

Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001: Enseignements et propositions sur l'organisation des soins

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
Direction de l'hospitalisation

Décembre 2002

INTRODUCTION	4
RESTITUTION DES ENTRETIENS	5
DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DRASS)	5
DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS)	6
AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION (ARH)	8
CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE (CHS) MARCHANT	10
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE TOULOUSE	12
SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU) - CELLULE D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE (CUMP)	13
CLINIQUE AMBROISE PARE	17
UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX	19
EDUCATION NATIONALE (service médical du rectorat)	21
MAIRIE DE TOULOUSE	23
INSPECTION REGIONALE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL	25
COMITE DE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE (Institut de Veille Sanitaire)	27
ASSOCIATION DE VICTIMES	29
LES ENSEIGNEMENTS ET LES PROPOSITIONS	31
A - LES ENSEIGNEMENTS GENERAUX	31
Les moyens de communication	31
Les médias	32
Préparation à la gestion de crise - La formation	32
Les circuits d'information	33
B- LES SERVICES DE L'ETAT: SERVICES DECONCENTRES (DDASS, DRASS), AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION (ARH) ET SERVICES CENTRAUX	33
1- Organisation des service	33
2- Les circuits d'information	35
3- Les moyens matériels	35
4- Les risques environnementaux	36
C- ORGANISATION DE LA CHAINE DES SECOURS	36

1- La chaîne médicale des secours	36
2- L'urgence médico-psychologique	38
3- Les aspects médico-légaux	39

**D- ROLE DES ACTEURS LOCAUX (AUTRES SERVICES PUBLICS,
COLLECTIVITES LOCALES ET TERRITORIALES).** **41**

SYNTHESE ET MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS **42**

CONCLUSION ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

GLOSSAIRE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

LISTE DES ANNEXES ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Contact DHOS :
Dominique Péton-Klein, Directeur de Projet
Mél : dominique.peton-klein@sante.gouv.fr
Tél. : 01.40.56.74.37

INTRODUCTION

Une mission a été diligentée les 28, 29, et 30 mai derniers pour analyser les modalités de traitement des problèmes sanitaires consécutifs aux événements de Toulouse de septembre 2001 (explosion de l'usine AZF).

Son objet, à partir de l'analyse de la conduite des actions sur le terrain, est d'enrichir les réflexions menées au niveau de l'administration centrale et de contribuer à la démarche d'élaboration de recommandations nationales.

La mission conduite par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins associait la direction générale de la santé et le service du haut fonctionnaire de défense

Dans ce contexte, la mission a procédé à un certain nombre d'entretiens sur place avec les principaux acteurs du système de santé. Trois axes ont été retenus :

- l'état de préparation avant la crise dont ces institutions ont pu bénéficier,
- le comportement face à l'événement et la gestion de crise,
- la sortie de crise et la " post-crise ".

La mission a pu constater la très grande disponibilité des personnes rencontrées, l'extrême sensibilité de ces personnes à l'évocation de cet événement 8 mois après sa survenue et la très grande précision des faits relatés.

Le présent rapport de synthèse rend compte de la mission selon la méthodologie suivante :

- Restitution des entretiens par institution
- Analyse des enseignements et propositions

Mise en œuvre des recommandations

Restitution des entretiens

Les institutions rencontrées ont été sélectionnées en fonction de leur implication particulière dans le dispositif d'organisation des soins.

Ces restitutions font état pour chacune d'entre elles de la préparation de celles-ci à une situation de catastrophe, des réactions au moment de l'accident et de la gestion de la post crise.

Sont joints en annexes les rapports établis par certaines d'entre elles relatant les faits et précisant leurs remarques, leurs interrogations et leurs propositions.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DRASS)

Personnes rencontrées

Jean Pierre RIGAUX, directeur régional des affaires sanitaires et sociales

Mme CAPDEVILLE, médecin inspecteur régional

M. CHOISNARD, ingénieur régional du génie sanitaire

Préparation à une situation de crise

Réglementairement les DRASS ne sont pas impliquées dans une situation de catastrophe. Elles sont cependant généralement mises à contribution lors des exercices et peuvent participer aux permanences.

Le DRASS ne fait pas partie de la cellule de crise préfectorale.

De fait les personnels d'encadrement (directeur, médecin inspecteur de la santé publique, ingénieur sanitaire ou inspecteurs) ont souvent, du fait de leurs fonctions antérieures, eu connaissance des règles générales de fonctionnement à suivre dans ce type de situation.

C'est ainsi que le DRASS, qui dut gérer en tant que directeur de DDASS, il y a quelques années, les conséquences des inondations de Vaison-la-Romaine, connaissait ces règles.

Réactions face à la survenue de la catastrophe

Ont été observés :

- A 10h17 une déflagration a été ressentie dans tout l'immeuble. Le personnel de la DRASS a évacué les lieux. Aucune sirène n'a été déclenchée.
- Dans les minutes qui ont suivi, le DRASS a reçu une communication téléphonique du CHS Marchant l'informant de la destruction de l'établissement. Toutes les communications téléphoniques ont ensuite été coupées.
- A 10h30 le DRASS informe le DDASS, par le réseau Rimbaud, qu'il se rend à la cellule de crise de la préfecture et propose de le rejoindre.
- A 11h le personnel a rejoint son domicile. Seuls les cadres de direction sont restés présents.
- A 12h connaissance de l'ampleur de l'explosion, début des investigations et information des autres DDASS de la région.

Organisation mise en place

La DRASS s'est mise à disposition de la DDASS. Une mutualisation des moyens DDASS, DRASS a été mise en place notamment pour assurer la permanence de la cellule de crise de la préfecture (COD).

Une cellule de permanence au sein de ses propres locaux a fonctionné jusqu'à 23h le 21 septembre

La DRASS a assurée une responsabilité particulière, vis à vis de l'agence de bassin, pour l'organisation des liaisons avec les services régionaux et départementaux et pour le suivi de la situation du CHS

La permanence de la DRASS a en outre fourni au COD :

- une documentation sur les substances produites par l'explosion notamment le phosgène
- des plans de la ville avec les différents sites de captage et de surveillance des eaux
- les éléments rédactionnels des communiqués de presse sur l'eau ou l'air

Gestion de la " post crise "

Le début de la post crise se situe au lendemain sachant que les permanences mixtes ont été maintenues et que les actions se sont surtout orientées sur les difficultés sociales et l'attribution de fonds de secours ainsi que sur les difficultés rencontrées pour l'organisation de l'aide médico psychologique.

Le personnel de la DRASS a été informé dès le lundi de la situation.

Depuis la survenue de cet événement, des réflexions ont été engagées sur la base des constats effectués :

- l'élaboration d'une dizaine de fiches réflexes sur les conduites à tenir sont en cours d'examen notamment par le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) réunissant les directeurs des DDASS et le DRASS de la région
- la mise à jour des fichiers des établissements de santé est finalisée
- en interne, la DRASS mais l'accent sur la nécessité d'une coordination interdépartementale, d'une définition des rôles des uns et des autres (DDASS, DRASS et ARH), d'une définition des circuits d'information, de la mise en place d'une meilleure coordination entre les services du ministère.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS)

Personnes rencontrées:

Michel DUMUCHOWSKI, directeur départemental
Claudie CATEX, directrice adjointe (fonction de directeur par intérim au moment des faits)

Bruno LOPEZ, Ingénieur sanitaire
Gisèle PONTRoue, médecin inspecteur de la santé publique

Etait également présent

Emmanuel FORRICHON, directeur adjoint de la DRASS

Préparation à une situation de catastrophe

Le rôle des DDASS dans les situations de catastrophe est défini par la réglementation. Le DDASS fait partie de la cellule de crise de la préfecture. Son champ de compétence le conduit à intervenir notamment dans les domaines sanitaire,

social et environnemental dans le cadre des missions qui lui sont confiées.
La DDASS participe à tous les exercices locaux ou nationaux.
Le DDASS par intérim ainsi que le personnel d'encadrement et le personnel technique (médecin inspecteur de la santé, ingénieur sanitaire et pharmacien inspecteur) connaissaient les règles générales à observer.
Réactions face à la survenue de la catastrophe

Ont été observés successivement:

- une explosion de grande intensité
- des bris de vitres et des cloisons effondrées
- le déclenchement du système d'alerte (sirènes) interne à la DDASS
- la coupure des réseaux téléphoniques

Le déclenchement des sirènes a été suivi de l'évacuation du personnel, celle-ci répondant aux consignes de sécurité incendie et aux consignes d'exercices. Le personnel s'est retrouvé dans la rue.

Les mesures prises:

- le personnel a été autorisé à quitter les lieux (malgré les consignes de confinement)
- le personnel de direction (cadres et secrétaires) est resté sur place
- suite à l'appel du DRASS (sur la ligne Rimbaud) le directeur par interim, le MISP et l'IS se sont rendu à la cellule de crise de la préfecture (COD)
- une permanence a été mise en place à la DDASS et au COD de la préfecture 24h/24. Cette permanence a été assurée en lien avec le personnel de la DRASS

Conduite des actions

Les actions conduites par la DDASS ont portées :

- sur les risques environnementaux (identification des risques chimiques, pollution atmosphérique (volet information de la population), pollution des eaux potables). Les données ont été recensées avec l'aide de la DGS. Une cellule spécifique interministérielle a été mise en place sous la coordination de l'ingénieur sanitaire de la DDASS. Cette cellule avait également en charge sur ces sujets la gestion de la communication. Sur ces questions la DDASS souhaite la mise en place d'une concertation avec la direction régionale de l'industrie et de la recherche (DRIRE), le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et l'observatoire régional de Midi-Pyrénées (ORAMIP)
- sur l'état des lieux des places de soins disponibles dans la région et hors région

Il convient de noter que :

- l'absence de mise à jour des fichiers concernant les données relatives aux établissements de santé, et l'absence de coordination des recherches menées à cet égard par des personnes du SAMU présentes au COD et le médecin inspecteur de la DDASS, n'ont pas facilité cette action,
- l'absence de système d'identification n'a pas permis d'avoir une connaissance précise du nombre de victimes et de leur suivi,

- en ce qui concerne le secteur social, la présence importante de bénévoles aurait nécessité un encadrement plus rigoureux et des consignes d'organisation claires
- l'intervention d'institutions telles que l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) devrait être coordonnée dans un schéma global

Gestion de la " post crise "

Dès le samedi 22 septembre, la DDASS a commencé à procéder à un état des lieux des établissements médico-sociaux et sociaux, celui des établissements de santé étant assuré par l'ARH.

Des réunions de coordination ont été mises en place pour encadrer différentes initiatives concernant la mise en place de l'aide médico-psychologique

En interne :

Plusieurs réunions ont été organisées en interne à la DDASS dès le lundi 24 pour rassurer et informer le personnel.

Une aide médico-psychologique a été mise en place immédiatement, son action s'étant poursuivie dans les jours qui ont suivis.

La DDASS au terme de cet événement a été amenée à établir plusieurs constats relatifs à :

- l'équipement matériel (TV, radio, moyens de locomotion....)
- l'organisation des services déconcentrés et de l'ARH
- la mise en place de procédures simples
- aux circuits d'information, à la communication

Certaines de ces questions sont à l'étude d'autres n'ont à ce jour pas encore été abordées.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION (ARH)

Personnes rencontrées :

Pierre Gauthier, directeur de l'ARH
 Philippe Rognier, chargée de mission
 Christine Fraboul, secrétaire générale
 Valérie Hannon, chargée de communication
 Véronique Surel, chargée de mission

Etaient également présents

Emmanuel Forrichon, directeur adjoint de la DRASS
 Monsieur Moscovici, inspecteur principal à la DDASS

Préparation à une situation de catastrophe

Les agences régionales de l'hospitalisation ne bénéficient pas de préparation à une situation de catastrophe n'étant pas réglementairement incluses dans les dispositifs existants (plan Orsec, plan rouge...etc)

Pour autant, leurs missions les conduisent à être partie prenante de ce dispositif du fait de leur connaissance des établissements de santé. Par ailleurs, la gestion des conséquences mêmes de ce type de catastrophe sur le dispositif de soins, notamment en post crise, relève bien des ARH (immobilier, organisation des soins, état des lieux, aide financière...etc)

Aucune organisation spécifique n'avait été prévue à l'ARH de la région Midi-Pyrénées.

Les actions l'ont été à partir de l'expérience des personnels ayant eu à connaître ce type de situation de part leurs fonctions antérieures.

Réactions face à la survenue de la catastrophe

Du fait d'une présence réduite du personnel de l'ARH au moment de l'accident et en l'absence du directeur en mission à Lyon, l'ARH a mis quelques heures à trouver sa place dans le dispositif.

Les communications téléphoniques ont été interrompues quelques minutes après l'explosion et n'ont été rétablies que vers 20h. Les seuls vecteurs disponibles étaient le réseau Rimbaud, les vélos et les coursiers.

Au moment de l'explosion, le personnel a été évacué pendant une demi-heure avant de regagner ses locaux.

Les préoccupations vont se centrer sur l'identification de l'explosion et la nécessité de dresser un état des lieux pour les établissements de santé qui, compte tenu des difficultés de communication terrestre, sera, la première journée, assez imprécis.

