



MANUEL DE FORMATION

PRISE EN CHARGE DE VICTIMES EN GRAND NOMBRE AU SERVICE DES URGENCES

academy@who.int | [#AcademieOMS](https://twitter.com/AcademieOMS) | academy.who.int



**Organisation
mondiale de la Santé**

Remerciements

Éditeurs : Sara Halimah, Neil Shorney, Nelson Olim, Lee Wallis, Alice Malachane

Contributions de :

Abuolwan Husam, OMS, Territoire palestinien occupé
Ahmed Abouteir, OMS, Territoire palestinien occupé
Ahmed Mhanna, Union of Health Work Committees, Territoire palestinien occupé
Alan Kay, NHS, Royaume-Uni
Andrea Tenner, UCSF, États-Unis d'Amérique
Athanasios Gargavanis, OMS, Palestine
Barclay Stewart, UW, États-Unis d'Amérique
Duncan Bew, NHS, Royaume-Uni
Edward Chu, MSF, États-Unis d'Amérique
Emad Abu Yaqeen, Ministère de la Santé, Jordanie
Emma Keeling, Imperial College, Royaume-Uni
Evika Karamagioli, Université d'Athènes, Grèce
Gila Hyams, RMC, Israël
Harald Veen, OMS, Suisse
Heike Geduld, UCT, Afrique du Sud
Hendry Sawe, Université Muhimbili, Tanzanie
Iyad Ahmed, Ministère de la Santé, Palestine
Jean-Marc Philippe, Ministère de la Santé, France
Joseph Kalanzi, Université Makerere, Ouganda
Juma Mfinanga, Université Muhimbili, Tanzanie
Justine Lee, NHS, Royaume-Uni
Ken Boffard, Université du Witwatersrand, Afrique du Sud
Laura Archer, IFRC, Suisse
Manos Pikoulis, Université d'Athènes, Grèce
Maria Jimenez, Université del Rosario, Colombie
Osan Ismail-Senior, OMS, Yémen
Pryanka Relan, OMS, Suisse
Roger Alcock, CICR, Suisse
Sameh al-Aros, OMS, Yémen
Wayne Smith, Ministère de la Santé, Afrique du Sud
Tim Hardcastle, Université de technologie de Durban, Afrique du Sud

Table des matières

<i>Remerciements</i>	2
<i>Abréviations</i>	3
<i>Introduction</i>	4
<i>But et public cible</i>	5
<i>Domaine d'application</i>	5
<i>Méthodologie</i>	5
<i>Utilisation du manuel</i>	5
<i>Objectifs d'apprentissage</i>	7
<i>Définitions</i>	8
<i>Un changement fondamental : des soins de routine aux soins de victimes en grand nombre</i>	11
<i>Éléments de la prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences</i>	12
<i>Bibliographie</i>	47

Abréviations

CBRN – chimique, biologique, radiologique ou nucléaire (incident)

ONG – organisation non gouvernementale

EPI – équipement de protection individuelle

Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé définit les événements faisant beaucoup de victimes comme des catastrophes et des événements majeurs caractérisés par la quantité, la gravité et la diversité des patients qui peuvent rapidement dépasser la capacité des ressources locales à fournir des soins médicaux complets et définitifs.

On parle d'événement faisant beaucoup de victimes lorsque la demande de services cliniques résultant d'un événement soudain dépasse la capacité d'un système de soins de santé à les assurer. Cela peut se produire n'importe où et à tout moment, et affecte non seulement les personnes directement concernées par l'événement, tant les patients que les agents de santé, mais aussi l'ensemble de la collectivité.

En cas d'événement causant beaucoup de victimes, un système de soins d'urgence préexistant et robuste est le fondement essentiel permettant d'assurer une riposte initiale efficace de prise en charge de victimes en grand nombre, et ce système est tout aussi vital pour assurer la continuité des soins face aux urgences quotidiennes. Les urgences résultant de divers dangers déclenchent des événements faisant beaucoup de victimes affectant de grands groupes et provoquant une surmortalité, non seulement par les effets directs de l'événement, mais surtout du fait de la perturbation des services de santé essentiels. Immédiatement après une catastrophe de grande ampleur, le système de soins d'urgence est susceptible d'être la principale plateforme fonctionnelle pour maintenir les services de soins de santé généraux afin de prendre en charge les problèmes aigus. Une planification et une préparation minutieuses réduiront le risque de perturbation du système de soins d'urgence et permettront de sauver des vies. Le cas échéant, les systèmes de soins d'urgence bien préparés peuvent rapidement intensifier leurs efforts pour répondre à d'autres crises sanitaires pouvant découler de la catastrophe.

Dans une telle situation, les services des urgences des hôpitaux sont souvent en première ligne dans le système de santé et ont un rôle essentiel à jouer pour assurer une riposte efficace aux situations d'urgence. En particulier, le service des urgences peut être le premier point de contact avec le système de santé pour beaucoup de personnes et, à ce titre, il est chargé de reconnaître rapidement les pathologies à traiter en urgence, d'assurer la réanimation et l'orientation des patients gravement blessés et d'administrer des soins complets à bon nombre d'autres patients.

L'Académie de l'OMS a élaboré le Programme de formation sur la prise en charge de victimes en grand nombre pour le personnel de santé de première ligne travaillant dans des services d'urgence. Ce personnel comprend notamment les médecins, le personnel infirmier, le personnel de soutien logistique, les membres de la direction et les techniciens. Les micro-titres et macro-titres de compétences délivrés pour ce programme de formation sont disponibles sur la plateforme d'apprentissage de l'Académie.

Afin de mieux aider les autorités publiques, les établissements de formation, les sociétés professionnelles et les ONG à renforcer leurs capacités locales à gérer un événement faisant beaucoup de victimes, le Programme de formation sur la prise en charge de victimes en grand nombre devrait, dans la mesure du possible, être intégré aux programmes de formation médicale, paramédicale et en sciences infirmières de premier cycle et des cycles supérieurs. Les sociétés de médecine d'urgence et les sociétés de chirurgie ont un rôle primordial à jouer dans la réalisation de cet objectif.

La prise en charge de victimes en grand nombre est un processus complexe à facettes multiples et, bien que ce programme soit centré sur le service des urgences, nous reconnaissons également que ce service n'est pas le seul habilité, de manière indépendante, à gérer tous les aspects d'une urgence. Le succès de la prise en charge d'un événement faisant un grand nombre de victimes nécessite la coordination et la collaboration de plusieurs structures publiques et organisationnelles ainsi que de tous les acteurs de la riposte, y compris les premiers intervenants, les agents de santé, la direction de l'hôpital, ainsi que les autorités locales, régionales et, dans certains cas, nationales.

Lorsqu'elles étaient disponibles, les normes de l'OMS ont été appliquées dans le présent document. Des considérations particulières sur les normes de prise en charge de victimes en grand nombre et leur applicabilité aux équipes médicales d'urgence déployées ont été ajoutées à chacun des éléments clés de la prise en charge de victimes en grand nombre. La formation des équipes médicales d'urgence à la prise en charge de victimes en grand nombre peut être intégrée dans le cadre d'une plus vaste formation, par exemple la formation de la cellule de coordination des équipes médicales d'urgence.

But et public cible

Le présent document vise à établir un ensemble de normes ainsi que des éléments de langage uniformes à l'échelle mondiale concernant la prise en charge de victimes en grand nombre au niveau des services des urgences. Il peut servir de manuel de référence en matière de prise en charge de victimes en grand nombre, afin d'inciter les apprenants à réfléchir à leur propre système et à l'analyser. Il peut également servir de programme complet pour les personnes participant à la conception, à l'élaboration et à la prestation de formations sur la prise en charge de victimes en grand nombre.

Domaine d'application

Le présent document traite de la prise en charge de **personnes blessées** lors d'événements faisant beaucoup de victimes. Il souligne le rôle essentiel du service des urgences en ce qui concerne la stratégie d'atténuation essentielle déployée dans le cadre de la gestion des catastrophes pour éviter la surmortalité. Les protocoles particuliers concernant la prise en charge des incidents chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (CBRN) ne relèvent pas du domaine d'application du présent document.

Méthodologie

Les éléments de la prise en charge de victimes en grand nombre décrits dans ce document ont été conçus et élaborés en suivant un processus Delphi en trois étapes et en s'appuyant sur de nombreuses consultations auprès d'experts internationaux. Il s'agit d'éléments fondamentaux communs, quels que soient le milieu de travail ou les ressources disponibles.

Reconnaissant qu'un cadre de prise en charge de victimes en grand nombre applicable en toutes circonstances doit pouvoir être adapté à divers contextes géopolitiques et niveaux de ressources, les agents de santé, les formateurs et les autres acteurs, notamment les services médicaux d'urgence, les responsables d'établissements de santé ainsi que les agences régionales et nationales de gestion des catastrophes, devraient enrichir et élargir ce cadre de base selon leurs besoins locaux.

Utilisation du manuel

Le présent document traite de manière exhaustive des éléments clés nécessaires pour se préparer et répondre efficacement à un événement faisant un grand nombre de victimes au niveau des services des urgences. Il est conçu pour aider les agents de santé d'urgence à acquérir, conserver et appliquer les connaissances nécessaires pour mettre en œuvre des changements organisationnels sur leur lieu de travail.

En ce qui concerne l'enseignement pratique en la matière, plusieurs approches pédagogiques peuvent être utilisées pour renforcer les aptitudes et les compétences des apprenants. Celles-ci peuvent comprendre des techniques numériques, notamment la réalité augmentée, l'apprentissage en présentiel et en petits groupes, des discussions autour de cas concrets, des exercices sur table et fonctionnels, des études indépendantes, le suivi de patients, des jeux de rôles, des simulations et des projets d'amélioration.

Chacune de ces méthodes présente des avantages et des inconvénients, et les formateurs doivent garder à l'esprit que différents objectifs d'apprentissage peuvent être atteints en sélectionnant différentes approches.

Nous avons élaboré un ensemble de tableaux pour chaque élément de la prise en charge de victimes en grand nombre afin de faciliter la compréhension des éléments et de leurs répercussions.

Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Ce qui doit se passer pendant la phase de préparation pour réaliser cet élément	Ce qui se passe pendant la phase de riposte
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Conseils d'experts sur la façon de mettre en œuvre cet élément	Aspects critiques souvent ignorés ou aspects nécessitant un examen attentif lors de l'intégration de cet élément particulier
Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence	
Comment adapter cet élément à une équipe médicale d'urgence déployée	

Principes fondamentaux

Ce document a été élaboré en conformité avec les principes de l'OMS, à savoir :

- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.
- La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.
- Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.
- L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.
- Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.
- L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.
- Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.
- Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

Objectifs d'apprentissage

À l'issue du Programme de formation sur la prise en charge de victimes en grand nombre, lequel est fondé sur les principes présentés dans ce document, les apprenants devraient être en mesure de :

- Évaluer la situation locale pour s'assurer qu'une approche « tous risques » est suivie.
- Comprendre ce qu'est un événement faisant beaucoup de victimes dans le contexte de leur situation géographique et économique.
- Déterminer la nécessité d'appliquer des principes de planification génériques.
- Définir les éléments qui doivent être pris en compte lors de l'élaboration d'un plan de préparation et de riposte pour le service des urgences/l'équipe médicale d'urgence.
- Comprendre les rôles et les fonctions des différents éléments nécessaires à la prise en charge d'un événement faisant beaucoup de victimes.
- Évaluer le potentiel de transfert des tâches et de diversification des rôles pour assurer la prestation des soins.

Définitions

Renforcement des capacités – Efforts visant à développer, au sein d'une collectivité ou d'une organisation, les compétences humaines ou les infrastructures sociales nécessaires pour réduire le niveau de risque. Dans un sens plus large, le renforcement des capacités englobe également le développement des ressources institutionnelles, financières et politiques et d'autres ressources, dont la technologie à différents niveaux et dans différents secteurs de la société.

Victime – Toute personne accédant à des services médicaux ou de santé, y compris des services de santé mentale ainsi que des services médico-légaux et mortuaires (en cas de décès), après avoir été touchée par un événement dangereux.

Collectivité – Groupe de personnes partageant un point commun, généralement défini par un lieu, une expérience partagée ou une fonction. Une collectivité (avec ses cinq éléments, à savoir les personnes, les biens, les services, les moyens de subsistance et l'environnement) présente quatre caractéristiques principales. Elle possède des structures communes permettant d'intervenir en cas d'urgence (police, pompiers, hôpital, etc.), elle a compétence pour prendre des décisions en vertu du pouvoir qui lui est délégué par une autorité supérieure, elle est responsable de ses propres ressources financières et humaines, et elle doit rendre compte de ses actions.

Handicap – Terme générique recouvrant les incapacités et déficiences, les limitations aux activités et les restrictions à la participation qui correspondent aux aspects négatifs de l'interaction entre une personne (atteinte d'une pathologie) et le contexte dans lequel elle vit (facteurs environnementaux et personnels).

Catastrophe – Perturbation grave du fonctionnement d'une collectivité ou d'une société, quelle qu'en soit l'ampleur, en raison d'événements dangereux interagissant avec des conditions d'exposition, de vulnérabilité et de capacité, entraînant un ou plusieurs des éléments suivants : pertes et conséquences sur les plans humains, matériels, économiques et environnementaux.

Urgence médicale – Événement, en cours ou imminent, qui met en péril ou menace de mettre en péril la vie, les biens ou l'environnement et qui nécessite une intervention coordonnée de grande ampleur.

Système de soins d'urgence – Les systèmes de soins d'urgence traitent diverses affections aiguës, notamment les blessures, les maladies transmissibles et non transmissibles et les complications de la grossesse, en particulier lorsqu'il existe des obstacles à l'accès aux soins de santé. Il est possible que les personnes ne demandent des soins que lorsqu'elles sont gravement malades ou blessées. Les soins d'urgence sont un élément essentiel de la couverture sanitaire universelle et, pour de nombreuses personnes dans le monde, ils constituent le principal point d'accès au système de santé.

Équipes médicales d'urgence – Les équipes médicales d'urgence sont des groupes de professionnels de santé (médecins, personnel infirmier, personnel paramédical, etc.) qui traitent les patients affectés par une urgence ou une catastrophe. Cette équipe installe un « hôpital de campagne » composé de tentes et d'installations médicales temporaires, avec électricité, eau, toilettes, hébergement et toutes les fournitures nécessaires pour établir une clinique sur le terrain ou dans une salle communautaire, une zone éloignée ou où que ce soit nécessaire. Les équipes médicales d'urgence peuvent fournir des soins médicaux vitaux dans les premiers jours et semaines critiques après une catastrophe.

Facteurs environnementaux – Environnement physique, social et comportemental dans lequel les personnes évoluent et mènent leur vie, par exemple les produits et les technologies, les systèmes de santé et les ressources financières, l'environnement naturel, le soutien et les relations, les attitudes, les services, les systèmes et les politiques.

