

Rapport technique sur la création d'une capacité d'intervention médicale humanitaire au Ministère de la Santé et des Solidarités



OCTOBRE 2006

Depuis 1980, des équipes médicales issues de différents SAMU Français se sont associées pour participer à des missions humanitaires et d'aide médicale d'urgence. Ces équipes étaient réunies en opération sous le nom unique de « SAMU Mondial ». Le secrétariat opérationnel se situait au SAMU de Paris.

Plusieurs missions se sont succédées ces dernières années (Nicaragua, Pakistan, Thaïlande, Indonésie, Liban). L'efficacité de ces missions et l'analyse des retours d'expérience ont démontré le besoin de faire évoluer l'organisation de cette coopération médicale urgente internationale. Il est donc apparu nécessaire aux autorités gouvernementales d'améliorer les moyens techniques et de formation du personnel, et d'étendre les capacités d'intervention par l'intégration d'équipes médicales de diverses disciplines.

Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé, a réuni un groupe technique multidisciplinaire chargé d'élaborer les principes d'organisation et de fonctionnement d'une structure gouvernementale élargie, incluant les équipes SAMU-SMUR et l'ensemble des professionnels de santé liés à la médecine d'urgence et humanitaire.

Ce groupe, constitué de professionnels de santé (médecins, chirurgiens, infirmiers et logisticiens) ayant participé aux dernières missions humanitaires gouvernementales, s'est réuni chaque semaine de juin à septembre 2006.

Les propositions qui suivent reposent sur l'expérience antérieure des équipes du SAMU Mondial, la connaissance concrète des missions effectuées et les entretiens réalisés avec différents experts rencontrés au cours de ces réunions de travail. Leurs noms et qualités figurent en annexe du document.

1	<u>Missions – Philosophie d'action</u>	6
1.1	<u>Définition</u>	6
1.2	<u>Types de missions</u>	6
1.3	<u>Limites d'action</u>	7
1.4	<u>Philosophie d'action sur le terrain</u>	8
2	<u>Organisation générale</u>	9
2.1	<u>Composition du GIMS</u>	9
2.2	<u>Organisation</u>	10
2.2.1	<u>Déclenchement</u>	10
2.2.2	<u>Mission d'évaluation médicale</u>	10
2.3	<u>Les différentes fonctions</u>	12
2.3.1	<u>Le Directeur Médical</u>	12
2.3.2	<u>L'expert santé</u>	13
2.3.3	<u>Le chef des opérations médicales</u>	13
2.3.4	<u>Le personnel des équipes d'intervention</u>	14
2.4	<u>Organisation hiérarchique d'une mission</u>	15
3	<u>Fonctionnement sur intervention</u>	16
3.1	<u>Statut de l'intervenant</u>	16
3.2	<u>Sécurité du personnel</u>	16
3.3	<u>Equipement individuel</u>	17
3.3.1	<u>La tenue de base:</u>	17
3.3.2	<u>Le matériel :</u>	18
3.4	<u>Retour de mission</u>	18
3.4.1	<u>Pour le personnel</u>	18
3.4.2	<u>Pour le matériel</u>	18
4	<u>Les différents modules</u>	19
4.1	<u>Organisation des modules</u>	20
4.2	<u>Modules principaux</u>	20
4.2.1	<u>Module de base (MdB)</u>	21
4.2.2	<u>Module chirurgical</u>	22
4.2.3	<u>Module d'hospitalisation</u>	23
4.3	<u>Modules Complémentaires</u>	24
4.3.1	<u>Complément Mère-enfant</u>	24
4.3.2	<u>Complément médico-psychologique d'urgence</u>	25
4.3.3	<u>Complément Brûlés</u>	25
4.3.4	<u>Complément Réanimation</u>	26
4.3.5	<u>Complément biologique</u>	27
4.3.6	<u>Complément nucléaire, radiologique et chimique</u>	27
4.3.7	<u>Complément Télécommunication</u>	27
4.3.8	<u>Complément imagerie-médicale</u>	28
4.4	<u>Module sanitaire</u>	28
4.5	<u>Choix des modules</u>	29
5	<u>Situations particulières</u>	30
5.1	<u>Renfort Ambassade</u>	30
5.2	<u>Encadrement médical</u>	31
5.3	<u>Le Module de « base arrière »</u>	33
5.4	<u>EVASAN</u>	33
5.4.1	<u>Médicalisation d'un avion gros porteur</u>	34
5.4.2	<u>Evacuation médicale dans un avion dédié</u>	34

<u>6</u>	<u>Sélection du personnel</u>	37
6.1	<u>Principes généraux</u>	37
6.2	<u>Dossier de candidature</u>	39
6.3	<u>Critères de recrutement</u>	39
6.3.1	<u>Critères généraux</u>	39
6.3.2	<u>Critères professionnels</u>	39
6.3.3	<u>Critères médicaux</u>	41
6.4	<u>Besoins en personnels à recruter</u>	41
6.5	<u>Séminaire initial</u>	42
6.5.1	<u>Objectifs du séminaire initial</u>	42
6.5.2	<u>Modalités et durée</u>	42
6.5.3	<u>Formation dispensée</u>	42
6.6	<u>Pool « chefs de mission »</u>	43
6.6.1	<u>Critères de sélection :</u>	43
6.6.2	<u>Séminaire de formation</u>	43
<u>7</u>	<u>Formation continue</u>	44
7.1	<u>Messagerie propre au groupe</u>	44
7.2	<u>Séminaires de formation continue</u>	44
7.3	<u>Stage de coopération sanitaire internationale</u>	44
<u>8</u>	<u>Conclusion</u>	45
<u>9</u>	<u>Annexes</u>	46
9.1	<u>Liste des membres du groupe de travail</u>	46
9.2	<u>Liste des experts extérieurs consultés</u>	46
9.3	<u>Glossaire</u>	47
9.4	<u>Questionnaire de candidature</u>	48

1 Missions – Philosophie d'action

1.1 Définition

Le Groupe d'Intervention du Ministère de la Santé (GIMS) est une structure opérationnelle, placée sous l'autorité du Ministère de la Santé et mise à la disposition du gouvernement français, pour intervenir dans le cadre d'une aide médicale aux populations étrangères, d'une assistance aux ressortissants français à l'étranger ou dans une situation sanitaire d'exception survenant sur le territoire français. Il est caractérisé par sa rapidité d'action afin d'apporter une réponse immédiate à toutes situations de crise sanitaire.

Il est constitué de professionnels de santé français volontaires sélectionnés, au préalable et formés par le Ministère de la Santé dans le cadre d'une réserve sanitaire nationale.

La mise en œuvre du GIMS est une décision gouvernementale.

1.2 Types de missions

Ses missions s'articulent autour de 3 axes :

1. Réponse immédiate dans le domaine de la santé à une demande d'aide internationale dans le cadre d'une catastrophe naturelle, sanitaire ou technologique.

Lors de catastrophes naturelles, les pathologies médicales rencontrées sont essentiellement traumatologiques. Des éléments de reconnaissances, le tri médical, les soins urgents et l'appui chirurgical sont fréquemment indispensables. A l'inverse, certaines catastrophes naturelles ont un besoin chirurgical amoindri (Tsunami...). Les facteurs déterminants sont, bien entendu, la situation médicale et sanitaire pré-existantes du pays concerné. Les besoins imposeront la mise en œuvre d'équipes de l'avant associées à un déploiement chirurgical, hospitalier et de dispensaire de proximité.

Lors de catastrophe sanitaire médicale (exemple : SRAS), la prise en charge médicale est lourde, associée à une expertise infectieuse complexe tenant compte du risque de contamination interhumaine et de la possibilité de rapatriement vers le territoire national. Les besoins médicaux imposeront la mise en œuvre d'équipes mobiles protégées face à un tel risque. Des renforts hospitaliers et des transports sanitaires sont à envisager.

Les catastrophes technologiques englobent des problèmes complexes incluant la prise en charge médicale de patients, une protection individuelle du personnel et des moyens de décontamination. Les besoins médicaux imposeront la mise en œuvre d'équipes mobiles, équipées de matériel de protection, et intervenant en dehors de toute zone contaminée.

2. Prise en charge de ressortissants français en difficulté à l'étranger sous la forme d'une aide technique auprès de l'ambassade, de soins sur place, ou de soutien médical aux évacuations.

La complexité de cette situation n'est pas le problème médical en soi, mais plus la situation de crise. Les modalités d'évacuation, d'organisation et de mise en sécurité des personnels imposent une stratégie de réponse adaptée et réfléchie. Le dispositif nécessitera la mise à disposition d'équipes médicales légères et mobiles. Des renforts médicaux devront être pré-positionnés aux endroits stratégiques.

3. Renfort sur le territoire national à la demande du ministère de la Santé.

Lors de crise sanitaire aiguë, avérée ou potentielle, survenant sur le territoire français, le GIMS pourra apporter un renfort ponctuel aux structures hospitalières sur la demande du ministère de la Santé.

1.3 Limites d'action

La sécurité du personnel engagé doit être optimale pour toutes les missions déclenchées. Le rôle de cette équipe d'intervention médicale et humanitaire n'est pas de se substituer, lors de conflit, au Service de Santé des Armées françaises. De prime abord, les équipes médicales civiles sont mal préparées à des interventions au sein de zones de conflit, et leur engagement directement en zone de guerre n'est ni envisageable, ni recommandable.

Néanmoins, certaines interventions médicales (évacuation de ressortissants français depuis un pays en crise, renfort médical dans une ambassade de France lors de conflits armés) pourraient nécessiter l'activation du GIMS, et se réaliser alors dans des conditions potentiellement critiques pour la sécurisation des personnels de santé engagés. Ce type d'intervention n'est envisageable qu'à condition que la sécurité du personnel soit assurée par l'Etat français.

A défaut ou lors de certaines interventions (catastrophe naturelle dans des « pays instables » par ex.), une évaluation gouvernementale de la pertinence de l'engagement de personnels de santé civils est préalablement nécessaire, en concertation avec les responsables médicaux engagés. Le rôle du conseiller médical sera alors déterminant. Aucune intervention médicale d'envergure ne pourra être envisageable dans des zones où la protection physique des intervenants n'est pas garantie au mieux par les autorités françaises. Ce point fera l'objet d'une attention particulière et sera essentiel pour la faisabilité de la mission. Un plan de sécurité des équipes sanitaires dépêchées sera de toute manière indispensable à cet engagement (Cf. chapitre 3.2).

Le groupe technique insiste sur le fait que seuls des volontaires, ayant eu une connaissance précise du risque et de la sécurisation mise en place interviendront sur site. Du matériel de protection individuel sera prévu à cet effet. De la même manière, l'intervention de personnel de santé pour des risques technologiques (nucléaires, radiologiques ou chimiques) avérés ou potentiels n'est envisageable qu'en renfort d'une unité française de la sécurité civile pour la prise en charge de patients décontaminés hors de la zone à risque.

1.4 Philosophie d'action sur le terrain

Il apparaît indispensable au groupe technique, que la réponse sanitaire soit rapide, standardisée (pour le personnel et le matériel) mais modulaire afin de permettre une plus grande adaptabilité aux circonstances déclenchantes. Afin de répondre à ces impératifs, le GIMS est constitué de modules prédéfinis, pouvant s'associer et répondre aux différentes situations d'urgence.

Par ailleurs, les circonstances de ces interventions exposent à la réalisation de soins dans des conditions parfois difficiles. Néanmoins, ces soins effectués devront se rapprocher des recommandations sanitaires en vigueur sur le territoire français.

Lors des missions internationales, il sera nécessaire de privilégier l'intégration du personnel local au sein des équipes françaises et de s'adapter à la situation et aux habitudes du pays.

Afin d'avoir une action concertée et de préparer la continuité de l'action sur le terrain, il sera indispensable de se mettre en relation avec les structures sanitaires présentes sur la zone (structures locales, OMS, ONG, forces armées...).

2 Organisation générale

2.1 Composition du GIMS

L'expérience des missions précédentes (Pakistan, Indonésie et Liban) souligne la possibilité de missions longues et d'envergure, engageant de nombreux personnels de santé (de 50 à 70 personnes). Ils pourront alors être engagés en une ou plusieurs phases. L'indisponibilité lors de l'alerte et la nécessité d'organiser des relèves lors des missions de longue durée (au-delà de 2 semaines) imposent donc la constitution d'un corps de réserve sanitaire humanitaire de taille conséquente.

Il devra être cependant limité afin d'avoir une « cohésion de groupe », de faciliter la formation (initiale et continue) du personnel, et de permettre des départs réguliers en mission ; l'objectif est de maintenir, à un niveau satisfaisant, la compétence individuelle opérationnelle de terrain. La constitution d'un corps de réserve humanitaire de taille plus importante imposerait, en revanche, des contraintes logistiques majeures.

Le dimensionnement de cette réserve humanitaire doit également prendre en compte la fréquence de son engagement. Jusqu'à présent, 1 à 2 missions humanitaires annuelles étaient réalisées. Mais les événements récents (SRAS, Côte d'Ivoire, Tsunami, Ile de la Réunion, Pakistan, Indonésie, Liban) et les risques sanitaires émergents sont aléatoires et rendent difficile toute estimation précise du nombre de missions annuelles. Par contre, la création d'un groupe d'intervention gouvernemental dédiée à l'action humanitaire et à l'aide médicale urgente élargira probablement ses champs d'action et son activité.

De plus, les circonstances d'intervention exposent les équipes à des systèmes de soins désorganisés, voire détruits. La polyvalence et la philosophie des interventions envisagées soulignent la nécessité de disposer d'équipes multidisciplinaires englobant les principales spécificités liées aux urgences médico-chirurgicales, mais aussi de personnels spécialisés dans l'évaluation logistique et sanitaire. Le GIMS intègre donc toutes les composantes (soins, expertises) indispensables à la suppléance voire au renfort de structures sanitaires locales.

Afin de répondre au mieux à ces exigences, le GIMS repose donc sur une réserve opérationnelle estimée et constituée d'environ 300 personnes. Cette réserve représente alors l'ensemble du personnel médical, paramédical et logistique nécessaire au fonctionnement d'une structure hospitalière aéroportée. Ce nombre pourra dans un second temps être adapté en fonction des besoins.

L'évaluation de la durée optimale d'une mission doit intégrer les enseignements tirés des missions précédentes. Tout d'abord, le principal objectif du GIMS est d'apporter une aide médicale d'urgence permettant une prise en charge médicale rapide, et ceci dans l'attente d'un fonctionnement pleinement opérationnel des ONG (Médecins du Monde, MSF, CICR...) ou des structures de soins locales.

De plus, l'engagement du GIMS ne doit pas mettre en difficulté les services hospitaliers ; des missions individuelles trop longues (plus de 15 jours) seraient difficiles à supporter pour chaque individu, tant physiquement que psychologiquement. Elles pourraient engendrer des problèmes majeurs d'organisation et de fonctionnement dans les services hospitaliers territoriaux. Le

personnel engagé doit en effet, pouvoir, à son retour et en prenant en compte une période de récupération, regagner rapidement son service hospitalier d'origine. Un temps moyen individuel de mission de 15 jours semble donc répondre à ces exigences. Il entraînera selon la durée totale de la mission, des phases de rotation et de relève du personnel.

La constitution d'une telle équipe de réservistes, projetables et dédiés à l'aide médicale urgente et humanitaire, implique d'effectuer un recrutement sur la totalité du territoire français et parmi l'ensemble des professionnels hospitaliers et libéraux. Ils seront volontaires et exerceront dans des spécialités liées à l'urgence (SAU et urgences pré hospitalières, bloc opératoire, anesthésie, réanimation, maternité, pédiatrie, laboratoire, etc...).

D'autre part, les conditions d'exercice et de vie de ces missions imposeront de réaliser le recrutement sur des critères multiples (qualification, expérience, aptitude physique et psychologique, etc...). Pour cela, une organisation spécifique devra être mise en place au niveau du ministère de la Santé, notamment pour la gestion opérationnelle de ces réservistes.

Ils devront donc être formés, tant au niveau théorique (formation initiale) que pratique (exercices sur le terrain). Une formation continue sera alors indispensable, à la fois pour l'information et pour le maintien de la cohésion du groupe.

Parmi les personnels recrutés pour le GIMS, deux types de personnels seront distingués : les membres de l'équipe et les chefs de mission (Directeur Médical et Chef des opérations médicales). Ces deux fonctions et leurs rôles respectifs sont détaillés plus loin.

2.2 Organisation

2.2.1 Déclenchement

Afin de répondre au mieux aux demandes urgentes et inopinées et pour coordonner son action avec le Ministère des Affaires Etrangères (MAE), le ministère de la Santé est doté d'une cellule de crise, activable H24, (COM Ségur).

Un conseiller médical d'astreinte sera activé et se rendra sans délai au ministère de la Santé. Il fait partie d'une liste de médecins établie à partir du pool des chefs de mission. Il conseille sur la faisabilité de la mission. En fonction des éléments recueillis, il évalue les besoins médicaux et aide à la constitution des équipes d'intervention à partir de modules prédéfinis. Le dimensionnement du détachement du GIMS doit prendre en compte l'importance de la crise sanitaire, la durée totale estimée de la mission, les pathologies médicales rencontrées, l'efficacité sanitaire du pays concerné, ainsi que d'autres facteurs politiques et médiatiques.

2.2.2 Mission d'évaluation médicale

Une mission légère d'évaluation médicale est préalablement nécessaire à tout engagement de renforts médicaux substantiels. Élément précurseur indispensable lors de toutes missions humanitaires ou médicales urgentes, elle est intégrée

systématiquement dans l'Elément de Reconnaissance et d'Evaluation (ERE) du ministère des Affaires Etrangères chaque fois que cette dernière est envoyée. Elle est constituée de 2 représentants du ministère de la Santé.

La synthèse des expériences acquises au cours des missions précédentes a souligné la nécessité d'un commandement médical unique renforcé par une expertise médicale, spécifique aux cadres d'intervention. En conséquence, un directeur médical et un expert santé constituent cette mission.

2.2.2.1 Composition de l'ERE

2.2.2.1.1 Le directeur médical :

Il doit être polyvalent, de terrain et capable rapidement d'adaptabilité et de réactivité pour tout type de mission. Il doit pouvoir initier un triage médical de masse, lors d'une catastrophe sanitaire majeure. Son profil est donc nécessairement celui d'un médecin de SAMU, expérimenté en mission humanitaire et issu du pool « chef de mission ». Ce choix est guidé par son expérience du travail en pré hospitalier et par sa capacité d'adaptation à son environnement. Il sera le responsable médical de l'ERE et dirigera sur le terrain l'ensemble des opérations d'ordre médical, en concertation avec le ministère de la Santé et le MAE.

2.2.2.1.2 L'expert santé :

Il forme un binôme avec le directeur médical en apportant une assistance spécialisée lors de crises sanitaires spécifiques. Son rôle est essentiel et il sera choisi en fonction de l'expertise recherchée : médecin urgentiste, chirurgien, psychiatre, médecin infectiologue, épidémiologiste, ingénieur sanitaire, expert en problème NRBC, logisticien...

2.2.2.2 Départ de l'ERE

Pour permettre un départ rapide avec les personnels du MAE, ce binôme directeur médical / expert santé doit être mobilisable dans un délai idéalement inférieur à 6 heures après la décision du ministère. Un planning de disponibilité devra donc être envisagé. Il est nécessaire que ces personnels soient mis en alerte dès la décision de réunion de la cellule de crise du MAE et qu'ils se dirigent sans délai à la cellule de crise du ministère de la Santé. Après un briefing par les autorités gouvernementales, et une pleine connaissance de la situation médicale et politique selon les éléments rapportés, l'équipe médicale de L'ERE est acheminée sur site. Pour des raisons de rapidité opérationnelle, les avions gouvernementaux semblent être les vecteurs de choix de l'ERE. Les vols réguliers commerciaux sont utilisables s'ils ne sont pas au détriment de la rapidité d'acheminement.

2.2.2.3 Rôle de l'ERE

Une fois sur place, ce binôme évalue la situation sanitaire de la catastrophe, en relation avec l'ambassade de France et les autorités locales, afin de définir avec les

ministères de la Santé et des Affaires Etrangères l'action à mener auprès des populations touchées.

Pour faciliter la reconnaissance topographique et établir un bilan rapide de la situation médicale, l'ambassade de France du pays concerné devra faciliter les moyens de la mission d'évaluation. Par ailleurs, les structures d'hébergement et les infrastructures de télécommunications peuvent être complètement inefficients lors des premières heures d'une catastrophe sanitaire. De plus, l'envoi de renfort en matériel et en logistique se fera dans le meilleur des cas, 24 à 48 heures après. Cette équipe partira donc avec une autonomie de vie totale de 72 h, d'un ordinateur portable et de moyens de communication individuels GSM et satellitaire.

Dans certaines situations (en particulier le délai d'acheminement sur le pays ou sur la zone concernée) et devant des données initiales suffisantes pour l'engagement immédiat de moyens lourds, cette mission d'évaluation peut être absente. Les éléments médicaux la constituant seront néanmoins associés aux modules engagés ultérieurement.

Pour les missions de renfort sur le territoire national, la mission médicale d'évaluation sera diligentée directement par le ministère de la Santé.

2.3 Les différentes fonctions

2.3.1 Le Directeur Médical

Le profil de ce directeur médical (DM) est celui d'un médecin de SAMU expérimenté pour ce type d'intervention et ayant une parfaite connaissance des acteurs nationaux et internationaux. La maîtrise de l'anglais est indispensable.

La durée théorique de sa mission est de 15 jours et pourra faire l'objet d'une relève. Une période de transition commune sur place entre les deux DM est nécessaire pour permettre une transmission de l'ensemble des données.

2.3.1.1 Rôles

Le rôle de DM évolue en fonction du déroulement des opérations.

2.3.1.1.1 Médecin ERE :

En qualité de premier médecin sur les lieux, il doit :

- Se mettre en relation avec les représentants français et les autorités du pays.
- Faire avec l'expert santé, une évaluation de la situation, des besoins exprimés par le pays demandeur et, en concertation avec les autorités sur place, définir avec l'Ambassade les objectifs de la mission et le lieu d'implantations des équipes.
- Transmettre ces informations à la cellule de crise du Ministère de la Santé afin de prendre en compte ces objectifs pour, selon les cas, confirmer, annuler ou proposer des adaptations de la composition des équipes.

- Trouver en relation avec l'Ambassade de France et les autorités du pays les moyens d'acheminement et la logistique nécessaires aux équipes d'intervention.
- Préciser avec l'Ambassade les modalités de fonctionnement des équipes (organisation des liaisons, financement des besoins, recrutement d'interprètes, etc....)

2.3.1.1.2 Pendant la mission :

Le DM est le représentant santé au PC opérationnel mis en place par le MAE sur le site d'intervention ou à l'Ambassade de France. Il coordonne l'ensemble des équipes médicales françaises gouvernementales engagées et, à ce titre, effectue un bilan quotidien de l'activité des équipes d'intervention. Il évalue les besoins éventuels de relève des équipes et les modalités de désengagement du GIMS. Il aide à la préparation du relais par les ONG ou les structures existantes.

Une centralisation des informations sanitaires et un commandement médical unique sont des éléments indispensables à la réussite de ce type de mission. Le binôme DM / expert santé est responsable de la communication d'ordre médical que ce soit avec l'Ambassade de France, les autorités locales et le ministère de la Santé.

Il assure le cas échéant, la communication avec les médias en concertation avec les autorités gouvernementales françaises.

Il dispose comme adjoints du ou des chefs des opérations médicales et de l'expert santé de l'ERE.

2.3.2 L'expert santé

L'expert santé aide le directeur médical de l'ERE dans ses décisions. Etant choisi en fonction de la nature de l'évènement et de l'expertise recherchée, il apporte sa compétence technique dans l'évaluation de la situation et des besoins effectuée par le DM de l'ERE.

Selon les missions et les besoins, il reste associé au directeur médical de l'ERE pour continuer ce rôle d'expertise ou s'intègre pour la suite de la mission à l'équipe d'intervention dans son domaine de compétence.

En fonction de la nature de l'évènement, le GIMS pourra être amené, en cas de nécessité, à faire appel à un expert extérieur au groupe.

2.3.3 Le chef des opérations médicales

Pour assurer le déploiement opérationnel et la gestion logistique sanitaire, un intervenant unique doit être identifié. Il coordonne les opérations sur le terrain, selon les instructions données par le DM et est nommé « Chef des Opérations Médicales » (COM).

Son rôle est de gérer directement sur le terrain les actions définies par le DM, de faire le bilan du travail accompli, d'évaluer et d'anticiper les besoins logistiques, et d'établir le plan de sécurité. Outre les problèmes techniques, il doit également veiller à la prévention des problèmes humains, dépister d'éventuelles personnes fragiles afin de proposer au besoin une prise en charge.

Les équipes médicales d'intervention d'un site sont donc sous sa responsabilité. Le COM est l'adjoint opérationnel direct du DM et est nommé par son autorité de tutelle avant le départ. Cette fonction est dévolue à un médecin ayant une expérience d'intervention humanitaire et de gestion de situations d'exception en milieu extra-hospitalier. Le profil du COM est celui d'un médecin de SAMU. Il travaille en étroite collaboration avec l'Expert Santé qui lui apporte sa compétence technique.

S'il existe plusieurs sites d'intervention, chacun possède son propre COM. Au besoin, l'un d'entre eux pourrait être désigné pour seconder le DM. Des points quotidiens sont organisés avec ce dernier.

2.3.4 Le personnel des équipes d'intervention

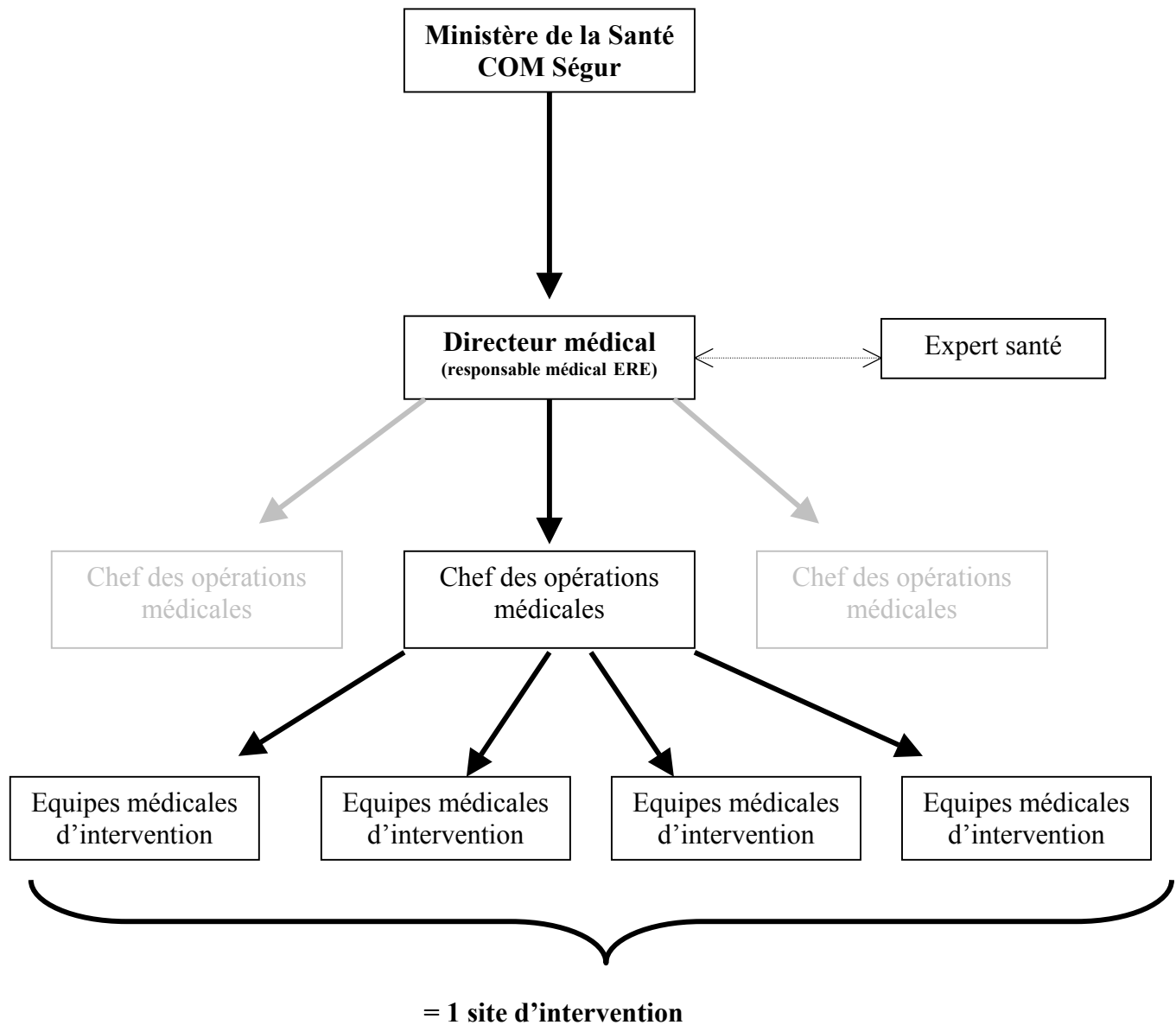
Les membres de l'équipe admettent le caractère gouvernemental de l'intervention. Ils sont volontaires et l'ensemble des informations disponibles quant aux risques connus leur est transmis au moment de l'alerte. Dans la composition des équipes d'intervention, Il est important d'associer aux personnels déjà partis en mission de nouveaux membres du groupe, afin de permettre un transfert d'expérience.

Le personnel et le matériel partent simultanément et ne peuvent être dissociés. Sur un même site, ils sont sous la responsabilité du COM.

La durée globale d'intervention pour les personnels reste aléatoire mais ne devrait pas excéder deux semaines. Cette durée maximale permet un travail sur place efficace, sans entraver le fonctionnement des services, ni poser aux intervenants de difficultés de réinsertion à leur retour de mission.

Une réunion de fin de mission sera systématiquement organisée pour l'ensemble des participants. (Voir chapitre fin de mission)

2.4 Organisation hiérarchique d'une mission



3 Fonctionnement sur intervention

3.1 Statut de l'intervenant

Un contrat d'engagement dans le GIMS sera signé entre le personnel volontaire et le ministère de la Santé et la direction hospitalière, en accord avec le responsable du service hospitalier dont le candidat dépend. Les différents partis s'engageront à la possibilité de départ rapide pour ce type de mission. Afin de ne pas mettre en difficulté certains services hospitaliers, le départ en mission de plus d'une personne d'une même catégorie professionnelle (infirmier, médecin, logisticien...) dans un même service se fera en concertation avec le chef de service ou de son représentant. Sur le contrat de l'intervenant devra figurer un nombre maximum de jours de mobilisation au sein du GIMS.

Les frais de transports et de logement sont entièrement à la charge du ministère de la Santé. La rémunération du personnel engagé sur l'intervention est arrêtée par le ministère de la Santé en respectant le principe qu'une mission ne doit pas être à l'origine d'une perte de revenus. Le groupe technique recommande que le personnel médical et non médical du service public soit rémunéré pendant la durée de la mission sur son salaire de base complété par une indemnité Per Diem.

Le groupe technique soulève le problème de la continuité des assurances personnelles (assurance vie, assurance pour emprunt bancaire...) et professionnelles. En effet, les missions telles qu'elles sont définies, sont actuellement des causes d'exclusion. Il est donc indispensable que le ministère s'engage à maintenir cette continuité de couverture professionnelle et personnelle.

La couverture sociale du personnel engagé doit être maintenue pendant toute la durée de la mission. Les conditions particulières d'exercice doivent entraîner une dérogation des conditions de déclaration des accidents du travail et des accidents d'exposition au sang. Leur prise en charge médicale sur le terrain devra être identique à celle faite dans les établissements de soins français (en particulier pour les traitements préventifs). Les déclarations doivent être faites au retour à partir du rapport de mission.

3.2 Sécurité du personnel

Toute personne volontaire pour une mission devra recevoir une information sur les risques encourus et connus avant son départ.

Ces conditions particulières d'emploi obligent la mise en place d'un plan de sécurité par le COM dès son arrivée sur le site. En effet, ce point est apparu essentiel au cours des missions précédentes et à l'image de ce que font d'autres ONG. Ce plan définit les modalités d'extraction ou de repli des personnels engagés, lors d'événements graves compromettant la sécurité des personnels. Il devra comporter :

- Les modalités de soins, d'évacuation et de prise en charge médicale d'un éventuel problème survenant à un membre de l'équipe.
- L'ensemble des consignes données à chacun des intervenants : numéros de téléphone en cas d'urgence, conduite à tenir et points de rendez-vous en cas de récurrence du problème initial (séisme, soulèvement de population, conflit etc.).

Du matériel de protection individuel est prévu et sera distribué en cas de risque inopiné survenant en cours de mission.

3.3 Equipement individuel

Les personnels mis à disposition par le ministère de la santé et engagés sous l'égide du gouvernement français doivent obéir à des règles, des principes et des valeurs communes. L'uniformité de la tenue et du matériel en dotation individuelle fait aussi partie des impératifs à respecter. Il apparaît en effet fondamental que les membres du GIMS soient, pour les autorités et la communauté internationale, identifiés par une tenue et un marquage clairs et spécifiques.

3.3.1 La tenue de base:

Elle sera composée, en dotation individuelle, de tee-shirts, polos, et chasubles de couleur blanche ; la couleur blanche est retenue, car de manière internationale, elle est adjointe à l'image de la santé. Les blouses ne sont pas retenues car peu aisées en mission de terrain.

Le pantalon sera lui de couleur bleue, afin de garantir une propreté apparente optimale : la couleur blanche reste en effet trop salissante au niveau des membres inférieurs.

Un blouson imperméable, renforcé et doublé, complétera la tenue ; la couleur du blouson pourra être blanche, jaune ou bleue.

Des chaussures montantes type rangers ou chaussures de montagne seront en dotation individuelle. Des gants, bonnets et casquettes (couleur bleue ou blanche) seront adjoints. Du matériel de protection individuelle sera prévu (Casques, ceinturon, lampes et porte lampe).

Le marquage :

Sur la tenue, le nom du groupe d'intervention figurera en lettres abrégées sur chaque face. Le marquage sera réalisé en rouge, ce qui permettrait avec les couleurs précédentes (bleu et blanc) de rappeler le symbole français.

Les drapeaux français et européen, de taille modérée, seront visibles sur chaque face de la tenue.

Un marquage individuel spécifiant le nom du personnel et sa spécialité (médecin, chirurgien, infirmier...) pourra être inscrit sur une des faces de la tenue, et sera rédigé (pour la spécialité) en anglais.

3.3.2 Le matériel :

Lors du départ en mission, du matériel individuel sera attribué à chaque personnel engagé. Il sera conditionné sous forme d'un sac à dos et comportera en dotation générale, les éléments nécessaires à ce type d'intervention (duvets, couverture de survie, rations alimentaires pour 2 jours, produits d'hygiène personnelle, etc...).

Le coût global par individu est estimé à 1500 euros. Du matériel de protection supplémentaire pourra être donné en dotation individuellement selon le type d'intervention.

3.4 Retour de mission

3.4.1 Pour le personnel

Au retour de la mission, un débriefing technique entre le ministère de la Santé et le personnel d'encadrement des intervenants sera effectué dans un délai idéalement inférieur à 15 jours. Un rapport sera rédigé à l'issue et sera transmis à l'ensemble des intervenants lors d'une réunion de fin de mission au ministère de la Santé. Cette dernière sera proposée systématiquement à l'ensemble des participants avec l'appui des psychologues et des psychiatres. Un suivi psychologique personnalisé sera proposé à chaque intervenant.

Le rapport sera transmis à l'ensemble des membres du GIMS.

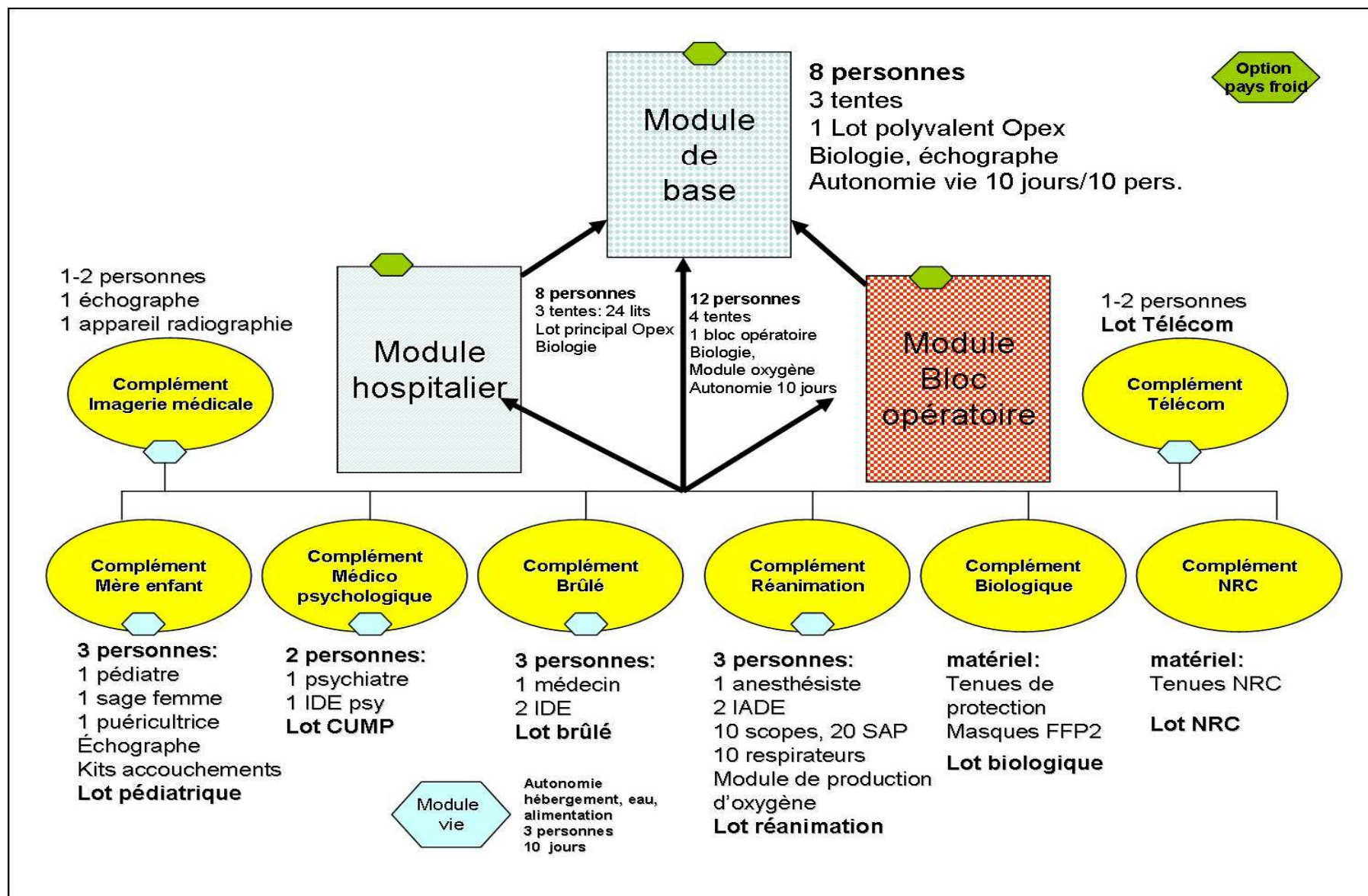
La poursuite des traitements préventifs et curatifs ainsi que le suivi médical du personnel, s'ils sont nécessaires, seront pris en charge par le Ministère de la Santé au retour de mission.

3.4.2 Pour le matériel

Un bilan du matériel utilisé doit être établi par les logisticiens afin de vérifier et reconditionner les modules au plus vite.

Au vu des différents rapports de fin d'intervention, une réflexion sera mise en place pour l'amélioration et l'adaptation des lots et du matériel composant les différents modules.

4 Les différents modules



4.1 Organisation des modules

L'expérience des missions antérieures et la volonté de faciliter les départs et d'adapter au mieux la réponse aux demandes médicales et humanitaires sont les éléments qui ont conduit au concept de modules standardisés. Chaque module a une composition prédéterminée, en personnel, en poids et volume de matériel embarqué et sera engagé en fonction des circonstances initiales et de l'évolutivité avérée ou potentielle de la crise.

Différents schémas ont pu être envisagés, à partir des expériences antérieures :

- * le renfort médical lors d'une crise sanitaire liée à une origine purement médicale, que les structures natives hospitalières soient opérationnelles ou non ;
- * le renfort et le tri médicochirurgical lors de pathologies traumatologiques de masse.

Dans un contexte de crise sanitaire médicale (SRAS, épidémie virale, etc...), les pathologies médicales nécessitent des unités simples, légères et polyvalentes, capables d'effectuer rapidement du tri médical et du soin de proximité. Elles peuvent nécessiter secondairement une poursuite des soins sur site, avec l'instauration d'une hospitalisation de proximité.

De la même manière, dans un contexte de crise sanitaire « traumatologique » (tremblement de terre, etc...), ces mêmes unités légères seront également engagées « à l'avant », avec la présence d'un bloc opératoire pour la prise en charge chirurgicale des victimes. L'engagement de cette structure chirurgicale entraînera alors fréquemment l'instauration sur place d'une structure hospitalière.

A partir de ces deux hypothèses et afin de permettre l'adéquation de la structure aux circonstances, sont créés 3 modules principaux (module de base, module chirurgical, et module hospitalier) et 8 modules complémentaires.

La prise en charge médicale et le rapatriement de ressortissants français exposés à une crise ou détresse sanitaire événementielle sont des interventions courtes, ne nécessitant pas systématiquement les structures lourdes précédemment citées. Ces situations seront donc évoquées dans le chapitre 5 : « situations particulières ».

4.2 Modules principaux

Ils formeront la structure principale du groupe d'intervention. Ils pourront être renforcés dès leur engagement initial ou selon l'évolution de la crise par leur association ou l'adjonction de modules complémentaires, plus spécifiques et mieux adaptés aux conditions évolutives ou potentielles d'une crise.

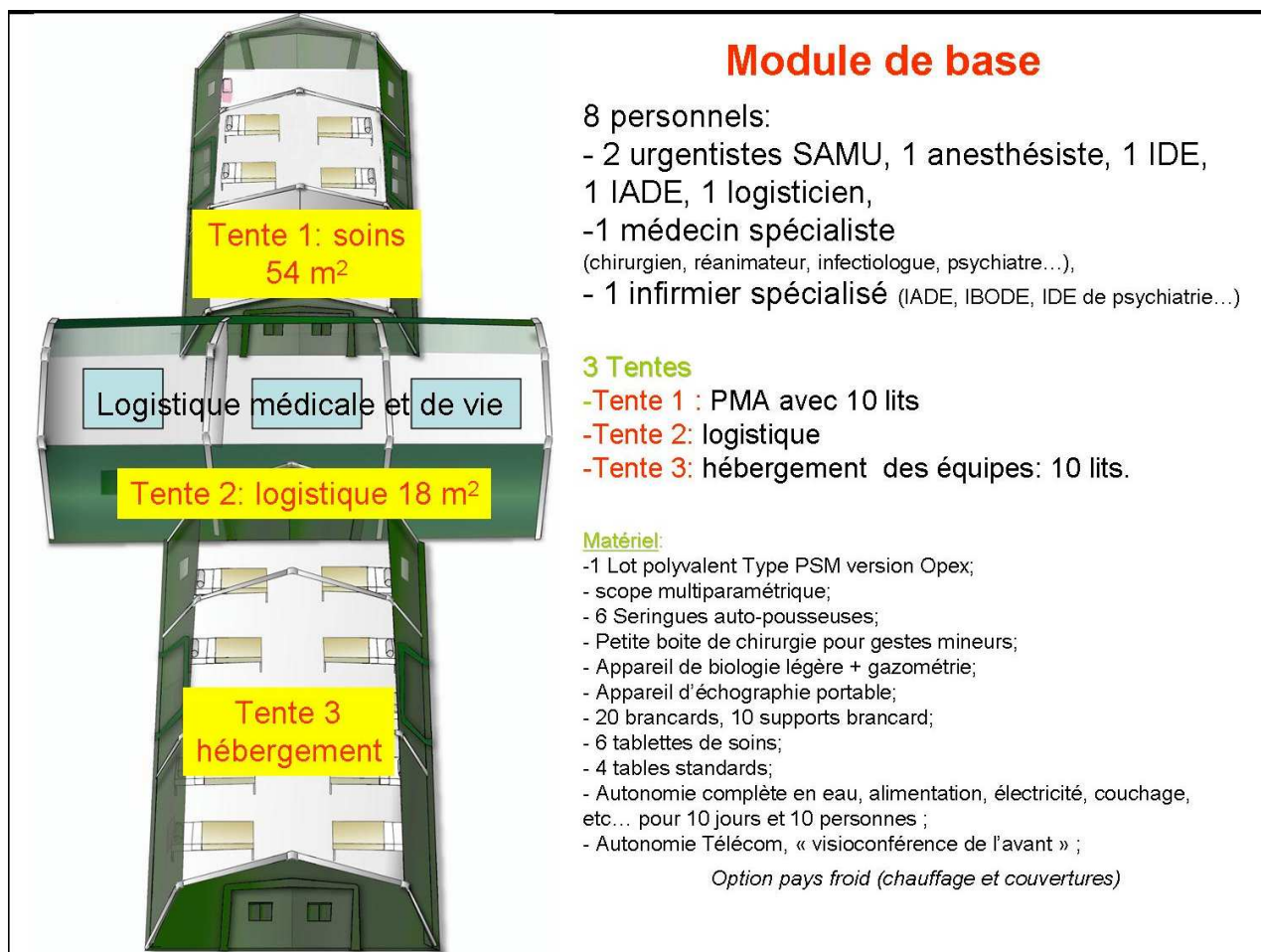
4.2.1 Module de base (MdB)

Il s'agit d'une unité polyvalente à projeter quelque soit le scénario. Son rôle est celui d'un centre d'accueil, de tri et de traitement des urgences. Il est de ce fait composé des intervenants issus des Services Accueil Urgences – SAMU – SMUR. Sa composition théorique idéale est la suivante : 3 médecins des Urgences/SMUR dont un anesthésiste, 2 infirmiers dont 1 IADE de SAMU, un binôme médecin/infirmier dont l'orientation est choisie en fonction du scénario (chirurgie, infectiologie, pédiatrie, psychiatrie, réanimation...), et un logisticien. Les qualifications de ce personnel figurent dans le chapitre « sélection du personnel ». Néanmoins, les spécialités médicales et chirurgicales du personnel pourront être modifiées en fonction des besoins et de la spécificité de la mission.

Sa polyvalence et son volume limité lui permettent d'être mobilisé et envoyé sur le terrain en 12 à 24 h. Il est ainsi le premier module à mettre en place sur tout théâtre d'opération.

Le MdB est composé de 3 tentes : 1 tente médicale (accueil, tri, soins), 1 tente dédiée à la logistique (pharmacie, matériel, etc..) et une tente dédiée au personnel avec sa logistique de vie. Selon l'importance de l'intervention et des possibilités de transport, il sera possible d'envoyer de 1 à 3 unités simultanément sur le terrain. La logistique de vie adjointe aux modules est adaptée au nombre de MdB engagés.

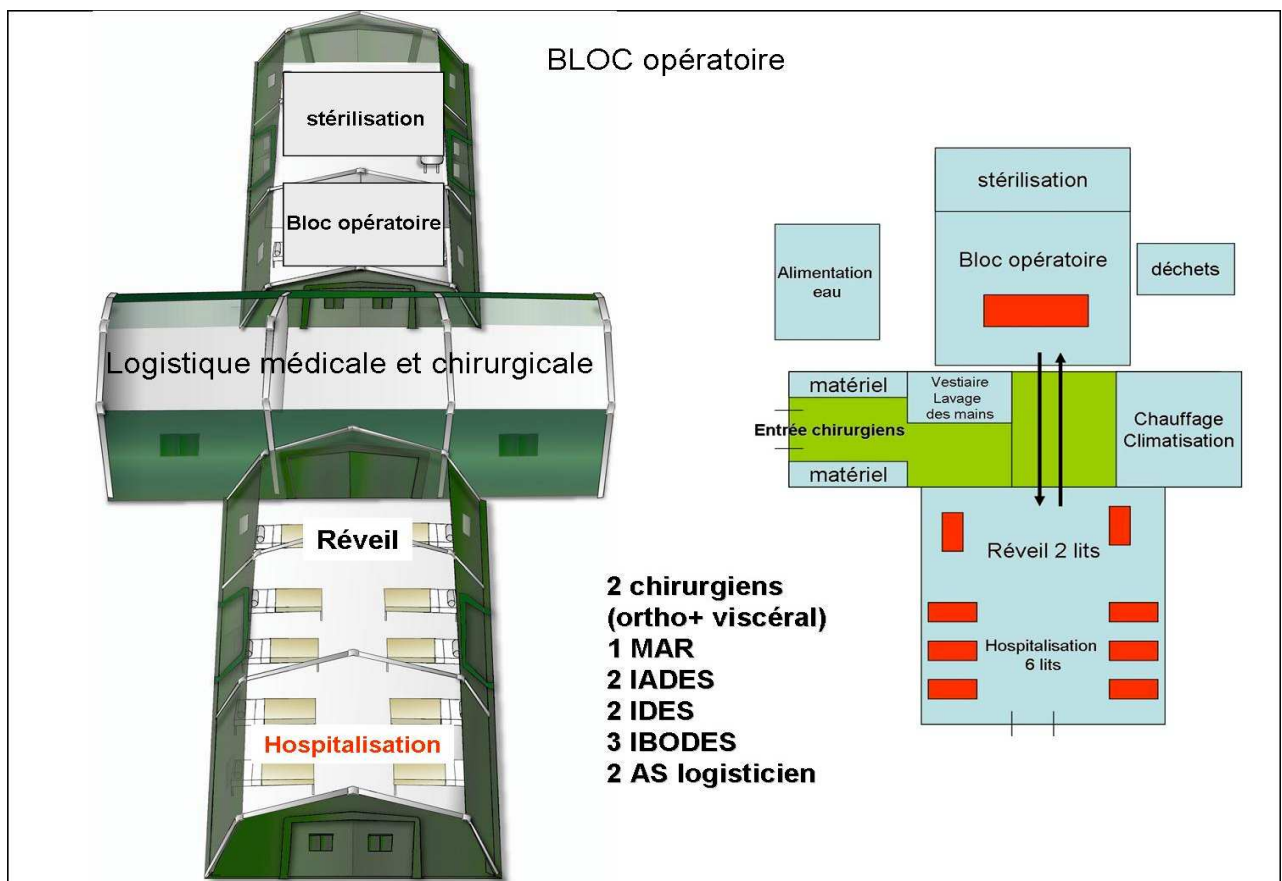
Le coût d'un module de base est estimé à 150 000 euros.



4.2.2 Module chirurgical

Il s'agit d'une unité chirurgicale aérotransportable, dotée d'un bloc opératoire et d'une salle de réveil. Elle permet en toutes circonstances un fonctionnement en totale autonomie pour une durée de 10 jours. Sa vocation est la prise en charge chirurgicale des traumatismes engendrés par les catastrophes naturelles telles le tremblement de terre. Elle est dimensionnée pour que soient opérés environ 15 patients par jour. Dans cette structure, sera assurée de la chirurgie orthopédique, viscérale et générale d'urgence (adulte et pédiatrie), ainsi que de la chirurgie vasculaire périphérique.

Cette structure est équipée de 3 tentes comportant un module opératoire (bloc opératoire, logistique, salle de réveil et d'hospitalisation) et 1 tente pour l'hébergement des personnels.



Pour des raisons de complémentarité des effectifs et du matériel, le module chirurgical ne pourra être engagé seul. Il sera systématiquement associé à un module de base.

Compte tenu de son poids important, 8 tonnes environ, et de son encombrement, son engagement sera prévu au plus tôt. 24 heures de montage sont nécessaires sur place pour le rendre opérationnel.

Sa composition a été calquée sur l'Antenne Chirurgicale Avancée (ACA) des militaires français dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Elle se compose de douze

personnes ainsi réparties : 2 chirurgiens, 1 Médecin Anesthésiste Réanimateur, 3 IBODE, 2 IADE, 2 IDE et 2 logisticiens.

Les qualifications du personnel figurent dans le chapitre « sélection du personnel ».

Le coût du module chirurgical est estimé à 415 000 euros.

4.2.3 Module d'hospitalisation

Ce module constitue une structure plus lourde et plus importante que le module de base.

Son rôle devra s'adapter en fonction des circonstances. Il pourra être :

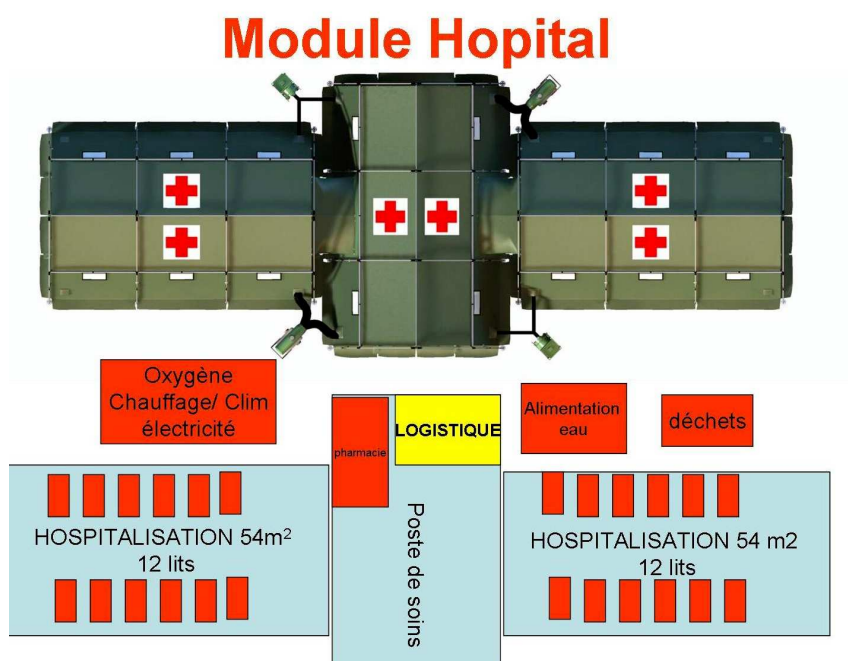
- une structure d'hospitalisation en complément du module chirurgical, permettant une surveillance de 48h minimum pour tout patient ayant bénéficié d'un acte chirurgical et/ou en attente de transfert.
- une unité de soins médicaux et d'hospitalisation en complément d'un module de base ;
- une structure mixte réanimation respiratoire / unité de soins dans le cadre d'un renfort d'un établissement de soins (par exemple, épidémie de SRAS ou pandémie grippale).

Sa mise en place permet l'installation de 24 lits d'hospitalisation dans une structure de 3 tentes de 54 m². Sa composition est de : 8 personnes dont 1 médecin des Urgences/SMUR, 4 infirmiers DE, 3 logisticiens.

Son engagement ne peut se faire isolément et nécessite la mise en place au préalable ou simultanée du module chirurgical ou d'un module de base.

La mise en place de 10 lits de réanimation oblige l'engagement associé du module complémentaire de réanimation.

Le coût du module d'hospitalisation est estimé à 180 000 euros.



4.3 Modules Complémentaires

Quelles que soient les circonstances de départ, la multiplicité et l'évolutivité des crises imposent une polyvalence et une souplesse dans les capacités de déploiements des renforts sanitaires. Il est alors apparu indispensable de créer des modules complémentaires venant se greffer aux modules principaux, les adaptant aux types de patients (pédiatrie, femmes enceintes), de pathologies (chirurgie, infectiologie, pathologies respiratoires, psychiatrie) ou à la durée de la crise (nécessité d'infrastructures lourdes de télécommunication).

Huit modules sont ainsi proposés :

- Complément Mère-enfant
- Complément médico-psychologique.
- Complément brûlé
- Complément réanimation,
- Complément biologique
- Complément NRC
- Complément TELECOM
- Complément Imagerie médicale.

4.3.1 Complément Mère-enfant

En cas de catastrophe humanitaire, les sujets les plus fragiles (enfants et femmes enceintes) sont largement exposés.

Les équipes et le matériel composant le module de base sont polyvalents, mais la complexité de la prise en charge de femmes enceintes ou de pathologies médicales, tropicales ou infectieuses pédiatriques justifient la création de modules ciblés.

Du matériel et du personnel spécifique doivent alors être mis à disposition, pour le suivi des parturientes comme pour la prise en charge de pathologies néonatales ou pédiatriques.

La décision d'envoi de ce complément devra être justifiée par la nature de la crise sanitaire (pathologies touchant les enfants, par exemple) et l'efficience sanitaire du pays concerné (destruction des maternités, etc...). Le complément mère-enfant a alors pour but dans ce cadre d'assurer :

- la prise en charge et le suivi médical de parturientes ;
- un renfort spécialisé dans la prise en charge médicale de nouveaux nés ;
- un dispensaire de proximité à orientation pédiatrique ;
- un renfort des équipes de réanimation par du matériel et du personnel spécialisé en pédiatrie.

Composée de 3 personnes (une sage-femme, une infirmière puéricultrice, un pédiatre), elle s'appuiera sur les équipes d'urgences déjà présentes (anesthésistes, urgentistes, chirurgien viscéraux). Le cas échéant, l'équipe pourra être renforcée en anesthésistes réanimateurs pédiatriques voire en obstétriciens.

4.3.2 Complément médico-psychologique d'urgence

L'équipe médico-psychologique peut proposer une intervention immédiate (dans les 48 premières heures de l'évènement), pour les victimes directes ou indirectes, les blessés psychiques ou mixtes. Elle peut dispenser une aide post-immédiate, individuelle ou collective entre J2 et J15. Les missions associent le repérage clinique, l'évaluation individuelle et collective, le tri psychique des victimes, les soins chimiothérapiques et psychothérapiques immédiats ou post-immédiats.

L'analyse de la situation par le DM permet de décider de l'engagement du complément médico-psychologique pour la prise en charge de ressortissants français, ou l'intervention concertée avec des équipes locales médico-psychologiques (soins indirects en partenariat avec des soignants locaux). Dans ce cas, l'équipe médico-psychologique d'urgence aura également un rôle d'évaluation des ressources locales, de formation et d'information auprès de ces structures au lieu de s'inscrire en intervenant de substitution.

L'équipe minimale est composée d'un binôme médecin psychiatre et d'un infirmier de psychiatrie. L'appréciation de la situation permet d'envisager la pertinence de l'intervention d'autres membres (comme les psychologues), parfois à différents temps de l'engagement. Elle doit rester sous l'autorité du dispositif santé et ne doit pas avoir de fonctionnement autonome ni partir seule en intervention.

Le nombre de personnes composant le module est adapté en fonction de l'évaluation faite par le DM. Elle pourra nécessiter l'engagement éventuel d'une à 2 tentes de 18 m² en l'absence d'infrastructure sur place.

4.3.3 Complément Brûlés

Une catastrophe technologique ou chimique peut engendrer des brûlures sévères ou des brûlures légères. La prise en charge de patients brûlés graves relève de soins lourds de réanimation, réalisés en milieu spécialisé et aseptique. Ces conditions sont difficilement réalisables « sous tente ». La prise en charge de brûlés graves imposera donc : - soit une évacuation vers des structures hospitalières situées hors du sinistre ; - soit le renfort de structures hospitalières fonctionnelles mais saturées. La prise en charge des brûlés légers peut être réalisée sur site, en consultation ou hospitalisation de courte durée, voire en ambulatoire ; ces soins nécessitent de nombreuses consultations répétées, mobilisant du personnel soignant et du matériel stérile en grande quantité.

Pour les patients grièvement brûlés, la prise en charge pourra être une mise en condition avant évacuation. Un renfort en matériel (solutés) sera utile durant une courte période. Le reste de la prise en charge sera comparable à une évacuation sanitaire (EVASAN).

Dans l'hypothèse où les structures hospitalières d'un pays seraient saturées par un grand nombre de brûlés graves, le but de la mission serait alors de renforcer les structures médicochirurgicales efficaces; l'appui médical dépêché sur site associerait une structure médico-chirurgicale et du matériel complémentaire

spécifique (pansements stériles et solutés de remplissage). Un renfort en équipes soignantes et médicales sera nécessaire : deux infirmiers et un médecin urgentiste ou réanimateur ayant des compétences dans cette prise en charge.

4.3.4 Complément Réanimation

Projeter un service de réanimation sur un théâtre d'opération est complexe. Cependant, des scénarios doivent être envisagés :

- Prise en charge de ressortissants français en état critique dans l'attente de leur rapatriement vers des services de référence.
- Prise en charge « sur place » d'un nombre restreint de patients atteints d'une affection grave, respiratoire et/ou infectieuse, dont le transport n'est pas envisageable dans un délai rapide.

Il semble illusoire dans la plupart de ces interventions de vouloir implanter sur le site de la catastrophe, un véritable service de réanimation. Néanmoins, un renfort en matériel de réanimation pourra être justifié (en particulier respirateurs...) selon les cas, pour la prise en charge locale des patients les plus lourds.

Ces mesures s'appliqueront le plus souvent dans l'attente de l'évacuation des blessés les plus graves, ou dans l'attente d'un fonctionnement opérationnel des structures hospitalières natives.

Ce complément comprend du matériel permettant l'adaptation du module hospitalisation à des patients de réanimation pour la prise en charge simultanée de 10 patients graves. 2 à 3 modules devront être, le cas échéant, disponibles.

Le matériel engagé comportera donc par module, des respirateurs artificiels (10), des scopes portables (10), des seringues auto pousseuses (20), du matériel d'aspiration (pompes), un renfort en médicaments de réanimation (sédation, antibiotiques, etc..).

La réanimation de patients dans cette situation est une solution dégradée et de courte durée ; le DM, en relation avec les représentants de l'état français sur le terrain et avec le ministère de la Santé, devra trouver des solutions plus adaptées.

L'alimentation en oxygène d'une structure médico-chirurgicale projetable est complexe. Plusieurs solutions ont été envisagées par le groupe technique :

- L'oxygène stocké sous sa forme liquide permet de répondre à la demande de plusieurs postes de réanimation ou d'anesthésie. Ses restrictions de transport et sa complexité de mise en œuvre (évaporateur, compresseur) rendent illusoire son utilisation dans ce cadre.
- Les bouteilles d'oxygène : L'encombrement et le poids du conditionnement imposent un circuit d'approvisionnement difficile à mettre en place dans un pays en situation de crise sanitaire. Cette solution est néanmoins retenue pour les EVASAN.
- L'extracteur d'oxygène : Il ne permet pas d'assurer une ventilation des patients sous 100% d'oxygène mais Il est utilisable sur des respirateurs de transport et sa maintenance est peu contraignante. Cette solution est retenue par le groupe technique.

Le coût du complément réanimation est estimé à 250 000 euros.

4.3.5 Complément biologique

Certaines interventions dans le cadre de crises liées à un risque biologique impliqueront une dotation spécifique en matériel de protection et de prise en charge.

Les personnels, bien que certainement formés au préalable, devront faire l'objet d'une formation ciblée sur les risques biologiques lors de l'intégration au GIMS.

Pour le matériel nécessaire, il sera conforme aux recommandations actuelles de protection des soignants, en cas de risque biologique : charlottes, gants, lunettes de protection, masques FFP3, combinaison, sur-chaussures.

Les sujets infectés devront être équipés de masques anti-projections; les déchets seront collectés dans des bacs et récipients spécifiques (eaux contaminées, déchets biologiques).

Du matériel de désinfection renforcera ce lot biologique (solution hydro-alcoolique, désinfectant de surface, eau de javel...).

Des mesures spécifiques d'isolement des patients devront être utilisées sur site ; du matériel sera prévu à cet effet (housse de transport, sas d'isolement à pression négative, etc).

Le rapatriement, sur le territoire français, des patients contaminés ou suspects de l'être ne pourra se faire que conformément aux recommandations internationales sur le transport de patients infectés.

L'ensemble des personnels engagés sur site devra pouvoir bénéficier d'une protection permanente ; 4 à 6 tenues sont alors nécessaires par jour et par personne, selon les circonstances déclenchantes. Le volume de tenues à embarquer sera modulé en prenant en considération ces besoins, et le nombre de personnels engagés.

4.3.6 Complément nucléaire, radiologique et chimique

La protection contre les risques Nucléaires Radiologiques ou Chimiques (NRC) fait partie des obligations requises. Certaines interventions peuvent en effet nécessiter la mise à disposition de ce matériel de protection spécifique.

Il peut s'agir d'interventions dans des sites à proximité de zone de conflit ou de catastrophes technologiques. Dans ces circonstances, l'évolution imprévisible de la crise doit faire envisager toutes les hypothèses de protection des personnels de santé engagés.

Le matériel individuel NRC en dotation sera celui actuellement recommandé pour les équipes (pré)hospitalières ; chaque personnel de santé devra disposer de matériel (tenues, cartouches + masques) en réserve. La sécurité civile française ou l'armée, présentes sur site, seront initiatrices et directrices pour l'application des mesures de protection des personnels santé et la décontamination de patients.

4.3.7 Complément Télécommunication

Chaque module principal est équipé d'un lot de communication et d'informatique de base. L'engagement d'un PC santé est nécessaire dès l'envoi de 2 modules principaux et mis à la disposition du DM. Il permet d'assurer les télécommunications

entre d'une part, les différents intervenants médicaux, le directeur médical et les chefs des opérations et d'autre part, entre le Directeur médical et le ministère de la santé. Trois réseaux sont nécessaires :

- Réseau courte distance de radiophonie entre les différents points d'intervention.
- Réseau Moyenne distance GSM ou satellitaire léger avec les autorités locales et les représentants Français
- Réseau longue distance satellitaire permettant d'une part une communication de type téléphonie mais aussi téléconférence et Internet.

L'équipement informatique associé devra permettre si la nécessité est démontrée de mettre en place un réseau WIFI (cadre de mise en place d'une structure hospitalière complète). Ce complément télécommunication est activé par un opérateur radio (PARM).

Le coût du complément Télécommunication est estimé à 120 000 euros.

4.3.8 Complément imagerie-médicale

Pour des interventions spécifiques et complexes (traumatisés, pathologie respiratoire), les équipes médicales engagées auront besoin, pour la prise en charge des patients, d'imagerie médicale (radiographie portable, appareil d'échographie...).

S'il est systématiquement associé au bloc opératoire, le module complémentaire de radiographie (volumineux) n'est pas engagé systématiquement pour les autres missions du groupe.

Le matériel, qui devra être compact, léger, modulaire et robuste, comportera : - un appareil de radiographie portable numérique avec alimentation électrique (groupe électrogène) + système de stockage informatique de fichiers ; - un appareil d'échographie portable avec des sondes échographiques adaptées (cardiaque, abdominale, gynécologie, générale) + imprimante portable.

Ces systèmes étant numériques, les fichiers radiologiques pourront être, au besoin, transmis par satellite pour avis complémentaires.

Selon le type de mission, le matériel pourra être acheminé sur site avec un médecin radiologue ou un manipulateur radio.

Le coût du complément imagerie médicale est estimé à 245 000 euros.

4.4 Module sanitaire

Le module de vie est adapté au nombre de personnes composant l'équipe. Cependant pour l'hygiène de vie des équipes, un module sanitaire composé d'une tente de 36 m² avec 4 douches et 4 sanitaires sera installé à partir de 20 personnes et pour un maximum de 35 personnes.

4.5 Choix des modules

Les types de modules ainsi que le nombre sont choisis par la cellule de crise du Ministère de la Santé sur proposition du conseiller médical, en fonction des circonstances ayant nécessité l'implication du Ministère de la Santé.

Ils pourront permettre au maximum la constitution d'une structure hospitalière de campagne complète : 3 modules de base, un module chirurgical, un module hospitalisation, un complément télécommunication, un complément imagerie médicale, un module de vie pour 50 à 60 personnes. Chaque module comprend un nombre de personnes et de matériel précis permettant de connaître dès le départ le volume et le poids à transporter. L'investissement pour une telle structure aérotransportable est d'environ 1 900 000 euros auquel devra se rajouter le coût de fonctionnement du bloc opératoire de 3 500 à 4 000 euros par jour. Les coûts de maintenance du matériel biomédical n'ont pu être estimés.

Les moyens de transports aériens sont une des conditions importantes au bon déroulement d'une mission. Selon les experts rencontrés de la Direction des Affaires Humanitaires et du ministère de la Défense, les vecteurs aériens seront essentiellement des avions de lignes commerciaux. Dans ces conditions, l'embarquement de personnels et de matériel est limité en nombre, poids et volume. L'utilisation de moyens militaires permettrait l'acheminement d'un volume de matériel et de personnel beaucoup plus importants, mais ne serait utilisée qu'en dernier recours, par défaut des vecteurs précédents.

Par ailleurs, les missions antérieures ont souligné la nécessité de ne pas dissocier le personnel de son matériel. Ces 2 éléments sont donc des arguments majeurs pour la constitution de modules de faible dimension, et donc de faible poids et volume, facilement projetables en toute circonstance. Ce dimensionnement volontairement réduit ne constitue pas une faiblesse à l'impact de l'opération sanitaire, puisque l'addition de modules identiques dans un même vecteur aérien reste toujours envisageable pour des opérations d'envergure.

Le conditionnement standardisé permet au ministère de la Santé ainsi qu'au MAE d'anticiper, dès la prise de décision, les besoins exacts pour l'acheminement des équipes.

L'équipement des modules est prévu pour une autonomie maximale de 10 jours que ce soit pour le matériel médical ou pour la vie du personnel (alimentation, eau ...), ce qui constitue un délai estimé satisfaisant pour l'envoi de fret complémentaire.

5 Situations particulières

La prise en charge médicale de ressortissants français à l'étranger a démontré l'importance d'un renfort médical immédiat (tri, premiers soins) au niveau d'une ambassade de France (Liban, 2006), et de la constitution d'un appui sanitaire permettant une médicalisation plus lourde et plus spécifique. L'acheminement ou l'extraction de ressortissants français vers le territoire national amène à constituer des équipes mobiles légères, pouvant médicaliser quelque soit le vecteur de transport ou la gravité de la pathologie. Ces scénarii montrent la nécessité de constituer un module « ressortissants » (renfort ambassade, encadrement médical, module base arrière et module EVASAN).

5.1 Renfort Ambassade

En situation normale, les besoins médicaux au niveau d'une ambassade sont négligeables. Lors de crise sanitaire grave (épidémie virale, guerre civile ou zone de conflit), une expertise médicale peut être sollicitée par le MAE, de même qu'un appui sanitaire pour la prise en charge de ressortissants fuyant une zone de conflit. L'estimation des besoins et les pathologies médicales rencontrées seront variables selon les circonstances de la crise. Dans de nombreux cas, il s'agira :

- d'apporter essentiellement une expertise médicale au niveau de l'ambassade concernée ;
- d'une activité de reconnaissance ou de tri médical (reconnaissance dans les hôpitaux, etc.) ;
- d'une activité de dispensaire médical au niveau de l'ambassade lorsque les structures sanitaires du pays concerné sont inopérantes ;
- le cas échéant, de la prise en charge d'une détresse vitale aigue avec mise en condition avant évacuation.

Le nombre de patients impliqués au niveau de l'ambassade est variable, d'une dizaine à plusieurs milliers. Ceux à prendre en charge au niveau médical est normalement faible, mais l'évolution d'un conflit ou d'une crise sanitaire rend toute prévision aléatoire : des mesures d'anticipation devront être menées. En conséquence, le personnel engagé devra être polyvalent, et sera donc préférentiellement issu des SAMU-SMUR.

Des contraintes logistiques et circonstancielles seront à prendre en compte (nombre de personnels de santé hébergés restreint, volume de matériel déployé limité, contraintes de transport, isolement de l'équipe médicale). De plus, les possibilités restreintes de rotation des personnels doivent faire envisager une durée d'engagement des personnels d'au moins 15 jours

L'hypothèse, selon les différents scénarii de crise, d'un afflux de victimes au niveau de l'ambassade, fera anticiper le positionnement dans l'ambassade ou à proximité (aéroport sécurisé, pays frontalier), d'un renfort en matériel et moyens humains rapidement mobilisables.

L'équipe médicale au sein de l'ambassade sera d'au moins quatre personnes : deux médecins urgentistes, dont un ayant la qualification de DM, et de deux infirmiers SMUR. Si une ERE a été envoyée au niveau de l'ambassade, un renfort en matériel et personnel sera associé. Le médecin du second binôme pourra, le cas échéant concerner une expertise médicale (cas des maladies infectieuses...)

Ce double binôme permet d'organiser la réponse médicale, d'une part en assurant une présence continue au niveau de l'ambassade, alors que l'autre binôme peut être engagé en mission de reconnaissance, en mission d'évacuation sanitaire, ou en mission administrative et de représentation.

A cette équipe de quatre personnes pourra être associé un binôme CUMP médecin – infirmier en fonction des besoins évalués par le DM.

Le matériel nécessaire devra prendre en compte au moins un blessé grave (soins, mise en condition), permettre une consultation de médecine générale de proximité (y compris pédiatrie), et autoriser des moyens de communication légers et autonomes.

L'équipement comprendra donc :

- Un lot SMUR permettant la prise en charge d'un patient lourd de réanimation (scope multiparamétrique, respirateur, aspiration, matelas coquille, barquette héliportée, sacoche ventilation et circulation, sacoche pédiatrique et accouchement) ;
- Un lot « dispensaire » pour médicaments courants et soins simples (adulte et pédiatrie) ;
- Un sac de soins légers ;
- Une malle administrative ;
- Des moyens de communication portables (téléphone GSM et satellitaire), des moyens de communication fixes (visioconférence), et des postes de radio pour les liaisons tactique à courte distance ;
- un lot OPEX est, au besoin, pré positionné.

De l'oxygène en faible quantité devra être disponible au niveau de l'ambassade, et les contraintes de transports (bouteilles aéronautiques) seront à évaluer.

La logistique étant assurée par l'ambassade, aucun module de vie n'est adjoint.

5.2 Encadrement médical

En situation de crise politique (guerre civile, déplacement de population, migration), les sujets les plus fragiles (personnes âgées, enfants, femmes enceintes, coronariens, asthmatiques, etc...) peuvent présenter une complication médicale. Il s'agira donc d'assurer la couverture sanitaire de l'évacuation (aéroportée ou maritime) de ressortissants le plus souvent valides, mais susceptibles de présenter une pathologie médicale intercurrente. Le nombre de ressortissants impliqués est aléatoire (quelques centaines à plusieurs milliers). Ceux à prendre en charge au niveau médical sont peu nombreux ; La prise en charge médicale sera essentiellement bénigne (proche de la médecine générale), symptomatique et psychologique.

En conséquence, le personnel engagé sera préférentiellement issu des SMUR et SAU, en incluant au besoin, pédiatres, psychiatres et/ ou sage femmes. La quantité des personnels engagés sera fonction du nombre de ressortissants à prendre en charge, et adaptée au vecteur d'évacuation. Les patients étant le plus souvent valides, la pression « médicale » sera moindre, et au besoin une équipe médicale sera allouée par vecteur d'évacuation collective (avion gros porteur, ferry, etc). Selon les schémas d'évacuation, des renforts (matériel et personnels) pourront être pré-positionnés au niveau des escales intermédiaires (« module base arrière »). L'intervention et la prise en charge des victimes pourront se faire conjointement avec des secouristes d'ONG également sur place (essentiellement Croix-Rouge Française).

L'équipe médicale embarquée à bord des avions se compose de 3 personnes : 1 médecin urgentiste SMUR et 2 infirmiers. Le binôme médecin infirmier est obligatoire en cas d'urgence vitale, l'infirmier supplémentaire assurant les soins courants auprès des autres passagers ; le profil du personnel est donc impérativement issu des SMUR. On peut raisonnablement estimer qu'une équipe sera suffisante pour la prise en charge de 300 à 400 ressortissants valides (un ferry ou un vol commercial). Une adaptation des besoins sera requise pour les pathologies médicales intercurrentes.

Pour les équipes médico-psychologiques, les lieux d'intervention sont susceptibles d'évoluer et peuvent être envisagés à différents niveaux : sur site, dans les zones de transit avant évacuation (surtout si le temps de transit est prolongé), pendant l'acheminement maritime ou aéroporté, et à l'arrivée en France.

En règle générale, la présence d'équipes médico-psychologiques à bord des avions d'évacuation n'est pas systématique compte tenu d'une part de la durée du vol et de la difficulté de bénéficier à bord d'un avion rempli d'un espace isolé. Elle peut toutefois s'avérer nécessaire et indispensable pour certaines situations particulières telles que l'accompagnement de familles en deuil sur un lieu de sinistre.

La présence d'équipes médico-psychologique peut être par contre souhaitable au sol avant l'embarquement, si les passagers doivent attendre plus d'une journée afin de repérer les personnes qui nécessiteront un suivi à destination. Cette mesure permet de réduire le nombre d'équipes médico-psychologiques nécessaires à l'arrivée et de l'adapter en fonction des données communiquées par l'équipe au départ.

Si un suivi psychologique est jugé nécessaire par les équipes médico-psychologiques, elles transmettront les données à la CUMP du département de résidence du patient.

Le matériel embarqué comporte nécessairement :

- Un lot SMUR
- 1 lot médecine générale
- L'oxygène embarqué nécessaire sera sous forme aéronautique en cas d'Evasan aérienne.
- Du matériel de télécommunication GSM et satellitaire (justifié pour les transports maritimes).

5.3 Le Module de « base arrière »

La création d'un module base arrière en zone sécurisée peut s'avérer nécessaire dans deux situations :

- pré-positionnement de moyens mobiles facilement projetables vers l'ambassade de France du pays concerné ;
- accueil de ressortissants français en transit avant évacuation vers le territoire national.

Son rôle est d'assurer le tri médical, les soins, et la prise en charge psychologique de ressortissants déplacés ou en cours de rapatriement.

Le module de « base arrière » est constitué de 4 personnes (2 médecins urgentistes + 2 infirmiers) et comportera un lot SMUR +/- 1 lot opex +/- 1 lot dispensaire ; Lorsque les conditions d'hébergements des personnels ne sont pas assurées, une logistique de vie sera adjointe.

Un binôme infirmier et médecin psychiatre pourra y être associé.

5.4 EVASAN

En situation normale, la prise en charge de ressortissants blessés à l'étranger est du ressort du MAE et des sociétés de rapatriements sanitaires privées. En situation de crise (crise sanitaire, guerre civile, etc...), la participation du ministère de la santé sera indissociable de la montée en puissance du dispositif sanitaire. Les différentes situations qui peuvent nécessiter l'intervention du GIMS sont toutes les crises nécessitant la prise en charge de ressortissants blessés ou atteints d'une pathologie médicale grave (SRAS, Chikungunya, pandémie grippale, etc...).

Il peut s'agir essentiellement de patients (adultes ou enfants) présentant :

- * un polytraumatisme, monotraumatisme ou brûlure,
- * des troubles psychiatriques post-traumatiques ;
- * une pathologie infectieuse aigue respiratoire ou généralisée (SRAS, grippe aviaire) ;
- * des pathologies liées à des risques technologiques, chimiques ou nucléaires ;
- * une pathologie médicale préexistante décompensée (coronaropathie, asthme, grossesse, etc...) ;

Le nombre de patients impliqués est difficile à évaluer. La prise en charge médicale sera essentiellement du tri médical, des soins d'urgence et de la mise en condition avant évacuation. Le rapatriement de patients infectés se fera selon les directives de l'OMS, et cette décision sera conforme aux recommandations internationales pour le transport sanitaire. Du matériel de protection devra être prévu.

Deux situations peuvent exister :

- Médicalisation d'un avion gros porteur
- Evacuation médicale dans un avion dédié

5.4.1 Médicalisation d'un avion gros porteur

Le personnel engagé sera préférentiellement issu des SMUR, en incluant au besoin pédiatres, psychiatres et sage femmes. Les besoins en équipes médicales tiendront compte du nombre de blessés graves (1 équipe médicale par blessé) et du nombre de blessés légers (1 médecin et 2 IDE pour 10 patients), de la mise à disposition de secouristes, du nombre et du volume des vecteurs d'évacuation.

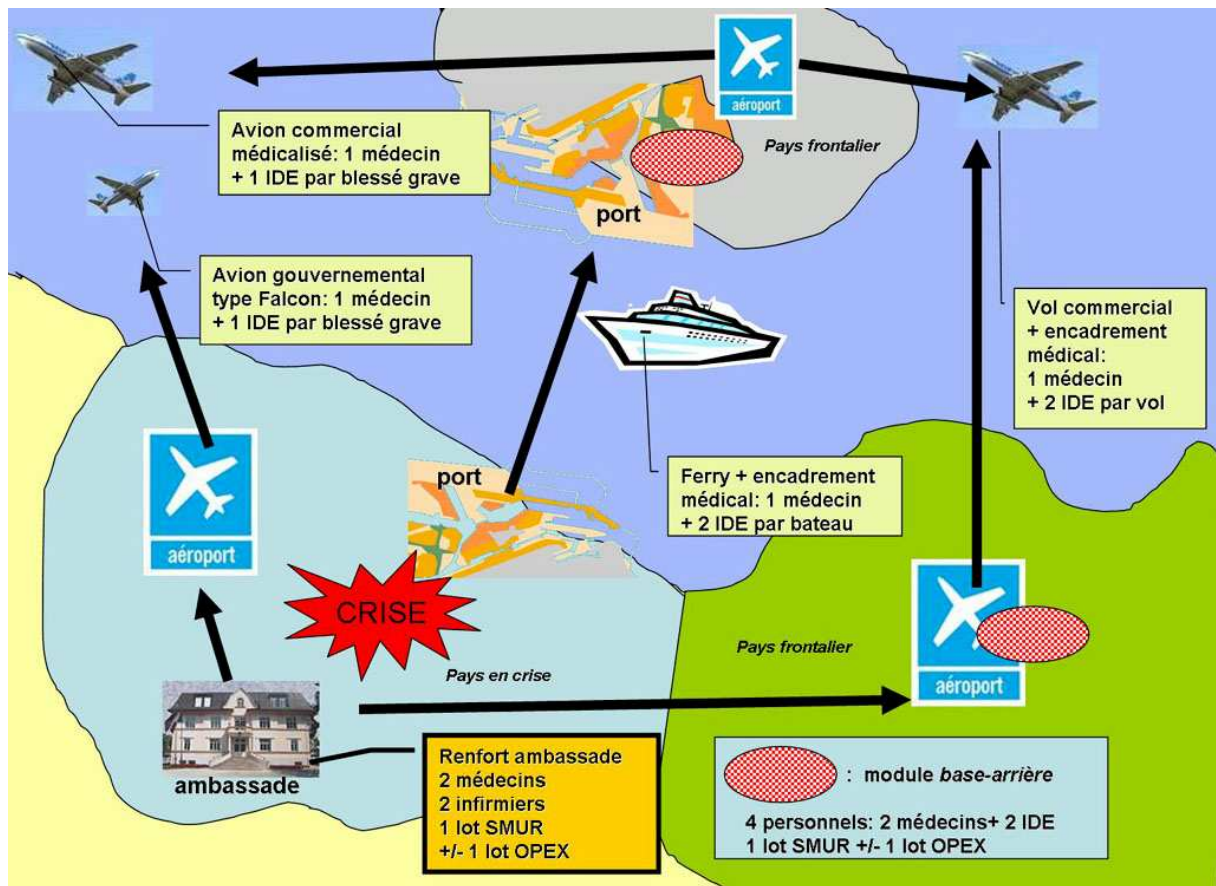
La tactique d'intervention sera adaptée aux schémas d'évacuation (transports aériens par gros porteur ou avion léger, transports maritimes). L'intervention et la prise en charge des victimes se feront conjointement avec des secouristes envoyés sur place (sapeurs pompiers, croix rouge française, sécurité civile, etc...). Selon les schémas d'évacuation, des renforts (matériel et personnels) pourront être pré positionnés au niveau des escales (module base arrière).

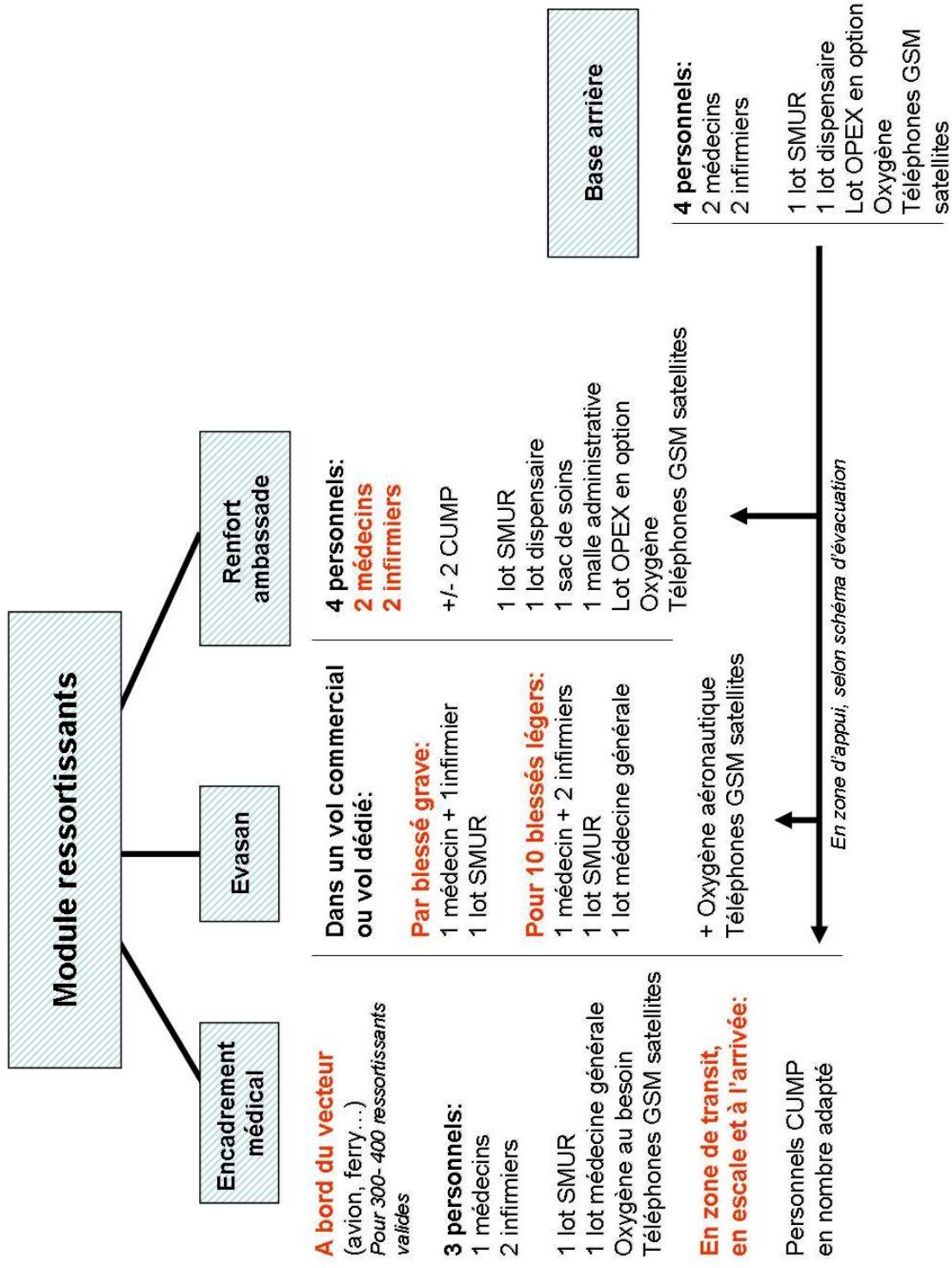
La coordination voire l'association de la mission, avec les sociétés de rapatriements sanitaires est envisageable.

5.4.2 Evacuation médicale dans un avion dédié

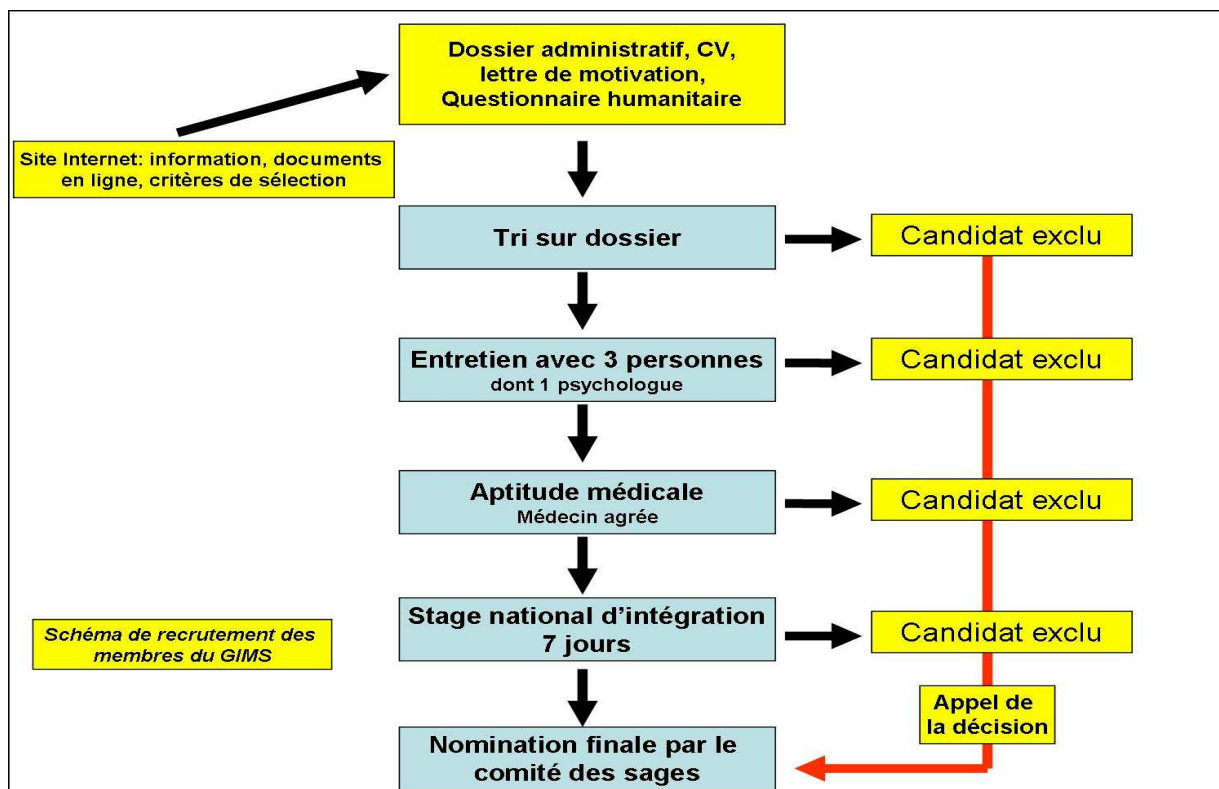
Le transport de patients graves peut se faire à bord d'avions dédiés dont les capacités et rayons d'action diffèrent. Selon les appareils, 1 à 3 patients de réanimation peuvent être transportés sur des distances variables.

Un lot de réanimation par patient de réanimation doit être prévu à bord. Ce lot est comparable à celui d'un SMUR. Le binôme médecin SAMU-SMUR / infirmier est l'entité minimale pour le transport d'un patient grave dans un avion dédié et sera adapté en fonction du temps de prise en charge.





6 Sélection du personnel



6.1 Principes généraux

Chaque candidature est une démarche personnelle, sur la base du volontariat. Suite aux trois dernières missions et aux entretiens avec des responsables de la Croix-Rouge et Médecins sans Frontière, il nous a paru important que le personnel soit sélectionné pour deux raisons principales :

- Complexité des retours prématurés sur des missions de courte durée ;
- Nécessité de cohésion de groupe compte tenu du type de missions.

Un dossier de candidature sera accessible sur un site internet ou sur demande au Ministère de la Santé. Il sera, après vérification des pièces fournies, adressé au groupe des sages. Ce dernier nommera un jury composé de trois membres chargés de rencontrer les candidats. Il comprend :

- Une personne faisant office de rapporteur ayant la même profession que le candidat.
- Un psychologue ayant pour rôle d'effectuer une première évaluation psychologique lors de l'entretien avec le candidat.
- Un médecin ayant participé à au moins une mission d'urgence pour le ministère de la Santé.

L'entretien portera essentiellement sur les motivations du candidat et sur la validation d'un niveau minimum d'anglais.

Ce jury pourra au besoin se déplacer en province pour l'audition d'un ensemble de candidats.

Si la candidature est retenue, le candidat devra valider une visite médicale auprès d'un médecin agréé par le ministère de la Santé ; un certificat médical d'aptitude (à compléter par le médecin agréé) sera remis au candidat. Après réalisation de la visite médicale, le certificat d'aptitude et un dossier médical simplifié seront transmis au médecin rapporteur. Un double sera conservé par l'intéressé.

Une fois la visite médicale validée, un séminaire de formation validera définitivement l'inscription du candidat.

Si le nombre de candidats retenus pour une profession est supérieur aux possibilités, une deuxième sélection aura lieu sous la direction du groupe des sages. Ce dernier transmettra à chaque candidat son inscription ou non au sein du GIMS.

L'inscription sur la liste sera renouvelée tous les trois ans par une visite médicale et nécessitera une participation régulière aux séminaires de formation continue.

Chaque membre pourra à tout moment être mis en indisponibilité temporaire ou définitive :

- Pour une durée temporaire :
 - o pour une raison personnelle : une demande justifiée devra être faite au groupe des sages ;
 - o pour une cause médicale (chirurgie, grossesse ...) : la réintégration au GIMS se fera après visite médicale ;
 - o par mesure disciplinaire sur décision du groupe des sages qui déterminera alors les conditions de réintégration.
- Pour une durée définitive :
 - o Par mesure disciplinaire sur décision du groupe des sages après convocation de la personne: manquement grave à la discipline, mise en danger du groupe ou de soi-même, refus répété d'activité non justifié.
 - o Sur demande de la personne sans justification nécessaire. La personne pourra si elle le souhaite être entendue par le groupe des sages.

Le groupe des sages est composé de 9 membres dont :

- un président : autorité qualifiée désignée par le ministère de la Santé
- un médecin ancien chef de mission ou de ERE
- un médecin urgentiste SAMU/SMUR
- un chirurgien
- un médecin anesthésiste
- un cadre paramédical ayant déjà participé à au moins deux missions
- Un infirmier : IDE, IADE, ou IBODE
- un psychologue ou psychiatre
- un logisticien ayant déjà participé à au moins deux missions.

Son rôle sera de :

- vérifier et valider les procédures de recrutement du personnel ;
- valider la liste définitive des volontaires ;
- conseiller le ministère de la Santé pour les évolutions à apporter dans l'organisation du groupe d'intervention.

6.2 Dossier de candidature

Le dossier est composé des pièces suivantes :

- Lettre de motivation, manuscrite et signée
- Curriculum Vitae signé et certifié exact par le candidat
- Questionnaire dûment rempli et signé par le candidat
- Une copie du diplôme permettant l'exercice de sa profession sur le territoire français et tous diplômes en rapport avec la compétence.
- le numéro ADELI pour les médecins, IDE, IADE et IBODE.
- Photocopie du passeport français.
- Signature du règlement général des missions gouvernementales comprenant (non exhaustif) : l'engagement sur la base du volontariat, le statut de l'intervenant, les conditions d'exercice, de rémunération et de couverture sociale, les objectifs, la disponibilité, la participation à des séminaires de formation obligatoire...
- nombre d'exemplaires = 3

6.3 Critères de recrutement

Les critères de sélections sont regroupés selon trois catégories : professionnels, médicaux et généraux.

6.3.1 Critères généraux

Les candidats doivent s'intégrer à un groupe, travailler au sein d'une équipe, accepter de vivre dans des conditions précaires potentiellement stressantes et être capables d'esprit d'initiative tout en gardant le sens de la discipline.

L'évaluation psychologique s'effectue à partir des éléments obtenus lors de l'entretien avec le jury, complétée si nécessaire au décours du séminaire de formation initiale. L'existence d'une psychopathologie est bien évidemment un motif d'inaptitude.

6.3.2 Critères professionnels

Le candidat ne sera pas jugé sur ses connaissances professionnelles mais essentiellement sur ses expériences professionnelles antérieures, sa polyvalence et ses capacités d'adaptation.

Aucun diplôme, en dehors de ceux nécessaires pour exercer sa spécialité sur le territoire français, n'est exigé. Cependant, le groupe technique précise que certains diplômes sont fortement conseillés pour l'accession aux fonctions d'encadrement lors des premières missions (en particulier capacité ou DU de médecine de catastrophe, Diplôme en rapport avec la médecine humanitaire...) sans pour autant exempter la personne des séminaires de formation obligatoires.

Du personnel issu du milieu de la sécurité civile (Sapeurs Pompiers civils ou militaires, personnel des UISC) peut être inclus dans les effectifs du GIMS. Pour cela, une expérience en médecine pré-hospitalière ou d'intervention en OPEX est demandée. Pour faciliter leur intégration dans le groupe, le séminaire de formation reste obligatoire.

Une expérience professionnelle minimale de trois ans est requise pour chaque candidat dans sa spécialité, et des critères de sélections sont définis selon la spécialité des candidats. Cette liste, non exhaustive, pourra être étendue, pour les missions de coopération internationale, aux professionnels chargés de la réhabilitation et du fonctionnement des établissements de soins (Ingénieur sanitaire, hygiéniste...).

Médecin urgentiste :

- Capacité de médecine d'urgence ou DESC de médecine d'urgence
- Expérience régulière dans un service d'urgences et / ou dans un SAMU / SMUR

Médecin anesthésiste :

- Soit expérience dans SAMU/SMUR.
- Soit expérience mixte : bloc opératoire et réanimation chirurgicale ou polyvalente.

Médecin pédiatre :

- expérience professionnelle dans un service d'urgences pédiatriques, dans un SMUR pédiatrique ou réanimation pédiatrique ou néonatale.

Médecin psychiatre :

- expérience professionnelle régulière dans un service d'urgences psychiatriques et/ou CUMP.

Psychologue :

- expérience professionnelle dans un service d'urgences psychiatriques et/ou CUMP

Chirurgien :

- Connaissance et expérience de la prise en charge chirurgicale d'urgence.

IADE :

- expérience professionnelle régulière dans un SAMU – SMUR ou polyvalente dans un bloc opératoire.

IDE :

- Soit expérience professionnelle dans un service d'urgence adulte et pédiatrique.
- Soit expérience professionnelle dans un SMUR.
- Soit polyvalente dans un service de réanimation médicale et/ ou chirurgicale, et / ou en salle de réveil ou bloc opératoire.
- Soit expérience professionnelle régulière dans un service d'urgences psychiatriques et/ou CUMP.

Infirmière puéricultrice DE :

- expérience professionnelle dans un service d'urgences pédiatriques, dans un SMUR pédiatrique ou réanimation pédiatrique ou néonatale.

IBODE :

- expérience professionnelle en chirurgie polyvalente.

Logisticien :

Toute personne pouvant justifier une expérience professionnelle en logistique hospitalière ou pré hospitalière.

PARM :

- Expérience professionnelle dans la mise en place et l'utilisation d'un réseau radio, et de matériel satellitaire de téléphonie

Sage femme :

- Expérience professionnelle dans un service de maternité hospitalière ou privée, avec exercice professionnel en salle de travail et en suite de couches.

6.3.3 Critères médicaux

L'exercice professionnel en milieu hostile ou en situation de crise sanitaire et la complexité des rapatriements sanitaires obligent la mise en place de critères médicaux lors de la sélection du personnel. La réalisation de missions à l'étranger (zones tropicales ou sub-tropicales) impose l'absence de contre-indication ou d'intolérance à des traitements ou vaccinations. Le groupe technique souligne que l'exclusion médicale ne remet pas en cause la capacité d'exercice sur le territoire français. Un référentiel médical d'aptitude (explicatif) devra être rédigé pour les médecins chargés du recrutement (médecins agréés par la DDASS).

6.4 Besoins en personnels à recruter

Afin de couvrir l'ensemble des différents modules (4 modules de base, CMP, chirurgie, hospitalisation, EVASAN) avec environ 300 personnes, la répartition entre les différentes catégories professionnelles serait :

- Médecins urgentistes :	50
- Médecins Anesthésistes réanimateurs :	25
- Chirurgiens :	10
- Médecins psychiatres :	10
- Sages-femmes :	6
- Pédiatres :	6
- IDE :	70
	Dont 10 orientés psychiatrie
- IADE :	50
- IBODE :	15
- Infirmière puéricultrice :	6
- PARM spécialiste TELECOM :	10
- Logisticiens :	25
- Ingénieurs sanitaires :	6

- Psychologues : 6
- Autres (infectiologue, biologiste, manipulateur radio, ...) 30

Cette répartition a été estimée selon la formule suivante : (4 modules de base + 1 module chirurgical + 1 module hospitalier + 2 Compléments médico-psychologique + 1 complément mère enfant + autres) X 5. Ce ratio de 1/5 (20%) correspond à l'estimation (lors de l'alerte) du rapport : sujets disponibles/sujets inscrit. Ce ratio est modulé en fonction de la taille des effectifs demandés.

6.5 Séminaire initial

Un séminaire d'évaluation et de formation regroupera les candidats après l'entretien.

6.5.1 Objectifs du séminaire initial

L'objectif de ce stage est triple :

- Evaluer les capacités des candidats à vivre en groupe, à travailler en équipe, à gérer le stress et l'inconnu.
- Assurer une cohésion du groupe.
- Suivre une formation commune.

6.5.2 Modalités et durée

Ce séminaire d'une durée d'une semaine comprendra une formation théorique et pratique avec une mise en condition (simulation de camps de soins humanitaires). Le coût de cette formation est estimé à 1000 euros par personne nouvellement incluse dans le GIMS. Les lieux et modalités exactes de déroulement du séminaire seront à préciser. Les jours de formation sont entièrement pris en charge par le ministère de la Santé. Durant ces journées, l'intervenant sera sous le statut décrit au paragraphe 3.1.

6.5.3 Formation dispensée

Ce séminaire permet de dispenser une formation commune à l'ensemble des personnels.

Le programme comprend :

- La place du groupe et du corps de réserve, les statuts et la protection des personnels (assurance/indemnisation), les droits et devoirs en tant que membre du groupe.
- organisation et fonctionnement du MAE et des ambassades
- Le déroulement et l'organisation des missions.
- Les risques des différentes catastrophes naturelles.
- L'articulation des missions sanitaires d'urgence avec les autres institutions françaises et européennes gouvernementales et non gouvernementales. Aspects diplomatiques des missions humanitaires. Droit humanitaire international.
- La composition des différents modules et de l'équipement individuel.

- Place et rôle des logisticiens.
- Les règles de base d'hygiène en vie collective, d'alimentation et de prévention des maladies infectieuses.
- Les règles de sécurité.
- préparation individuelle et collective au stress ; Détection et gestion du stress.
- Communication et média en situation de crise.

6.6 *Pool « chefs de mission »*

Il est validé par le groupe des sages et comprend les personnes aptes à exercer les postes d'encadrement : conseiller médical, directeur médical et chef des opérations médicales.

6.6.1 Critères de sélection :

- Médecin de SAMU avec expérience de terrain nécessaire
- Titulaire de la capacité de médecine de catastrophe
- Connaissance des acteurs nationaux et internationaux de ce type d'intervention
- Anglais courant

6.6.2 Séminaire de formation

Ce stage permet de compléter et approfondir certains points de la formation de base. Seront développés :

- Aspects politiques et diplomatiques des crises sanitaires
- Les méthodes de communication de crise auprès des médias.
- Les méthodes de dynamique de groupe.
- Gestion des relations humaines et résolution des conflits.
- Les critères de choix et besoins logistiques pour l'implantation des modules.

7 Formation continue

7.1 *Messagerie propre au groupe*

Une messagerie et/ou un site Internet permettant la communication interne au groupe sur les missions en cours, les retours d'expérience, les divers équipements devra être mise en place et animée. Cette messagerie permettra aux différents membres du groupe de pouvoir signaler tout changement quant à leur situation, moyens de communication etc.

7.2 *Séminaires de formation continue*

Des séminaires de formation continue assureront l'entretien des connaissances et la cohésion du groupe. Les retours d'expérience des missions de l'année et les nouveaux équipements et techniques y seront présentés.

La formation continue insistera tout particulièrement sur l'actualisation des connaissances des membres du GIMS sur la médecine tropicale et les maladies infectieuses.

Durant les journées de formation continue, l'intervenant sera sous le statut décrit au paragraphe 3.1.

7.3 *Stage de coopération sanitaire internationale*

Dans le cadre de la formation continue, des stages en coopération sanitaire internationale seront possibles auprès d'ONG ayant passé des conventions avec le ministère de la Santé. Ils ont pour but de mettre en situation les personnels du GIMS en dehors d'une situation d'urgence afin qu'ils puissent acquérir les connaissances indispensables à l'exercice de leur profession en zone difficile avec des professionnels aguerris.

La durée de ces missions ne devrait pas excéder 3 semaines.

Du matériel prévu pour les missions d'urgence pourra être utilisé si :

- son renouvellement immédiat est budgété ;
- un module hospitalisation, un module bloc opératoire et deux modules de base restent opérationnels.

Pour des durées de mission dépassant 3 semaines, sauf accord de la part du personnel envoyé et de son employeur, des relèves seront organisées.

L'hébergement, la logistique vie, la restauration et les moyens de transport de l'équipe partant en mission seront organisés avant le départ et pris en charge par le ministère ou l'ONG en fonction des conventions passées. Les moyens de télécommunications seront fournis par le ministère de la Santé. Le statut de l'intervenant au cours de ces stages de coopération internationale sera identique à celui des missions d'urgence.

8 Conclusion

Les demandes d'aide médicale internationale, l'assistance aux ressortissants français à l'étranger et le renfort de structures hospitalières en grande difficulté sont autant de situations de crise auxquelles le ministère de la Santé devra faire face. Fort de l'expérience des dernières missions internationales, il nous a été demandé d'étudier la création d'un groupe médical d'intervention réactif et modulable.

Les conclusions de notre travail ont démontré que le professionnalisme du personnel des SAMU-SMUR dans ces situations d'exception est indéniable. Néanmoins, afin de gagner en efficacité et d'adapter au mieux notre réponse, l'élargissement à l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales liées à l'urgence est incontournable. Cette multidisciplinarité devenant une nécessité impose une organisation préalable minutieuse.

Les personnels, tous volontaires pour rejoindre le GIMS, seront préalablement recrutés, sélectionnés et formés. Ils pourront provenir de l'ensemble des composantes médicales du pays, quelles que soient leurs services d'origine et leurs régions d'appartenance. Ceci a pour but de ne pas pénaliser la bonne marche d'une structure ou la sécurité d'un département.

Afin de faciliter la rapidité de mise en œuvre et l'adaptabilité de la réponse, le GIMS sera composé de modules d'intervention prédéfinis et complémentaires, tant par leurs effectifs que par le matériel. Cette évolution a un coût, tant humain que financier et impose, non seulement une organisation, mais aussi, une dotation spécifique en matériel rapidement projetable.

Ces éléments sont indispensables à la mise en place d'un groupe d'intervention médicale, opérationnelle et multidisciplinaire au ministère de la Santé.

9 Annexes

9.1 Liste des membres du groupe de travail

- Dr Kim An, Praticien Hospitalier, SAMU de Paris
- Dr Valérie Christophe, Praticien Hospitalier, SAMU de Haute Garonne
- Pr Louis-Michel Collet, Praticien Hospitalier, Chirurgie pédiatrique, CHRU Amiens,
- Dr Pierre Coninx, Praticien Hospitalier, SAMU des Hauts de Seine
- Pascal Fournies, Cadre IADE, SAMU des Yvelines
- Dr François Gandon, Praticien Hospitalier, SAMU des Yvelines
- Dr Bruno Gelée, Praticien Hospitalier, SAMU du Val-d'Oise
- Serge Gravelo, Cadre IADE, SAMU de Seine Saint Denis
- Brigitte Gricourt, IBODE, Chirurgie pédiatrique, CHRU Amiens
- Dr Xavier Jourdain, Praticien Hospitalier, SAMU des Yvelines
- Dr Eric Lecarpentier, Praticien Hospitalier, SAMU du Val de Marne
- Dr Bertrand Le Roux, Praticien Hospitalier, SAMU du Val de Marne
- Dr Jean-Sébastien Marx, Praticien Hospitalier, SAMU de Paris
- Patrick Maupou, Logisticien, SAMU du Val de Marne
- Dr Marc Passamar, Praticien Hospitalier, psychiatre, Albi

9.2 Liste des experts extérieurs consultés

- Mme Louise Avon, Direction de la délégation à l'action humanitaire Humanitaires, Ministère des Affaires Etrangères
- Médecins en chef Penacino et Cavallo du service de Santé des Armées
- Colonel V. Lafontaine, responsable du CPCO
- Mr Loick Barriquand, Directeur des Ressources Humaines Terrain, Médecin Sans Frontière
- Mr Richard Fradin, Chargé de programmes E.R.U., Direction des relations et des opérations internationales, Croix-Rouge Française
- Dr Françoise Boutot, Médecin anesthésiste – réanimateur, Chef de mission, Liban, juillet 2006
- Mr Stéphane Houmeau, IADE, mission Liban
- Mr Francis Di-Giorgio, société DIGI.COM
- Mr Cazenave, Télécoms sans Frontières
- Commandant Bernard Jannin, Chargé de mission e-learning, Département des relations internationales, ENSOSP
- Mr Antonio Güell, CNES - Centre National d'Etudes Spatiales

9.3 Glossaire

CICR	Comité International de la Croix Rouge.
CMP	Complément Médico Psychologique.
COM Ségur	Centre d'Opération Ministériel.
COM	Chef des Opérations Médicales.
CUMP	Cellule d'Urgence Médico Psychologique
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.
DM	Directeur Médical.
DU	Diplôme d'Université
ERE	Elément de Reconnaissance et d'Evaluation.
EVASAN	Evacuation Sanitaire
GIMS	Groupe d'Intervention du Ministère de la Santé.
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
IDE	Infirmier(e) Diplômé d'Etat
MAE	Ministère des Affaires Etrangères.
MDB	Module De Base
MSF	Médecins Sans Frontière.
NBC	Nucléaire Biologique Chimique.
NRC	Nucléaire Radiologique Chimique.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	Organisation Non Gouvernementale.
OPEX	Opérations Extérieures
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale.
SAMU	Service Médical d'Aide Urgente.
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
SRAS	Syndrôme Respiratoire Aigu Sévère
UISC	Unité d'Intervention Sécurité Civile.

9.4 Questionnaire de candidature

INTRODUCTION :

Ce questionnaire est confidentiel et a pour visée d'établir votre profil professionnel dans le cadre de futures missions gouvernementales d'aide médicale urgente et de coopération.

En remplissant ce questionnaire, vous posez votre candidature pour intégrer le GIMS

Merci d'écrire en majuscules et de vous relire avant de nous renvoyer ce questionnaire.

PHOTO

NOM : **PRENOMS**.....

PROFESSION :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : **Age :**
 Jour Mois Année

Nationalité : FRANCAISE ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous une double nationalité : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle :

Adresse complète:.....
.....

Code Postal : ☐☐☐☐☐☐ Ville.....

N° de Tél. fixe : ... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° de Tél. portable : 0 6 ☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse email :@.....

Coordonnées des personnes à prévenir :

NOM : PRENOMS.....

LIEN DE PARENTE :

N° Tél. fixe : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° Tél. portable : 0 6 ☐☐☐☐☐☐☐☐

N° Tél. travail : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse.....Ville :.....

NOM : PRENOMS.....

LIEN DE PARENTE :

N° Tél. fixe : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° Tél. portable : 0 6 ☐☐☐☐☐☐☐☐

N° Tél. travail : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse :Ville :.....

Permis de conduire : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ Permis International

N° Passeport sécurisé français...

N° Passeport biométrique français...

Date d'obtention ...

Date d'expiration...

Lieu de délivrance :

Situation familiale actuelle : Célibataire ☐ Marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐ Vie Maritale ☐

PACS ☐ Veuf (ve) ☐

Nombre d'enfants :

1er ☐ date de naissance
Nom : Prénom :

2ème ☐ date de naissance
Nom : Prénom :

3ème ☐ date de naissance
Nom : Prénom :

4ème ☐ date de naissance
Nom : Prénom :

5ème ☐ date de naissance
Nom : Prénom :

Votre Profession :

Spécialité(s).....

Lieu(x) d'exercice actuel :

DEPARTt	ETABLISSEMENT	SERVICE	FONCTION	CHEF DE SERVICE	N° TEL

s

Pour les médecins :
(joindre photocopie)

Date de la thèse
N° d'ADELI :

Pour les paramédicaux :
(joindre photocopie)

Date d'obtention du diplôme
N° ADELI:

Avez-vous des diplômes en rapport avec votre candidature : (joindre photocopie)

Lesquels :
.....
.....
.....
.....

Langues étrangères parlées :

LANGUES	FAIBLE	MOYEN	COURANT

Avez-vous effectué des rapatriements sanitaires à l'étranger?

OUI ☐ NON ☐
Si oui combien :

Avez-vous exercé à l'étranger?

OUI ☐ NON ☐

PAYS	ETABLISSEMENTS	FONCTION	DUREE

Avez-vous effectué des missions humanitaires à l'étranger?

OUI ☐ NON ☐
Si oui combien :

Pour quels organismes :

☐SAMU Mondial ☐ONG ☐CICR ☐Militaires ☐Autres

ORGANISMES	PAYS	DUREE	FONCTION

Etes-vous réserviste pour le ministère de la Défense : ☐OUI ☐NON
Etes-vous volontaire dans une autre organisation ? (ONG, SDIS...)

Quels voyages touristiques hors C.E.E avez-vous effectué d'au moins 2 semaines ces 5 dernières années :

.....
.....
.....
.....

Quels sont vos loisirs : :.....
.....
.....

Quelles sont les autres compétences que vous pourriez mettre au service de ces missions ?

.....
.....
.....

Avez-vous vécu en collectivité dans des conditions d'hébergement précaire ?

☐OUI ☐NON

si oui dans quelles circonstances :.....
.....
.....
.....
.....

Quels sont les pays dans lesquels vous n'iriez en AUCUN cas ?

.....
.....
.....
.....
.....

Je certifie exact les renseignements indiqués.

Date

Signature :