'ES autorisé pour l'AMU et l'association qui représente les professionnels de santé libéraux ;
- ou par voie de convention constitutive d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Le service s'appuie sur des **outils communs** (téléphonie, logiciel de régulation médicale) **ou interopérables** et sur la **plateforme numérique du SAS**.

Déploiement des SAS depuis le 1^{er} mars 2025



Au 1^{er} mars 2025 on recense **93 SAS** dans **95 départements**. **97% de la population** est couverte par ce service.

5 SAS vont démarrer leur activité d'ici fin 2025

- L'**Eure-et-Loir** en Centre-Val de Loire
- Les **Ardennes** et la **Haute-Marne** dans le Grand Est
- La **Guadeloupe**
- La **Guyane**

Filières psychiatriques du SAS

- Initié dans le cadre des « Assises de la santé mentale et de la psychiatrie » en 2021, le déploiement des filières psychiatriques du service d'accès aux soins (SAS) se poursuit en 2025
- A ce jour :
 - ➔ 16 filières psychiatriques en place
 - ➔ 4 en cours de déploiement
- Un **travail de cadrage** de ces filières a été réalisé au 1^{er} semestre 2025, en lien avec des représentants d'ARS, d'urgentistes et de psychiatres.
- Cela a abouti à une instruction qui est en cours de publication qui comprend :
 - ➔ Un **appel à projets** ayant pour objectif le financement d'une vingtaine de nouvelles filières en 2025
 - ➔ Un **cahier des charges** permettant d'homogénéiser les pratiques sur le terrain.

Les objectifs de la filières psychiatriques du SAS

- Evaluer l'état de santé mentale et les besoins des patients qui appellent ;
- Dispenser des conseils médicaux psychiatriques simples ;
- Proposer une orientation en ville, en établissement sanitaire (hospitalisation ou soins ambulatoires dont à domicile) ou vers des dispositifs médico-sociaux ou sociaux ;
- Faire le lien, le cas échéant, avec le numéro national de prévention du suicide (3114) et le dispositif Vigilans ;
- Organiser un rappel des patients en fonction de l'évaluation initiale ;
- Apporter une écoute et une aide à l'orientation lorsque l'appelant est un aidant d'un patient ;
- Apporter un appui aux professionnels de santé dans l'organisation du parcours de soins urgent des patients psychiatriques.

Cahier des charges

Le document précise l'articulation de la filière psychiatrique avec le SAS et apporte des éléments relatifs à :

- La composition des équipes ;
- Les lieux de régulation ;
- Les horaires de fonctionnement ;
- Le parcours de l'appelant ;
- L'organisation de l'effectif ;
- Les outils à disposition ;
- L'échelle d'intervention ;
- Les indicateurs

Parcours de l'appelant de la filière psychiatrique du SAS

- Le premier décroché du 15 est assuré par un assistant de régulation médicale (ARM) ;
- Dans le cadre d'un appel relevant d'un motif psychiatrique, l'appel est transmis par l'ARM soit :
 - Au médecin régulateur du SAS, qui peut ensuite retransférer l'appel à la filière psychiatrique ;
 - A un IPA en santé mentale et psychiatrie répondant pour la filière psychiatrique du SAS ;
 - A un IDE répondant pour la filière psychiatrique du SAS dans le cadre d'un protocole organisationnel établi au niveau de l'établissement. Il est obligatoire qu'un médecin confirme la décision d'orientation du patient et porte la responsabilité médicale. Le médecin a la possibilité de décider s'il souhaite ou non avoir le patient au téléphone après transmission des informations par l'IDE.
- L'appel peut être transféré du SAS à la filière psychiatrique (et inversement).

La prise de rendez-vous au sein de la filière psychiatrie peut être faite directement par le répondant de 2^{ème} niveau (le plus souvent l'IDE) ou par l'opérateur de soins non programmés.

Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

 **Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR** – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses

SIMU SMUR

UN JUMEAU NUMÉRIQUE DE L'ORGANISATION SMUR EN FRANCE

- Elaboré à la demande de la DGOS et financé par la DGOS dans le cadre de la réforme du financement des urgences mise en œuvre depuis 2021
- Besoin d'outiller les ARS pour les aider dans la transformation organisationnelle liée à la réforme
 - 5 projets nationaux pilotés par les ARS et la DGOS
- ARS BFC responsable du projet « **Organisation territoriale SMUR** »
- Du fait d'un historique : un premier modèle en 2013 sur la Franche-Comté, puis un deuxième modèle en 2018 en Bourgogne Franche-Comté pour travailler la question des besoins SMUR et héliSMUR

Objectifs

- Estimer le besoin en interventions primaires et secondaires en SMUR/HéliSMUR par territoire à une échelle fine
- Et la capacité du système à y répondre
- Le comparer aux valeurs déclarées dans la SAE
- Déterminer le nombre de lignes SMUR nécessaires par créneaux horaires et par implantation, resectoriser
- Déterminer les besoins en missions hélicoptérées et optimiser le positionnement des HéliSMUR
- Travailler les stratégies territoriales sur l'organisation des secondaires
- Etudier la capacité du système à faire face au vieillissement de la population, à l'accroissement des besoins et à la concentration des plateaux techniques

- Fondé sur des données réelles territoriales et fines de 19 CRRA 15 en France, primaires et secondaires :

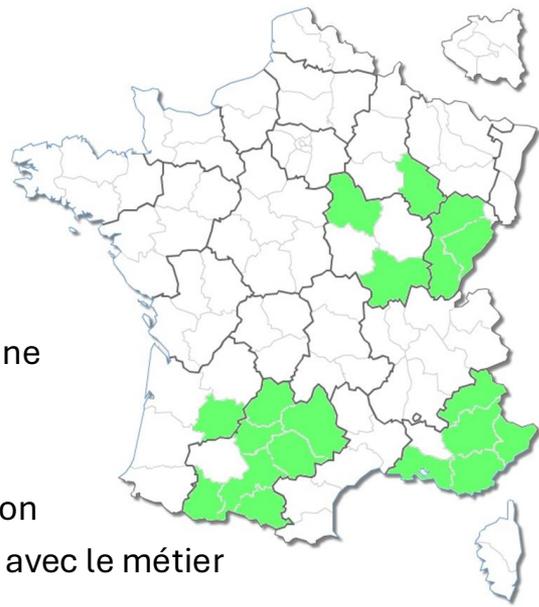
Echantillon de 19 départements
(données de 2013 à 2021)

≈10 millions d'habitants

Représentatif sur la structure des âges

Sous-représentation des communes urbaines denses (-3 points)

- Fondé sur des analyses statistiques permettant une Estimation probabiliste spatialisée et temporalisée du besoin en Interventions SMUR
- Fondé enfin sur un quarantaine de règles de gestion Métiers et une cinquantaine de paramètres estimés avec le métier Ou calculés à partir des données réelles



Méthode

- Un modèle en micro simulation : chaque situation est simulée individuellement en tenant compte du contexte territorial, de la disponibilité des moyens, donc de l'antériorité, des plateaux techniques, ...
- Une logique en 3 étapes :
 1. Simulation du besoin
 2. Identification du ou des moyens à engager et de la structure de destination
 3. Simulation de l'intervention si elle a lieu

Sur un territoire déterminé ou France entière y compris DOM, sur un créneau horaire, une période de l'année ou l'année entière...