Il convient de noter que :

- l'ARH a été l'interface pour la transmission des informations entre le ministère (notamment la DHOS) et les services de tutelle. Lorsque les lignes sont rétablies l'ARH sera le point de convergence des demandes d'informations des cabinets, de la DHOS et de différents services du ministère
- elle a été l'interlocuteur privilégié des cliniques privées durant cette première journée
- l'état des lieux a été conduit personnellement par le directeur et un de ses chargés de mission

Constat sur la méthodologie utilisée pendant la gestion de cet événement

- Organisation interne :

- les ARH ne rentrent pas dans le dispositif de cellule de crise de la préfecture (COD), ce qui crée des problèmes de positionnement
- les moyens de communication en place doivent être revus. Les ARH devraient être dotés d'un matériel de transmission autonome (téléphone portable satellitaire)
- Il serait opportun de revoir l'organisation interne (DDASS, DRASS, ARH) et de définir une ligne de conduite précisant le rôle des uns et des autres. L'organisation actuelle est génératrice de doublons au niveau local et de confusion pour les établissements de santé. L'ARH doit pouvoir intervenir en appui de la cellule de crise.
- les circuits de transmission de l'information doivent être définis préalablement avec le niveau national
- la visite des autorités a quelque peu saturé les disponibilités d'une équipe réduite.

- Vis à vis des établissements de santé

Si la nécessité d'évacuer l'hôpital de Ranguel s'était confirmée, la difficulté aurait été de trouver des capacités en lits disponibles :

- les établissements de santé publics et notamment le CHU ont bénéficié d'acquis préalables (SAMU 31). Les établissements privés se sont mobilisés spontanément. Il importe que les cliniques aient également des plans

d'organisation en cas d'afflux de victimes (plan blanc). C'est une demande de leur part.

- l'organisation de l'accueil médico-psychologique doit être revue en Haute-Garonne.
- l'identification des victimes doit être organisée
- la communication avec la presse dans ce type de situation doit être également définie vis à vis des établissements de santé

L'envoi d'un représentant de l'administration centrale en la personne de Jean-Pierre Coll a été perçu comme très important, déjà par sa seule présence, et a permis une évaluation immédiate de la situation au CHS Marchant

Gestion de la " post crise "

L'action essentielle engagée dès le lendemain a porté sur l'état des lieux des conséquences de cet accident sur les établissements de santé et sur une première évaluation matérielle des dégâts.

La seconde action a porté sur la coordination de l'organisation de l'aide médico-psychologique

Depuis cet événement une proposition d'organisation de l'accueil des urgences a été faite aux établissements de santé publics et privés. A ce jour les négociations sont toujours en cours.

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE (CHS) MARCHANT

Personnes rencontrées :

M. DARDE, directeur

Mme SAHAL, directrice adjointe qualité/informatique

M. FABREGUETTES, directeur adjoint finance/administration

M. LECUSSAN, responsable de la sécurité

Préparation à une situation de catastrophe

Une réflexion préalable avec étude de diagnostic avait été développée en 1999 en interne et avait conduit à la mise en place de l'organisation générale d'un plan de gestion de crise en cas de survenue d'un événement exceptionnel touchant l'établissement.

Dans le même temps, le CHS avait été concerné par les travaux pilotés par les services de l'Etat en cas de mise en œuvre du plan ORSEC lié aux activités du pôle chimique.

Dans tous les cas, les consignes qui avaient été élaborées étaient fondées sur un scénario donnant une place importante au CHS en tant que plate-forme potentielle d'accueil des victimes. Dans ces conditions, le CHS avait pris des dispositions pour :

- assurer le rappel du personnel soignant en cas d'urgence,
- accueillir un afflux massif de victimes.

Aucune mesure n'avait été prise pour faire face à une destruction totale ou partielle de l'établissement nécessitant un transfert de tout ou partie des personnels malades et soignants.

Toutefois, la sensibilisation du personnel du CHS à un accident chimique majeur se limitait à l'information d'alerte (affichettes ou tracts) dispensée par les responsables des usines de la Grande Paroisse.

Réactions face à la survenue de la catastrophe

Le système d'alerte (sirène) n'a pas fonctionné.

Ont été observés successivement :

- une double explosion de grande intensité,
- des bris de vitres généralisés ainsi que de nombreux dégâts matériels (arrachements de portes et fenêtres, chutes de plafonds),
- des retombées abondantes de poussières et des projections de matériaux divers,
- un nuage jaune à fort développement vertical,
- un grand silence et un obscurcissement du ciel,
- la coupure des réseaux d'électricité et de téléphonie.

La première réaction de l'ensemble des personnels a été d'évacuer les bâtiments dévastés, sans se soucier des risques toxiques possibles. La directrice adjointe prend alors en charge immédiatement la direction des opérations internes à l'établissement.

Dans un premier temps :

- elle constitue autour d'elle une cellule de crise organisée à partir de l'équipe de direction et réunissant un responsable médical, le responsable de la sécurité et le responsable de la logistique,
- elle parvient à alerter par téléphone le DRASS (M. Rigaux) et les services de secours (le 18) avant la coupure définitive du réseau RTC,
- elle fait investiguer systématiquement les locaux du CHS pour :
- faire évacuer les derniers occupants et organiser leur regroupement,
- recenser les dégâts,
- elle fait procéder à un double regroupement à l'intérieur du site avec l'aide des personnels soignants :
- les personnes valides à l'arrière de l'établissement dans une zone disponible,
- les blessés à l'entrée du CHS à proximité du service des urgences et de la pharmacie.

Dans un deuxième temps, elle organise la " survie " des personnes tout en étant coupée de toute information extérieure relative à la gestion de l'événement :

- organisation de la restauration sur place des pensionnaires et distribution d'eau embouteillée. Il apparaît rapidement que la seule entreprise laitière susceptible d'être appelée à contribuer à l'approvisionnement en eau potable est défaillante. Le CHS ne dispose pas d'un plan " ressource en eau " précisant notamment les entreprises aptes au transport de liquides alimentaires ;
- mise en place d'une cellule de communication avec participation du personnel pour tenter d'informer à partir d'un point de situation effectué par la cellule de crise toutes les heures, et surtout pour rassurer toutes les personnes retenues au CHS ;

- recherche de places d'accueil et organisation du transfert des patients (300) accompagnés par les personnels soignants (200).

A 13 h, la cellule de crise était en mesure de faire évacuer :

- les arriérés profonds vers l'établissement de La Roquette,
- les enfants vers l'établissement de Auterive,
- les détenus vers leurs centres de détention respectifs,
- les sortants vers leurs familles respectives.

Dans le même temps, le centre opérationnel départemental de la Préfecture et la DDASS prennent des contacts pour rechercher des places sans que le CHS puisse être informé des démarches en cours.

A 16 h, le directeur, M. DARDE, se rend à la DDASS pour rendre compte de la situation.

L'évacuation totale du site interviendra ensuite avec le concours du SAMU 82 arrivé vers 17 h et se poursuivra jusqu'à 22 h vers les 39 structures d'accueil retenues. A noter également que deux agents de l'Etat, M. MOSCOVICCI de la DDASS et M. COLL de la DHOS se sont rendus sur le site du CHS et ont contribué à faire remonter de l'information vers leurs autorités respectives.

Dans le même temps, il convient de souligner que le SDIS de Toulouse avait installé un PMA à l'entrée du CHS où étaient triées les victimes en provenance de l'usine AZF. Cette structure n'a jamais fonctionné au profit des victimes du CHS.

Gestion de la " post-crise "

Pour ce qui concerne le CHS Marchant, la post-crise a débuté dès la fin de l'évacuation de l'établissement et dure encore.

L'action de la direction s'est manifestée en priorité en direction du personnel de l'établissement. Deux assemblées générales du personnel ont été tenues le samedi 22 et le dimanche 23 septembre.

Un accompagnement médico-psychologique a été mis en place dès le samedi et s'est prolongé pendant un mois.

Sur le plan matériel, du personnel volontaire du CHS recevant un appui logistique de la Croix-Rouge s'est attaché à mettre les bâtiments du CHS en sécurité à la fois pour éviter une aggravation des dommages et pour préserver des actes de vandalisme. Actuellement, alors que les patients pris en charge en dehors du CHS commencent à y revenir, la direction de l'établissement s'attache à retrouver un cadre fonctionnel permettant la reprise progressive des activités au niveau prévalant avant le 21 septembre.

Depuis la survenue de l'événement, aucun enseignement n'a véritablement été tiré de manière systématique en collaboration avec les pouvoirs publics et les entreprises subsistant dans le pôle industriel chimique voisin.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE TOULOUSE

Personnes rencontrées :

Daniel MOISNARD, directeur général
Jean-Marie ICHE, directeur de l'hôpital de Rangueil

Enseignements tirés de la catastrophe

Le directeur général a fait état de la situation au moment de la crise. Dès 10h30, la commission de sécurité a engagé un état des lieux des différents sites, les liaisons étant assurées par talkie-walkie au sein et entre les différents sites de l'établissement. Unesynthèse a été faite sur les forces et les faiblesses constatées lors de cet événement. Un dossier très précis (joint en annexe) rapporte ces observations et les propositions d'amélioration.

Les points forts de l'établissement ont été :

- d'avoir deux services d'accueil des urgences (SAU), donc deux plateaux techniques, l'un à l'hôpital de Ranguel le second à l'hôpital de Purpan. En effet les dégâts matériels importants sur le site de Ranguel ayant rendu le plateau technique inutilisable celui de Purpan a permis d'assurer l'accueil des victimes,
- d'avoir bénéficié d'un personnel important, l'heure de l'accident étant intervenue au moment du chevauchement de deux équipes,
- enfin d'avoir bénéficié depuis de longues années d'une préparation à ce type de situation

Les principaux points faibles abordés sont relatifs :

- aux problèmes des communication téléphoniques et des logiciels informatiques,
- à la difficulté de gestion des personnes bénévoles,
- à l'identification et au suivi des victimes,
- aux difficultés rencontrées pour l'information des familles des personnes décédées,
- à la carence en produits médicaux,
- à l'absence de 50% des anesthésistes réanimateurs en congrès à Paris,
- au problème de coordination des cellules de crise au sein du CHU,
- à l'organisation de l'urgence médico-psychologique,
- aux problèmes de stationnement automobile

Tous ces éléments ont été analysés et ont fait l'objet de propositions d'amélioration

SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU) - CELLULE D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE (CUMP)

Personnes rencontrées :

Pr Virenque, directeur du service d'aide médicale urgente (SAMU)
Dr Franck, responsable de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)

Préparation a une situation de catastrophe

Le plan particulier d'intervention :

Suite à la catastrophe de Seveso et à la circulaire européenne du 24 juin 1982, des plans particuliers d'intervention (PPI) ont été élaborés. Ces PPI déclinent les mesures à mettre en oeuvre lorsqu'un accident dépasse la limite géographique d'une entreprise classée " risque Seveso ". Un PPI existait pour l'usine AZF depuis le 30 juin 1989, mais ne prévoyait que le risque chimique. Le risque d'explosion n'avait pas été envisagé.

Le plan rouge existe dans le département de Haute Garonne depuis le 15 septembre 1992

Le plan blanc du CHU de Toulouse avait été revu en 1998 à l'occasion de la coupe du monde de football

Diffusion de consignes individuelles de secours au personnel de l'usine et à la population du quartier.

Essais de sirènes effectués chaque mois ainsi que des essais d'un réseau radio (destiné à faciliter l'alerte et la synchronisation des secours)

Exercices annuels dans les établissements industriels classés Seveso dans le département, dans le cadre d'un plan d'organisation interne (POI), sous la responsabilité du directeur de l'entreprise, en lien avec le PPI

En principe, la stratégie de réponse à une catastrophe industrielle avait été élaborée et testée, mais le risque d'explosion n'avait pas été envisagé pour cette usine.

Réaction face a la survenue de la catastrophe

La description des évènements et de la séquence de l'explosion à partir de 10 heures 17 le 21 septembre 2001 (avec ses différentes phases : onde de choc, onde sismique, onde atmosphérique), puis l'apparition d'un nuage odorant et inquiétant se déplaçant au nord-ouest de la ville sont décrites dans le document remis par le SAMU (annexe °).

L'alerte :

- ni les sirènes, ni le réseau radio n'ont fonctionné, probablement endommagés par l'explosion,
- appels multiples sur les numéros d'appels d'urgence (15,16 18) dans les premières minutes signalant des explosions dans de multiples endroits de la ville,
- interruption des communications téléphoniques pendant plusieurs minutes

Constat :

- impossibilité dans les premières minutes de localiser l'origine de l'explosion
- départ d'équipes de reconnaissance (police, pompiers, SAMU) pour tenter de localiser le site de l'explosion. Il est précisé que les équipes de police et des SMUR étaient parties sans les équipements de protection chimique. Les pompiers avaient des tenues de protection permettant de tenir 20 minutes.

Le site de l'explosion a été localisé à 10h 30 (soit 13 minutes après l'explosion) et le plan rouge déclenché à 10h 40.

Reconnaissance, premier bilan :

catastrophe industrielle :

- catastrophe routière (nombreux accidents sur la rocade, 300 véhicules impliqués)

- catastrophe urbaine : nombreux quartiers touchés, victimes réparties dans une zone étendue

Dans un contexte de difficultés de communication et de déplacements :

- rupture des communications téléphoniques, qui seront rétablies partiellement et progressivement (totalement rétablies 12 heures après la catastrophe)
- embouteillages : les gens affolés, sans nouvelle, tentant de rejoindre leurs proches : départs du site ou du quartier de victimes allant au devant de secours ou d'impliqués, ou tentant de rejoindre leur domicile ou leurs enfants
- difficultés pour les services de secours de faire une synthèse au niveau des centres de régulation de la police, des pompiers et du SAMU pendant au moins une heure
- risque toxique immédiat, estimé d'après l'état clinique des premières victimes, apparaît tolérable

Mise en place de l'organisation des secours :

sur le site de l'explosion :

- 1146 pompiers provenant de 13 SDIS se sont mis en place en moins de 12 heures,
- grand nombre de secouristes (excessif par rapport aux besoins, mais qui permettront d'assurer la relève),
- médecine de l'avant mise en place sur le site de l'usine ainsi que sur d'autres sites , mais difficultés pour regrouper les victimes,
- installation du poste médical avancé (PMA) : les sites retenus dans le PPI tenant compte de la direction du vent dans l'hypothèse d'un risque chimique ou toxique ont été détruit par l'explosion. Il a donc été nécessaire de chercher une autre implantation, qui a été trouvée à 2 km du site de l'explosion, dans un centre de formation professionnelle. Le fonctionnement a été globalement satisfaisant. Deux problèmes ont été mis en évidence (absence de signalétique et d'identification du personnel, absence d'un vrai point de transit retardant l'engagement des SMUR périphériques)

Des PMA " officieux " se sont spontanément mis en place (CHS Marchant, commissariat du Mirail, salle Mermoz). Ils ont permis la prise en charge d'un grand nombre de blessés, évacués dans un second temps, sans régulation, vers des établissements de santé

La petite Noria s'est organisée spontanément avec essentiellement des ambulanciers privés, mais aussi des véhicules de particuliers

La grande Noria a été assurée par les ambulanciers privés conventionnés avec le SMUR 31 ainsi que des ambulances des sapeurs pompiers. La médicalisation s'est faite à la demande. Rapidement, d'importants moyens d'évacuation aérienne (17 hélicoptères, 6 avions) ont été mis à disposition. Quatre évacuations aériennes héliportées ont eu lieu

Le commandement :

- mise en place rapide à la préfecture du commandement opérationnel du plan rouge avec un PC opérationnel, mais ce dernier n'étant pas inter services (SDIS, SAMU...) se sont posés des problèmes de maîtrise des télécommunications

- la cellule de crise du SAMU, avec dédoublement de la régulation, a été activée 10 minutes après l'explosion. Mais les moyens se sont révélés insuffisants en fax et informatique, alors que d'autres n'ont pas été suffisamment exploités
- le CODIS départemental a été activé à la préfecture, mais les liaisons CODIS-SAMU ont été peu exploitées
- le recensement national d'établissements spécialisés en réanimation fait par le SAMU de Paris

La gestion des hôpitaux a été rendu difficile du fait :

- des difficultés de liaison interne avec les SAU liées aux problèmes du réseau de télécommunication
- de l'accaparement du commandement par les visites des autorités et par les médias

Accueil au CHU :

Difficultés rencontrées :

- Le plan blanc de l'hôpital Purpan n'était pas mis à jour compte tenu de l'ouverture récente du service d'accueil des urgences (SAU)
- Le SAU de l'hôpital de Rangueil était en travaux
- difficultés de communication
- 60 anesthésistes et urgentistes étaient au congrès de la SFAR à Paris

Mais :

- une mobilisation importante du personnel
- l'arrivée des blessés au moment du changement d'équipes (d'où un grand nombre de personnels présents sur place et pas de nécessité de faire appel aux listes de permanence). Les difficultés ont été plutôt de gérer le personnel en surnombre.

Le rapatriement des anesthésistes et urgentistes par avion militaire, ce qui a permis à partir de 17 heures de renforcer les équipes présentes sur place

- 45 blocs opératoires pendant 36 heures ont permis de prendre en compte plus de 150 blessés
- 782 blessés au total accueillis au CHU

Accueil dans les autres établissements :

24 cliniques et hôpitaux de l'agglomération toulousaine ont permis la prise en charge des autres blessés (soit plus de 1500)

Organisation de l'aide médico-psychologique d'urgence :

La CUMP a été rapidement mise en place et opérationnelle pour l'accueil des familles des décédés, mais l'accueil et l'orientation des autres victimes et de la population n'a pu se dérouler de façon satisfaisante compte tenu d'effectifs insuffisants

Difficultés pour répondre à la demande des entreprises

Problèmes de coordination avec l'initiative de la municipalité de mise en place d'aide médico-psychologique :

Enseignements tirés de la catastrophe :

- inadaptation des plans de secours prévus ayant contraint à une improvisation tactique pour assurer la réponse
- montée en puissance rapide des secours, mais problèmes de surdimensionnement de ceux-ci parfois difficile à gérer
- problème de gestion des bénévoles
- beaucoup de " hardiesse " personnelle, parfois à la limite de l'inconscience
- nécessité de revoir les plans particuliers d'intervention (PPI)
- nécessité de mettre à jour les plans blancs
- nécessité de revoir les systèmes de télécommunication

CLINIQUE AMBROISE PARE

Personnes rencontrées :

Mme LENIR, directrice de l'établissement

Docteur Jean THEVENOT, chirurgien obstétricien

Mme Christine CAVALLIN, responsable des affaires générales et de la qualité

Préparation à une situation de catastrophe

L'implication de la clinique dans le dispositif d'organisation des soins à l'occasion de la coupe du monde de football en 1998 avait permis à l'encadrement de l'établissement de se préparer à la gestion d'un événement exceptionnel de grande ampleur.

Au-delà, la clinique n'étant pas intégrée dans le réseau de soins à mobiliser en urgence et se trouvant en dehors du périmètre des risques chimiques, aucune disposition particulière n'avait été prise ni pour la clinique, ni pour son personnel ou ses malades en cas de survenue d'un événement catastrophique affectant significativement le fonctionnement de l'établissement.

Réactions face à la survenue de la catastrophe

Ont été observés successivement :

- une double explosion de grande intensité laissant penser à la survenue d'un accident sur la bâtiment principal de la clinique,
- des bris de vitres et quelques dégâts matériels (plafonds),
- le développement d'un nuage jaune dans la direction du pôle chimique (Sud-Est),
- la perte des réseaux téléphoniques RTC et GSM. Seule une proche voisine disposait d'un accès téléphonique qu'elle a mis à disposition de la clinique.

Un seul blessé sur place par projection de morceaux de verre a été relevé. D'autres résidents du quartier, blessés également, se sont présentés spontanément à la clinique.

Immédiatement, la directrice a pris un ensemble de mesures conservatrices et pratiques pour organiser l'accueil et la fourniture des soins aux personnes arrivant massivement à la clinique :

- état de lieux et analyses des capacités disponibles,
- organisation des services (rééducation fonctionnelle, ophtalmologie, ORL, pédiatrie, ambulatoire, etc ..) pour faire face à un afflux massif et aux soins d'urgence,
- interruption des interventions programmées (seuls les accouchements ont été assurés) et sortie des patients valides,
- maintien de la disponibilité d'une salle d'opérations pour les interventions lourdes,
- mise en place d'un dispositif d'accueil et de triage à l'entrée de la clinique,
- organisation de la coopération avec la pharmacie d'officine voisine et répartition des tâches données aux personnels soignants bénévoles (médecins, infirmiers) offrant spontanément leur assistance.

A partir de ce schéma d'organisation fonctionnelle, l'ensemble du dispositif a fonctionné sans interruption et avec le renfort des équipes de relève l'après-midi et en soirée pour traiter au moins 500 blessés (le comptage n'a pas été effectué dans la première heure) et en hospitaliser 40.

Il convient de noter que :

- le processus d'identification des victimes n'a été mis en place que vers 16 heures, à partir d'une initiative coordonnée par le SAMU 31,
- l'ensemble des personnes directement concernées, soignants comme victimes, ont manifesté une très grande solidarité et beaucoup de discipline,
- les victimes, et notamment les plus gravement atteintes, se sont montrées particulièrement dociles, facilitant ainsi largement les tâches des soignants,
- en revanche, la clinique a dû gérer un grand nombre de comportements de panique, voire hystériques, chez des personnes valides qu'elles soient résidentes du quartier ou membres des familles des victimes. Cette situation a entraîné une très forte demande d'aide sociale et psychologique avec prise en charge des personnes au niveau des points d'accueil organisés par la mairie dès le 22 septembre.

Les deux premières heures de l'opération se sont déroulées pratiquement en isolement total du monde extérieur, si ce n'est quelques informations éparses, et pas toujours cohérentes entre elles, fournies par les victimes ou les pompiers.

Les premières communications ont pu être rétablies vers 13 heures (contact avec l'ARH qui a relayé vers le COD puis vers la mairie). Cela a conduit l'équipe de direction de la clinique à travailler en autarcie quasi complète sans lien avec la direction des secours pour la catastrophe et l'organisation des soins.

Gestion de la " post-crise "

Pour ce qui concerne la clinique Ambroise Paré, le début de la post crise peut être situé dès le samedi 22 septembre, lendemain de l'événement

La clinique avait tout remis en ordre dans la nuit du 21 au 22 et a continué à recevoir quelques blessés dans la journée du 22.

La première action engagée par la direction a été de mettre en place une cellule d'appui psychologique de 4 personnes, d'abord au profit du personnel de la clinique qui ressentait un très fort besoin de s'exprimer après le choc et la tension due à la

survenue de l'événement, ensuite au profit des résidents du quartier. Cette démarche d'accompagnement s'est prolongée pendant deux mois.

La deuxième action a porté sur les réponses à apporter aux victimes soucieuses d'obtenir les informations et documents nécessaires à la constitution de leur dossier de soins et de prise en charge des préjudices. Cette action a été largement pénalisée par l'absence ou l'insuffisance du système d'identification des victimes dès leur premier contact avec la chaîne des secours et des soins.

Depuis la survenue de l'événement, aucun enseignement n'a été véritablement tiré, si ce n'est en interne, de la gestion de cette crise majeure portant sur une catastrophe urbaine de grande ampleur.

Au-delà de contacts d'usage ou de réunions ponctuelles avec les autorités publiques (préfet – ARH) et locales (mairie) et les responsables du CHR, aucune proposition concrète d'organisation du système de soins intégrant des unités privées à fort potentiel n'a été formulée.

UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX

Personnes rencontrées

25 personnes étaient présentes représentant trois cliniques de court séjour, les cliniques psychiatriques et les médecins libéraux

Préparation à une situation de catastrophe

Les cliniques ne sont pas intégrées dans le réseau de soins à mobiliser en cas d'urgence.

Aucune disposition particulière, ni aucun plan n'était préalablement élaboré en cas de survenue d'un événement de ce type

Les médecins généralistes n'ont jamais eu de formation spécifique à ce type de risques et au rôle qu'ils pourraient être amenés à jouer.

Réactions face à la survenue de la catastrophe

Ont été observés :

- une explosion de grande intensité laissant penser à un attentat à proximité
- des dégâts matériels plus ou moins importants en fonction de l'éloignement par rapport à l'accident
- une coupure des réseaux de télécommunication

a) Les cliniques

Des mesures immédiates ont été prises dans les cliniques :

- l'arrêt de tous les actes programmés sauf les actes chirurgicaux en cours
- la mise en sécurité des bâtiments
- la demande au personnel de rester sur place
- l'organisation d'un poste médical de campagne d'urgence ou d'un espace d'accueil pour faire face à l'arrivée massive de personnes blessées
- la mise en place d'une cellule de crise

Les établissements ont dû gérer :

- une demande importante de masques de la part de la population
- un afflux massif de jeunes arrivant en groupe, venant seuls des lycées et des collèges. Ces arrivées ont nécessité la mise en place d'un accueil spécifique et d'une prise en charge sociale et psychologique

La mise en place d'une organisation spécifique pour les enfants

La mise en place d'un accueil des familles

La fin de la crise se situe aux environs de 16h /17h

Il est à noter :

- La mobilisation exceptionnelle de l'ensemble du personnel, mis à contribution
- Le besoin de mettre en place rapidement un cadre psychologique réservé aux personnels
- La participation très active des personnels des cliniques psychiatriques à l'initiative de la mairie de mise en place de cellules de soutien psychologique. Les psychiatres et psychologues ont été sollicités à plusieurs niveaux :
 - participation à l'accueil des victimes dans les établissements de soins. A ce niveau, ils se sont heurtés aux dispositions réglementaires limitant les capacités d'accueil alors que les possibilités matérielles existaient,
 - mise à disposition de psychologues volontaires dans les cellules organisées par la mairie. A ce niveau, ils ont souffert de l'absence de définition de leur rôle et de leur place dans l'organisation des soins.

Le retard de la mise en place des registres pour les victimes, la priorité ayant été donné dans les premières heures à l'urgence

Les difficultés de communication mais également de planification avec les services de secours ayant conduit à des orientations de patients en inadéquation avec les spécialités des cliniques

L'absence de retour d'information concernant le sort des blessés accueillis dans les cliniques avant d'être réorientés vers d'autres structures

b) Les médecins généralistes

Le médecin généraliste ayant relaté les événements avait son cabinet médical proche du lieu de l'accident

Ses observations au moment de l'explosion rejoignent celles faites précédemment

Les mesures prises :

- Arrêt des consultations
- Prise en charge des victimes se présentant spontanément à son cabinet

Il n'a eu connaissance de l'absence de risque qu'au bout de 2 à 3 heures, étant resté durant cette période dans un état de relatif isolement.

En début d'après midi, il rejoint un VSAB des pompiers et se rend au point de regroupement des médecins situé à proximité du site AZF.

Il constate :

- des moyens en hommes et matériels importants mais un nombre de victimes à prendre en charge limité
- la nécessité d'assurer la gestion des familles à la recherche de leurs membres

Après quelques heures et en l'absence d'activité, il rejoint son quartier et se met à la disposition de la clinique Ambroise Paré.

Gestion de la " post crise "

Concernant les cliniques de court séjour

Le début de la post-crise se situe pour les cliniques le lendemain de cet événement. Hormis la mise en place d'une cellule d'appui psychologique en interne qui a fonctionné pendant plusieurs jours, les cliniques ont repris leur activité dès le lendemain.

Les enseignements tirés de cette catastrophe sont essentiellement aujourd'hui des constats internes. Aucun enseignement sur l'organisation du système de soins et l'intégration des établissements privés dans la chaîne de secours n'a à ce jour été tiré.

Concernant les cliniques psychiatriques

Les cliniques psychiatriques et leur personnel ont été mis largement à contribution du dispositif médico-psychologique initiée par la mairie. Cette action s'est poursuivie pendant plusieurs semaines. Cette organisation s'est mise en place parallèlement à celle initiée par la cellule d'urgence médico-psychologique rattachée au SAMU. Aucun enseignement n'a vraiment été tiré de cette organisation multiple si ce n'est pour chaque structure en interne. Aucune proposition concrète d'organisation de l'urgence médico-psychologique n'a été formulée à ce jour.

Concernant les médecins généralistes

Le début de la post-crise se situe en fin de première journée

Il ressort du vécu de ces événements un sentiment de " frustration " du fait :

- des difficultés à s'intégrer dans la chaîne des secours
- de l'absence de définition de leur rôle
- du constat d'avoir eu des moyens matériels et humains inutilisés, posant la question de la planification de leur emploi,
- du constat d'être resté plusieurs heures sans activité

Aucun enseignement extérieur n'a été retiré à ce jour sur la fonction de proximité et l'intégration des médecins généralistes à la chaîne des secours.

Le seul contact établi depuis ces événements l'a été avec le comité de suivi épidémiologique.

EDUCATION NATIONALE (service médical du rectorat)

Personnes rencontrées :

Monsieur le Docteur Navarro, médecin conseiller du recteur

Madame Banquil, conseillère sociale

Préparation à une situation de catastrophe

Aucune formation particulière à ce type de risques exceptionnels n'avait été faite préalablement. Il conviendra de vérifier l'implication des établissements scolaires proches de la zone à risque vis à vis des plans particuliers d'intervention.

Réaction face à la survenue de la catastrophe

Le médecin du rectorat était à la faculté de Mirail au moment des faits

Ont été observés :

- une explosion laissant penser à un attentat à proximité,
- de nombreux dégâts matériels,
- pas de blessés lourds compte tenu de l'éloignement de la faculté de Mirail du lieu de l'accident,
- le maintien de réseaux téléphoniques contrairement à ce qui a été observé dans d'autres secteurs,
- l'impossibilité de se déplacer, les voies de communication étant saturées, ce qui a empêché pour le médecin conseiller de rejoindre le rectorat.

Les mesures prises :

- ordre d'évacuation de la faculté donné par le Président de l'Université préalablement à l'ordre de confinement venu de la Préfecture,
- contact téléphonique avec la cellule de crise de la préfecture et transmission d'une télécopie pour faire part de la mise à disposition de centres d'accueil au niveau des facultés du Mirail et Rangueil,
- ouverture d'un centre de soins constitué autour de l'unité de médecine préventive de la faculté du Mirail avec un médecin, une secrétaire et la participation des pompiers.

Il convient de noter que :

- le service de médecine préventive n'a pas été utilisé, le contexte de cette journée n'ayant probablement pas permis aux services de secours d'intégrer l'ensemble de ces demandes dans leur organisation,
- de nombreux établissements scolaires se sont retrouvés dans un état de relatif isolement durant cette journée,
- le manque d'informations fiables et l'absence de consignes n'ont pas facilité la prise de décisions sur les mesures les plus adaptées à prendre,
- la très forte capacité d'auto-organisation des établissements et le comportement responsable des élèves, notamment du L.E.P, proches du lieu de l'accident qui avaient reçu une formation de secourisme et ont participé spontanément à l'organisation des secours dans leur secteur,
- la mise en place d'une cellule de soutien psychologique dans les établissements les plus touchés (dès le mardi au lycée Gallieni) qui regroupent 300 élèves issus généralement de milieux défavorisés,
- la visite systématique de l'ensemble des sites d'enseignement touchés (70 primaires – 8 secondaires) pour l'évaluation des dégâts matériels et des conséquences sur les personnes (enseignants et élèves), mais la gestion de certains comportements de panique voire d'hystérie manifeste, aussi bien par

les personnels que par les parents, a nécessité une prise en charge psychologique.

Gestion de la " post crise "

Le début de la post crise se situe le samedi 22 septembre.

Dans un certain nombre d'établissements scolaires même proches des lieux de l'accident se sont retrouvés des parents et des enfants en attente d'informations. Ces cellules médico-psychologiques ont pu être rapidement mises en place dans le cadre des actions menées par la mairie. La fréquentation a été très variable et le bilan de leur action reste mitigé.

Ces visites ont été perçues très positivement beaucoup s'étant étonné de l'absence le jour même de l'accident de représentant de l'administration.

La réouverture des écoles s'est faite le lundi, les enseignants eux mêmes ayant contribué au nettoyage des locaux durant tout le week end.

Depuis cet événement, deux enquêtes sont en cours :

L'éducation nationale a ouvert une enquête entrant dans le cadre des enquêtes HBSC dont l'objectif est la mise en place de programmes de promotion et d'éducation pour la santé. Cette enquête s'inscrivant dans un contexte particulier permettra probablement d'analyser les comportements des élèves suite à cet événement. Les résultats devraient être connus en septembre.

Parallèlement l'InVS souhaite mettre en place une enquête épidémiologique afin d'évaluer et de suivre l'état de santé mentale des élèves. L'interrogation porte surtout, selon les résultats attendus, sur la capacité à assurer les prises en charge nécessaires. Or si 5,6, voir 7% des enfants sont dépistés, la capacité des centres de guidance existants ne permettront pas ce suivi.

Hormis ces enquêtes, aucun enseignement n'a véritablement été tiré sur la gestion de ce type de crise, notamment en lien avec l'ensemble des pouvoirs publics.

MAIRIE DE TOULOUSE

Personnes rencontrées :

Monsieur Jacques Montagut, conseiller délégué
Monsieur François Chollet, adjoint au maire
Monsieur Alexandre Jordan, directeur général adjoint des services
Madame Marie-Claude Remesy, médecin directeur du service communal d'hygiène
Madame Marie Carbonne, médecin petite enfance
Monsieur Alain Segaut, chef de projet de la cellule dédiée

Les documents remis par la mairie sont annexés au présent rapport. Ces documents relatent les faits vécus par les principaux acteurs ayant eu une action dans le domaine de la santé.

Préparation à une situation de catastrophe

Certains personnels de la mairie ont été sensibilisés à ces questions notamment lors de leur participation aux travaux menés sur l'organisation à mettre en place en cas d'inondation importante due à une crue majeure de la Garonne. C'est dans ce contexte qu'une cellule de crise avait été définie (composition, localisation). Ainsi le médecin directeur du service communal d'hygiène savait qu'elle devait se rendre à la cellule de crise mise en place à la mairie.

Mais aucune préparation à un événement lié au risque chimique n'avait été réalisée et

le scénario de catastrophe urbaine de grande ampleur n'avait jamais été pris en compte.

Réaction face à la survenue de la catastrophe

Deux grandes actions ont été menées par la municipalité qui a mobilisé 1200 personnes pour participer à l'organisation des secours dans leur ensemble :

1- La mise en place de cellules de soutien psychologique,.

La mairie s'est très fortement impliquée dans cette action par l'ouverture jusqu'à onze points d'accueil mais également par des actions de consultation à domicile, beaucoup de personnes étant retranchées dans leurs appartements et isolées de toute structure de ce type.

La mairie note la très forte mobilisation du milieu associatif, du syndicat des psychologues mais pose également les limites de cet exercice du fait du manque de garantie du professionnalisme de ce personnel bénévole. Elle soulève la question relative au problème de formation à la victimologie et celle de la relation avec la CUMP.

Il est noté également la mobilisation spontanée des officines de pharmacies ayant apportées un support logistique important.

La mise en place d'un registre des dommages corporels s'est faite tardivement à la demande du SAMU.

2- La mise en place de centres d'accueil et d'hébergement des victimes

La mairie a mis en place dès le premier soir, un premier centre d'hébergement pour l'accueil des populations sans logement.. Quatre centres ont fonctionné pendant deux semaines et l'un d'entre eux à du être maintenu pendant six semaines au profit de personnes très défavorisées.

Ces centres ont soulevé un certains nombre de questions portant sur :

- le rassemblement du matériel nécessaire (eau, biberons, apport de produits pharmaceutiques...),
- la nature même des lieux à retenir ainsi que l'organisation des locaux,
- l'accueil des professionnels et l'organisation des équipes médicales,
- l'accueil des personnes " délicates ",
- la coordination avec les familles, les professionnels de santé et les hôpitaux, les équipes techniques chargées du soutien.

Gestion de la " post crise "

La post crise peut se situer au lendemain de cette catastrophe

L'action mise en place des les premières heures pour assurer un soutien médico psychologique s'est poursuivie pendant deux semaines un relais ayant été assuré ensuite par la CUMP

La mairie soulève la question de la bonne articulation de ces structures et de la nécessité d'actions concertées

La mise en place de ces cellules a mobilisé un nombre très important de professionnels de la santé (226 médecins, 45 psychiatres, 486 psychologues et 200 infirmières)

Un enregistrement des dommages corporels a été mis en place dans les deux semaines qui ont suivi, assuré par des infirmières.

Le système de veille sanitaire a été mis en alerte notamment par la mise à disposition des médecins du réseau sentinelle l'objectif étant de faire remonter les données sur les pathologies observées du fait de cet accident.

Un groupe de travail a également été mis en place sur le soutien psychologique

La gestion de l'organisation et du fonctionnement des centres d'hébergement a nécessité un investissement très important de la personne responsable. Son expérience du fait de ses activités antérieures (médecin du monde) lui ont permis de prendre rapidement les décisions qui s'imposaient :

- mise en place de planning d'organisation,
- mise en place de garde médicale sur place (médecins généraliste, psychiatre, infirmière),
- coordination avec les structures extérieures,
- lien avec les hôpitaux et les cliniques,
- coordination entre professionnels,

Mais également organisation pratique des résidents

Prise en charge sociale

Prise en charge spécifique des enfants

Actions médico-éducatives particulières

Nécessité d'organisation de soirées de réunions de résidents

Mise en place de règles de fonctionnement (hygiène, nettoyage des locaux....)

360 personnes étaient accueillies au bout de 36H et 500 dans les jours suivants

Ces centres ont répondu à un réel besoin de la population mais nécessitent un investissement important. Cet investissement pose la question du dimensionnement des équipes nécessaires pour prévenir l'épuisement physique et psychologique. Cette organisation pose également le problème de la gestion des personnes bénévoles et de leur qualification

Si un certain nombre d'enseignements ont été analysés en interne, la mairie souhaiterait que les services de l'Etat définissent une politique sur la conduite à tenir en cas de crise précisant l'organisation municipale attendue

INSPECTION REGIONALE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

Personnes rencontrées :

Dr Font, médecin inspecteur régional du travail

Préparation à une situation de catastrophe

Les médecins inspecteurs du travail ne sont pas impliqués dans la préparation de la gestion des situations de catastrophe en milieu de travail.

Réaction face à la survenue de la catastrophe

Les médecins inspecteurs du travail étaient en réunion au moment où l'explosion s'est produite et se sont retrouvés dans un bâtiment lui-même endommagé, sans

possibilité de communiquer avec l'extérieur.

Les médecins du travail qui étaient présents dans les entreprises touchées, comme Siemens et Motorola, ont participé à la mise en place des premiers secours.

Le lundi matin, une cellule d'urgence a été mise en place en lien avec la CUMP.

Le MIRT souligne les difficultés avec les médecins de Total Fina pour l'obtention d'informations permettant l'évaluation des risques.

Par ailleurs, seul le médecin du travail d'AZF est bien identifié. Pour le reste, on compte au moins 16 médecins du travail qui ont en charge les salariés des multiples entreprises sous-traitantes. Sur 1700 salariés sur le site d'AZF, 700 sont employés directement par Total Fina, les 1000 autres par une multiplicité de sous-traitants dont un nombre non négligeable a son siège social en dehors de la région toulousaine.

Gestion de la " post crise "

Les salariés d'AZF, mais aussi d'entreprises sous-traitantes ont été employés dans les semaines suivant la catastrophe à d'autres activités telles que le déblaiement. Le MIRT indique que les conditions matérielles et psychologiques au travail restent encore dégradées dans les entreprises touchées par l'explosion. On assisterait à une décompensation chez les travailleurs et le MIRT signale que 4500 accidents du travail ont été déclarés suite à l'explosion.

Suivi épidémiologique : 3 enquêtes sont programmées chez les salariés

- ceux des entreprises de l'épicentre de l'explosion
- ceux des entreprises du " 2^{ème} cercle " (Darty, hôpital Marchant)
- ceux des autres entreprises de Toulouse

Les deux premières enquêtes concernent l'ensemble des salariés et sont réalisées sous la forme de questionnaires " administrés " par les médecins du travail (avec les limites indiquées au chapitre précédent concernant la multiplicité des sous-traitants et des organismes de médecine du travail qui sont dispersés). L'enquête sur l'ensemble des salariés des autres entreprises toulousaines se fait sur la base d'un tirage au sort, un questionnaire étant adressé par voie postale.

La constitution d'une cohorte pour un suivi à long terme est en cours.

Enseignements tirés de la catastrophe :

- l'inadaptation des services de médecine du travail sur ce type d'activités :
 - en nombre : actuellement la règle est d'un médecin du travail pour 1700 salariés quand il s'agit d'un service autonome et d'un pour 2900 quand il s'agit d'un service inter-entreprise
 - il est quasiment impossible que les médecins inter-entreprises puissent avoir un rôle dans la gestion de ce type de catastrophe en raison de leur manque de mobilité sur les activités de chaque entreprise ; par contre, si la taille de l'entreprise est suffisante, c'est à dire qu'elle dispose d'un médecin à temps-plein dans un service autonome, le médecin du travail peut avoir un rôle à jouer
- l'intérêt de disposer d'une médecine de travail de site sur les de plates-formes à risque, avec des médecins du travail ayant les moyens d'évaluer les risques,
- une meilleure coordination est nécessaire entre les services chargés de l'évaluation et de la gestion des risques (inspection du travail -y compris médicale- la DRIRE, la DDI, la DDASS) et que des visites conjointes soient organisées,

- une prise de conscience du rôle des médecins du travail et des conséquences de leur acte médical en ce qui concerne la prise en charge des conséquences sociales de l'expertise.

COMITE DE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE (Institut de Veille Sanitaire)

Personne rencontrée :

Pr Thierry LANG, médecin épidémiologiste (InVS)
(La CIRE n'était pas représentée)

Mise en place du dispositif de suivi épidémiologique :

Dans les suites de la catastrophe, un dispositif de suivi épidémiologique a été mis en place en lien avec la DDASS et l'InVS pour évaluer les conséquences sanitaires de l'explosion. Ce dispositif comprend 3 instances :

- le comité scientifique présidé par le Pr Lang, chargé de la définition du programme d'études, de la supervision des travaux, de la validation des résultats et de la formulation des recommandations aux autorités sanitaires,
- le comité opérationnel chargé de la réalisation des enquêtes en lien avec la CIRE. Une équipe coordonnée par l'InVS a été spécialement recrutée à cet effet (2 médecins épidémiologiste, une démographe, une secrétaire),
- le comité institutionnel de suivi qui regroupe les principales institutions, les employeurs, les représentants des employés et de la population. Il est chargé d'appuyer le programme d'études, d'en faciliter le déroulement, d'arbitrer les aspects administratifs et de participer aux actions de communication

Objectifs du suivi épidémiologique :

établir le bilan sanitaire de la catastrophe à court, moyen et long terme :

- effets somatiques : traumatismes, fractures, blessures, atteintes pulmonaires et ORL suite au blast,
- effets éventuels liés à la libération dans l'atmosphère de produits toxiques : bronchites, asthme, irritations des voies respiratoires hautes et irritations oculaires
- effets psychologiques : syndrome post-traumatique, dépression, décompensation psychologique liée à l'impact de la catastrophe sur la vie quotidienne (logement, travail, scolarité ...), résilience,
- tirer les enseignements pour la prise en charge de nouveaux évènements de ce type.

Axes de travail :

Volet santé environnement (eau, sols, air) :

Objectifs :

- détecter les effets sanitaires, prévisibles ou non, liés aux expositions avérées ou potentielles
- étudier la faisabilité d'une évaluation quantitative des risques

Modalités :

- recueils d'informations auprès des centres anti-poisons et du réseau de médecins sentinelles mis en place par le service communal d'hygiène et de santé,
- recensement des sources de données et d'informations disponibles pour identifier les polluants émis.

Difficultés rencontrées :

- il est fait remarquer un déficit d'informations sur les polluants potentiellement émis lors de l'explosion et un retard à l'information (plus de 15 jours)
- l'insuffisance ou l'absence d'instruments de mesure de la pollution (ceux existant sur le site ont été détruits par l'explosion).
- difficultés d'obtention de la liste des produits utilisés ou stockés sur le site
- au total, l'analyse de risque est extrêmement difficile à réaliser.

Volet population :

Objectifs :

- décrire l'impact sanitaire en population à court, moyen et long terme

Modalités :

- recensement des systèmes d'informations et des partenaires existants (CAP, réseau de médecins sentinelle du SCHS, URCAM, DIM des hôpitaux, observatoire régional des urgences),
- enquêtes sur des populations spécifiques,
- constitution d'une cohorte.

Pathologies explorées :

- appels au centre anti-poisons : comparaison du nombre et des motifs des appels après et avant la catastrophe,
- pathologies ORL : à ce jour 600 cas d'atteintes auditives (surdité totale ou partielle, perforations tympaniques, otalgies, acouphènes) ont été recensées entre le 21 septembre et le 20 octobre, mais des problèmes méthodologiques sont signalés rendant difficile l'interprétation de ces données,
- pathologies oculaires : recueil d'information auprès des établissements de santé sur les plaies ou contusions ayant nécessité une intervention : 39 cas ont été recensés
- anomalies fœtales : actuellement aucun signal,
- syndromes irritatifs, asthme, syndromes inhabituels : les consultations des médecins ont été multipliées par 2 pendant les 3 premières semaines après l'explosion ; par contre, il n'a pas été repéré de syndrome inhabituel,
- états de stress post-traumatique chez les médecins du réseau sentinelle : une augmentation des états de stress caractérisé a été observée dans les semaines suivant l'accident avec une diminution nette à partir de fin octobre,

Suivi de populations spécifiques :

Travailleurs et sauveteurs :

3 enquêtes sont programmées chez les salariés

- ceux des entreprises de l'épicentre de l'explosion
- ceux des entreprises du " 2^{ème} cercle " (Darty, hôpital Marchant)
- ceux des autres entreprises de Toulouse

Les deux premières enquêtes concernent tous les salariés et sont réalisées sous la forme de questionnaires " administrés " par les médecins du travail (avec les limites indiquées au chapitre précédent concernant la multiplicité des sous-traitants et des organismes de médecine du travail qui sont dispersés). L'enquête sur l'ensemble des salariés des autres entreprises toulousaines se fait sur la base d'un tirage au sort, un questionnaire étant adressé par voie postale.

La constitution d'une cohorte pour un suivi à long terme est en cours.

Elèves

Trois enquêtes existent ou vont être mises en place en collaboration avec l'éducation nationale :

- enquête sensorielle ORL (3 à 5% des élèves des quartiers sud présenteraient un déficit auditif, mais problème de méthodes de mesure de l'acuité auditive qui ne sont pas standardisées) ; ophtalmo (quelques cas de baisse d'acuité visuelle auraient été constatés, cependant, les résultats de ces bilans sont très partiels pour qu'une analyse puisse être réalisée)
- introduction d'un volet spécifique concernant les conséquences psychologiques et scolaires de l'explosion (sur 500 élèves de la zone sinistrée) dans l'enquête périodique européenne sur les comportements, habitudes de vie et opinions vis à vis de la santé réalisée périodiquement chez les élèves de 11, 13 et 15 ans par le rectorat de Haute Garonne, par auto questionnaire sur un échantillon d'élèves.
- enquête sur les conséquences à 1 an en lien avec le service de psychiatrie du CHU, l'INSERM et le rectorat pour évaluer les troubles psychologiques et les facteurs de résilience. Elle portera sur 1500 enfants (par autoquestionnaire)

Population générale :

enquête en préparation, sur un échantillon de la population toulousaine, pour évaluer en particulier dans la population des quartiers sinistrés, l'impact sur la santé physique et mentale (anxiété, dépression, recours aux soins ...)

Depuis l'InVS a publié un rapport sur les conséquences sanitaires de l'explosion à l'usine de Grande paroisse le 21 septembre 2001

ASSOCIATION DE VICTIMES

Personne rencontrée :

Mme Géraldine MACKIE, présidente de " Vivre après l'explosion d'AZF "

Préparation à une situation de catastrophe

Selon l'association, aucune sensibilisation au risque de catastrophe industrielle n'a été effectuée de manière systématique hormis la diffusion de dépliants d'information aux résidents situés à l'intérieur du périmètre à risque.

Constat sur la méthodologie utilisée pendant la gestion de l'événement

l'insuffisance notoire des procédures d'identification des victimes et notamment des décédés ont été une cause essentielle des récriminations soulevées par les familles et un facteur aggravant du climat de tension régnant le 21 septembre ;

- la prise en charge des victimes dans les unités de soins a essentiellement porté sur le traitement des dommages corporels apparents (coupures, fractures, etc ..). Hormis pour les victimes s'en plaignant, les effets des blasts auditifs et pulmonaires n'ont pas fait l'objet d'investigations systématiques. Or, ces blasts ont été subis par la totalité des personnes exposées ;
- des victimes ont été dirigées vers des unités de soins extérieures à la ville alors que des structures avec capacités d'accueil étaient disponibles à l'intérieur de la ville. Cela a accru le sentiment d'insatisfaction des familles ;
- si la mise en place rapide des équipes d'aide médico-psychologique par la mairie a été généralement appréciée, il est toutefois regretté que cette aide n'est pas toujours été pertinente par rapport au besoin essentiel d'une grande partie de la population confrontée aux dommages matériels subis sur leur lieu d'habitation. En effet, plutôt que des psychologues, c'étaient d'une part des ouvriers pour les réparations urgentes et la mise en sécurité des habitations, et d'autre part des forces de police pour la sécurisation des quartiers et la prévention des actes de pillage, qui étaient attendus auprès de la population concernée.

Gestion de la " post-crise "

L'association regrette que dans une telle situation exceptionnelle des mesures exceptionnelles n'aient pas été prises, ou l'aient été de manière incomplète, pour assurer le suivi de la prise en charge des personnes et des biens au titre de la réparation des dommages tant corporels que matériels.

Ainsi, le Gouvernement a décidé de la prise en charge à 100 % des victimes mais uniquement dans la limite des plafonds habituels de la sécurité sociale. C'est manifestement ignorer les conséquences sur les dentures et les systèmes auditifs nécessitant la pose de prothèses aux frais des victimes par ailleurs gravement blessées au niveau de la face. Par ailleurs, cette prise en charge est limitée dans le temps alors que les effets seront durablement ressentis avant réparation complète.

Un comité de suivi des victimes a été mis en place, sous l'autorité du ministère de la justice mais l'assurance maladie continue à appliquer les procédures de contrôle habituel sans tenir compte des décisions judiciaires prises par le comité. Il s'ensuit que les conclusions des expertises de la CPAM sont contradictoires aux expertises de la médecine légale et les droits des victimes sont remis en cause.

Face à cette situation et pour en tirer les enseignements, l'association préconise que l'assurance maladie mette en place une organisation ad hoc (cellule de crise) qui traiterait de manière exceptionnelle les dossiers des victimes.

A situation exceptionnelle, mesures exceptionnelles et dérogations du droit commun !

Ainsi, c'est en raison de l'insuffisance ou de l'absence de réponses par le service public que l'Association saisit directement le Président de la République.

Les enseignements et les propositions

L'objet de cette mission visait à analyser les modalités d'organisation et ses conséquences en vue de tirer les enseignements ayant trait à la fois à la gestion de l'alerte, à l'organisation des soins, à la coordination des différents acteurs, au rôle des services déconcentrés de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation

La synthèse des informations recueillies, des enseignements tirés et des propositions est rapportée sous quatre chapitres généraux.

- le premier est relatif aux enseignements généraux
- le deuxième aborde l'organisation des services déconcentrés de l'état, des agences régionales de l'hospitalisation ainsi que de l'administration centrale
- le troisième chapitre traite de l'organisation des soins dans son ensemble
- enfin une quatrième partie porte sur le rôle des collectivités territoriales et la coordination interministérielle

A - LES ENSEIGNEMENTS GENERAUX

Les événements de Toulouse du 21 septembre 2001 ont montré que ce type d'accident a touché sans distinction toutes les institutions concourant à l'organisation des soins et que c'est l'ensemble des acteurs de santé qui a été mobilisé pour un certain nombre, sans aucune préparation.

Ces événements ont montré également que ces structures, publiques ou privées, ont été amenées à gérer les conséquences de cette explosion non seulement en externe mais également en interne

Les principaux constats sont relatifs :

- aux moyens de télécommunication
- au rôle des médias
- à la communication
- à la formation

Les moyens de communication

La plupart des institutions rencontrées s'est trouvé privé de moyens de communication notamment téléphoniques, dans les minutes qui ont suivi l'accident. Les seuls réseaux restés opérationnels ont été le réseau Rimbaud (réseau réservé aux autorités et services de l'état), le réseau télématique, qui de fait a peu été utilisé, et les réseaux de radio télécommunication de la police, des sapeurs pompiers et des SMUR.

Par ailleurs l'ampleur de cet accident a entraîné une paralysie immédiate des réseaux et voies de communication terrestres rendant tout déplacement extrêmement difficile voire impossible. Seuls les moyens de locomotion à deux roues ont trouvé leur utilité.

L'ensemble des institutions ont fait part de leur constat d'isolement durant cette journée (au moins jusqu'à 17h), cet isolement pouvant se caractériser par :

- une absence d'information sur les causes de cet événement, source d'inquiétude et d'angoisse
- l'absence d'information pour certaines d'entre elles quant à la conduite à tenir, face à la nécessité de prendre rapidement des décisions d'organisation pour répondre aux urgences, sans connaissance précise du schéma général d'organisation des secours.

La question des moyens de télécommunication a été essentielle. Plusieurs intervenants (cliniques, hôpitaux..) ont fait observer qu'il y a quelques années, ils étaient dotés de moyens de radiocommunication leur permettant notamment de se mettre en relation avec les services de secours (les sapeurs pompiers et les SMUR sont toujours dotés de ce type de moyens.)

Cette question, non spécifique aux services de santé, devra être abordée dans le cadre de l'organisation des soins à envisager en cas de catastrophe, tenant compte de l'ensemble des acteurs du système de santé.

Elle nécessitera de préciser les moyens de communication à mettre en place en dehors des moyens classiques, précisant leur destinataire, leur usage ainsi que leur intégration dans un schéma général.

Les médias

Les informations retransmises par les médias n'ont pas permis durant les premières heures de renseigner de façon objective sur la nature de cet événement; ces informations ayant même été perçues pour certaines d'entre elles comme contradictoires.

Ce constat est à relativiser, les médias s'étant eux mêmes retrouvés placés dans une situation analogue (coupure des communications, déplacements difficiles...). Mais il soulève néanmoins la question de la communication et de l'utilisation de ces moyens pour informer la population en temps réel.

La demande est d'avoir une information fiable et régulière sur les événements et leur évolution sous l'égide de la cellule de crise, et donc d'utiliser les moyens encore fonctionnels pour y parvenir.

La réquisition exclusive d'une chaîne de radio locale devrait pouvoir être prévue dans ces cas particuliers voire la réquisition de tout autre moyen de communication selon la nature de l'événement et de ses conséquences.

Préparation à la gestion de crise - La formation

La nécessité d'un travail de préparation à la gestion des crises en amont est essentielle. Les conséquences d'un accident de cette nature ne sont pas toujours prévisibles, et il y aura toujours, quelles que soient les circonstances, une part d'improvisation répondant par ailleurs dans un temps relativement court à bien des questions qui en temps normal ne trouveraient pas de réponse.

L'accident de Toulouse a montré la capacité de réaction immédiate d'un certain nombre de corps professionnels et a démontré que l'urgence élimine certains freins auxquels on se heurte quotidiennement.

Mais il est indispensable de travailler sur des protocoles, des conduites à tenir, des simulations, l'acquisition de réflexes ne pouvant être que bénéfique dans ce type de situation. L'organisation mise en place dans l'urgence au cours de cette journée et relatée dans les entretiens, montre à titre individuel ou collectif l'importance de cette préparation et l'impact qu'elle a eu pour ceux qui en avaient bénéficié.

Cette préparation nécessite un travail de formation, d'information et de sensibilisation des professionnels, directement ou non impliqués dans l'organisation des secours, et de la population.

Cette formation voire cette information s'entend pour toute les institutions et doit faire partie intégrante du dispositif à mettre en place.

L'objectif est de définir un cadre et d'élaborer un guide de recommandations sur les plans de formation à finaliser. Ces travaux sont en cours.

Les circuits d'information

L'organisation des circuits d'information ascendants, descendants et transversaux sont une demande récurrente des différents acteurs rencontrés, quel que soit leur niveau d'intervention.

Cette question sous tend la répartition du partage des compétences et des responsabilités des services de l'état.

En l'absence de nouvelle réglementation, la réponse la plus simple à apporter est la mise en place d'une coordination des équipes concernées au niveau le plus approprié

Cette coordination doit s'entendre au niveau local

Mais il convient également de préciser le dispositif au niveau national qui inclut la coordination des directions d'administration centrale concernées et l'organisation à mettre en place en situation de gestion de crise exceptionnelle (COM-Segur).

Les chapitres suivants traitent de ces questions et des propositions rapport

B- LES SERVICES DE L'ETAT: SERVICES DECONCENTRES (DDASS, DRASS), AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION (ARH) ET SERVICES CENTRAUX

Les entretiens ont conduits à identifier quatre thèmes à approfondir relatifs :

- à l'organisation de ces services
- aux circuits d'information
- aux moyens matériels
- aux risques environnementaux

1- Organisation des service

1-1 Cadre juridique

Le Ministère de la santé est représenté par ses services déconcentrés (directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS-DRASS)), et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Les compétences de ces services sont précisées dans le décret du 6 décembre 1994 et l'ordonnance du 9 avril 1996.

En situation exceptionnelle, deux niveaux sont réglementairement reconnus: le niveau zonal (il y a en France métropolitaine 7 zones de défense) et le niveau départemental. Le décret du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone (préfet de département du chef lieu de la zone de défense) redéfinit leurs compétences et l'organisation zonale . Ce décret confère au préfet de zone un rôle mais également

une responsabilité pour l'organisation à mettre en place en cas de crise exceptionnelle (coordination des plans départementaux). Le préfet de département reste le responsable en cas de crise quant à la conduite interministérielle des opérations de secours. Le directeur de la DDASS fait partie de la cellule de crise préfectorale (COD). Il est l'interlocuteur du préfet pour toutes les questions sanitaires et sociales ainsi que pour les questions environnementales relevant de ses services. Les textes en vigueur n'incluent pas dans cette organisation les DRASS et les ARH. Or, ces deux institutions peuvent être de fait, compte tenu de leurs missions, impliquées dans ce dispositif.

1-2 Enseignements et propositions

Les événements de Toulouse ont montré la participation spontanée de l'ensemble des services (DDASS, DRASS et ARH) notant cependant la complexité des circuits, et les limites de ce dispositif compte tenu de l'imprécision de la définition du rôle des uns et des autres. En outre, cet accident s'est produit au chef lieu de région, où région et département sont représentés ce qui a facilité la participation de tous. L'interrogation porte sur la possibilité d'une organisation similaire si un tel accident se produisait en dehors du chef lieu de région. Les demandes exprimées après cet événement portent essentiellement sur la nécessité :

- d'une formalisation du rôle des uns et des autres dans un dispositif de crise,
- d'une formalisation des circuits d'information
- de la désignation d'interlocuteurs identifiés.

a- En situation de crise

Niveau régional et départemental (DDASS, DRASS et ARH)

Mise en place d'une cellule de crise "santé"

Cette cellule aurait pour mission de recenser et coordonner toutes les actions de santé. Elle serait composée de représentants des DDASS des DRASS et des ARH. Un coordonnateur serait désigné. Elle interviendrait en appui de la cellule de crise de la préfecture, des établissements de santé, de la cellule de crise nationale pour toutes les questions techniques si les événements le nécessitent ainsi que de correspondants locaux (professionnels de santé, médecine préventive, collectivités locales et territoriales...)

Cette cellule aurait pour fonction de répartir les rôles entre les différentes structures, d'établir et de suivre l'état des lieux des conséquences de l'évènement, de recenser les besoins, d'être l'interlocuteur unique pour toutes les questions de santé au niveau local mais également au niveau national. Elle serait dotée d'un numéro de téléphone spécifique. Sa situation géographique sera à définir dans chaque région mais en tout état de cause à adapter aux circonstances.

Cette cellule pourrait également avoir un rôle dans la gestion de suivi d'actions en post-crise.

Cette organisation sous tend la mise en place d'une mutualisation des ressources entre les différentes directions, à adapter selon la nature de la crise, à la fois pour faire face aux événements mais également pour pallier le risque de multiplication d'actions identiques.

Cette mutualisation s'entend par la mise en commun des moyens humains et matériels répertoriés. Elle s'entend au niveau interdépartemental incluant les institutions régionales et départementales

Niveau national (directions d'administration centrale et agences de sécurité sanitaire)

En cas de situation de catastrophe nécessitant l'activation du COM-Segur, il importe d'avoir un interlocuteur unique et un point d'entrée unique par ou transitent toutes les informations.

La fonction de la cellule de crise du ministère de la santé (COM-Sécur), placée sous la responsabilité du haut fonctionnaire de défense est à préciser. Cette cellule est l'interlocuteur direct du cabinet du ministre. Elle doit être le point d'entrée de toute information ascendante ou descendante. En conséquence, en situation exceptionnelle son fonctionnement doit être assuré 24h/24. Sa composition doit inclure un correspondant de chaque direction d'administration centrale concernée ainsi que des agences de sécurité sanitaire si nécessaire. Il est de même indispensable que les directions d'administration centrale aient une organisation similaire mais non parallèle en cas d'alerte nécessitant ou non l'activation du COM-Sécur (DHOS, DGS, DPM, DGAS, DRT, agences de sécurité sanitaire....). En effet selon le niveau et la nature de la catastrophe, le recours au niveau national peut s'avérer indispensable pour la recherche de lits disponibles spécialisés, ou la réquisition de médecins spécialisés, voire pour tout conseil ou recommandations sur la conduite à tenir en cas de problème de santé publique. Une telle organisation pourrait de même utilement être mise à profit pour la gestion de crise de moindre ampleur nécessitant cependant le recours à ces prestations. Il est essentiel que toutes les actions engagées par les directions d'administration centrales ou les agences de sécurité sanitaire soient préalablement concertées, à tout le moins coordonnées.

b- En situation de post crise (situation de veille)

L'organisation d'un système d'astreintes a été examinée pour les directions d'administration centrale mais également pour les directions déconcentrées (texte en cours d'élaboration). Le cadre réglementaire prévu vise à rationaliser l'organisation de l'ensemble des directions concernées pour mettre en place un dispositif de veille permettant de faire face aux situations normales et exceptionnelles. Ce texte officialisera la participation des DRASS à ce dispositif. Il serait opportun qu'il soit complété en incluant et en définissant le rôle des ARH.

2- Les circuits d'information

Ces événements ont montré la grande difficulté rencontrée par les acteurs locaux pour coordonner les demandes de remontée d'information émanant du niveau national. Les directions d'administration centrale selon leur domaine de compétence s'adressent en effet à leurs interlocuteurs privilégiés (DDASS, DRASS ou ARH), chacun délivrant les informations en sa possession mais sans coordination. La question du traitement de l'information ascendante, descendante et transversale est essentielle et ne trouvera une réponse qu'au travers d'une organisation structurée. La multiplication des interlocuteurs comporte le risque d'informations fausses, incomplètes voire contradictoires. Dans ce contexte, la mutualisation des compétences, la mise en place d'une cellule santé mais également le renforcement de la cellule de crise au niveau national (COM-Sécur) sont des moyens et des outils qui devraient permettre d'améliorer ce dispositif et son fonctionnement. Toute information doit être validée et en conséquence les sources d'information doivent être préalablement définies et identifiées.

3- Les moyens matériels

Ces quelques recommandations peuvent revêtir une importance essentielle dans ce type de situation.

Chaque institution doit être équipée d'une télévision et d'un poste de radio

Il est recommandé d'avoir à sa disposition un ou deux moyens de locomotion à deux roues

Le réseau Rimbaud doit être accessible pendant toutes les heures ouvrées et en situation de crise 24h/24. Son utilisation doit être connue de l'ensemble de l'équipe de direction

Il serait souhaitable d'avoir un téléphone portable satellitaire

Il est également recommandé d'avoir un ordinateur portable configuré pour avoir accès au réseau internet et au réseau intranet du ministère de la santé

Plusieurs de ces recommandations figurent dans le projet de texte en préparation relatif aux astreintes.

4- Les risques environnementaux

Les DDASS ont des compétences propres pour certains risques environnementaux (eau, air...), précisant que la santé environnementale entre également dans la champ de compétence des DRASS

Les événements de Toulouse ont montré l'efficacité dans ce domaine d'une mutualisation interministérielle des moyens.

La coordination de la cellule " ad hoc " a été confiée par la préfecture à l'ingénieur sanitaire de la DDASS de Haute Garonne. Cet exemple est une bonne illustration de l'intérêt de cette organisation, y compris au niveau de l'information et de la communication gérées par cette cellule.

Il serait cependant opportun d'organiser un " débriefing " spécifique à ces questions avec les différentes administrations concernées (DDASS, DRIRE, ORAMIP) afin d'établir un bilan des points forts et des points faibles et de proposer en fonction de celui-ci les améliorations à apporter.

C- ORGANISATION DE LA CHAÎNE DES SECOURS

1- La chaîne médicale des secours

La chaîne des secours inclut deux grandes composantes, la médecine de l'avant et la prise en charge hospitalière dans les structures de soins. Ces deux composantes interdépendantes et complémentaires peuvent associer à un moment donné l'ensemble des acteurs du système de soins d'une région.

1-1 La médecine de l'avant

La médecine de l'avant ou prise en charge pré-hospitalière assurée par le SAMU et les SMUR est de la compétence des établissements publics de santé. A cet effet, des formations spécifiques sont dispensées, cette pratique professionnelle nécessitant un savoir faire et une culture. L'organisation se fait sous la responsabilité du directeur des secours médicaux appartenant au SDIS ou au SAMU, la direction de l'ensemble des plans de secours étant placée sous l'autorité du préfet de département Les plans rouges départementaux (décret du 6 mai 1988) précisent les actions à mettre en œuvre.

Les constats et les enseignements de l'accident de Toulouse retracés dans les documents de synthèse établis par le CHU et joints en annexe, montrent les limites des organisations telles qu'elles peuvent être prévues mais démontrent que les

réflexes acquis sont essentiels mêmes s'ils doivent être adaptés aux circonstances. Cette expérience a en particulier conforté l'idée qu'un système de secours et de soins d'urgence devra de plus en plus optimiser la gestion du quotidien en qualité, mais aussi se préparer à affronter la crise pour la mise en œuvre de la médecine de catastrophe.

Un autre enseignement essentiel est la non préparation des équipes si cet accident s'était révélé être de nature chimique ; c'est souligner l'importance de l'alerte et de la coordination des intervenants à la toute première phase du déclenchement des secours.

L'importance des actions de formation, d'information et la mise en œuvre d'exercices pratiques réguliers seront les seuls garants de l'acquisition d'un savoir faire.

1-2 Prise en charge hospitalière

Les différents organes du système de soins pouvant être amenés à participer à la prise en charge de victimes en situation de catastrophe vont bien au delà des structures de soins identifiées dans les plans d'organisation sanitaire. Ce constat est un des principaux enseignements de l'accident de Toulouse.

Réglementairement, jusqu'à présent, seuls les hôpitaux publics étaient contraints d'avoir un plan d'organisation en cas d'accueil de victimes en grand nombre (circulaire du 24 décembre 1987). Or l'accident de Toulouse a montré :

- que l'ensemble des établissements publics et privés a été concerné et mis immédiatement à contribution, compte tenu de l'arrivée immédiate de victimes,
- que ces événements ont sollicité le secteur libéral et notamment les médecins généralistes et spécialistes dont les contributions ont été requises ou spontanées,
- que les pharmacies d'officines ont spontanément apporté leur contribution,
- que les centres de médecine préventive n'ont pas été utilisés au maximum de leur capacité,
- que l'organisation de l'accueil médico-psychologique doit être revue et probablement conçue de manière différente de celle existant aujourd'hui.

La réglementation a fait l'objet de modifications récentes. Trois circulaires ont été publiées début mai 2002.

L'une concernant l'accueil des victimes en grand nombre dans les établissements de santé (3 mai 2002) qui abroge la circulaire du 24 /12 /1987, les deux autres plus spécifiques concernant pour l'une, les risques chimiques (2 mai 2002), pour la seconde, les risques nucléaires (26 avril 2002).

L'apport de ces circulaires est essentiel, notamment celle du 3 mai 2002 qui introduit cinq grands principes

- la mise en place d'une organisation zonale,
- la mise en place de schémas départementaux incluant établissements publics et privés,
- le principe d'inter-départementalité,
- l'obligation de plans de formation,
- la réalisation d'annexes spécifiques pour les risques nucléaires, radiologiques biologiques et chimiques (NRBC).

Si le dispositif pré-établi dans cette circulaire correspond pour partie aux propositions pouvant être faites, celui-ci pourrait être complété :

- en incluant tous les établissements de santé publics et privés. Les établissements privés doivent au même titre que les hôpitaux avoir un plan d'organisation (plan blanc) qui soit inclus dans les schémas départementaux

à mettre en place. Ils doivent bénéficier des actions de formation. Il en est de même pour les établissements psychiatriques.

- en prévoyant la participation des médecins généralistes et spécialistes à cette réflexion. Leur rôle doit être prédéfini et ils doivent pouvoir bénéficier d'une formation en conséquence.
- en associant en tant que de besoin les autres organes de soins (médecine préventive, PMI, Santé scolaire, médecine du travail...). Pour ce faire, il y a lieu de définir préalablement leur rôle possible au sein de ce dispositif et en conséquence de les inclure dans les plans de formation.

Toutes ces propositions pourraient être examinées dans le cadre des travaux à mener pour la mise en place de l'organisation zonale et des schémas départementaux.

Le secteur libéral est en attente de son intégration dans le dispositif de secours, de la définition et de la reconnaissance de son rôle et souhaite bénéficier d'une formation.

Concernant les établissements publics, notamment le centre hospitalier universitaire ou une culture de médecine de catastrophe existait préalablement, les enseignements ont été tirés en interne et le document figurant en annexe donne un descriptif très précis des principaux points négatifs et des propositions d'amélioration. Ces constats et ces propositions peuvent représenter une base de travail pour les établissements ayant à réfléchir à leur organisation.

2- L'urgence médico-psychologique

Le concept d'aide médico-psychologique en cas de catastrophe a été pris en compte par un dispositif réglementé en 1997 (circulaire du 28 mai 1997). Ce dispositif s'intégrait dans un contexte de santé publique et plus particulièrement de santé mentale. Il est aujourd'hui parfaitement reconnu et intégré, la prise de conscience de l'importance de la notion de psycho-traumatisme comme problème de santé publique ayant pris une véritable dimension collective. La demande institutionnelle est de plus en plus en forte et croissante.

Les événements auxquels la ville de Toulouse a du faire face en sont une très bonne illustration. La nature, l'importance de la catastrophe et le nombre de victimes à prendre en charge ont entraîné la mise en place très rapide de plusieurs dispositifs d'accueil d'aide psychologique, cependant sans réelle coordination.

La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) " officielle " s'est trouvée rapidement dépassée par l'ampleur de la tâche, dans un contexte difficile où le seul établissement psychiatrique public a été détruit. D'autres dispositifs tel celui initié par la mairie de Toulouse voire par des entreprises à l'exemple d'EDF-GDF pour leur propre personnel, se sont organisés. Par ailleurs, un certain nombre d'organismes publics et privés ont fait appel à des praticiens libéraux, la CUMP ne pouvant répondre à l'ensemble des demandes.

Cette organisation amène un certain nombre de questions, d'interrogations et de propositions.

L'urgence médico-psychologique n'est pas limitée aux seules cellules d'urgence médico-psychologique mises en place en 1997 et dont le fonctionnement repose sur les effectifs du secteur public. Il est parfaitement compréhensible et justifié que les industries confrontées de plus en plus souvent à des situations de crise (le rapport d'EDF-GDF, à ce propos, est très explicite sur cette question) s'organisent en conséquence pour leur personnel. Il est de même tout à fait opportun que d'autres structures, publiques ou privées, puissent faire appel à la CUMP mais prévoient une organisation relais en recourant au milieu privé ou associatif.

Quant à la mise en place spontanée d'une organisation, à l'exemple de celle initiée par la mairie de Toulouse, même si l'initiative a été de répondre à l'urgence et que l'on puisse considérer que l'objectif ait été atteint, celle-ci n'est pas dénué de risques.

La prise en charge médico-psychologique nécessite, que les personnels aient une formation adaptée à la victimologie,

Le bénévolat dans ces circonstances ne permet pas toujours de contrôler la qualification des personnes et les suites qui sont apportées à ces consultations, plus particulièrement lors de la phase initiale de la catastrophe.

Pour autant cette organisation a montré les possibilités de mobilisation exceptionnelle des praticiens libéraux (psychiatres et psychologues).

La mairie de Toulouse reconnaît les limites de cette organisation, et la nécessité qu'un tel dispositif soit préventivement organisé, la coordination en revenant à la CUMP

Il serait opportun, sur la base de ces constats, de réfléchir à l'intégration des praticiens libéraux spécialisés, aux réseaux d'urgence médico-psychologique régionaux devant être mis en place à partir de 2003 et aux formations correspondantes dont il pourraient bénéficier.

Il serait en effet souhaitable, dans ce type de situation, que toute institution publique ou privée ait connaissance d'un réseau de correspondants " labellisés " susceptible d'intervenir si la nécessité se fait jour.

Il serait enfin souhaitable que périodiquement les structures publiques, privées et internes à certaines entreprises puissent se rencontrer et confronter leur point de vue. Le niveau régional pour de telles rencontres, paraîtrait le plus pertinent.

Ces évènements ont montré également l'implication d'autres corps professionnels, notamment des médecins du travail, de certains médecins conseils, de médecins de santé scolaire mais également d'infirmières et d'assistants sociaux.

Selon les lieux et les institutions, il importe qu'une sensibilisation soit assurée sur ces questions, voire une formation pour certains d'entre eux.

Préventivement des gestes simples sont parfois suffisants dans l'attente d'une prise en charge plus spécialisée.

3- Les aspects médico-légaux

Trois problèmes ont été rencontrés concernant le recensement et l'identification des victimes, la remise de certificats de constatation de lésions et la gestion des personnes décédés.

3.1 Le recensement des victimes

Dans plusieurs cas ce recensement s'est fait tardivement et sans règles bien définies ce qui a conduit à une perte d'information sur le nombre de victimes mais également à des difficultés secondaires de pouvoir établir des certificats de constatation de lésions.

Toutes les victimes (vivantes ou décédées) prises en charge dans des structures de soins doivent être identifiées avec pour objectif :

- le recensement de celles-ci suivant les niveaux de gravité prédéfinis
- une orientation vers les structures de soins adaptées
- la remise d'un certificat de constatation de lésions

L'objectif à rechercher est la mise en place d'un système d'identification unique (à définir) dont serait équipée chaque structure de soins. Ce système pourrait

être un système informatisé à code barre avec numéro d'identification. Une fiche d'identification serait établie pour chaque victime. Un système est actuellement en cours de développement.

Ce système, qui pourrait utilement servir à la sécurité civile, à la police et à la gendarmerie ainsi qu'à la justice, permettrait d'avoir une connaissance beaucoup plus précise de la situation et de mettre en place une traçabilité des victimes.

3-2 La réparation

L'établissement d'un certificat initial de constat des lésions est un élément essentiel de la procédure de réparation.

De façon générale, les médecins sont peu formés à cet exercice, à fortiori dans ce type de circonstances. Mais il convient de rappeler que ce document est indispensable à la victime pour faire valoir ses droits. Par ailleurs compte tenu de la destination et de l'opposabilité de ces certificats, et pour l'équité de traitement des victimes, il importe qu'il y ait une harmonisation des critères de réparation.

Une organisation a été mise en place à Toulouse sur le principe d'une expertise unique, opposable aux assureurs et aux organismes sociaux, diligentée par des médecins experts près la cour d'Appel et coordonnée par le service de médecine légale du CHU de Toulouse. Le souhait du comité était d'éviter la multiplication des examens médicaux et de proposer un examen médical fiable. Ce comité a examiné l'ensemble de certificats délivrés en première instance, mais à également pris en compte les victimes qui n'avaient pas été enregistrées. Le dispositif prévoit que l'ensemble des victimes sera convoqué pour l'examen de consolidation par le service de médecine légale. Les victimes semblent satisfaites du déroulement de ces expertises

Cette organisation devrait être prévue dans les schémas départementaux ainsi que les actions d'information à dispenser auprès des médecins.

3-3 Les victimes décédées

Un certain nombre de règles procédurales s'imposent, sous la diligence du procureur de la République, pour toutes personnes décédées sur les lieux de l'accident (code de procédure pénale).

Les plans rouges départementaux doivent prévoir le regroupement des corps sur un site unique, dépôt mortuaire (placé sous la responsabilité des autorités judiciaires). Ce site doit être adapté aux circonstances et tenir compte du nombre de victimes à accueillir, de la nature de l'accident, des autopsies à pratiquer, ...etc.

La communication des informations sur l'identification des victimes revient à l'autorité préfectorale. Il appartient au préfet ou à son représentant de communiquer l'identité des personnes décédées.

Des procédures médico-légales, spécifiques aux situations de catastrophe doivent être mises en œuvre (prise en charge des corps, mesures d'isolement si nécessaire, autopsie, relations avec les autorités, centralisation des informations, présentation des corps). Des procédures d'accueil et d'information des familles doivent être également étudiées.

Ces réflexions sont à mener au niveau régional, les services de médecine légale dépendant des CHU.

La gestion des personnes décédées dans les établissements de santé relève de la compétence de ceux-ci et impose l'organisation de circuits particuliers liés à la nature de la catastrophe.

Ces orientations devraient être formalisées sous forme de procédures à intégrer dans les plans rouges départementaux et les plans blancs des établissements de santé.

L'élaboration de ces procédures devrait être conduite sous la responsabilité des autorités judiciaires et des services de médecine légale

D- ROLE DES ACTEURS LOCAUX (AUTRES SERVICES PUBLICS, COLLECTIVITES LOCALES ET TERRITORIALES).

D'autres institutions sont venues apporter leur contribution à l'organisation des soins, soit par une participation effective au dispositif, soit en raison de leur rôle et de l'utilisation qu'ils ont pu être amenés à faire de celui-ci.

Les enseignements tirés des entretiens avec le service médical du rectorat, la médecine du travail (DRTEFP), la mairie de Toulouse, soulignent:

- la nécessité pour chacun qu'une réflexion soit engagée sur ces questions
- la nécessité de définir un plan d'organisation et des grands principes d'action
- la nécessité de pouvoir bénéficier de formations adaptées et de participer à des exercices

Le souhait général exprimé par ces institutions est d'être inclus dans un plan d'organisation général avec un rôle défini.

Ces enseignements ont été évoqués pour partie dans les chapitres précédents et les propositions générales en tiennent compte. Mais il appartient aux ministères de tutelle de ces organismes d'initier ces démarches, les discussions devant être menées avec leur accord.

Les mêmes démarches sont à conduire avec les collectivités locales et territoriales. Ces institutions disposent de structures pouvant utilement être mises à disposition et ont montré au cours de cet accident leur capacité d'adaptation et de mobilisation exceptionnelle.

Pour autant, la demande exprimée est :

- d'être intégré dans les réflexions générales
- que les schémas généraux prévoient le rôle de ces collectivités
- de développer chez les élus et le personnel une culture de sensibilisation aux risques

Pour faciliter la prise en compte des ressources offertes par ces institutions, il serait opportun que soit mis en place dans chaque zone (ou région) un comité de pilotage qui réunirait les différents acteurs du système de santé, quelque soit leur ministère de d'appartenance, ou leur collectivité de rattachement (conseil général, mairie)
La mission de ce comité serait de sensibiliser ces différents acteurs à ce type de situation, de définir leur rôle tant vis à vis de leur contribution à l'organisation des soins que des suites à apporter, de recenser les moyens, de préciser leur champ d'action.

La mission de ce comité pourrait par ailleurs s'étendre à d'autres thèmes que la santé (aspects sociaux, hébergement.....etc). Il fonctionnerait sous l'autorité du préfet de zone (ou de région).

Synthèse et mise en œuvre des propositions

Les propositions peuvent être classées sous quatre grands chapitres :

Organisation et coordination des institutions en charge de ces questions

Organisation du dispositif de la chaîne de secours

Dispositions relatives aux moyens matériels

Information, formation

Il s'agit soit de propositions concrètes, soit de propositions d'organisation, soit de sujets qui nécessiteront une analyse approfondie.

A- Organisation et coordination des institutions en charge de ces questions

Pour l'administration centrale

- positionnement et renforcement du COM-Ségur
- coordination des directions d'administration centrale

Pour les services déconcentrés et les ARH

- mise en place d'une cellule santé composés de représentants des DDASS, des DRASS et des ARH (principe de base: mutualisation des moyens)
- coordination à mettre en place en dehors des situations de crise

Pour les collectivités territoriales et locales

- mise en place d'un comité de pilotage au niveau zonal ou régional associant l'ensemble des acteurs

B- Organisation du dispositif de la chaîne des secours

Ce dispositif inclut l'organisation de la médecine de l'avant, l'accueil dans les établissements de santé et le rôle des structures annexes pouvant recevoir des victimes. Cette organisation doit s'entendre pour la gestion de la crise mais également de la post-crise.

- Organisation de la chaîne des secours
- Organisation de l'urgence médico-psychologique
- Mise en place d'un système d'identification et de suivi des victimes
- Réparation des dommages corporels

C- Moyens matériels

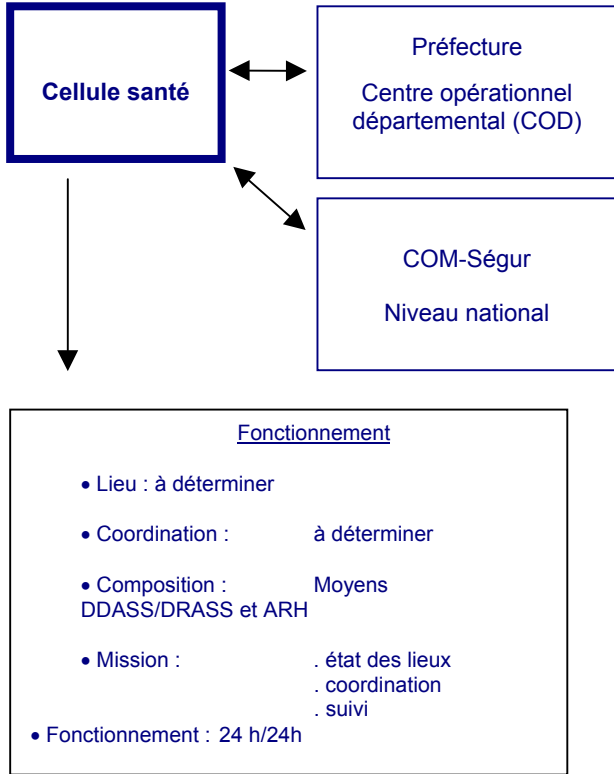
- Définir et préciser les moyens de communication
- Définir les moyens de diffusion de l'information
- Définir et renforcer les équipements des institutions

D- Information, formation

Tableau 1 - Coordination des services déconcentrés de l'Etat (--) en situation de crises

	exceptionnelles
Tableau 2 -	Coordination du niveau national en situation de crise exceptionnelle
Tableau 3 -	Rôle des collectivités locales et territoriales – coordination interministérielle
Tableau 4 -	Organisation de la chaîne de secours
Tableau 5 -	Urgence médico-psy

COORDINATION DES SERVICES DECONCENTRES DE L'ETAT ET DES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION EN SITUATION EXCEPTIONNELLE

Institutions	Réglementation	Champs de compétence	Propositions en situation de crise	Mode de formalisation
Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	<ul style="list-style-type: none"> loi du 22/7/1987¹ décret du 6/5/1988² décret du 16/1/2002³ décret du 6/12/1994⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> - sanitaire - social - environnement 		<p>Prévoir un texte qui précise l'organisation à mettre en place. Ce texte pourrait également prévoir les moyens matériels dont devraient se doter les DDASS/DRASS et ARH.</p>
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales	<p>Uniquement pour les délégués de zone (décret du 3 mai 1995)⁵</p> <p>7 DRASS sont concernés et 3 DRASS de l'Outre-Mer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sanitaire - social - environnement 		
Agence régionale de l'hospitalisation		Etablissements de santé		

¹ LOI n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs

² Décret n° 88-622 du 6 mai 1988 relatif aux plans d'urgence, pris en application de la loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs

³ Décret n° 02-184 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone

⁴ Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales

⁵ Décret n°95-523 du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués de zones et correspondants de zone de défense

COORDINATION DU NIVEAU NATIONAL EN SITUATION EXCEPTIONNELLE

Institutions nationales	Rôle (compétences)	Correspondants régionaux et départementaux (schéma actuel)	Propositions	Mode de Formalisation
Cabinets ministériels	Orientations politiques	- Préfectures - Directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales - Agences régionales de l'hospitalisation		Un texte devra préciser cette organisation
Administration centrale :				
• Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)	Organisation des soins	Agences régionales de l'hospitalisation (1) Directions régionales des affaires sanitaires et sociales / Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (2)		
• Direction générale de la santé (DGS)	Politique de santé	Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (1) (directions régionales des affaires sanitaires et sociale) (2)		
• Direction de la population et des migrations (DPM)	• Population déplacée • Demandeurs d'asile et réfugiés	Directions départementales des affaires sanitaires et sociales		
• Direction générale de l'action sociale (DGAS)	Politique sociale et médico-sociale	Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (1) Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (2)	<p style="text-align: center;"><u>Organisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lieu : Ministère chargé de la santé • Coordination : Haut fonctionnaire de défense • Composition : <ul style="list-style-type: none"> . Haut fonctionnaire de défense . Directions administration centrale . Agences de sécurités sanitaires • Fonctionnement 24 /24 	

** Selon la nature des crises les autres directions de l'administration centrale peuvent être concernées et être représentées au COM-Séгур*

ACTEURS LOCAUX

SERVICES PUBLICS, COLLECTIVITES LOCALES ET TERRITORIALES

Organismes (Liste non exhaustive)	Rôle (moyens)	Propositions d'organisation (en dehors des situations de crise)	Mode de formalisation
Education nationale (Aspects médicaux)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>santé scolaire</u> • infirmières des établissements scolaires • centre de médecine préventive (faculté) 	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> Comité de pilotage zonal (ou régional) </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>Fonctionnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • responsabilité préfet de zone de région • composition : <ul style="list-style-type: none"> . représentants des ministères concernés . représentants des collectivités locales et territoriales • mission : <ul style="list-style-type: none"> . définir rôle des différents acteurs en situation de crise </div>	Intégration des propositions dans les schémas départementaux prévus dans la circulaire du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux des victimes
Direction régionale du travail et de la formation professionnelle (Médecine du travail)	<p style="text-align: center;">Inspection régionale</p> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 0 auto; width: 100px;"> <u>Médecine du travail</u> </div>		
Conseil général	<ul style="list-style-type: none"> • <u>protection maternelle infantile</u> <p style="text-align: center;">petite enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> • environnement 		
Mairie	<ul style="list-style-type: none"> • hygiène • social • hébergement 		

ORGANISATION DE LA CHAINE DE SECOURS

Les structures	Rôle	Structures existantes	Textes applicables	Propositions et modalités de formation
Hôpitaux publics	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine de l'avant • Accueil Hospitalier • Urgence médico-psychologique • Aspects médico-légaux 	<ul style="list-style-type: none"> • SAU/UPATOU • SAMU/SMUR/CUMP • médecine légale (CHU) 	Circulaire DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux des victimes	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir un texte précisant la prise en compte au niveau zonal et au niveau des schémas départementaux de l'ensemble des institutions pouvant apporter leur contribution à l'organisation des soins en situation de crise - Prévoir un texte précisant le rôle des médecins généralistes - Préciser dans les plans rouges les modalités de prise en charge des personnes décédées selon la nature de la crise et prévoir dans les schémas départementaux les modalités de prise en charge par les établissements - Etudier la possibilité d'extension aux établissements privés de l'obligation de disposer d'un plan blanc
Etablissements privés	Accueil des victimes	Pour certains : <ul style="list-style-type: none"> - SAU - UPATOU - SMUR 		
Médecins libéraux	non défini	--	--	
Santé scolaire Centre de médecine préventive (Université)	non défini	--	--	
Protection maternelle infantile	non défini	--	--	
Médecine du travail	non défini	--	--	

- SAU : Service d'accueil des urgences
- UPATOU : Unité de proximité de traitement des urgences
- SAMU/SMUR : Service d'aide médicale urgente / Service mobile d'urgences et de réanimation
- CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique

URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Existant	Textes	Réflexions en cours (Avril 2002)	Propositions	Mode de formalisation
<p>Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)</p> <p>(Comité national d'aide médicale urgente)</p> <p>Organisation de Cellules d'urgence médico-psychologiques dans des organismes privés (Banque, industrie, ...)</p>	<p>Circulaire 97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau de prise en charge de l'urgence médico-psychologique (UMP) en cas de catastrophe</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Proposition d'actualisation de la circulaire de 1997 . CUMP rattachées et régulées par SAMU/centre 15 . Création de réseaux régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> . Intégration des spécialistes libéraux aux fonctionnement des CUMP . Identification et labélisation des organisations existantes . Mise en place de comités régionaux associant les différentes organisations identifiées privées ou publiques 	<p>La circulaire de 1997 étant en cours d'actualisation, les propositions, si elles sont retenues, pourraient y être intégrées.</p>

Conclusion

L'analyse faite à la suite des différents entretiens conduit à émettre un certain nombre de propositions qui devront faire l'objet de développements concernant notamment, la révision de la réglementation et l'élaboration de procédures. Mais il convient de préciser que ces propositions d'organisation ou de coordination doivent s'entendre pour toutes les régions et que c'est bien dans cet esprit que cette mission a été conduite.

Le principal enseignement retiré souligne l'attente importante des institutions rencontrées pour que les grandes orientations d'un schéma organisationnel soient prédéfinies par le niveau national. Un certain nombre de celles-ci figurent au travers des propositions formulées qu'il conviendra de mettre en œuvre.

Il est indispensable de réfléchir aux moyens à mettre en place dans de telles situations, de manière à capitaliser et à pérenniser le travail qui a été fait ; d'où l'importance de ce type de mission centrée sur les retours d'expérience, missions qui doivent être systématisées.

Mais si la réussite s'appuiera sur les expériences passées, elle sera aussi fonction des décisions à prendre en matière d'organisation de crise, et elle dépendra de la capacité des intervenants à s'adapter à chaque situation grâce à la mise en œuvre de compétences qui vont au delà des métiers et des fonctions habituelles de chacun. Il conviendra de s'appuyer sur des systèmes de management souples comportant de larges marges d'autonomie qui seules permettent d'anticiper et de gérer au mieux des situations exceptionnelles, par leur nature, leur ampleur ou leur caractère totalement inattendue.

Glossaire

ARH : Agence régionale d'hospitalisation
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIRE : Cellule inter-régionale d'épidémiologie
COD : Cellule opérationnelle départementale
CODIS : Cellule opérationnelle départementale d'incendie et de secours
COM-Séguir : Cellule de crise du ministère de la santé
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CTRI : Comité technique régional et interdépartemental
CUMP : Cellule d'urgence médicale psychologique
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS : Direction générale des affaires sociales
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DPM : Direction de la population et des migrations
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRIRE : Direction régionale de l'industrie et de la recherche
DRT : Direction des relations du travail
HFD : Haut fonctionnaire de défense
INSERM : Institut national scientifique d'étude et de recherche médicale
INVS : Institut national de la veille sanitaire
MIRT : Médecine inspection régionale du travail
NRBC : Risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques
ORAMIP : Observatoire régional de Midi-Pyrénées
PMA : Poste médical avancé
PMI : Protection materno-infantile
POI : Plan d'organisation interne
PPI : Plan particulier d'intervention
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAU : Service d'accueil des urgences
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation
SMUR : Service médicale des urgences régionales
URML : Union régionale des médecins libéraux

Liste des annexes

- ANNEXE – I Lettre de mission
 - ANNEXE – II Composition de la mission
 - ANNEXE – III Rapport de la DRASS
 - ANNEXE – IV Rapport de la DDASS
 - ANNEXE – V Rapport du CHU
 - ANNEXE – VI Rapport de la mairie de TOULOUSE
 - ANNEXE – VII Organisation du comité de suivi (extrait de la Lettre des Services de l'Etat en Haute-Garonne et Midi-Pyrénées)
- Numéro spécial " Toulouse, six mois après la catastrophe d'AZF "

Attention :

Toutes les annexes citées ci-dessus ne sont pas consultables à l'écran.
Vous pouvez les obtenir en version "imprimée" en vous adressant directement à :

Mme Dominique Péton-Klein, Directeur de Projet

Mél : dominique.peton-klein@sante.gouv.fr

Tél. : 01.40.56.74.37

(DHOS : Pièce 6516 - 8, avenue de Ségur - 75350 Paris SP 07)