

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

PREFECTURE DE PARIS

**Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales de Paris**

PBE 75

Plan Blanc Elargi pour le département de Paris

Version modifiée après CODAMUPS de Paris du 11 juillet 2008



Le plan blanc élargi (PBE) anticipe la mobilisation de l'ensemble des personnes, biens et services en fonction de la nature et de l'intensité d'un problème sanitaire grave. Il établit les principes et les modalités d'organisation des services de santé en situation de crise.

Plusieurs groupes de travail ont été créés avec pour objectif d'élaborer le PBE dans une démarche participative. Les travaux ont été discutés et validés en comité de pilotage, puis au CODAMUPS, le 11 juillet 2008.

Il s'agit de la première version du PBE de Paris. L'ensemble des « modes opératoires » ne sera donc pas disponible dès cette première version du document. Ceux-ci seront ajoutés au fur et à mesure des révisions périodiques ou des exercices permettant de tester le dispositif, et en fonction des organisations régionales et nationales.

La réflexion en commun a d'ores et déjà permis aux différents acteurs de partager les stratégies à mettre en œuvre, ce qui sera extrêmement utile en cas de survenue d'une crise de grande ampleur étalée dans le temps.

La DASS de Paris remercie l'ensemble des partenaires qui se sont fortement engagés dans le travail d'élaboration de ce premier document sous la férule attentive du docteur Lajoinie (reparti depuis affronter les problématiques tropicales), et avec le soutien très actif du SAMU de Paris.

Ce travail a, pour la première fois, effectivement mis autour de la table les très nombreux acteurs concernés. D'ores et déjà, chacun perçoit que cela nous a permis d'avancer notablement dans la capacité à travailler ensemble, au service de la population parisienne, pour faire face à une situation de crise sanitaire.

Philippe COSTE
Directeur des affaires sanitaires et sociales de Paris

A handwritten signature in black ink, consisting of the letters 'ph.' followed by a stylized, wavy line that extends to the right and then curves downwards.

PREMIERE PARTIE : PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DU PBE DE PARIS



1.	ADAPTER LE PBE 75 AUX DISPOSITIFS EN VIGUEUR :	5
1.1.	Principaux plans institutionnels de gestion des risques au niveau régional :	5
1.1.1.	Plans défense:	5
1.1.2.	Plans pour les établissements sanitaires et médico-sociaux	5
1.2.	Coordonner et assurer le suivi du PBE 75 :	6
1.3.	Etablir les principaux risques à prendre en compte :	8
1.3.1.	Principaux risques identifiés au niveau départemental et régional :	8
1.3.1.1.	Risques naturels :	8
1.3.1.2.	Risques technologiques :	8
1.3.1.3.	Risques sociaux	9
1.3.2.	Principaux risques identifiés au niveau national	9
1.3.2.1.	Risques NRBC :	9
1.3.2.2.	Risques biologiques faisant l'objet d'annexes aux plans blancs hospitaliers :	9
1.4.	Les scénarios à inscrire au PBE 75	11
1.4.1.	Scénario court ou type 1	11
1.4.2.	Scénario long ou type 2	12
1.4.3.	Scénarios 3 et 4	12
1.4.3.1.	Scénario inondation	12
1.4.3.2.	Scénario NRBC	13
2.	CONCEVOIR UN DISPOSITIF EFFICACE ET ADAPTE QUEL QUE SOIT L'ALEA :	14
2.1.	Tenir compte des particularités du département:	14
2.1.1.	Une structure démographique à la fois dense et un fort pourcentage de personnes isolées:	14
2.1.2.	Des arrondissements à forte vulnérabilité	14
2.1.3.	Des franges de population particulièrement exposées	15
2.2.	Tenir compte des points faibles touchant à l'offre de soins	15
2.2.1.	Dans le secteur des soins ambulatoires	15
2.2.2.	Dans le secteur des soins hospitaliers (MCO- médecine chirurgie obstétrique)	15
2.2.3.	Dans les autres secteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux	15
2.3.	Scénario type 1 : impliquer en priorité le dispositif hospitalier:	16
2.3.1.	Définir le niveau d'intervention des établissements impliqués	16
2.3.2.	Prévoir au sein des hôpitaux la disponibilité des moyens en « t0 », « t1 », « t 24 »	17
2.3.3.	Hiérarchiser les urgences	17
2.3.4.	Adopter l'unité de maillage facilitant la mobilisation des établissements:	17
2.3.5.	Mobiliser la ressource en fonction de la gravité de l'aléa	17
2.4.	Scénario type 2 : Impliquer en priorité le dispositif ambulatoire	22
2.4.1.	Estimation de la surcharge des actes médicaux dans le secteur ambulatoire :	22
2.4.2.	S'organiser en fonction de la dynamique de l'épidémie	23
2.4.3.	L'ilotage quartier par quartier, base du schéma d'organisation des soins ambulatoires:	24
2.4.3.1.	Base des soins ambulatoires : le réseau des professionnels	25
2.4.3.2.	Niveau intermédiaire: création des structures pré hospitalières :	27
2.4.3.3.	Niveau des soins hospitaliers:	36
2.4.4.	Adapter la régulation au dispositif établi :	45
2.4.4.1.	Pré-orienter les pathologies grippales en tenant compte de leur gravité :	45
2.4.4.2.	Gérer l'afflux par une connexion mettant en réseau le 15, le 18, la PDS et les CCSS :	46
2.4.4.3.	Affecter des personnels supplémentaires :	46
2.4.5.	Adapter l'organisation des transports au maillage sanitaire:	49
2.4.5.1.	SMUR et BSPP :	49
2.4.5.2.	Transports sanitaires privés :	49
2.4.6.	Anticiper la prise en charge des populations vulnérables et aller à leur rencontre :	50
2.4.6.1.	Mesures d'ordres générales	50
2.4.6.2.	Mesures spécifiques aux différents secteurs de populations fragiles :	52
2.4.7.	Prendre en charge les décès:	54
2.4.7.1.	Recenser et renforcer les capacités funéraires	54
2.4.7.2.	Activer la cellule de coordination:	54
4	ANNEXE 1 – CARTE DES ETABLISSEMENTS DE SOINS A PARIS	59

Liste des sigles utilisés

ADAPEI : Association départementale des amis et parents de personnes déficientes intellectuelles
AP-HP : Assistance-Publique Hôpitaux-de-Paris
PBE : plan blanc élargi
BDV : basse densité virale
CCD : centre de consultation dédié
CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CODAMUPS : comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
BSPP : Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris
CCSS : centre de coordination sanitaire et social
CIRE : cellule interrégionale d'épidémiologie
COZ : centre opérationnel zonal
EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF : fédération hospitalière de France
HAD : hospitalisation à domicile
HDV : haute densité virale
INVS : institut national de veille sanitaire
NRBC : nucléaire, radiologique, biologique et chimique
PDS : permanence des soins
PSPH : participant au service public hospitalier
REB : risque épidémique et biologique
RTMD : risque de transport des matières dangereuses
SAU : service d'accueil des urgences
SI : structure intermédiaire
SSR : soins de suite et de réadaptation
SSIAD : les services de soins infirmiers à domicile
USI : unité de soins intensifs
USIC : unité de soins intensifs cardiologie
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux

PREMIERE PARTIE

PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DU PLAN BLANC ELARGI DE PARIS

1. ADAPTER LE PBE 75 AUX DISPOSITIFS EN VIGUEUR :

Paris, capitale du pays, focalise tous les types de risques, et la population élevée (2 124 117 habitants au 1er janvier 2005) sous entend un afflux massif de victimes en cas de catastrophe. Constituant une conurbation avec les 7 départements limitrophes, la région Ile-de-France qui accueille 20% de la population nationale est identifiée comme une seule zone défense. Le plan blanc élargi de Paris doit donc prendre en compte dans sa conception l'ensemble des plans en vigueur.

1.1. Principaux plans institutionnels de gestion des risques au niveau régional :

1.1.1. Plans défense:

Plan Orsec de zone ; il coiffe tous les plans ; pour Paris il est interdépartemental et déclenché par le préfet de police, préfet de zone. Le portail "crisorsec" (<http://www.crisorsec.interieur.gouv.fr>) est le nouvel outil de gestion de crise et de communication et de partage des données entre partenaires.

- **Plan rouge alpha** ; il organise la prise en charge des victimes sur les lieux de l'événement en cas d'attentats terroristes multiples (extraction, triage, mise en condition, évacuation) dans les réseaux de transports collectifs par exemple.
- **Plan « camembert »** ; il est conçu pour faire face à des événements multiples parmi lesquels il convient de prendre en compte le risque d'attentats multiples. Afin d'optimiser la qualité de la réponse hospitalière en s'appuyant sur l'ensemble de l'offre de soins de la région Ile-de-France, ce plan prévoit une modalité d'organisation s'appuyant sur le réseau des 8 SAMU et des 38 SMUR d'Île de France. **Les SAMU se partagent les divers chantiers et la régulation des places hospitalières de la région. Le SAMU 75 de Zone de Défense, positionné au centre opérationnel zonal (COZ), participe à la recherche de ressources extra-zonales.**
- **Plan jaune de la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris (BSPP)** ; il précise les ressources à mobiliser en cas de crise nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC).
- **Déclinaison territoriale des plans gouvernementaux : Vigipirate, Piratox, Biotox, Piratome** pour la gestion des risques dits NRBC.
- **Plan grand froid et plan canicule**

De plus, ont été élaborés des dossiers départementaux sur les risques majeurs (DDRM) et un schéma interdépartemental d'analyse et de couverture des risques (SIDACR) dont la liste des arrêtés portant constatation de l'état de catastrophe naturelle pour Paris a été mise à jour par arrondissement en mai 2006.

1.1.2. Plans pour les établissements sanitaires et médico-sociaux

Si chaque établissement de santé est tenu d'élaborer un plan blanc, il convient de déterminer les missions de chacun d'entre eux compte tenu de sa technicité et du rôle joué dans l'offre de soins à Paris. Le PBE, par nature évolutif, doit préciser ces missions. Ce faisant, il apportera au cours des réactualisations, une cohésion aux différents plans blancs hospitaliers qui devront tenir compte des principes d'organisation établis ; il facilitera à terme le recensement des capacités humaines et matérielles par la constitution d'un annuaire opérationnel qui stipulera les moyens disponibles, le rôle de chaque intervenant, l'articulation réactive entre chaque acteur en fonction du type de crise. Dans cet esprit le plan blanc élargi de Paris pourra bénéficier à terme de l'outil en cours de conception au niveau de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) que constitue le Répertoire Opérationnel de

Ressources (ROR). Le déclenchement du plan blanc reste sous la responsabilité du directeur de chaque établissement de santé.

1.1.2.1. Plan blanc de l'Assistance-Publique Hôpitaux-de-Paris (AP-HP) :

L'AP-HP, établissement de santé de référence de la zone Île de France, exerce une responsabilité prépondérante dans le dispositif en terme de coordination (centre opérationnel Victoria en lien, sur Paris, avec le centre opérationnel de zone de défense et le SAMU - centre 15 à l'hôpital Necker). L'organisation des secours se déroule sur un mode régional intégrant la mise en œuvre simultanée des services d'urgence et de réanimation de 39 établissements opérationnels dès la première alerte ce qui permet d'obtenir une unité et une force dans la réponse. Absorbant un flux de victimes élevé et plusieurs fois testé, le plan de l'AP-HP est conçu pour prendre en charge immédiatement les victimes en lien avec la plupart des crises de courte durée survenant dans la région.

1.1.2.2. Plan blanc des établissements de santé du secteur PSPH (participant au service public hospitalier) et privé

Le mode de fonctionnement privilégie de manière informelle la mobilisation des réseaux de proximité; si un établissement est débordé, il fait appel aux établissements voisins et si besoin à l'AP-HP par la mise en œuvre d'actions de complémentarité au niveau de communautés d'établissements.

1.1.2.3. Plans bleus des établissements médico-sociaux

Ils permettent de gérer une crise interne ou un événement externe dans lequel un établissement médico-social pourrait être impliqué (épisode de canicule, d'inondation, etc..).

1.2. Coordonner et assurer le suivi du PBE 75 :

Le plan blanc élargi est préparé par le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales. Il est arrêté, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), par le Préfet du département et, à Paris, par le Préfet de police.

Il est transmis notamment aux établissements de santé du département et au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Le PBE est activé par le Préfet de police sur proposition du Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

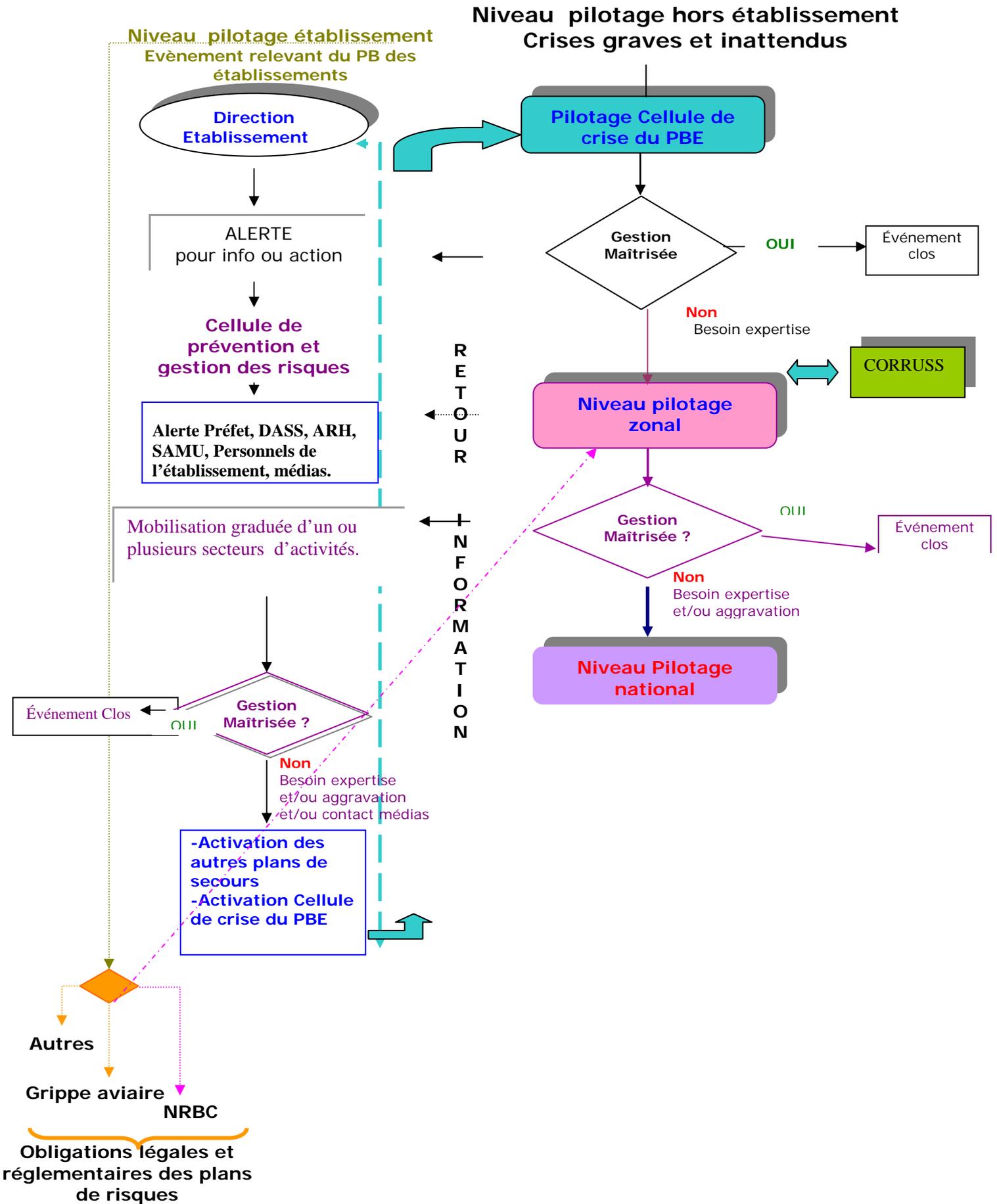
L'objectif est de coordonner les renforts et d'exploiter les ressources dans le même sens pendant les 3 phases que dure généralement une crise : déclenchement - montée en puissance - retour à la normale.

Selon le degré d'intensité et d'extension de l'aléa, la chaîne de direction des opérations tient compte des différents niveaux d'emboîtements impliqués (établissements de santé, département, zone de défense) et, si besoin, du niveau national (Haut Fonctionnaire de Défense du ministère de la santé et Direction des urgences sanitaires).

Un comité de suivi du PBE devra être constitué. Il est souhaitable qu'une partie des membres soit issue du comité de pilotage et des groupes de travail ayant participé à son élaboration. Il aura pour missions

- d'actualiser le PBE en fonction des textes mais aussi de situations de crises nouvelles non prises en compte,
- de veiller à la mise à jour des informations concernant les moyens mobilisables.

Arbre décisionnel de gestion de crise sanitaire entre niveau établissement,



1.3. Etablir les principaux risques à prendre en compte :

Le PBE 75 s'appuie sur la connaissance des principaux risques touchant l'ensemble de la région.

1.3.1. Principaux risques identifiés au niveau départemental et régional : les risques majeurs identifiés avec « enjeu humain sanitaire » sur la zone sont surtout le fait des catastrophes naturelles et technologiques ainsi que le fait de mouvements sociaux.

1.3.1.1. Risques naturels :

- a) **Risques climatiques** : le préfet de police, en collaboration avec les services concernés de l'Etat et de la ville de Paris, élabore chaque année des plans de prévention pour lutter contre : les risques canicule, le grand froid, la tempête et les pathologies infantiles hivernales. Lors des fortes chaleurs, un ciblage particulier à destination des personnes âgées et des personnes en situation de précarité handicap est effectué.
- b) **Risques inondations par crue ou par ruissellement et coulées de boue** : l'aléa étudié est l'inondation par débordement direct de la Seine ou par ses principales résurgences atteignant aux ponts les mêmes niveaux d'eau qu'au cours de la crue de janvier 1910, crue susceptible de se reproduire une fois par siècle. Les zones exposées abritent une population de près de 266 000 habitants à Paris. Les services de la BSPP sont en première ligne pour organiser les secours.

En 1910, plusieurs hôpitaux avaient subi d'importants dégâts avec caves et sous-sols inondés endommageant gravement réserves et services techniques. Un plan inondation des établissements concernés a été finalisé en 2006.

- c) **Risques mouvements de terrain** : les vides laissés par l'exploitation ancienne de carrières souterraines peuvent être à l'origine d'effondrements, de tassements ou d'affaissements. A ces vides s'ajoute l'enchevêtrement complexe et dense des divers réseaux souterrains pouvant se traduire par une transmission des incidents de l'un à l'autre.

1.3.1.2. Risques technologiques :

Même si la capitale ne semble pas toujours directement impliquée, par sa position au cœur de l'Île de France, elle est de fait extrêmement vulnérable aux répercussions qui ne manqueraient pas de se produire au cours d'aléas tels que pollution atmosphérique, contamination des eaux superficielles ou souterraines par produits toxiques, etc..

- a) **Les sites industriels** : la prévention reste la meilleure des stratégies (plan d'opération interne, plan particulier d'intervention, plans de secours mis en place pour les sites classés Seveso AS¹, etc..). Cependant, il n'est pas possible d'exclure d'éventuelles défaillances techniques ou humaines, voire des actes de malveillance. En 2007, Paris comptait 219 établissements soumis à autorisation. En Ile de France, les sites les plus dangereux, dits "installations Seveso seuil haut " étaient au nombre de 7 en petite couronne et de 30 en grande couronne (0 à Paris).
- b) **Le risque transport matière dangereuse (RTMD)** : du fait des faibles quantités transportées, les conséquences d'un accident impliquant le transport des matières dangereuses sont généralement limitées dans l'espace. La nature des blessures est fonction de la matière transportée, mais également de la distance à laquelle les personnes se trouvaient au moment de

¹ Autorisation avec servitudes d'utilité publique

l'accident. Le RTMD concerne les produits hautement toxiques, explosifs ou polluants et s'étend à tous les produits régulièrement utilisés comme les carburants, le gaz ou les engrais. Le plan Orsec intègre généralement les dispositions spécifiques à l'organisation des secours.

Le RTMD peut survenir sur toutes les voies de communication :

- **Voies routières** : elles représentent en Île de France 95% du transport des matières dangereuses où, à l'exception de certains tronçons, tous les axes sont ouverts aux TMD. 75% du trafic concernent les seuls produits pétroliers ; des accidents de citernes ont lieu chaque année, rendant l'ensemble du territoire vulnérable d'autant qu'il n'y a pratiquement pas de voies de dégagement sur le réseau.
- **Voies ferrées** : plus de 1 million de personnes se déplacent chaque jour en région parisienne et plus de 60% des personnes qui travaillent dans le centre de Paris habitent en banlieue. Le réseau francilien (TGV, RER, Métro, marchandises) centré sur la capitale, qui abrite les 6 gares majeures de la région, peut être la cible d'attentats ou d'accidents de nature variée et imprévisible.
- **Voies fluviales** : sur plus de 60 millions de tonnes transportées par an, la moitié transite sur le bassin de la Seine (voies à grand gabarit) ; ce mode de transport est actuellement en pleine croissance avec des convois de 143 à 185 m de long pour une capacité de 2500 à 5000 tonnes.
- **Oléoducs** : le réseau le Havre – Paris (1375 km de canalisations principales) est le plus important système de transport de produits raffinés par canalisations d'Europe et revêt un caractère vital pour l'approvisionnement de la capitale et des aéroports de Roissy et d'Orly.
- **Gazoducs** : desservant une population de 10 780 000 habitants, la longueur du réseau de distribution en gaz naturel francilien disposait de 23 850 kilomètres en 2005.
- **Voies aériennes** : les deux aéroports principaux de la région Ile de France sont Roissy Charles de Gaulle, qui s'étend sur les départements de la Seine-Saint-Denis (Tremblay-en-France), du Val-d'Oise (Roissy-en-France), et de la Seine-et-Marne (Mauregard, Le Mesnil-Amelot et Mitry-Mory), et Orly dans le département du Val de Marne et de l'Essonne.