1/ Simulation du besoin

- Sur chaque commune de France à chaque minute on tire aléatoirement un nombre de besoins en intervention primaire répondant à la probabilité issue de l'analyse précédemment évoquée
- Mais également le niveau du plateau technique requis, en 3 niveaux : SMUR de secteur, établissements pôles de GHT, CHU ou CHR
- Pour chaque ES à chaque minute, on tire aléatoirement un nombre de transferts secondaires nécessaires, et une classe d'âge et vers quel établissement et avec quel niveau d'urgence, immédiat, ou dans la journée

2/ Simulation de la régulation effectuée aux CRRA 15

- En fonction du lieu, du plateau requis, de la disponibilité des moyens, identification du ou des SMUR ou HéliSMUR (et Hélicoptères de la Sécurité Civile) pouvant intervenir avec un ordre de priorité

Avec 3 grands principes, le choix du vecteur dépend de :

- Accès le plus rapide au patient : configuration primaire ;
- Accès le plus rapide au plateau technique : configuration primaire avec nécessité de transport du patient sur un plateau technique éloigné ; secondaires urgents ;
- Temps de mobilisation le plus réduit de l'équipe médicale : configuration secondaire.

3/ Simulation de l'intervention

- Engagement du moyen par ordre de priorité disponible. Le ou les moyens sollicités réalisent la mission en tenant compte des durées avant départ, des durées de déplacement, des durées auprès du patient et de transfert, des ruptures de charges (ex absence de DZ...), etc.

Chaque besoin et chaque réponse (intervention ou non) à ce besoin est simulée

Que peut on faire ?

- Possible de supprimer, installer un établissement de santé, de modifier le niveau du plateau technique
- Possible de supprimer, installer un SMUR terrestre/UMHP/HéliSMUR/Dragon
- Possible de modifier les secteurs SMUR
- Possible de supprimer, installer un CRRA 15 ou de modifier son périmètre
- Possible de « caler » les nombres d'interventions sur une donnée connue (SAE ou autre) sur un territoire et un créneau horaire donnés

Une quarantaine de règles de gestion et une cinquantaine de paramètres, présentés, discutés avec des représentants de samu de France, CRRA 15, Sfm, Fedoru, et Dr Letellier

Indicateurs d'analyse

- Nombre de besoins pourvus / non pourvus,
- Nombre de besoins primaires / secondaires
- Nombre d'interventions terrestres / hélicoptérées
- Délais avant prise en charge du patient
- Durées d'interventions, durées de déplacement ou de vol
- Couverture géographique à durée déterminée
- Temps gagné pour le patient, pour les médecins...

Simu SMUR

Interface de
l'outil pour
l'utilisateur

Sélection des
paramètres et du
scénario par l'utilisateur



Fonctionnement
interne

Simulation du
besoin



Simulation de
l'engagement
du/des moyens



Simulation de la
mission SMUR

Modèle en **Microsimulation** : chaque besoin et chaque intervention sont simulés. Suivant la dimension géographique et temporelle retenue, nécessité de travailler en **multi runs**

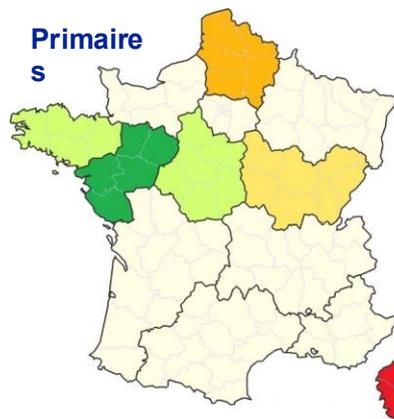
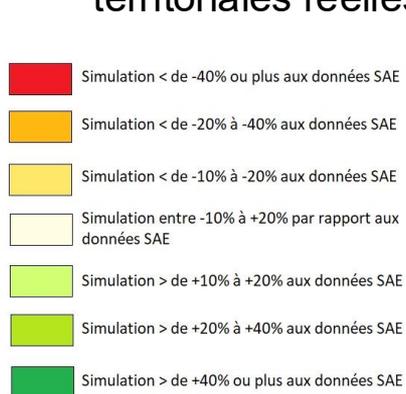


Sorties de
l'outil pour
l'utilisateur

Visualisation des résultats

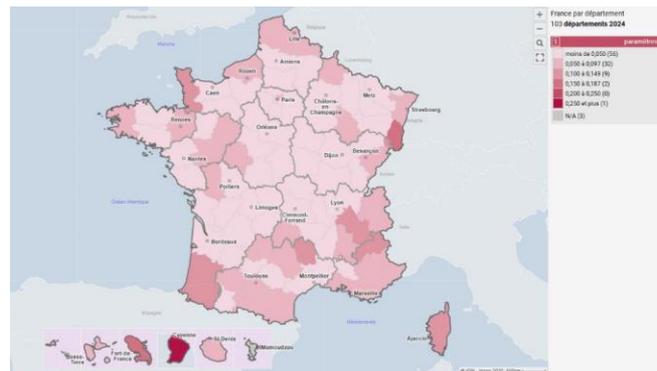
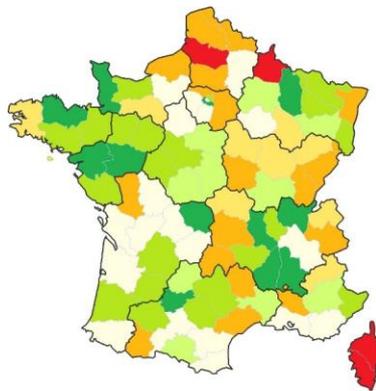
Des sources d'incertitudes et de variabilité

- Modélisation des interventions primaires $R^2 \sim 93\%$ sur l'échantillon
- Modélisation des interventions secondaires $R^2 \sim 75\%$ sur l'échantillon
- Un écart de $-2,5\%$ sur les estimations d'interventions par rapport à la SAE au niveau national, mais
- Des écarts potentiellement plus importants à l'échelle départementale, CRRA 15 (supérieurs à 20% dans certains cas)
- Des règles et des paramètres de gestion estimés à dire d'experts et de pratiques qui doivent et peuvent être challenger avec les situations territoriales réelles



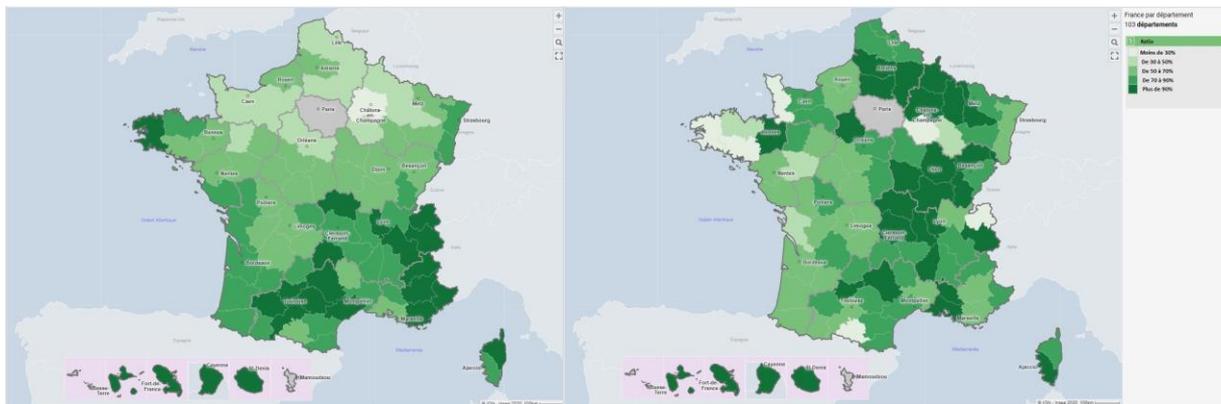
Quelques résultats

- Des écarts significatifs entre interventions estimées simulées et SAE par département, c'est à dire par CRRA 15
- Plus de 720 000 interventions SMUR réalisées en mode calé SAE, mais potentiellement en moyenne 7 % d'indisponibilités sur le besoin en primaire et 3 % en secondaires
- Et des taux d'indisponibilités qui apparaissent beaucoup plus importants sur certains territoires, plus de 15%



Quelques résultats

- 45 000 interventions hélicoptérées environs observées à ce jour dont 20 000 primaires, mais
- Un besoin réalisable (tenant compte des indisponibilités météorologiques) qui pourrait être proche du double par le simulateur
- Un potentiel de l'ordre de 30% de missions en plus à nombre de machines identiques
- Un potentiel de missions réalisables supérieur encore par un positionnement plus optimal des machines y compris SC



Diffusion à toutes les ARS et formation

Simulateur SMUR Région : Bourgogne-Franche-Comté

La simulation est terminée. Consultez l'onglet 'Résultats' pour voir les détails.