En attente – Personnes classées dans la catégorie des patients ne pouvant pas être traités dans les circonstances actuelles. La catégorie de triage – Bleu – désigne les patients qui dépassent la capacité technique actuelle de l'établissement ou qui ne peuvent pas être sauvés, quel que soit le contexte.

Zone verte – Zone en dehors du service des urgences où sont emmenés tous les patients en état de marcher et où ils sont réévalués et traités en conséquence.

Danger – Situation physique, phénomène ou activité humaine potentiellement néfaste, pouvant entraîner des décès ou des blessures, des dégâts matériels, des perturbations sociales et économiques ou une dégradation de l'environnement. Les dangers peuvent inclure des conditions latentes susceptibles de représenter de futures menaces et peuvent être d'origine naturelle (danger géologique, hydrométéorologique ou biologique) ou induits par des processus humains (dégradation de l'environnement et dangers technologiques). Les dangers peuvent se produire seuls ou consécutivement, et leur origine et leurs effets peuvent se cumuler. Chaque danger se caractérise par son emplacement, son intensité, sa fréquence et sa probabilité.

Établissement de santé – Terme regroupant les hôpitaux de toutes tailles et de tous types, les services médicaux spécialisés, les cliniques de soins de santé primaires, les cabinets de médecins généralistes, etc.

Système de santé – Système qui se compose de toutes les organisations, institutions, ressources et personnes dont le principal objectif est d'améliorer la santé. Les principaux éléments assurant le bon fonctionnement d'un système de santé sont la direction et la gouvernance, la prestation de services, les ressources humaines, les produits médicaux, les technologies essentielles, les systèmes d'information sur la santé et le financement de la santé.

Équipe de gestion de crise – Structure hiérarchique normalisée facilitant la coopération lors de la riposte face à un incident. Le rôle premier de l'équipe de gestion de crise est de superviser la mise en œuvre du plan de riposte d'urgence selon une approche coordonnée et systématique.

Événement faisant beaucoup de victimes – Situation entraînant, à un moment donné, un nombre de victimes supérieur au nombre de patients que les ressources locales disponibles peuvent prendre en charge suivant les procédures habituelles. Un tel événement exige de prendre des dispositions d'urgence exceptionnelles et de faire appel à une aide supplémentaire ou extraordinaire.

Prise en charge de victimes en grand nombre – Ensemble cohérent et interdépendant de procédures, de politiques et de plans établis qui contribuent aux objectifs communs d'optimisation de la capacité de base à prendre en charge les populations de patients en attente en cas d'événement faisant de nombreuses victimes et permettent d'augmenter efficacement cette capacité lors de la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes.

Atténuation – Diminution ou limitation des effets négatifs des dangers et des catastrophes connexes.

Bilan opérationnel – Réunion des personnes concernées à l'issue d'une opération ou d'une riposte d'urgence. Cette réunion est l'occasion de revenir sur les problèmes rencontrés, notamment en matière de planification, d'organisation et d'exécution.

Facteurs personnels – Facteurs liés à la personne, par exemple l'âge, le sexe, la situation sociale et les expériences de vie.

Préparation – Connaissances et capacités développées par les gouvernements, les organisations d'intervention et de relèvement, les collectivités et les individus pour anticiper, répondre et se remettre efficacement des effets des catastrophes probables, imminentes ou en cours.

Prévention – Mesures visant à éviter purement et simplement les effets négatifs associés à un danger.

Relèvement – Rétablissement ou amélioration des moyens de subsistance et de la santé, ainsi que des biens, des systèmes et des activités économiques, physiques, sociaux, culturels et environnementaux, d'une collectivité ou d'une société touchée par une catastrophe, conformément aux principes de développement durable et de « reconstruction en mieux », pour éviter ou réduire les futurs risques de catastrophe.

Secours – Aide fournie pendant ou immédiatement après une catastrophe afin de sauver des vies et de subvenir aux besoins élémentaires de subsistance des personnes touchées. Le secours peut être immédiat, de courte durée ou prolongé.

Zone rouge – Zone à l'intérieur du service des urgences où sont emmenés tous les patients qui ne sont pas en état de marcher. La zone rouge résulte du renforcement des capacités de réanimation du service des urgences. C'est un espace dédié aux interventions d'urgence permettant de sauver la vie ou les membres des patients ainsi qu'au triage secondaire.

Résilience – Capacité d'un système, d'une collectivité ou d'une société exposés à un danger à résister à ses effets, à les absorber, à s'y adapter et à s'en remettre rapidement et efficacement, notamment en préservant et en rétablissant ses structures et ses fonctions de base essentielles.

Riposte – Prestation de services d'urgence et d'une assistance publique pendant ou immédiatement après une catastrophe afin de sauver des vies, de réduire les conséquences sur la santé, d'assurer la sécurité publique et de répondre aux besoins de subsistance de base des personnes affectées.

Analyse des risques – Utilisation systématique des informations disponibles pour déterminer la fréquence à laquelle des situations particulières peuvent se produire et l'ampleur de leurs conséquences probables.

Atténuation des risques – Toutes les mesures prises pour diminuer la gravité d'un danger donné ou la probabilité d'occurrence d'un danger donné ou d'exposition à un tel danger et, ainsi, réduire ses conséquences.

Acteurs – Personnes susceptibles d'être touchées ou se percevant comme concernées par le processus de gestion des risques d'urgence.

Modes opératoires normalisés – Ensemble de consignes regroupant les aspects opératoires qui se prêtent à une procédure définie ou normalisée sans perte d'efficacité.

Capacité des renforts mobilisables – Capacité des établissements (tels que les cliniques, les hôpitaux ou les laboratoires de santé publique) à répondre à une demande accrue de leurs services lors d'une urgence de santé publique.

Triage – Processus systématique de classification des patients selon le degré d'urgence de leur état afin d'affecter au mieux les ressources disponibles en fonction des besoins des utilisateurs. Le triage, élément essentiel des soins d'urgence aussi bien dans les conditions ordinaires qu'en cas de pic de la demande de soins, constitue un processus global appliqué à tous les patients, qui permet l'évaluation de chaque patient en fonction du contexte.

Flux unidirectionnel – Sens unique de circulation des patients au sein du service des urgences, mis en place pour optimiser l'efficacité des soins et éviter le plus possible les perturbations.

Un changement fondamental : des soins de routine aux soins de victimes en grand nombre

Le succès de la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes nécessite un changement fondamental dans l'approche des soins aux patients. Dans la prise en charge quotidienne des patients, une unité d'urgence aura pour objectif d'assurer le meilleur résultat possible pour chaque patient. En revanche, dans une situation où le nombre de victimes est élevé et où les ressources humaines et matérielles sont, par définition, insuffisantes, il convient d'identifier et de soigner les personnes qui bénéficieront le plus probablement d'une intervention médicale.

Ce changement d'approche se reflète dans tous les éléments de la riposte à un événement faisant un grand nombre de victimes, depuis le triage jusqu'à l'affectation des ressources, et en fin de compte jusqu'au parcours de soins définitif.

Reconnaissant que ce changement s'éloigne en fait de l'approche éthique acceptée des soins aux patients, le présent document est structuré de manière à offrir des conseils au personnel pour surmonter les défis et les difficultés liés à la mise en œuvre de cette approche peu familière des soins aux patients. **N'oubliez pas que cette approche ne s'applique qu'aux événements faisant beaucoup de victimes. Si vous disposez de ressources humaines et matérielles adéquates pour dispenser des soins individuels aux patients, vous n'êtes, par définition, pas dans le contexte d'une riposte à un événement faisant beaucoup de victimes** (quel que soit le nombre de patients pris en charge), et ces normes de soins de crise ne sont donc pas applicables.

Accentuation du déséquilibre entre la demande et les ressources dans le contexte de l'événement

Augmentation du risque de morbidité/mortalité du patient

Ressources de l'établissement	Routine	Pic en cas d'événement faisant beaucoup de victimes	Pic en cas de catastrophe
Infrastructure	Espace habituel de soins aux patients utilisé pleinement	Réaménagement des zones de soins aux patients	Extension aux zones non dédiées aux soins des patients
Ressources humaines	Personnel habituel mobilisé	Élargissement des tâches du personnel (report des services non urgents pendant de courtes périodes, supervision d'un plus grand groupe de patients, changement de responsabilités)	Personnel minimal requis pour la charge maximale de patients (conséquences négatives sur les soins aux patients, pratiques de sécurité)
Fournitures	Stocks et fournitures habituels utilisés	Mobilisation de kits préparés à l'avance	Réaffectation possible des ressources essentielles au maintien de la vie

Relèvement

Éléments de la prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences

Cette section décrit les vingt-cinq principaux éléments qui sont considérés comme essentiels à la prise en charge efficace de victimes en grand nombre au service des urgences. Chaque élément identifie et développe une facette de la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes. Il propose également des conseils sur la mise en œuvre et des questions pour encourager la réflexion. Les apprenants sont incités à utiliser chaque élément pour élaborer l'aspect pertinent de leur propre plan.

Élément 1. Élaboration d'un plan de prise en charge de victimes en grand nombre

Tous les services d'urgences doivent disposer d'un plan pour la prise en charge de victimes en grand nombre. Ce plan doit pouvoir être pleinement intégré aux autres plans établis pour l'ensemble de l'établissement et des services préhospitaliers et être aligné avec ceux-ci. Néanmoins, s'il existe un service des urgences distinct, celui-ci doit avoir un plan pouvant être activé rapidement de manière indépendante, car il s'agira, dans la plupart des cas, du premier point de contact des patients avec l'établissement de santé.

En élaborant un plan pour la prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences, la responsabilité, l'obligation de rendre compte et la structure hiérarchique sont clarifiées à l'avance, de même que les buts et les objectifs de la riposte. En outre, le plan promeut une communication efficace, l'utilisation efficace des ressources et, en fin de compte, la sécurité du personnel et des patients. Il comprend la définition des rôles et des responsabilités, ainsi que les modes opératoires à mettre en œuvre lors de la prise en charge de l'événement, comme, par exemple, la définition de la capacité maximale du service des urgences et des ressources minimales nécessaires, la gestion du flux de patients et les espaces conceptuels du service des urgences.

L'activation du plan du service des urgences pourra alors déclencher l'activation du plan global de l'établissement de santé au besoin. Ces plans peuvent être mis en œuvre simultanément, mais il faudra probablement plus de temps pour activer le plan global à l'échelle de l'établissement.

Dans la mesure du possible, la responsabilité globale de veiller à ce que chaque établissement de santé ait un plan de prise en charge de victimes en grand nombre devrait incomber à l'autorité désignée pour coordonner les soins d'urgence préhospitaliers et dispensés dans les établissements, de façon à faciliter la coordination de la riposte aux niveaux régional et national. En l'absence d'une autorité coordonnatrice, c'est le service des urgences, en tant que premier point de contact, qui doit être responsable de la conception, de l'activation et de l'exécution du plan (1) (2) (4) (5) (6).

Pendant la phase de planification, vous devez avoir bien conscience que, s'il est impératif d'augmenter l'espace consacré au traitement des patients, il pourra être nécessaire de l'élargir en empiétant sur des zones adjacentes convenables au sein de l'hôpital (4) (16) (11) (33) (43). Par exemple, des services de spécialités chirurgicales, des zones de soins ambulatoires ou même des zones telles que la cafétéria. Ces zones doivent être vastes, sûres et protégées des éléments et de préférence proches du service des urgences.

Les événements faisant beaucoup de victimes posent des défis continus aux systèmes de santé. Il est très important d'apprendre des autres incidents nationaux et internationaux pour actualiser continuellement votre plan local de prise en charge d'événements faisant beaucoup de victimes.

Élaboration d'un plan de prise en charge de victimes en grand nombre

Activités pendant la préparation

Élaborer un plan de prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences, en conformité avec les plans établis pour l'ensemble de l'établissement et des services préhospitaliers.

Activités pendant la riposte

Activation du plan

Conseils sur la mise en œuvre

Le plan doit être suffisamment générique pour que n'importe qui puisse le mettre en œuvre, l'activer et affecter des tâches tout en réduisant la hiérarchie, selon les besoins.

Éviter de dépendre des personnes ou de rangs particuliers pour qu'une étape puisse être mise en œuvre.

Envisager d'adopter une planification fondée sur les capacités. Il convient de précéder à une analyse des exigences pour chaque scénario auquel vous pensez être confronté, afin que le plan de base puisse être utilisé dans chaque situation.

Déterminer vos capacités en fonction des tâches que vous estimez nécessaires et vous pourrez ensuite mettre en œuvre le moyen le plus efficace et le plus efficient de les satisfaire.

Questions à examiner

En quoi la prise en charge de victimes en grand nombre diffère-t-elle de la routine quotidienne de votre hôpital ?

Quels rôles seront nécessaires et qui est qualifié pour les adopter ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les équipes médicales d'urgence déployées sur le terrain fonctionnent comme un prestataire de soins de santé auxiliaire pendant les périodes de pointe et deviennent une partie intégrante du système de santé local. Qu'elles soient en mode de soutien ou en mode de substitution complète, les équipes médicales d'urgence doivent être au courant des plans de riposte locaux/régionaux aux événements faisant beaucoup de victimes et s'y conformer chaque fois qu'ils sont disponibles.

Les équipes médicales d'urgence doivent élaborer leur propre plan de préparation et de riposte, mais contrairement à d'autres établissements de santé, le « plan du service des urgences » et le « plan de l'établissement de santé » sont fusionnés en un seul.

Les équipes médicales d'urgence de type I fixe, de type II ou de type III n'ont pas de service des urgences traditionnel, mais du point de vue conceptuel, ces équipes dans leur ensemble fonctionnent comme une version étendue d'un service des urgences avec des services, un bloc opératoire (type II) et une unité de soins intensifs (type III). En conséquence, le plan de l'équipe médicale d'urgence pour la prise en charge de victimes en grand nombre doit être conçu pour l'ensemble de l'équipe médicale d'urgence.

Les équipes médicales d'urgence de type I fixe ont les mêmes limites qu'un établissement de soins de santé primaires. Elles peuvent dispenser des soins définitifs aux patients en zone verte, mais le manque de blocs opératoires signifie qu'au cours d'un événement faisant beaucoup de victimes, elles serviront principalement de centre de triage, de stabilisation et de transfert pour les autres.

Élément 2. Phases opérationnelles du plan

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles un plan de prise en charge de victimes en grand nombre doit être divisé en phases distinctes. Fondamentalement, une approche par étapes permet au personnel de déterminer les fonctions requises au fur et à mesure que les besoins évoluent. Elle fournit également des éléments de langage communs lors de la communication de l'état de la situation aux intervenants internes et externes. Lors de l'établissement d'un plan de prise en charge de victimes en grand nombre, il convient de définir au minimum **trois** phases opérationnelles en plus de la préparation de base (activités quotidiennes). Les phases d'intervention suggérées sont les suivantes :

Phase 1 : Déclaration d'un événement faisant beaucoup de victimes – Activation complète du plan du service des urgences

Le but de cette phase est de préparer et de mettre en œuvre le traitement des patients entrants au moyen de toutes les ressources disponibles au service des urgences et dans le reste de l'établissement de santé. Le plan d'urgence de l'hôpital doit également être activé à ce stade. Le service des urgences doit être vidé/évacué en laissant les patients sortir, en les hospitalisant ou en les déplaçant dans une zone désignée au préalable.