1.3.1.3. Risques sociaux

Les risques sociaux se sont intensifiés en raison d'une montée de la violence urbaine. Ils peuvent être considérés comme majeurs à Paris.

Le nombre considérable d'événements (sportifs, culturels, politiques, manifestations, salons etc...) qui s'y déroulent est un élément à prendre en compte de même que la montée du terrorisme qui a pris un nouveau visage depuis le 11 septembre 2001.

1.3.2. Principaux risques identifiés au niveau national

Ils renvoient dans une large mesure au plan jaune de la BSPP ainsi qu'aux annexes spécifiques des plans blancs des établissements hospitaliers.

1.3.2.1. Risques NRBC :

- **Nucléaires et Radiologiques** : pouvoir de dissémination de produits radioactifs contaminant dans l'environnement. Les équipes d'intervention (sanitaires ou autres) soumises au risque doivent se protéger.
- **Biologiques** : caractérisés par leur aspect insidieux (période d'incubation, durée de l'épidémie, contagiosité variable). Besoin de protection pour les soignants et les personnes en contact.
- **Chimiques** : contrairement au risque biologique, le danger est souvent d'expression immédiate (intoxication aiguë) et occasionne généralement un grand nombre de victimes. Les sauveteurs eux mêmes soumis au risque doivent se protéger.

1.3.2.2. Risques biologiques faisant l'objet d'annexes aux plans blancs hospitaliers :

a) Agents pathogènes autre que le virus H5N1 :

n° 1 : agents et toxines non identifiés ; **n° 2** : peste ; **n° 3** : charbon ; **n° 4** : brucellose ; **n° 5** : variole ; **n° 6** ; fièvres hémorragiques virales ; **n° 7** : botulisme ; **n° 8** : entérotoxine b staphylococcique ; **n° 9** : saxitoxine ; **n° 10** : ricine ; **n° 11** : tularémie ; **n° 12** : toxine diphtérique.

Principales caractéristiques des maladies liées aux agents biologiques.

Agents	Incubation	Transmission inter-humaine	Base du traitement
Charbon	1-5 jours	Aucune, mais les spores peuvent survivre longtemps	Antibiothérapie intraveineuse (IV)
Variole	7-17 jours	Très contagieux via les aérosols et les croûtes	Traitement symptomatique Vaccin
Peste	2-3 jours	Très contagieux via les aérosols	Antibiotiques IV, 14 jours Vaccin si disponible
Botulisme	1-5 jours	Aucune	Réanimation symptomatique Antitoxine

b) Virus H5N1 (pandémie grippale) :

Selon l'OMS « la question n'est pas de savoir « si » mais « quand » se produira la prochaine pandémie grippale. Actuellement la transmission à l'homme est relativement rare et limitée aux personnes en contact étroit avec des volailles. Cependant, en cas de mutation, une épidémie d'ampleur mondiale est à craindre. Le virus de la grippe se transmet principalement par les gouttelettes de salive mais une transmission peut également avoir lieu par un contact main/visage lorsque l'on touche une personne ou une surface contaminée. Du fait de sa gravité, la pandémie grippale occupe une place prépondérante parmi les risques biologiques.

La grippe aviaire est un événement inconnu même des professionnels de santé ; quels que soient leur rôle et leur fonction initiale, ils vont devoir apprendre et partager dans tous les domaines. Il faut garder à l'esprit que la 1^{ère} vague permettra, au cours de la montée en puissance du dispositif, d'acquérir une expérience qui aidera à faire front lors de la 2^{ème}, prévue pour être 2 fois plus forte : « On travaille dans la cinétique de l'événement ». Par ailleurs de nombreuses inconnues persistent sur ce que sera la réalité épidémique quand l'événement surviendra.

Les phases d'alerte de l'OMS

	Phase 1	Situation 1	Monde	Absence de nouveaux virus aviaires hautement pathogènes
E P I Z O O T I E	Phase 2	Situation 2A	Etranger	Sans cas humain
		Situation 2B	France	Sans cas humain
	Phase 3	Situation 3A	Etranger	Cas humains isolés sans transmission interhumaine
		Situation 3B	France	Cas humains isolés sans transmission interhumaine
E P I D E M I E	Phase 4	Situation 4A	Etranger	Cas groupés et localisés avec transmission interhumaine « limitée »
		Situation 4B	France	Cas groupés et localisés avec transmission interhumaine « limitée »
	Phase 5	Situation 5A	Etranger	Larges foyers de cas humains non maîtrisés
		Situation 5B	France	Larges foyers de cas humains non maîtrisés
	Phase 6	Situation 6	Monde Entier	P A N D E M I E
		Situation 7	Monde	Fin de pandémie

La situation actuelle est 3A.

Le modèle statistique d'analyse de risque de l'institut de veille sanitaire (InVS) privilégie une épidémie évoluant en 2 vagues (1/3 puis 2/3) de 10 à 12 semaines chacune avec intervalle de quelques mois ; le taux d'attaque cumulatif moyen à la fin de l'épidémie est de 25% soit environ 550 000 cas pour Paris (avec application d'une stratégie de lutte efficace comprenant vaccination et utilisation d'antiviraux).

- Répartition des cas attendus par tranche d'âge à Paris:

Nombre de cas attendus par tranches d'âge à Paris		
Tranche d'âge	Population	% et nombre de cas
0-19 ans	420 000	40 % des cas soit 220 000
20 – 65 ans	1400 000	50 % des cas soit 275 000
65+ ans	300 000	10% des cas soit 55 000
Total	2120 000	550 000

- Mortalité attendue : **on estime à environ 5500 décès si les mesures de lutte sont mises en place**

1.4. Les scénarios à inscrire au PBE 75

Face à la diversité de risques plus ou moins prévisibles, seul l'enjeu humain est préoccupant ; mieux vaut alors focaliser sur les effets potentiels pouvant affecter le système sanitaire et avoir la garantie qu'il s'adapte à toutes les formes de crises pour porter secours à la population.

Quatre « Scénarios enveloppes » couvrent l'ensemble des risques potentiels :

n°1 - Risque d'attentats ou d'accidents : afflux soudain et massif de victimes (pathologies chirurgicales et/ou médicales) limité dans le temps (ex : attentats multi sites dans le réseau RATP - SNCF).

n°2 - Risque épidémique : crise sanitaire étalée dans le temps avec montée en charge progressive (type pandémie grippale) affectant une proportion importante de la population ; débordement des capacités nécessitant une organisation exceptionnelle (maintien à domicile).

n°3 - Risque catastrophe naturel (type inondation) : afflux ponctuel de victimes et dysfonctionnement des établissements.

n°4 - Risque particulier type NRBC : décontamination avec réponse spécifique.

1.4.1. Scénario court ou type 1

Centré principalement sur les ressources hospitalières, le scénario 1 fait appel à une organisation hiérarchisée où les patients sont dirigés vers les structures d'urgence. Il faut distinguer la gestion des opérations sur le lieu de l'événement et l'organisation de l'orientation vers les hôpitaux qui est assurée par le SAMU, dans le cadre de sa mission de régulation.

Le plan rouge alpha et le « plan camembert » sont des modalités d'organisation prévues pour prendre en charge de nombreux blessés évacués collectivement. En cas d'attentats multi-sites, ils sont conçus pour sortir de la logique départementale. Très opérationnels et dotés de moyens conséquents, ils tiennent compte de la gravité des victimes en dirigeant celles dont le pronostic vital est en jeu vers les plateaux techniques adaptés et ciblés à l'avance, et celles dont l'état est moins grave vers les hôpitaux périphériques. L'évacuation peut faire appel aux moyens hélicoptérés. Le SAMU pourra être amené à mettre en place des structures provisoires (centre médical d'évacuation) dans l'attente des moyens de transport aérien. Les matériels du poste sanitaire mobile (PSM) et la plate forme nationale peuvent être engagés.

Le PBE, qui n'a pas vocation à se superposer à des plans déjà bien rôdés, est toutefois complémentaire en intégrant la mobilisation possible de moyens du secteur privé et du secteur médico-social au dispositif.

Ainsi, en fonction de la gravité et de l'étendue de la crise et en cas de saturation de l'AP-HP, d'autres établissements (recours, repli) pourront être mobilisés selon leurs spécialités et leurs capacités.

De plus, en cas de crise longue, il propose un scénario nouveau (voir 2-4).

1.4.2. Scénario long ou type 2

Les travaux du PBE ont porté principalement sur un scénario long ; assurer la prise en charge thérapeutique simultanée d'un grand nombre de patients à domicile pendant 12 semaines nécessitera de mobiliser et d'articuler le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier à l'intérieur d'un maillage opérationnel défini à l'avance.

1.4.3. Scénarios 3 et 4

Inclus dans la plupart des plans défense départementaux, ils font l'objet d'annexes réglementaires aux plans blancs ou bleus des établissements.

1.4.3.1. Scénario inondation

Le scénario 3 est, pour le département, surtout le fait d'inondations ; pris en compte dans le plan de secours spécialisé inondation de la zone de défense de Paris (PSSI), il dispose d'un volet sanitaire fléchissant avec précision les établissements inondés à évacuer.

Il est important de rappeler que les deux objectifs principaux dans le cadre du plan inondation pour les établissements de santé sont les suivants :

- être en capacité d'assurer la continuité des soins pour les patients en cours d'hospitalisation ;
- assurer l'accueil de nouveaux patients dans le cadre de l'urgence.

Dans le cadre d'un scénario inondation, qui doit reposer sur une analyse des risques pour chaque établissement afin d'identifier ceux qui seront en capacité de fonctionner, y compris à un niveau de crue de type 1910, et ceux qu'il conviendra d'évacuer, la mission de chaque établissement de santé ou médico-social devra être redéfinie. En fonction de leur localisation, certains établissements sont plus menacés que d'autres et doivent prévoir dans leur plan blanc un mode de fonctionnement dégradé pouvant aller jusqu'à une évacuation complète des services.

La stratégie doit prendre en compte l'analyse de risque (distinction des hôpitaux pouvant fonctionner à un niveau de crue 1910 des autres établissements) et la cinétique de la crue (cf. guide méthodologique « inondations »).

De manière générale, le plan contient 3 mesures :

1. interruption des interventions non urgentes
2. si l'hôpital est en danger, arrêt total de fonctionnement, y compris les urgences
3. sortie des patients dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire et retour au domicile ; transfert des autres dans les hôpitaux hors d'eau.

Pour l'AP-HP où un service d'urgence sur trois et 36 % des capacités d'accueil, soit environ 8 400 lits, pourraient être impactés, le plan prévoit les sites d'accueil, mais aussi identifie 3 hôpitaux qui seront affectés exclusivement à l'accueil des urgences (Lariboisière et Necker à Paris, Bicêtre dans le Val de Marne).

En parallèle, il faudra protéger le matériel médical, voire en déménager une partie, pour permettre un redémarrage rapide dès la fin de la crise.

Un travail reste à faire au niveau de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux du département ainsi que sur la situation des établissements de repli (qui peuvent également être sujets à des problèmes techniques).

Le plan actuel a identifié les sites ne pouvant fonctionner, soit parce qu'ils seront inondés, soit, et c'est la majorité des cas, parce qu'ils ne seront pas alimentés en fluides, et notamment en électricité. Les données nouvelles concernant l'alimentation en eau et l'avancement des travaux entrepris par EDF nécessiteront des adaptations des orientations actuelles.

Restent à clarifier les incertitudes liées à la propagation d'eaux souterraines qui peuvent déclencher des problèmes techniques en chaîne comme services privés d'eau, d'éclairage, de chauffage avec pour conséquence des malades ne pouvant être maintenus sur site ou dans des conditions plus précaires qu'à l'habitude.

1.4.3.2. Scénario NRBC

- a) **Chaque plan blanc d'établissement doit prendre en compte les risques NRBC, dans le cadre de ses missions** où seront spécifiés les personnels requis, les plateaux techniques spécialisés (urgence, réanimation, chirurgie, laboratoires spécialisés équipés de matériels permettant d'identifier les agents biologiques les plus redoutés, unité fixe et mobile de décontamination hospitalière et d'équipements spécifiques), les équipements et stocks pour faire face aux risques NRBC :
- chambre à orientation infectieuse
 - pavillon isolé
 - tenues de protection
 - douches ou équivalent
 - module de décontamination
 - filière spécifique pour les personnes contaminées
 - SAMU dotés de dosimètres et d'appareils portatifs de contrôle de contamination chimique, etc..

Tous les hôpitaux siège d'un SAU sont dotés d'un UMDH (unité mobile de décontamination hospitalière) ainsi que de 70 tenues de contamination. Le SAMU dispose d'une tente de 18m² projetable.

Que ce soit pour la protection du personnel ou la prise en charge des patients, un important stock d'antibiotiques (fluoroquinolones), d'antidotes (cyanokits, contrathion...), d'iode stable, de vaccins antivarioliques et de matériel d'injection (aiguilles, embouts...) est pré positionné dans les SAMU et hôpitaux référencés ; ces achats sont régulièrement renouvelés et complétés.

b) **Hôpitaux désignés pour la prise en charge des risques NRBC :**

L'AP-HP est l'établissement de santé de référence de la région Ile-de-France. Le SAMU 75 est le SAMU de Zone de défense. Il revient donc au SAMU « zonal » d'organiser, en liaison avec les SAMU départementaux, le transport des victimes.

L'établissement de santé de référence a un rôle de conseil, de formation dans la préparation et la mise en œuvre des plans d'action concernant la gestion des risques NRBC. Dans ce cadre il assure la prise en charge des cas lourds ou des premiers patients.

L'AP-HP a identifié plusieurs hôpitaux dans le cadre de la gestion de ces risques :

-Pour les adultes :

*)Risque chimique : Pitié Salpêtrière, Lariboisière en relation avec le centre anti-poison d'Île de France.

*)Risque nucléaire et radiologique : Pitié Salpêtrière/Bichat. (laboratoire de dosimétrie biologique de l'IRSN à Fontenay aux roses)

*)Risque épidémique et biologique (REB) : Pitié Salpêtrière, Bichat sont les sites de 1^{ière} ligne Le dispositif s'articule avec les Centres nationaux de référence, le CIBU (Institut Pasteur), l'INVS, la CIRE La mission REB associe les services cliniques de maladies infectieuses, les laboratoires de microbiologie et l'unité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales. En cas de crise, les services référents s'articulent avec le SAMU zonal (Necker), la direction générale de l'APHP et constituent un groupement opérationnel de coordination de la gestion du risque épidémique et biologique (CoReb).

-Pour les enfants : l'hôpital Necker quel que soit le risque.

2. CONCEVOIR UN DISPOSITIF EFFICACE ET ADAPTE QUEL QUE SOIT L'ALEA :

Idéalement, le PBE devrait être en mesure de répondre à tout type de crise et plus particulièrement aux crises sanitaires de grande ampleur étalées dans le temps (canicule, risque nucléaire,... mais aussi pandémie grippale) qui sont parmi les plus difficiles à maîtriser parce qu'elles exigent :

- un dispositif adapté aux particularités démographiques et géographiques,
- une mobilisation coordonnée de la totalité de l'offre sanitaire et sociale.

2.1. Tenir compte des particularités du département

Hors des bois de Boulogne et de Vincennes, l'ensemble de la population parisienne est concentrée sur une zone ne dépassant pas 18 km d'est en ouest et 9,5 km du nord au sud d'où la très forte densité (plus de 20 000 habitants/km²) du tissu urbain. La ville est découpée en 20 arrondissements, eux mêmes regroupés en 80 quartiers non homogènes tant en population qu'en superficie :

Arrondissements les plus peuplés

IVe : 225 362 habitants ; XVIIIe : 184 586 habitants ; XXe : 182 952 habitants

Arrondissements les plus denses

XIe : 40 627 habitants au km² ; Xe ; XVIIIe et XXe : plus de 30 500 habitants au km² ;

IIIe : 29 272 habitants au km²

Arrondissements les plus étendus

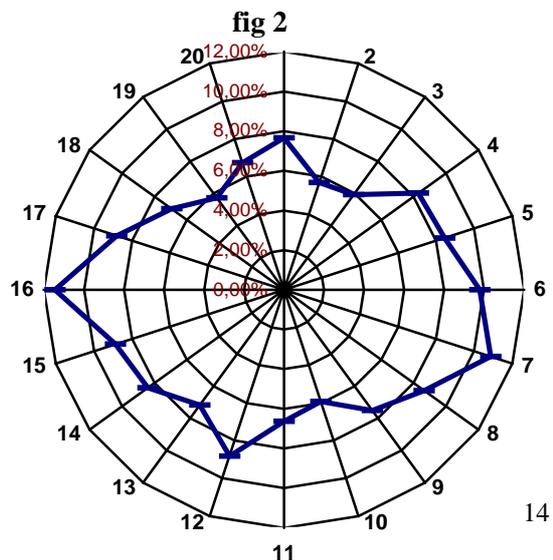
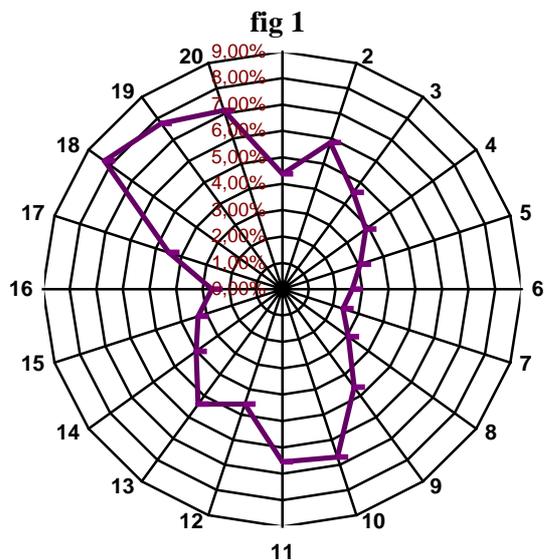
XVe (848 ha) ; XVIe (791ha) ; XIIIe (715 ha) ; XIXe (679 ha) ; XIIe (637 ha) ; XVIIIe et XXe (600 ha)

2.1.1. Une structure démographique à la fois dense et un fort pourcentage de personnes isolées

Comme l'a trop bien montré l'épisode de canicule en 2003, la population parisienne est particulièrement vulnérable en cas de survenue d'un aléa étendu dans le temps. 52.4 % des ménages étant des personnes isolées à domicile et 7% des familles monoparentales, on pourra difficilement compter sur un appui familial étendu. Du fait de ce relatif isolement et de la forte densité occasionnant brassage de population et promiscuité, les risques de surmorbidity et de surmortalité concernent toutes les tranches d'âge de la population en cas de pandémie grippale.

2.1.2. Des arrondissements à forte vulnérabilité

En cas de crise étendue dans le temps, le dispositif de soins pourra être renforcé en fonction de la vulnérabilité d'arrondissements particulièrement exposés à des facteurs tels que la précarité (fig. 1 : 10^{ième}, 11^{ième}, 17^{ième}, 19^{ième}, 20^{ième}) ou le grand âge (fig. 2 : 6^{ème}, 7^{ème} et 16^{ème}).



2.1.3. Des franges de population particulièrement exposées

La grande précarité revêt à Paris des aspects extrêmement hétérogènes. Elle touche entre 10 000 et 15 000 personnes « connues », qui pourraient être à la fois une cible particulière et un facteur de dissémination des agents pathogènes en temps de pandémie.

Une partie (+ de 5 000) réside dans des logements qui relèvent des autorités locales et le solde dans des établissements sociaux à gestion majoritairement associative ou des hébergements non conventionnels (compétence de l'Etat).

Par ailleurs, quelques milliers de personnes (7 000 d'après certaines ONG) non recensées à ce jour pourraient apparaître à l'instant même où l'épidémie éclaterait. Cette population difficile à identifier n'est pas toujours encline à accepter un service qu'elle ne sollicite pas.

2.2. Tenir compte des points faibles touchant à l'offre de soins

La concentration d'établissements et de professions libérales de santé est la plus forte d'Europe. Les moyens pour intervenir rapidement, quel que soit l'endroit et le risque, sont disponibles de même que le savoir faire. Par contre, rassembler et optimiser la coordination entre les différents acteurs du système de soins sont les défis à relever.

2.2.1. Dans le secteur des soins ambulatoires

Le principe du maintien à domicile en cas de pandémie grippale, ajouté aux critères démographiques propres à la capitale, rendent plus impérieux que dans n'importe quel autre département le renforcement par anticipation du secteur des soins ambulatoires, qui devra s'organiser au sein d'un réseau fonctionnel permettant une répartition adéquate des ressources pendant toute la durée de la crise.

Une fois arrêtés la composition et le mode opératoire du réseau, il conviendra de dégager des moyens supplémentaires pour assurer les fonctions de communication et de liaison, ce qui permettra d'éviter l'afflux de personnes vers les centres hospitaliers et les appels massifs vers le centre 15. Il faudra, parallèlement, trouver de nouvelles possibilités d'hébergement pour les malades en difficulté du fait de leur situation sociale, de leur état de santé ou des deux à la fois.

2.2.2. Dans le secteur des soins hospitaliers (MCO- médecine chirurgie obstétrique)

La forte concentration d'hôpitaux peut devenir un handicap si la place de chacun n'est pas déterminée à l'avance ou si la coordination des moyens se révélait être peu efficace.

Or, il n'existe pas de plate-forme de coordination élargie à l'ensemble des acteurs du champ hospitalier. En cas d'afflux massif de victimes à forte composante chirurgicale par exemple, les secteurs PSPH et privés pourront être mobilisés.