Territoire

C'est ici que vous devez indiquer à l'outil l'organisation territoriale des SMUR que vous souhaitez tester. Par défaut, l'outil est pré-rempli avec la situation actuelle (données 2023).
Veuillez vérifier les données utilisées dans cette étape dans chacun des onglets.
Il est obligatoire de commencer par l'onglet des Implantations SMUR.
Une fois les données validées et/ou modifiées, veuillez cliquer sur le bouton Valider les données. Cette étape est obligatoire pour lancer la simulation.

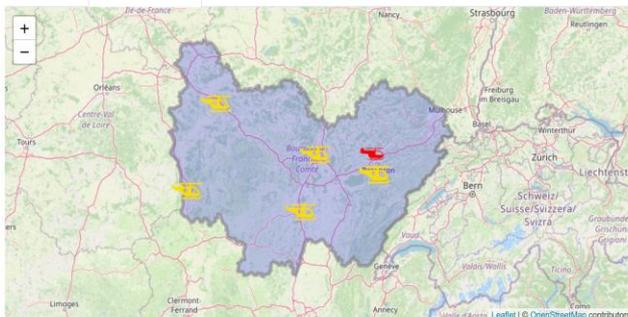
Implantations SMUR Sectorisation SMUR primaire Etablissements Zonage CRPA 15

L'outil permet de simuler l'impact d'un maillage SMUR sur le besoin d'un territoire. Par défaut, c'est le maillage actuel qui est intégré à l'outil.
Vous avez la possibilité de modifier ces données si vous souhaitez tester un autre scénario de maillage ou si vous repérez une anomalie.

Le sous-onglet **Bases SMUR** contient l'ensemble des bases SMUR rattachées à votre territoire. Les caractéristiques demandées concernent les moyens terrestres.
Les moyens hélicoptérés sont traités dans le sous-onglet **Moyens Hélicoptérés**. Seuls les héliSMUR et les hélicoptères de la Sécurité Civile sont renseignés par défaut. Si d'autres hélicoptères sont actifs sur votre territoire, il convient de les ajouter.

En cas de modification des implantations (bases SMUR ou moyens hélicoptérés), il est nécessaire de valider les données importées afin qu'elles soient prises en compte (étape après l'importation dans chaque sous-onglet).

Bases SMUR Moyens Hélicoptérés



Résultats

L'outil vous permet de visualiser un panel d'indicateurs décrivant la prise en charge des besoins selon la situation déclarée dans l'outil. Cet onglet recense l'ensemble de ces indicateurs, selon la vue souhaitée (département, commune, secteur SMUR ou base SMUR).
Veuillez sélectionner tout d'abord le sous-onglet correspondant à votre choix, puis choisissez les informations à afficher, ainsi que la région souhaitée.

Vous avez également la possibilité d'exporter les résultats sous forme d'un fichier excel.
Le dernier sous-onglet vous permet de télécharger l'ensemble des données utilisées par l'outil pour réaliser cette simulation.

Résultats par département Résultats par secteur SMUR Résultats par SMUR Résultats par commune

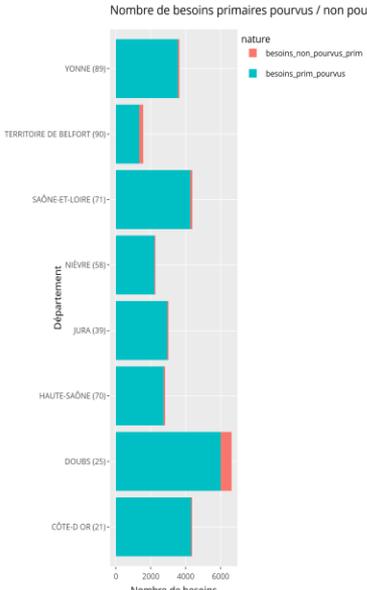
Données utilisées

Besoins Interventions Télécharger les résultats

Choisissez les informations à afficher :
Nombre de besoins primaires pourvus / non pourvus

Choisissez une région :
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Nombre de besoins primaires pourvus / non pourvus



Département	besoins_non_pourvus_prim	besoins_prim_pourvus
YONNE (89)	0	~4500
TERRITOIRE DE BELFORT (90)	~100	~100
SAÔNE-ET-LOIRE (71)	0	~4500
NÈVRE (58)	0	~2500
JURA (39)	~100	~2500
HAUTES-SAÛNE (70)	0	~2500
DOUBS (25)	~100	~5500
CÔTE-D'OR (21)	~100	~4500

Des perspectives possibles

- Améliorer l'outil sur ces paramétrages par confrontation à la réalité, par des analyses de sensibilité et d'incertitude
- Renforcer les modèles de besoin à partir de nouvelles données terrains
- Complexifier les règles de gestion le cas échéant par la comparaison à la pratique
- Ajouter la dimension SMUR Néonatal, des premières réflexions avaient été enclenchées
- Inclure la dimension TSU
- Utiliser le moteur de règles pour un usage temps réel au sein des CRRA 15 : POC d'aide à la décision engagement des moyens, en particulier héliSMUR
- Intégrer une démarche d'analyse médico-économique ou coût-efficacité
- Intégrer le bloc fonctionnel dans un jumeau numérique plus complet de l'organisation du système de santé

Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

 **Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules** – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses



Conseil National de l'Urgence Hospitalière

Recommandations d'experts concernant les rassemblements de foules

Une analyse post JOP

Pierre CARLI Aurélie AVONDO-RAY

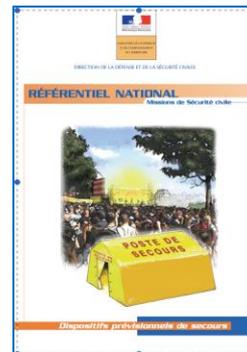


**Recommandations d'experts
RASSEMBLEMENTS DE FOULE & GESTION MEDICALE
EVENEMENTIELLE**

Samu-Urgences de France (SUdF)

juillet 2014

- Groupe d'experts coordonné par F Braun, incluant le CNUH
- Dispositif de médicalisation
- Guide de bonne pratique
- Très largement utilisé comme référence depuis 2014 pour des
 - Manifestations ponctuelles
 - Événements de grande ampleur : Coupe du monde



Complémentaire du
DPS de la sécurité
civile

Le Dispositif Préventif Médical: DPM

- Ponctuel ou fait partie intégrante du plan de secours/santé :
 - il concerne **le public** de l'événement et **les acteurs** (joueurs)
 - il est dirigé par un MML (**Manager Médical Local**), **urgentiste** , employé par l'organisateur, qui organise et dirige le dispositif
- Il aborde :
 - le risque et sa nature , la localisation, l'environnement
 - **le calibrage du dispositif médical et sa coordination : nombre de médecins et de paramédicaux**
 - les infirmeries (joueurs, spectateurs/supporters),
 - les points d'accueil en cas de nombreuses victimes, les stratégies d'évacuation