Phase 2 : Diminution progressive

Cette phase intervient une fois que l'activité d'urgence liée à l'événement ayant fait beaucoup de victimes ralentit, lorsque le nombre de victimes de cet événement arrivant au service des urgences diminue considérablement ou lorsque le système de services préhospitaliers annonce l'arrivée du dernier patient. Le service des urgences et les autres services peuvent être encore à pleine capacité en raison de la poursuite des soins aux victimes de l'événement.

Dans le cadre de la phase 2, il est nécessaire de procéder à une évaluation de la charge de travail continue générée par l'événement (qui peut se prolonger plusieurs jours en ce qui concerne les interventions chirurgicales et les soins intensifs) afin de pouvoir coordonner cette charge de travail tout en gérant le retour à la normale le plus rapidement possible. Au cours de cette phase, les soins aux patients seront transférés au reste de l'établissement ou à l'extérieur.

Phase 3 : Relèvement

Les victimes de l'événement sont presque toutes sorties du service des urgences. Au cours de cette phase :

- les stocks de fournitures doivent être reconstitués ;
- l'équipement abîmé doit être remplacé ;
- le personnel doit récupérer et un bilan doit être effectué avec tous les membres du personnel concernés ;
- le service des urgences doit revenir à son état de préparation de base.

Dans les contextes où il est probable que survienne un nouvel événement faisant beaucoup de victimes, par exemple dans le cas d'un conflit permanent ou d'un tremblement de terre, le service des urgences doit pouvoir être remis en état de façon à permettre la réactivation rapide du plan de prise en charge de victimes en grand nombre en cas de nécessité (22) (23) (16) (11) (20) (12).

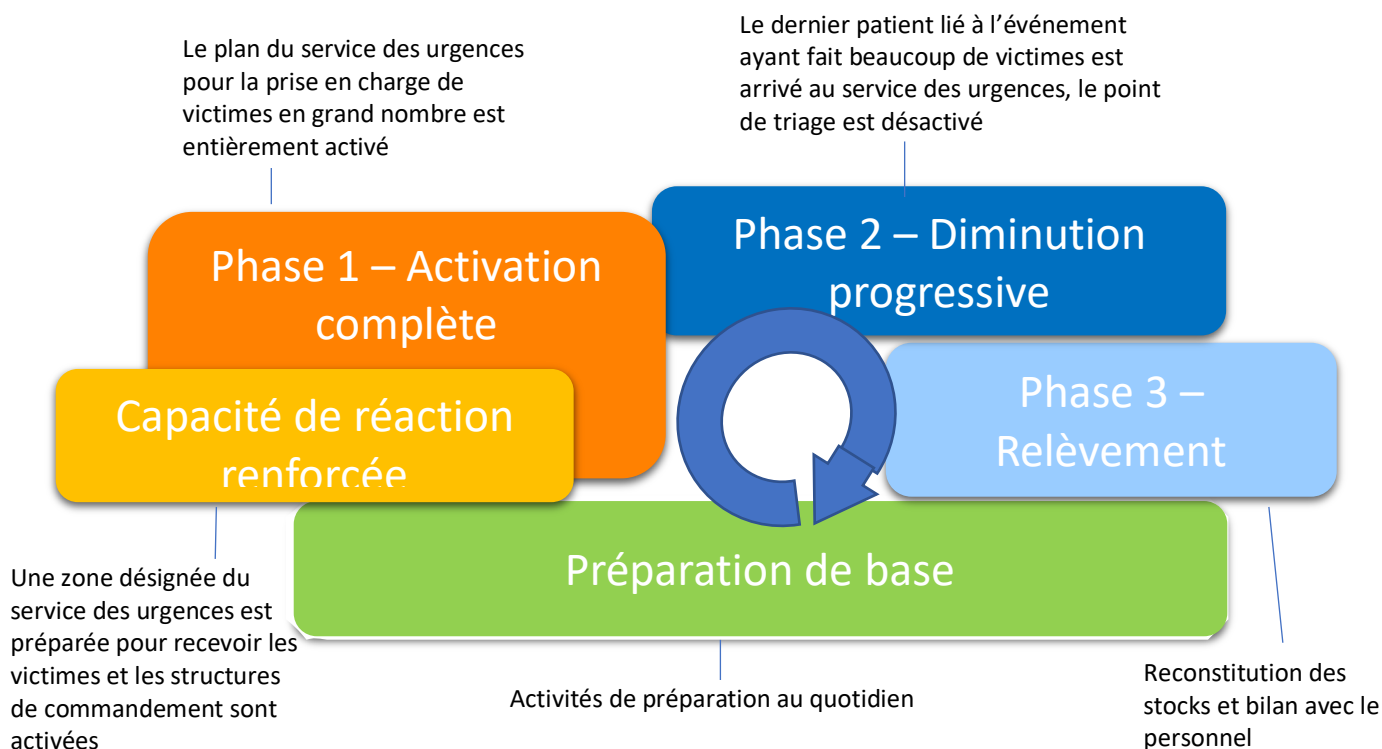
Capacité de réaction renforcée

Dans les contextes où la menace d'un événement faisant beaucoup de victimes est permanente, il existe une autre phase, facultative mais souhaitable, avant la phase 1, appelée « capacité de réaction renforcée ». Le but de cette phase est de **préparer le service des urgences à faire face à un événement anticipé**, tout en assurant la continuité des activités normales et en perturbant le

moins possible la routine quotidienne du service. Un événement anticipé peut être, par exemple, une manifestation de civils avec un risque de violences, un pèlerinage en grand nombre ou encore un conflit larvé continu avec des épisodes sporadiques d'hostilités.

Si, à un moment donné, les ressources du service des urgences deviennent insuffisantes, la phase 1 doit alors être immédiatement activée. Cette situation est similaire à un **événement faisant beaucoup de victimes « en veille »**, où le service des urgences répond à l'événement mais n'a pas encore suffisamment d'informations pour demander l'activation complète de la phase 1 du plan.

La figure 1 illustre les trois phases de la prise en charge de victimes en grand nombre.



Phases opérationnelles du plan

Activités pendant la préparation

Convenir des procédures et des seuils de transition entre les différentes phases du plan.

Activités pendant la riposte

Mettre en œuvre rapidement les procédures liées aux différentes phases du plan.

Conseils sur la mise en œuvre

Établissez une surveillance en temps réel et un retour d'information à la direction sur l'arrivée, la disposition et le nombre de patients afin que les seuils soient connus.

Questions à examiner

Votre établissement est-il prêt à passer à une capacité de réaction renforcée ? Dans quelles circonstances ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

La préparation de base a lieu avant le déploiement sur le terrain. De par la nature de son travail, une fois qu'une équipe médicale d'urgence est déployée, elle devrait assumer un mode équivalent de la « capacité de réaction renforcée ». Les phases d'activation, de diminution progressive et de relèvement s'appliquent comme dans tout autre établissement de santé.

Élément 3. Investissement dans la préparation de base

La préparation de base est une activité continue faisant partie de la routine quotidienne qui garantit que le service des urgences sera prêt à intervenir efficacement si nécessaire. Dans notre monde imprévisible, l'activation du plan de prise en charge de victimes en grand nombre peut être requise au moment l'on s'y attend le moins, y compris dans les milieux disposant d'importantes ressources.

Par conséquent, même dans un contexte où il est peu probable qu'un événement faisant beaucoup de victimes se produise, il est primordial que les établissements de santé continuent d'intégrer la préparation aux activités de routine du service des urgences et organisent des exercices de routine pour évaluer les lacunes dans les capacités de riposte. Le directeur du service des urgences doit veiller à ce que le plan de prise en charge de victimes en grand nombre soit évalué et mis à jour en continu (16) (11) (20) (12).

Voici des exemples d'activités qui devraient notamment être menées dans le cadre de la préparation de base :

- Évaluation et inspection régulières de l'équipement stocké à l'avance
- Évaluation du bon fonctionnement du système de communication
- Établissement de relations de transfert avec les hôpitaux locaux et logistique associée à ces transferts
- Sensibilisation et formation du personnel au plan de prise en charge de victimes en grand nombre
- Exercices et simulations fréquents
- Mise à jour des listes de coordonnées
- Orientation et intégration des nouveaux employés

Investissement dans la préparation de base

Activités pendant la préparation

Toutes les activités qui garantissent la préparation de la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes.

Activités pendant la riposte

Mise en œuvre du plan

Conseils sur la mise en œuvre

Élaboration d'un calendrier de séances d'information régulières pour le personnel du service des urgences (clinique et non clinique)

Questions à examiner

Comment résoudre le problème de la rotation du personnel du service des urgences ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

La préparation de base a lieu avant le déploiement sur le terrain. Il convient de connaître les circonstances du déploiement, les équipes médicales d'urgence à proximité et les structures locales, en concertation avec la cellule de coordination des équipes médicales d'urgence.

Élément 4. Entraînement à l'exécution du plan de prise de charge de victimes en grand nombre

La prise en charge de victimes en grand nombre doit faire l'objet d'exercices d'entraînement. Si l'exécution du plan n'est pas répétée régulièrement, son efficacité en situation réelle sera compromise. Idéalement, la formation devrait comprendre des modèles pédagogiques théoriques, des études de cas, des exercices sur table et des simulations sur le terrain et en ligne. Toutefois, même dans les établissements disposant de ressources très limitées, où il est peu probable que de telles possibilités de formation soient accessibles, il convient de répéter la procédure de riposte au moins une fois par an et d'intégrer au plan les enseignements tirés de cet exercice (13) (14) (2) (4) (15).

Entraînement à l'exécution du plan de prise de charge de victimes en grand nombre	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Trouver un accord entre tous les acteurs concernés sur la fréquence, le contenu et le format des exercices d'entraînement. Il est crucial de désigner une personne qui sera responsable de mener à bien cette tâche.	Veiller à ce que le plan de prise en charge de victimes en grand nombre soit ajusté et mis à jour en tenant compte des enseignements tirés des exercices ou de l'activation du plan en situation réelle.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Étant donné qu'un exercice d'entraînement complet peut prendre beaucoup de temps et détourner le personnel clinique de ses tâches quotidiennes, ce ne sera sans doute pas une option viable dans les petits établissements où les ressources en personnel de santé sont limitées. Dans ce cas, une autre solution plus réaliste consistera à diviser le plan en plusieurs sections. Ainsi, les sections individuelles du plan peuvent être répétées séparément, ce qui permettra de révéler des enseignements précieux à tirer. La réalisation d'exercices sans préavis au personnel réduit les biais et reflète la véritable capacité de renfort d'une organisation. Cela peut être plus utile que les exercices planifiés typiques, qui sont généralement très chorégraphiés.	Comment élaborer un programme d'exercices traitant de tous les aspects fondamentaux du plan de prise en charge de victimes en grand nombre, tout en perturbant le moins possible le fonctionnement quotidien du service des urgences ?
Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence	
Les équipes médicales d'urgence doivent intégrer la formation sur la prise en charge de victimes en grand nombre dans le cadre de leurs exercices et entraînements de routine.	

Élément 5. Détermination d'un seuil d'activation du plan

Chaque établissement de santé doit décider du seuil d'activation de son plan de prise en charge de victimes en grand nombre (1) (5) (6). Le seuil de déclenchement de la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes variera en fonction de l'établissement de santé et devra être décidé au niveau local, dans le cadre des activités de préparation. On parle d'événement faisant beaucoup de victimes lorsque le nombre prévu de nouveaux patients dépasse la capacité ordinaire du système de santé, provoquant une insuffisance temporaire dans la capacité à dispenser les soins au niveau des services préhospitaliers ou de l'hôpital (2). Cela signifie que beaucoup d'établissements de santé, en particulier ceux disposant d'importantes ressources, n'atteindront peut-être jamais le niveau d'insuffisance correspondant à la définition d'un événement faisant beaucoup de victimes, tandis que les établissements disposant de faibles ressources pourront être fréquemment confrontés à de telles situations (1) (5) (6).

Les facteurs suivants doivent être pris en considération pour déterminer le seuil d'activation :

- Nombre et acuité de l'état des patients victimes de l'événement au cours d'une période définie
- Effectifs du personnel
- Capacités et compétences du personnel
- Espace disponible pour les activités cliniques
- Ressources et équipement
- Capacité clinique d'autres zones en dehors du service des urgences, notamment le bloc opératoire, le laboratoire et les services de chirurgie

Détermination d'un seuil d'activation du plan

Activités pendant la préparation

Décider du seuil d'activation du plan de prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences.

Activités pendant la riposte

Activer le plan rapidement et de manière appropriée.

Conseils sur la mise en œuvre

Lorsque des indicateurs convenus à l'avance dépassent un seuil spécifique, cela représente un point de déclenchement. Il peut être très difficile de déterminer des indicateurs et des déclencheurs utiles. Dans certaines situations, ils peuvent être faciles à élaborer (par exemple, un seul cas de maladie infectieuse bien connue), mais dans le cas d'un événement faisant beaucoup de victimes, les déclencheurs peuvent varier considérablement d'un service des urgences à l'autre.

Questions à examiner

Quelle est la capacité maximale du service des urgences de votre établissement ?
Quelle est la capacité de renfort maximale de votre service des urgences ?
Quelle est la disponibilité actuelle et optimale du personnel ?
Avez-vous des structures de communication internes adaptées pour activer le plan de manière optimale ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Une équipe médicale d'urgence déployée est toujours par défaut en mode de « capacité de réaction renforcée ».

D'autres seuils restent à déterminer.

Élément 6. Activation rapide du plan

Le plan de prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences doit pouvoir être activé rapidement. Une gestion efficace du temps est cruciale pour garantir une bonne organisation et l'adaptabilité adéquate de la riposte. Tout doit être fait pour que la riposte du service des urgences à un événement faisant beaucoup de victimes puisse être activée sans délai.

La constitution d'une cellule de crise, l'équipe de gestion de crise, est recommandée pour assurer la prise en charge de victimes en grand nombre par le service des urgences.

Le risque d'un résultat sous-optimal peut être atténué si les moyens requis pour faire face à un événement potentiel sont surestimés plutôt que sous-estimés par le service des urgences. Il est préférable d'être trop préparé plutôt que de risquer l'échec en cas de préparation insuffisante (1) (7) (8) (9) (10) (6) (10) (32) (46).

Activation rapide du plan	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Déterminer les étapes nécessaires pour garantir une activation rapide.	Activer rapidement le plan en suivant les canaux prédéterminés.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
L'activation rapide du plan est cruciale. Un système d'alerte sonore devrait être en place pour marquer l'activation et la transition entre les phases, mais avec la technologie disponible aujourd'hui, de nombreuses autres options sont disponibles, notamment celles permettant d'alerter le personnel qui n'est pas actuellement en poste.	Lors d'un événement faisant beaucoup de victimes, à quel moment devez-vous informer l'administration de l'hôpital ? Quels autres services auxiliaires doivent être activés ? (Logistique, pastoral, psychologique, médico-légal, laboratoire, bloc opératoire, services, communication avec les médias ?) Lors d'un événement faisant beaucoup de victimes, quand et comment l'équipe de gestion de crise doit-elle être activée ?
Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence	
Les équipes médicales d'urgence doivent activer leur plan de prise en charge de victimes en grand nombre comme tout autre établissement de santé.	