2.2.3. Dans le autres secteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux

Sont essentiellement concernés les lieux de soins et/ou lieux de vie qui accueillent par nature des personnes en collectivité ou des personnes vulnérables extrêmement fragiles que ce soit sur le plan somatique, psychique ou social : établissements psychiatriques, hébergements pour personnes âgées (EHPAD) ou personnes handicapées (MAS², HAD...). Ces établissements sont rattachés à des organisations administratives et juridiques différentes (EHPAD du CASVP³, USLD⁴ de l'AP-HP, etc..) sans oublier les types d'hébergements collectifs ou semi-collectifs (centres d'hébergement d'urgence) aux résidences étudiantes en passant par les FJT ou FTM⁵, nombreux à Paris.

- Le niveau de médicalisation est différent selon qu'il s'agit d'établissements de soins de suite ou d'hébergement pour personnes handicapées et/ou âgées, inexistant pour les foyers de jeunes travailleurs.

² Maison d'accueil spécialisée

³ Centre d'action sociale de la ville de Paris

⁴ Unité de soins de longue durée

⁵ Foyer jeune travailleur et foyer travailleur migrant

- Exceptées les institutions travaillant dans le champ de l'urgence sociale, les personnels ne peuvent pas imaginer la crise et surtout les moyens pour y faire face. De plus, beaucoup de personnels ne seront pas opérationnels.
- Rares sont les établissements sociaux et médicaux sociaux qui ont, à ce jour, dressé un plan blanc ou bleu selon le cas, ce qui les pénalisera pour s'auto organiser et ralentira l'intervention des secours.

La difficulté sera, là encore, d'obtenir une coordination du secteur en fonction du type de scénario :

- Scénario 1 : certains établissements pourront être utilisés en tant qu'établissement de repli en prenant en compte leur spécificité.
- Scénario 2 : dans le cadre d'une pandémie grippale, la première mission de chacune de ces structures sera d'assurer le maintien du fonctionnement et la prise en charge des patients ne justifiant pas d'un séjour en établissement de soins.
- Scénario 3 : ces établissements doivent également faire une analyse de risque, maintenir leur fonctionnement autant que possible, et envisager leur site de repli dans le domaine médico-social. Seuls les pensionnaires nécessitant une prise en charge sanitaire justifient d'une orientation vers un établissement aigu. Chaque établissement doit avoir établi un plan de secours dans lequel sont identifiés les moyens de recours en cas de crise nécessitant l'évacuation.

2.3. Scénario type 1 : impliquer en priorité le dispositif hospitalier

En fonction du type et du lieu de survenue de l'accident, les victimes graves doivent être évacuées rapidement sur le plateau technique le plus approprié et le plus proche.

2.3.1. Définir le niveau d'intervention des établissements impliqués

Le guide méthodologique d'élaboration des PBE définit 3 niveaux (1^{ère} ligne, recours, repli) qui s'appliquent à tout établissement qu'il soit public, PSPH ou privé. Afin de classer les établissements parisiens en fonction de ces 3 niveaux a été retenu le critère de « permanence de compétences ».

- **les hôpitaux de 1^{ère} ligne** sont constitués des établissements accueillant les urgences,
- **les établissements de recours** correspondent aux établissements de santé disposant de capacités de médecine, de chirurgie et de compétences en anesthésie ; ils peuvent accueillir et prendre en charge des patients se présentant spontanément ou ciblés après régulation par le SAMU dès lors que l'événement ne peut être géré par les seuls établissements de première ligne,
- **les établissements de repli**, sollicités en aval des établissements de première ligne ou de recours, ne disposent pas de plateau technique permettant la prise en charge de patients en phase aiguë.

En marge de ces trois lignes d'intervention les établissements psychiatriques peuvent être amenés à recevoir les patients adressés par la CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) activée par le SAMU ou par le Préfet ou éventuellement par les établissements de 1^{ère} ligne.

Les modalités d'action entre les établissements sont à définir sur la base d'une convention cadre qui précisera:

- **leur implication dans le dispositif** (première ligne, recours, repli)
- **leurs capacités et compétences:**
 - * Chirurgie (viscérale et traumatologique) + ophtalmologique
 - * Services de réanimation et de soins de suite (préciser le nombre d'anesthésistes temps pleins et temps partiels , lits de réveil, respirateurs disponibles (2200 à l'APHP), etc.
 - * Médecine (gériatrie, pédiatrie, maladies infectieuses).
 - * Brûlés (25 lits).
- **leur participation au CERVEAU (Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences** notamment dans ses applications **Cyber-Urgences, CAPRI et SERDEAU** donnant respectivement en temps réel les disponibilités en lits d'urgence, en lits sensibles et en lits par discipline). Afin d'avoir une vision exhaustive sur l'ensemble des capacités, ce système devra être progressivement étendu au PSPH et au Privé. Cette mesure implique la mise à disposition d'un interlocuteur par établissement.

2.3.2. Prévoir au sein des hôpitaux la disponibilité des moyens en « t0 », « t1 », « t 24 »

(t1: une heure; t 24 : environ 24h après l'incident)

- « t0 » : calculé en fonction de la taille et du taux d'occupation de l'établissement.
- « t1 » : toute crise aiguë limitée dans le temps fait appel à une gestion optimale de la 1^{ère} heure avec les moyens du quotidien. « t1 » peut être calculé à partir des données fournies par le CERVEAU.
- « t 24 » : les capacités seront calculées en fonction du nombre de sorties anticipées et du nombre de lits qu'il sera possible de rajouter dans les services.

2.3.3. Hiérarchiser les urgences

Le triage qui détermine la mobilisation de moyens médicaux (équipes mobiles, hôpitaux, etc.) classe les urgences en urgence absolue (UA) « menace vitale » et urgence relative (UR) « pas de menace vitale ».

- UA avec 2 modalités : critique (prise en charge immédiate) et grave (< 6 heures).
- UR avec 2 modalités : légers invalides et légers valides.

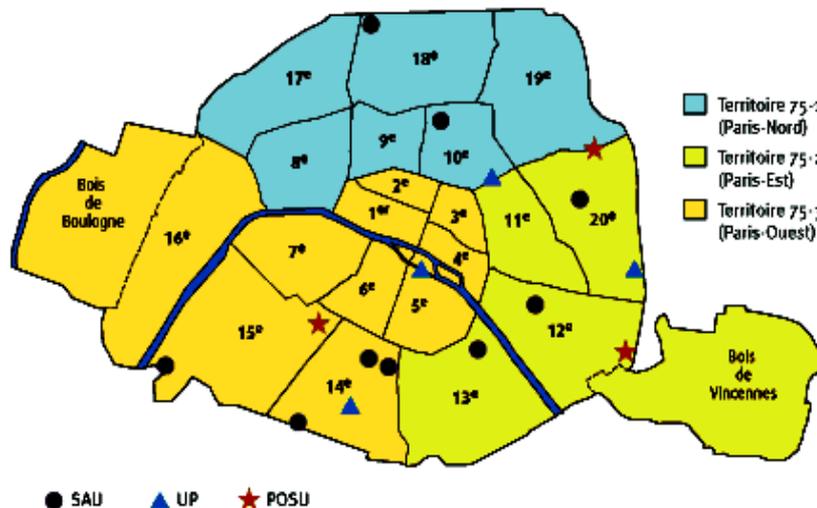
Les « impliqués » sont les personnes nécessitant une prise en charge ambulatoire, voire une aide psychologique.

Toute évacuation est régulée par le SAMU.

2.3.4. Adopter l'unité de maillage facilitant la mobilisation des établissements

La sectorisation en 3 territoires sanitaires inscrite au SROS permet de s'adresser aux établissements les mieux positionnés par rapport à la survenue d'un aléa de type 1.

Bassins de santé	Population	Superficie en km ²	Densité au km ²
75-1 Paris Nord	702 940	27	25 636
75-2 Paris Est	640 178	33	19 329
75-3 Paris Ouest	782 128	45	17 435



2.3.5. Mobiliser la ressource en fonction de la gravité de l'aléa

(annexe 1 : carte établissements de soins à Paris de médecine – chirurgie - obstétrique)

La grande concentration d'établissements sur un petit territoire ne rend pas nécessaire le géoréférencement. Par contre, chaque établissement doit connaître son rang d'intervention, ce qui lui

permet de mettre en œuvre les moyens correspondants à son plateau technique et à ses capacités. Le classement n'est pas figé ; il évoluera en fonction des personnels et des moyens.

Les mesures à prendre (*ne pas engager de nouvelles activités, retenir le personnel, libérer un pourcentage de lits en fonction de l'intensité de la crise, déprogrammer les activités et orienter les patients non urgents vers d'autres sites, etc.*) sont à spécifier dans les plans blancs correspondants.

3 cercles opérationnels sont mobilisés en fonction de la gravité de l'aléa.

1.1.1.1 Premier cercle : les établissements de 1^{ière} ligne

La plupart des établissements de 1^{ière} ligne font partie de l'AP-HP dont le plan blanc est prévu pour prendre en charge jusqu'à 1000 victimes dont 200 UA. Il est de la responsabilité du SAMU 75, en concertation avec les autorités préfectorales, de mobiliser les moyens propres de l'AP-HP et des SAU de l'hôpital Saint Joseph, de Léopold Bellan et de l'hôpital Diaconesses Croix Saint-Simon.

1.1.1.2 Deuxième cercle: les établissements de recours

A partir d'un certain seuil de nombre de victimes (et notamment de victimes chirurgicales dépassant les capacités de l'AP-HP), le dispositif est étendu aux autres établissements, c'est-à-dire à l'ensemble des secteurs PSPH et privé qui abritent 60% des capacités chirurgicales.

Les établissements devront anticiper la déprogrammation de leurs activités et faire sortir les patients ce qui posera la question du retour à domicile pour certains. C'est pourquoi la déprogrammation de tout ou partie des activités de soins devra faire l'objet d'une attention toute particulière lors de la future révision du plan blanc de chacun des établissements positionnés en recours.

1.1.1.3 Troisième cercle: les établissements de repli

Il s'agit principalement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).

A Paris, la ressource est faible dans ce secteur.

Pour toutes les autres structures sanitaires, médicosociales ou sociales, il n'est pas possible d'envisager qu'elles soient utilisées comme établissements de repli quel que soit le scénario.

En effet, le personnel, qu'il soit social ou (rarement) sanitaire, est en permanence dans des situations de forte tension. L'objectif principal les concernant est de rester le plus longtemps possible auto-suffisants pour maintenir sur place les résidents avec, au mieux, l'appui de ressources médicales extérieures leur permettant d'éviter le transfert vers les établissements de santé ou les structures intermédiaires, ou au pire, vers le secteur des urgences. Étant donné le nombre important de patients que cela représente, le simple fait de pouvoir les maintenir dans leur établissement habituel d'accueil constitue déjà une avancée remarquable.

LISTE DES ETABLISSEMENTS MCO PARTICIPANT AU SCENARIO N°1

1) Etablissements de première ligne : Capacité totale de 9307 lits

<u>1) Première Ligne APHP</u>		Médecine	Chirurgie	Obst/ périnat	dont des lits de réanimation	
75-1						
Hôpital Saint-Louis	10ème	404	158		20 lits	RA
Groupe Hospitalier Lariboisière - Fernand Widal – Saint-Lazare	10ème	425	190	70	32 lits	RA
Hôpital Robert Debré	19ème	176	93	109	50 lits Neurochir 12 lits	RP
Groupe Hospitalier Bichat -Claude Bernard	18ème	462	295	66	47 lits	RA
Total 75-1		1467	736	245		
75-2						
Hôpital Saint-Antoine	12ème	416	191	94	27 lits	RA
Hôpital Trousseau	12ème	154	127	90	6 lits	RP
Groupe Hospitalier Pitié - Salpêtrière	13ème	907	470	70	100 lits Neurochir 62 lits	RA
Hôpital Tenon	20ème	337	142	98	26 lits	RA
Total 75-2		1814	930	352		
75-3						
Hôtel Dieu	4ème	196	104		16 lits	RA
GH Cochin St Vincent de Paul	14ème	434	336	283	28 lits 12 lits	RA RP
Hôpital Necker	15ème	311	188	64	8 lits 20 lits 39 lit Neurochir	RA RP
HEGP Broussais	15ème	387	326		57 lits	RA
Total 75-3		1328	954	347		
Total 1^{ère} ligne APHP		4609	2620	944		
<u>2) Première Ligne PSPH</u>		Médecine	Chirurgie	Obst/ périnat	Observations	
75-2						
Groupe Hospitalier des Diaconesses - Croix Saint-Simon	12ème	93	173	38	8 lits	RA
Total 75-2		93	173	38		
75-3						
GH Saint-Joseph	14ème	382	278	62	18 lits	RA
Hôpital Leopold Bellan	14ème	54	54	0		
Total 75-3		436	332	62		
Total 1^{ère} ligne PSPH		529	505	100		
Total général 1ère ligne		5138	3125	1044	9307	

{ (*) RA= réa Adulte RP = réa Pédiatrique }

2) Etablissements de recours : Capacité totale de 2102 lits

<u>a) Recours APHP</u>		Médecine	Chirurgie	Obst/ périnat	dont lits de	
75-2						
Hôpital Rothschild	12ème	15	36		8 lits	RA
Total Recours APHP		15	36			
<u>b) Recours PSPH</u>						
75-1						
Centre Chirurgical de la Porte de Pantin	19ème	20	132	0		
Fondation Ophtalmologique Rothschild	19ème	34	119	0	Ophtalmo A neuro chir : 50 lits (6 lits réa)	
Total 75-1		54	251	0		
75-3						
Institut Mutualiste Montsouris	14ème	93	237	28	12 lits	RA
Total 75-3		93	237	28		
Total PSPH Recours		147	488	28		
<u>c) Recours EPS</u>						
75-2						
C H NO des Quinze-Vingts	12ème	0	156	0	Chirurgie ophtalmologique	A
75-3						
EPS Ste Anne	14ème	58	11	0	Neurochir 66 lits dont 8 lits réa	
Total EPS Recours		58	167	0		
<u>d) Recours Libéral</u>						
75-1						
Clinique de Turin	8ème	19	68	0		
Clinique des Maussins	19ème	0	154	0		
Total 75-1		19	222	0		
75-2						
Clinique du Mont-Louis	11ème	21	118	0		
Hôpital Ecole des Peupliers	13ème	6	103	0		
Total 75-2		27	221	0		
75-3						
Clinique Geoffroy Saint-Hilaire	5ème	15	157	0	8 lits	RA
Clinique Alleray Labrouste	15ème	35	104	0		
Clinique Jouvenet	16ème	0	83	0		
Maison Santé St Jean de Dieu	7ème	0	83	0		
Clinique Bizet	16ème	40	101	0		
Total 75-3		90	528	0		
Total Libéral Recours		136	971	0		
Total Recours		442	1690	84	2216	

3) Etablissements de repli : Capacité totale de 1615 lits

a) Repli APHP			Médecine	Chirurgie	Obst/ périnatalogie
75-1	Hôpital Bretonneau	18ème	68	0	0
75-2	Hôpital Broca	13ème	15	0	0
75-3	Hôpital Vaugirard	15ème	21	0	0
	GH Sainte-Perine-Rossini Chardon Lagache		16ème	23	0
	Total APHP Repli		127	0	0
b) Repli PSPH					
75-2					
	Centre Pasteur-Vallery Radot	13ème	12	0	0
	Hôpital Pierre Rouques "les Bluets"	12ème	0	4	48
	Total 75-2		12	4	48
75-3					
	Institut Curie	5ème	128	99	0
	CH Henry Dunant - CRF	16ème	24	0	0
	Clinique médicale pédagogique Edouard Rist	16ème	20	0	0
	Total 75-3		172	99	0
	Total PSPH Repli		184	103	48
c) Privé					
75-1					
	Clinique Elysée Montaigne,	8ème	0	25	0
	Clinique de Milan	9ème	0	50	0
	Clinique Dautancourt	17ème	0	32	0
	Clinique du Parc Monceau	17ème	12	63	0
	Clinique Sainte Thérèse	17ème	0	0	47
	Centre Chirurgical Marcadet	18ème	0	32	0
	Total 75-1		12	202	47
75-2					
	C -M -C de Vinci	11ème	29	93	25
	Clinique du Bien Naître	12ème	0	0	32
	Clinique Jeanne d'Arc	13ème	0	10	33
	Total 75-2		29	103	90
75-3					
	Clinique du Louvre	1er	0	20	0
	Clinique Bachaumont	2ème	0	65	0
	Centre médico-chirurgical Paris V	5ème	0	74	0
	Clinique de l'Alma	7ème	2	79	0
	Clinique Sainte Geneviève	14ème	0	7	0
	Clinique Maternité Sainte Félicité	15ème	0	0	52
	Clinique Arago	14ème	0	53	0
	Clinique Blomet	15ème	71	32	0
	Clinique de la Muette	16ème	0	30	30
	Clinique Victor Hugo	16ème	0	23	0
	Maison de Santé Rémusat	16ème	0	47	0
	Clinique Elysée Montaigne,	16ème	0	24	0
	Clinique du Trocadéro	16ème	0	50	0
	Institut Arthur Vernes	6ème	0	11	0
	Total 75-3		73	494	82
	Total Privé		114	820	249
TOTAL REPLI			425	923	297

A terme, chacun des établissements concernés devra être en mesure de fournir ses capacités d'accueil en urgences absolues et relatives (UA et UR) aux temps t0, t1 et t 24. Ces données remises à jour périodiquement participeront à la réactualisation du PBE.

1.1.1.4 Place et rôle des autres professionnels de santé dans le dispositif

a) **Médecins libéraux**

Quelles que soient la nature, la localisation et l'importance du sinistre, il est impératif d'alerter rapidement les praticiens libéraux et autres acteurs sanitaires et sociaux extrahospitaliers et de les informer de la conduite à tenir. Les modalités pratiques sont à affiner avec l'Ordre des médecins et l'URML.

En l'absence d'information, lors d'une catastrophe sans risque particulier de contamination, les libéraux prennent en charge, dans la mesure de leurs possibilités, les victimes dans leur cabinet ou à domicile. Si il y a possibilité de contamination, ils doivent se protéger avant d'examiner les victimes (au cabinet et à leur domicile) et joindre immédiatement le SAMU. Pour les patients venus spontanément au cabinet, ils doivent pouvoir isoler la victime afin d'éviter les risques de contamination secondaire.

b) **Autres intervenants médicaux**

- Les médecins de santé scolaire interviennent pour s'assurer de la bonne mise en œuvre du plan de mise en sûreté des enfants au sein des établissements scolaires.
- Les médecins du travail interviennent comme relais d'information auprès des dirigeants et des salariés d'entreprise.

c) **Transports sanitaires privés**

Les ambulanciers interviennent en complémentarité des moyens régulièrement mis en œuvre sur le département, SMUR et BSPP, toujours à la demande du SAMU.

Ils sont sollicités pour procéder au transport initial des victimes du lieu de l'événement vers les établissements d'accueil ainsi que pour les transferts secondaires de ces établissements vers les établissements de repli.

2.4. Scénario type 2 : Impliquer en priorité le dispositif ambulatoire

Le nombre de malades et la durée de la crise sont les éléments déterminants à prendre en compte. La mise en place d'un dispositif basé sur la médecine ambulatoire, qui devra prendre en charge 95 % des patients avec, en appui, l'hôpital et l'ensemble des ressources sociales médico-sociales, permettra de répondre aux différents degrés de gravité de la pandémie tout en limitant les déplacements.

2.4.1. Estimation de la surcharge des actes médicaux dans le secteur ambulatoire :

Du fait du caractère aléatoire des méthodes de projection en cas de pandémie grippale, la surcharge en visites supplémentaires à domicile est difficile à estimer. Si on fixe arbitrairement à 2,5 (faux positifs inclus) le nombre de consultations/cas sur les 95 % de malades relevant du secteur ambulatoire, il faudra s'attendre à un supplément de 435 000 consultations (1/3 des malades lors de la première vague). Le fait que chaque soignant aura à respecter les phases de préparation pour éviter d'être lui-même facteur de dissémination, sera un facteur de ralentissement de dispensation des soins non négligeable.

Secteur ambulatoire: estimation de la surcharge quotidienne en soins

1ère vague	Consultations	C/j	**Moyenne/j/ par médecin généraliste	Moyenne/jour/médecins valides ***
1 ^{ère} à la 10 ^{ème} semaine	435 000	62 00	~ 3,2	~ 4,5
4 ^{ème} à la 6 ^{ème} semaine	217 500	10 400	~ 5,2	~ 7,5
5 ^{ème} semaine	91 350	13 000	~ 6,5	~ 9,5

** sur la base du fichier CPAM soit 1975 médecins généraliste à Paris

*** en appliquant un coefficient réducteur de 30% de médecins grippés (1400 médecins)

A l'acmé de la 1^{ère} vague, chaque médecin devra effectuer 9,5 visites quotidiennes supplémentaires à domicile (12 dans l'hypothèse d'une pandémie à 2 vagues d'égale intensité). Ces chiffres calculés à l'échelle du département masquent de profondes disparités entre arrondissements où certains, parmi les plus populaires (exemple du 18^{ème}) enregistrent un ratio médecins/population inférieur à la moyenne parisienne (12,6 /1000). La surcharge en actes médicaux y sera encore plus importante.

Quelles que soient les projections épidémiologiques, l'ensemble des partenaires s'entend pour affirmer que la surcharge du secteur ambulatoire sera impossible à absorber sans une organisation renforcée. Il faut d'ores et déjà concevoir un dispositif souple, au plus proche de la population, adaptable à l'incidence et la cinétique de l'épidémie **et qui fera l'objet d'exercices répétés.**

2.4.2. S'organiser en fonction de la dynamique de l'épidémie

Précisons avant tout que sans une préparation efficace de la population, aucune organisation aussi solide soit-elle ne résistera à l'effet « panique » qui inévitablement s'instaurera dès les premiers cas de grippe aviaire. L'information est primordiale mais les procédés sont loin d'être finalisés à ce jour.

Chaque échelon de décision a un rôle à jouer dans la communication grand public ainsi qu'auprès des professionnels de santé :

- niveau national pour préparer et diffuser périodiquement les messages d'hygiène et de protection permettant l'information et la prévention (contenu, fréquence, etc..). Les messages d'information grand public ne doivent pas oublier les populations fragiles ou en situation de grande précarité (SDF).
- niveau zonal pour uniformiser, mutualiser et mettre en œuvre les actions à l'échelon régional (où trouver les matériels de protection, les médicaments etc..).
- niveau départemental pour faire connaître les principes d'organisation arrêtés au plan local.

En parallèle, il convient de poursuivre et d'intensifier la formation des personnels médicaux sans négliger celle des collaborateurs occasionnels ou permanents du service public (éducation nationale, collectivités territoriales, hôteliers, etc.).

1.1.1.5 En phase pré-épidémique : profiter de la phase de montée en puissance pour instaurer les mesures visant à ralentir la progression

a) en direction du grand public :

- édicter des mesures barrières, campagnes annuelles d'affichage dans les officines et les cabinets médicaux (comment se laver les mains, propagation de la contamination, etc...)
- diffuser des informations périodiques pour que la population se familiarise avec le mode d'emploi des masques (« journée du masque ») et autres produits de protection.
- faire participer les médias pour qu'ils s'initient à diffuser une information adaptée au contexte épidémique.
- prévoir une organisation de démarrage pour que la population dispose de masques et autres produits.
- partager les formations avec d'autres intervenants potentiels (volontaires) et d'autres corps de métier qui seront impliqués (personnels des écoles, de l'hôtellerie, des mairies, taxis, etc...) en cherchant à connaître, par la tenue d'exercices, leur mode de fonctionnement.

b) en direction des professionnels de santé :

- organiser les cabinets de consultation pour limiter le regroupement de patients grippés en haute densité virale (HDV) / non grippés en basse densité virale (BDV).

1.1.1.6 En phase d'épidémie : renforcer les soins ambulatoires pour éviter les débordements

Le dispositif doit être capable d'apporter une quantité d'informations et de soins variés tout en assurant une présence médicale dans les meilleurs délais auprès de tous les malades qui devront, si besoin, pouvoir converger vers les sites médicalisés adaptés. Il sera nécessaire :

- de mettre en place une organisation avec une tête de réseau où les gens iront naturellement chercher l'information et l'orientation adéquate pour recevoir les soins appropriés,
- d'assurer la circulation de l'information 24 h sur 24 et éviter les effets de panique en portant régulièrement à la connaissance du grand public les dispositions prises à l'intérieur du maillage (emplacement des lieux et horaires de consultation hors urgences), liste des pharmacies (lieux d'information et de conseil) et des cabinets médicaux de garde, emplacement des stocks de masques, de médicaments, etc.,

- de développer une communication particulière entre les médecins et la population,
- de permettre le portage des médicaments à domicile notamment dans le cas de patients fragilisés ou isolés afin d'éviter l'afflux de patients grippés dans les officines. A partir d'un certain seuil (plus de 15 malades) le pharmacien devra pouvoir faire appel à un réseau de bénévoles,
- de veiller à ne pas saturer le corps sanitaire en prévoyant la planification des différentes activités.
- de prévoir le manque de personnels : s'attendre à ce qu'au moins 1/3 des soignants soient malades ou indisponibles.
- disposer de volontaires formés pour décharger les soignants des tâches administratives.

1.1.1.7 En phase de décroissance de la 1^{ère} vague de l'épidémie : se préparer à faire face à la 2^{ème} vague.

Le dispositif sera levé progressivement en vue du retour à la normale. Les points forts et les points faibles seront évalués au cours de retour d'expérience.

2.4.3. L'ilotage quartier par quartier, base du schéma d'organisation des soins ambulatoires

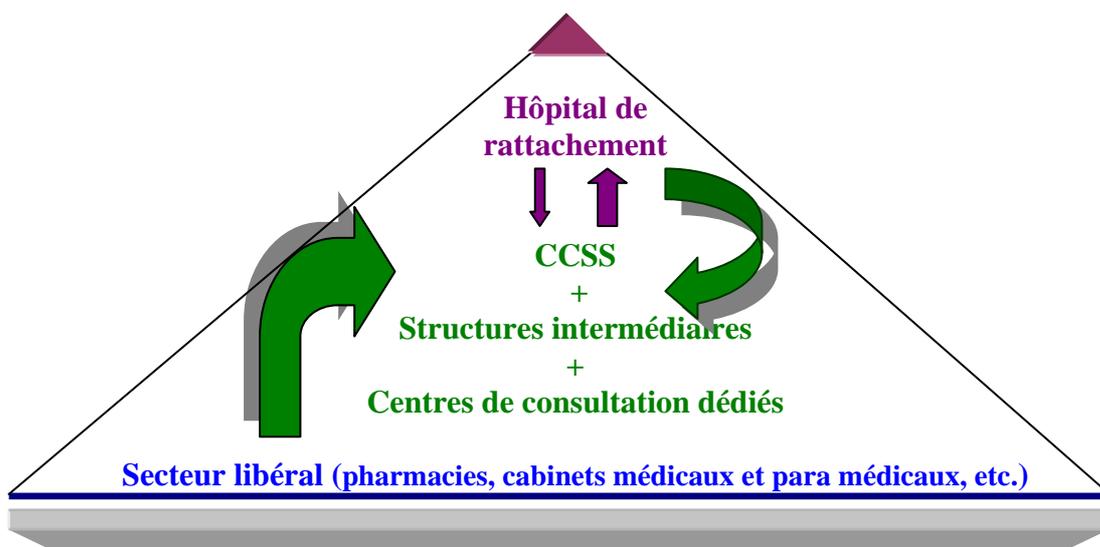
Si l'on veut préserver le principe du maintien à domicile, il serait illusoire voire dangereux vu la taille de la population, de réduire Paris à une seule zone ; d'où le besoin de choisir une unité géographique connue de tous, rassemblant une masse critique de personnes suffisante à laquelle pourra être délivrée rapidement et quelle que soit la gravité de son état, des soins de proximité.

Le **quartier** qui permet d'effectuer les visites « à pied » tout en favorisant le repérage des personnes fragilisées à domicile (isolées, âgées, vivant avec une assistance médicale, en situation précaire, etc.) est l'unité géographique correspondant le mieux à la lutte contre la pandémie grippale à Paris. La création d'un niveau intermédiaire entre médecine libérale et soins hospitaliers permettra de renforcer et de coordonner l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux.

a) Niveau intermédiaire : 3 dispositifs dédiés à la coordination et aux soins

- centre de coordination sanitaire et social (CCSS)
- structure intermédiaire (SI)
- centre de consultation dédié (CCD)

Nécessité d'ajouter à ce dispositif des plates-formes de distribution des matériels de protection.



L'activation du niveau intermédiaire se fera en phase 5 de l'épidémie (larges foyers de cas humains). Le nombre de structures à ouvrir s'adaptera à la cinétique tout en tenant compte de la population à couvrir. Il sera augmenté dans les arrondissements les plus vulnérables.

b) Deux impératifs à respecter avant la crise

- s'assurer que le dispositif est opérationnel et bien connu du grand public
- tenir des séances de formation et pratiquer des exercices réguliers avec les personnels appelés à être affectés dans chacune des différentes structures.

2.4.3.1. Base des soins ambulatoires : le réseau des professionnels

L'ossature repose sur le réseau fonctionnel des différentes catégories médicales et paramédicales de l'arrondissement ou du quartier. Il associe les maisons médicales de garde, les centres de santé, les cabinets médicaux, les officines, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le CASVP, le secteur associatif, etc.

a) Constituer le réseau des professionnels

Le principe retenu vise à inciter les professionnels de santé à **participer volontairement** et de façon anticipée au dispositif, tout en les protégeant sur le plan de la responsabilité civile et de la rémunération. Les professionnels ne s'étant pas fait connaître préalablement mais qui le moment venu seraient volontaires, bénéficieront de la même protection⁶. Un travail est en cours pour élaborer un cadre réglementaire en concertation avec les professionnels de santé. Par ailleurs, si la situation sanitaire le justifie, « le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé⁷ ». Quelle que soit la situation, les professionnels de santé « **bénéficieront de la réglementation actuelle laquelle donne droit à indemnisation et réparation des préjudices subis du fait des réquisitions légitimées par la défense de la société** ».

- Les médecins généralistes (2706) et certains médecins spécialistes tels que les pédiatres (233), les ORL (197) et les pneumologues (43) constituent la 1^{ière} ligne opérationnelle ; elle sera principalement occupée par les visites à domicile.

- Afin de faire face à la montée en charge de l'épidémie et pour venir en appui aux professionnels de 1^{ière} ligne débordés, il sera fait appel aux médecins spécialistes. Paris étant largement doté (273 /100 000 hab. versus 124 en Île de France et 99 en France) ils pourront servir dans les CCSS, les structures intermédiaires ou les établissements médico-sociaux.

- La réserve sanitaire telle que définie par les textes en vigueur (médecins retraités et internes) sera préférentiellement affectée à la régulation centre 15, permanence des soins, CCSS référents.

- Les pharmaciens : outre la dispensation des médicaments, le réseau des pharmacies, espaces de premier recours, aura un rôle essentiel à jouer dans la diffusion et l'explication de l'information sanitaire auprès du public ; il orientera les malades vers les structures intermédiaires et les cabinets de consultation dédiés.

Arrondissements	Pharmacies	pharm/hab
1	18	1/937
2	22	1/892
3	20	1/1712
4	26	1/1180
5	44	1/1337
6	39	1/1151
7	46	1/1238
8	51	1/770
9	62	1/900
10	57	1/1573
11	87	1/1713
12	63	1/2168
13	56	1/3063
14	60	1/2214
15	96	1/2347
16	83	1/1949
17	97	1/1658
18	88	1/2097

⁶ Fiche 25 de recommandations, Organisation des soins en situation de pandémie grippale, Ministère de la Santé, Annexe à la Circulaire N°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007

⁷ Code de la Santé publique, article L3131-8

19	49	1/3525
20	66	1/2772
TOTAL	1130	1/1880

Paris regroupant plus de 1000 pharmacies (soit une pharmacie à 300 mètres maximum de tout îlot d'habitation) dont bon nombre restent ouvertes tard en soirée, la distribution d'antiviraux et autres matériels de protection au domicile des patients à partir des officines viendra appuyer le dispositif.

b) Etablir un annuaire des ressources humaines par arrondissement :

Disposer d'un annuaire opérationnel permettra de faire face à tout type de crise. Celui de l'URML et de l'Ordre des médecins est aujourd'hui limité à 400 médecins, la difficulté étant la transmission des données personnelles (courriel, téléphones, etc.). Mieux vaut plusieurs sous-fichiers correctement gérés qu'une grande base de données qui posera des problèmes de confidentialité, de partage d'informations et qu'il sera difficile de tenir à jour.

- Constituer un répertoire par arrondissement des professions médicales :

Les répertoires appartiennent aux instances qui les ont élaborées. L'idéal serait de parvenir à les finaliser avant une crise éventuelle afin d'apporter une réponse circonstanciée. Ils seront mis à disposition de l'autorité concernée (préfecture de département, préfecture de zone) grâce à une convention type préparée conjointement entre l'Ordre et l'URML ; elle précisera notamment :

- le cadre légal,
- les modalités d'accès aux fichiers aussi bien pour les décideurs que pour les professionnels de santé, le système d'alerte et les modalités de communication,
- l'endroit où ils seront positionnés,
- le cahier des charges (qui coordonne, qui déclenche les actions, qui gère les appels, qui communique, qui dresse le tableau de garde, qui assure les liaisons entre intervenants d'un même territoire et les besoins logistiques téléphone, la nourriture, etc. ?)

- Elargir les répertoires au secteur paramédical et autres partenaires de l'arrondissement :

- Inclure des relais locaux avec les réseaux existants (réseaux ville - hôpital, réseau de permanence des soins, réserve sanitaire, etc.),
- Intégrer les associations concernées, le CASVP, le SAMU social,
- Créer des agendas de personnels volontaires formés venant en appui aux libéraux.

- Inclure les établissements médico-sociaux, les structures d'hébergement et autres structures à destination des populations en situation de précarité :

Les quelques sites de très grande capacité, plus de 200 ou 300 places d'hébergement social, prévoient un partenariat avec le réseau médical d'arrondissement coordonné par le CCSS lequel sera destinataire de remontées d'informations régulières.

c) Nommer des médecins référents par arrondissement:

Nécessité de désigner 3 à 10 **médecins référents** selon la taille et la population de l'arrondissement : ils seront présélectionnés sur la base du volontariat et de leurs compétences par les instances professionnelles (URML et Ordre des Médecins).

En relation directe avec l'autorité de gestion de crise ils animent le dispositif des soins ambulatoires de l'arrondissement dont ils ont la charge. Ils s'appuient sur les réseaux existants. Après avoir été désignés, ils bénéficieront d'une formation.

- Arbre décisionnel de mobilisation :

En situation de crise, le Préfet saisit les instances professionnelles qui activent les médecins référents.

d) Mobiliser la permanence des soins (PDS) :

En dépit de la coordination mise en place et des campagnes de sensibilisation grand public, beaucoup de personnes continueront à agir comme d'habitude d'où un risque de débordement de la PDS.

- Paris n'étant pas sectorisé, chaque organisme procédera à un réaménagement interne et se dotera d'un protocole coordonné avec l'organisation établie.

Plusieurs options ont déjà fait l'objet de réflexions comme la mise à disposition d'un quota de praticiens dédiés à la grippe, proposition difficile à réaliser vu l'effectif dont une partie sera aussi grippée ; un saupoudrage de la ressource sur les arrondissements n'est pas souhaitable.

- A été retenu le schéma suivant :

- *) Etablir un tableau de garde qui sera communiqué partout où besoin sera,
- *) Assumer les visites des patients grippés qui feraient appel aux organismes de la PDS,
- *) Signaler au CCSS référent toutes les visites de patients grippés effectuées afin d'harmoniser la traçabilité et le suivi des patients,
- *) Transférer les demandes au CCSS si le seuil de débordement est atteint.

- Renforcer en personnel : s'il est d'ores et déjà prévu de renforcer la régulation du 15 par le corps de réserve sanitaire et d'apporter aux CCSS l'effectif nécessaire en rapport avec la situation, la régulation des organismes de la PDS (SOS médecins, garde médicale de Paris, urgence médicale de Paris), déjà très sollicitée en temps normal, devra aussi être renforcée (corps sanitaire de réserve ou autres corps tels que les internes en médecine générale) ; cette mesure est préférable à une simple bascule systématique au delà d'un seuil de débordement car, en augmentant ce seuil, on préservera les grands centres d'appel.
- Renforcer l'interconnexion entre CCSS, 18, 15 et PDS : Cette mesure permettra d'améliorer le retour d'information et d'orienter rapidement les malades sur le dispositif existant dans la mesure où les visites ne pourraient être effectuées dans un délai raisonnable.

e) Poursuivre les formations

Une campagne de formation des professionnels de santé libéraux et salariés a été enclenchée par l'URML en 2006. Elle devra être régulièrement complétée par des mises à jour sur la pandémie et s'adapter au dispositif local une fois le PBE validé par le CODAMUPS.

2.4.3.2. Niveau intermédiaire: création des structures pré hospitalières :

L'ouverture de ces structures se fera sur un mode progressif répondant à la cinétique de l'épidémie.

a) Les centres de coordination sanitaires et sociaux (CCSS) :

Clé de voûte du dispositif pré hospitalier, le CCSS préserve les services d'urgence de l'afflux massif de patients et le centre 15 des appels non contrôlés en organisant en amont la réponse sanitaire et sociale.

Le flux d'appels vers les CCSS est à priori difficile à estimer du fait du facteur « anxiété/ panique » qui ne manquera pas de se manifester et qui sera d'autant mieux maîtrisé qu'un plan de communication grand public aura été arrêté et que les consignes auront régulièrement été diffusées avant la crise.

Estimation du nombre d'appels en fonction de la dynamique de l'épidémie

1ère vague	Nbre d'appels pour ap = 1,5	Nbre d'appels/j pour ap = 1,5	Nbre d'appels pour ap = 3	N appels/ Pour ap = 3
1 ^{ière} à la 10 ^{ième} semaine	652 500	9320	1 305000	18642
4 ^{ième} à la 6 ^{ième} semaine	326 250	15535	652500	31 071
5 ^{ième} semaine	137 025	19575	274 050	39 150

Modélisation : $N_a = a_p (NC)$ où N_a = nombre d'appels, N_c = nombre de consultations et a_p variable représentant l'effet « anxiété/panique ».

Dans le cas où la contamination aura bien été gérée avant et pendant la crise, on peut considérer que a_p sera de 1,5 au pic car on ne pourra pas éliminer les appels de personnes non grippées.

Dans le cas où la communication préventive aurait mal été gérée, a_p pourrait doubler (environ égale à 3).

Les 100 CCSS ouverts pendant le pic épidémique pourraient avoir à gérer 20 000 appels/ jour, soit une moyenne de 180 appels/jour/CCSS et environ le double en cas de communication défailante.

- Principales missions des CCSS :

- Organiser la gestion de la crise au niveau du quartier (plannings des personnels médicaux et sociaux, séances de briefing et débriefing, gérer l'information avec la cellule communication, etc.),
- Renseigner la population (information aux patients / familles) pour savoir où trouver les soins appropriés, les médicaments, les matériels de protection, etc.),
- Coordonner les soins (point d'entrée dans le réseau de soins) et organiser le suivi à domicile ou en structure intermédiaire,
- Anticiper en relation avec la Mairie de Paris le repérage des personnes en difficulté à domicile ou dont l'état de santé est fragile grâce à l'accès aux informations contenues dans les fichiers centralisés des personnes fragilisées (chalex, listes de personnes âgées ou de personnes handicapées, isolées etc.),
- Assurer le soutien à la population en interface avec les services municipaux, associations sociales et de quartier, bénévoles, gardes d'enfants, etc.,
- Coordonner la logistique : stockage des masques, gestion des matériels (sacs poubelles adaptés, livraison pour les malades isolés à domicile de denrées alimentaires, de médicaments, de produits de première nécessité, etc.).

- Nombre : 20 CCSS référents (1 par arrondissement) puis ouverture en rayonnement de 80 CCSS auxiliaires supplémentaires en fonction de la taille de la population (exemple: 8 CCSS pour le 15^{ième}). Les 100 CCSS ne fonctionneront qu'en période de pic épidémique. Ils seront alors ouverts 24h/24, 7 jours sur 7.

- **Les CCSS référents d'arrondissement** en relation avec le 15 sont dotés de standards téléphoniques de 10 à 15 lignes. Positionnés dans les mairies d'arrondissement, ils disposent d'une cellule de crise opérationnelle.
- **Les CCSS auxiliaires** sont positionnés dans les établissements fermés pendant la crise (maisons d'association, maisons de développement économique, bibliothèques, conservatoires) et reliés à leur CCSS référent. **A été retenu la création d'un CCSS auxiliaire pour 15000 habitants du 1^{ier} au 10^{ième} arrondissement et d'un pour 25 à 30 000 habitants du 11^{ième} au 20^{ième}.**

CCSS par arrondissements et appels/ jour/CCSS (semaine du pic)

Arrondissement	Population	CCSS * ouverts au pic épidémique	Appels/J/arrondissement	Appels/ J/CCSS
1	16 880	1*	155	155
2	19 640	1*	181	181
3	34 240	1* +1	316	158
4	30 680	1* +1	282	141
5	58 841	1* +3	542	135
6	44 903	1* +2	413	137
7	56 988	1* +3	525	131
8	39 310	1* +1	362	181
9	55 838	1* +3	514	128
10	89 685	1* +4	826	165
11	149 102	1* +4	1373	228
12	136 591	1* +5	1258	209
13	171 533	1* +7	1580	197
14	132 844	1* +5	1224	204
15	225 362	1* +8	2076	230
16	161 773	1* +6	1490	212
17	160 860	1* +6	1482	212
18	184 586	1* +7	1700	212
19	172 730	1* +6	1591	227
20	182 952	1* +7	1685	210

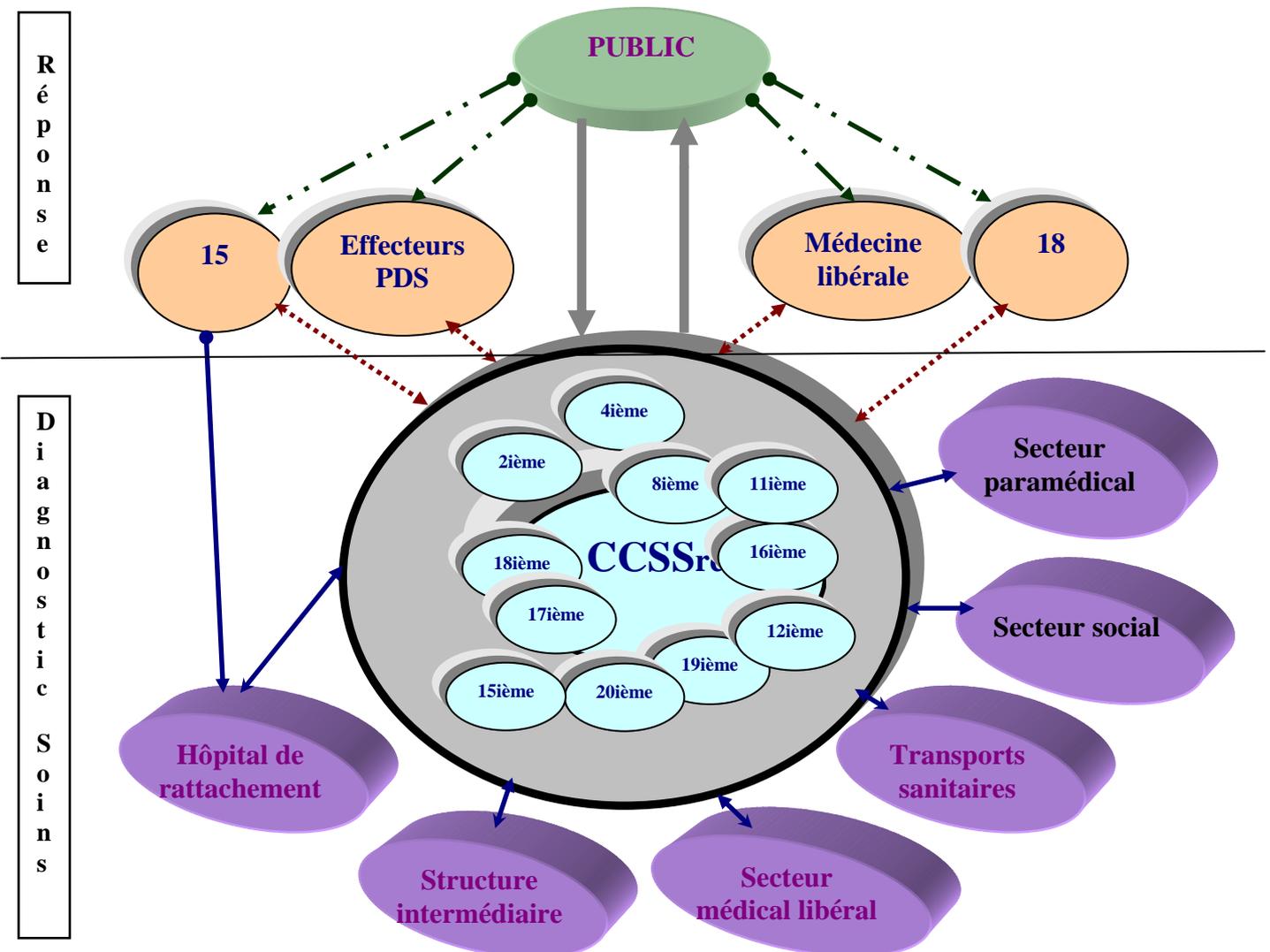
TOTAL	2 125 338	100	19575	* CCSS référent
--------------	-----------	-----	--------------	-----------------

- Interconnexion du CCSS référent :
 Les CCSS référents sont accessibles à travers une plate-forme téléphonique avec numéro unique puis composition du chiffre de l'arrondissement.

Importance de l'accueil vocal ; aucun appel ne doit rester dans le vide et la réponse ne doit pas tourner en rond; toute redondance ou attente prolongée est à éviter. La prise de coordonnées des malades est exécutée au niveau du CCSS. Le système doit garantir :

- la circulation de l'information auprès des professionnels concernés (éviter que plusieurs médecins se retrouvent aux mêmes endroits et aucun à d'autres).
- la traçabilité des patients et les applications informatiques qui en découlent : adopter une nouvelle organisation des soins avec un système d'accueil par téléphone puis le renvoi du patient vers une autre structure pose le problème de la tenue du dossier médical du patient (prise complète de l'identité) et de son suivi dans le dispositif.

Interconnexion téléphonique des CCSS référents



- Personnels CCSS: Pour un souci d'efficacité les personnels seront choisis de préférence parmi les gens travaillant dans l'arrondissement. Ils seront préalablement formés.
- **Les personnels chargés de la permanence d'accueil et de la réponse téléphonique** renseignent la population 24 h sur 24 ; ils sont chargés d'effectuer un premier tri pour aiguiller les appelants vers les services les mieux adaptés en se référant à un protocole établi pour séparer les malades des non malades (1^{ière} question à poser, « êtes vous malade ? »). Ils passent le relais aux médecins dès que le cas nécessite une compétence médicale affirmée. **Ils sont recrutés en première intention parmi la réserve sanitaire ou parmi les personnes formées au secourisme et qui connaissent le système de soins (croix rouge, protection civile, etc.).** La mobilisation d'autres personnels pourra être examinée au cas par cas.
Afin de répondre dans les plus brefs délais, 10 à 15 permanenciers sont affectés dans chaque CCSS référent au pic de la pandémie soit environ 1000 personnes si l'on tient compte de la permanence 24h/24 et du pourcentage qui sera immanquablement malade.
2000 personnels supplémentaires animeront les CCSS auxiliaires. Pour atteindre l'effectif, il convient de s'adresser préventivement à d'autres administrations (Education Nationale, etc). Les candidats potentiels sont formés sur des thèmes comme « réponse au public, aux malades, aux personnels de santé, etc. ».
- **Les médecins :** issus des répertoires par arrondissement des professionnels libéraux, ils coordonnent les soins; **3 médecins par CCSS (soit un effectif total de 400 en tenant compte des défections liées à la maladie et du 24h/24) seront nécessaires au pic épidémique.**
- **Les infirmiers :** faible effectif d'infirmiers libéraux à Paris (937 au 1er janvier 2007) soit 2 fois moins que le taux national (4,4 pour 10 000 habitants versus 8,5) ; débordés par les visites à domicile, il ne sera pas possible de les maintenir dans les CCSS. Les modalités de mobilisation des infirmiers exerçant en milieu scolaire restent à préciser. **Un infirmier référent d'arrondissement devra être relié téléphoniquement au CCSS.**
- **Les travailleurs sociaux :** les problèmes sociaux déjà visibles au quotidien seront décuplés et tout aussi urgents à solutionner que les problèmes sanitaires. Les travailleurs sociaux s'assureront que les patients grippés disposent d'un environnement permettant leur maintien à domicile. En théorie, il faudra au moins 2 assistantes sociales par CCSS (à mobiliser de préférence dans le secteur de la famille et de la petite enfance) soit un effectif de 300 si on tient compte d'une couverture de 16 heures au pic de l'épidémie et du pourcentage grippé. En pratique, il sera impossible de rassembler un tel effectif.
La solution passe par l'application d'un protocole de mise en relation en temps réel des différents services. Les assistants sociaux DASES⁸ et CASVP continueront à délivrer leurs prestations au sein de leur structure d'origine (fonctionnement en mode dégradé) tout en maintenant une relation constante avec le dispositif pandémie de l'arrondissement (CCSS et structures intermédiaires). Cette solution, économe en personnel, permettra de bénéficier des connaissances précises du tissu urbain des assistants sociaux.

b) Structures intermédiaires (SI) :

La création de structures intermédiaires permettra de décharger les hôpitaux des hospitalisations non prioritaires. Dans la mesure du possible, elles se situeront au plus près des établissements sanitaires participant à la lutte contre la pandémie.

- Principales missions : une double mission d'hébergement
 - hébergement à visée sociale : type « domicile de substitution » pour l'accueil des patients grippés isolés, ne pouvant rester seuls à leur domicile habituel ou dépourvus de toute autre possibilité d'accueil.
 - hébergement à visée de soins : type « maison sanitaire » avec soutien des cas suffisamment graves pour justifier d'une surveillance ou d'une assistance médicale mais pas d'une hospitalisation.
- Sur le choix d'1 ou 2 sites par rapport à cette double contrainte, **a été retenue la solution du site unique** car, dans la plupart des cas, problèmes médicaux et sociaux s'enchevêtrent; la multiplication

⁸ Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé

des sites engendrerait un problème de régulation et de transport tout en étant consommateur de personnels.

- Nombre : faute de données épidémiologiques sur le sujet, on ne peut qu'estimer le nombre de patients qui devront être hébergés transitoirement en SI.

Besoins en places d'hébergement selon la cinétique de l'épidémie (1^{ère} vague = 1/3 des cas)

1 ^{ère} vague	DMS = 10 j	Lits/j	DMS = 15 j	Lits/j
1 ^{ère} à 10 ^{ème} semaine	175 000 j	2500	260 000 j	3700
4 ^{ème} à 6 ^{ème} semaine	87 000 j	4100	130 000 j	6200
5 ^{ème} semaine (pic)	37 000 j	5300	55 000 j	7800

Si on fixe arbitrairement un taux plancher de 10% de patients nécessitant un placement en SI (cas médicaux + cas isolés à domicile + sans domicile fixe) il faudra héberger jusqu'à 17500 patients ; la période d'hospitalisation sera plus longue que pour une hospitalisation classique car il sera difficile de renvoyer à domicile des cas socialement fragiles risquant une complication ce qui se répercuterait inévitablement sur les services d'urgence et de réanimation.

En fonction de la variation de la DMS (10 à 15j) 175 000 à 260 000 journées devront être assurées à l'acmé de l'épidémie, soit 5300 à 7800 lits. En cas de scénario où les 2 vagues seraient d'égale intensité, ce seraient 270 000 à 410 000 journées d'hébergement soit 8000 à 12 000 places qu'il faudrait trouver.

Besoins en places d'hébergement par arrondissement

	N. journées Dms= 15	1 ^{ère} à la 10 ^{ème} semaine	4 ^{ème} à la 6 ^{ème} semaine	5 ^{ème} semaine (21% des cas attendus)
1	2110	30	50	63
2	2455	35	58	74
3	4280	61	102	128
4	3835	55	91	115
5	7354	105	175	221
6	5612	80	134	168
7	7123	102	170	214
8	4913	70	117	147
9	6979	100	166	209
10	11210	160	267	336
11	18636	266	444	559
12	17072	244	406	512
13	21439	306	510	643
14	16604	237	395	498
15	28167	402	671	845
16	20220	289	481	607
17	20105	287	479	603
18	23071	330	549	692
19	21589	308	514	648
20	22867	327	544	686
TOTAL	265641	3795	6325	7969

- Implantation des SI :

A Paris, il n'existe pratiquement plus d'internats dans les établissements scolaires alors que les capacités hôtelières sont abondantes. S'adresser aux grands groupes hôteliers permettra de restreindre le nombre d'interlocuteurs.

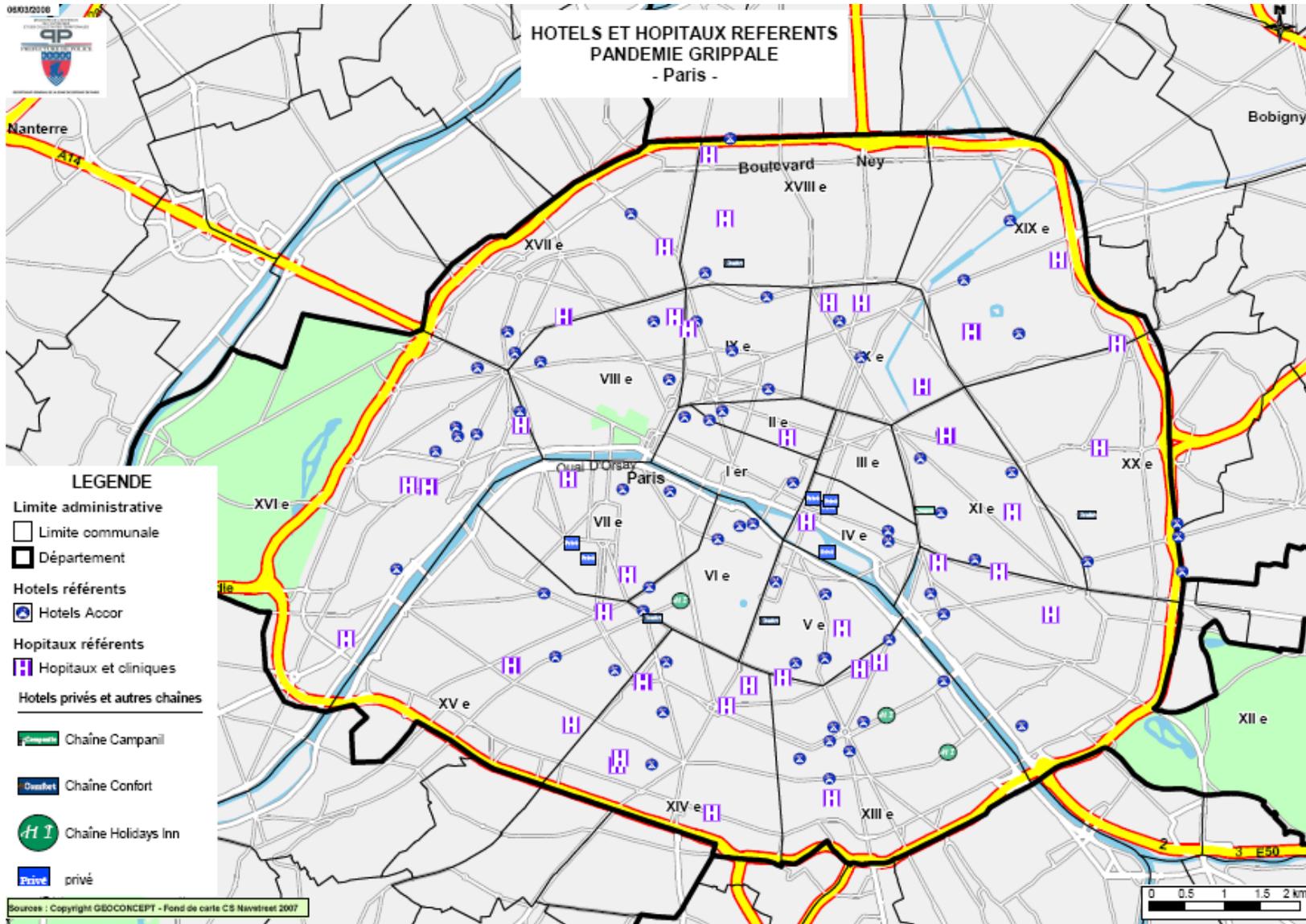
Le groupe Accor contacté a réservé un excellent accueil de principe à la proposition en identifiant 80 hôtels (soit 8 700 lits) dont 70 issus de la chaîne, 5 privés et 5 appartenant à d'autres groupes. Sur les 70 établissements, 50 sont franchisés ce qui oblige à signer une convention avec chacun d'eux. Parmi ces établissements, 4 000 lits disposent d'une restauration collective.

Les conventions seront préparées par la préfecture du département. Elles peuvent s'inspirer de conventions déjà existantes (entre la Région et les camps militaires pour l'hébergement des SDF). Elles tiendront compte de la montée en charge en fonction de l'intensité de la crise et préciseront entre autres les modalités d'ouverture, les prestations, l'affectation de personnels. Des conventions supplémentaires, avec des entreprises spécialisées dans la restauration collective, devront être aussi signées.

- Personnels des structures intermédiaires :

- **Médecins** : il est prévu que soient effectuées 2 à 3 visites médicales par jour. Possibilité de faire appel aux médecins spécialistes parmi les 3000 exerçant à Paris. Pour les médecins du travail, il est préférable qu'ils restent dans le domaine de l'entreprise (plan de continuité des entreprises).
- **Assistants sociaux** : elles sont mobilisées selon le protocole mis au point pour les CCSS.
- **Infirmier** : Cf. protocole CCSS.
- **Personnels hôteliers** : ils ne sont pas préparés à faire face ni à une épidémie ni à accueillir des malades. **C'est pourquoi une sensibilisation et une formation doivent être réalisées.**

Répartition prévisionnel des structures intermédiaires dans les hôtels (à valider)



c) Centres de consultation dédiés (CCD):

L'application stricte des mesures de protection (port du masque, affichage des consignes, etc.) préconisées par le guide méthodologique dans les cabinets médicaux sera loin de tout solutionner. La notion de tri y sera illusoire aussi on peut légitimement se demander si la plupart des cabinets existants (très exigus à Paris) ne représenteront pas, d'un point de vue strictement épidémiologique, un risque de brassage des populations augmentant le risque de transmission virale. On peut aussi se demander quel temps il restera aux médecins pour consulter dans leur propre cabinet.

(L'idée de créer une consultation porte dans les hôpitaux qui aurait eu pour avantage la prise en charge sans délai des cas graves a rapidement été abandonnée. Mieux vaut garder « hors hospitaliers » les « cas de ville ».)

- Localisation: Il s'agissait au départ de recenser les cabinets médicaux pouvant accueillir patients grippés et non grippés (ce qui ne signifiait pas la fermeture des autres cabinets). Le groupe de travail concerné avait initialement prévu de les installer *) dans les cabinets libéraux, **) dans les structures intermédiaires, ***) dans les dispensaires.

*) peu de cabinets disposent d'une superficie permettant d'offrir les conditions de sécurité sanitaire requises.

**) risques de contamination croisée entre activités ambulatoires et activités d'hébergement des grippés.

***) 97 dispensaires à Paris dont seulement une quarantaine exercent la médecine ; ils sont gérés par différents organismes et déjà soumis à un plan de continuité des services.

A été préférée l'adoption d'une typologie commune permettant de faciliter le fléchage et la communication grand public ; les CCD mis à disposition de la médecine libérale pour qu'elle s'y organise seront implantés dans les écoles. Le maillage final sera arrêté par la mairie de Paris.

Au cas où un vaccin serait mis au point, il sera dispensé dans les écoles déjà identifiées comme centre de vaccination (UVB = unité de vaccination de base) prévu dans le plan variole.

- Nombre: Pour faire face à la démographie spécifique de Paris, un ratio de 1 CCD pour 15 000 habitants a été retenu, ratio qui pourra être ajusté jusqu'à 1 pour 10 000 en fonction de l'incidence de la pandémie et de la vulnérabilité de certains arrondissements. Le nombre de CCD variera donc de 143 à 214 centres au pic de l'épidémie. Ils seront alors ouverts de 8 à 20 heures, 7 jours sur 7.

Besoins en cabinets de consultation dédiés par arrondissement

Arrondissements	Hab	Besoins : base 1 pour 10000 h	Besoins : base 1 pour 15000 h
1	16 880	2	1
2	19 640	2	1
3	34 240	3	2
4	30 680	3	2
5	58 841	6	4
6	44 903	5	3
7	56 988	6	4
8	39 310	4	3
9	55 838	6	4
10	89 685	9	6
11	149 102	15	10
12	136 591	14	9
13	171 533	17	12
14	132 844	13	9
15	225 362	23	15
16	161 773	16	11
17	160 860	16	11
18	184 586	19	12
19	172 730	17	12
20	182 952	18	12
TOTAL		214	143

- Personnels :

• **Personnels d'accueil, d'orientation et de sécurité :**

Vu le manque de secrétariats médicaux dans les cabinets libéraux il faudra prévoir un appui en personnel administratif. L'organisation au sein des SI permettra d'éviter à toute personne venue en consultation de repasser par le circuit d'entrée d'où nécessité de 2 personnes par tranche horaire (prévoir 2 tranches horaires de 4 heures).

*) 1 personnel à l'accueil avant la consultation : il s'occupe surtout d'établir le dossier du patient et de la réponse sociale si besoin est.

*) 1 personnel après la consultation : après consultation 4 possibilités s'offrent au patient : *i*) retourner à domicile (grippés ou non), *ii*) être orienté vers une SI, *iii*) être orienté vers l'hôpital en zone BDV⁹, *iiii*) être orienté vers l'hôpital en zone HDV. En fait, la charge de travail « à la sortie » du CCD sera assez faible puisque 80% des consultants rentreront chez eux.

Ressource pressentie : personnel administratif de l'éducation nationale qui assurera le secrétariat et le travail d'accueil social. Formation de ces personnels à la grippe aviaire et aux stratégies pour éviter l'agressivité des patients confrontés à l'attente et à l'angoisse.

*) Mobiliser des agents de sécurité pour calmer le stress et l'agressivité possible des consultants.

• **Personnels médicaux :**

Au moins 3 médecins pour assurer une tranche horaire (d'après les estimations il faudra réaliser 12 consultations / heure. En comptant la préparation pré et post consultation il faudra environ 15 mn / patient).

Un mi-temps de médecin sera consacré au tri et à l'orientation des patients à hospitaliser.

d) Plates-formes pour le stockage et la distribution des matériels de protection :

Pour assurer cohérence et lisibilité, il est préférable que la logistique concernant les matériels de sécurité tels que les masques grand public ou les masques FFP2 à destination des personnels soignants soit décidée à l'échelon régionale puis déclinée au niveau départemental.

A Paris, les équipements sportifs (gymnases, piscines, etc.) seront mis à disposition par les mairies d'arrondissement.

2.4.3.3. Niveau des soins hospitaliers:

En sus de la prise en charge des cas graves, l'hôpital devra réorienter des personnes qui se présenteront aux urgences mais dont l'état ne nécessitera pas une hospitalisation, problème récurrent au quotidien et qui sera décuplé en pandémie. Afin de finaliser le maillage sanitaire de Paris et d'offrir des soins adaptés à la cinétique de la crise, il convient de renforcer la continuité entre médecine de ville et médecine hospitalière tout en sauvegardant autant que possible la notion de proximité.

a) Etablir les critères spécifiques au scénario 2

L'enjeu est d'associer un maximum d'établissements à la lutte contre la grippe aviaire.

- Définir les critères de sélection des hôpitaux :

Si la classification « 1^{ière} ligne, recours, repli » appliquée au scénario 1 est bien adaptée à tout aléa soudain sur un temps court, elle ne correspond ni aux spécificités de la pandémie, ni au principe de l'ilotage. Il sera en effet moins question de compétences spécialisées que de disponibilités en lits et tout établissement qu'il soit à vocation médicale ou chirurgicale sera concerné à priori ; ceux dotés d'une réanimation s'occuperont naturellement des cas les plus graves. A donc été retenu comme critère :

« Tout établissement ayant la capacité sur le plan architectural de créer un espace haute densité virale (espace protégé regroupant au moins 15 à 20 lits permettant d'éviter la déambulation des

⁹ HDV haute densité virale : secteur avec les patients grippés

BDV basse densité virale : secteur d'accueil des personnes non grippées sans qu'il soit possible d'affirmer l'absence de grippe

patients confinés dans les zones basse densité virale), **participe à la pandémie**. Un interlocuteur est nommé dans chaque établissement concerné.

Ont systématiquement été écartés les établissements de moins de 25 lits, les services de gynécobstétrique et de dialyse.

Les objectifs quantifiés des établissements retenus pour la pandémie seront inclus aux annexes du PBE au fur et à mesure de la révision systématique de leurs plans blancs. De manière générale les établissements impliqués ont la charge de :

*) se doter d'équipements et différents stocks (antiviraux Tamiflu, Relenza, Oseltamivir, masques de protection FFP2, masques anti-projections chirurgicaux, vaccins pandémiques, vaccins pré-pandémiques (H5N1), matériel d'injection correspondant, cagoules de protection pour le SAMU,

*) augmenter leurs capacités d'accueil (ajout de lits) dans les services HDV avec redéploiement de personnels supplémentaires,

*) organiser la répartition des activités intra et inter établissements : lister dans le plan blanc de l'établissement les interventions qui peuvent être déprogrammées pendant 10 semaines,

*) se fixer des objectifs quantifiés ciblés sur la 1^{ière} vague.

Le plan pandémie grippale de l'AP-HP est pour sa part en mesure d'identifier pour chaque établissement ses capacités en croisant certaines données (total au pic, répartition des soins standards, réanimation, surveillance continue, etc.), de différencier la mobilisation immédiate (20% dès le déclenchement de la pandémie) de la mobilisation en différé (50% deux semaines après le déclenchement) ou de la mobilisation au maximum (100% cinq semaines après le déclenchement).

Par exemple, pour Cochin - SVP :		20%	50%	100%
Enfants <10 ans		20	51	102
Dont :	Soins standards	14	35	70
	Réanimation	3	8	16
	Surveillance continue	3	8	16
Adultes (≥ 10 ans)		35	88	176
Dont :	Soins standards	25	62	124
	Réanimation	5	13	26
	Surveillance continue	5	13	26
TOTAL		55	139	278

- Préciser la zone territoriale d'intervention selon la spécialité des soins :

Si eu égard à l'offre importante en lits adultes on peut légitimement dédier un quota de lits haute densité virale (**HDV**) à Paris, cette mesure ne peut être envisagée pour des ressources plus rares telles que **la pédiatrie ou la réanimation où l'AP-HP a clairement une mission régionale y compris en situation de pandémie.**

Le PBE inscrit donc l'organisation de ces deux disciplines dans une logique régionale.

b) Fixer un quota de lits « adultes » dédiés à la pandémie

L'organisation du secteur hospitalier s'appuie sur les consignes préconisées par le ministère (circulaire n° DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007) soit une 1^{ière} vague de 1/3 des cas, une DMS de 10 jours et un taux d'hospitalisation moyen (THM) de 3%.

Seule la 1^{ière} vague est prise en compte dans le PBE 75, la possible mise au point d'un vaccin pourrait avoir un impact de nature à réduire l'ampleur de la 2^{ème} vague épidémique ; dans le cas contraire un ajustement se fera sur la base des conclusions de la 1^{ière} vague.

Estimation de la surcharge hospitalière selon la distribution hebdomadaire des cas

1ère vague	THM 3%	Besoins en lits/j	THM 5% *	Besoins en lits/j
de la 1^{ière} à la 10^{ème} semaine	55 000	800	90 000	1300
de la 4^{ème} à la 6^{ème} semaine	27 500	1300	45 000	2150
la 5^{ème} semaine (pic 21%)	11 500	1600	19 000	2700

Pour un THM ~ de 3% le besoin sera de 1600 lits au pic épidémique. Cette capacité minimale de réserve mobilisable en fonction de la cinétique est dédiée à l'hospitalisation de proximité des adultes

grippés quelle que soit la spécialité de l'établissement. Sont exclus ceux dont l'état nécessite des soins en réanimation (15% des patients hospitalisés) et les enfants d'âge < à 10 ans (relèvent de la pédiatrie).

Il est néanmoins utile de se garantir du pire en prévoyant une marge de fluctuation qui permettra au PBE de se renforcer au fil des révisions d'autant que les spécificités démographiques du département impliqueront un THM probablement plus proche de 5% que de 3% avec alors un besoin de 2700 lits au pic épidémique. Dans le cas d'une configuration plus défavorable où les 2 vagues seraient d'égale intensité, il faudrait 3300 lits au pic ce qui conduirait à envisager des critères d'entrée et de sortie d'hôpital extrêmement contraignants.

c) Lister les établissements concernés et répartir les lits «HDV adulte »

Un quota de 1500 lits ** est réparti entre l'AP-HP et le secteur PSPH + privé.

- **AP-HP** : hors établissements pédiatrique, **10 hôpitaux** pour une capacité de **900 lits HDV**.

- **PSPH et privé** : 6 établissements PSPH + 21 privés **pour une capacité de 600 lits HDV**.

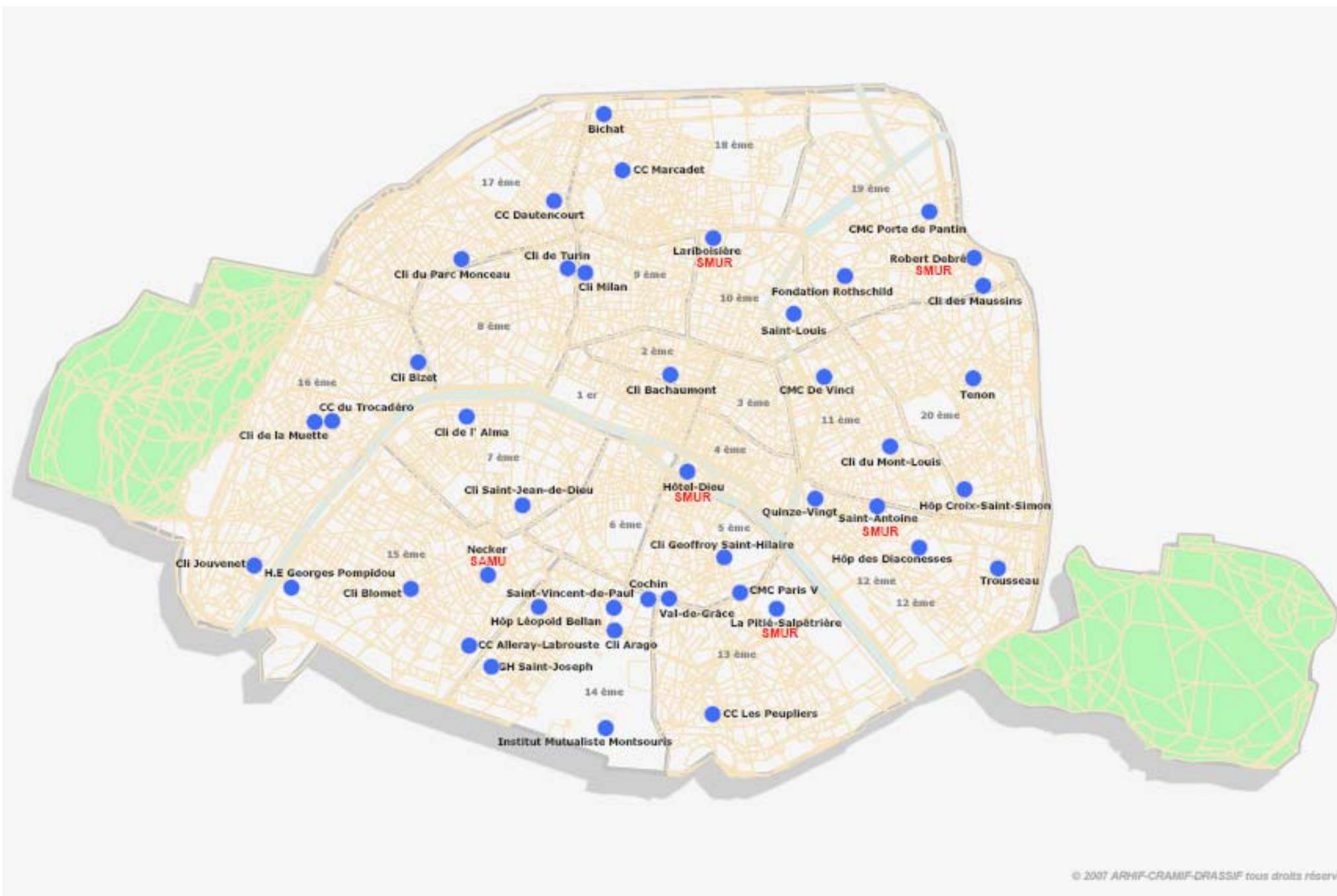
(** valeur théorique des « 1500 lits » ; c'est surtout la capacité des établissements à s'organiser autour de zones HDV/BDV qui importe ; il sera toujours possible d'ajuster les lits en fonction de l'intensité de la crise.)

L'hôpital des 15/20 pour le secteur public et celui du Val de Grâce pour le service de santé des armées renforcent l'offre.

Répartition des lits « HDV en fonction de la capacité des établissements

Etablissements APHP		Lits pandémie adultes	Validé
Hôtel Dieu	4ème	45	43
Hôpital Saint-Louis	10ème	80	68
Groupe Hospitalier Lariboisière – F. Widal – St-Lazare	10ème	84	95
Hôpital Saint-Antoine	12ème	91	94
Hôpital Trousseau	12ème		Pédiatrique
Groupe Hospitalier Pitié - Salpêtrière	13ème	190	191
GH Cochin (St Vincent de Paul)	14ème	97	100
Hôpital Necker - Secteur Adulte	15ème	21	30
			Pédiatrique
HEGP Broussais	15ème	106	90
Groupe Hospitalier Bichat -Claude Bernard	18ème	114	101
Hôpital Robert Debré	19ème		Pédiatrique
Hôpital Tenon	20ème	72	82
Total APHP (hors pédiatrie)		900	894
Etablissements PSPH			
Groupe Hospitalier des Diaconesses - croix St-Simon	12ème	45	40
GH Saint-Joseph	14ème	110	68 + 10 pédiatrie
Hôpital Leopold Bellan	14ème	18	18
Centre Chirurgical de la Porte de Pantin	19ème	25	25
Fondation Ophtalmologique Rothschild	19ème	26	26
Institut Mutualiste Montsouris	14ème	55	
Total PSPH		243	
Etablissements Privé libéral			
Clinique Bachaumont	2ème	12	12
Centre médico-chirurgical Paris V	5ème	13	13
Clinique Geoffroy Saint-Hilaire	5ème	26	26
Maison Santé St Jean de Dieu	7ème	14	14
Clinique de l'Alma	7ème	14	
Clinique de Turin	8ème	29	29
Clinique de Milan	9ème	8	0
Clinique du Mont-Louis	11ème	23	
C -M -C de Vinci	11ème	12	
Hôpital Ecole des Peupliers	13ème	18	
Clinique Arago	14ème	9	9
Clinique Blomet	15ème	12	12
Clinique Allera Labrouste	15ème	23	23
Clinique Bizet	16ème	25	20
Clinique de la Muette	16ème	5	
Clinique du Trocadéro	16ème	9	9
Clinique Jouvenet	16ème	14	14
Clinique Dautancourt	17ème	5	5
Clinique du Parc Monceau	17ème	14	?
Centre Chirurgical Marcadet	18ème	10	?
Clinique des Maussins	19ème	26	20
Total privé		321	
Etablissements publics			
C H NO des Quinze-Vingts	12ème	à préciser ultérieurement	?
Etablissements santé des armées			
Val de Grâce		à préciser ultérieurement	?
Total		1464	

Répartition des établissements MCO participant à la lutte contre la pandémie grippale



Un objectif à moyen terme (2 à 3 ans) serait de se doter de moyens informatiques permettant de gérer au quotidien le quota de lits dédiés à la pandémie.

d) Privilégier des circuits d'admission courts et sécurisés

Inévitablement un pourcentage non négligeable de patients se présentera directement à la porte des hôpitaux, surtout ceux qui ont un service d'urgences. Pour permettre l'accès aux secteurs HDV ou BDV des services, un triage sera effectué dès l'entrée de l'hôpital. Cette zone de tri unique et sécurisée sera gérée par des personnels expérimentés ayant une compétence en triage. L'accès à la réanimation ne pourra se faire qu'après accord du réanimateur.

e) Sectoriser la ressource

En dépit de la forte concentration des établissements sanitaires à Paris, des débordements ou des remplissages inadéquats sont à craindre notamment du fait de la répartition hétérogène des lits HDV dans les arrondissements. Par rapport au ratio moyen de 4,7 lits /1000 habitants, 6 arrondissements disposent d'un potentiel à redéployer et 14 auront besoin d'un renfort dont certains de manière significative. Un schéma visant à harmoniser les taux d'occupation des lits doit être établi avant la crise.

Répartition par arrondissement des lits HDV

Arrond	Population	Lits existants	Besoins lits	Différentiel
1	16 880	0	80	-80
2	19 640	73	93	-20
3	34 240	0	163	-163
4	30 680	300	146	154
5	58 841	584	281	303
6	44 903	0	214	-214
7	56 988	164	272	-108
8	39 310	175	187	-12
9	55 838	50	266	-216
10	89 685	1105	428	677
11	149 102	211	711	-500
12	136 591	1029	651	378
13	171 533	1386	818	568
14	132 844	1800	634	1166
15	225 362	1061	1075	-14
16	161 773	314	771	-457
17	160 860	115	767	-652
18	184 586	827	880	-53
19	172 730	459	823	-364
20	182 952	479	872	-393
TOTAL		10 132	10 132	

Comme pour le scénario 1, il aurait été appréciable de pouvoir conserver le découpage en 3 territoires de santé de Paris et d'y intégrer les lits HDV. Mais celui-ci ne permettait pas de répondre à la nécessité de répartir l'offre de manière homogène (cf tableau ci dessus); d'où le besoin de définir des secteurs offrant un quota équilibré en lits HDV/arrondissements.

Territoire de santé 75-1 Paris Nord Superficie 27.42 km ² , Population : 703009 h.	12 Etablissements	2731 lits	Ratio lits HDV / population 3, 88
Territoire de santé 75-2 Paris Est Superficie 33,08 km ² , Population : 640 178 h.	8 Etablissements	3105 lits	Ratio lits HDV / population 4, 85
Territoire de santé 75-3 Paris Ouest Superficie : 44,86 km ² , Population : 782 151 h	20 Etablissements	4296 lits	Ratio lits HDV / population 5, 49

- L'hôpital de rattachement : délimiter des secteurs revient à désigner à l'intérieur de ceux-ci des hôpitaux de rattachement pour tel ou tel arrondissement ; ils répondent à 2 principes :

- offrir, dans un contexte de débordement, la possibilité d'hospitalisation la plus équitable possible,

- prendre en compte la zone d'attractivité naturelle de l'établissement.

Toutefois, afin de respecter le premier principe, ils ne seront pas obligatoirement situés dans l'arrondissement desservi.

L'hôpital de rattachement répond à une tendance naturelle visant à privilégier les réseaux déjà constitués (ex du réseau Paris nord/Bichat) ; en outre il facilitera :

- le remplissage des lits dédiés en évitant embouteillages et bousculades,
- la régulation en facilitant la recherche en lits HDV,
- la tâche des CCSS qui auront déjà un travail considérable en renseignant la population et en coordonnant les soins ambulatoires,
- la circulation des transports sanitaires.

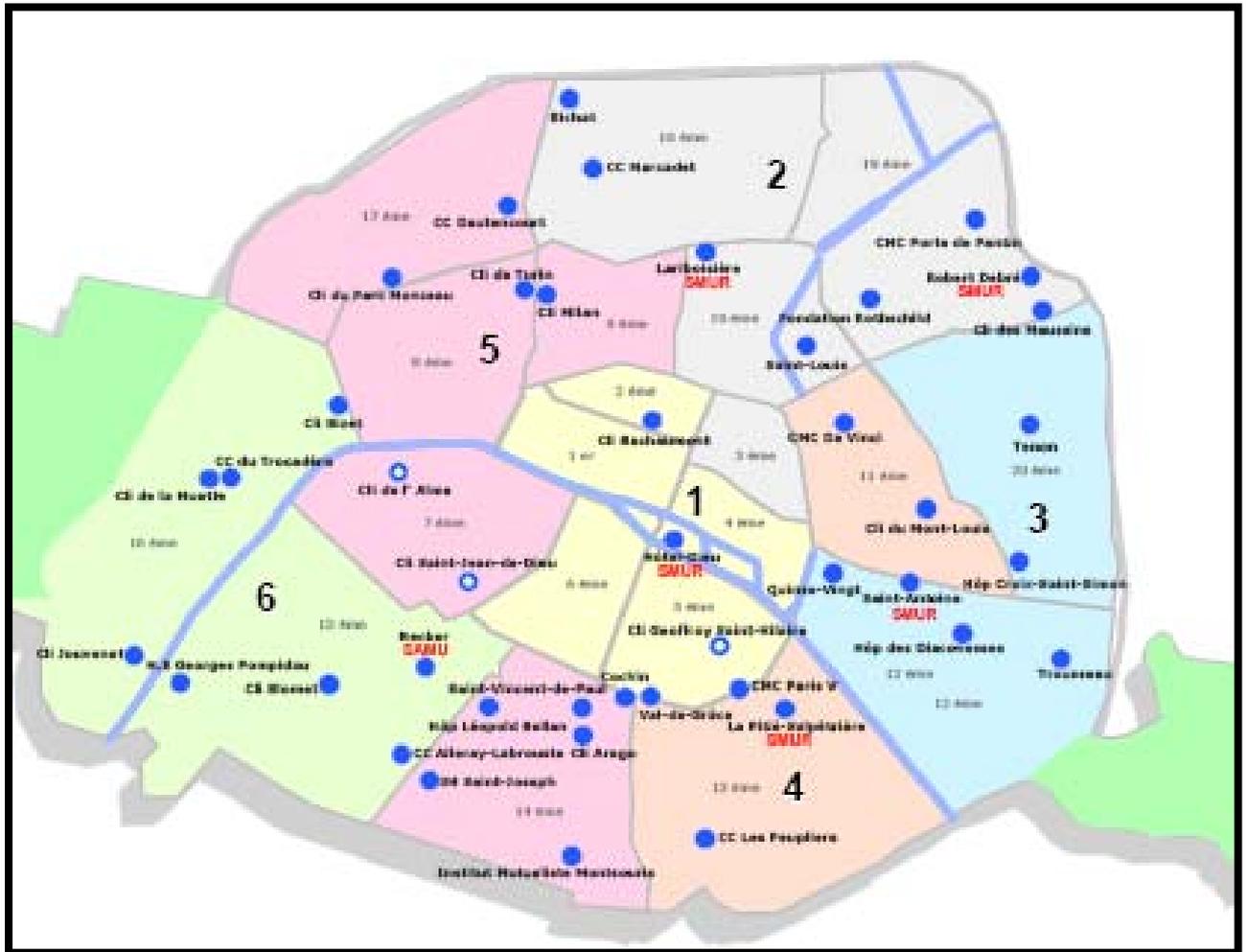
Répartition en 6 secteurs des hôpitaux de rattachement

Secteurs	Etablissements	Lits	Total lits/ secteurs	Population desservie	Ratio Lits/pop	
1+ 2+ 4 +5+6	Clinique Bachaumont	2ème	73	800	170 944	4,68
<u>Secteur</u> <u>N°1</u>	Hôtel Dieu	4ème	300			
	Val de Grâce	5ème	350			
	Centre médico-chirurgical Paris V	5ème	77			
3 +10+18+19	Hôpital Saint-Louis	10ème	562	2 391	481 241	4,97
<u>Secteur</u> <u>N°2</u>	G H Lariboisière – F. Widal – St-Lazare	10ème	565			
	Centre Chirurgical Marcadet	18ème	60			
	G H Bichat -Claude Bernard	18ème	757			
	Centre Chirurgical de la Porte de Pantin	19ème	152			
	Fondation Ophtalmologique Rothschild	19ème	153			
	Clinique des Maussins	19ème	154			
12+20	Hôpital Saint-Antoine	12ème	607	1508	319 543	4,72
<u>Secteur</u> <u>N°3</u>	G H des Diaconesses - croix St-Simon	12ème	266			
	Hôpital Tenon	20ème	479			
	<i>C H NO des Quinze-Vingts</i>	12ème	156			
11+13	Clinique du Mont-Louis	11ème	139	1597	320 635	4,98
<u>Secteur</u> <u>N°4</u>	C -M -C de Vinci	11ème	72			
	Hôpital Ecole des Peupliers	13ème	109			
	Groupe Hospitalier Pitié - Salpêtrière	13ème	1277			
7+8+9+14+17	Clinique de Turin	8ème	175	2140	445 840	4,80
<u>Secteur</u> <u>N°5</u>	Clinique de Milan	9ème	50			
	GH Cochin(hors péd. de St Vincent de Paul)	14ème	649			
	GH Saint-Joseph	14ème	660			
	Hôpital Leopold Bellan	14ème	108			
	Institut Mutualiste Montsouris	14ème	330			
	Clinique Arago	14ème	53			
	Clinique Dautancourt	17ème	32			
	Clinique du Parc Monceau	17ème	83			
15+16	<i>Clinique Geoffroy Saint-Hilaire*</i>	<i>5ème</i>	157	1696	387 135	4,38
	<i>Maison Santé St Jean de Dieu*</i>	<i>7ème</i>	83			
	<i>Clinique de l'Alma*</i>	<i>7ème</i>	81			
<u>Secteur</u> <u>N°6</u>	Hôpital Necker (secteur adulte)	15ème	138			
	HEGP Broussais	15ème	713			
	Clinique Blomet	15ème	71			
	Clinique Allera Labrouste	15ème	139			
	Clinique Bizet	16ème	151			
	Clinique de la Muette	16ème	30			
	Clinique du Trocadéro	16ème	50			
	Clinique Jouvenet	16ème	83			
			10132	10132	2 125 348	4,77

*) Desservent d'autres arrondissements afin de rééquilibrer l'offre

AP-HP : nombre de lits adultes, sans la neurochirurgie

Les six secteurs « lits HDV pandémie» à Paris



f) Renforcer les spécialités de pédiatrie et de réanimation

- Pédiatrie : enfants de moins de 10 ans ne nécessitant pas une réanimation.

L'essentiel de la ressource est concentrée au niveau de l'AP-HP (Cochin, Necker, Debré, Trousseau) et de St Joseph (PSPH). Aussi, comme déjà mentionné, le PBE 75 s'aligne sur le plan pandémie grippale de l'AP-HP avec un quota de lits pour chaque département au prorata de la tranche d'âge cible. Il est prévu au pic de la 1^{ière} vague 1 000 lits dont 700 en pédiatrie et 300 en médecine adulte pour 3 catégories principales d'enfants :

- *) les 10 ans et + : peuvent être admis en secteur adulte si aucune pathologie pédiatrique associée,
- *) les 5 à 10 ans,
- *) les moins de 5 ans.

- Réanimation : 15% des patients hospitalisés auront besoin d'une réanimation et 7,5% d'une ventilation assistée. Les services seront inévitablement débordés d'autant que la durée d'hospitalisation sous ventilation mécanique n'est ni connue, ni modélisée.

- **Une capacité régionale insuffisante** : il faudra faire face à un manque de places en réanimation de même qu'à un manque de respirateurs. Du fait de la faible capacité en réanimation pédiatrique (13,7 lits/ 100 000 enfants < à 15 ans en Ile de France), les difficultés y seront encore plus marquées sans compter que la logique exigerait que les unités de réanimation néonatale soient protégées et ne reçoivent aucun enfant grippé. Le secteur privé ne dispose pas de respirateurs adaptés.

Besoins en lits de réanimation avec ventilation artificielle selon la distribution des cas

1ère vague	Réanimation	Besoins en lits/j	Ventilation	Besoins en lits/j
de la 1 ^{ère} à la 10 ^{ème} semaine	8250	120	4125	60
de la 4 ^{ème} à la 6 ^{ème} semaine	4125	200	2060	100
la 5 ^{ème} semaine (pic 21%)	1700	250	870	125

L'admission en service de réanimation adulte des enfants de plus de 20-25 kg est une option raisonnable. Cependant la portée de ce type de mesure sera limitée car cette population, devrait être peu affectée par les formes graves, et ne représenterait en fait que 25% des admissions en réanimation pédiatrique.

Face à cette situation, il est tentant de définir une réanimation dite « de grippe » qui aurait le mérite d'être moins lourde et pourrait se satisfaire d'une requalification d'actes soignants au sein de zones dédiées élargies dans des établissements qui en ont la possibilité (utilisation des salles de réveil, installation de respirateurs supplémentaires dans les chambres déjà équipées pour la surveillance continue, etc.). Toutefois la distinction entre réanimation lourde et réanimation de grippe est extrêmement théorique car il s'agit de patients qui auront besoin d'une assistance respiratoire ou connaîtront des défaillances multi- viscérales. Il faudra donc accepter l'idée qu'on ne sera pas dans les standards habituels de soins, qu'il faudra « maximaliser » le service rendu et adapter les ressources disponibles surtout si on souhaite conserver l'objectif de doubler les capacités, lequel sera extrêmement difficile à atteindre, en particulier dans le secteur pédiatrique.

• Principes généraux à appliquer au PBE 75

1) Identifier une réanimation HDV/ BDV dans les établissements de 150 lits et plus, ayant une unité de réanimation : les patients non grippés dont le pronostic vital peut être engagé et qui ne présentent pas de symptômes de grippe doivent pouvoir être soignés sans risque d'être contaminés, ce qui implique la création de 2 équipes distinctes. Cette solution, consommatrice en personnels spécialisés peut être envisagée de plusieurs façons :

*) doublement de capacité de réanimation avec zone HDV (réa + salles de réveil médecine) et zone BDV (réa + salles de réveil chirurgie).

*) désignation d'un hôpital pour la réa HDV et un pour la réa BDV (prise en charge des urgences non grippales et non dé-programmables).

2) Ne pas créer de réanimation dans les établissements qui n'en possèdent pas (éviter le saupoudrage). Les établissements de moins de 150 lits ne pourront pas respecter la règle HDV/BDV par manque de personnels spécialisés pour former 2 équipes assurant une garde 24 h sur 24. Mieux vaut renforcer les équipes existantes.

3) Trouver des personnels compétents pour doubler les capacités : le manque de postes vacants (difficultés de recrutement) et le turn-over (2 ans et demi) sont les difficultés rencontrées au quotidien concernant les effectifs de réanimation et de soins intensifs. Ce turn-over qui est un inconvénient (compétences, intégration) peut devenir un "avantage" en temps de pandémie où tous les soignants ayant bénéficié d'une formation en réanimation peuvent constituer un "corps de réserve spécialisé" moyennant un module rapide de remise à niveau. Ils seront affectés en réanimation le temps de la pandémie, quel que soit leur service habituel et l'établissement dans lequel ils travaillent. Ceci impose de les recenser au sein de chaque établissement.

4) Constituer des équipes mixtes : la répartition des tâches pourra se faire selon le degré de technicité d'équipes rassemblant à la fois juniors et seniors, mais aussi personnels spécialisés et non spécialisés (formation "minute").

5) Optimiser les flux de patients au sein des réanimations : tout malade n'ayant plus besoin de support respiratoire, hémodynamique ou rénal est transféré dans une unité plus légère (soins continus, voire « salle classique un peu renforcée »). Il est donc essentiel d'individualiser des « filières d'aval ».

6) Dégager du personnel grâce à la déprogrammation : cette mesure permettra d'absorber une partie du flux en utilisant au mieux les capacités disponibles et en réaffectant en HDV le personnel qui aura pu être libéré (anesthésiste, IAD, infirmiers de salle de réveil, etc.). Un renforcement du secteur public par des personnels spécialisés provenant de petits établissements privés dont l'activité chirurgicale aura été déprogrammée est envisageable au cas par cas. Cependant ce renfort sera limité

du fait du peu d'effectifs médicaux à temps plein dans ces établissements qui, par ailleurs, continueront à effectuer les interventions non dé programmables.

7) S'assurer que les petits établissements ayant une réanimation en assurent le maintien.

8) « Trier » les malades : si l'on veut que cette décision soit socialement acceptable il convient de définir au niveau national (et à l'avance) les critères de sélection en conformité avec les fondements éthiques de notre société. L'hôpital adoptera une échelle dont les critères seront modulables en fonction de l'intensité de la pandémie et de la demande (au début on prend tout le monde puis on resserre en fonction de critères connus et acceptés par tous).

- **Une organisation à 3 niveaux permettant d'utiliser au mieux les capacités de réanimation :**
 - 1^{er} niveau : **patients grippés avec défaillances lourdes :** service de réanimation **AP-HP et St Joseph.** (Les formes graves devraient affecter très majoritairement les jeunes enfants de 0 à 1 an).
 - 2^{ème} niveau : **patients grippés dont l'état est alarmant:** prise en charge initiale dans les structures PSPH et privées de plus de 150 lits disposant d'une zone de réanimation HDV/BDV (**Alleray Labrouste, Bizet, Geoffroy Saint Hilaire, Mont-Louis, Diaconesses St Simon**). Si l'état de ces patients s'aggrave, ils sont transférés dans les services de 1^{er} niveau.
 - 3^{ème} niveau : **patients non grippés nécessitant une intervention non déprogrammable :** ils sont dirigés de préférence vers les petites structures chirurgicales de moins de 150 lits n'ayant pas la possibilité d'identifier une réanimation HDV / BDV.

Cette organisation suppose d'établir une complémentarité entre secteur privé et secteur public, par le biais de conventions croisées et de la régulation SAMU.

2.4.4. Adapter la régulation au dispositif établi :

Problématique : faire fonctionner et coordonner un ensemble rassemblant médecine ambulatoire, médecine hospitalière et secteur médico-social ou social :

En règle générale, l'accès à l'hospitalisation se fait par le biais du SAMU ; les patients non admissibles sont réorientés vers les CCSS.

Au pic de l'épidémie, la régulation des demandes et l'orientation des patients seront au cœur des difficultés ; il faut s'attendre à une multiplication par 30 de l'activité et les standards habituels seront saturés aussi bien par les malades que par les personnes en état de peur, voire de panique sans compter les appels avec les CCSS et autres structures impliquées.

2.4.4.1. Pré-orienter les pathologies grippales en tenant compte de leur gravité :

a) 5 grandes classes de patients :

1. patients présentant des manifestations graves de grippe aviaire : les orienter vers l'hôpital de rattachement,
2. patients présentant une pathologie chronique connue qui pourrait s'aggraver : les orienter vers l'hôpital dès qu'ils contracteront la grippe (hospitalisation préventive),
3. patients présentant une grippe aviaire nécessitant une surveillance médicale ou occasionnant des difficultés d'ordre social : les orienter vers la structure intermédiaire la plus proche du domicile,
4. patients présentant des manifestations mal définies : les orienter vers les CCD ou assurer la consultation à domicile.
5. Patients grippés sans signe de gravité particulière : maintien à domicile avec protection de l'environnement familial et consultation médicale

b) 4 catégories principales de réponses au moment où les appels arriveront :

1. prise en charge hospitalière HDV si « malade +++ »,
2. orientation vers la structure de coordination si « malade ++ » ou en difficulté,
3. orientation vers la médecine ambulatoire si grippe simple.
4. orientation possible vers un numéro vert ou le SAMU social (prévoir un lien étroit avec le 115) si « non malade » ou simple renseignement.

2.4.4.2. Gérer l'afflux par une connexion mettant en réseau le 15, le 18, la PDS et les CCSS :

- **En début et en fin d'épidémie**, les premiers malades à hospitaliser pourront avoir directement accès au 15, au 18 ou à la PDS.
- **En phase extensive et à l'acmé de l'épidémie**, il faudra éviter que la population s'adresse massivement aux effecteurs habituels. En adressant directement les patients vers leurs établissements de rattachement, les CCSS référents d'arrondissements constitueront un filtre d'où la nécessité de disposer d'une co-régulation avec le 15 (1 ligne dédiée « SAMU-CCSS » par arrondissement, renforcée si besoin est par une connexion pompier /CCSS).

Schéma global de régulation en phase d'extension de la pandémie

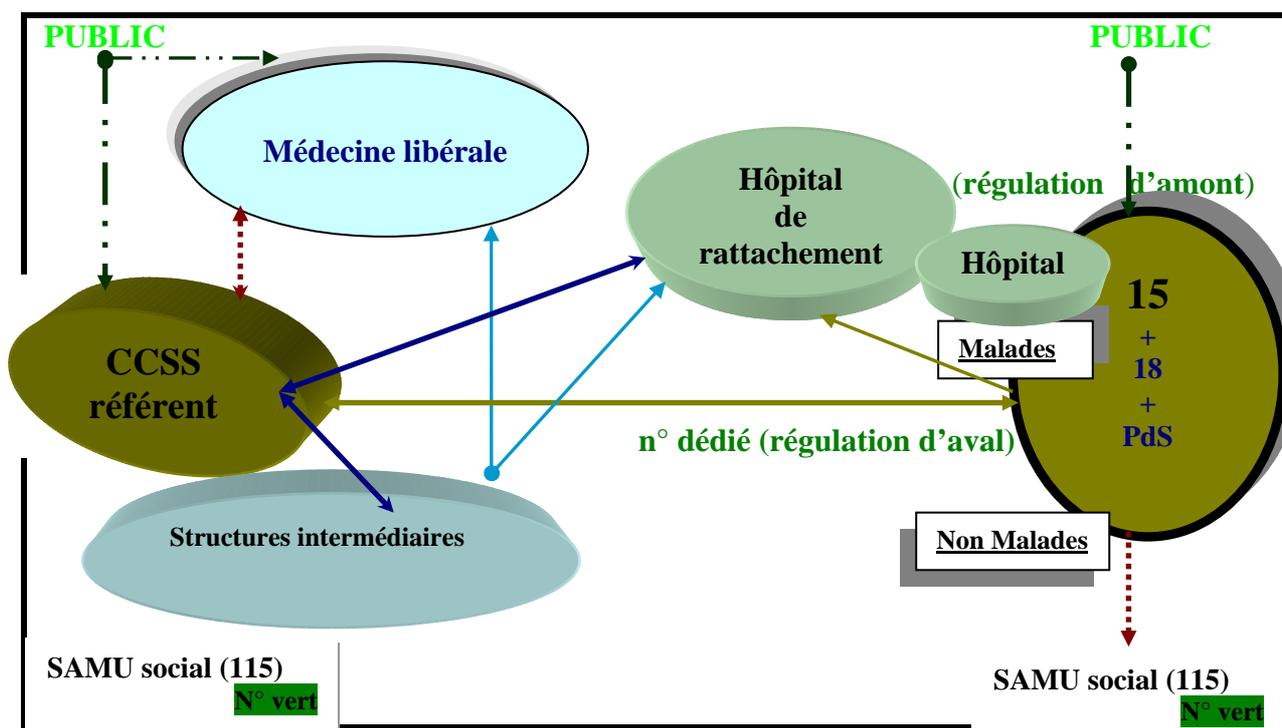


Schéma général d'admission à l'hôpital:

- *) Accès à l'hôpital de rattachement par le CCSS référent.
- *) Le 15 reprend la main pour l'accès aux hôpitaux quand celui de rattachement est plein.
- *) Le 15 régule tous patients relevant de la réanimation et de la pédiatrie.

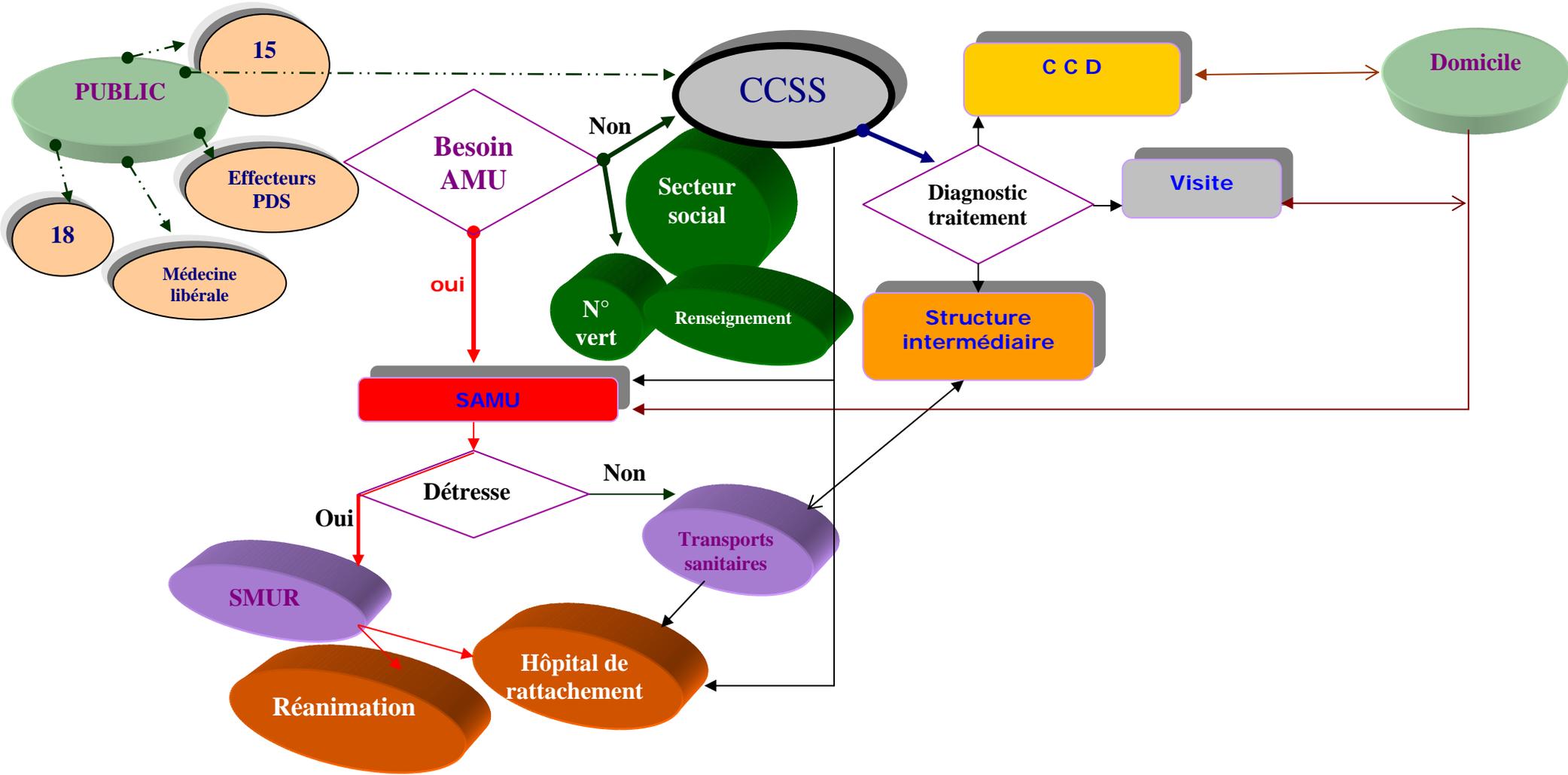
2.4.4.3. Affecter des personnels supplémentaires :

La surcharge majeure d'activité rendra nécessaire l'affectation rapide de personnels supplémentaires aux différents services.

- Le SAMU** puise dans le corps de réserve (« docteurs transmetteurs ») lesquels participent préférentiellement à la régulation au centre 15.
- La BSPP** n'a pas prévue d'organisation spécifique en pandémie grippale. L'effectif (8 000) viendra en renfort du SAMU. Un personnel de réserve sera mobilisé mais la capacité de montée en puissance sera limitée car il n'y a pas de pompiers volontaires à Paris.
- Les organismes de la PDS** doivent déterminer le seuil à partir duquel ils ne pourront plus faire face. L'apport en personnels améliorera le retour d'information et harmonisera les visites dans les

endroits où les professionnels seront débordés tout en permettant d'orienter rapidement les malades vers les CCSS si non possibilité d'intervenir dans des délais raisonnables.

Circuit général de la réponse sanitaire et sociale tenant compte du facteur « gravité/urgence »



2.4.5. Adapter l'organisation des transports au maillage sanitaire:

2 types de transport sont à différencier en cas de pandémie :

- le transport « lourd » déclenché par le 15 ou le 18,
- le transport d'accompagnement (à pieds, en taxi, etc.) qui représentera une « bouée de secours » car les transports assis seront plus nombreux que ceux allongés ; le maillage retenu ayant pour point fort de rapprocher les structures facilitera les déplacements par leurs propres moyens des malades les moins graves (80%). On pourra réquisitionner des compagnies de taxi (préfecture de police) d'autant qu'il n'y aura plus de touristes.

Les patients grippés seront descendus en chaise des étages élevés, position recommandée pour les troubles respiratoires et plus facile à mettre en œuvre qu'une civière. Possibilité de faire appel à la BSPP pour le brancardage dans des situations extrêmes (patients obèses ...).

2.4.5.1. SMUR et BSPP :

Si d'habitude les patients sont transportés vers les services d'urgence, en cas de pandémie ils devront être emmenés vers les filières de substitution (structures intermédiaires et hôpitaux de rattachement).

Le centre 15 en interconnexion avec le 18 met en œuvre pour les cas graves les unités mobiles des SMUR 75 (Hôtel-Dieu, Lariboisière, St Antoine, Pitié Salpêtrière, Necker, Debré) voire mobilise les moyens de la BSPP. Les véhicules sont équipés de matériels de protection selon les protocoles établis.

2.4.5.2. Transports sanitaires privés :

La désignation d'hôpitaux de rattachement et de structures intermédiaires ne posera pas de problèmes d'adaptation à la profession. Vu les moyens existants il sera impératif de diminuer le temps de rotation des ambulances (1h30 en moyenne ce qui correspond à 7 ou 8 transports par jour et par véhicule).

a) Prendre des mesures d'exception en faveur des transports sanitaires privés :

- autoriser les ambulances à emprunter les couloirs de bus (préfecture de police),
- mettre les moyens de protection à disposition dès la phase 4b (cas groupés),
- alléger les formalités administratives concernant les bons de transport : afin que les ambulanciers ne perdent pas de temps à remplir des dossiers, la traçabilité du patient sera assurée par le CCSS qui tiendra un registre spécial,
- négocier la mise en place d'une enveloppe budgétaire forfaitaire auprès des autorités (Dilga/Sécurité sociale) car il ne sera pas possible pour la majorité des entreprises de fonctionner durant 12 semaines d'affilées sans trésorerie conséquente,
- augmenter la durée du travail : 30% des effectifs seront malades ou empêchés ; le droit de retrait a été évoqué ; comme pour les autres professions, les ambulanciers privés bénéficieront du statut d'agent occasionnel du service public,
- répertorier les entreprises territoire par territoire et assurer une permanence des transports au niveau des arrondissements. La profession aura à s'organiser en interne (sensibilisation par les représentants syndicaux) et tiendra compte de l'implantation des entreprises afin de les répartir de manière homogène auprès de la population,
- former les chefs d'entreprise et les personnels des transports sanitaires privés. La DASS 75 en partenariat avec le SAMU 75 a organisé une formation/sensibilisation pour l'ensemble de la profession, en janvier 2008.

b) Dédier un quota d'ambulances privées à la pandémie :

- Un certain pourcentage de transports prévus (dialysés, cancéreux, etc.) ne pourra pas être annulé. Un quota de 80 ambulances (30% de la flotte parisienne) réservé à la pandémie sera positionné auprès des CCSS référents qui les utilisera pour le transport des cas graves.
- Les 80 ambulances seront affectées dans les CCSS référents sur la base d'1 ambulance pour 26 500 habitants. Elles couvriront les 6 secteurs regroupant les hôpitaux de rattachement. Réguler directement à partir des CCSS fera gagner un temps précieux par la réduction des distances mais aussi par l'allégement des formalités administratives et la réduction des délais d'attente aux urgences.

Répartition des ambulances par arrondissement et par secteurs

Arrond	Hab	Estimation du besoin en ambulances par arrondissement	Proposition de répartition	Répartition sur les 6 secteurs regroupant les établissements de santé	
				Secteur	Nombre
1	16 880	0,6	1	Secteur 1 1+ 2+ 4 +5+6	6
2	19 640	0,7			
3	34 240	1,3	1		
4	30 680	1,1	1		
5	58 841	2,2	2	Secteur 2 3 +10+18+19	18
6	44 903	1,7			
7	56 988	2,1	2		
8	39 310	1,5	2	Secteur 3 12+20	12
9	55 838	2,1			
10	89 685	3,4	3		
11	149 102	5,6	6	Secteur 4 11+13	12
12	136 591	5,1			
13	171 533	6,5	6		
14	132 844	5,0	5	Secteur 5 7+8+9+14+17	17
15	225 362	8,5			
16	161 773	6,1	6		
17	160 860	6,0	6	Secteur 6 15+16	15
18	184 586	6,9			
19	172 730	6,5	7		
20	182 952	6,9	7		
			80		80

- **Edicter des règles générales d'utilisation :**

On évitera d'utiliser les ambulances pour les patients guéris sortant des structures intermédiaires ou de l'hôpital de rattachement.

Elles seront mobilisées prioritairement pour les transports :

- *) du domicile vers les SI ou l'hôpital de rattachement,
- *) des CCD ou des SI vers l'hôpital de rattachement.

En cas de déficit en moyens de transport, le CCSS contacte le 15 qui « reprend la main ».

2.4.6. Anticiper la prise en charge des populations vulnérables et aller à leur rencontre :

Une mauvaise appréciation des besoins des populations défavorisées fragilisera l'ensemble du dispositif. Ces populations seront par ailleurs demandeuses de prestations et auront besoin d'être protégées si l'on veut éviter la dissémination du virus et la surmortalité.

2.4.6.1. Mesures d'ordres générales

a) Assurer l'hébergement :

Offrir un hébergement aux personnes qui n'en ont pas, ou les maintenir là où elles sont quand elles bénéficient d'un hébergement temporaire, sont les mesures prioritaires à appliquer sans omettre de prendre le temps d'explicitier les raisons de ces choix.

Du fait de ses répercussions, la problématique des populations non hébergées touche l'ensemble de la région (ex : abriter des SDF de Paris dans un département limitrophe). C'est pourquoi le comité de pilotage du PBE 75 a recommandé que cette question soit traitée au niveau régional.

Chaque lieu d'hébergement (existant ou créé pour faire face à la crise) nommera des référents et établira un plan de crise spécifique qui s'inspirera de ceux prévus pour les établissements médico-sociaux. Il tiendra compte de l'architecture propre à chaque lieu d'hébergement et privilégiera la

répartition interne des personnes «saines» et des «personnes grippées» entre chambres, pavillons ou dortoirs selon le cas.

b) Prodiguer les soins :

Intégrer le plus possible l'organisation des soins pour ces populations dans un schéma général, l'homogénéité des procédures favorisant une meilleure gestion de la crise.

Chaque hébergement qu'il soit médico-social, social ou créé pour la circonstance s'assure de la surveillance régulière de ses résidents sur des critères simples, systématiques et reproductibles. Cette surveillance se fera principalement avec des personnels non médicaux, selon une grille de recueil pré-établie. Le traitement, essentiellement symptomatique sera instauré sur place ; s'il est prescrit et par des personnels médicaux sanitaires, il est mis en œuvre par des personnels non sanitaires. En cas d'aggravation il est fait appel, en fonction des situations, au CCSS ou au 15.

c) Informer et former les personnels et publics concernés :

Une formation des personnels des différents secteurs sans oublier les associations de bénévoles et des exercices de mise en situation doivent être effectués par anticipation via les différentes fédérations (URIOPSS, FEHAP, ADAPEI, FNARS...).

Les différentes structures doivent procéder à l'identification de personnes relais et de personnes ressources à mobiliser en cas de pandémie.

La DASS 75 en partenariat avec le SAMU, a déjà organisé plusieurs sessions de formation/sensibilisation pour l'ensemble des établissements sociaux, médico-sociaux et psychiatriques (connaissance de l'épidémie, du dispositif retenu pour Paris, des mesures à mettre en œuvre dans les lieux d'hébergement).

d) Utiliser les fichiers non déclaratifs :

Il est essentiel de pouvoir intervenir de façon précoce auprès des personnes isolées et vulnérables, compte tenu de l'impact potentiel de la grippe sur ces populations, d'où l'intérêt de pouvoir rapidement les identifier.

On dispose en théorie de nombreux fichiers mais aucun ne peut à lui seul suffire à identifier les personnes d'autant que sur le fond se posent des questions difficiles à résoudre telles que l'accès aux données (réactivité dans le temps par rapport à la formulation de la requête) ou la fiabilité.

- **Le fichier de l'APA ¹⁰de la ville de Paris** : il couvre environ 10 000 personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie (qui ne sont pas obligatoirement isolées) mais avec un risque médical sous-jacent marqué.
- **Le fichier CHALEX sous la responsabilité de la ville de Paris**: il regroupe 17 000 personnes âgées ou handicapées, considérées comme fragiles qui se sont inscrites ou qui ont été inscrites pour être appelées en cas de canicule. En pratique, il ne s'agit pas toujours de personnes isolées et le problème d'actualisation est constant (personnes non signalées, inscrites mais ne vivant plus à Paris, etc.). Les travailleurs sociaux participent à l'actualisation du fichier. La ville de Paris a diffusé des directives aux concierges et gardiens des sociétés HLM pour qu'ils participent au repérage.
- **Les fichiers d'affection de longue durée** : ces fichiers de l'assurance maladie sont soumis à de fortes conditions d'accessibilité du fait des pathologies qui y sont mentionnées (cardiologie, pneumologie, neurologie, endocrinologie, néphrologie, etc.) ; ils pourraient être très utiles en pandémie grippale pour décider de qui doit bénéficier d'une hospitalisation préventive.
- Pour les personnes de moins de 60 ans, les allocations tierce personne, l'allocation adulte handicapé et autres systèmes d'allocations permettent d'identifier une fragilité sociale qui éventuellement peut-être croisée à une fragilité médicale.
- **Liste des personnes bénéficiant de l' HAD ou des SSIAD.**

¹⁰ APA : Allocation personnalisée d'autonomie

- **Les fichiers des patients à haut risque vital (sous la responsabilité de la DASS) :** la liste des personnes fragilisées sous assistance médicale à domicile dont la dépendance vis-à-vis du secteur électrique est marquée. Cette liste est régulièrement transmise à EDF par la DASS.
- **Les fichiers spécifiques** tels que les personnes en attente de greffe ou greffées récemment.
- **Les fichiers non médicaux de personnes appareillées** avec du matériel mis à disposition par des sociétés type ORKYN ou ADEP. Ces sociétés fournissent des appareils parfois indispensables à la survie des patients tels que des appareils de ventilation assistée (mesurer l'accessibilité et l'usage possible de ces fichiers).

Limites des fichiers :

Les listes établies qu'elles soient pour la canicule ou tout autre motif ne sauraient tout résoudre car, en cas de pandémie grippale, un grand nombre de personnes isolées mais non fragiles donc non identifiées seront atteintes. L'approche de l'identification de personnes médicalement ou socialement fragiles est complémentaire de la précédente; elle pourra venir du voisinage mais aussi du médecin traitant ou du pharmacien.

2.4.6.2. Mesures spécifiques aux différents secteurs de populations fragiles :

a) Secteur précarité :

- Personnes en grande précarité non hébergées : il s'agit d'identifier une population mobile constituée de milliers de personnes (2 à 7000) ne parlant pas nécessairement le français et le plus souvent inconnues des services sociaux classiques.

- **S'assurer que les personnes concernées bénéficient d'un accueil et d'un hébergement quelle que soit leur situation administrative** : Comme pour le plan grand froid, la recherche de lieux supplémentaires d'hébergement collectif d'urgence s'imposera car ceux connus seront saturés. Ils resteront ouverts durant toute l'épidémie et tout au long du nyctémère d'où l'anticipation d'un appui logistique (mettre du personnel d'encadrement à disposition) sur le plan de l'alimentation, de l'hygiène, de la surface des locaux et de l'information. Il faudra prévoir d'interpeller d'autres organismes comme les services du ministère de la défense qui sont des correspondants naturels pour faire face à ce genre de situation (réquisition de casernes). ...
- **Repérer les personnes isolées ou les familles vivant dans des conditions précaires** en renforçant la logistique des équipes d'intervention (encadrement et transport) et en mobilisant les équipes pour effectuer des maraudes. A l'intersection des deux dispositifs que sont le dispositif précarité et le dispositif sanitaire, les maraudes seront formées à opérer un ramassage rapide et peu discriminant avec évacuation selon l'état somatique des sujets (état de conscience, conditions vitales) vers les structures intermédiaires de quartier ou l'hôpital référencé. Constitution de « patrouilles » de bénévoles (associations) qui peuvent faire du repérage et aider les personnes en difficulté.
- **Eviter les interventions redondantes ou infructueuses** en renforçant la transmission du 115 (surveillance, circulation de l'information, recommandations) et l'interconnexion avec les réseaux de professionnels sanitaires (15, 18, PDS, CCSS). Le 115 avec le SAMU social ont montré, lors de l'expérience « Don Quichotte », qu'ils savaient gérer ce type de situation.
- **Prévoir un accompagnement pour les personnes ayant un problème d'addictions** (notamment alcool).

- Personnes hébergées dans les hôtels : groupes peu homogènes, ce sont le plus souvent des personnes en situation précaire (familles ou femmes seules avec enfants). Leur nombre est important bien que relativement variable et mal connu.(5000 ?). L'hôtel considéré à ce titre comme lieu d'hébergement rentre dans le cadre de la réflexion territoriale. Pour tout ce qui concerne la logistique, les repas, les communications et le suivi sanitaire et social au jour le jour, plusieurs orientations sont possibles :

- soit les hébergés sont sous la responsabilité d'une association,
- soit ils sont sous la responsabilité de l'institution gestionnaire du parc hôtelier. Cette approche est extrêmement compliquée puisque, par nature, le parc est mouvant et mal identifié.

S'agissant des personnes hébergées dans des hôtels situés en petite et grande banlieue, si sur le plan social leur rattachement financier peut être considéré comme dépendant de Paris, sur le plan sanitaire elles dépendent du territoire où se trouve l'hôtel.

- Personnes hébergées dans les centres CHR, centre d'hébergement d'urgence (CHU), appartements de coordination thérapeutique (ACT) et tout autre type de logement collectif : en période d'épidémie, ces établissements seront considérés comme lieux d'hébergement et, de ce fait, soumis aux mêmes règles de maintien « à domicile » et de prise en charge que les établissements médico-sociaux et sociaux. Ils devront maintenir l'ensemble des capacités à leur maximum et garder leurs pensionnaires jusqu'à la levée du dispositif par le préfet. Les structures de nuit seront ouvertes le jour.

Les plans de crise doivent prévoir :

- les capacités et leur répartition.
- les personnes ressources (adresse, téléphone, attributions, modalités de fonctionnement, contraintes).
- l'environnement sanitaire du quartier, hôpital de référence, structures intermédiaires, CCSS, cabinets médicaux, etc...
- les modalités d'anticipation logistique, pour l'eau, l'hygiène, l'alimentation.
- les modalités de communication spécifiques à la crise.
- les permanences.
- la répartition des personnes hébergées selon la gravité et les caractéristiques architecturales(dortoirs/lits sains, dortoirs/lits malades).
- le fonctionnement prévu pendant la journée, la convivialité, le confinement, la tolérance sociale.
- l'organisation et les modalités de réponse aux situations de crise ou d'incidents, violences, aggravations sanitaires et recours envisageables (en particulier la consommation ou l'interdiction d'alcools doivent être envisagés de façon très concrète car cela peut-être un événement déstabilisant).
- une fiche réflexe de recueil d'informations journalières, éléments de surveillance et d'évolution.

a) Secteur médico-social et social

La règle du maintien à domicile avec prise en charge thérapeutique le plus longtemps possible sur place doit être appliquée. Le transfert de patients en externe sera réduit le plus possible.

Il faut faire passer le message qu'aucune structure d'hébergement ou de soins ne sera isolée face à l'événement.

Le médecin coordinateur de l'établissement d'hébergement doit devenir prescripteur en cas de crise. Un contingent de médecins spécialistes pourra venir renforcer le personnel médical des établissements médico-sociaux.

- EHPAD : environ 5000 places. Les établissements doivent identifier une zone haute et basse densité.
- Structures avec hébergement pour personnes handicapées : les modalités sont comparables à celles des EHPAD. Il convient de souligner les problèmes particuliers que pourrait poser la prise en charge des personnes handicapées suivies dans des structures sans hébergement.

b) Secteur psychiatrie

Les hôpitaux psychiatriques en cas de pandémie ne pourront pas offrir de capacités d'hébergement de secours.

- Patients hébergés à temps complet : Les mesures de confinement s'appliquent de même qu'aux patients admis dans les centres de post cure, les appartements thérapeutiques ou en accueil familial thérapeutique.

- Patients non pris en charge à temps complet : les équipes sectorisées et non sectorisées intervenant dans les structures accueillant les patients à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de nuit, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), foyer de postcure, accueil familial thérapeutique) et en ambulatoire (CMP, Centre d'accueil et de crise) doivent s'assurer de la continuité des soins en période de pandémie grippale et s'organiser en conséquence en mettant en place :

- la liste des patients vulnérables en considérant que 2 types de risques sont à prendre en considération : décompensation de la maladie mentale par rupture de traitement et non observation des consignes sanitaires liées à la crise en cours,

- la surveillance à distance ou par des appels téléphoniques directs ou auprès de l'entourage et/ou par des visites à domicile des patients habituellement suivis,
- les partenariats entre la psychiatrie et la médecine générale libérale,
- la psychiatrie de liaison.
-

Dans le cadre du plan blanc de chaque établissement, les modalités de suivi par les équipes soignantes de ces populations non hébergées doivent être précisées.

La DASS 75 en partenariat avec le SAMU 75 a organisé une formation/sensibilisation pour l'ensemble du secteur (juin 2008).

b) Secteur des personnes médicalisées à domicile

Face à la longueur de la crise, les médecins libéraux pourront réagir en préconisant l'hospitalisation par anticipation ou une assistance à domicile laquelle pourra être d'ordre sanitaire, social ou les deux pour les sujets porteurs d'une pathologie à risque de complication (ex : personnes âgées de plus de 65 ans atteints d'une ALD).

L'Ordre des médecins et l'URML établiront préventivement un courrier synthétique à l'attention des médecins de quartier pour qu'ils soient attentifs au sein de leur clientèle à ces patients ou personnes vulnérables ainsi qu'aux femmes enceintes, enfants de moins de 2 ans, etc.

2.4.7. Prendre en charge les décès

Le « Plan d'Action Décès Massifs Paris – Ile de France » a pour objectif d'éviter le blocage de la chaîne funéraire en cas de situation de décès massifs survenant dans un contexte où les autorités ne disposent pas de visibilité sur la durée et l'intensité de la crise. Les capacités funéraires existantes sont plus que doublées. Le plan se caractérise par une double dimension :

- départementale, au titre des attributions du préfet de police,
- zonale, au titre des attributions du préfet de zone de défense.

2.4.7.1. Recenser et renforcer les capacités funéraires

	Capacités existantes	Capacités supplémentaires	Total
Chambres funéraires	91	312 (a)	403
Maisons de retraite	52	10	62
Hôpitaux	598	150	748
Fort des Hautes Bruyères à Villejuif	0	500	500
TOTAL	741	972	1713

(a)- dont 150 places en conteneur 25m3 à la chambre funéraire des Batignolles.

Le nombre total de places s'élève à 1713 auxquelles s'ajoutent les 500 places dont dispose l'IML (Institut médico légal). Des mesures complémentaires pourront être prises dès le début de l'épidémie s'il s'avérait que le taux de mortalité était plus fort qu'anticipé.

2.4.7.2. Activer la cellule de coordination

La cellule de coordination est composée de représentants de:

- la Mairie de Paris/Mission funéraire, interface des Services Funéraires de la Ville de Paris et du service des cimetières,
- la sous-direction de la protection sanitaire, autorité de tutelle de l'IML, autorité hiérarchique du service des opérations mortuaires et interface avec la profession médicale,
- la direction de la police urbaine de proximité,
- la direction de la logistique de la préfecture de police,
- fédérations professionnelles du funéraire.

Activée dans les locaux de la préfecture de police (EMZ), la cellule de coordination a pour missions de:

- recenser quotidiennement le nombre de décès,

- assurer l'interface avec les différents acteurs de la chaîne funéraire,
- centraliser les informations provenant des différents acteurs,
- préparer et mettre en œuvre les différentes mesures prévues aux niveaux Alerte et Crise
- élaborer les synthèses quotidiennes.

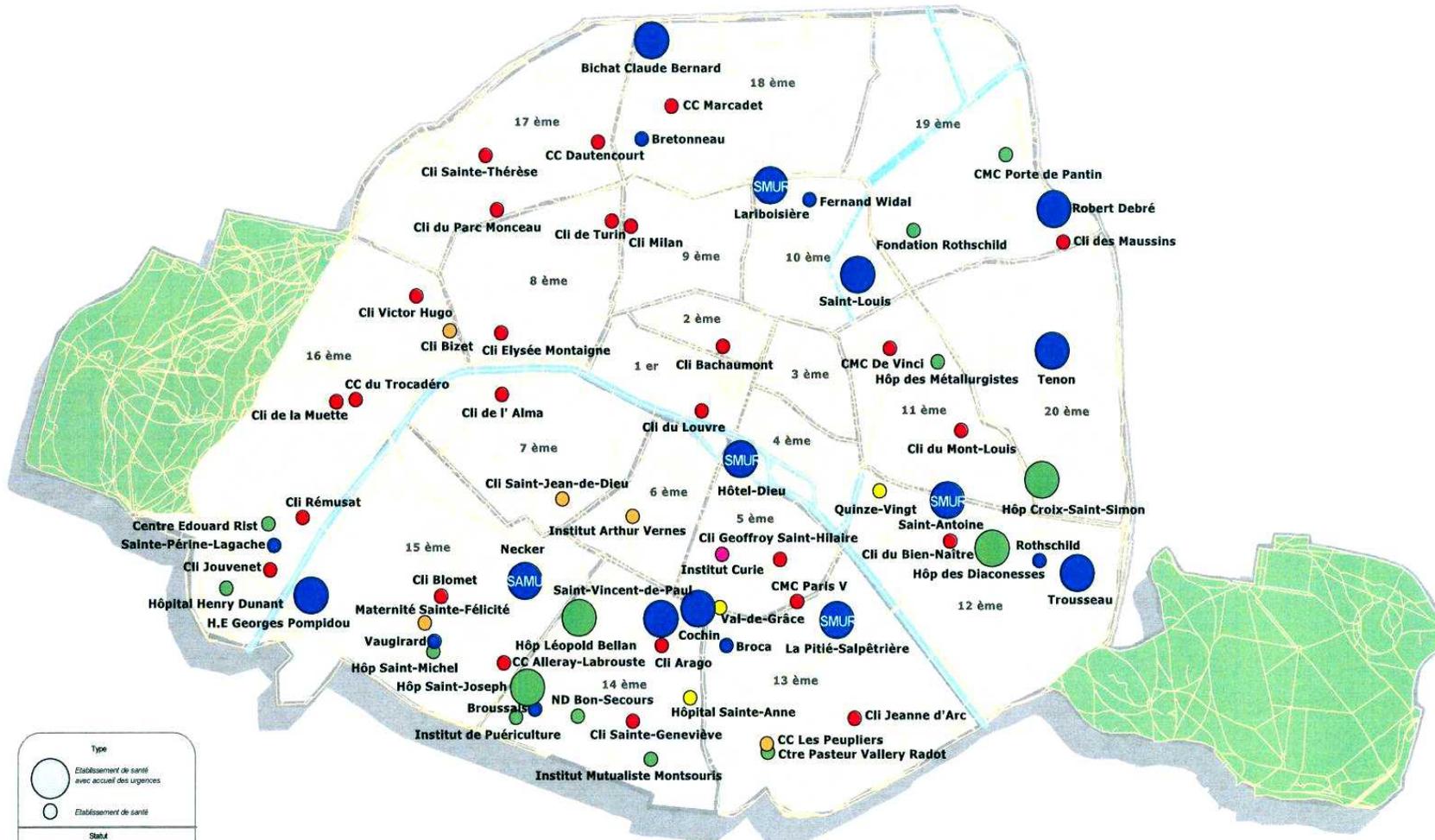
Conclusion

La richesse des échanges depuis le début des travaux où tous les secteurs de santé ont été représentés a permis de jeter les bases d'une organisation anticipative des soins de premiers recours dans des circonstances exceptionnelles.

Si certains des scénarios inscrits au PBE 75 font déjà l'objet de plans bien structurés, en cas de survenue d'une pandémie grippale il conviendra de renforcer tout particulièrement le dispositif ambulatoire et d'impliquer l'ensemble du champ sanitaire et social.

Il est indispensable de prévoir des exercices de simulation périodiques pour tester et améliorer le dispositif retenu.

Etablissements de soins à Paris
Médecine - Chirurgie - Obstétrique



Type	
● (Large Blue)	Etablissement de santé avec accueil des urgences.
○ (Small Blue)	Etablissement de santé.
Statut	
● (Yellow)	Etablissement Public de Santé.
● (Blue)	AP-HP.
● (Pink)	Centre de Lutte Contre le Cancer.
● (Green)	PSPH.
● (Orange)	Etablissement Privé à but non lucratif.
● (Red)	Etablissement Privé lucratif.