Recommandations SUDF 2014



1. Lors d'un événement générant un rassemblement de foule et dès lors qu'un DPS est mis en place ou sur demande de l'ARS, un Dispositif Préventif Médical (DPM) doit aussi être activé
2. Le DPM est articulé avec le DPS pour créer un Dispositif Prévisionnel Secours/Santé (DPSS)
3. Le DPM est réalisé en lien avec le Samu-Centre 15 territorialement compétent, il est transmis à l'ARS
4. L'organisation médicale et les effectifs médico-soignants répondent au minimum aux éléments définis en annexe des recommandations
5. L'organisation mise en place réalise un réseau de soins qui répond aux exigences requises en médecine d'urgence

Les recommandations d'experts ont servi de base à la conception du DPM des JOP 2024



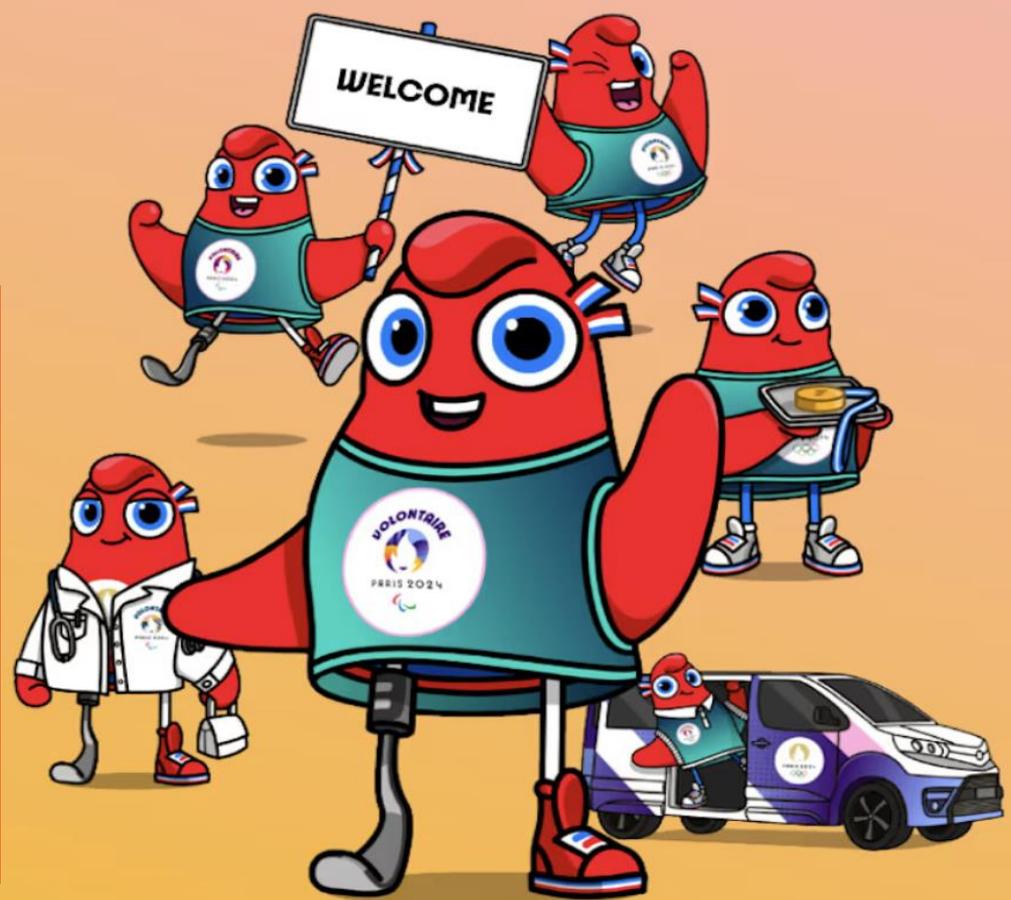
Mais la simple addition des moyens médicaux DPM de chaque site est apparue comme surdimensionnée et difficilement réalisable

Médecins Urgentistes et IDE

Recrutés par le programme
« Volontaires » olympique

- Il s'agit donc de volontaires bénévoles plateforme , puis formés.
- Ils ne sont ni indemnisés , ni défrayés ni logés ...

Difficulté et incertitude très importante de recrutement par Paris 2024



LE PROGRAMME DES VOLONTAIRES

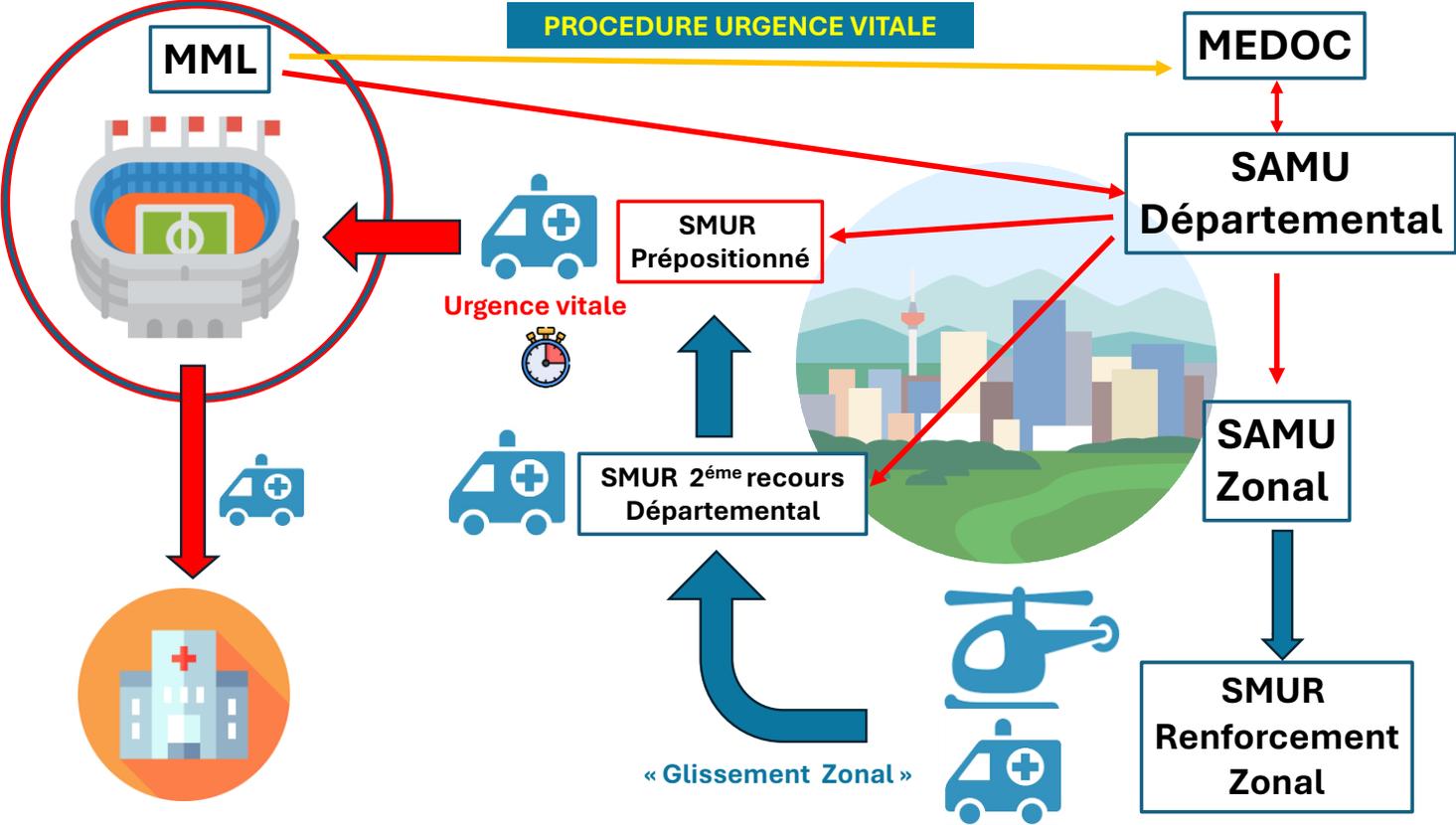
Les conséquences pour la médicalisation

- La mobilisation pour le DPM peut impacter les missions du service public : recrutement de médecins salariés ou non
- L'existence de possibilités de mutualisation des moyens médicaux
 - Entre les sites d'épreuves mitoyens
 - Entre les renforts SMUR des DPM et le dispositif SSE
 - Tenant compte de la proximité immédiate de CHU
- Le DPM reste indispensable pour éviter des transports inutiles à l'hôpital !