Élément 7. Protection juridique du personnel et considérations éthiques

Lorsqu'un événement faisant beaucoup de victimes se produit, le plan de prise en charge de victimes en grand nombre doit décrire les protections juridiques spécifiques des agents de santé, ainsi que les comportements qui sont inacceptables et exposent les agents de santé à un risque juridique. Le plan de prise en charge de victimes en grand nombre doit inclure des informations destinées aux agents de santé nationaux et internationaux qui travaillent au sein de l'établissement.

Le cadre médico-juridique et éthique de la pratique clinique pendant la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes doit aussi être décrit dans le plan de prise en charge de victimes en grand nombre.

Protection juridique du personnel et considérations éthiques

Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Les normes de soins en cas de crise doivent être clairement définies à l'avance pour les différents types d'événements faisant beaucoup de victimes. Les activités de préparation doivent comprendre des précisions sur le cadre médico-légal et éthique applicable aux interventions du personnel clinique pendant un événement faisant beaucoup de victimes. Déterminer à quel seuil ces modes opératoires normalisés seront activés afin que les décisions cliniques soient prises par l'ensemble du personnel.	Veiller à ce que le personnel clinique agisse dans le respect du cadre médico-juridique approuvé au préalable.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Consulter le comité d'éthique de l'hôpital pour obtenir des conseils clairs sur des sujets sensibles tels que : les politiques cliniques concernant les patients mourants, les déclarations de décès, l'accès des autorités aux dossiers médicaux, le consentement éclairé, les priorités de traitement, les mineurs non accompagnés, etc.	Quelles sont les lois spécifiques à votre milieu ? Les événements faisant beaucoup de victimes entraînent des situations peu courantes dans les opérations quotidiennes. Déterminez comment votre système réagirait aux exemples suivants : • L'un des terroristes ayant commis l'attaque a été gravement blessé par la police et est emmené au service des urgences. Que faut-il faire ? • Les proches d'un des patients, qui sont des militaires de haut rang, insistent pour que le patient soit traité en priorité alors qu'il a été classé dans la catégorie verte lors du triage. Que faut-il faire ? • Au cours d'un événement faisant beaucoup de victimes, un patient

présentant une blessure pénétrante à la poitrine fait un arrêt cardiaque pendant que vous l'examinez. Quelle est la meilleure chose à faire ?

- Il y aura des moments où un patient ne sera pas en état de donner son consentement à une intervention visant à lui sauver la vie ou un membre. Comment faut-il procéder ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Pour les équipes médicales d'urgence, cela pourrait également inclure l'autorisation temporaire d'exercer.

Voir : [Livre Bleu](#) et [Livre rouge](#) (uniquement disponibles en anglais)

Élément 8. Maîtrise des foules

Maîtrise des foules à l'extérieur

Des mécanismes de maîtrise des foules à l'extérieur devraient être en place à proximité immédiate de l'établissement de santé (pour les personnes et les véhicules). Dans l'enceinte de l'établissement, il est nécessaire de maîtriser l'affluence à l'extérieur avant que la riposte puisse être mise en œuvre de manière sûre et efficace. Il faut immédiatement faire en sorte d'empêcher les véhicules privés d'accéder au périmètre du service des urgences (sauf s'ils transportent des patients). Il est essentiel pour cela de disposer de personnel de sécurité en nombre suffisant. La maîtrise des foules et la sécurité doivent impérativement être intégrées au plan de prise en charge de victimes en grand nombre et aux exercices de répétition du plan (13) (4) (16) (17).

Comme la sécurité et la maîtrise des foules jouent un rôle crucial dans la prise en charge efficace de victimes en grand nombre, il sera nécessaire d'utiliser tous les moyens disponibles au niveau local. En particulier, là où les ressources sont limitées, pour réduire les besoins en personnel de sécurité, la sensibilisation et la mobilisation de la collectivité peuvent contribuer à dissuader les badauds et les personnes inquiètes mais en bonne santé de submerger l'hôpital pendant un événement ayant fait beaucoup de victimes. Des solutions peu coûteuses consistant à apporter des modifications structurelles mineures à l'établissement de santé afin de mieux contrôler les foules, par exemple en construisant des clôtures et des portails, doivent être envisagées pendant la phase de planification.

Maîtrise des foules à l'extérieur

Activités pendant la préparation

Faire en sorte que du personnel de sécurité en nombre suffisant puisse être rapidement disponible en cas d'événement faisant beaucoup de victimes.

Vérifier que le personnel de sécurité est correctement formé et connaît son rôle pendant un événement faisant beaucoup de victimes.

Activités pendant la riposte

Mobiliser dès le début les agents de sécurité et les affecter rapidement aux postes et aux rôles prédéterminés.

Évaluer l'intervention pendant qu'elle est en cours pour déterminer si les mesures de maîtrise des foules sont adéquates et efficaces.

Veiller à l'existence d'une structure spécialement consacrée à la gestion de la sécurité.

Déterminer les modifications structurelles à apporter à l'établissement de santé qui permettront de mieux maîtriser les foules.

Procéder à ces modifications structurelles.

Conseils sur la mise en œuvre

Dans le cadre de la stratégie de maîtrise des foules, envisagez d'utiliser les médias locaux pour dissuader les badauds de se rendre à l'hôpital.

Assurez-vous que le personnel de sécurité considère qu'il fait partie du plan et assume sa responsabilité, mais assurez-vous également qu'il comprend la nécessité de faire preuve d'empathie et d'équité.

Questions à examiner

Quelles mesures devez-vous prendre pour assurer la maîtrise des foules au sein de votre établissement ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

La maîtrise des foules à l'extérieur est généralement intégrée aux procédures de déploiement des équipes médicales d'urgence.

Maîtrise des foules à l'intérieur

Pendant un événement faisant beaucoup de victimes, seul le personnel déjà approuvé et inscrit au registre doit être autorisé dans les zones d'intervention désignées, sauf instruction contraire de l'équipe de gestion de crise. La maîtrise des foules à l'intérieur s'applique également aux volontaires et au personnel souhaitant participer à la riposte. Si des volontaires ou des membres du personnel qui ne sont pas inscrits au registre se présentent en grand nombre au service des urgences pour apporter leur aide, cela risque d'entraîner de la confusion et de perturber la communication. Il convient de demander au personnel de l'hôpital de ne pas se précipiter au service des urgences. Les agents de sécurité peuvent être postés à l'entrée du service des urgences, à l'intérieur de l'hôpital. Les volontaires et le personnel qui ne sont pas inscrits au registre doivent être dirigés vers une zone de regroupement désignée au préalable, où la direction pourra les affecter aux zones ayant besoin de personnel (4) (16) (20) (21) (17).

Seuls les patients et les membres du personnel doivent être autorisés dans les zones d'intervention désignées, hormis les exceptions convenues au préalable, par exemple pour une personne accompagnant un mineur, une femme enceinte ou une personne malentendante ou malvoyante. La foule à l'intérieur peut être à l'origine de plusieurs conséquences indésirables. Elle peut entraver la communication entre les membres du personnel et créer une atmosphère de chaos. En outre, cela compromet la confidentialité et l'intimité des patients et peut entraîner des difficultés dans la prestation des soins aux patients (13) (4) (17).

Maîtrise des foules à l'intérieur

Activités pendant la préparation

Décider des exceptions à la maîtrise des foules à l'intérieur.

Définir une zone où le personnel supplémentaire

Activités pendant la riposte

Positionner le personnel de sécurité de sorte que les mesures de maîtrise des foules décidées au préalable puissent être appliquées.

et les volontaires peuvent être rassemblés avant leur déploiement. Désigner le coordonnateur chargé de superviser l'affectation du personnel supplémentaire ou des volontaires.	Veiller à ce que seul le personnel officiellement déployé soit autorisé à pénétrer dans les zones cliniques. Rassembler le personnel supplémentaire et les volontaires dans l'espace prédéterminé, idéalement loin des zones cliniques.
--	--

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Créer un groupe d'employés appartenant à d'autres services qui souhaiteraient participer à la prise en charge de victimes en grand nombre. Les former et les informer au sujet du plan.	Les parents d'un enfant ou d'un patient atteint d'un handicap mental voudraient accompagner ce dernier dans la zone rouge. Quelle est la procédure à suivre ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence
La maîtrise des foules à l'intérieur ne s'applique qu'aux établissements où du personnel en renfort est disponible. Les équipes médicales d'urgence déployées doivent s'appuyer sur tout le personnel existant pour réagir à un événement faisant beaucoup de victimes.

Élément 9. Sécurité du personnel et des patients

Il convient de veiller à ce que des protocoles adéquats soient en place pour assurer la sécurité des patients et du personnel. Il est d'une importance cruciale que l'accès au service des urgences soit interdit au personnel armé, aussi bien civil que militaire. Les armes des patients doivent leur être retirées avant que l'on puisse leur prodiguer des soins cliniques. Prendre des dispositions pour stocker les armes et les munitions en toute sécurité. Il est possible de faire appel aux agents de sécurité d'autres zones de l'établissement de santé pour faire appliquer ces mesures (13) (16) (4) (17).

Dans certaines situations, par exemple en cas d'attaque terroriste, la présence de personnel de sécurité armé peut être requise au sein de l'établissement afin de protéger le personnel et les patients.

Dans la mesure où les protocoles de sécurité ne sont pas normalisés et varient en fonction du contexte, des consignes générales actualisées sont disponibles dans le « Livre rouge » (en anglais seulement), un document d'orientation destiné aux équipes médicales d'urgence répondant aux urgences sanitaires en situation de conflit armé et autres conditions de sécurité précaires (*A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments*).

Sécurité du personnel et des patients	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Signalisation – « Établissement exempt d'armes » Prendre des dispositions pour stocker les armes et les munitions en toute sécurité. Former le personnel de sécurité à désarmer en toute sécurité toute personne pénétrant dans l'hôpital, sauf en cas d'exception.	Positionner les agents de sécurité de manière à assurer la sécurité du personnel et des patients.

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Identifier une zone sécurisée pour entreposer les armes.	Votre personnel de sécurité est-il formé pour contrôler les patients portant des armes ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence
Voir : Livre Bleu et Livre rouge (uniquement disponibles en anglais)

Élément 10. Fournitures

Les fournitures médicales doivent être stockées de manière à être facilement accessibles. La plupart des fournitures nécessaires pour gérer un événement faisant beaucoup de victimes sont couramment utilisées au quotidien dans les services des urgences. Toutefois, en cas d'événement faisant beaucoup de victimes, les stocks de ces fournitures diminueront rapidement. Par conséquent, dans le cadre des activités de préparation, il convient de placer au préalable des fournitures à utiliser en cas de pic de la demande de soins dans des endroits accessibles.

L'accès à ces fournitures ne doit pas dépendre de la présence d'un seul membre du personnel. Pendant la phase de préparation, ces fournitures doivent être stockées en sécurité à proximité ou à l'intérieur du service des urgences, et comporter une étiquette indiquant leur contenu, leur quantité et leur date d'expiration (4) (16) (38) (44).

Les fournitures médicales stockées à l'avance doivent être régulièrement inspectées et entretenues. Ces listes de fournitures doivent être périodiquement passées en revue afin que les stocks puissent être écoulés et remplacés avant leur date d'expiration (16) (11) (33). Dans la mesure du possible, les fournitures nécessaires en cas d'événement faisant beaucoup de victimes devraient être entretenues dans le cadre de l'approvisionnement habituel de l'hôpital.

La riposte à un événement faisant beaucoup de victimes n'est pas le bon moment pour introduire de nouveaux équipements ou de nouvelles procédures. Dans la mesure du possible, il convient d'utiliser les équipements et les protocoles habituels pour être certain que le personnel les connaît bien.

Fournitures	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Répertorier les fournitures nécessaires et vérifier qu'une quantité suffisante est stockée en réserve Effectuer systématiquement des contrôles de qualité	Faire en sorte que le coordonnateur responsable des fournitures approvisionne rapidement les zones cliniques et veille au maintien de quantités suffisantes de fournitures tout au long de la riposte

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Les fournitures stockées à l'avance dont la date de péremption est proche doivent être utilisées et immédiatement remplacées par de nouvelles fournitures dont les dates de péremption sont plus lointaines.	Quels types de fournitures et d'équipements les kits suivants doivent-ils contenir et où doivent-ils être stockés ? - Kit pour la zone verte - Kits pour la zone rouge

Lors de la désignation de la ou des personnes chargées de contrôler régulièrement les fournitures stockées à l'avance, commencez par envisager les infirmières-chef, les pharmaciens et les responsables de la logistique du service des urgences.

- Kit de prise en charge de victimes en grand nombre
- Kit de triage

Que devez-vous faire lorsque vos fournitures en zone rouge commencent à s'épuiser lors d'un événement faisant beaucoup de victimes ? Qui doit être contacté ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les équipes médicales d'urgence sont limitées par le volume et le poids de leur cargaison. Il ne sera peut-être pas possible d'ajouter des kits supplémentaires à leur cargaison. Cependant, et comme la plupart des éléments de ces kits sont des fournitures renouvelables utilisées au quotidien, une stratégie possible serait d'envisager la mobilisation rapide des fournitures renouvelables conservées dans la zone de stockage afin d'assembler les kits nécessaires, et de les conserver dans des emplacements faciles d'accès, en tant que ressource prête à l'emploi.

Élément 11. Communication

Système de communication interne

Il est nécessaire de disposer de canaux de communication clairs dans tout l'établissement de santé, ainsi qu'avec les autres établissements. Le service des urgences doit communiquer ses besoins en ressources supplémentaires à un centre de commandement désigné au sein de l'établissement (dans un établissement où les ressources sont limitées, ce centre peut se trouver à l'intérieur même du service des urgences). Cela contribuera à faciliter le processus d'affectation des blocs opératoires, des lits de chirurgie et des installations de laboratoire, entre autres.

Dans certains établissements, le système de communication peut se trouver dans un centre de commandement disposant de personnel et de moyens de communication spécialement affectés, tandis que, dans les établissements où les ressources sont limitées, la communication peut se faire de manière plus informelle, par exemple par l'intermédiaire de messagers ou sous forme de notes sur papier (4) (24) (25).

Système de communication interne de secours

Il est admis que les moyens de communication habituels peuvent être interrompus pendant un événement. Il peut y avoir plusieurs raisons à cela : par exemple, en cas de conflit, les infrastructures de communication peuvent être délibérément ciblées ou les systèmes plus élémentaires peuvent tout simplement s'effondrer sous le poids de la demande accrue de la part des civils. Il convient donc de prévoir un système de communication de rechange, qui soit régulièrement vérifié dans le cadre de la préparation de base et prêt à être utilisé (16) (26) (27) (28) (29).