Une adaptation pragmatique des DPM

- Proposée par Paris 2024 surtout en IDF
- Analysée par un groupe d'expert et le CNUH le 13 Octobre 2025
- Portant sur
 - Le nombre total de médecins (urgentistes , généralistes , médecine du sport) sur site
 - Le nombre spécifique de médecins urgentistes
 - Les suppléances de proximité
 - La gestion dynamique des moyens SMUR

Renforcement dynamique des Sites Olympiques



Organisation médicale de l'ensemble des sites

Recueil coordonné par Pierre CARLI
Chef mission JOP MSP
Et Aurélie AVONDO DGOS

- Carte d'identité du site et des épreuves
- Organisation médicale et des évacuations
- Couverture SAMU SMUR
- Hôpitaux de destination
- Mesure spécifiques SSE



L'adaptation circonstancielle aux JOP a réouvert la discussion sur le DPM

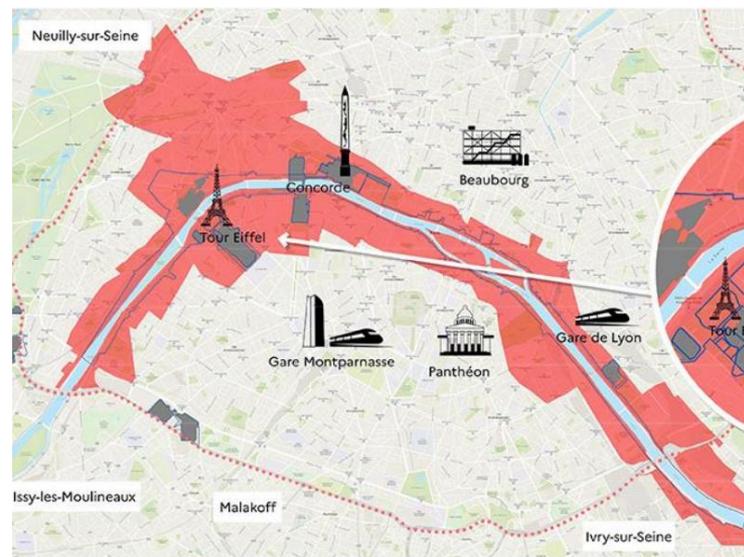
- Pour les organisateurs d'événements
- Pour les participants : SAMU, ARS, et le ministère de l'intérieur
- Une ambiance post JOP propice à la réduction des coûts ...

Mais les JOP sont une manifestation singulière et exceptionnelle

- Porteuse de risques +++
- Mais disposant de réponses spécifiques notamment en termes de sécurité

Les particularités des JOP impliquant la médicalisation

- Un succès public :
 - Spectateurs et visiteurs hors sites JOP : 8M
 - Ambiance particulièrement bienveillante : « trêve olympique »
- La durée de l'événement et la continuité des épreuves : 15 jours jusqu'à 18h par jour !
- Les sites :
 - En centre-ville ou éloignés , éphémères ou durables , parfois mitoyens
 - Les Road Seine Mass Event ,le marathon pour tous , et les cérémonies
 - Zones de sécurité exceptionnelles !
- Les rassemblements en marge des manifestations (Fan zone , Club ...)



Périmètres mis en place le jour de la cérémonie d'ouverture des JO | Paris

Conclusion : Une évolution des recommandations

- Il ne s'agit pas de remettre en question les principes de la médicalisation
- Il faut donc proposer des modifications pour l'adapter à un cas de figure qui n'avait pas initialement été prévu :
 - Applicable pour les JO d'hiver
 - Compatible avec les réflexions du ministère de l'Intérieur
 - En accord avec les standards du WHO pour les événements internationaux
- Groupe de travail du CNUH avec les experts de 2014 et les représentations professionnelles et scientifiques dans la prolongation de la réunion de 2023

Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

 **Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées** – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de la santé**

Hypothèses d'Engagement Majeur : travaux Ministère chargé de la santé – Service de santé des armées



Cadre de travail international



- 2 instances de l'OTAN mobilisées sur les conséquences sanitaires d'une situation d'engagement majeur des forces armées
 - Le Comité des chefs des services de santé militaires au sein de l'OTAN (COMEDS) qui regroupe les chefs des services de santé militaires des pays de l'Alliance, remet des avis au Comité militaire de l'OTAN sur toute question touchant au domaine médical.

La DGS participe aux travaux de l'OTAN sur le soutien médical civil notamment le cadre du JHG en lien étroit avec la DCSSA. L'objectif est de coopérer entre alliés sur le soutien des systèmes de santé civils aux services de santé des armées.



- Se préparer pour les incidents impliquant un grand nombre de victimes
- Organiser l'évacuation et le transfert massif de patients
- Assurer la sécurité des chaînes d'approvisionnement en sang et en produits sanguins notamment les contre-mesures médicales



Cadre de travail interministériel



**COMMISSION
INTERMINISTÉRIELLE DE
RÉSILIENCE NATIONALE**



Stratégie nationale de résilience



*Résilience du système de santé
aux crises*



**COMMISSION
INTERMINISTÉRIELLE DE
DÉFENSE NATIONALE**



*Soutien civil aux forces armées en
hypothèse d'engagement majeur*



*Soutien du système de santé au
Service de santé des Armées*





Enjeux pour le système de santé



Contexte d'économie de guerre et de pénurie probable d'approvisionnement

Déstabilisation du territoire national : cyberattaques,

Planification HEM à 2 niveaux :

- National : pilotage interministériel
- Régional : mise en œuvre opérationnelle dans le cadre de l'inscription territoriale

Inscription dans une logique potentielle de crise longue et prendre en compte les difficultés structurelles de l'offre de soins



Objectifs nationaux de préparation

- Disposer d'une cartographie des risques et menaces associés au contexte HEM intégrant les rétroactions susceptibles d'être menées sur le territoire national
- **Structurer les chaînes de commandement et les interfaces interministérielles**
- Evaluer la résilience du système de santé face à la menace d'une rupture massive d'approvisionnement en produits de santé
- Connaître les modalités de la coordination logistique interministérielle du SNH en prenant en compte les prescriptions otaniennes (dimensionnement capacitaire et calendrier)
- Assurer l'**inter-opérabilité des systèmes d'information** et **poursuivre les travaux de déploiement des SI** du ministère chargé de la santé pour **prendre en compte l'accueil des patients et blessés militaires dans le système de santé**
- **Sensibiliser les professionnels de santé à l'hypothèse d'un engagement majeur et conforter le cadre juridique de mobilisation des acteurs du système de santé**
- **Mettre en place des formations spécifiques** pour les professionnels de santé amenés à prendre en charge des patients et blessés militaires
- **Mettre en place et ou participer à des exercices et entraînements**
- Identifier les modes et circuits de financements



Décliner la préparation HEM dans les territoires

Première instruction à destination des ARS
22 février 2025

Deuxième instruction à destination des ARS
Juin/Juillet 2025

Objectif 1 : Organiser le transfert d'activité des HIA vers le système de santé

- Identifier le capacitaire nécessaire à la prise en charge des patients issus des HIA dans le système de santé
- Modéliser la manœuvre attendue d'établir un schéma territorial d'ensemble à même d'assurer, dans la durée, la continuité des soins sur le territoire

Objectif 2 : Structurer le soutien nation hôte

- Identifier les capacités de prise en charge des acteurs territoriaux dans la mise en place d'actions de dépistage et/ou de vaccination à destination des forces alliées
- Mettre en place un dispositif d'appui à l'utilisation de SI-VIC aux fins d'accompagner la traçabilité des prises en charge dans les établissements de santé

Objectif 3 : Assurer la prise en charge des militaires blessés ou malades dans le système de santé

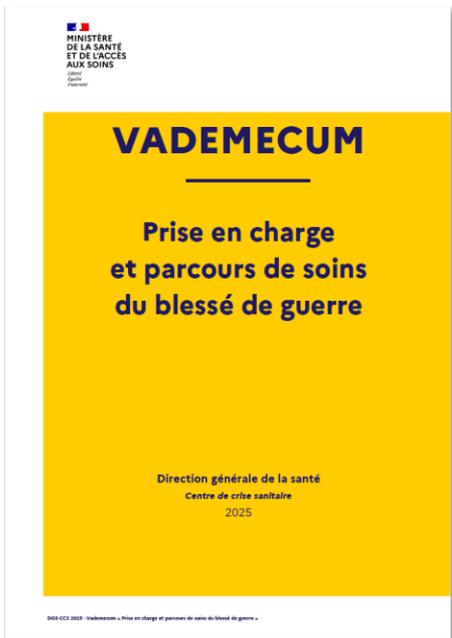
- Adapter le plan ORSAN AMAVI à la spécificité des militaires blessés
- Identifier le capacitaire nécessaire à la prise en charge des flux de militaires blessés (SI-ORSAN)
- Définir les parcours de soins et structurer les filières de prise en charge (MCO—MPR)

Objectif 4 : Préparer l'appui aux MEDEVAC

- Identifier les équipes SMUR
- Recenser les vecteurs et les équipements



Développer l'expertise médicale civilo-militaire



Organisation et coordination interhospitalière

Anesthésie/soins critiques - médecine péri-opératoire –brûlés-priorisation/triage)

Chirurgie du tronc

Référentiel de prise en charge médical pour
acculturer les professionnels de santé civils aux
particularités des militaires blessés dans une
logique de parcours de soins

M

P

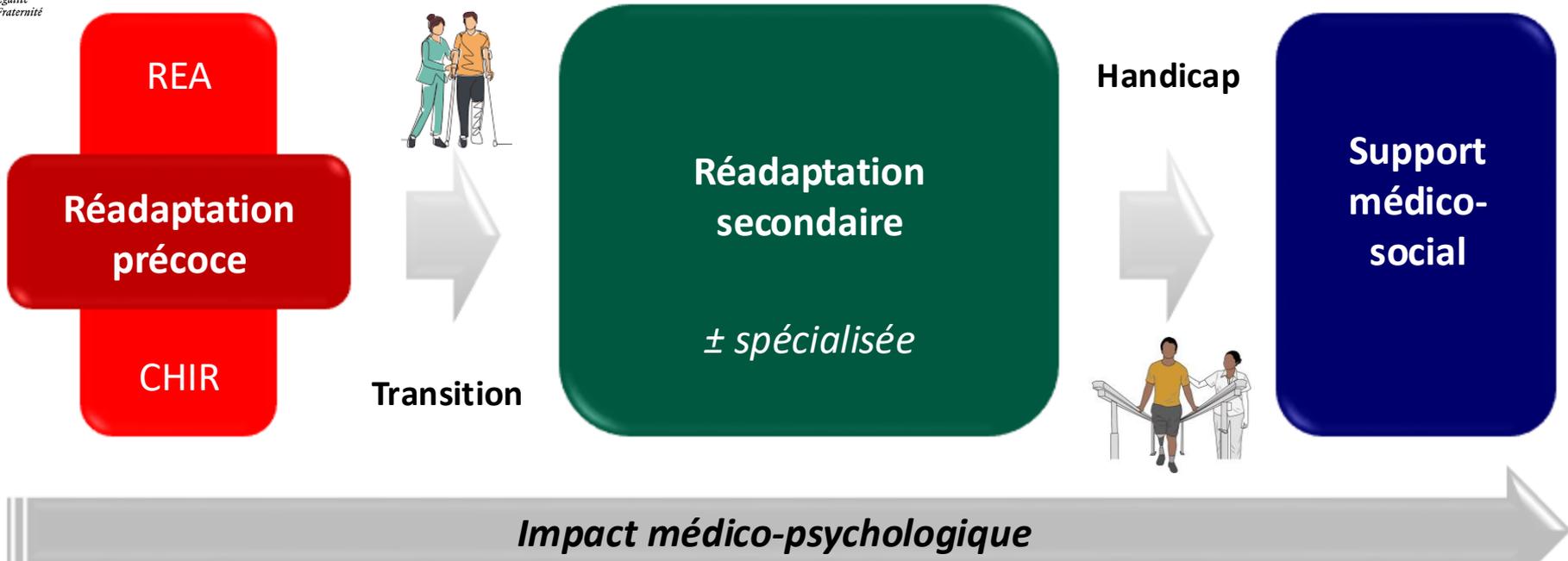
Infectiologie, prévention et contrôle du risque infectieux

Surveillance épidémiologique

Systèmes d'information



Sensibiliser les professionnels civils au parcours de soins spécifique



La réadaptation précoce est incontournable...

- Professionnels de réadaptation formés
- Soins pluridisciplinaires coordonnés
- Patients éduqués

... et doit être suivie d'une réadaptation secondaire

- Parcours d'aval structuré sur le long terme
- Objectif final : qualité de vie et intégration sociale



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES

Liberté
Égalité
Fraternité

Former les professionnels de santé

SSE Tableau de bord

Bonjour Jean-Marc !

Bienvenue sur la plateforme nationale Formation.SSE

Le but de formation en ligne de référence sur le thème de Sécurité Sanitaire (SSE), l'accompagnement et la gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).

Mieux réguler, protéger, prendre en charge, soigner

Formations à la une

PACK DE FORMATION FONDAMENTAUX SSE

FONDAMENTAUX
S.S.E.

Autres formations



PLATEFORME DE FORMATION EN
LIGNE DÉDIÉE AUX SITUATIONS
SANITAIRES EXCEPTIONNELLES



Création d'un module de formation dédié à la prise en charge des blessés militaires à destination des professionnels de santé civils sur la plateforme nationale de formation en ligne dédiée aux SSE

Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement massif des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

 **Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination** – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination pour les risques C-TOX, RAD et AMAVI



Direction générale de la santé
Centre de crises sanitaires
Dr Jean-Marc PHILIPPE

Cadre de planification SSE actualisé et renforcé



Décret du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles



Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des agences régionales de santé



Arrêté du 18 janvier 2024 fixant la liste des établissements de santé de référence



Circulaire ministérielle du 16 février 2024 relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à l'organisation territoriale de leur gestion.



Guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional



Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles



Dispositif ORSAN

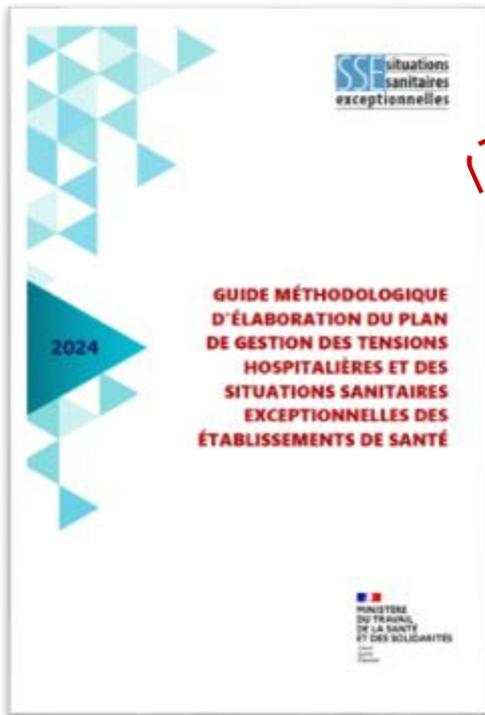
- Le dispositif ORSAN a pour objectif d'organiser la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles
- Il organise de façon coordonnée la mobilisation des professionnels de santé et la montée en puissance des opérateurs de soins :
 - *Établissements de santé (PGTHSSE)*
 - *Établissement médico-social (Plan bleu)*
 - *Structures d'exercice coordonnées de ville (Plan SSE de ville)*
- Il définit les parcours de soins et structure les filières de prise en charge



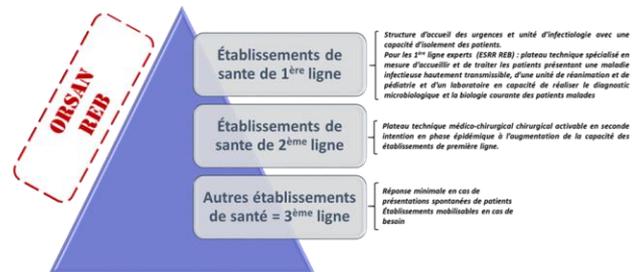
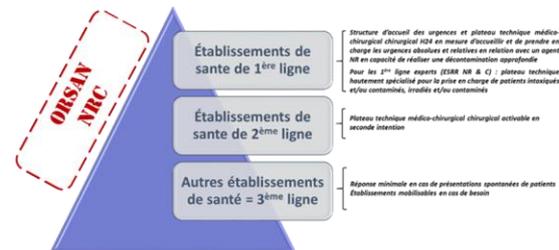
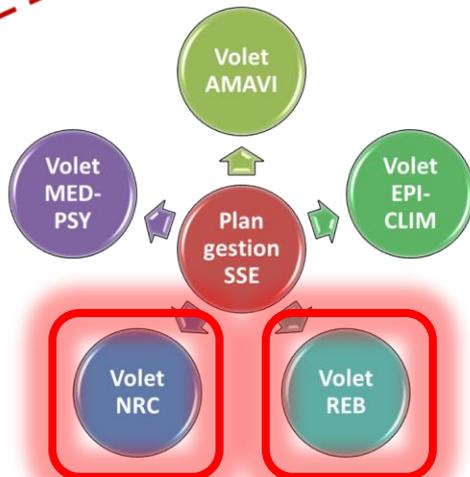
Dans chaque région, l'ARS est en charge de l'élaboration du dispositif ORSAN régional



Volet REB et NRC du PGTHSSE des ES



PLAN BLANC



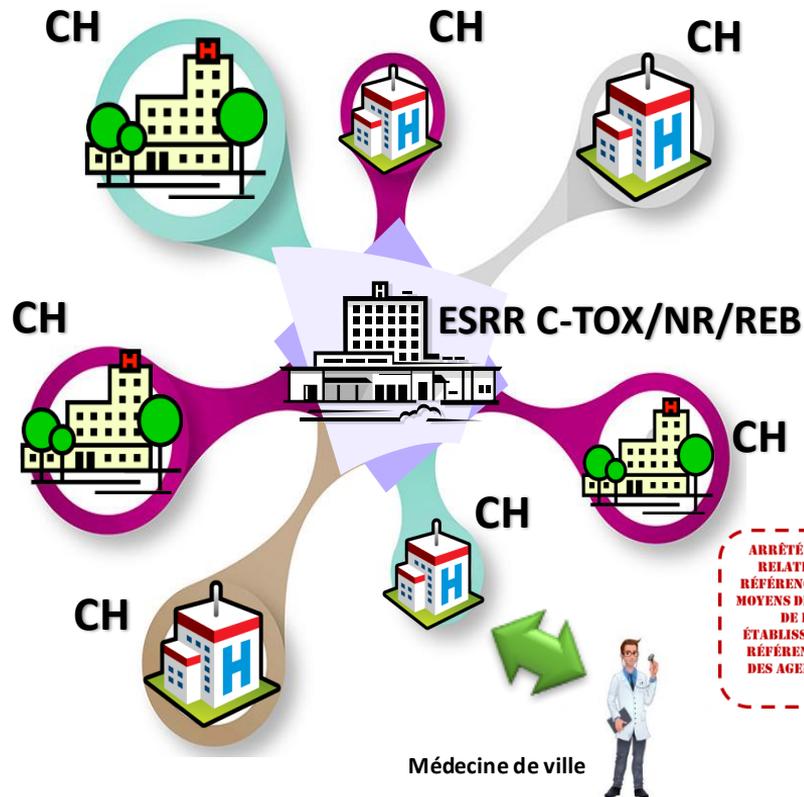
Renforcement des missions de référence



**DÉCRET DU 3 JANVIER 2024
RELATIF À LA PRÉPARATION ET À
LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE
SANTÉ POUR FAIRE FACE AUX
SITUATIONS SANITAIRES
EXCEPTIONNELLES**

**ARRÊTÉ DU 18 JANVIER 2024
RELATIF AUX MISSIONS DE
RÉFÉRENCE, AUX CAPACITÉS ET
MOYENS DE PRISE EN CHARGE ET
DE DIAGNOSTIC DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE
RÉFÉRENCE ET AUX MISSIONS
DES AGENCES RÉGIONALES DE
SANTÉ**

Établissements de santé de référence régionaux



Les établissements de santé de référence régionaux (ESRR) ont pour mission d'assurer la prise en charge des patients victimes d'un agent REB, NR ou C-TOX.

Ces établissements doivent répondre à un cahier des charges défini par arrêté en fonction des activités (capacités de prise en charge, plateau technique, formations des professionnels de santé, ...)

ARRÊTÉ DU 18 JANVIER 2024
RELATIF AUX MISSIONS DE
RÉFÉRENCE, AUX CAPACITÉS ET
MOYENS DE PRISE EN CHARGE ET
DE DIAGNOSTIC DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE
RÉFÉRENCE ET AUX MISSIONS
DES AGENCES RÉGIONALES DE
SANTÉ



Établissements de santé de référence nationaux

Établissements de santé de référence (ESRN) chargés d'assurer une mission nationale d'expertise et de prise en charge spécifique de patients de haute technicité dans le cadre d'une pathologie en relation avec un agent biologique, chimique, radiologique ou nucléaire :

- *Agents infectieux du groupe IV (ex. variole, FHV, ...)*
- *Intoxication ou intoxication complexes (ex. NAN « novichok »)*
- *Irradiation et/ou contamination grave*

ARRÊTÉ DU 13 JANVIER 2024
RELATIF AUX MISSIONS DE
RÉFÉRENCE, AUX CAPACITÉS ET
MOYENS DE PRISE EN CHARGE ET
DE DIAGNOSTIC DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE
RÉFÉRENCE ET AUX MISSIONS
DES AGENCES RÉGIONALES DE
SANTÉ



ESRN C



ESRN NR



ESRN REB



- La mission COREB nationale a été créée en 2015 pour animer le réseau des établissements de santé de référence (ESR) pour la prise en charge des patients à risque épidémique et biologique (REB).
- Son objectif est de préparer et accompagner les acteurs de la prise en charge clinique, à chaque étape du parcours du « patient REB » (patient susceptible d'être atteint d'une maladie liée à un agent infectieux à risque épidémique ou biologique).