Communication élargie

Le service des urgences doit être en mesure de communiquer sa capacité fonctionnelle, notamment sa capacité à recevoir et à traiter d'autres victimes. Ce statut actualisé devra être transmis à tous les acteurs du parcours de soins, par exemple les prestataires de services préhospitaliers, l'administration de l'hôpital et les autres hôpitaux (31) (24) (25).

Communication	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Lors de la préparation de base, les différents niveaux d'information doivent être correctement définis et planifiés. Il doit y avoir une compréhension claire de qui fait quoi, comment les informations sont interprétées et analysées, et quels canaux de communication seront utilisés pour assurer la circulation fluide des informations. Choisir un système de communication de secours et en équiper le service des urgences. Vérifier que toutes les zones de l'hôpital connaissent leur rôle potentiel en cas d'événement faisant beaucoup de victimes. Déterminer des mécanismes de communication dans tout l'hôpital et les utiliser lors des exercices de répétition du plan de prise en charge de victimes en grand nombre. Vérifier que le coordonnateur responsable de la communication est conscient de la nécessité d'une communication élargie avec les services préhospitaliers, l'administration de l'hôpital et les autres hôpitaux, et qu'il connaît la marche à suivre.	Au moment de l'activation du plan de prise en charge de victimes en grand nombre, vérifier que le système de communication de secours est accessible au besoin. Informar la chaîne de commandement de l'activation du plan et assurer un flux d'informations bidirectionnel tout au long de la riposte.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Si les radios sont considérées comme une option de communication de rechange, assurez-vous que l'ensemble du personnel est formé aux techniques et à l'étiquette de radiocommunication. À maintes reprises, la communication était l'une des failles majeures dans le cadre d'une riposte à un événement faisant beaucoup de victimes. Pour aider à résoudre ce problème, vous pouvez essayer de réduire le nombre de communications radio que vous générez. Avant de parler, réfléchissez à ce que vous allez dire et assurez-vous que cette communication est nécessaire. Si elle n'aide pas un intervenant à agir, restez muet. Si vous devez parler, soyez bref et allez droit au but. Les identifiants et les numéros des appareils doivent être indiqués à l'avance et disponibles à des fins de référence rapide pendant l'événement.	Votre système de communication ou vos téléphones mobiles ne fonctionnent plus, le réseau est coupé. Quelles procédures devez-vous suivre pour activer le système de communication de secours ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les équipes médicales d'urgence disposent généralement de systèmes de communication internes dans le cadre de leurs déploiements opérationnels.

Les communications externes doivent être coordonnées avec le centre de coordination des équipes médicales d'urgence.

Élément 12. Sécurité du déplacement des patients

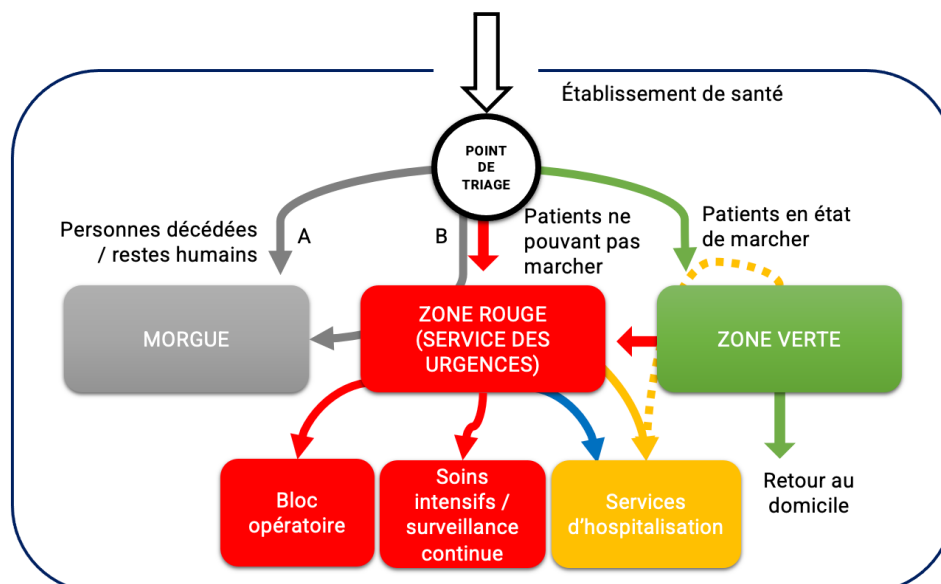
Le flux des patients constitue un élément important de la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes, qu'il ne faut pas négliger dans le plan de prise en charge de victimes en grand nombre. Lorsqu'il est nécessaire de déplacer des patients, des mesures doivent être prises pour mettre au point un sens unique de circulation continue des patients. Ce système débute à l'entrée de l'établissement de santé et passe par le service des urgences jusqu'à atteindre la destination vers laquelle le patient est orienté. Dans le cadre du plan de prise en charge de victimes en grand nombre, il convient de repérer les goulets d'étranglement potentiels et de prendre des mesures pour atténuer ce risque (1) (4) (31) (16) (42).

Certains établissements de santé disposent des ressources nécessaires et sont conçus de manière à ce que les examens diagnostiques puissent être effectués au service des urgences. En revanche, dans la plupart des cas où ce ne sera pas possible, il convient de réduire le plus possible les déplacements de patients pendant la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes.

Le mandat fonctionnel du service des urgences pendant un tel événement est limité aux interventions prioritaires au chevet des patients, notamment les examens au point d'intervention, les interventions critiques et la réanimation.

Les patients en état critique ne doivent pas être déplacés dans des zones isolées de l'hôpital pour effectuer des analyses diagnostiques en laboratoire ou des examens par imagerie, sauf en cas d'absolue nécessité. Si c'est inévitable, les patients doivent être accompagnés jusqu'à la zone désignée, plutôt que simplement envoyés avec une personne étrangère au monde médical comme un porteur (2) (11) (41).

La figure 3 illustre le flux de patients unidirectionnel à privilégier. Les flèches rouges représentent les patients dirigés vers la zone rouge (P1). Les flèches vertes représentent les patients dirigés vers la zone verte (P3). Les flèches jaunes et bleues représentent les patients dirigés vers les zones jaune et bleue (P2 et P4).



Sécurité du déplacement des patients

Activités pendant la préparation

Déterminer un sens pratique de circulation des patients à mettre en place en cas d'événement faisant beaucoup de victimes.

Apporter les changements nécessaires au service des urgences et, si possible, à l'établissement de santé, afin d'assurer un flux unidirectionnel des patients.

Recenser et mettre au point des techniques de soins réduisant la nécessité de déplacer les patients dans l'établissement, par exemple en achetant de l'équipement de diagnostic au chevet des patients, et sensibiliser le personnel aux risques associés au déplacement des patients en dehors des zones de soins intensifs.

Activités pendant la riposte

Mettre en place le plan de flux unidirectionnel décidé au préalable.

Veiller au respect des lignes directrices cliniques pendant la prise en charge de victimes en grand nombre afin de limiter le plus possible les déplacements de patients.

Conseils sur la mise en œuvre

Envisager la mise en place d'une équipe désignée chargée de transporter les patients du point de triage vers la zone rouge et, de là, vers leur destination finale. Ces équipes sont généralement composées de brancardiers, de volontaires approuvés ou de personnel hospitalier non essentiel.

Des signalisations et des flèches à code couleur peintes sur les murs ou les sols peuvent être utilisées comme éléments visuels pour orienter l'équipe de transport vers les zones appropriées.

Questions à examiner

Lorsque le plan de prise en charge de victimes en grand nombre est activé, où doit avoir lieu le transfert des patients sur les brancards ou les civières de l'hôpital ?

Qui doit gérer les brancardiers ?

Prévoir de communiquer avec d'autres services pour faciliter le flux des patients, par exemple, en faisant appel au personnel d'autres services pour aider au transport des patients du service des urgences vers leur destination finale. Cette stratégie contribue également à mieux gérer les ressources limitées du service des urgences.

N'oubliez pas de prévoir aussi un système de circulation unidirectionnel pour les véhicules.

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Lors du déploiement sur le terrain, les équipes médicales d'urgence doivent envisager un plan d'aménagement adapté à la prise en charge de victimes en grand nombre.

Élément 13. Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections doivent être considérées comme faisant partie intégrante de la formation à la prise en charge de victimes en grand nombre et de la riposte à ces événements. Des équipements de protection individuelle, de l'eau courante, du savon, des désinfectants ainsi qu'une formation adéquate à la prévention et au contrôle des infections doivent être à disposition pour protéger le personnel contre les agents pathogènes potentiellement contagieux.

Par ailleurs, dans certains cas, un établissement de santé peut être amené à gérer des complications de traumatismes associées à une contamination biologique, chimique ou radiologique. Ces activités de préparation et de riposte dépendront des capacités et de l'analyse des risques au niveau local (12) (6) (18) (19).

Prévention et contrôle des infections

Activités pendant la préparation

Veiller à ce que des EPI adéquats soient disponibles pour tout le personnel participant à la riposte en cas d'événement faisant beaucoup de victimes.

Dans le cadre de la préparation de base, organiser une formation à la prévention et au contrôle des infections pour tout le personnel participant à la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes.

Si votre analyse des risques le justifie, organiser une formation à la prise en charge des patients contaminés par un agent chimique ou radiologique (assistance et autodécontamination ainsi que décontamination en profondeur).

Activités pendant la riposte

Veiller au respect des protocoles relatifs à la prévention et au contrôle des infections et aux EPI pendant la riposte.

Conseils sur la mise en œuvre

Questions à examiner

Des EPI supplémentaires doivent être prévus pour le personnel dans les différents kits de fournitures.

L'installation d'un système de douche à l'extérieur du service des urgences est une étape simple contribuant à la décontamination. Cette mesure doit être abordée lors de la discussion sur la planification de la préparation de l'hôpital, en s'appuyant sur l'évaluation de la vulnérabilité aux dangers.

Votre hôpital n'a jamais élaboré de plan de prise en charge d'incidents chimiques. Votre plan de la prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences a été activé et certains des patients qui arrivent sont probablement contaminés par un agent chimique. Que devez-vous faire ?

En cas d'événement faisant beaucoup de victimes lors duquel les patients sont probablement contaminés par un agent chimique, où l'assistance et l'autodécontamination doivent-elles avoir lieu ?

Une zone de soins pour les patients infectés ou contaminés a-t-elle été définie ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Une analyse des risques avant le déploiement déterminera les types d'EPI qui doivent être expédiés ainsi que la nécessité de transporter des tentes supplémentaires pour les procédures de décontamination

Élément 14. Documentation et suivi des patients

Le service des urgences doit avoir des fichiers et des dossiers de patients préparés à l'avance et numérotés dans l'ordre, afin d'assurer la collecte des données et la tenue de la documentation lors de la prise en charge de victimes en grand nombre. Il doit exister un formulaire clair normalisé et des notes sur les patients qui doivent s'intégrer dans le système existant de consignation de l'hôpital (16). À titre de bonne pratique, envisagez l'intégration de la liste de contrôle des soins de traumatologie (48). Des formulaires préremplis pour les analyses standard de laboratoire peuvent permettre de gagner du temps et de limiter les erreurs.

À ces mesures devrait s'ajouter un mécanisme adéquat d'identification et de suivi des patients. Un tel mécanisme est important non seulement pour la gestion efficace du flux de patients et de l'affectation des ressources, mais également pour tenir les familles au courant de l'état des patients ainsi que pour la vérification des résultats. Pour ce faire, il est possible d'utiliser des dossiers de patients préparés à l'avance avec des numéros de code et des étiquettes ou des badges ou bracelets comportant un identifiant (16) (11) (28).

Documentation et suivi des patients

Activités pendant la préparation

Se mettre d'accord sur la conception de dossiers de patients préparés à l'avance pour la prise en charge de victimes en grand nombre.

Vérifier que le personnel est au courant de ses responsabilités concernant la tenue des dossiers et connaît le système qui sera mis en place pour faire face à un événement faisant beaucoup de victimes.

Décider d'un système d'identification adéquat permettant le suivi des patients tout au long du parcours de soins.

Activités pendant la riposte

Veiller à ce que le bon système d'enregistrement des patients soit utilisé tout au long de la riposte.

Veiller à ce que le système d'identification et de suivi des patients soit lancé à l'arrivée du patient dans l'établissement de santé.

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Si possible, le suivi des patients doit commencer sur le lieu de l'événement et se poursuivre jusqu'à ce qu'ils quittent l'hôpital. Une étape importante et complexe pour les hôpitaux est d'identifier les victimes et de les réunir avec leur famille à la suite d'un événement faisant beaucoup de victimes. Cette étape est particulièrement difficile lorsqu'il s'agit de mineurs ou de patients incapables de s'exprimer. Si vous utilisez un dossier patient numérique au quotidien, pensez à ajouter au préalable plusieurs dossiers vierges utilisables lors d'un événement faisant beaucoup de victimes. La mise en place du personnel administratif à l'entrée/la sortie des zones de traitement facilite le suivi des patients.	Votre système actuel de données sur les patients est-il adapté à la prise en charge de victimes en grand nombre ? Existe-t-il déjà un système de suivi des patients qui peut être utilisé ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Par défaut, les équipes médicales d'urgence doivent utiliser les formulaires et les systèmes de suivi adaptés à la prise en charge de victimes en grand nombre.

Élément 15. Dignité, vie privée et confidentialité des patients

Les droits des patients à la dignité, à la vie privée, à la confidentialité, à la sécurité et au consentement éclairé doivent être respectés dans le contexte d'un événement faisant beaucoup de victimes. Des préoccupations relatives à la sécurité peuvent dicter le degré de confidentialité pouvant être atteint (16) (28).

Il convient d'aspirer à garantir la sécurité et le respect de la vie privée et de la confidentialité afin que tout le monde puisse accéder aux soins, y compris les personnes atteintes de maladies souvent stigmatisées, telles que le VIH, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, la COVID-19, etc.

D'autres difficultés peuvent se présenter dans des contextes où la séparation des sexes n'est pas négociable.

Dignité, vie privée et confidentialité des patients

Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Déterminer les modifications structurelles et procédurales nécessaires pouvant être apportées pour optimiser le respect de la vie privée et de la confidentialité des patients	Veiller à ce que le personnel fasse de son mieux pour respecter la vie privée et la confidentialité des patients pendant la prise en charge des victimes en grand nombre

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
-------------------------------	----------------------

Les rideaux de chevet sont un moyen facile d'assurer l'intimité.

Quels aspects culturels ou juridiques sont pertinents dans votre situation locale ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les mêmes principes s'appliquent aux équipes médicales d'urgence.

Élément 16. Triage

Le triage pendant un événement faisant beaucoup de victimes est différent du triage effectué au quotidien. Il convient d'adopter une approche utilitaire simplifiée afin d'optimiser les résultats pour les patients en fonction des ressources limitées. Voir la figure 4 ci-après.

Quel que soit l'outil de triage employé, le processus comprendra deux étapes : le triage primaire et le triage secondaire.

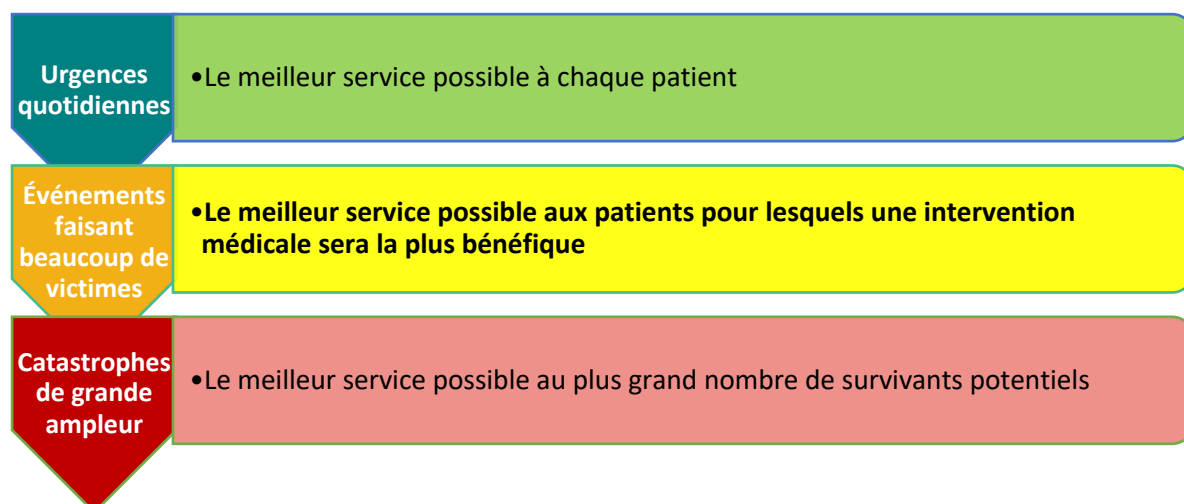
Le triage primaire doit se faire entre les patients en état de marcher et ceux ne pouvant pas marcher, afin de déterminer pour quels patients une intervention médicale sera la plus bénéfique et pour faciliter le triage secondaire (24) (11) (12) (37) (38) (29).

Il est important de ne pas oublier que les patients en état de marcher peuvent présenter des blessures graves et potentiellement mortelles pouvant s'aggraver au fil du temps. Par conséquent, un triage secondaire et une nouvelle réévaluation sont essentiels pour surveiller la dégradation de l'état des patients. Bien que l'expérience clinique soit un avantage, dans certaines situations, lorsque les ressources sont limitées ou lorsque le contexte culturel le permet, il est envisageable de former au triage primaire des personnes qui ne sont pas des agents de santé.

Après le triage primaire, le triage secondaire sera effectué sur tous les patients, car le triage doit être considéré comme un processus continu et dynamique. Il faudra réexaminer régulièrement les patients et, éventuellement, les changer de catégorie en fonction de l'évolution de leur état clinique. (22) (24) (11) (12) (37) (38) (29) (39) (40). Le triage secondaire nécessite des connaissances et des compétences cliniques avancées et doit donc être effectué par des cliniciens expérimentés.

En temps normal, le triage est effectué au sein du service des urgences, soit dans la zone d'admission, soit immédiatement après l'admission dans un espace consacré au triage. Pendant un événement faisant beaucoup de victimes, l'emplacement exact du point de triage peut varier d'un établissement de santé à l'autre, mais des principes de pratique généraux doivent être appliqués pour son installation. Notamment, le point de triage primaire doit se situer à l'extérieur du service des urgences, à côté de l'entrée, dans une zone qui peut être sûre et sécurisée pendant un événement. Selon les bonnes pratiques, un point de triage doit être clairement signalé et relié à l'entrée du service des urgences par un parcours bien délimité et facile à repérer (24) (11) (12) (37).

Figure 4 – Objectifs du triage selon le niveau de catastrophe.



Triage	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Décider du système de triage qui sera utilisé pour le pic. Déterminer l'emplacement du triage primaire pendant un événement faisant beaucoup de victimes. S'assurer que tout le personnel comprend la nécessité utilitaire du triage en cas d'événement faisant beaucoup de victimes. Vérifier que les membres concernés du personnel sont formés à la technique de triage. Désigner les membres du personnel qui effectueront le triage primaire. Veiller à ce que l'équipement et les documents nécessaires pour effectuer le triage secondaire soient rapidement accessibles.	Effectuer le triage primaire à l'emplacement déterminé au préalable. Veiller à ce que le personnel désigné commence le triage primaire et secondaire, avec l'équipement adéquat, aux endroits prédéterminés de l'établissement de santé.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Les catégories de triage ne sont pas strictes et il peut arriver qu'un patient se situe entre deux catégories, auquel cas il doit être classé avec la priorité la plus élevée des deux catégories.	Où doit se trouver le point de triage primaire ? Qui doit être responsable du triage primaire ? À l'issue du triage secondaire, où doivent être transférés les patients classés dans la catégorie jaune ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les principes de triage primaire et de triage secondaire s'appliquent également aux équipes médicales d'urgence déployées à la suite d'un événement faisant beaucoup de victimes. Cependant, en raison de la capacité limitée de ces équipes, on s'attend à ce qu'elles reçoivent un nombre plus élevé de patients en zone rouge ou bleue (au-delà de la capacité technique de l'établissement). Tous les patients dépassant la capacité de l'équipe médicale d'urgence doivent être transférés dès que possible vers un établissement mieux équipé.

Élément 17. Zones cliniques

Zone rouge

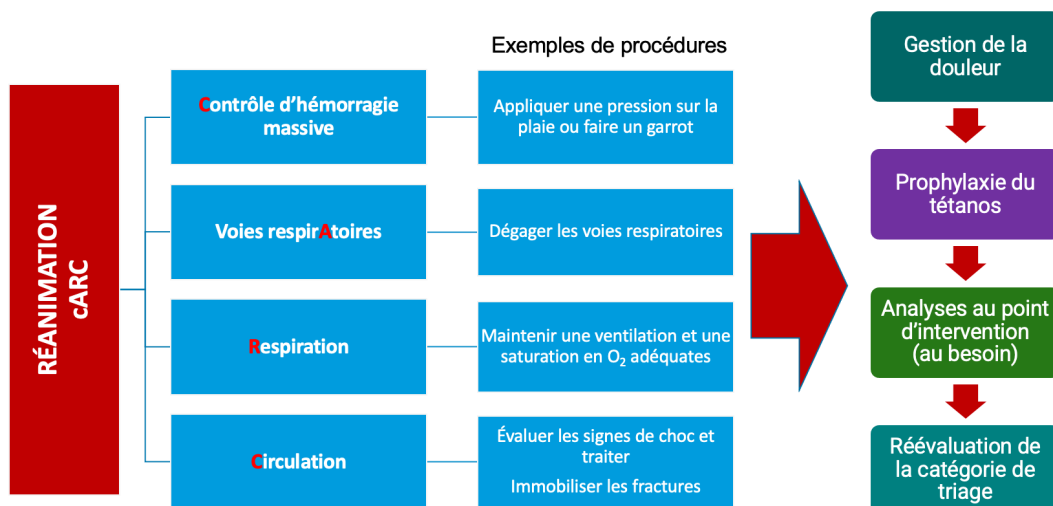
Quels que soient les systèmes de triage en place, les blessés légers doivent être exclus du service des urgences, qui doit être réservé aux patients présentant des blessures modérées et graves (22) (11) (12) (24). En d'autres termes, le service des urgences devrait, en tout ou en partie, être réaffecté pour devenir la zone dédiée aux patients ne pouvant pas marcher, soit la zone rouge.

Le triage secondaire effectué dans cette zone permettra de classer les patients dans la catégorie correspondante, par exemple rouge ou jaune (22) (24) (11) (12) (29) (22) (38).

Les patients orientés vers la zone rouge lors du triage initial seront divisés en quatre grandes sous-catégories :

1. Les patients nécessitant des soins de réanimation ou une intervention immédiate visant à leur sauver la vie ou un membre doivent être traités immédiatement – rouge
2. Les patients nécessitant un traitement mais pouvant attendre seront de préférence déplacés dans une autre partie de l'établissement de santé – jaune
3. Les patients évalués comme « en attente », car les soins dont ils ont besoin dépassent les ressources actuellement disponibles. Ils doivent être déplacés vers une zone de soins spécifique, loin de la zone clinique principale où ils peuvent recevoir des soins palliatifs et être régulièrement réévalués. Si les niveaux de ressources s'améliorent, ces patients peuvent passer de la zone des patients en attente à celle de la réanimation immédiate – bleu
4. Les patients décédés doivent être transférés à la morgue dès que possible – gris

La figure 5 illustre les activités cliniques menées dans la zone rouge.



Zone rouge

Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Décider comment le service des urgences sera transformé pour être utilisé comme zone rouge.	Identifier et déplacer en toute sécurité (si possible) les patients actuellement au service des urgences.
Déterminer les fournitures et l'équipement nécessaires pour la mise en place de la zone rouge.	Commencer le triage secondaire et le traitement clinique comme indiqué.

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
La gestion du personnel dans la zone rouge nécessite une approche coordonnée et convenue au préalable. Différentes options sont disponibles. En voici quelques exemples : Approche des « stations de soins » : Chaque équipe se voit attribuer un lit et attend l'arrivée de son patient. Une fois stabilisé, le patient est transféré vers sa destination finale et l'équipe passe au poste suivant. Approche de « l'équipe mobile » Chaque équipe commence dans un lit occupé. Une fois stabilisé, le patient est transféré vers sa destination finale et l'équipe passe au lit occupé suivant. Cette approche est peut-être mieux adaptée aux milieux disposant de ressources limitées, car le nombre de patients arrivant peut rapidement dépasser le nombre d'équipes disponibles.	Quels types d'interventions seront effectués dans la zone rouge ? Comment le responsable médical doit-il définir la priorité des patients à envoyer au bloc opératoire ou à l'unité de soins intensifs ? Qui est chargé de rassembler les équipes de médecins et de membres du personnel infirmier en zone rouge ?

Zone verte

Quel que soit le système de triage, il doit y avoir une zone verte permettant la prise en charge des patients en état de marcher. Cette zone a pour fonction de prodiguer des soins cliniques aux patients dont les blessures ne doivent probablement pas être traitées en urgence et n'engagent pas le pronostic vital (3) (22) (11) (12).

La zone verte doit être adjacente au service des urgences de l'établissement de santé, mais elle doit être distincte de celle-ci. Dans de nombreuses situations entraînant un grand nombre de victimes, les patients classés dans la zone verte sont susceptibles de constituer la majorité de la cohorte. C'est pourquoi il est préférable d'avoir un espace désigné, idéalement en dehors du service des urgences, pour accueillir ces patients. Dans les établissements ayant un niveau faible ou moyen de ressources, la zone verte peut être établie sous un abri temporaire.

Il faut bien garder à l'esprit que l'état d'un patient se trouvant dans la zone verte peut se dégrader rapidement et nécessiter une intervention d'urgence. Il devrait donc y avoir au moins un membre du personnel clinique expérimenté dans la zone verte. Pour cette raison également, la zone verte doit être située de façon à permettre le transfert rapide des patients réévalués comme nécessitant des soins immédiats (22) (11) (12).

Zone verte	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Décider où et comment sera établie la zone verte. Désigner le personnel qui travaillera dans la zone verte. Déterminer les fournitures et l'équipement nécessaires pour la mise en place de la zone verte.	Déployer le personnel désigné dans la zone vertes. Procéder au traitement clinique comme indiqué et à une observation clinique continue afin de déceler une éventuelle dégradation de l'état du patient qui conduirait à le changer de catégorie.

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Différentes approches peuvent être mises en place afin de s'assurer que les patients en zone verte continuent d'affluer. En voici quelques exemples : Approche du « tapis roulant » Les patients entrant dans la zone verte passent d'un poste de traitement à un autre jusqu'à qu'ils quittent l'hôpital. Exemples de postes de traitement : triage secondaire, pansement des plaies, examen ORL, examen orthopédique, soutien psychosocial, oxygénothérapie, poste de sortie. Approche de « l'équipe mobile » Les patients sont évalués par des prestataires cliniques qui passent d'un patient à l'autre jusqu'à ce que tous les patients soient évalués, traités et puissent quitter l'hôpital.	Quels types d'interventions seront effectués dans la zone verte ? Où la zone verte doit-elle être installée dans l'enceinte de l'hôpital ? Qui doit travailler dans la zone verte ? L'état d'un patient de la zone verte se dégrade soudainement et le patient perd connaissance. Quelles sont les étapes à suivre pour le transférer dans la zone rouge ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence
Malgré les limitations d'espace, les zones cliniques sont parfaitement adaptées aux équipes médicales d'urgence déployées. Dans la plupart des cas, et à l'exception de la zone rouge, elles devront être installées à l'extérieur de l'établissement principal, dans une zone abritée/ombragée ou sous une tente.

Élément 18. Équipe de gestion de crise

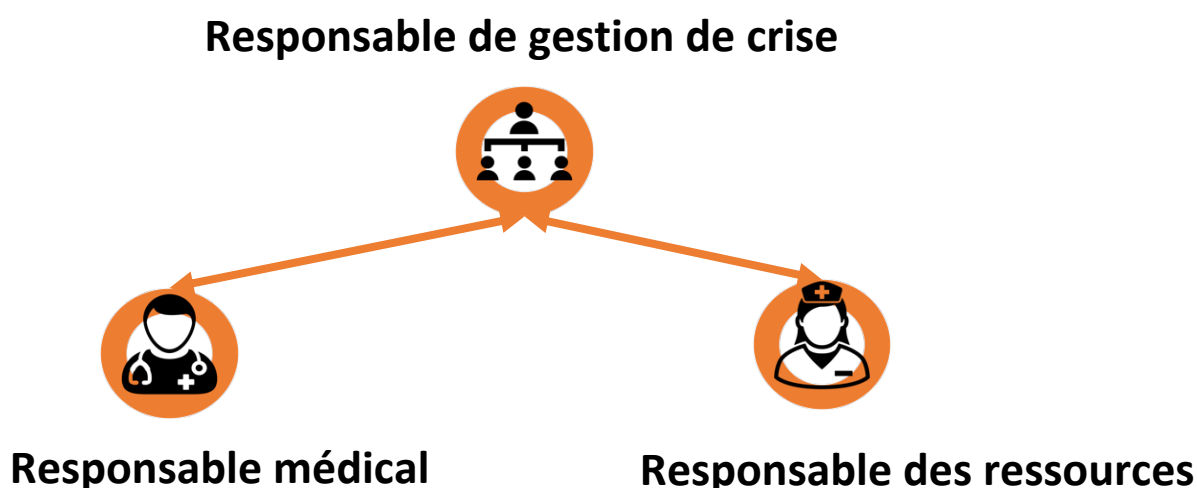
Il doit y avoir au moins une équipe de gestion de crise au service des urgences. Elle est désignée d'un commun accord et chargée de superviser la riposte :

- Responsable de gestion de crise
- Responsable médical
- Responsable des ressources

L'équipe de gestion de crise du service des urgences doit gérer la situation dans son ensemble et est généralement dirigée par le directeur du service des urgences. Les soins cliniques aux patients sont sous la responsabilité du responsable médical. La gestion des fournitures relève de la responsabilité du responsable des ressources. La sécurité et l'entretien devraient être du ressort de l'établissement de santé mais, dans certains établissements où les ressources sont limitées, ils peuvent également relever de la responsabilité du service des urgences.

Dans les établissements ayant un niveau faible ou moyen de ressources et où une structure classique et étendue de commandement en cas d'incident pourrait consommer toutes les ressources humaines disponibles, une seule personne pourrait être appelée à remplir plusieurs rôles. Dans la mesure du possible, le rôle du commandement en cas d'incident doit être exclusif. (19) (34) (35) (36)

La figure 6 illustre les postes essentiels d'une équipe de gestion de crise.



Équipe de gestion de crise	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Désigner l'équipe de gestion de crise et veiller à ce que chaque membre de l'équipe connaisse bien son rôle.	Activer immédiatement l'équipe de gestion de crise.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Éviter d'identifier les membres de l'équipe de gestion de crise par leur nom, mais les désigner plutôt par leur rôle générique. Il est important de s'assurer qu'en l'absence d'un membre de l'équipe, il	Comment l'équipe de gestion de crise supervisera-t-elle l'activation et la mise en œuvre du plan global ?

y ait toujours une personne assumant la même responsabilité.	À qui le responsable des ressources peut-il déléguer des tâches ? Qui sera responsable de l'évacuation des patients du service des urgences ? Qui peut activer le plan et ses différentes phases ?
--	---

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Du fait de sa conception opérationnelle, et contrairement à la pratique en place dans de nombreux autres établissements de santé, la structure de commandement de l'équipe médicale d'urgence est déjà définie par défaut. La direction, le responsable médical, la logistique et la sécurité sont bien identifiés. Cependant, en raison des limitations en termes d'effectifs de ces équipes, ces postes seront très probablement pratiques et aucun soutien en renfort de l'extérieur n'est attendu.

Élément 19. Rôles clairement définis et visibilité du personnel

Des fiches de service en format de poche ou numérique indiquant les tâches à effectuer pendant les différentes phases de la riposte devraient être remises à chaque agent de santé. Cela aide à clarifier les rôles et les responsabilités (22) (16) (11) (12). Les fiches de service ne doivent pas concerner une personne en particulier, mais plutôt un rôle, ce qui procure de la souplesse dans l'affectation du personnel, en particulier pour surmonter les problèmes liés aux absences imprévues du personnel. Lorsque le plan de prise en charge de victimes en grand nombre est activé, chaque membre du personnel du service des urgences doit avoir une fiche de service.

Il est recommandé que le personnel essentiel porte un gilet de haute visibilité correspondant à sa zone de travail, ainsi qu'un badge indiquant clairement sa fonction. Cela lui permettra d'être facilement reconnaissable, facilitera la maîtrise des foules à l'intérieur et contribuera à une meilleure communication interne. Pour la même raison, le nom des membres du personnel devrait être clairement indiqué (4) ; néanmoins, cela pourrait ne pas être pratique dans certaines situations, s'il y a des préoccupations relatives à la sécurité.

Rôles clairement définis et visibilité du personnel

Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Préparer des fiches de service indiquant les fonctions respectives du personnel pendant un événement faisant beaucoup de victimes. Vérifier que le personnel est bien conscient de ses rôles possibles. Préparer les gilets d'identification du personnel.	Distribuer les fiches de service aux membres du personnel selon le rôle qui leur a été attribué au préalable. Distribuer les gilets d'identification à tous les membres du personnel participant à la riposte.

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Il existe plusieurs options pour distribuer les fiches de service.	Quelles informations les différentes fiches de service doivent-elles contenir ?

Une option consiste à s'assurer au quotidien que le personnel essentiel se voit attribuer un rôle et une « fiche de service » correspondante à utiliser en cas d'événement faisant beaucoup de victimes. Étant donné que les fiches de service sont fondées sur le rôle et non l'individu, à la fin du quart de travail de chacun, le rôle peut être transmis à la personne suivante qui prend le poste. Cette stratégie peut être mieux adaptée aux établissements de santé qui sont fréquemment confrontés à des événements faisant beaucoup de victimes.

Une deuxième option consiste à distribuer les fiches de service lors de l'activation du plan.

Les fiches de service et les gilets de couleur peuvent être stockés dans le kit de prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences.

Quelle sera la stratégie de distribution des fiches de service ?

Quelles fiches de service peuvent être combinées en cas de personnel insuffisant ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les équipes médicales d'urgence sont encouragées à porter des uniformes ou des gilets mettant en exergue les différents rôles du personnel.

Élément 20. Personnel de soutien en renfort

Il est essentiel d'envisager le soutien de ressources humaines envoyées en renfort par d'autres services afin d'aider à la riposte face à un événement faisant beaucoup de victimes. Étant donné qu'il n'y a pas d'enseignement de routine sur les soins d'urgence essentiels dans de nombreux milieux, des programmes de formation devraient être mis en place à l'intention du personnel de santé des services autres que les services d'urgence. Ces programmes permettront aux agents de travailler en dehors de leurs rôles habituels lors de la riposte à un événement faisant beaucoup de victimes. En outre, les nouveaux membres du personnel du service des urgences devraient prendre connaissance du plan de prise en charge de victimes en grand nombre dès leur entrée en fonction (4) (11) (33) (34) (35) (36). Dans les établissements de petite taille ou disposant de ressources limitées, une solution possible est d'organiser une rotation régulière du personnel hospitalier au service des urgences.

Même si, dans la plupart des établissements, il ne serait pas réaliste de s'attendre à ce que tous les éventuels volontaires connaissent les rôles propres au service des urgences, ceux-ci devraient au moins connaître le plan de prise en charge de victimes en grand nombre au service des urgences et avoir une idée des fonctions qu'ils pourraient être appelés à remplir.

Personnel de soutien en renfort

Activités pendant la préparation

Recenser le personnel d'autres services de l'établissement et de la collectivité ne participant pas directement à la prise en charge d'un événement faisant beaucoup de victimes mais qui pourrait être recruté dans le cadre de la riposte.

Activités pendant la riposte

Lancer l'appel au personnel en renfort, s'il est à prévoir qu'il sera nécessaire.

Affecter clairement les responsabilités au personnel et aux volontaires en fonction des capacités et de la demande.

Attribuer au préalable des rôles au personnel en renfort, correspondant le plus possible aux compétences et connaissances cliniques déjà maîtrisées.

Vérifier que tout le personnel supplémentaire potentiel connaît le plan de prise en charge de victimes en grand nombre et a participé à des exercices d'entraînement.

Organiser la formation nécessaire pour les personnes sélectionnées.

Conseils sur la mise en œuvre

Quand on prévoit de faire appel à du personnel en renfort, il faut tenir compte du fait que l'événement faisant beaucoup de victimes peut se poursuivre pendant 24 heures ou plus, et que le repos et la rotation du personnel doivent faire partie du plan. Il ne faut pas utiliser toutes les ressources humaines d'un seul coup au départ.

Le personnel en renfort devrait également être formé et entraîné au moins une fois par an, et les listes devraient être révisées régulièrement pour tenir compte des mouvements et des transferts de personnel.

S'assurer que le personnel en renfort a suivi une formation sur les soins d'urgence essentiels et le faire participer aux exercices du service des urgences.

Certains hôpitaux promeuvent des programmes d'échange internes, permettant au personnel de différents services de passer du temps chaque année au service des urgences. Ces programmes sont un élément important de la préparation du personnel en renfort.

Prévoir que 30 % des membres du personnel inscrits au registre du service des urgences ne seront pas disponibles. Ne pas oublier non plus de prévoir d'obtenir le laissez-passer de sécurité des personnes appelées en renfort, ainsi qu'une place de stationnement pour celles qui viennent en voiture.

Questions à examiner

En cas d'afflux de personnel hospitalier venu apporter son soutien au service des urgences, quelle sera la stratégie pour optimiser ces nouvelles ressources ?

Comment gérer les volontaires ? Quels rôles peuvent être attribués aux volontaires ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

En raison des limitations de personnel, aucun soutien supplémentaire de l'extérieur n'est attendu. Un plan peut être en place pour faire appel aux volontaires locaux disponibles à condition que leurs références soient vérifiées.

Élément 21. Prise en charge des personnes décédées

Dans le cadre du plan de prise en charge de victimes en grand nombre, l'établissement de santé doit se préparer à la prise en charge des personnes décédées :

- en vérifiant que tout le personnel médical connaît les critères cliniques nécessaires pour constater un décès ;
- en déterminant s'il est nécessaire d'agrandir la morgue et en trouvant de la place pour le faire ;
- en veillant à ce qu'il y ait des stocks suffisants de fournitures (housses mortuaires, étiquettes) pour s'occuper en toute sécurité et avec dignité des restes humains ;
- en déterminant un mécanisme et un itinéraire appropriés pour déplacer les restes humains du service des urgences à la morgue, en limitant le plus possible l'exposition aux autres patients ;
- en gardant à l'esprit les exigences culturelles et médico-légales liées à la manipulation de restes humains (16) (32) (47).

Prise en charge des personnes décédées

Activités pendant la préparation

Déterminer une zone où agrandir la morgue.

Veiller à ce qu'il y ait des stocks suffisants de fournitures (housses mortuaires, étiquettes) pour s'occuper en toute sécurité et avec dignité des restes humains.

Déterminer un mécanisme et un itinéraire appropriés pour déplacer les restes humains du service des urgences à la morgue, en limitant le plus possible l'exposition aux autres patients.

Veiller à disposer d'un mécanisme approprié pour la conservation des preuves médico-légales.

Activités pendant la riposte

Veiller à l'activation de la morgue temporaire, le cas échéant.

Affecter le personnel qui aura notamment pour fonction de transférer les personnes décédées à la morgue.

Conseils sur la mise en œuvre

Avoir connaissance des réglementations locales et faire preuve de sensibilité culturelle concernant la déclaration des décès. La zone de triage primaire (entre les patients en état de marcher et ceux ne pouvant pas marcher) n'est pas l'endroit idéal pour déclarer un décès.

Les restes humains, cependant, devraient être directement apportés à la morgue, sans passer par la zone rouge.

Questions à examiner

Les proches devraient-ils être autorisés à retirer les morts directement de la zone rouge ?

Quels types de protocoles de transfert sont en place ?

Comment les preuves médico-légales sont-elles conservées ?

Existe-t-il un protocole permettant aux membres de la famille d'identifier les cadavres ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les équipes médicales d'urgence déployées doivent respecter les réglementations locales concernant la prise en charge des morts. Le plan de prise en charge de victimes en grand nombre de l'équipe médicale d'urgence doit envisager une morgue de fortune pour conserver les cadavres jusqu'à leur remise aux familles ou aux autorités.

Élément 22. Gestion des médias

Communication avec les médias

Les établissements de santé devraient envisager de préparer une trousse de communication à l'intention de la presse, des réseaux sociaux et des autorités. Cette trousse devrait contenir des messages standard (communiqués de presse, messages pour Twitter, etc.) et être préparée à l'avance afin de tenir les acteurs externes informés de l'évolution de la situation. Il est utile d'avoir un coordonnateur formé qui est chargé de la communication avec les médias (1) (16) (9) (30).

Communication avec les médias

Activités pendant la préparation

Prévoir à l'avance une trousse de communication contenant des messages standard pour les médias.

Désigner un coordonnateur chargé de la communication avec les médias.

Activités pendant la riposte

Communiquer avec les médias afin de relayer les principaux messages pendant la riposte à l'événement faisant beaucoup de victimes, s'il y a lieu.

Conseils sur la mise en œuvre

Envisager de tester le système de communication dans le cadre des exercices de prise en charge de victimes en grand nombre, en ajoutant un message supplémentaire :
« Exercice, exercice, exercice ».

Sensibiliser tout le personnel au caractère inapproprié des publications personnelles sur les réseaux sociaux pendant un événement ayant fait beaucoup de victimes.

Questions à examiner

Quels types de canaux de communication avec les médias sont actuellement disponibles au sein de votre établissement et comment les utiliser ?

Accès des médias

Les médias peuvent jouer un rôle important pour diffuser l'information à l'ensemble de la collectivité ; néanmoins, il ne faut pas les laisser accéder sans surveillance aux zones cliniques. Un espace désigné doit leur être attribué, à bonne distance du service des urgences. Il faut s'assurer que le coordonnateur chargé de la communication du service des urgences donne des consignes aux médias sur le respect de la dignité, de la vie privée et de la confidentialité des patients (1) (16) (9) (30).

Gestion des accès	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Veiller à ce que le personnel de sécurité soit au courant que les médias ne doivent pas accéder à l'hôpital sans surveillance. Déterminer un endroit dans l'hôpital qui sera réservé aux médias et vers lequel ils peuvent être orientés.	Communiquer avec les médias afin de relayer les principaux messages pendant la riposte à l'événement faisant beaucoup de victimes, s'il y a lieu.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
L'organisation de points de presse et la diffusion de communiqués de presse à intervalles réguliers est un bon moyen d'éviter la pression constante des journalistes et des reporters.	L'établissement compte-t-il un centre des médias ? À quelle fréquence devez-vous informer les médias ?
Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence	
Les mêmes principes s'appliquent aux équipes médicales d'urgence.	

Élément 23. Prise en charge des membres de la famille

Il est important et respectueux de tenir les membres de la famille informés et de les faire participer. Il est nécessaire d'établir une zone réservée aux familles, en dehors du service des urgences, avec du personnel de soutien, par exemple une infirmière, un travailleur social ou un spécialiste de la santé mentale (4). Dans un milieu où les ressources sont limitées, on peut envisager de faire appel à des volontaires, au personnel administratif de l'hôpital ou à du personnel paramédical, y compris à des spécialistes en réadaptation et à du personnel de pharmacie, qui n'ont pas forcément de rôle direct à jouer dans la riposte.

Prise en charge des membres de la famille	
Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Veiller à ce que le personnel de sécurité soit au courant que les proches des patients ne doivent pas accéder à l'hôpital sans surveillance. Déterminer un endroit dans l'hôpital qui sera réservé aux familles et vers lequel elles peuvent être orientées. Désigner le personnel de soutien et déterminer comment les informations leur seront transmises et qui s'en chargera.	Tenir les familles informées à intervalles réguliers.
Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
La zone abritée désignée pour les membres de la famille doit leur permettre d'accéder facilement à de quoi boire et manger.	Existe-t-il un protocole en place pour identifier les patients ayant reçu une

Il faut envisager d'y organiser régulièrement des bilans et des mises à jour sur l'évolution de la situation.

assistance respiratoire ou qui sont inconscients ?

Quel type de soutien doit être fourni aux proches de personnes décédées ?

De quel autre soutien les membres de la famille ont-ils besoin ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les mêmes principes s'appliquent aux équipes médicales d'urgence.

Les limitations d'espace peuvent compliquer la mise en place d'un espace dédié aux familles. Cette considération doit être pensée à l'avance dans le cadre du processus de planification de la prise en charge de victimes en grand nombre.

Élément 24. Bilans opérationnels

Des réunions régulières permettant de faire un bilan opérationnel avec tout le personnel du service des urgences ayant participé à la riposte doivent être prévues dans le plan de prise en charge de victimes en grand nombre. Après un événement ayant fait beaucoup de victimes ou un exercice d'entraînement, les bilans opérationnels sont importants pour améliorer l'efficacité individuelle et globale, ainsi que la résilience psychologique du personnel de santé. Dans la mesure du possible, un bilan doit être fait immédiatement après l'événement (bilan à chaud), et il devrait également y avoir un bilan à froid, quelques jours ou semaines plus tard (4) (16) (20) (21) (17).

Les bilans à chaud restent volontairement courts et sont axés sur le processus plutôt que sur les expériences personnelles. Il convient avant tout de remercier l'équipe pour les efforts accomplis, sans s'attarder sur les erreurs. Le bilan à froid pourra porter davantage sur les difficultés rencontrées et sur l'efficacité de l'équipe. Il pourrait être nécessaire d'organiser plusieurs bilans à froid dans les jours ou semaines suivant l'événement, afin que tout le personnel puisse y participer, indépendamment des quarts de travail.

Bilans opérationnels

Activités pendant la préparation

Décider de la structure et du format du bilan dans le cadre du plan de prise en charge de victimes en grand nombre.

Activités pendant la riposte

Organiser un bilan à chaud dès que la phase de relèvement est entamée.

Planifier un bilan à froid.

Recenser les enseignements tirés des bilans à chaud et à froid et, au besoin, apporter des modifications au plan de prise en charge de victimes en grand nombre. S'assurer que ces modifications sont conformes au plan de l'ensemble de l'hôpital.

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Les bilans effectués par des membres du personnel extérieurs au service des urgences peuvent aider à lever les barrières hiérarchiques au sein de l'établissement et favoriser des discussions plus productives. Des modèles préparés à l'avance peuvent être utiles pour mener les bilans à chaud.	Existe-t-il une zone à l'intérieur ou à proximité du service des urgences où vous pouvez organiser un bilan à chaud ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les mêmes principes s'appliquent aux équipes médicales d'urgence. Les bilans à froid doivent être soigneusement planifiés pour tenir compte de la rotation du personnel.

Élément 25. Conséquences psychologiques pour le personnel

Les observations rétrospectives sur les événements ayant fait beaucoup de victimes ont révélé que ces événements pouvaient avoir un effet néfaste sur le bien-être du personnel de santé. Des bilans ouverts à tous peuvent aider à repérer les membres du personnel qui pourraient avoir besoin de soutien psychologique après l'événement. Dans les établissements disposant de ressources limitées et n'ayant pas d'organes professionnels ni de services de conseil, il a été constaté que l'entraide en binôme ou le soutien par les pairs avait un effet positif (4) (16) (20) (21) (17).

Lorsque les ressources le permettent, il devrait être obligatoire d'offrir un soutien psychologique et de repérer les membres du personnel qui auront besoin de soutien psychosocial par la suite, et cette pratique devrait être encouragée par l'établissement de santé dans le cadre du plan général de prise en charge de victimes en grand nombre de l'ensemble de l'établissement.

Conséquences psychologiques pour le personnel

Activités pendant la préparation	Activités pendant la riposte
Recenser les mécanismes de soutien à la disposition du personnel pouvant avoir besoin de soutien psychologique après un événement ayant fait beaucoup de victimes.	Organiser des bilans ouverts à tous et offrir un soutien à ceux qui en ont besoin, en fonction des ressources disponibles

Conseils sur la mise en œuvre	Questions à examiner
Outre l'accompagnement traditionnel en personne, envisager de mettre en place une ligne d'assistance téléphonique et par courriel. La réaction du personnel médical à un événement faisant beaucoup de victimes peut être assez différente d'une personne à l'autre. Certains récupéreront rapidement, tandis que d'autres mettront des mois à s'en remettre, et cela les marquera à vie. Par conséquent, il faudrait offrir un soutien immédiat au personnel ainsi qu'un soutien planifié à plus long terme.	Quels sont les mécanismes actuellement disponibles au sein de votre établissement pour aider le personnel qui a besoin d'un soutien psychologique ? Ces mécanismes peuvent-ils être élargis et adaptés après un événement faisant beaucoup de victimes ?

Considérations particulières pour les équipes médicales d'urgence

Les mêmes principes s'appliquent aux équipes médicales d'urgence. En outre, les équipes médicales d'urgence doivent prendre en compte le fardeau supplémentaire que représente le fait de travailler hors de chez eux et l'absence de soutien de leur réseau social habituel ; elles devraient notamment organiser des activités de suivi après le déploiement.

Conclusions

Grâce à la définition et à l'enseignement des éléments fondamentaux de la prise en charge de victimes en grand nombre pouvant s'appliquer dans tous les établissements, quelles que soient les ressources disponibles, les personnes formées pourront passer d'un niveau de connaissance élémentaire à un niveau d'aptitude et de compétence qui leur permettra d'établir des plans solides et durables de prise en charge de victimes en grand nombre, directement applicables au système de santé dans lequel elles exercent.

Pour obtenir de plus amples informations, veuillez contacter : academy@who.int

Bibliographie

1. **PAHO. Pan American Health Organization.** *Mass Casualty Management System*. Washington, D.C. : Course Manual, 2019.
2. **WHO.** *Mass casualty management systems : strategies and guidelines for building health sector capacity*. 2007.
3. **EPRR NE. NHS England.** *Clinical Guidelines for use in Major Incident and Mass Casualty Events*. Birmingham, UK.: NHS England. 2018.
4. **Yang C-J, Tsai S-H, Chien W-C, Chung C-H, Dai N-T, Tzeng Y-S, et al.** *The crowd-out effect of a mass casualty incident: Experience from a dust explosion with multiple burn injuries*. *Medicine*, 2019, Vol. 98(18):e15457.
5. **Roccaforte JD, Cushman JG.** *Disaster preparedness, triage, and surge capacity for hospital definitive care areas: optimizing outcomes when demands exceed resources*. *Anesthesiol Clin.* , 2007, Vol. 25(1):161-77, xi.
6. **Abdella Y, Hajjeh R, Sibinga CT.** *Availability and safety of blood transfusion during humanitarian emergencies*. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018, Vol. 24:778-88.
7. **Lynn M, Gurr D, Memon A, Kaliff J.** *Management of conventional mass casualty incidents: ten commandments for hospital planning*. *Burn Care Res*, Vol. 2006;27(5):649-58.
8. **DA, Bradt.** *Site management of health issues in the 2001 World Trade Center disaster*. *Acad Emerg Med*. 2003;10(6):650-60.
9. **Einav S, Aharonson-Daniel L, Weissman C, Freund HR, Peleg K, Israel Trauma G.** *In-hospital resource utilization during multiple casualty incidents*. *Annals of surgery*. 2006;243(4):533-40.
10. **Born CT, Briggs SM, Ciraulo DL, Frykberg ER, Hammond JS, Hirshberg A, et al.** *Disasters and mass casualties: I. General principles of response and management*. *J Am Acad Orthop Surg*, 2007, Vol. 15(7):388-96.
11. **Khorram-Manesh A, Lönroth H, Rotter P, Wilhelmsson M, Aremyr J, Berner A, et al.** *Non-medical aspects of civilian-military collaboration in management of major incidents*. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2017;43(5):595-603.
12. **Halpern P, Goldberg SA, Keng JG, Koenig KL.** *Principles of Emergency Department facility design for optimal management of mass-casualty incidents*. *Prehosp Disaster Med*. 2012;27(2):204-12.
13. **Turner CD, Lockett DJ, Rehn M.** *Pre-hospital management of mass casualty civilian shootings: a systematic literature review*. *Crit Care*. 2016;20(1):362.
14. **Moran CG, Webb C, Brohi K, Smith M, Willett K.** *Lessons in planning from mass casualty events in UK*. *BMJ*. 2017;359:j4765.
15. **Hick JL, Hanfling D, Cantrill SV.** *Allocating scarce resources in disasters: emergency department principles*. *Ann Emerg Med*. 2012;59(3):177-87.
16. **Moskopp JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ.** *Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences*. *Ann Emerg Med*. 2009;53(5):605-11.
17. **Rubinson L, Nuzzo JB, Talmor DS, O'Toole T, Kramer BR, Inglesby TV, et al.** *Augmentation of hospital critical care capacity after bioterrorist attacks or epidemics: Recommendations of the Working Group on Emergency Mass Critical Care*. *Critical Care Medicine*. 2005;33(10):E2393.
18. **Hirshberg A, Scott BG, Granchi T, Wall MJJ, Mattox KL, Stein M.** *How Does Casualty Load Affect Trauma Care in Urban Bombing Incidents? A Quantitative Analysis*. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2005;58(4):686-95.
19. **Castro Delgado R, Naves Gómez C, Cuartas Álvarez T, Arcos González P.** *An epidemiological approach to mass casualty incidents in the Principality of Asturias (Spain)*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24:18.
20. **Callcut RA, Moore S, Wakam G, Hubbard AE, Cohen MJ.** *Finding the signal in the noise: Could social media be utilized for early hospital notification of multiple casualty events?* *PLoS One*. 2017;12(10):e0186118.
21. **Pan CL, Lin CH, Lin YR, Wen HY, Wen JC.** *The Significance of Witness Sensors for Mass Casualty Incidents and Epidemic Outbreaks*. *J Med Internet Res*. 2018;20(2):e39.
22. **Berger FH, Körner M, Bernstein MP, Sodickson AD, Beenen LF, McLaughlin PD, et al.** *Emergency imaging after a mass casualty incident: role of the radiology department during training for and activation of a disaster management plan*. *Br J Radiol*. 2016;89(1061):20150984.
23. **Christian MD, Joynt GM, Hick JL, Colvin J, Danis M, Sprung CL.** *Chapter 7. Critical care triage. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster*. *Intensive Care Med*. 2010;36 Suppl 1:S55-64.
24. **Nekooei Moghaddam M, Saeed S, Khanjani N, Arab M.** *Nurses' requirements for relief and casualty support in disasters: a qualitative study*. *Nurs Midwifery Stud*. 2014;3(1).

25. **Craigie RJ, Farrelly PJ, Santos R, Smith SR, Pollard JS, Jones DJ.** *Manchester Arena bombing: lessons learnt from a mass casualty incident.* J R Army Med Corps. 2018.
26. **WHO.** *World Health Organisation Meeting Report, WHO/ICRC Technical Meeting for Global Consensus on Triage, 11-12 January 2017.* WHO Headquarters – Geneva. Geneva, Switzerland : 2018.
27. **Benson M, Koenig KL, Schultz CH.** *Disaster Triage: START, then SAVE—A New Method of Dynamic Triage for Victims of a Catastrophic Earthquake.* Prehospital and Disaster Medicine. 1996;11(2):117-24.
28. **Aylwin CJ, König TC, Brennan NW, Shirley PJ, Davies G, Walsh MS, et al.** *Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge, and resource use after the London bombings on July 7, 2005.* Lancet. 2006;368(9554):2219-25.
29. **Lerner E, Schwartz R, Coule P, Weinstein E, Cone D, Hunt R, et al.** *Mass Casualty Triage: An Evaluation of the Data and Development of a Proposed National Guideline.* Disaster med public health prep. 2008;2(Supplement 1):S25-S34.
30. **Frykberg ER.** *Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings: how can we cope?* Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2002;53(2):201-12.
31. **Halpern P, Tsai MC, Arnold JL, Stok E, Ersoy G.** *Mass-casualty, terrorist bombings: implications for emergency department and hospital emergency response (Part II).* Prehosp Disaster Med. 2003;18(3):235-41.
32. **NCW-HERC North Central Wisconsin Healthcare Emergency Readiness Coalition.** *Guidelines for Managing Hospital Surge Capacity.* Wisconsin, USA : NCW-HERC; 2015.
33. **Sprung CL, Kesecioglu J.** *Chapter 5. Essential equipment, pharmaceuticals and supplies. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster.* 36 Suppl 1:S38-44, 2010.
34. **WHO. World Health Organisation.** *Integrated Management on Emergency and Essential Surgical Care.* Geneva, Switzerland : WHO, 2009.
35. **Frykberg ER.** *Principles of mass casualty management following terrorist disasters.* United States : Ann Surg, 2004. p. 319-21.
36. **Valipoor S, Hakimjavadi H, De Portu G.** *Design Strategies to Improve Emergency Departments' Performance During Mass Casualty Incidents: A Survey of Caregivers.* HERD. 2019;1937586719851273.
37. **Wolinsky PR, Tejwani NC, Testa NN, Zuckerman JD.** *Lessons learned from the activation of a disaster plan: 9/11.* J Bone Joint Surg Am. 2003;85(9):1844-6.
38. **Joynt GM, Loo S, Taylor BL, Margalit G, Christian MD, Sandroock C, et al.** *Chapter 3. Coordination and collaboration with interface units. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster.* Intensive Care Med. 2010;36 Suppl 1(Suppl 1):S21-31.
39. **Lincoln EW, Khetarpal S, Strecker-McGraw MK.** *EMS, Incident Command.* StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
40. **Nilsson H, Vikström T, Jonson CO.** *Performance indicators for initial regional medical response to major incidents: a possible quality control tool.* Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2012;20:81.
41. **Lowes AJ, Cosgrove JF.** *Prehospital organization and management of a mass casualty incident.* BJA Education. 2016;16(10):323-8.
42. **Calderon LJP.** *Importance of Investing on Emergency and Disaster Preparedness at Country Level.* Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;2(5):7130-6.
43. **Shirley PJ, Mandersloot G.** *Clinical review: the role of the intensive care physician in mass casualty incidents: planning, organisation, and leadership.* Crit Care. 2008;12(3):214.
44. **Hershkovich O, Gilad D, Zimlichman E, Kreiss Y.** *Effective medical leadership in times of emergency: a perspective.* Disaster Mil Med. 2016;2:4.
45. **Lee C, Walters E, Borger R, Clem K, Fenati G, Kiemeney M, et al.** *The San Bernardino, California, Terror Attack: Two Emergency Departments' Response.* s.l. : West J Emerg Med. 2016;17(1):1-7.
46. **Johnson C, Cosgrove JF.** *Hospital response to a major incident: initial considerations and longer term effects.* BJA Education. 2016;16(10):329-33.
47. **PAHO. Pan American Health Organisation.** *Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second (revised) Edition. Second Edition ed.* Washington, DC.: PAHO; 2016.
48. **WHO Trauma Care Checklist.** <https://www.who.int/publications/i/item/trauma-care-checklist>