Romane POTTÉ
Cheffe de projet
AP-HP Paris Bichat



Pr Xavier LESQUIRE
Responsable médical
PIU-PIH infectiologie
AP-HP Paris Bichat



Christelle MIGEREL
Assistante
AP-HP Paris Bichat



Dr Sami ABDELKHALEK
PH urgentiste



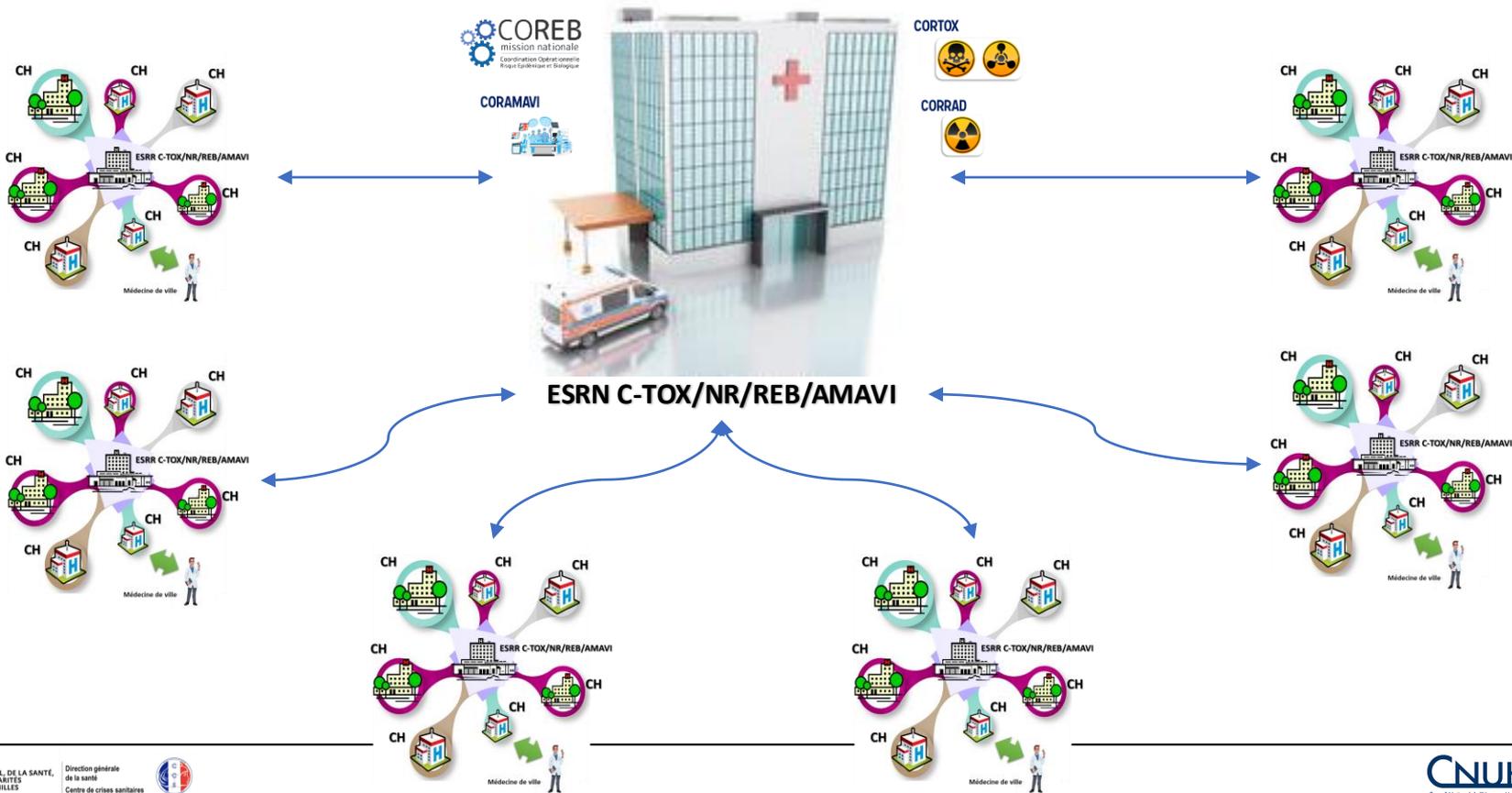
Dr Marie-Charlotte CHOPIN



Dr Morgane MAILHE
PH infectiologue



Réseau national des ESR coordonné



Missions

- Agréer les différentes spécialités médicales et chirurgicales impliquées dans la prise en charge des situations d'urgence chimique et toxique notamment avec nombreuses victimes
- Apporter à la DGS/CCS et à la DGOS une expertise professionnelle multidisciplinaire opérationnelle dans la réponse aux situations d'urgence chimique et toxique
- Produire et de diffuser des recommandations professionnelles et des référentiels techniques dans le domaine des situations d'urgence chimique et toxique notamment collectives afin d'optimiser la prise en charge des patients en lien, si cela est nécessaire, avec les Laboratoires Biotox-Eaux et les Centre Anti-poisons toxico Vigilance
- Animer le réseau des ESRR C et plus largement des professionnels de santé concernés
- Assurer la formation continue des formateurs des ESR C et la production de modules de formation en ligne sur la gestion des situations d'urgence chimique et toxique, mis à disposition sur la plateforme nationale de formation en ligne portée par l'EHESP

Composante institutionnelle



Composante scientifique



Missions

- Agréer les différentes spécialités médicales et chirurgicales impliquées dans la prise en charge des urgences nucléaire ou radiologique notamment avec nombreuses victimes
- Apporter à la DGS/CCS et à la DGOS une expertise professionnelle multidisciplinaire opérationnelle dans la réponse aux situations d'urgence nucléaires ou radiologiques
- Produire et de diffuser des recommandations professionnelles et des référentiels techniques dans le domaine des urgences nucléaires et radiologiques notamment collectives afin d'optimiser la prise en charge des patients
- Contribuer à l'écriture collective de guides nationaux sur les urgences NR
- Animer le réseau des ESRR NR et plus largement des professionnels de santé et autres professionnels concernés ;
- Être en capacité d'organiser la mise en œuvre d'exercices de crise NR afin de maintenir les compétences et d'évaluer le degré de réponse des établissements
- Assurer la formation continue des formateurs des ESRR NR et la production de modules de formation en ligne sur la gestion des situations d'urgence nucléaires ou radiologiques mis à disposition sur la plateforme nationale en ligne de formation SSE portée par l'EHESP avec l'appui, lorsque nécessaire, du CNCMFE (Centre National Civil et Militaire de Formation et d'Entraînement NRBC-E)

Composante institutionnelle



Composante scientifique



+ Toute autre société savante en fonction des travaux



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Conseil National de l'Urgence Hospitalière

Merci pour votre attention



Direction générale de la santé

Centre de crises sanitaires

Dr Jean-Marc PHILIPPE

Ordre du jour de la réunion

Introduction – M. le Ministre, Dr Yannick Neuder

Point d'avancement sur la réforme des autorisations de médecine d'urgence – Mmes Pauline Brenders et Anne Corcelle, DGOS

Point sur l'aval des urgences – M. le Ministre, Dr François Braun

Point d'avancement sur le déploiement du SAS et de ses filières psychiatriques – Mmes Mathilde Ville et Emma Luccioni, DGOS

Présentation de l'outil d'organisation territoriale SMUR – M. Cédric Duboudin, ARS BFC

Recommandations d'experts sur les rassemblements de foules – Pr Pierre Carli

Point sur la préparation à l'hypothèse d'engagement majeur des forces armées – Mme Sophie Chaumien-Czuwiak, DGS

Point sur la création de nouvelles missions nationales de coordination – Dr Jean-Marc Philippe, DGS

Questions diverses





**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins