



Partie 2

Moyens et organisation du dispositif sanitaire en cas d'accident majeur ou de catastrophe

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	
		Page	0-1

1	INTRODUCTION	1-1
2	PRINCIPE D'ORGANISATION DU DISPOSITIF ORCA SANITAIRE	2-1
2.1	Introduction / généralités / définition	2-1
2.2	Missions	2-3
2.2.1	Objectifs	2-3
2.2.2	Triage	2-3
2.2.3	Traitement	2-3
2.2.4	Transport	2-3
2.2.5	Traçabilité	2-4
2.3	Cahier des charges	2-4
2.4	Ressources	2-5
2.4.1	Humaines (composition, engagement, relève)	2-5
2.4.2	Ressources matériel	2-7
3	PLANIFICATION DU SERVICE SANITAIRE ORCA	3-1
3.1	Organisation sanitaire ORCA	3-1
3.1.1	Introduction / définition / généralités	3-1
3.1.2	Formation	3-1
3.2	Service de la Santé Publique (SSP)	3-1
3.2.1	Introduction / définition	3-1
3.2.2	Missions	3-1
3.2.3	Ressources internes	3-2
3.2.4	Ressources externes	3-2
3.2.5	Formation	3-2
3.2.6	Mobilisation / engagement / acheminement	3-2
3.3	Commission pour les Mesures Sanitaires d'Urgence (CMSU)	3-2
3.3.1	Introduction / définition	3-2
3.3.2	Rôle	3-2
3.3.3	Ressources	3-2
3.4	Bureau ORCA Sanitaire (BOS)	3-3
3.4.1	Introduction / définition	3-3
3.4.2	Bases légales	3-3
3.4.3	Composition	3-3
3.4.4	Objectifs	3-3
3.4.5	Mobilisation / engagement / acheminement	3-3
3.5	Médecin MSU - ORCA	3-4
3.5.1	Introduction / définition	3-4
3.5.2	Tâches	3-4
3.6	Assurances et responsabilités légales	3-4
3.6.1	Introduction / définition	3-4
3.6.2	Personnel engagé	3-4
3.7	Formation et exercices pour intervenants	3-5
3.7.1	Introduction / définition	3-5
3.7.2	Ressources	3-5
3.7.3	Formation	3-5
4	STRUCTURE DE CONDUITE DU SERVICE SANITAIRE ORCA	4-1
4.1	Binôme de conduite ACS - MCS	4-1
4.1.1	Introduction / généralités / définitions	4-1
4.1.2	Missions	4-1
4.1.3	Ressources	4-1
4.1.4	Mobilisation / engagement / acheminement	4-1
4.1.5	Partenariat	4-2
4.2	Le poste de commandement à l'engagement sanitaire (PCE san)	4-2
4.2.1	Introduction / généralités / définitions	4-2

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	
		Page	0-2

4.2.2	Missions	4-2
4.2.3	Ressources	4-2
4.2.4	Formation	4-3
4.2.5	Mobilisation / engagement / acheminement	4-3
4.3	Centrale 144 et PCO sanitaire 144	4-4
4.3.1	Introduction / généralités / définitions	4-4
4.3.2	Missions	4-4
4.3.3	Ressources	4-4
4.4	Formation	4-5
4.4.1	Mobilisation / engagement / acheminement	4-5
4.4.2	Partenariat	4-5
4.5	Etat-major cantonal de conduite (EMCC)	4-5
4.5.1	Introduction / généralités / définitions	4-5
4.5.2	Capacité opérationnelle :	4-6
4.5.3	Prestations particulières	4-7
4.5.4	Plan d'alarme et d'engagement des moyens	4-7
4.5.5	Mise sur pied de l'EMCC	4-8
5	COMMUNICATION, INFORMATION ET COORDINATION ENTRE PARTENAIRES	5-1
5.1.1	Introduction / définition	5-1
5.1.2	Principes généraux	5-1
5.1.3	Missions générales de la communication	5-2
6	LE DÉTACHEMENT POSTE MÉDICAL AVANCÉ (DPMA)	6-1
6.1.1	Introduction	6-1
6.1.2	Ressources	6-1
6.1.3	Structure de conduite	6-2
6.1.4	Moyens de reconnaissance	6-2
6.1.5	Formation	6-2
6.1.6	Mobilisation / engagement / acheminement	6-2
6.1.7	Missions d'urgence :	6-2
6.1.8	Partenariat	6-3
6.2	Soutien sanitaire opérationnel (SSO)	6-3
6.3	Groupes d'appui des samaritains (GAS)	6-3
6.3.1	Introduction / définition	6-3
6.3.2	Missions	6-3
6.3.3	Ressources	6-3
6.3.4	Formation	6-4
6.3.5	Mobilisation / engagement / acheminement	6-4
6.3.6	Assurances	6-4
6.4	Equipes mobiles ORCA sanitaire (EMOS)-A	6-4
6.4.1	Introduction	6-4
6.4.2	Missions	6-5
6.4.3	Ressources	6-5
6.4.4	Mobilisation et engagement	6-5
6.5	Cellule psychologique	6-5
6.5.1	Introduction / définition	6-5
6.5.2	Secteurs d'intervention	6-6
6.5.3	Missions	6-6
6.5.4	Ressources	6-7
6.5.5	Mobilisation / engagement / acheminement	6-7
6.5.6	Schéma d'alarme et d'engagement.	6-8
6.6	Décontamination des personnes – Team NRC – DPMA	6-9
6.6.1	Introduction / généralités / définitions	6-9
6.6.2	Missions	6-9
6.6.3	Ressources	6-9
6.6.4	Formation	6-10
6.6.5	Mobilisation / engagement / acheminement	6-10
6.6.6	Partenariat	6-10

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	
		Page	0-3

6.7	Collaboration intercantonale et transfrontalière	6-11
6.7.1	Introduction / définition	6-11
6.7.2	Collaboration entre le Canton et la Commune de Lausanne	6-11
6.7.3	Collaboration intercantonale	6-11
6.7.4	Collaboration transfrontalière	6-11
6.8	Etablissements de soins aigus du Canton de Vaud	6-12
6.9	Introduction / généralités / définitions	6-12
6.10	Missions	6-12
6.11	Ressources	6-13
6.12	Préparation	6-13
6.13	Partenariat	6-14
7	AUTRES RESSOURCES SANITAIRES	7-1
7.1	Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA)	7-1
7.1.1	Introduction / définition	7-1
7.1.2	Objectifs	7-1
7.1.3	Missions	7-1
7.1.4	Procédure d'alarme GRIMCA	7-2
7.2	Armée (aide spontanée et aide subsidiaire)	7-3
7.2.1	Introduction / définition	7-3
7.2.2	Ressources	7-3
7.2.3	Mécanisme de la disponibilité	7-3
7.2.4	Procédure de demande pour l'aide militaire en cas de catastrophe	7-4
7.2.5	Schéma de demande d'engagement subsidiaire de l'Armée	7-4
7.2.6	Processus sanitaire	7-5
7.3	Civils (aide spontanée)	7-6
7.3.1	Introduction / définition	7-6
7.3.2	Type d'aide	7-6
7.3.3	Mobilisation / engagement / acheminement	7-6
7.3.4	Problèmes liés à l'aide spontanée :	7-7
8	CONSTRUCTIONS SANITAIRES PROTÉGÉES	8-1
8.1.1	Introduction / définition	8-1
8.1.2	Hôpitaux protégés "actifs"	8-1
8.1.3	Centres sanitaire protégés "actifs"	8-1
8.1.4	Plan d'alarme	8-3
8.1.5	Entretien et approvisionnement en oxygène	8-5
8.1.6	Critères d'exigences pour les constructions "actives"	8-5
8.1.7	Hôpitaux et centres sanitaires protégés "inactifs"	8-5
8.1.8	Listes des hôpitaux et centre sanitaires protégés "inactifs"	8-6
8.1.9	Bases légales	8-6
9	GLOSSAIRE	9-1
10	ANNEXES	10-1
	Annexe 1 : Schéma de montée en puissance	
	Annexe 2 : Chasubles du dispositif cantonal	
	Annexe 3 : Cahier des charges ACS - MCS	
	Annexe 4 : Inventaire matériel du VSS	
	Annexe 5 : Plan oxygène	
	Annexe 6 : Le profil des représentants de la santé publique dans l'EMCC	

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	1
			Page	1-1

1 INTRODUCTION

Ce document fait suite à la première partie du dossier sanitaire ORCA qui présentait l'organisation des secours du canton de Vaud en cas d'accident majeur ou de catastrophe. Dans ce dossier était également présentées les bases légales sur lesquelles les structures sont fondées.

Cette deuxième partie présente les structures liées à la planification ainsi que les moyens sanitaires opérationnels engagés en cas d'événements majeurs ou de catastrophe. Trait d'union entre les grands principes du service sanitaire ORCA et les plans d'intervention, le présent volet amène le lecteur à une meilleure compréhension de l'organisation du dispositif sanitaire et des liens de collaboration unissant les différentes entités autour de l'organe cantonal compétent en matière de santé publique.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	2
		Page	2-1

2 PRINCIPE D'ORGANISATION DU DISPOSITIF ORCA SANITAIRE

2.1 INTRODUCTION / GÉNÉRALITÉS / DÉFINITION :

Les forces d'intervention sanitaires en cas de catastrophe ou d'accident majeur sont engagées selon un principe de montée en puissance (cf annexe 1 : schéma de montée en puissance). La première vague est constituée des moyens d'intervention du quotidien (ambulances, SMUR, hélicoptère médicalisé), alors que la seconde se compose de ressources opérationnelles spécifiques et d'éléments de conduite (binôme ACS - MCS, DPMA, GAS, EMOS, GRIMCA, autres forces sanitaires de circonstance).

La 1ère équipe sanitaire arrivant sur site doit :

- Faire un premier bilan provisoire et en informer la Centrale 144.
- Organiser la place sinistrée (sécurité, sectorisation, norias, point de contact, briefing partenaires, etc).
- Informer régulièrement la Centrale 144 de la situation sur le site.
- Demander les renforts nécessaires de manière préventive.
- Prendre les mesures d'urgence (pré-triage, point de rassemblement des victimes « PRV », 1ères évacuations si nécessaire, orienter les renforts, etc).

Un ambulancier de cette 1^{ère} équipe endosse la fonction de chef d'intervention sanitaire (ambulancier leader) et prend les premières mesures citées plus haut. Le point de contact des forces sanitaires est matérialisé par un Triopan® et un flasher vert présent dans le SMUR.



	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	2
			Page	2-2

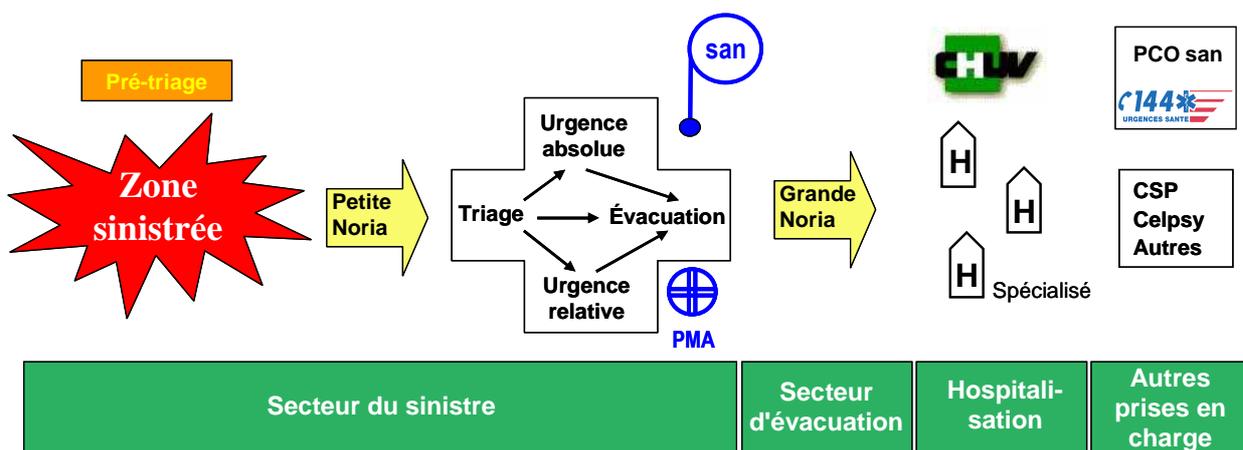
L'ambulancier leader remet ensuite la conduite opérationnelle au binôme de conduite ACS - MCS dès son arrivée sur le site. Ce dernier a autorité pour mobiliser les moyens sanitaires nécessaires, donner les ordres de mission et diriger les opérations sanitaires.



Binôme de conduite sanitaire ACS / MCS et les partenaires des services police et sapeur-pompier

Le schéma de principe de l'organisation du service sanitaire en cas de catastrophe est présenté ci-dessous:

Organisation du dispositif sanitaire en cas de catastrophe



Réf. : Directives IAS concernant l'organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe, 02.12.06

- CSP : Constructions sanitaires protégées PCi
- Celpsy : Cellule psychologique
- PCO san : Poste de commandement des opérations sanitaires

	DOSSIER SANITAIRE	
	État	01.09.2012
	Chapitre	2
	Page	2-3

Les fonctions clés suivantes du dispositif sanitaire sont identifiées au moyen de chasubles spécifiques (cf. annexe 2 : chasubles du dispositif cantonal) :

- Médecin chef des secours (MCS)
- Ambulancier chef des secours (ACS)
- Ambulancier leader
- Ambulancier pré-trieur
- EVASAN (évacuations sanitaires)
- Médecin chef PMA (poste médical avancé)
- Chef PMA

2.2 MISSIONS

2.2.1 Objectifs :

- Créer les conditions-cadres pour assurer la sécurité des intervenants.
- Coordonner l'action globale des moyens sanitaires.
- Assurer la coordination avec les autres partenaires de la Protection de la Population.
- Assurer au plus grand nombre d'impliqués le meilleur taux de survie.

2.2.2 Triage :

Le triage s'effectue en deux phases, une phase initiale de pré-triage consistant à identifier rapidement les patients en danger de mort et de leur attribuer les premières équipes d'intervention (étiquette jaune « urgent » de la fiche SAP). Cette phase détermine les priorités de la petite Noria. La deuxième phase à l'entrée du PMA, consiste en un triage médical. Ce triage a pour but de déterminer les priorités d'accès aux soins et à l'évacuation. Il s'effectue par un classement en 5 catégories (I = traitement immédiat sur place / IIa = transport le plus rapidement possible / IIb = transport de seconde priorité / III = « peut attendre » / IV = au-delà des ressources thérapeutiques disponibles du moment). Pré-triage et triage médical sont des processus évolutifs.

2.2.3 Traitement :

Le PMA est constitué d'une structure d'accueil pour les différentes catégories, I (rouge), II (jaune) et III (vert) en fonction de la gravité des pathologies. Les soins au PMA sont limités aux interventions d'urgence dans l'attente d'une prise en charge hospitalière. Toutefois, certains soins peuvent être pratiqués au PMA afin de ne pas surcharger les structures hospitalières.

2.2.4 Transport :

Le transport est organisé de manière à évacuer en premier les patients les plus gravement atteints au moyen de vecteurs appropriés. L'établissement de soins de destination doit être à même de traiter la lésion la plus grave. Pour les impliqués qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, ils sont rassemblés à un PRV (point de rassemblement des victimes) et évalués médicalement.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	2
		Page	2-4

2.2.5 Traçabilité :

Chaque impliqué (blessé ou indemne) reçoit une fiche SAP (système d'acheminement de patients, cf. images ci-dessous), identifiée par un numéro unique et éventuellement le canton d'origine. Le secrétariat du PMA tient une liste des patients y rentrant et en sortant. Le binôme ACS - MCS répertorie les évacuations.



En aucun cas l'évacuation des patients gravement atteints ne doit être retardée par la mise en fonction du PMA si les vecteurs de transport appropriés sont disponibles. Le chef PMA privilégiera des structures en dur pour son dispositif plutôt que des tentes.

Les patients décédés sur site ne seront en principe pas déplacés pour les besoins de l'enquête judiciaire. Dans le cas contraire, ils seront réunis au poste collecteur des cadavres, à l'abri des regards et sous surveillance. Les personnes qui présentent des troubles psychiques sont orientées vers la cellule psychologique.

Le binôme ACS - MCS est responsable de la conduite des forces sanitaires mobilisées pour l'événement. Il est l'interlocuteur privilégié des autres partenaires engagés. A ce titre, il représente le dispositif sanitaire lors des rapports d'état-major. Par principe, il se trouve au PCE sanitaire ou à proximité. En fonction du contexte, il peut être amené à se scinder.

2.3 CAHIER DES CHARGES :

Le descriptif des actions de chaque fonction-clé engagée dans le dispositif sanitaire est disponible sous l'annexe 3 : cahier des charges ACS - MCS, ambulanciers leader et pré-trieur, chef des évacuations sanitaires, médecin-chef PMA, chef PMA, EMOS.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	
	État	01.09.2012
	Chapitre	2
	Page	2-5

2.4 RESSOURCES

2.4.1 Humaines (composition, engagement, relève) :

Les forces sanitaires professionnelles préhospitalières sont alarmées par la Centrale 144. Elles sont constituées de médecins, infirmiers/ères spécialisés/es, d'ambulanciers/ères et techniciens/ennes ambulanciers/ères.

Les renforts préhospitaliers sont principalement représentés par le DPMA (cf. chapitre 6 « Le Détachement Poste Médical Avancé ») et les GAS (cf. sous-chapitre 6.3 « Groupes d'Appui Samaritains »). Ces deux entités sont également alarmées par la Centrale 144.

Exceptionnellement pour une intervention de longue durée, les ressources peuvent être complétées pas des étudiants en médecine, en soins infirmiers ou en soins ambulanciers.

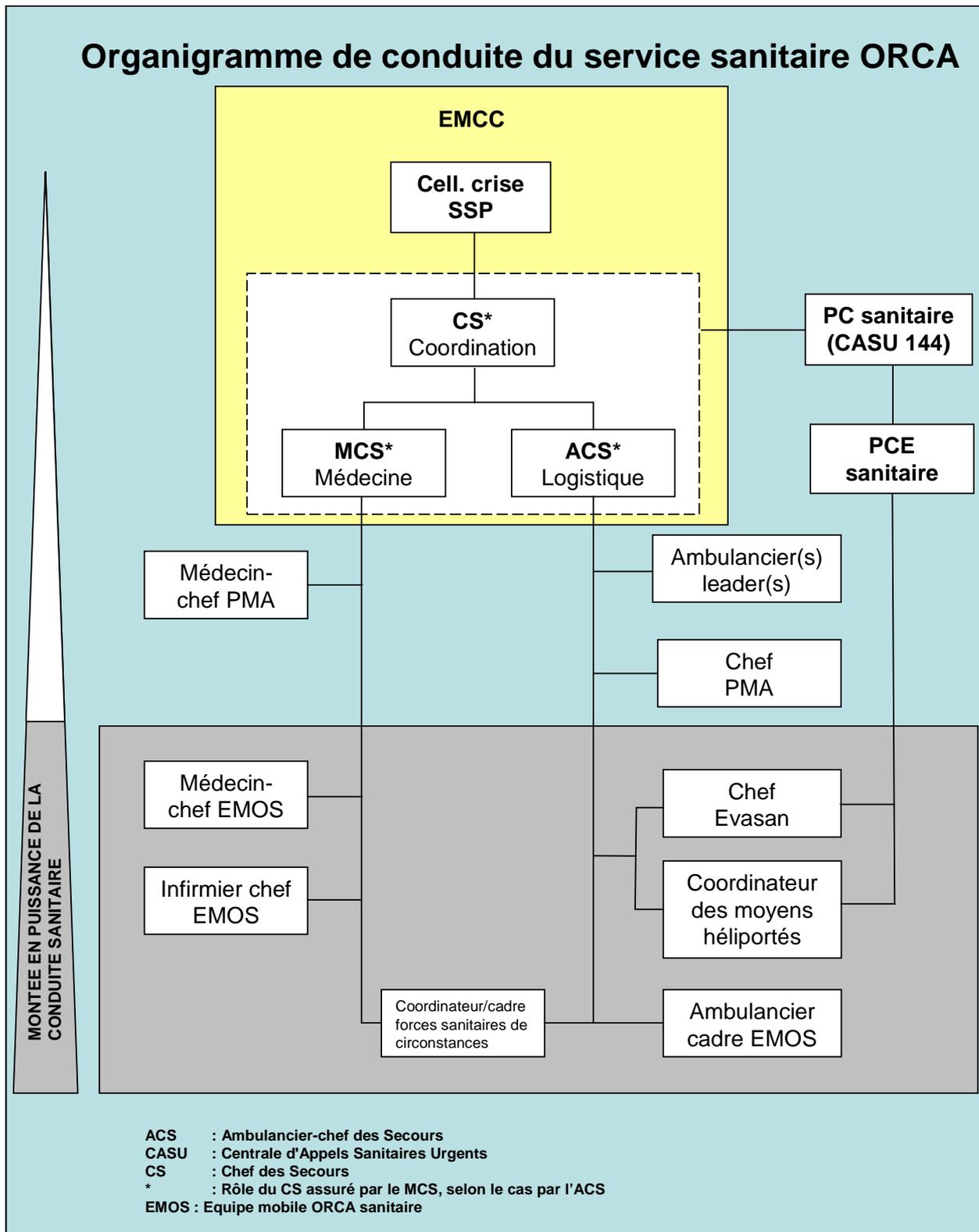
Les ressources humaines du dispositif sanitaire sont réparties dans les entités suivantes :

- Les ambulances
- Les SMUR
- Les REMU (renfort médical urgent)
- Les hélicoptères médicalisés
- Le PMA
- Les EMOS-A (techniciens/ennes ambulanciers/ères, ambulanciers/ères)

Les relèves sont organisées par les responsables de chaque entité, en coordination avec le binôme ACS - MCS.

	DOSSIER SANITAIRE	
	État	01.09.2012
	Chapitre	2
	Page	2-6

L'organigramme de conduite du service sanitaire ORCA s'articule de la manière suivante :



	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	2
		Page	2-7

2.4.2 Ressources matériel :

Il convient de distinguer les vecteurs de transport de patients et les véhicules utilitaires.

Vecteurs de transport de patients

- Ambulances et véhicules de tout type.
- Hélicoptères civils et/ou militaires, médicalisés ou non.

Véhicules sanitaires

- SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).
- Véhicule du groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux (GRIMP).
- VSS (Véhicules de Soutien Sanitaire).
- PC sanitaire ORCA (Poste de Commandement à l'Engagement sanitaire).
- Véhicule de service de l'ACS
- Véhicule de transport de personnes du PMA

Autres

Lots sanitaires spécifiques ORCA (disponibles à St-Croix, Le Sentier et Château-d'Oex) composé d'un sac de pré-triage, d'un sac d'immobilisation avec deux planches, d'un sac d'oxygène avec rampe et d'une tente gonflable de 16 m².



	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	2
			Page	2-8

Formation

Les formations de base et continue des intervenants sanitaires sont déterminées par le titre professionnel respectif de chacun ou par sa spécialisation.

L'ACS et le MCS doivent être au bénéfice du cours CEFOCA module II et III, être titulaires du certificat d'ambulancier/médecin chef des secours. En outre, ils sont tenus d'acquérir 50 points crédit de formation continue sur cinq ans.

La formation des intervenants au PMA est décrite au sous-chapitre 6.1.5.

Les GAS, quant à eux, bénéficient d'une formation spécifique au fonctionnement du PMA en plus de l'instruction de base des samaritains (cf. sous-chapitre 6.3.4).

Mobilisation / engagement / acheminement

Les schémas d'alarme et d'engagement des moyens sanitaires ordinaires reposent sur des processus spécifiques appliqués par la Centrale 144. La décision de mobiliser massivement des ressources sanitaires complémentaires est de la compétence du binôme ACS - MCS. Ce dernier assure un piquet contraignant. Il est alarmé par la Centrale 144.

Les forces sanitaires appelées à intervenir se déplacent avec leurs véhicules de service et rejoignent la ou les zone/s d'attente définie/s par l'ambulancier leader ou l'ACS - MCS. Le personnel rejoint ensuite le point de contact (Triopan® et flasher vert). Les voies d'accès et, par extension, les petite et grande norias, sont déterminées en collaboration avec les forces de l'ordre. Les ordres de missions doivent se prendre auprès de l'ACS - MCS.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	3
		Page	3-1

3 PLANIFICATION DU SERVICE SANITAIRE ORCA

3.1 ORGANISATION SANITAIRE ORCA

3.1.1 Introduction / définition / généralités

La Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) a passé un accord en décembre 2001 avec l'IAS (Interassociation de Sauvetage). Par cet accord, la CDS charge l'IAS d'émettre des critères de qualité dans le domaine préhospitalier.

L'IAS a émis en 2006 des directives concernant l'organisation des services ORCA sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe. Selon ces directives, l'accident majeur se définit par un événement qui requiert un soutien extérieur aux ressources locales ainsi que la collaboration de plusieurs partenaires pour faire face à la situation. Il y a inadéquation des moyens d'intervention locaux par rapport aux moyens nécessaires pour faire face à l'événement. Un événement majeur confronte les services de sauvetage et les hôpitaux à des problèmes qui dépassent le cadre des interventions dites « ordinaires » et qui ne peuvent être maîtrisés que moyennant la coopération et la coordination des différents niveaux opérationnels cantonaux, intercantonaux voire internationaux.

Fondé sur ces directives, le Service de la santé publique a défini un dispositif sanitaire particulier, définissant les organes de conduite et les missions des différents partenaires. Ce dispositif est intégré dans les structures du plan ORCA. Cette structure modulaire est susceptible de déclencher une montée en puissance des moyens opérationnels permettant d'intégrer les ressources professionnelles qualifiées déjà installées dans le canton.

3.1.2 Formation

Des cours de formation et d'entraînement communs doivent être mis en place, afin de garantir un fonctionnement sans faille de la coopération avec les partenaires impliqués dans la première phase d'intervention (police, sapeurs-pompiers, services techniques voire PCi).

A cette fin, diverses formations sont susceptibles d'être suivies par les membres des différentes entités pouvant être engagées sur un lieu de catastrophe.

- Formation de base des intervenants du service sanitaire ORCA
- Formation continue des intervenants du service sanitaire ORCA
- Formation de base et continue à l'échelon Protection de la Population

3.2 SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (SSP)

3.2.1 Introduction / définition

Au sens de la LSP, le SSP fixe le cadre général et les conditions de fonctionnement de la chaîne des urgences. Cette disposition générale concerne autant le dispositif quotidien que la montée en puissance des moyens en cas d'événement majeur ou de catastrophe.

Les tâches du SSP, définies dans le règlement sur le service sanitaire en cas de catastrophe d'avril 2008 (510.21.5, c.f dossier sanitaire ORCA partie I), sont de la compétence de la division du médecin cantonal au sein de laquelle les Mesures Sanitaires d'Urgence (MSU) assument l'état de préparation du service sanitaire ORCA.

En cas d'engagement, le SSP met en place une cellule intitulée « cellule de crise sanitaire » dont la conduite est assurée par le médecin cantonal ou par un de ses adjoints. La composition de cette cellule, qui peut faire appel à des spécialistes, dépendra de la nature de l'événement.

3.2.2 Missions

Dans le cadre du plan ORCA, le service en charge de la santé publique doit :

- Veiller au bon fonctionnement du service sanitaire.
- Déléguer un représentant sanitaire à l'Etat-major cantonal de conduite.
- Organiser la formation et des exercices pour les intervenants sanitaires.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	3
		Page	3-2

- S'assurer que les établissements sanitaires désignés mettent en place un dispositif permettant de répondre à une situation de crise sur le plan sanitaire.
- Participer au financement du dispositif sanitaire cantonal.

3.2.3 Ressources internes

Cadres du service de la santé publique désignés par le chef du DSAS.

3.2.4 Ressources externes

Spécialistes désignés et recrutés par le médecin cantonal.

3.2.5 Formation

- Formation de base de la protection de la population.
- Cours CEFOCA.
- Formation continue spécifique.
- Organisation de débriefing.
- Participation aux arbitrages et exercices catastrophes.

3.2.6 Mobilisation / engagement / acheminement

En cas d'événements majeur ou de catastrophe, le SSP délègue le médecin cantonal ou un de ses adjoints, selon le type d'événement, pour représenter le partenaire sanitaire au sein de l'EMCC.

Le piquet de la Cellule de crise sanitaire du SSP est engagé par la Centrale 144. Selon la nature de l'événement, il prend les mesures nécessaires et adéquates afin de répondre le mieux possible aux besoins sanitaires. Il informe sans délai sa hiérarchie de la situation et des mesures prises. La cellule de crise sanitaire représente l'Autorité de la santé publique auprès des organes de conduite.

3.3 COMMISSION POUR LES MESURES SANITAIRES D'URGENCE (CMSU)

3.3.1 Introduction / définition

L'**Art.13 e à g** de la LSP (loi sur la santé publique de mai 1985) définit la composition et le rôle de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU). La CMSU est composée de représentants des services hospitaliers et préhospitaliers d'urgence et des services de l'administration concernés. Elle n'a pas de compétence et de mission de conduite. Ses membres sont désignés par le Conseil d'Etat.

3.3.2 Rôle

La CMSU est une commission consultative et de préavis dans les domaines suivants :

- Evaluation des besoins en matière de prise en charge des urgences préhospitalières.
- Coordination de l'activité des services de prise en charge des urgences préhospitalières.
- Aménagement et développement du dispositif de prise en charge des urgences préhospitalières.
- Décisions relatives aux autorisations d'exploiter et de diriger sous réserve des compétences du Conseil de Santé et la Commission d'Examen des plaintes.
- Fixation des niveaux de formation des intervenants préhospitaliers.
- Dispositions à prendre en cas d'événement majeur ou de catastrophe.
- Collaboration intercantonale et transfrontalière.

3.3.3 Ressources

La CMSU est constituée de différents groupes de travail ou sous-commissions thématiques, tel que le BOS (Bureau ORCA Sanitaire)

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	3
		Page	3-3

3.4 BUREAU ORCA SANITAIRE (BOS)

3.4.1 Introduction / définition

Un bureau permanent intitulé « Bureau ORCA Sanitaire » (BOS) a pour but d'effectuer les nombreux et importants travaux d'organisation sanitaire du plan catastrophe vaudois (ORCA).

Le BOS est constitué de membres de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence (CMSU) et de partenaires sanitaires de l'organisation catastrophe. Il est complété par un représentant du Service de la sécurité civile et militaire (SSCM), service responsable du plan ORCA. Il est compétent pour prendre des décisions et permettre ainsi d'arrêter rapidement des options organisationnelles.

Ce bureau représente la plateforme de discussion sur tous les aspects liés au service sanitaire ORCA. Il est l'organe de planification du service sanitaire ORCA et préavise, pour la CMSU, sur les aspects liés au service sanitaire ORCA. Il rend compte de ses travaux à la CMSU dont il dépend.

Ses membres peuvent en tout temps associer aux travaux du BOS un collaborateur ou collègue de leur structure, en fonction des points portés à l'ordre du jour.

3.4.2 Bases légales

- Loi sur la santé publique (LSP, 800.01) de mai 1985.
- Loi fédérale sur la protection de la population et de la protection civile (LPPCi, 520.1) d'octobre 2002.
- Loi sur la protection de la population (LproP, 510.11) de novembre 2004.
- Règlement sur l'organisation et la coordination des secours en cas d'accident majeur ou de catastrophe (RORCA, 510.21.1) de juillet 2006.

3.4.3 Composition

- Le médecin responsable ORCA.
- Un représentant des Mesures sanitaires d'urgence du Service de la santé publique (MSU – SSP).
- Un représentant du Service des urgences du CHUV (URG – CHUV).
- Le responsable du groupe des MCS.
- Le responsable du groupe des ACS.
- Un représentant du Détachement Poste Médical Avancé DPMA.
- Un représentant de la Centrale 144.
- Un représentant du SSCM.

3.4.4 Objectifs

- Tenir à jour le dossier sanitaire ORCA.
- Emettre et faire valider toute proposition d'adaptation du dispositif (organisationnelle et opérationnelle).
- Etablir en fin d'année un rapport d'activité et une liste des objectifs prioritaires à traiter pour l'année suivante et la faire valider par la CMSU.
- Préaviser la CMSU sur tous les aspects liés au service sanitaire ORCA (dispositifs préventifs, exercices).

3.4.5 Mobilisation / engagement / acheminement

- Le BOS n'a pas de mission en cas d'engagement ORCA.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	3
			Page	3-4

3.5 MÉDECIN MSU – ORCA

3.5.1 Introduction / définition

Le médecin MSU-ORCA est le médecin-conseil des Mesures sanitaires d'urgence de la division du Médecin cantonal.

Ses missions générales sont :

- Assurer le rôle de médecin conseil pour les Mesures sanitaires d'urgences relevant du Service de la santé Publique.
- Assurer l'organisation du service sanitaire ORCA et le rendre opérationnel en tout temps.
- Participe à la formation du personnel sanitaire impliqué dans le plan sanitaire ORCA.
- Appuyer, en cas d'engagement, le médecin cantonal ou les autres organes de conduites.

3.5.2 Tâches

- Se tient à jour en permanence de la situation dans le domaine sanitaire en matière de distribution et de fonctionnalité des infrastructures sanitaires cantonales, mais également extra-cantonales et fédérales, susceptibles d'être mises en des en situation d'accident majeur ou de catastrophe.
- Apprécie en permanence et en collaboration avec les partenaires du dispositif ORCA, l'état et le degré de préparation à l'engagement des divers organismes et partenaires du service sanitaire, ainsi que les équipements.
- S'assure en permanence de l'état et du degré de préparation à l'engagement des médecins et du personnel du service sanitaire pouvant intervenir en cas de déclenchement du dispositif sanitaire.
- Représente le service sanitaire ORCA / Protection de la population dans divers groupes de travail, sur délégation du Médecin cantonal et/ou du Service de la santé publique.
- Représente le service sanitaire au sein des EM concernés, délégué par le Médecin cantonal.
- Participe au bureau ORCA sanitaire.
- Procède à la mise à jour du dispositif sanitaire par l'acquisition d'équipements ou à la refonte partielle ou globale des plans d'intervention sanitaire ORCA / Protection de la population, validées par le bureau ORCA sanitaire.
- Planifie et propose des mesures à prendre en cas d'engagement.
- Organise, en collaboration avec le CEFOCA du CHUV, la formation de base, la formation continue et le perfectionnement des cadres sanitaires. Il coordonne cette formation avec les exercices qu'il doit organiser sur la base des directives de la CMSU ou du bureau ORCA sanitaire, et/ou en collaboration avec l'EMCC.
- Etablit chaque année un inventaire des objectifs à atteindre sur proposition soit de la CMSU soit du bureau ORCA sanitaire et en fin de chaque année, un rapport d'activités succinct au sujet des mesures prises pour le service sanitaire.
- Etablit chaque année, afin d'être présentée à la CMSU, la liste des manifestations importantes impliquant des mesures sanitaires spécifiques Protection de la population.

3.6 ASSURANCES ET RESPONSABILITÉS LÉGALES

3.6.1 Introduction / définition

Dans le cadre prévu par la loi, plusieurs catégories de personnes physiques ou morales peuvent être amenées à collaborer au cours d'un événement grave ou d'une catastrophe. On distingue les professionnels engagés (indépendants ou non), les non professionnels engagés et les volontaires.

3.6.2 Personnel engagé

Tout intervenant sanitaire est en principe assuré par la structure à laquelle il appartient. Toutefois, pour les cas particuliers, les personnes engagées par les organes de conduite de l'organisation de catastrophe seront assurées en responsabilité civile et accident par l'Etat.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	3
			Page	3-5

3.7 FORMATION ET EXERCICES POUR INTERVENANTS

3.7.1 Introduction / définition

Le CODIR ORCA est chargé de planifier des exercices périodiques de formation et d'instruction dont l'organisation est confiée au service en charge de la protection de la population. Les coûts des exercices ordonnés par le CODIR ORCA font l'objet d'une rubrique dans le budget ordinaire du service en charge de la protection de la population.

De son côté, le Service de la santé publique s'assure de l'état de préparation des différents partenaires sanitaires et organise des exercices et la formation des intervenants sanitaires sur préavis de la CMSU et en collaboration avec le CODIR ORCA.

3.7.2 Ressources

- Tous les partenaires cantonaux.
- Moyens sanitaires des cantons de la Suisse romande.
- Moyens humains et matériels de l'armée (subsidiarité voire aide spontanée).

3.7.3 Formation

Le CEFOCA est un centre de formation mis en place par le Service des Urgences du CHUV à Lausanne (URG-CHUV). Son enseignement est dédié aux professionnels de la santé, en particulier les médecins, les ambulanciers et le personnel infirmier. L'ensemble de la formation dispensée constitue une base de connaissances solides en médecine de catastrophe pour les professionnels impliqués au niveau national ou lors de missions internationales.

Le programme de formation est constitué de 6 modules :

- Principes de médecine de catastrophe (risques, concepts d'intervention, terminologie).
- Catastrophe à effets limités (accident majeur) – cours pour professionnels de la chaîne des urgences.
- Catastrophe à effets limités (accident majeur) – cours de conduite pour médecins chefs des secours (MCS) et ambulanciers chefs des secours (ACS).
- Catastrophes majeures dans les pays industrialisés.
- Catastrophes humanitaires complexes.
- Catastrophes : planification hospitalière.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	4
		Page	4-1

4 STRUCTURE DE CONDUITE DU SERVICE SANITAIRE ORCA

4.1 BINÔME DE CONDUITE ACS - MCS

4.1.1 Introduction / généralités / définitions

Le binôme Ambulancier Chef des Secours (ACS) et Médecin Chef des Secours (MCS) assure la conduite du dispositif sanitaire. Il assure la fonction de Chef des Secours (CS), telle que décrite dans le document « Organisation des secours en cas de catastrophe », IAS 2006.

Il représente l'Autorité sanitaire sur le lieu du sinistre. A ce titre, il collabore étroitement avec les divers partenaires impliqués.

Il répond, sur le site, à l'ensemble des besoins organisationnels et médicaux d'une situation sanitaire exceptionnelle ou particulière.

4.1.2 Missions

Le binôme ACS - MCS assure les missions suivantes sur le lieu du sinistre :

- Conduite sanitaire.
- Responsabilité médicale et organisationnelle.
- Coordination avec les partenaires (représentation du domaine sanitaire au PCE).
- Centralisation des informations sanitaires (renseignements – informations) et transmission à la Centrale 144.
- Centralisation des demandes de moyens sanitaires supplémentaires via la Centrale 144.

4.1.3 Ressources

Le binôme ACS - MCS est assuré par un piquet contraignant 24h/24h, 365 jours par an.

Logistique :

Durant leur piquet, pour assurer leur mission, les ACS utilisent le véhicule de fonction prioritaire banalisé dédié (marquage magnétique). Ce dernier contient divers documents d'aide à la conduite, un Triopan® vert « point de rassemblement des moyens sanitaires » et le matériel d'identification nécessaire. Les moyens de transmission usuels équipent le véhicule.

Les MCS ont la possibilité de faire équiper leur véhicule privé de moyens prioritaires amovibles. Le MCS de garde est équipé d'un sac contenant son matériel d'identification et d'aide à la conduite.

Organigramme et conduite :

Le binôme est subordonné au :

- Médecin cantonal (planification et préparation), pour les aspects médicaux.
- Médecin responsable ORCA (planification et préparation), pour les aspects organisationnels.
- Chef EMCC, respectivement Chef EM DIAM (coordination), pour les aspects organisationnels.

Moyens de reconnaissance :

Le binôme ACS - MCS est identifié au moyen de chasubles bleues à damiers. La fonction est clairement visible.

4.1.4 Mobilisation / engagement / acheminement

Le binôme ACS - MCS est engagé par la Centrale 144 :

- dès 10 victimes et plus
- dès 5 moyens de sauvetage engagés sur le même site
- lors de situation particulière (intervention à caractère NRBCE, prise d'otages, etc.)

En cas de doute, la Centrale 144 informera le binôme ACS - MCS.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	
	État	01.09.2012
	Chapitre	4
	Page	4-2

L'engagement de moyens concernés par la montée en puissance sanitaire (DPMA, GAS, etc.) ne peut se faire sans l'aval du binôme ACS - MCS.

Dans tous les cas, un contact tripartite ACS, MCS et Centrale 144 sera établi afin de définir la stratégie de déplacement du binôme de conduite (proximité / pertinence)

Le binôme ACS - MCS est seul compétent pour annuler son engagement.

4.1.5 Partenariat

Convention et financement :

- Les modalités de financement de la fonction ACS sont régies par une convention entre le SSP et le SPSL.
- Les modalités de financement de la fonction MCS sont régies par une convention entre le SSP et le CHUV.

4.2 LE POSTE DE COMMANDEMENT À L'ENGAGEMENT SANITAIRE (PCE SAN)

4.2.1 Introduction / généralités / définitions

Le Poste de Commandement à l'Engagement sanitaire (PCE san) est un véhicule spécifique servant d'outil d'aide à la conduite à disposition du binôme ACS - MCS sur le site d'un événement majeur. Le PCE sanitaire est engagé systématiquement lors de l'engagement du DPMA.

Le PCE san doit se trouver au même endroit que les PCE des autres partenaires impliqués (police, pompiers), voire intégrer le PCE ORCA si ce dernier est mis sur pied. Si des locaux plus adéquats sont disponibles, il est possible que le véhicule ne soit pas directement exploité.

4.2.2 Missions

Objectifs :

- Etre un outil de gestion et de communication à disposition des moyens de conduite sanitaires, MCS - ACS.
- Recenser et tenir à jour les informations (événement, croquis, moyens engagés, nombre de blessés, lieu d'évacuation, etc).
- Etre en contact permanent avec les autres PCE du site et avec la Centrale 144.

4.2.3 Ressources

Humaines (composition, engagement, relève) :

- Le PCE est desservi par du personnel du DPMA (voir chapitre 6)
- La Centrale 144 de la Fondation Urgences Santé (FUS) délègue un régulateur sanitaire professionnel.

Logistique (équipement, matériel, photos, rétablissement) :

- Le véhicule est équipé des moyens prioritaires usuels. Un flasher vert, situé sur le toit du véhicule permet de signaler son emplacement.
- La cellule arrière est constituée d'une console technique comportant les radios, les lignes téléphoniques et le combiné imprimante / fax, les radios portatives.
- Une table, deux bancs et l'équipement technique supplémentaire prennent place à l'arrière, dans des logements spécifiques.
- Une tente à gonflage rapide (4m x 4m), des panneaux de gestion pré-imprimés et des tableaux de conduite prennent place dans l'espace restant.

Organigramme et conduite :

- Les personnes œuvrant au sein du PCE san sont subordonnées au binôme ACS - MCS
- Il n'y a pas de hiérarchisation en fonction de la provenance (DPMA ou Centrale 144), mais une collaboration permettant d'utiliser au mieux les compétences de chacun.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	4
		Page	4-3

Moyens de reconnaissance :

- Le personnel du DPMA et le personnel de la Centrale 144 sont reconnaissables à leurs uniformes et chasubles respectifs.

4.2.4 Formation

Pré-requis :

- Personnel DPMA : aisance avec les outils techniques et informatiques. Avoir suivi les deux modules d'aide à la conduite organisés par la Division Sécurité Civile du Service Protection et Sauvetage de Lausanne.
- Personnel 144 : être employé à la Centrale 144 du canton de Vaud et répondre aux conditions spécifiques requises pour cette fonction (capacité à travailler en mode « dégradé », au moyen des outils à disposition, parfaite connaissance du dispositif ORCA).

De base :

- Personnel DPMA : formation technique sur le véhicule, modules 1 et 2 d'aide à la conduite, stages pratiques.
- Personnel 144 : modules CEFOCA 1 et 2, modules 1 et 2 d'aide à la conduite.

Continue :

- Personnel DPMA : exercices dans le cadre de la formation du DPMA, stages pratiques.
- Personnel 144 : formation continue mise en place pour les régulateurs et plus spécifiquement pour cette fonction, exercices internes.

4.2.5 Mobilisation / engagement / acheminement

Responsables engagement :

- L'engagement se fait sur ordre du binôme de conduite MCS - ACS.

Permanence :

- Personnel DPMA : piquet non contraignant, assuré 24h/24, 365j/an.
- Personnel 144 : départ possible au maximum dans l'heure.

Schéma d'alarme / lieux de rassemblement :

- Personnel DPMA : alarmé lors de l'alarme d'un groupe ou de tout le personnel DPMA. Le déclenchement de l'alarme est effectué par la Centrale 144 sur ordre du MCS/ACS. Le personnel se rend directement sur les lieux ou agit selon les consignes du message d'alarme.
- Personnel 144 : alarmé dans le cadre du renfort interne de la Centrale en cas d'événement majeur dès l'alarme du MCS - ACS. Le point de rassemblement pourrait être la Centrale 144 ou directement sur site, voire tout autre lieu selon l'événement survenu.

Moyens de transport :

- Le PCE san est acheminé sur site par le personnel du DPMA.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	4
			Page	4-4

4.3 CENTRALE 144 ET PCO SANITAIRE 144

4.3.1 Introduction / généralités / définitions

La Fondation Urgences Santé (FUS), regroupant la Centrale d'Appels Sanitaires Urgents (CASU) du 144 et la Centrale Téléphonique des Médecins de Garde (CTMG), traite quotidiennement tous les appels urgents sanitaires du canton de Vaud. En cas de montée en puissance, ces Centrales, étant parmi les premières informées et sollicitées, sont organisées pour se renforcer en places de travail (régulation), en personnel et en cadres afin de pouvoir répondre aux différentes demandes liées à un événement grave, voire à une catastrophe, et exploiter une base arrière (PCO sanitaire 144). Cette base arrière se situe dans une pièce équipée en conséquence à proximité de la CASU 144.

4.3.2 Missions

Objectifs :

- Déléguer, sur demande du médecin cantonal, un membre au PCO ORCA.
- Engager des moyens exceptionnels en cas d'accident majeur ou de catastrophe.
- Soutenir les intervenants par la mobilisation de ressources supplémentaires du 2^{ème} et 3^{ème} échelon (GAS, EMOS).
- Transmettre les informations aux hôpitaux et recenser leurs disponibilités.
- Gérer les informations (journal des opérations, liste des patients et de leur destination).
- Transmettre les informations aux Centrales partenaires (autres Centrales 144 selon la procédure GRIMCA, 117, 118, etc), ainsi que rechercher les informations auprès des partenaires.
- Mettre à disposition des locaux pour un Etat-major sanitaire (EM san).
- Rechercher et transmettre les informations.

4.3.3 Ressources

Humaines :

- Les premières mesures sont prises par le personnel de la FUS présent en Centrale (professionnels de la santé formés comme régulateurs sanitaires).
- Le renfort des Centrales par des régulateurs sanitaires est soumis à la décision du cadre de piquet de la FUS dès l'engagement du binôme de conduite MCS - ACS, mais systématique dès l'échelon suivant, soit dès l'engagement des moyens exceptionnels. Le personnel de l'administration peut également être sollicité.
- La relève du personnel est organisée sous supervision du chef PCO sanitaire 144.

Logistique :

- Le PCO sanitaire 144 est équipé de places de régulation adaptées à sa mission.
- Des outils supplémentaires équipent ce local afin de permettre la saisie et la visualisation de l'événement (tableaux interactifs, moyens de projection, écrans géants, etc).
- La salle mise à disposition de l'EM sanitaire est équipée de moyens de communications téléphoniques, informatiques et de projection.

Organigramme et conduite :

- La mission de chef PCO sanitaire 144 est assurée par un cadre de la FUS ou, sur délégation, par un régulateur désigné.

Moyens de reconnaissance :

- La tenue du personnel des Centrales est civile, mais un uniforme est utilisé pour toute intervention externe (PCE, PCO ORCA, autre).
- Le personnel en intervention externe est porteur d'une carte de légitimation ORCA.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	4
		Page	4-5

4.4 FORMATION

Pré-requis :

- Etre employé de la FUS et répondre aux conditions spécifiques requises pour cette fonction.

Base :

- Avoir effectué les modules CEFOCA 1 et 2, les modules « Aide à la Conduite 1 et 2 » organisés par la Division Sécurité Civile du Service Protection et Sauvetage de Lausanne.

Continue :

- Suivre de manière régulière la formation continue mise en place pour les régulateurs et plus spécifiquement pour cette fonction (instruction théorique et exercice en interne).

4.4.1 Mobilisation / engagement / acheminement

Responsables engagement :

- La décision de mise en œuvre du PCO sanitaire 144 est sous la responsabilité des cadres de la FUS.

Schéma d'alarme / lieux de rassemblement :

- La première alarme concerne le personnel de piquet (régulateurs et responsable) dès la mobilisation du binôme de conduite MCS - ACS.
- Un deuxième niveau peut permettre d'alarmer l'ensemble du personnel des Centrales.
- Le rassemblement se fait à la Centrale ou selon un autre lieu défini en fonction de l'événement (PCE san, Centrale de repli, autre).

Moyens de transport :

- Privés, non équipé des moyens prioritaires.

4.4.2 Partenariat

Convention, mandat, financement :

- Le financement de cette mission fait partie de la convention liant la FUS et le SSP.

4.5 ETAT-MAJOR CANTONAL DE CONDUITE (EMCC)

4.5.1 Introduction / généralités / définitions

Une situation ordinaire est une situation dans laquelle les moyens et les procédures ordinaires permettent de faire face aux problèmes qui se posent et de maîtriser la situation.

Dans tous les autres cas de figure, on parle de situation sortant de l'ordinaire.

On distingue trois formes de survenue d'une situation sortant de l'ordinaire :

- Immédiate (et sans équivoque).
- Evolutive (pouvant atteindre un seuil).
- Planifiable.

Le plan ORCA est l'organisation cantonale qui a pour objectif de garantir une gestion globale en cas de survenue d'une situation sortant de l'ordinaire.

En réponse aux trois formes de survenance d'une situation extraordinaire, on distingue trois types de dispositifs du plan ORCA :

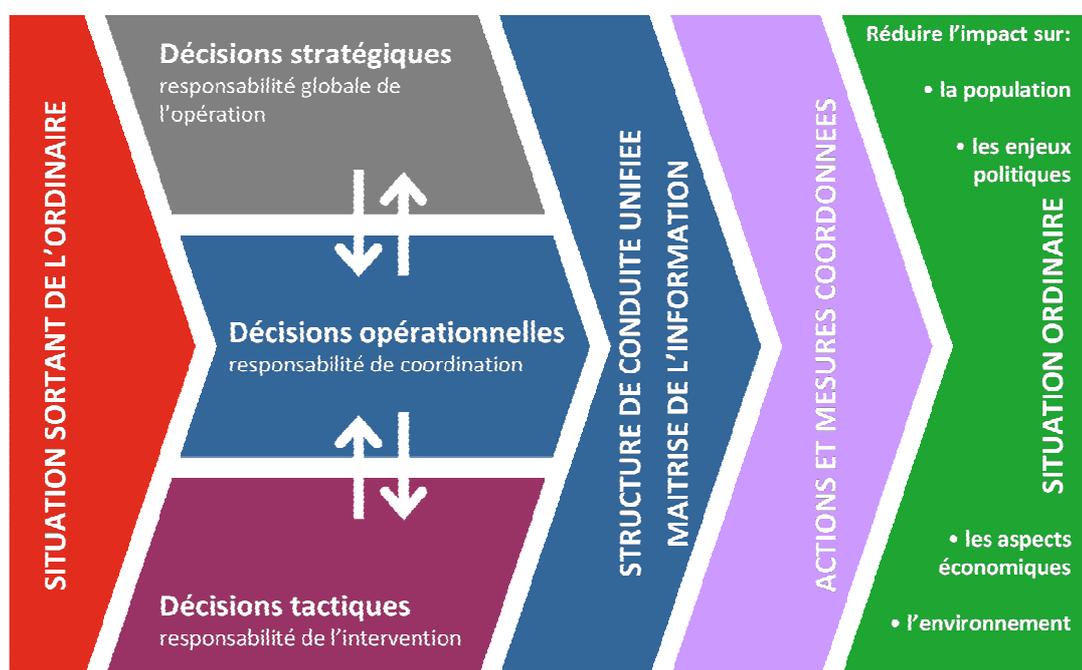
- Dispositif « ORCA », lequel répond à la survenue immédiate d'une situation sortant de l'ordinaire
- Dispositif « infra ORCA », lequel répond à une situation évolutive.
- Dispositif « grande manifestation », lequel répond à un événement planifié.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	4
		Page	4-6

L'Etat-major cantonal de conduite (EMCC) est l'organe cantonal responsable de la conduite et de la coordination en cas de situation sortant de l'ordinaire.

Les échelons décisionnels suivants sont impliqués dans la gestion d'une situation sortant de l'ordinaire :

- Stratégique, qui porte la responsabilité globale de l'opération.
- Opérationnel, qui porte la responsabilité de coordination.
- Tactique, qui porte la responsabilité de l'intervention.



La structure de conduite de l'EMCC est modulable en fonction de la situation. Elle se compose :

- D'un poste de commandement des opérations (PCO), lequel permet de conduire et de coordonner une opération dans son ensemble.
- D'un poste de commandement de l'engagement (PCE), lequel permet de conduire et coordonner les actions menées dans un secteur donné.

4.5.2 Capacité opérationnelle :

Les profils des représentants de la santé publique dans l'EMCC est défini dans l'annexe 6

Le dispositif sanitaire ORCA doit être à même de :

Echelon stratégique :

- Assurer une délégation, permanente ou à la demande, de l'unité de crise sanitaire du SSP disposant de compétences décisionnelles.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	4
		Page	4-7

Echelon opérationnel :

- Garantir la conduite en assurant le lien avec sa base arrière.
- Assurer la permanence du service au sein de l'EMCC, notamment lors des différents rapports.
- Fournir la table des moyens disponibles, engagés et planifiés (relève(s) et renforts à l'échelon cantonal, intercantonal voire international).
- Consolider l'image de la situation sur la base des renseignements sanitaires.
- Informer des missions sanitaires en cours, planifiées et subséquentes.
- Traiter et se prononcer sur les demandes d'appui du PCE.

Echelon tactique :

- Conduire les moyens sanitaires.
- Garantir le lien avec la base arrière (PC 144) et les forces engagées.
- Mettre en œuvre les décisions prises.
- Informer des moyens engagés.
- Informer des missions sanitaires en cours.
- Déterminer les demandes d'appui nécessaires aux missions sanitaires.

4.5.3 Prestations particulières

Prestations du PCO :

- Conduit par le chef d'état-major (CEM).
- Est composé du Traitement des Opérations en Cours (TOC) et, si nécessaire, de cellules.
- Conduit et coordonne l'opération globale.
- Traite les demandes du PCE.
- Prend en charge la planification (et dans certains cas la mise en œuvre également) de mesures complexes.
- Prend en charge les aspects concernant l'échelon stratégique (relations avec les autorités politiques, information et communication, finances, juridique, RH, assurances, etc).

Prestations du PCE :

- Est conduit par le chef de l'intervention générale (CIG).
- Est composé d'un TOC et de cellules métiers.
- Conduit et coordonne le secteur d'intervention.
- Remonte au PCO les actions et mesures qui doivent être traitées par ce dernier.
- Coordonne l'engagement des moyens avec les bases arrière.
- Informe en permanence le PCO de l'évolution de la situation.

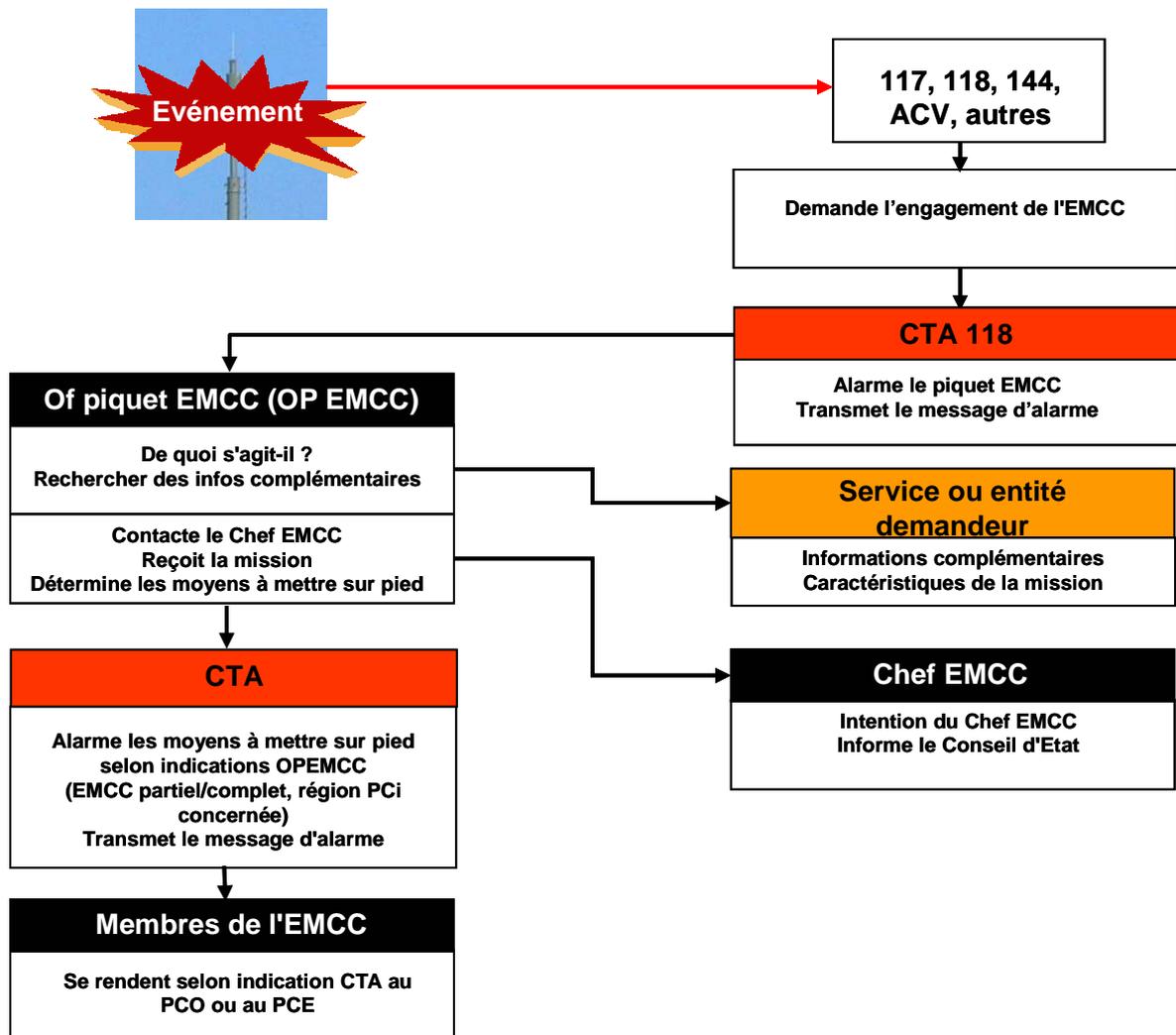
4.5.4 Plan d'alarme et d'engagement des moyens

Les services partenaires établissent et tiennent à jour en permanence un plan d'alarme, incluant un service de piquet prêt à intervenir, ainsi qu'un plan d'engagement des moyens humains et matériels dont ils disposent.

Ils tiennent une liste des entreprises susceptibles, dans leur domaine de compétence, de mettre à disposition des moyens supplémentaires auxquels ils pourraient recourir lorsque toutes leurs ressources sont engagées ou épuisées.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	4
			Page	4-8

4.5.5 Mise sur pied de l'EMCC



	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	5
		Page	5-1

5 COMMUNICATION, INFORMATION ET COORDINATION ENTRE PARTENAIRES

5.1.1 Introduction / définition

Le concept cantonal de communication coiffe l'ensemble des prestations de communication de crise de tous les partenaires afin de garantir l'efficacité de la coordination et la continuité des prestations.

5.1.2 Principes généraux

Coordonnées – cellule de communication ORCA :

Cellule de communication ORCA (Cell Com ORCA)
Canton de Vaud – Organisation en cas de catastrophe
<http://www.catastrophe.vd.ch> – presse.police@vd.ch

T + 41 644 81 90 – F + 41 644 80 29

Principe de communication de crise :

- Coordonner l'ensemble des acteurs impliqués dans la communication de crise.
- Informer seulement dans sa sphère de compétence.
- Appliquer les principes de la communication ouverte : transparence, crédibilité, objectivité, régularité.
- Planifier la montée en puissance de la Cell Com ORCA.
- S'assurer de la qualité des prestations métiers (crédibilité des messages) au niveau de la communication de crise.

Principes spécifiques de communication de crise du SSP :

La communication de crise du SSP s'intègre dans le concept cantonal de communication en mettant à disposition un répondant ayant les compétences lui permettant de fournir des informations à la Cell Com. Les autres intervenants sanitaires ne sont pas autorisés à communiquer à des tiers externes, y compris aux médias.

Entités habilitées à communiquer :

Dans le cadre du concept cantonal de communication de crise, deux entités sont habilitées à communiquer, en dehors du Conseil d'Etat, dans les limites de leurs compétences et des situations fixées au tableau des compétences ci-après. Ce sont respectivement :

- Le Service leader (S leader) directement concerné par l'événement (produit ou redouté), dans le cadre de ses obligations légales.
- La Cell Com ORCA, œuvrant au service du Chef de l'EMCC. Celui-ci garde en main la responsabilité de la communication de crise que lui a déléguée le Conseil d'Etat.

Dans le domaine sanitaire, sont habilitées à communiquer :

- Chef du DSAS.
- Chef du Service de la santé publique (SSP).
- Médecin cantonal ou un de ses adjoints.
- Binôme de conduite MCS - ACS sur délégation du SSP.

Tâches du répondant DSAS auprès de la Cell Com ORCA :

- Communiquer une vision actualisée de la situation en matière de santé publique.
- Veiller à la mise à jour permanente de toutes les informations entrantes et sortantes.
- Informer régulièrement sa hiérarchie sur les décisions prises et vice et versa.
- Veiller au calendrier selon le rythme de conduite.
- Assurer son remplacement en accord avec sa hiérarchie.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	5
			Page	5-2

5.1.3 Missions générales de la communication

Information externe :

- Proposer une stratégie générale de communication (population, communes, canton et Confédération), puis la mettre en œuvre.
- Adapter la stratégie en fonction de l'évolution de la situation. Informer le médecin cantonal et le chef EMCC des conséquences de certaines décisions et des éventuelles retombées médiatiques.
- Dans la mesure du possible, garantir les supports images (photos et vidéos) sur l'événement.

Information interne :

- Informer tous les collaborateurs et partenaires impliqués dans l'événement sur la situation, son évolution et sur les mesures à appliquer.
- Dans les événements planifiés, participer à la réalisation d'une Newsletter et de l'animation d'un site intranet. Fournir les informations médico-sanitaires pour une revue de presse pendant et après l'événement.

Collaboration avec les autres partenaires :

Chaque partenaire concerné désigne un répondant pour la communication.

Contacts permanents avec les répondants presse des services externes impliqués et/ou touchés par les événements ou la catastrophe.

Plan d'alarme :

En cas d'événement majeur ou de catastrophe, les membres de la Cell Com SSP sont mobilisés.

Consignes permanentes :

Les journalistes ne sont pas autorisés à se rendre librement sur les lieux.

L'accréditation des journalistes au centre médias peut se faire :

- Sur la base d'accréditation normale et/ou carte de presse,
- Accès libre à tous les journalistes, photographes, preneurs de son ou cameramen présents.
- En cas de besoin, organiser un pool médias (représentants désignés par les médias présents).
- Il regroupe un représentant des agences de presse, photographes, radio et TV.
- Il faut laisser les journalistes présents désigner eux-mêmes leurs représentants.
- Le déplacement des journalistes sur les lieux se fait avec des véhicules prévus à cet effet, encadrés par du personnel ad hoc.
- Des gilets spécifiques numérotés sont attribués aux journalistes accrédités qui doivent se rendre sur les lieux (distribution contre une pièce d'identité ou carte de presse).
- La logistique et l'intendance sont assurées par la Pci.

L'encadrement des journalistes se fait par des personnes de la Pci et / ou des policiers

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-1

6 LE DÉTACHEMENT POSTE MÉDICAL AVANCÉ (DPMA)

6.1.1 Introduction

Le Détachement Poste Médical Avancé est une entité de milice du Groupe Sanitaire de la ville de Lausanne (GSL).

Le DPMA (anciennement nommé GIS, Groupe d'Intervention Sanitaire) a été créé en 1992. Il est un moyen d'intervention intégré dans les moyens sanitaires du canton.

6.1.2 Ressources

Humaines :

Le DPMA est composé d'un effectif comprenant des médecins, des infirmiers/ères, des ambulanciers/ères et des secouristes.

Logistique :

- Le DPMA dispose des véhicules, matériels et équipements suivants :
 - Véhicule de commandement sanitaire (PCE sanitaire, sous-chapitre 4.2).
 - Véhicule de Soutien Sanitaire (cf annexe 4 : inventaire matériel du VSS).
 - Les véhicules privés du Chef DPMA et son remplaçant ainsi que ceux du Médecin Chef et son remplaçant sont équipés d'attributs prioritaires.
- Chaque membre du DPMA possède un équipement de protection individuel. Certains attributs spécifiques complètent cette tenue (chasuble, casque F2, etc).



	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	6
		Page	6-2

6.1.3 Structure de conduite

- La gestion organisationnelle du DPMA est assurée par l'EM DPMA.
- La conduite du Détachement est assurée par l'adjoint aux événements particuliers du Groupe Sanitaire. Il occupe la fonction de Chef DPMA. Il est subordonné au Chef du Groupe Sanitaire.
- Lors de l'engagement, le premier Chef de groupe occupe la fonction de Chef PMA. Il est relevé, au besoin, par le Chef DPMA ou son remplaçant, dès que possible. Il en va de même pour le premier médecin, relevé par le Médecin Chef DPMA ou son remplaçant. Les fonctions Chef PMA et Médecin Chef PMA sont subordonnées au binôme de conduite ACS - MCS.

6.1.4 Moyens de reconnaissance (voir annexe 2)

- Le personnel du DPMA est identifiable à son uniforme.
- Lors de son activité au PMA, le personnel est identifiable au moyen d'une chasuble blanche, portant la mention DPMA ainsi que la fonction.
- Le Chef PMA et le Médecin Chef PMA portent une chasuble bleue à damier gris, ainsi que la fonction.

6.1.5 Formation

La formation est ordonnée annuellement comme suit :

- Plusieurs exercices sont mis sur pied annuellement. Ils consistent à entraîner le montage du PMA, la mise en place du matériel et son utilisation, ainsi que la prise en charge de cas selon les différentes pathologies rencontrées. Des cours théoriques sont dispensés en alternance avec les exercices pratiques.
- Des thématiques particulières (NRC, médecine du sport, etc.) sont enseignées, de même que des formations spécifiques liées à l'exploitation du PC sanitaire.
- Les cadres du DPMA sont astreints à une formation continue ciblée (actualisation des pratiques liées au fonctionnement du PMA, retour d'expérience, conduite du personnel, etc).

6.1.6 Mobilisation / engagement / acheminement

En cas d'événement particulier ou majeur, sur le territoire vaudois, ou à la demande d'un autre canton, l'ensemble du DPMA est alarmé par la Centrale 144, après accord préalable du binôme de conduite ACS - MCS.

6.1.7 Missions d'urgence :

- Engagement et exploitation du PMA.
- Engagement et exploitation du véhicule de commandement sanitaire, en collaboration avec le personnel de la Centrale 144.
- Participation à la mise en action, exploitation et médicalisation de la chaîne de décontamination NRC.

Le DPMA est alors subordonné au binôme de conduite ACS - MCS.

Missions planifiées :

- Engagement du DPMA lors de manifestations d'envergure (meeting aérien, concert, etc.), ou lors de risques particuliers, au profit de l'ensemble du canton, après accord conjoint du SSP et du SPSL.

Permanence :

- Les médecins, infirmiers/ères, ambulanciers/ères et secouristes, assurent leur disponibilité sur la base du volontariat. Ils sont soldés selon le barème des sapeurs-pompiers de milice en cas d'engagement.
- L'engagement de tout ou partie du DPMA est possible en fonction de la nature de l'événement et/ou de sa dimension.
- Le DPMA collabore étroitement avec les ambulanciers des équipes mobiles ORCA/sanitaire (EMOS) et les groupes d'appui samaritains (GAS). Lorsqu'ils sont engagés au sein même du PMA, ces deux groupes fonctionnent sous les ordres du chef du DPMA.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	
	État	01.09.2012
	Chapitre	6
	Page	6-3

Moyens de transport :

- Le personnel du DPMA se rend directement sur le lieu de l'intervention, sauf ordre contraire donné à l'alarme. Le Chef PMA veille à faire stationner son personnel en dehors de la zone sinistrée et en informe les partenaires. Au besoin, il organise le transport de son personnel depuis le site de rassemblement jusqu'au site du sinistre.

6.1.8 Partenariat

Convention & financement :

Les modalités de fonctionnement et le financement du DPMA sont régis par une convention entre le SSP et le SPSL.

6.2 SOUTIEN SANITAIRE OPÉRATIONNEL (SSO)

Le soutien sanitaire opérationnel est organisé pour apporter une présence de moyens sanitaires en appui des interventions aux sapeurs-pompiers. Sur le lieu de l'intervention, le SSO apporte son soutien pour la protection, soins pour blessures, brûlures, intoxications aux fumées mais également pour les conséquences psychologiques. Le personnel du SSO provient du DPMA et est composé de 4 personnes avec du matériel adapté.

Lors d'une sollicitation par la Centrale de traitement des alarmes du 118 (CTA 118) une ambulance du dispositif est envoyée en prévention ou d'emblée le SSO pour une situation d'ampleur. Passé un délai d'une heure d'intervention, l'ambulance est relevée par le SSO.

Les critères d'engagement sont décrits dans une convention entre le SPSL, l'ECA et le SSP.

6.3 GROUPES D'APPUI DES SAMARITAINS (GAS)

6.3.1 Introduction / définition

Les Groupes d'appui samaritains sont des secouristes non professionnels issus des sections de samaritains et sont répartis sur le canton en différentes régions.

Une convention passée entre le SSP et l'Association Cantonale Vaudoise des Samaritains (ACVS) fixe les modalités d'organisation, d'engagement et de financement des GAS.

6.3.2 Missions

- Mettre à disposition, par l'ACVS, de Groupes d'appui samaritains (GAS) répartis sur le territoire cantonal.
- Renforcer les structures sanitaires professionnelles (Détachement du Poste Médical Avancé (DPMA), ambulanciers, etc.) lors de situations extraordinaires (accident majeur, catastrophe).
- Lorsqu'un GAS intervient seul ou arrive avant le DPMA, il met en place un point de rassemblement des victimes (PRV), selon les directives du binôme de conduite ACS - MCS (à défaut de l'ambulancier leader). Le PRV est constitué d'un secrétariat (gestion des ressources humaines et enregistrement des victimes) et de 2 zones de soins, « Urgent » et « Non-urgent ».

6.3.3 Ressources

- Humaines : Chaque GAS est composé d'une vingtaine de samaritains. L'engagement des membres GAS se fait sur la base du volontariat.
- Logistique : Le matériel utilisé par les GAS est mis à disposition (selon un inventaire GAS) par l'ACVS.
- Organigramme et conduite : L'ACVS désigne un coordinateur cantonal des GAS dépendant directement du comité de l'ACVS. Ensemble, ils forment le groupe « EM GAS », nécessaire à la mise en place d'une cellule de crise qui se tient au bureau cantonal.
- Moyens de reconnaissance : Les membres des GAS possèdent une chasuble d'identification ainsi qu'une carte de légitimation de l'ACVS mentionnant leur appartenance aux GAS ainsi que leurs qualifications. (voir annexe 2)

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-4

6.3.4 Formation

Pré-requis :

Chaque membre d'un GAS doit être membre actif d'une section de samaritains de l'ACVS. Des samaritains d'autres cantons peuvent être incorporés avec l'accord des associations cantonales et des sections concernées. Un membre GAS ne peut pas être incorporé dans d'autres organisations sanitaires susceptibles d'être engagées de manière simultanée. De même, l'appartenance à d'autres structures de secours (PCI, sapeurs-pompiers, sauvetage du lac, etc.) doit être analysée de manière à garantir le potentiel d'intervention dans l'ensemble du secteur attribué.

Base :

Le membre GAS est mobilisé dans une structure professionnelle (médecins, ambulanciers, infirmiers, etc.) avec des processus bien définis. Pour ce faire, les membres des GAS suivent une formation par des modules cantonaux en étroite collaboration avec le DPMA.

Continue :

Elle est assurée en étroite collaboration avec le DPMA et les enseignants de l'ASS (moniteurs samaritains). Elle est constituée essentiellement par la participation à 5 exercices (exercices de sections, exercices spécifiques GAS) par année.

6.3.5 Mobilisation / engagement / acheminement

Engagement :

L'organe compétent pour engager un GAS est le binôme de conduite ACS - MCS via la Centrale 144. Sur site, les membres des GAS sont directement subordonnés au responsable sanitaire du secteur où ils fonctionnent.

Permanence :

Chaque GAS doit pouvoir intervenir dans les 30 minutes (prêt au départ) en tout temps, 365 jours/an.

Schéma d'alarme :

La Centrale 144 procède à l'engagement d'un ou de plusieurs GAS suivant la nature de l'événement. En cas d'engagement d'un ou de plusieurs GAS, le groupe « EM cantonal » est systématiquement alarmé.

Points de rassemblement :

Les GAS définissent des points de rassemblement, en fonction de la localisation des sections concernées. Une procédure règle les modalités d'engagement des différents groupes.

Moyens de transport :

Les GAS doivent être mobiles et peuvent être appelés à intervenir dans d'autres régions du canton de Vaud que celles qu'ils couvrent habituellement, voire même sur d'autres cantons en fonction des structures sanitaires régionales existantes.

6.3.6 Assurances

L'Association Suisse des samaritains (ASS) dispose d'une assurance « Responsabilité Civile »

L'assurance « accidents » existe sous forme d'un fonds subsidiaire de la part de l'ASS qui couvrirait la non prise en charge par l'assurance accidents du samaritain.

6.4 EQUIPES MOBILES ORCA SANITAIRE (EMOS)-AMBULANCIER

6.4.1 Introduction

Le concept EMOS a pour objectif l'engagement de groupes de renfort en cas de catastrophe. Ce renfort est composé d'ambulanciers ou techniciens ambulanciers du dispositif cantonal vaudois des urgences pré-hospitalières. Ils sont engagés, de manière volontaire et selon leurs disponibilités.

Les EMOS-A (Equipes Mobiles ORCA Sanitaire Ambulancier) peuvent être engagées en cas d'accident majeur, de catastrophe ou d'événement particulier sur l'ensemble du territoire vaudois. Les EMOS-A sont

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-5

engagées par la CASU 144. Le cas échéant, sur demande du GRIMCA (Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe), elles peuvent être mises à disposition d'un autre canton.

6.4.2 Missions

- Appuyer le travail des intervenants préhospitaliers sur le lieu même du sinistre.
- Renforcer le PMA (Poste Médical Avancé).
- Renforcer la noria de ramassage (petite noria), ainsi que la noria de transport (grande noria).

6.4.3 Ressources

Les EMOS-A sont constituées exclusivement de collaborateurs des services d'ambulances du dispositif cantonal vaudois des urgences préhospitalières.

L'engagement du personnel s'effectue sur la base du volontariat avec l'accord du service employeur principal et de son médecin-conseil.

Ce dernier, par son accord, autorise le collaborateur à appliquer ses prérogatives professionnelles (y.c. en matière de « protocoles médicaments »)

Selon le lieu de domicile le personnel est réparti par groupe et par région de la manière suivante :

- 2 EMOS-A Centre
- 1 EMOS-A Nord
- 1 EMOS-A Ouest
- 1 EMOS-A Est

Le dispositif EMOS peut éventuellement être complété par d'autres groupes de professionnel tels que des infirmiers/ères, médecins.

6.4.4 Mobilisation et engagement

Sur le canton de Vaud, les EMOS-A sont engagées par la CASU 144 sur ordre du binôme de conduite sanitaire ACS - MCS.

En engagement, le personnel des EMOS-A est subordonné aux organes de conduite sanitaire respectivement aux chefs de secteur dans lesquels ils évoluent.

De par sa fonction professionnelle, chaque collaborateur des services du dispositif cantonal vaudois des urgences préhospitalières est au bénéfice d'une carte professionnelle.

Celle-ci est également valable pour un engagement EMOS-A.

6.5 CELLULE PSYCHOLOGIQUE

6.5.1 Introduction / définition

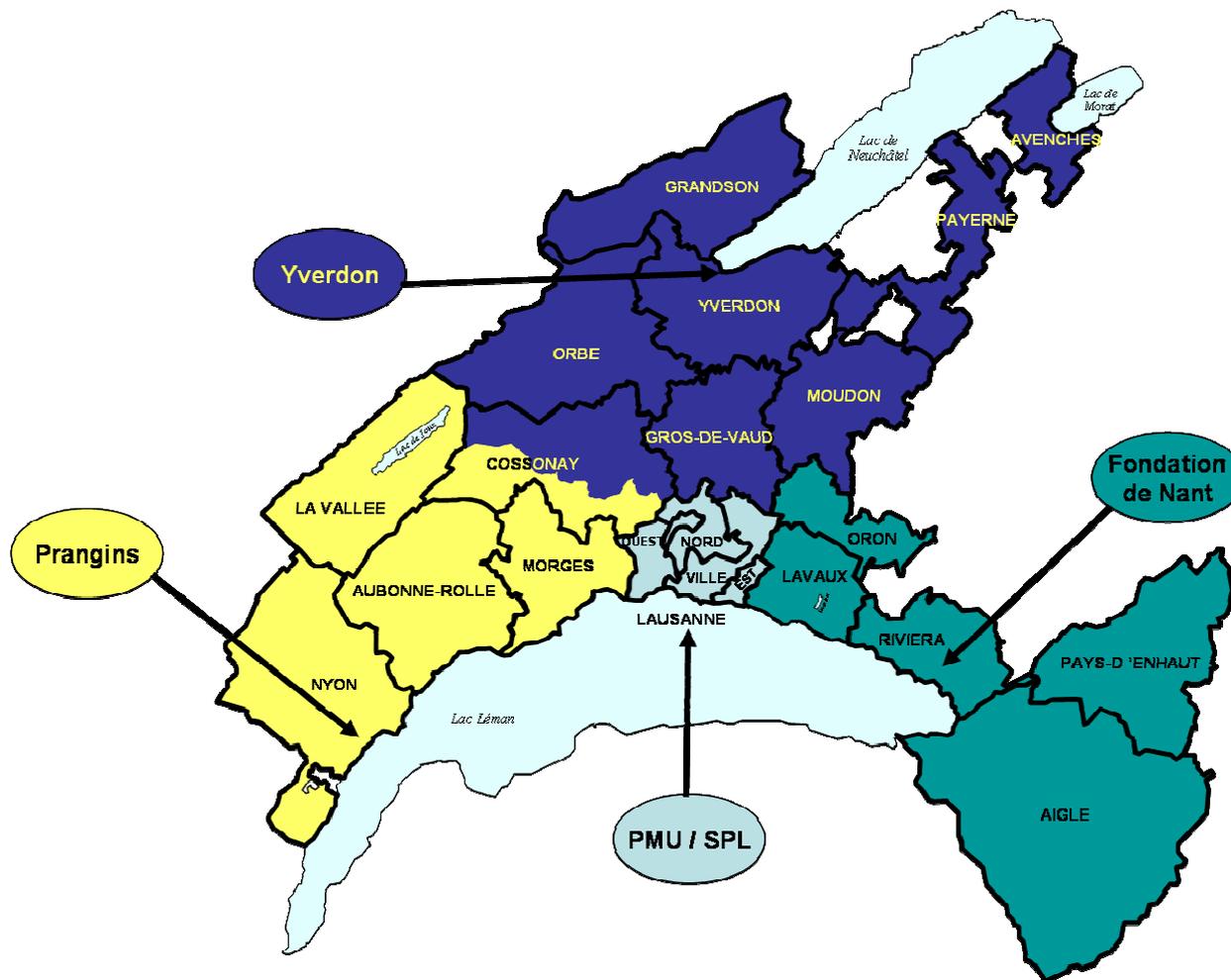
La cellule psychologique est composée d'aumôniers, diacres, psychiatres, psychologues et infirmiers en psychiatrie. Elle est mobilisée en cas de déclenchement du plan ORCA –mais pas uniquement – afin d'assurer le soutien psychologique initial au cours de l'intervention, le defusing et le débriefing psychologique ainsi que l'accueil des familles.

Le canton est divisé en quatre secteurs d'intervention comprenant chacun une équipe d'intervention et une équipe de renfort.

La cellule psychologique est sous la responsabilité du service de psychiatrie du CHUV et du Service de la sécurité civile et militaire dont elle dépend pour son alarme, son engagement et sa gestion administrative.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-6

6.5.2 Secteurs d'intervention

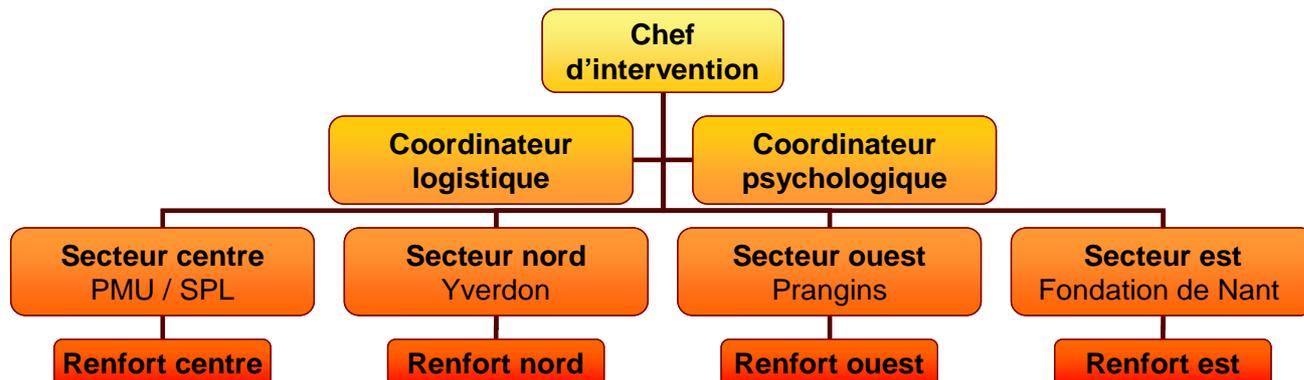


6.5.3 Missions

- Evaluer le risque et apprécier la situation sur place.
- Assurer les premières prises en charge et l'assistance sociale.
- Planifier le programme de soutien psychologique sur le site et son prolongement.
- Assurer l'assistance psychologique et les interventions de defusing et de débriefing.
- Assurer l'accueil famille.
- Relever l'identité des personnes et assurer l'administration.
- Collaborer avec le Centre LAVI (Loi sur l'aide aux victimes).
- Collaborer lors de l'engagement du Téléphone Information aux Proches (TIP).

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-7

6.5.4 Ressources

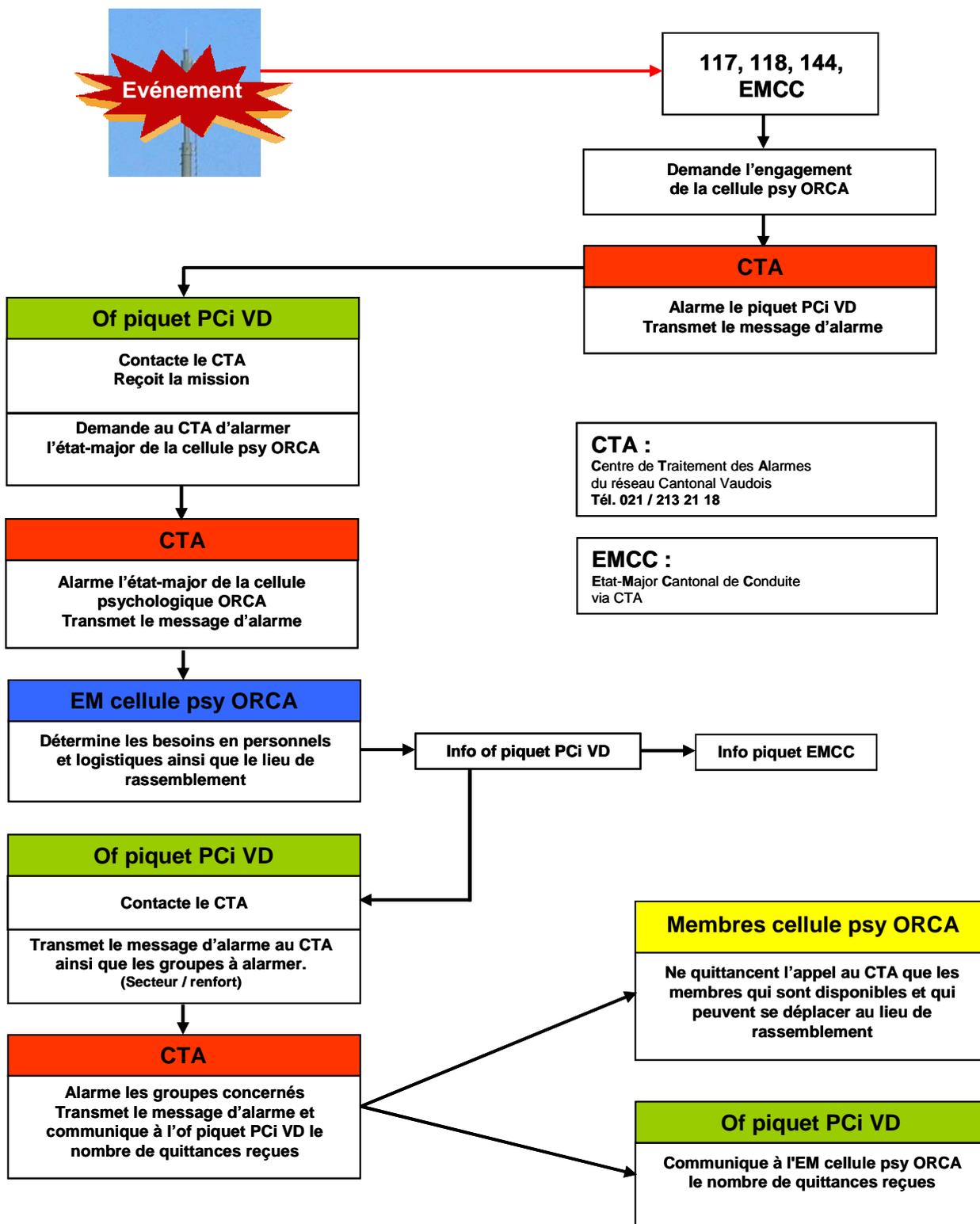


6.5.5 Mobilisation / engagement / acheminement

Sur demande d'un des partenaires (144, 117, 118, EMCC), le CTA contacte le piquet PCi VD qui décide, après coordination avec l'EM cellule psy ORCA, de la mise sur pied de la cellule. Après l'alarme, les membres de la cellule se rejoignent en un lieu de rassemblement puis s'organisent sous la conduite du chef d'intervention. Les intervenants sont identifiés par des chasubles de couleur verte.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-8

6.5.6 Schéma d'alarme et d'engagement.



	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-9

6.6 DÉCONTAMINATION DES PERSONNES – TEAM NRC – DPMA

6.6.1 Introduction / généralités / définitions

Les Services de défense incendie et de secours (SDIS) ayant des missions de défense chimique disposent de moyens standards de décontamination (douches) ainsi que de moyens rudimentaires de décontamination de masse (portiques).

Le Service de Protection et Sauvetage de la Ville de Lausanne (SPSL), via sa Division Secours & Incendie (DSI), est également dépositaire de deux unités de décontamination pour les engagements de grande envergure. Celles-ci ont été acquises par le Service de l'Environnement et de l'Energie (SEVEN), qui participe à leur gestion administrative.

La mise en œuvre de ces unités requiert les partenaires suivants :

- La Division Secours et Incendie du SPSL (acheminement, mise en place, alimentation, conduite du dispositif).
- La Division Sécurité Civile du SPSL (personnel de décontamination, appui de la DSI, soutien du personnel engagé).
- Le Service de l'Environnement et de l'Energie (conseiller technique)
- Le Service de Défense Incendie et Secours (ECA) (renforcement et / ou relève de la DSI dans leurs sphères de compétence).
- La Division Groupe Sanitaire du SPSL par l'intermédiaire du DPMA (personnel sanitaire, triage et prise en charge des personnes au Point de Rassemblement des Victimes et lors des différentes phases du processus de décontamination).
- Le Service de la Santé Publique (SSP) (Ambulancier et Médecin Chef des Secours).

En fonction de l'événement, les modalités d'engagement des moyens de décontamination seront définies par le Chef d'Intervention de la DSI, en collaboration avec le SEVEN et le binôme de conduite ACS - MCS.

La mission sanitaire, relative à la décontamination des personnes, est prise en charge par le Détachement PMA du Groupe Sanitaire.

Les informations ci-après concernent majoritairement le service sanitaire, bien qu'elles impliquent « de facto » les autres partenaires.

6.6.2 Missions

- Assurer un pré-triage / triage, au Point de Rassemblement des Victimes (PRV).
- Participer à la mise en œuvre d'une pré-décontamination des victimes au PRV, à l'aide de lots spécifiques (lots de décontamination autonome).
- Assurer une surveillance sanitaire lors des différentes phases de la décontamination (patients non-valides prioritairement).
- Assurer la continuité de la prise en charge des patients décontaminés à la sortie de la chaîne de décontamination.

6.6.3 Ressources

Humaines :

Le DPMA dispose, en son sein d'un Team NRC, spécialement entraîné et équipé pour cette mission.

Logistique :

- Unité de décontamination (SDC15) autonome :
 - Capacité théorique : 15 patients / heure.
 - Tente et bac de récupération.
 - Chaîne Valides OU Non-Valides.
 - Autonome sur véhicule (Losa 65).

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	6
		Page	6-10

- Unité de décontamination (MDC50) sur berce:
 - Capacité théorique : 50 patients / heure.
 - Tente et bac de récupération.
 - Chaîne Valides ET Non-Valides.
 - Autonome sur berce (Losa 1617).
- Les deux unités de décontamination comportent du matériel sanitaire (y compris oxygène).
- Le personnel du Team NRC – DPMA possède un équipement de protection personnel spécifique, adapté à sa mission.

Organigramme et conduite :

- Sur le plan logistique et technique, les personnes œuvrant au sein de la chaîne de décontamination sont subordonnées au Chef d'Intervention de la DSI
- Sur le plan médical, le personnel du Team NRC – DPMA est subordonné au binôme de conduite ACS - MCS. Il en constitue le conseiller technique.

Moyens de reconnaissance :

Le personnel du Team NRC – DPMA est identifiable à sa tenue. La fonction est clairement visible.

6.6.4 Formation

La formation est ordonnée annuellement comme suit :

- Plusieurs exercices spécifiques sont organisés pour le personnel du Team NRC – DPMA. Les thématiques particulières y sont abordées
- Un exercice lié à la décontamination est mis sur pied par le Team NRC – DPMA, à l'attention de l'ensemble du personnel du DPMA
- Des formations spécifiques sont mises en place avec les centres de référence reconnus dans le domaine

6.6.5 Mobilisation / engagement / acheminement

Dès la nécessité d'engagement d'au moins une unité de décontamination :

Le DSI demande l'engagement du Team NRC – DPMA, via la Centrale 144. Celle-ci informe immédiatement le binôme de conduite ACS - MCS

Le Team NRC – DPMA s'équipe, prend les premières mesures et renseigne au plus vite le binôme de conduite ACS - MCS

Permanence :

Le personnel du Team NRC – DPMA, assure sa disponibilité sur la base du volontariat. Il est soldé selon le barème des sapeurs-pompiers de milice en cas d'engagement

L'engagement de tout ou partie du Team NRC – DPMA est possible en fonction de la nature de l'événement et/ou de sa dimension

Moyens de transport :

Le personnel du DPMA se rend directement à son local, sauf ordre contraire donné à l'alarme. Le Chef DPMA veille à faire stationner son personnel en dehors de la zone sinistrée et en informe les partenaires, au besoin, il organise le transport de son personnel.

6.6.6 Partenariat

Convention & financement :

- Le Team NRC – DPMA collabore étroitement avec les autres partenaires engagés dans le processus de décontamination. Au besoin, il requiert l'aide de spécialistes extérieurs.
- Les modalités de fonctionnement et le financement du Team NRC – DPMA sont régis par une convention entre le SSP et le SPSL.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-11

6.7 COLLABORATION INTERCANTONALE ET TRANSFRONTALIÈRE

6.7.1 Introduction / définition

Dans un cas d'intervention pour un événement majeur ou une catastrophe, les moyens du canton peuvent s'avérer insuffisants. Pour cette raison, une coopération intercantonale et transfrontalière peut être nécessaire. De tels accords de collaboration ont ainsi été signés notamment avec les cantons de Fribourg et du Valais ainsi qu'avec la Des. Un accord existe également avec la ville de Lausanne.

Ces documents sont nommés accord, convention ou plan selon le partenaire signataire. Ils définissent les conditions dans lesquelles les parties contractantes se prêtent mutuellement assistance dans la limite de leurs possibilités respectives.

6.7.2 Collaboration entre le Canton et la Commune de Lausanne

« **Convention entre l'Etat de Vaud, représenté par le SSP et la Commune de Lausanne, représentée par le Service de protection et sauvetage Lausanne (SPSL)** », signée au printemps 2009 par toutes les parties concernées, sur le mode d'une convention de subventionnement.

Type de mission subventionnée : Déployer une structure de renfort professionnel adéquate en cas de catastrophe ou d'événement majeur dans le canton (ORCA) et la ville de Lausanne (DIAM).

6.7.3 Collaboration intercantonale

« **Convention entre les cantons de Fribourg et de Vaud réglant l'acquisition, l'utilisation et l'entretien d'un véhicule de soutien sanitaire (VSS Nord)** », signée en décembre 2007 par toutes les parties concernées.

« **Convention entre l'Etat du Valais, par le Département des finances, des institutions et de la santé, et l'Etat de Vaud, par le Département de la santé et de l'action sociale réglant l'acquisition, l'utilisation et l'entretien d'un véhicule de soutien sanitaire (VSS)** », signée en décembre 2011 par toutes les parties concernées

6.7.4 Collaboration transfrontalière

« **Plan multilatéral de secours Lac Léman** », plan bilatéral signé le 9.07.2002 entre la Préfecture Haute-Savoie et les cantons de GE, VS et VD.

« **Plan bilatéral pour la coordination des secours au Tunnel du Mont d'Or** », plan bilatéral signé le 10.11.2003 entre la Préfecture du Doubs et le canton de VD.

« **Arrangement particulier relatif aux opérations de secours, aux mesures de prévention, de lutte contre les catastrophes et accidents graves et à l'information mutuelle en cas d'urgence mettant en danger la population, les biens et/ou l'environnement** » entre la Préfecture du Jura et le canton de Vaud, signée à Lausanne le 3.11.2010.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	
	État	01.09.2012
	Chapitre	6
	Page	6-12

6.8 ETABLISSEMENTS DE SOINS AIGUS DU CANTON DE VAUD

6.9 INTRODUCTION / GÉNÉRALITÉS / DÉFINITIONS

Les établissements de soins aigus du Canton de Vaud (ou hôpitaux de soins aigus) sont pour la plupart d'entre eux des établissements hospitaliers privés reconnus d'intérêt public (hôpitaux publics) ou des cliniques privées. Fait exception le CHUV, établissement cantonal, y compris les établissements publics qui en dépendent comme les hôpitaux psychiatriques des secteurs Centre, Nord et Ouest.

Les patients nécessitant des soins aigus, sont des patients souffrant de problèmes médicaux connus et non stabilisés. Ils sont hospitalisés de façon transitoire dans un établissement de soins aigus lors de maladie aiguë ou d'accident. Cette phase durant laquelle le patient est hospitalisé, est associée à une indication médicale exigeant un diagnostic médical ainsi qu'un traitement médical, thérapeutique et des soins. Des phases aiguës surviennent aussi au cours d'une maladie chronique.

L'activité de soins de tous ces établissements est régie par la Loi vaudoise sur la Santé Publique du 29 mai 1985 (LSP), ainsi que, en situation de catastrophe, par le Règlement sur le service sanitaire en cas de situation particulière, d'accident majeur ou de catastrophe du 23 avril 2008 (Règlement 510.21.5 – RSSan). Son champ d'application concerne entre autres (Art.3, al. B) les établissements sanitaires et autres services soumis à autorisation d'exploiter en vertu de la LSP.

Le RSSan précise aussi que le Service en charge de la santé publique s'assure de l'état de préparation des différents partenaires sanitaires et détermine leur mission (Art.7, al. D).

Le Service de la Sécurité civile et militaire du Canton de Vaud (SSCM), en charge de la protection de la population, du plan ORCA cantonal et de l'Etat major cantonal de conduite (EMCC), a réalisé une « Analyse des dangers et des risques » (31 thèmes) dans le Canton de Vaud en 2007.

Les établissements de soins aigus du Canton de Vaud, dans le cadre général du service sanitaire, doivent pouvoir faire face, grâce à leurs plans catastrophe ou de continuité, à tout événement critique et poursuivre leurs missions. Le Service de la santé publique (SSP) est chargé d'en vérifier l'état de planification et préparation.

Dans ce but, dès 2009, le SSP a mis en place un Collectif de travail pour la poursuite de la mise à niveau et de la mise à jour des plans catastrophes des hôpitaux vaudois, dont la pérennité doit permettre de disposer en tout temps d'un réseau d'hôpitaux aptes à faire face aux situations de crise ou de catastrophe ainsi que d'assumer un afflux de victimes.

6.10 MISSIONS

En situation particulière, d'accident majeur ou de catastrophe, l'ensemble des établissements de soins aigus du canton de Vaud doit être en mesure de :

- Assurer l'accueil, le tri et la prise en charge primaire, voire l'orientation secondaire, de tout patient se présentant spontanément dans les suites immédiates d'un tel événement.
- Assurer l'accueil, le tri et la prise en charge des patients qui lui sont adressés après triage sur site par le dispositif catastrophe préhospitalier et par la FUS-144.
- Mettre en action immédiatement son plan catastrophe permettant l'accueil et la prise en charge de nombreuses victimes, et cela en permanence.
- Garantir la sécurité des soins et de l'établissement en mettant en place un bouclage préventif si nécessaire, de même qu'une décontamination des patients avant leur entrée physique dans l'établissement (risque NRC).
- Participer efficacement à la traçabilité des victimes, ainsi qu'à l'information et l'accueil des proches.
- Garantir la gestion de ses missions et de ses actions avec les autres établissements sanitaires du Canton, sous l'autorité sanitaire cantonale et la coordination de l'EMCC, le cas échéant.
- Informer l'organe de conduite de sa capacité opérationnelle.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	6
		Page	6-13

6.11 RESSOURCES

Humaines :

- Les établissements de soins aigus du canton de Vaud disposent de leur personnel soignant (médecins et professions paramédicales), logistique et administratif. Il leur incombe de disposer d'un système d'appel de renforts et de gestion des relèves.
- Ils peuvent contractualiser, le cas échéant, des contrats spécifiques avec des entreprises privées aux fins de délégation de certaines tâches en situation de nécessité (sécurité par exemple).

Logistiques :

- Les établissements de soins aigus du canton de Vaud disposent d'un plan catastrophe / de continuité spécifique à leur établissement. Ils le mettent à jour régulièrement. Il est établi sur la base de la Trame, guide et standards pour l'élaboration des plans catastrophe des hôpitaux vaudois, éditée par le Service de la Santé Publique du Canton de Vaud en 2008.
- Ils disposent d'un plan autonome de continuité de l'établissement lui permettant de poursuivre ses missions pendant quelques heures, en situation de ressources limitées ou de panne d'une infrastructure critique (panne électrique, informatique, d'alimentation en eau ou de télécommunications).
- Ils disposent d'une réserve de matériel de soins et logistique permettant son autonomie pendant au moins 24 heures en situation critique.
- Ils disposent d'une infrastructure fonctionnelle de décontamination rapidement exploitable en cas de danger de type NRC.
- Ils disposent d'une salle de conduite pré-identifiée et équipée des outils de conduite et de télécommunications permettant le commandement des opérations internes à l'établissement et leur coordination avec l'autorité sanitaire et / ou l'EMCC.

Organigramme et conduite :

- Dans le cadre de leur plan catastrophe / de continuité, les établissements de soins aigus du canton de Vaud disposent d'une structure de conduite (cellule de crise), composée de cadres médicaux, infirmiers, logistiques et administratifs, mobilisable dans l'heure et en tout temps.

6.12 PRÉPARATION

Les établissements de soins aigus du canton de Vaud prévoient, dans le cadre de leur plan catastrophe / de continuité d'un concept de formation de base et continue visant à :

- Former et entraîner les cadres impliqués dans la cellule de conduite à gérer l'institution en situation de crise.
- Informer et dispenser une formation de base sur le plan catastrophe à l'ensemble des cadres de l'établissement.
- Informer et mettre à disposition en tout temps le plan catastrophe institutionnel. Mobilisation / engagement
- L'alerte et l'alarme des établissements de soins aigus sur la survenue d'une situation particulière, d'un accident majeur ou d'une catastrophe sont de la responsabilité de la Centrale 144.
- Chaque établissement de soins aigus met à disposition de la Centrale 144 un numéro d'appel prioritaire permettant sa mise en alerte immédiatement, 7j/7j, 24h/24h.
- La mise en alerte de la cellule de conduite de l'établissement est de la responsabilité du cadre de piquet concerné.
- Le déploiement du plan catastrophe, voire de l'appel de renforts en personnel et de l'appel de renforts au plan cantonal, est de la responsabilité de la Cellule de conduite et / ou de la Direction de l'établissement.
- Afin de faciliter l'évacuation depuis le site de l'événement majeur ou de catastrophe et après avoir été alarmé, chaque établissement de soins aigus, selon son plateau technique, doit se préparer pour recevoir, sans validation préalable, au moins 5 victimes (15 pour le CHUV).

	DOSSIER SANITAIRE		État	01.09.2012
			Chapitre	6
			Page	6-14

6.13 PARTENARIAT

Le partenariat entre établissements de soins aigus s'organise sur la base :

- Du Collectif de travail pour la poursuite de la mise à niveau et de la mise à jour des plans catastrophe des hôpitaux vaudois, en ce qui concerne l'organisation et la planification des dispositifs et des procédures, en collaboration avec le Service de la Santé Publique.
- Des décisions des autorités de conduite en situation de crise, en particulier de l'Autorité sanitaire (Médecin cantonal ou son remplaçant) et / ou de l'EMCC.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	7
		Page	7-1

7 AUTRES RESSOURCES SANITAIRES

7.1 GROUPE ROMAND D'INTERVENTION MÉDICALE EN CAS DE CATASTROPHE (GRIMCA)

7.1.1 Introduction / définition

Le Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA) a été créé afin d'optimiser, au niveau romand, les renforts sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe.

7.1.2 Objectifs

L'objectif principal du GRIMCA consiste à mettre en place un dispositif d'alarme précoce via les Centrales 144 des cantons romands permettant la mise à disposition de renforts sanitaires, au profit d'un canton touché par un événement impliquant de nombreux blessés.

Cette démarche implique une formation et une philosophie commune d'intervention ainsi qu'une harmonisation, voire une complémentarité des équipements sanitaires.

7.1.3 Missions

Pour le GRIMCA :

Mettre à disposition des autorités sanitaires d'un canton touché par un événement impliquant de nombreux blessés, un pool de médecins formés issus des autres cantons romands qui viendraient en appui et renforcer les structures sanitaires cantonales concernées par l'événement.

Disposer, dans un délai d'une à deux heures, d'un pool de quelque 20 – 30 médecins formés selon les mêmes principes.

Principes du 144 – GRIMCA :

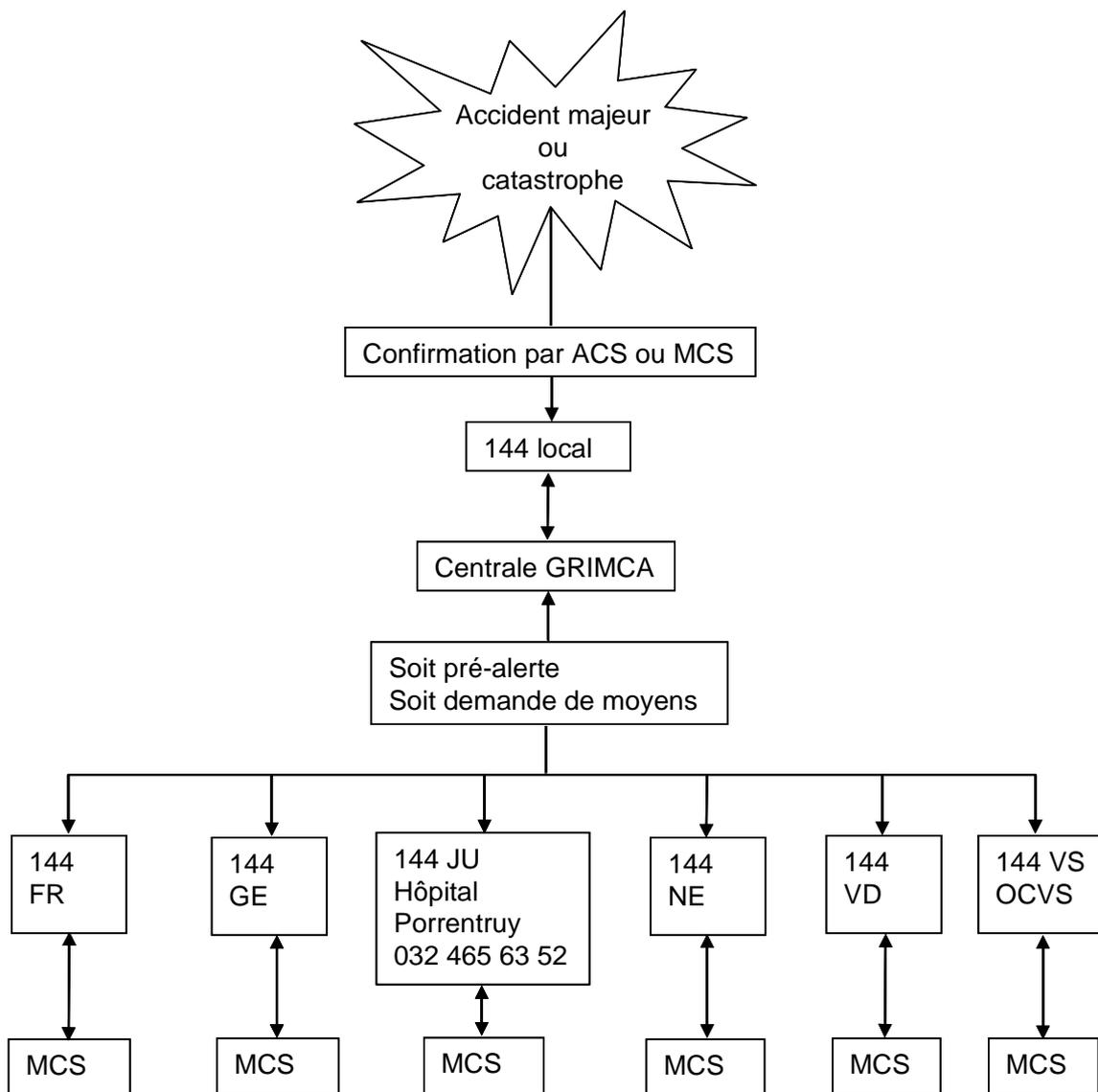
Les Centrales disposent d'une procédure de montée en puissance lors d'événement majeur et doivent pouvoir la tester régulièrement.

Par l'intermédiaire de son service sanitaire, chaque canton s'engage à recruter 3 à 8 médecins (en fonction de l'importance du canton) intégrés dans son dispositif cantonal, désignés nommément afin d'être attribués à ce pool de médecins.

Ces médecins seront alarmés par la Centrale 144 de leur canton de domicile et devront être équipés de manière similaire. En cas d'engagement, ils seront subordonnés au médecin chef des secours (ou son suppléant) du dispositif sanitaire cantonal mis en place.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	7
			Page	7-2

7.1.4 Procédure d'alarme GRIMCA



Centrale GRIMCA = centrale de référence d'un canton non impliqué selon tableau ci-dessous.

Canton touché par la catastrophe	Centrale GRIMCA 1 ^{er} choix	Centrale GRIMCA 2 ^{ème} choix
JU ou NE ou FR	GE	VD
GE	VS	VD
VD côté Ouest	VS	GE
VD côté Est	GE	VS
VS	GE	VD

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	7
		Page	7-3

7.2 ARMÉE (AIDE SPONTANÉE ET AIDE SUBSIDIAIRE)

7.2.1 Introduction / définition

Ce sous-chapitre est valable pour les opérations de secours de l'armée en cas de catastrophes dans le cadre des engagements subsidiaires pour la prévention et la maîtrise des dangers existentiels.

Les engagements militaires d'aide en cas de catastrophe, qui font partie des opérations de sauvegarde des conditions d'existence, aident à la maîtrise des catastrophes d'origine naturelle ou technologiques en Suisse et à sa périphérie. Conformément au principe de subsidiarité, les formations de l'armée peuvent être engagées en faveur des autorités civiles touchées par une catastrophe. Durant toute la durée de l'engagement, les formations désignées de l'armée sont attribuées aux autorités civiles.

Le responsable général civil de l'intervention est désigné par l'EMCC qui assume la responsabilité de la conduite et soutient les autorités dans la préparation des décisions. Il coordonne tous les moyens disponibles engagés dans le secteur d'engagement et communique au chef d'intervention militaire les missions selon le genre d'événement, l'emplacement et l'urgence.

Aide spontanée : aide immédiate à des personnes, des communautés, des animaux, éventuellement des valeurs matérielles, fournie par des personnes individuelles, des formations et des organisations se trouvant à proximité.

Les engagements d'aide spontanée sont généralement effectués dans le propre secteur d'engagement de la formation et durent au plus 2 jours. Le commandant de cette formation détient la compétence de l'engagement.

Lorsqu'un commandant fournit une aide spontanée, il annonce immédiatement cet engagement par la voie hiérarchique à l'état-major de conduite de l'armée (EM cond A).

Subsidiarité : engagement de moyens militaires à la demande des autorités civiles si la mission est dans l'intérêt public (grandes manifestations) – lorsqu'une partie importante du territoire est sinistrée – et si les autorités civiles ne sont plus en mesure de maîtriser la situation sans cette aide par manque de personnel, de matériel ou de temps.

7.2.2 Ressources

En principe toutes les formations de l'armée, mais en pratique et selon le genre d'événement surtout la logistique, les troupes de génie et de sauvetage, les troupes ABC, l'infanterie et les forces aériennes.

7.2.3 Mécanisme de la disponibilité

Au pied levé, sont disponibles :

- Une partie des militaires professionnels et contractuels.
- Une partie du personnel civil.
- Les militaires en service long.
- Les formations de professionnels.
- Les troupes d'intervention.

Après une brève préparation (7 jours), sont en outre également disponibles :

- Les formations accomplissant un service de perfectionnement et des formations d'activité spécialement désignées et ne se trouvant pas en service actuellement.
- Les troupes en dernière phase d'instruction de base.

Ces formations peuvent assumer des opérations subsidiaires de plus vaste envergure que les troupes disponibles au pied levé. Elles augmentent également la capacité de la troupe à durer.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	
	État	01.09.2012
	Chapitre	7
	Page	7-4

7.2.4 Procédure de demande pour l'aide militaire en cas de catastrophe

- Si l'événement ne peut plus être maîtrisé par les forces d'intervention locales, les sapeurs-pompiers, la police et le service sanitaire, le chef d'intervention local civil s'adresse à l'officier de piquet de l'EMCC via la CTA (118), hiérarchiquement supérieur, et lui demande de l'aide. L'EMCC déploie des moyens supplémentaires se trouvant dans son secteur de responsabilité, notamment ceux de la protection civile, des entreprises et des services techniques ainsi que des entreprises privées.
- Si des moyens supplémentaires extra-cantonaux s'avèrent nécessaires pour maîtriser l'événement, l'EMCC adresse une demande d'aide à l'autorité compétente du canton et en avise le Conseil d'Etat.
- L'EMCC collecte les demandes qui arrivent. Selon l'événement, celles-ci peuvent provenir de plusieurs régions et communes. Après une évaluation détaillée des demandes, l'EMCC coordonne l'engagement et engage ses moyens. Ceux-ci proviennent de régions et de communes relevant de sa compétence et qui n'ont pas été frappées par l'événement, à la rigueur de cantons voisins.
- Si les moyens ne suffisent pas, l'EMCC adresse à la région territoriale 1 (rég ter 1) une demande d'aide militaire en cas de catastrophe, préalablement validée par le C EMCC. La demande précise les lacunes dans le dispositif civil et définit d'une part la prestation attendue de la troupe, d'autres parts les délais d'engagement et la durée approximative de la mission. Le cdt rég ter 1 transmet à l'EM cond A la demande accompagnée d'une première appréciation.
- L'EM cond A examine la demande et évalue celle-ci en relation avec la situation globale de la Suisse. Le chef de l'EM cond A décide, sur la base de son appréciation de la situation, s'il peut donner suite à la demande et sous quelle forme. Si la décision est positive, le chef de l'EM cond A désigne le commandant de l'aide militaire en cas de catastrophe, lui donne l'ordre d'engagement et lui subordonne les moyens militaires nécessaires à l'exécution de la mission pour la durée de l'intervention.
- Lors du rapport de coordination avec les autorités locales, les tâches en souffrance (selon leur nature, lieu et degré d'urgence) sont précisées à la troupe.
- Le commandant de l'aide militaire en cas de catastrophe (cdt aide mil cata) désigne un ou plusieurs chefs d'intervention militaires et les charge d'appuyer les autorités civiles avec les moyens militaires prévus à cet effet. L'état final que les autorités civiles souhaitent obtenir doit être communiqué d'une manière claire et nette au cdt aide mil cata.

7.2.5 Schéma de demande d'engagement subsidiaire de l'Armée

Il existe 3 cas de figure :

- En cas de situation extraordinaire, et si l'EMCC est déjà mis sur pied.
- En cas de situation extraordinaire, et si l'EMCC n'est pas mis sur pied.
- Lors de la planification d'une grande manifestation.

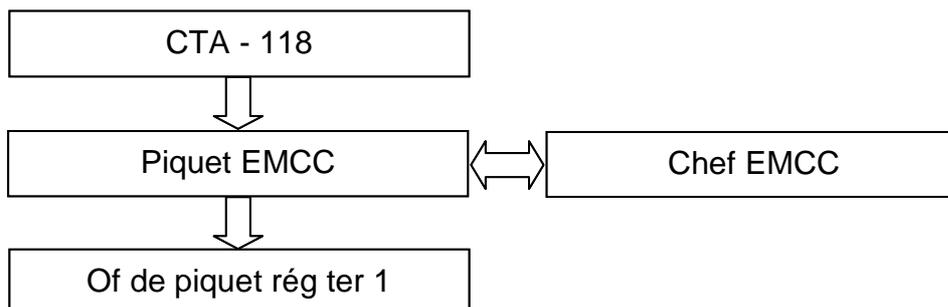
En cas de situation extraordinaire, et si l'EMCC est déjà mis sur pied :

La demande d'aide subsidiaire de l'Armée se fait dans le cadre de l'EMCC.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	7
		Page	7-5

En cas de situation extraordinaire, et si l'EMCC n'est pas mis sur pied :

La demande d'aide subsidiaire de l'Armée est faite à l'officier de piquet de l'EMCC via le CTA (118).



Lors de la planification d'une grande manifestation :

La demande d'aide subsidiaire de l'Armée se fait à l'EMCC.

La demande contient les informations suivantes :

- Type de prestations à fournir (s'il y en a plusieurs, indiquer l'ordre de priorité).
- Prestation quantitative attendue.
- Début de l'engagement.
- Durée de l'engagement.
- Coordonnées de la personne de contact du SSP.

7.2.6 Processus sanitaire

Dans le domaine préhospitalier, le processus sanitaire a pour but d'assurer les prestations sanitaires en matière de prévention, de diagnostic et de thérapie de la prise en charge médicale de base, ainsi que la prise en charge sur place des patients malades ou blessés, selon les principes de la médecine d'urgence, pour autant que cette tâche ne puisse être assumée par des prestataires civils.

Le transport sanitaire le mieux adapté vers l'installation sanitaire militaire ou civile la plus adéquate, fait partie du processus sanitaire.

Dans le domaine hospitalier, le processus sanitaire assure le renforcement d'hôpitaux civils protégés et adéquats et décharge ceux-ci de patients ayant déjà reçu un premier traitement. En cas de besoin, le processus sanitaire assure les prestations sanitaires d'un centre de sauvetage (poste de secours sanitaire élargi).

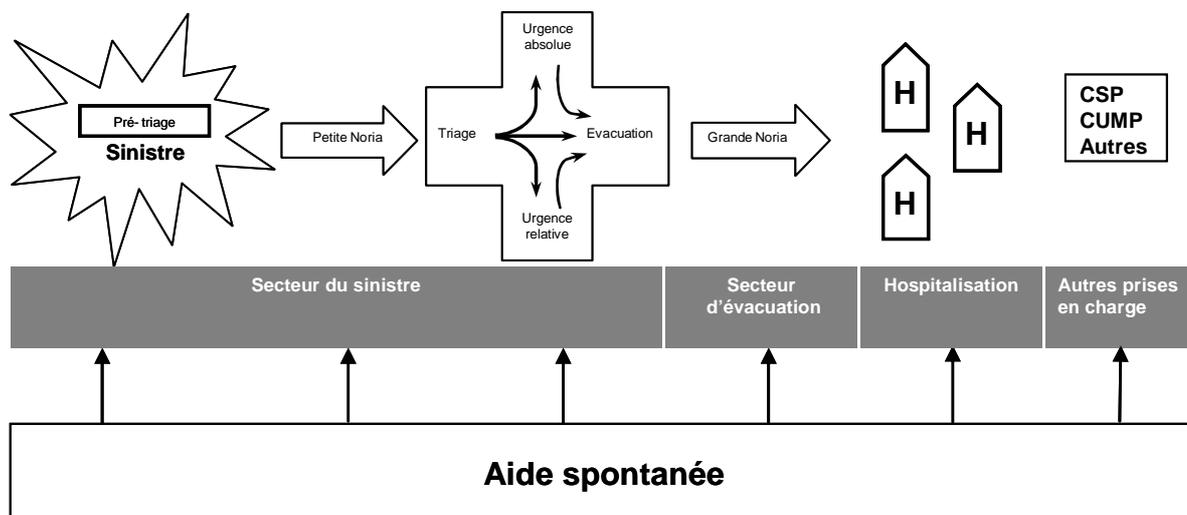
Le processus sanitaire assure le ravitaillement régulier de produits pharmaceutiques, médicaux ou provenant de laboratoires, y compris lors de mesures d'urgence médicales non planifiables dans un délai critique.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	7
		Page	7-6

7.3 CIVILS (AIDE SPONTANÉE)

7.3.1 Introduction / définition

L'aide spontanée est représentée par le soutien que peuvent apporter des civils non-engagés dans la chaîne de sauvetage. Cette aide peut intervenir dans chaque secteur d'intervention.



7.3.2 Type d'aide

- Professionnels de la santé (médecins) : Médecin d'urgence – anesthésiste-réanimateur – médecin de premier recours – psychiatre – orthopédiste-traumatologue – etc.
- Autres professionnels de la santé: infirmier anesthésiste – infirmier spécialisé (anesthésie, soins intensifs, urgence) – infirmier ES ou HES – ambulancier ES – technicien ambulancier – autres
- Professionnels de la santé en formation : étudiant en médecine –étudiants en soins infirmiers– etc.
- Professionnels de la santé à la retraite ou n'exerçant plus activement leur profession (changement d'orientation professionnelle par ex.)
- Samaritains – Secouristes
- Autres : chauffeurs – cuisiniers – ecclésiastiques – donneurs de sang – travailleurs du bâtiment – etc.

7.3.3 Mobilisation / engagement / acheminement

L'engagement de cette aide civile peut être pré-annoncé par une demande aux Centrales d'alarme (144, 118, 117) ou spontanée à tous les niveaux de la chaîne des secours.

- Sur le site du sinistre.
- Aux norias.
- Au PMA.
- Aux Hôpitaux (proximité, CHUV).
- Autres : CSP (Construction sanitaires protégées) – CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) – TIP (Téléphone d'information aux proches).

	DOSSIER SANITAIRE		État	01.09.2012
			Chapitre	7
			Page	7-7

7.3.4 Problèmes liés à l'aide spontanée :

- Recensement des personnes.
- Reconnaissance des compétences.
- Incorporation, délégation.
- Equipement, sécurité.
- Renvoi, refus (incompatibilité entre l'offre et la nécessité).
- Logistique (nourriture, transport, hébergement).
- Assurance des personnes et en responsabilité civile.
- Utilisation de personnel au risque de dégarir d'autres structures.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	8
			Page	8-1

8 CONSTRUCTIONS SANITAIRES PROTÉGÉES

8.1.1 Introduction / définition

La Confédération fixe les conditions cadres concernant les constructions sanitaires protégées. Les cantons ont l'obligation de prévoir l'équivalent en lits d'au minimum 0,6% de la population dans des unités d'hôpital protégées (UHP) et dans des centres sanitaires protégés (CSP). A la différence des unités d'hôpital protégées, les centres sanitaires protégés ne sont pas en liaison directe avec un hôpital.

8.1.2 Unité hospitalière protégée (UHP) "active"

Est désigné comme Unité hospitalière protégée «active» UHP, un hôpital protégé relié à un hôpital exploité pour soins aigus intégré, en vue d'interventions en cas de catastrophes et de situations d'urgence, dans la planification cantonale en matière de catastrophes et qui remplit une fonction spécifique dans le cadre du Service Sanitaire Coordonné (SSC). L'hôpital protégé «actif» fait partie de l'hôpital pour soins aigus et est soumis aux mêmes exigences en matière de qualité. La responsabilité opérationnelle et médicale incombe dans toutes les situations à l'hôpital pour soins aigus (également lors d'un appui subsidiaire fourni par l'armée dans le cadre du SSC).

L'UHP «active» est préparée, sur le plan du personnel et du matériel, à assurer l'accueil et les soins de base à maximum 32 patients (soins à prodiguer) dans les 24 heures.

8.1.3 Centres sanitaire protégés "actifs"

Est désigné comme centre sanitaire protégé «actif», un centre sanitaire protégé sans lien avec un hôpital exploité pour soins aigus ou un ancien poste de secours sanitaire ou, dans des endroits reculés et à titre exceptionnel, un ancien poste sanitaire déjà désigné comme tel, qui sont intégrés, dans la perspective d'interventions en cas de catastrophes et de situations d'urgence, dans la planification cantonale en matière de catastrophes et qui remplissent cette fonction dans le cadre du SSC.

Le centre sanitaire protégé «actif» est préparé sur le plan du personnel et du matériel, à assurer l'accueil et les soins de base à maximum 32 patients (soins à prodiguer) dans les 24 heures.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	8
		Page	8-2

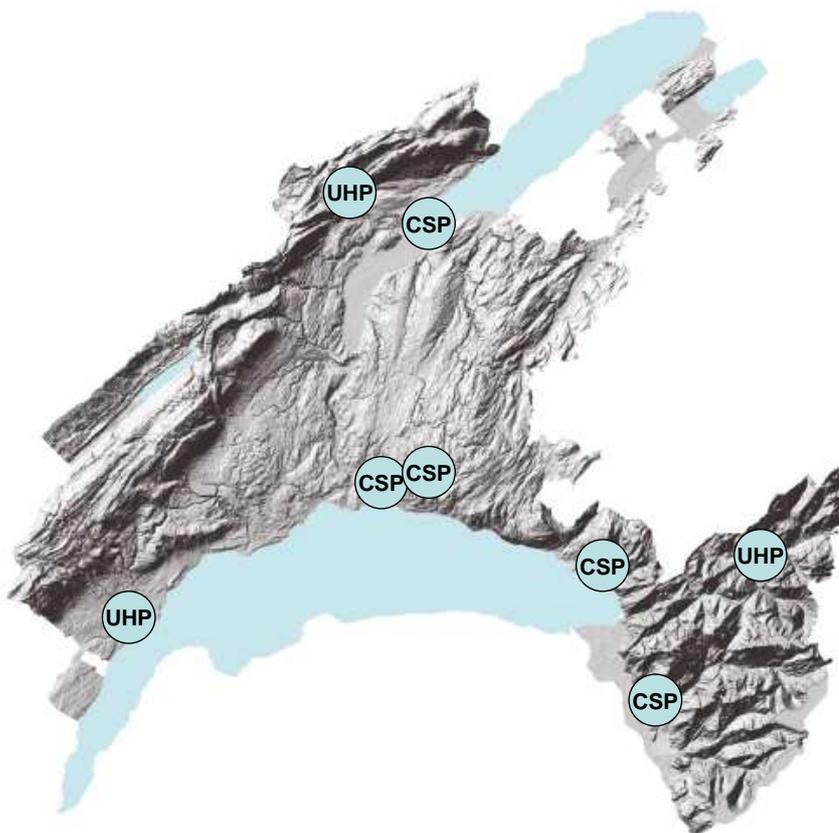
Listes des constructions protégées "actives"

Hôpitaux protégés « actifs »

Hôpital (UHP)	Adresse	Nb de lits de soins de base
Hôpital de zone de Nyon	Chemin Monastier 10 – 1260 Nyon	16
Hôpital Sainte-Croix	Rue des Rosiers 29 – 1450 Sainte-Croix	16
Hôpital du Pays-d'Enhaut	Route de l'Hôpital 17 – 1660 Château-d'Oex	16

Centres sanitaires protégés « actifs »

Centre sanitaire protégé	Adresse	Nb de lits de soins de base
Po att I / CSP	La Planchette – 1860 Aigle	32
PC I / Po att I / CSP	Les Bergières – 1000 Lausanne	32
Po att I / CSP	Grand-Vennes – 1000 Lausanne	32
CSP	Avenue Vinet – 1820 Montreux	32
CSP	Centre Professionnel – 1400 Yverdon	32

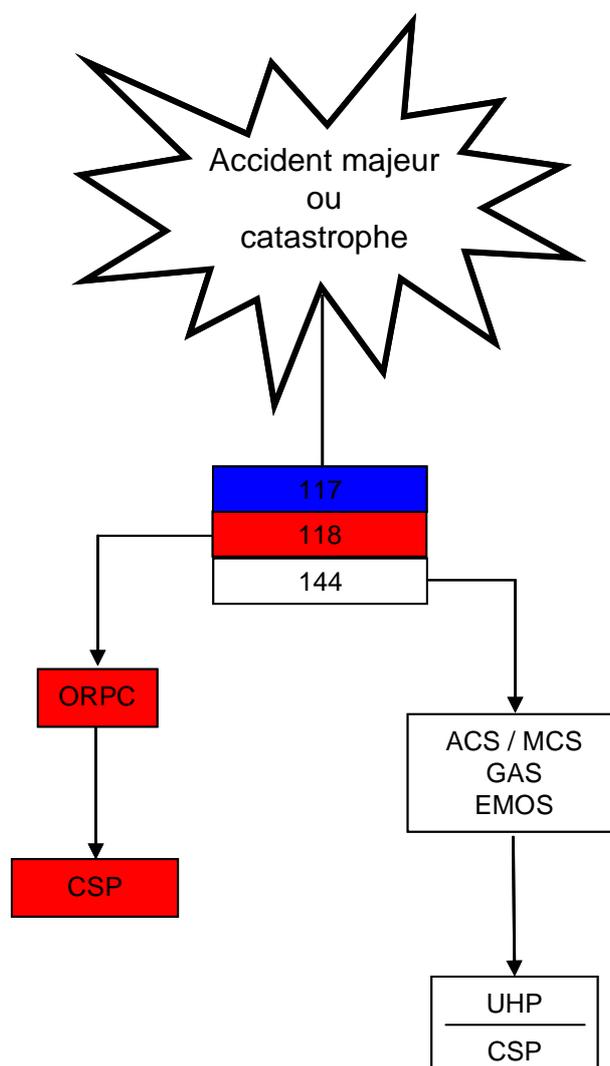


	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	8
			Page	8-3

8.1.4 Plan d'alarme

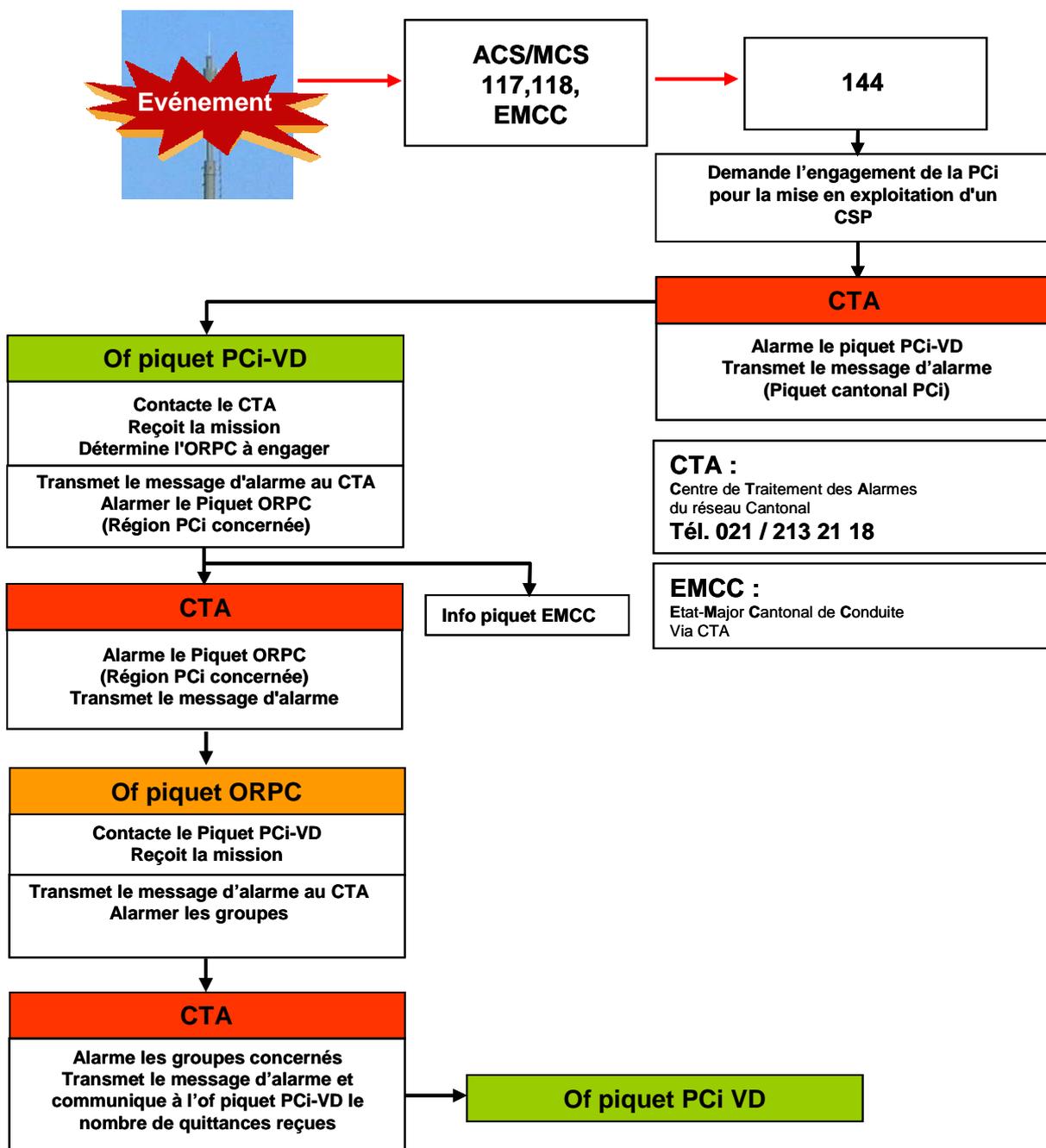
En cas de mise sur pied d'une UHP ou d'un CSP :

Le personnel sanitaire d'exploitation est mobilisé via le 144;



	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	8
			Page	8-4

Les préposés aux constructions de la Protection civile sont mobilisés par l'officier de piquet de la PCi via la CTA 118 pour la mise sur pieds des CSP.



	DOSSIER SANITAIRE	
	État	01.09.2012
	Chapitre	8
	Page	8-5

8.1.5 Entretien et approvisionnement en oxygène

Pour les UHP, la responsabilité pour la maintenance des installations techniques (électricité, eau, oxygène, aération, chauffage, etc.) incombe au propriétaire (hôpital).

Pour les CSP, la responsabilité pour la maintenance des installations techniques (électricité, eau, aération, chauffage, etc.) incombe au propriétaire (communes, organismes responsables).

Entretien des installations techniques :

Dans les UHP « actives » et « inactives » la maintenance technique est assurée par l'hôpital.

Dans les centres sanitaires protégés « actifs » et « inactifs » la maintenance technique est assurée par l'organisation régionale de Protection civile concernée. Les installations d'oxygène fixes ne sont plus exploitables.

Approvisionnement en oxygène médical :

Tous les UHP désignées avec le statut « active » disposent d'un système de qualité « Approvisionnement en oxygène médical » selon la réglementation du 31 août 2005 concernant l'approvisionnement en oxygène médical dans les constructions sanitaires et la réglementation du 15 mai 2007 concernant les bouteilles d'oxygène médical dans les constructions sanitaires protégées.

Les hôpitaux liés à une UHP « active » sont chargés d'assurer la disponibilité d'oxygène médical.

Pour les centres sanitaires protégés « actifs », l'apport d'oxygène est sous la responsabilité de la santé publique et est acheminé par les moyens préhospitaliers (cf. annexe 5 : plan oxygène).

8.1.6 Critères d'exigences pour les constructions «actives»

Critère d'exigences 1 : plan catastrophe / hospitalisation

La désignation « actif » ne s'applique plus qu'aux constructions sanitaires qui sont intégrées, pour des buts sanitaires (accueil des patients), dans la planification d'interventions en cas de catastrophes et de situations d'urgence de l'hôpital et / ou du canton.

Critère d'exigences 2 : préparation en personnel

Les constructions sanitaires « actives » sont préparées par le canton, sur le plan du personnel et du matériel, à assurer l'accueil et les soins de base pour 32 patients au minimum (soins à prodiguer). La préparation à l'admission est assurée, dans le cadre des plans de catastrophes (hôpital/canton) par leur propre personnel médical (personnel d'hôpital, protection civile, samaritains, tiers).

Critère d'exigences 3 : disponibilité accrue

Les hôpitaux protégés/centres sanitaires protégés « actifs » doivent, dans le cadre des plans de catastrophes (hôpital/canton), être totalement ou partiellement opérationnels dans les 24 heures pour accueillir des patients (pas d'utilisation annexe des locaux avec des installations fixes). La disponibilité accrue (sur le plan technique et du personnel) est assurée, par l'intermédiaire d'un hôpital ou du canton concerné) par leur propre personnel (p.ex. personnel d'hôpital, protection civile, samaritains, tiers et gardes d'installation).

Critères d'exigences 4 : approvisionnement en oxygène médical

(ne concerne que les hôpitaux protégés « actifs »). Chaque UHP « active » dispose d'un système de qualité « approvisionnement en oxygène médical » selon la réglementation du 31 août 2005 concernant l'approvisionnement en oxygène médical dans les constructions sanitaires et la réglementation du 15 mai 2007 concernant les bouteilles d'oxygène médical dans les constructions sanitaires protégées.

8.1.7 Hôpitaux et centres sanitaires protégés «inactifs»

Est désigné comme UHP ou un centre sanitaire protégé « inactif », un hôpital protégé ou un centre sanitaire protégé qui, en temps de paix, ne remplit aucune fonction sanitaire dans la perspective d'interventions en cas de catastrophes et de situations d'urgence (ni comme centre de traitement ni comme centre de soins).

Tous les autres UHP et centres sanitaires protégés avec la désignation « inactif » se limitent, en ce qui concerne la disponibilité, à l'éventualité d'un conflit armé. Ils peuvent donc toujours être utilisés également pour des buts non sanitaires, mais doivent pouvoir être disponibles pour permettre la montée en puissance.

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	8
		Page	8-6

Une construction sanitaire protégée «inactive» ne signifie en aucun cas qu'elle est «désaffectée».

La disponibilité de l'hôpital (ou du centre sanitaire) protégé «inactif» n'entre en ligne de compte qu'en cas d'un conflit armé.

8.1.8 Listes des hôpitaux et centre sanitaires protégés "inactifs"

Hôpitaux protégés "inactifs"

Hôpital (UHP)	Adresse
CHUV Lausanne	Rue du Bugnon 46 – 1011 Lausanne
Hôpital Payerne	Avenue de la Colline 3 – 1530 Payerne
Hôpital Yverdon-les-Bains	Rue d'Entremonts 11 – 1400 Yverdon
Hôpital Riviera, site du Samaritain	Boulevard Paderewski 3 – 1800 Vevey 1

Centres sanitaires protégés "inactifs"

Centre sanitaire protégé	Adresse
CSP – Sous l'Hôpital	Rue de Trévelin 67 – 1170 Aubonne
CSP	La Cible – 1880 Bex
PC I / Po att I / CSP Centre Scolaire Sud	Route de la Chamberonne – 1022 Chavannes-près-Renens
PC II réd / Po att II / CSP	Praz Routoz – 1071 Chexbres
PC II réd / Po att II / CSP	Sur le Mont – 1562 Corcelles-près-Payerne
CSP	Le Grabe – 1040 Echallens
PC I / Po att I / CSP	Le Croset – 1024 Ecublens
CSP	Collège Secondaire des Tuilières Rue du Collège – 1196 Gland
CCIG Gollion (Po att I / CSP)	Route de Gollion – CCPP – 1124 Gollion
La Tuilière (prison) (CSP)	Chemin des Peupliers 4 – 1027 Lonay
Petit-Dézaley (PC I / CSP)	1110 Morges
EMS Oasis (CSP)	Avenue de Bussy 6 – 1510 Moudon
Le Rocher (CSP)	1260 Nyon
Mallieu (CSP)	1009 Pully
CACIB (PC I / Po att I / CSP)	Avenue des Baumettes – 1020 Renens
Cotterd (Po san)	1585 Bellerive
Rue du Simplon (Po san)	1337 Vallorbe

8.1.9 Bases légales

- Directives concernant la disponibilité des hôpitaux protégés et des centres sanitaires protégés, SSC et OFPP, 03.01.2011, Berne, valables dès le 1^{er} janvier 2012.
- Réglementation du 31 août 2005 de l'Office fédéral de la protection civile concernant l'approvisionnement en oxygène médical dans les constructions du service sanitaire.
- Réglementation du 15 mai 2007 de l'Office fédéral de la protection civile concernant l'approvisionnement en bouteilles d'oxygène médical dans les constructions protégées du service sanitaire.
- Règlement du 23 avril 2008 sur le service sanitaire en cas de situation particulière, d'accident majeur ou de catastrophe (RSSan).

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	9
			Page	9-1

9 GLOSSAIRE

ACV	Administration cantonale vaudoise
ACS	Ambulancier chef des secours
ACVS	Association cantonale vaudoise des samaritains
AIG	Aéroport international de Genève
AMOV	Association des médecins omnipraticiens vaudois
ARESA	Association des responsables d'exploitation des services d'ambulances
ASA	Association suisse des ambulanciers professionnels
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASIMC	Académie suisse intégrée de médecine militaire et de catastrophe
ASS	Alliance suisse des samaritains
AVCP	Association vaudoise des cliniques privées
AVDEMS	Association vaudoise d'Etablissements médico-sociaux
AVP	Accident sur la voie publique
AVPU	Alert Verbal Pain Unconscious
BOS	Bureau ORCA sanitaire (CMSU, SSP)
CAE	Centrale d'alarme et d'engagement de la Police de Lausanne
Cell Com	Cellule de communication
CellPsy	Cellule d'aide psychologique d'urgence
CASU	Centrale d'appels sanitaires urgents
CDRU	Comité directeur de régionalisation des urgences
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDSAS	Chef du Département de l'Action Sociale et de la Santé
CECA	Cellule Catastrophe (plan catastrophe Valais)
CEM	Chef d'état major
CEFOCA	Centre de formation en médecine de catastrophe (CHUV)
CET	Centrale d'engagement et de transmission de la Police Cantonale
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIG	Chef de l'intervention générale
CIR	Centre d'intervention régionale de la Police Cantonale
CMS	Centre médico-social
CMSU	Commission pour les mesures sanitaires d'urgence (SSP)
COPIL	Comité de pilotage
CORFA	Commission romande de formation ambulancière
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
CRS	Croix Rouge suisse

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	9
		Page	9-2

CSP	Centre sanitaire protégé (= ex-PSS, Poste sanitaire de secours)
CSP	Construction sanitaire protégée (= CSP + UHP)
CSSC	Centre de soins et de santé du Balcon du Jura vaudois, Ste-Croix
CSU	Centre de secours et d'urgence
CTA	Centrale traitement des alarmes
CTMG	Centrale téléphonique des médecins de garde
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique
DDPS	Département fédéral de la défense, de la Protection de la population et des sports
DIAM	Directives pour l'engagement des secours en cas d'accident majeur à Lausanne (plan catastrophe de la Ville de Lausanne)
DPC	Division Presse et communication, PolCant
DPMA	Détachement PMA du GSL
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale (Etat de Vaud)
DSC	Division de la Sécurité Civile du SPSL
DES	Département de la sécurité et de l'environnement (Etat de Vaud)
DSI	Division sécurité et incendie
ECA	Etablissement cantonal d'assurance contre l'incendie et les dangers naturels
EHC	Etablissement hospitalier de la Côte
EHNV	Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois
EM	Etat-major
EM cond A	Etat-major de conduite de l'armée
EMCC	Etat-major cantonal de conduite
EMOS	Equipes mobiles ORCA sanitaire
EMS	Etablissement médico-social
EPP	Equipement de protection personnelle
FAR	Force d'appui régional (disponible dans les 6 h), PCi
FEDEREMS	Fédération patronale des EMS
FIR	Force d'intervention rapide (disponible dans l'heure), PCi
FMH	Fédération des médecins suisses
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
FIP	Fiche d'intervention préhospitalière
FUS	Fondation Urgences Santé
GAS	Groupe d'appui samaritains
GCS	Glasgow Coma Scale
GHOL	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique, Nyon-Rolle
GIS	Groupe d'intervention sanitaire du SSI (ancien nom du DPMA)

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>		État	01.09.2012
			Chapitre	9
			Page	9-3

GRIMCA	Groupe romand d'intervention médicale en cas de catastrophe
GRSP	Groupement Romand des Services de Santé Publique
GSL	Division Groupe sanitaire du SPSL
GRIMP	Groupe de Reconnaissance et d'Intervention en Milieu Périlleux
GT	Groupe de travail
HC-CHUV	Hospices cantonaux - CHUV
HDC	Hôpital du Chablais, Aigle-Monthey
HEL	Hôpital de l'Enfance (CHUV)
HIB	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne-Estavayer
HP	Hôtel de Police, Lausanne
IAS	Interassociation de Sauvetage
INCA	Plan catastrophe du CHUV
IRA	Institut de Radiophysique Appliquée
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
JIC	Juge d'instruction cantonal
LSP	Loi vaudoise sur la santé publique
MCPC	Division du Médecin cantonal et du Pharmacien cantonal (SSP)
MCS	Médecin chef des secours
MSU	Mesures sanitaires d'urgence (SSP)
NRBCE	Risques Nucléaire Radiologique Biologique Chimique Explosion
NRC	Risques Nucléaire Radiologique Chimique
OCVS	Organisation cantonale valaisanne des secours
OF	Officier
OFAE	Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMSV	Organisme médico-social vaudois
OPC	Officier de permanence de la police cantonale
ORCA	Organisation et coordination des secours en cas d'accident majeur ou de catastrophe
ORCAF	ORCA Fribourg
ORCAN	ORCA Neuchâtel
ORPC	Organisation régionale protection civile
OSIRIS	Organisation de l'intervention dans les situations exceptionnelles (Genève)
PCE	Poste de commandement de l'engagement (front)
PCi	Protection civile
PCO	Poste de commandement des opérations (arrière)
PMA	Poste médical avancé

	<h1>DOSSIER SANITAIRE</h1>	État	01.09.2012
		Chapitre	9
		Page	9-4

PMU	Policlinique médicale universitaire
PoICant	Police cantonale
ProtPop	Protection de la population
PRV	Point de rassemblement des victimes
REGA	Garde aérienne suisse de sauvetage
Cdt rég ter 1	Commandant de région territoriale 1
REMU	Renfort médical urgent
RNAPU	Réseau national pour l'aide psychologique d'urgence
SAE	Système informatique d'aide à l'engagement
SAP	Système d'acheminement des patients
SATU	Société des ambulanciers techniciens d'urgence
SDIS	Service de défense incendie et secours
SESA	Service des Eaux, Sols et Assainissement
SEVEN	Service de l'Environnement et de l'Énergie
SFFN	Service des Forêts, de la Faune et de la Nature
SG	Secrétariat général
SII	Service d'information et d'intervention (SSC)
SRC	Swiss Resuscitation Council
SMEDREC	Commission suisse de médecine d'urgence et de sauvetage
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SPL	Service de psychiatrie de liaison (CHUV)
SPSL	Service de protection et de sauvetage, Ville de Lausanne
SSC	Service sanitaire coordonné
SSCM	Service de la Sécurité Civile et Militaire
SSMUS	Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage
SSO	Soutien sanitaire opérationnel
SSP	Service de Santé Publique
SVM	Société Vaudoise de Médecine
TA	Technicien ambulancier
TIP	Téléphone d'information à la population
TOC	Traitement des opérations en cours
UHP	Unité hospitalière protégée (= ex-COP, Centre Opérateur Protégé)
URG	Service des Urgences (CHUV)
VSS	Véhicule de soutien sanitaire

 ORGANISATION EN CAS DE CATASTROPHE	DOSSIER SANITAIRE	État	01.09.2012
		Chapitre	10
		Page	10-1

10 ANNEXES

Annexe 1 : Schéma de montée en puissance

Annexe 2 : Chasubles du dispositif cantonal

Annexe 3 : Cahier des charges ACS - MCS

Annexe 4 : Inventaire matériel du VSS

Annexe 5 : Plan oxygène

Annexe 6 : Le profil des représentants de la santé publique dans l'EMCC

Montée en puissance sanitaire



	1	2	3
Scénario	N = 10-20 blessés et/ou situation particulière*	N = 20-50 blessés	N > 50 blessés
Dispositif sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - PC sanitaire - DPMA/VSS - GAS 	<ul style="list-style-type: none"> - PC sanitaire - DPMA/VSS supplémentaire - GAS - EMOS régionales - Renfort de conduite sanitaire - év. GRIMCA 	<ul style="list-style-type: none"> - PC sanitaire - DPMA/VSS supplémentaire - GAS - EMOS Vaud - Renfort de conduite sanitaire - GRIMCA
Dispositif ORCA	Piquet EMCC alerté	EMCC infra-ORCA	EMCC ORCA
Lieu de Travail	Site et/ou PC sanitaire	Site et/ou PCE	Site et/ou PC
Missions ACS/MCS	Conduite opérationnelle du dispositif sanitaire	Conduite opérationnelle du dispositif sanitaire Intégration au PCE (ACS ou MCS)	Conduite opérationnelle du dispositif sanitaire Intégration au PCE (ACS ou MCS)

* Environnement inhabituel – multisites – risque NRBCE

Chasubles des fonctions sanitaires VD / 1

Ambulance		
		Ambulancier Leader <u>Dépositaire</u> : Toutes les ambulances d'urgence type C du canton de Vaud
		Pré-Triage <u>Dépositaire</u> : Toutes les ambulances d'urgence type C du canton de Vaud
Ambulancier Chef des Secours & Médecin Chef des Secours (ACS & MCS)		
		Ambulancier Chef des Secours <u>Dépositaire</u> : Tous les ACS à titre personnel
		Médecin Chef des Secours <u>Dépositaire</u> : Tous les MCS à titre personnel

Chasubles des fonctions sanitaires VD / 2

Poste Médical Avancé (PMA)		
		<p style="text-align: center;">Chef PMA</p> <p><u>Dépositaire</u> : Véhicule de Soutien Sanitaire VSS</p>
		<p style="text-align: center;">Médecin Chef PMA</p> <p><u>Dépositaire</u> : Véhicule de Soutien Sanitaire VSS</p>
		<p style="text-align: center;">Médecin DPMA</p> <p><u>Dépositaire</u> : Tous les médecins du Détachement PMA à titre personnel</p>
		<p style="text-align: center;">Ambulancier DPMA</p> <p><u>Dépositaire</u> : Tous les ambulanciers du Détachement PMA à titre personnel (existe en version « Ambulancière »)</p>
		<p style="text-align: center;">Infirmière DPMA</p> <p><u>Dépositaire</u> : Toutes les infirmières du Détachement PMA à titre personnel (existe en version « Infirmier »)</p>

Chasubles des fonctions sanitaires VD / 3

Poste Médical Avancé (PMA) suite

		Technicien Ambulancier DPMA <u>Dépositaire :</u> Tous les techniciens ambulanciers du Détachement PMA à titre personnel
		Secouriste DPMA <u>Dépositaire :</u> Tous les secouristes du Détachement PMA à titre personnel

Chasubles des fonctions sanitaires VD / 4

Groupe d'Appui Samaritain (GAS)		
		<p>Direction GAS <u>Dépositaire</u> : Le président de l'Association Cantonale Vaudoise des Samaritains et le responsable GAS cantonal</p>
		<p>Chef de Groupe GAS <u>Dépositaire</u> : Tous les Chefs de Groupe GAS à titre personnel</p>
		<p>Samaritain GAS <u>Dépositaire</u> : Tous les Samaritains intégrés au GAS à titre personnel</p>
Cellule Psychologique (CelPsy) Lausanne		
		<p>Soutien Psychologique Coordinateur <u>Dépositaire</u> : Les coordinateurs de la CelPsy de Lausanne à titre personnel</p>
		<p>Soutien Psychologique <u>Dépositaire</u> : Le personnel de la CelPsy de Lausanne à titre personnel</p>

Binôme de conduite sanitaire ACS – MCS

Cahier des charges

(Adopté par la CMSU le 17 mai 2011)

Le masculin est utilisé indifféremment pour les deux sexes

Ambulancier chef des secours (ACS)	Médecin chef des secours (MCS)
<p>1. Titre</p> <p>Ambulancier chef des secours (ACS)</p>	<p>1. Titre</p> <p>Médecin chef des secours (MCS)</p>
<p>2. Subordonné à</p> <p><i>Pour la planification et la préparation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le médecin cantonal, respectivement le médecin responsable ORCA/DIAM <p><i>Pour les phases opérationnelles :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le Médecin Chef des Secours (MCS) <p><i>Peut être remplacé par / ou remplace le MCS</i></p>	<p>2. Subordonné à</p> <p><i>Pour la planification et la préparation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le médecin cantonal, respectivement le médecin responsable ORCA/DIAM <p><i>Pour les phases opérationnelles :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le chef d'intervention général - la cellule de crise SSP <p><i>Peut être remplacé par / ou remplace l'ACSA</i></p>
<p>3. Subordonnés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les intervenants sanitaires non médicaux sur site (professionnels et non professionnels) 	<p>3. Subordonnés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les intervenants médicaux sur site
<p>4. Missions générales du binôme ACS - MCS (par principe, le binôme est indissociable)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduire le service sanitaire dans le secteur du sinistre - Définir la stratégie générale d'intervention - S'assurer de la sécurité des intervenants sanitaires - Etre l'interlocuteur privilégié du service sanitaire de la zone sinistrée envers les partenaires (PCE vs PCO) - Faire circuler le flux des informations sanitaires - Assurer la traçabilité des impliqués - Déclarer, avec les partenaires concernés, la fin de l'intervention sanitaire 	

Ambulancier chef des secours (ACS)	Médecin chef des secours (MCS)
<ul style="list-style-type: none"> - En cas de nécessité, participer/organiser un débriefing 	
<p>5. Missions spécifiques de l'ACS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôler la pertinence des mesures déjà entreprises (priorités, sectorisation, moyens engagés, etc.) et, au besoin, appliquer les mesures correctives / supplémentaires nécessaires - Conduire le dispositif sanitaire dans le secteur du sinistre (infrastructures, matériel, véhicules et personnel sanitaire non médical) 	<p>5. Missions spécifiques du MCS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôler la pertinence des mesures déjà entreprises (triage, traitement, priorité de transport) et, au besoin, appliquer les mesures correctives / supplémentaires nécessaires - Conduire le personnel médical dans le secteur du sinistre
<p>6. Profil de compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulancier diplômé expérimenté, nommé par le SSP sur préavis de la CMSU - Certificat Ambulancier chef des Secours CEFOCA – SFG – SSMUS – ASIMC 	<p>6. Profil de compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin expérimenté, nommé par le SSP sur préavis de la CMSU - AFC Médecin d'urgence SSMUS (ou l'équivalent) - Certificat Médecin-chef des Secours CEFOCA - SFG - SSMUS - ASIMC
<p>7. Astreinte opérationnelle du binôme ACS - MCS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piquet 24h/24, 365 jours par an, alarmé par la CASU 144. - Prise de contact immédiate avec la CASU 144. - Se coordonne pour le déplacement sur le site. 	
<p>8. Critères d'alarme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dès 10 impliqués annoncés - Dès 5 vecteurs de transport sanitaires engagés pour la même intervention - Situations particulières : <ul style="list-style-type: none"> • Événements particuliers (p. ex. NRBCE, opération de police d'envergure, phénomènes naturels, etc.) • Nombreux intervenants ProtPop. exposés à un danger particulier - Alarme en 2^{ème} échelon : <ul style="list-style-type: none"> • Demande de l'ambulancier leader, du médecin SMUR/REMU/REGA sur site • Demande des partenaires ProtPop., officiers de permanence des organisations partenaires 	
<p>9. Engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le binôme de conduite ACS - MCS est compétent pour décider du début et de la fin de son engagement - Dès l'alarme, le binôme ACS - MCS endosse la responsabilité de la conduite de l'intervention 	

Ambulancier chef des secours (ACS)	Médecin chef des secours (MCS)
<p>10. Formation continue et exercices nécessaires au maintien de la certification de l'ACS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux critères de maintien de la certification de l'ambulancier chef des secours CEFOCA - SFG - SSMUS – ASIMC, par acquisition de crédits délivrés par l'organe compétent 	<p>10. Formation continue et exercices nécessaires au maintien de la certification du MCS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux critères de maintien de la certification du médecin chef des secours CEFOCA - SFG - SSMUS – ASIMC, par acquisition de crédits délivrés par l'organe compétent
<p>11. Rapport de mission</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un rapport de mission doit être complété sur le formulaire ad hoc (annexe) pour chaque alarme et restitué au Bureau ORCA sanitaire (BOS) de la CMSU 	
<p>12. Bases légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi sur la santé publique du 29 mai 1985 - Règlement sur l'organisation et la coordination des secours en cas d'accident majeur ou de catastrophe du 5 juillet 2006 - Règlement sur le service sanitaire en cas de situation particulière, d'accident majeur ou de catastrophe du 23 avril 2008 - Règlement sur les urgences préhospitalières et le transport des patients du 26 janvier 2011 	

Annexe : Rapport de mission du MCS et de l'ACS

Annexe 4

	Service de Protection et Sauvetage Lausanne Division Groupe Sanitaire Détachement PMA
	<h2><u>Matériel VSS</u></h2>

Etat au 10.07.2012

Flanc G	
Sac PMA suspendu Cat. I	4
Caisse PMA Cat. I /1 (Ventilation)	1
Caisse PMA à tiroirs Cat. I/2 (Injection - Médicaments)	1
Sac PMA Cat. II	3
Sac PMA suspendu Cat. II	1
Caisse PMA Cat. II	1
Sac PMA Cat. III	3
Sac PMA suspendu Cat. III	1
Caisse PMA Cat. III	1
Sac pédiatrie	2
Cylindre oxygène 5 litres	6
Poubelle PMA	5
Sharp-Safe 2.5 litres	2
Triopan® signalisation catégories + servitudes PMA 60cm	22
Panneau PMA avec accessoires	2
Caisse Eau minérale (12 X 1.5l ou 2.0 l)	2
Caisse Réserve minerves	1
Caisse Réserve ventilation	1
Caisse Réserve injection – IV	1
Caisse Réserve perfusions	1
Caisse Réserve pansements	1
Valise Médicaments urgence + IV	1
Valise Médicaments	1
Valise Intoxications – Brûlures	1
Valise Consultation	1
Valise Intraosseuse	1
Caisse Rampes oxygène avec accessoires et raccords	2
Caisse Eclairage – Electricité	1
Génératrice	2
Enrouleur 50m	2
Jerrican SP95 10lt	1
Valise RAD57	1
Valise Tox CO+	1
Caisse à outils	1
Caisse Secrétariat 1	1
Caisse Secrétariat 2	1
Panneau Gestion PMA	2
Panneau blanc sur trépied	1
Défibrillateur Zoll® M-Serie avec accessoires	2
Propaq® LT avec accessoires	4
Aspiration Laerdal®	4
Valise chauffe-perfusions (12V)	1

Flanc D	
Sac d'intervention avec oxygène	10
Chaise Stryker®	2
Civière MIBS avec accessoires	4
Sac thermique pour civière MIBS	4
Tente gonflable 4X4 avec accessoires et cylindre de réserve	1
Sac de couchage pour hypothermie	4
Manchette à perfusion pour hypothermie	4
Planche de sauvetage	10
Planche de sauvetage pédiatrique avec accessoires	2
Sac immobilisation	10
Barquette de sauvetage	4
Sac accessoires barquette (y.-c. élingue + couverture)	4
Matelas vacuum avec accessoires	2
Set attelles vacuum avec accessoires	2
Set attelles carton GD avec accessoires	2
Set attelle carton PT avec accessoires	2
Sac assurance - Main-courante	2
Gilet de sauvetage automatique	2
Corde de sauvetage aquatique (dans sac à lancer)	1
Set de triage	2
Projecteur LED	2
KED	2
Civière à aubes avec accessoires	2
Bâche matériel	1
Glacière à compresseur	1
Caisse Accessoires glacière	1
Caisse Désinfection – Protection	1
Caisse Matériel sécurité	1
Caisse Amputation (isothermique)	1
Caisse Subsistance	1
Caisse Couvertures alu	1
Caisse Chasubles	1
Distributeur à gants nitrile (y compris 4 boîtes de gants)	1
Parapluie	4
Valise éclairage Peli® 9460	2

Compartiment central	
<i>Chariot I</i>	
Civière	20
Support civière avec accessoires	10
Caisse Couvertures / Protection	3
Planche de Sauvetage	1
Civière à aubes	1
Support pour sacs PMA avec accessoires	2
Support pour caisse PMA à tiroirs Cat. I/2	1
<i>Chariot II</i>	
Tente TM54 avec accessoires	1
Sac éclairage tente	1
Caisse haubanage tente + ballon	1
Paillason caoutchouc	4
WC avec accessoires (y.-c. tente)	1
Sac « Hygiène » avec accessoires	1
Ballon lumineux Airstar®	1
Trépied pour ballon lumineux Airstar®	1
<i>Véhicule</i>	
Table	3
Banc	6
Escabeau	1
Set matériel de nettoyage	1
Chauffage pour TM54	1
Tube de chauffage pour TM54 avec manche à air	1
Cylindre oxygène 15 litres (4) ou 10 litres (6)	4 / 6
Chariot de transport	1
Balais	1
Brosse et ramassoire	2
Gaffe télescopique	1
Distributeur à papier	1
Cône de signalisation	12
Support pour chaîne de barrage	12
Chaîne de barrage, lot de 20m	4

Compartiment latéral inférieur D	
Extincteur	1
Triopan® 90cm	2
Lampe signalisation	2
Lampe de gabarit PowerFlare	4
E-flare avec accessoires (4)	4
Set de cônes pliables (4)	2
Cordon 230V + raccord alimentation véhicule	1
Chaînes à neige Track®	2
Outil de force	1
Coupe-boulons	1
Lot de bord Renault Trucks	1
Racloir et chiffons (2)	1
Couverture de protection – portage	1
Gants (paire)	2
Rubalise (rouleau)	1
Cabine	
Radio POLYCOM fixe	1
Radio POLYCOM portable avec accessoires (y.-c. 1 chargeur 230V - 6 positions)	6
Chargeur radio POLYCOM 12V	1
Etui radio POLYCOM avec support ceinture	6
Radio VHF fixe	1
Cartable inventaire VSS (derrière dossier siège passager)	1
Projecteur LED	1
Lampe torche	1
Gilets fonction PMA (Chef PMA & Médecin Chef PMA)	2
Ordinateur (y compris boîtier GPS Bluetooth)	1
Lampe frontale	2



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS
Dpt des Centres Interdisciplinaires et de la Logistique Médicale (DCILM)
Direction Construction, Ingénierie et Technique (CIT)

Plan oxygène, oxygène de réserve pour le service sanitaire ORCA

OBJET

Cette procédure décrit la mise à disposition d'une réserve d'oxygène pour le service sanitaire ORCA en cas de nécessité.

En raison de la désaffectation en oxygène des CSP et UHP, il est nécessaire d'utiliser l'oxygène en réserve en cas d'ouverture d'un centre ou d'une unité.

Les VSS sont équipés des rampes permettant le raccordement des bouteilles au système de distribution.

RESPONSABILITES

La mise en place et la maintenance de la fonctionnalité de cette procédure est sous la responsabilité du médecin MSU/ORCA et du chef DPMA.

DOCUMENTS ET TEXTES DE REFERENCE

Ce protocole s'inscrit dans le cadre légal fixé par la Loi sur la santé publique du 25 mars 2009 et le Règlement sur le service sanitaire en cas de situation particulière, d'accident majeur ou de catastrophe du 23 avril 2008.

PROCEDURE

Cette procédure s'établit en 3 phases :

1. Alarme : L'alarme se fait sur demande du binôme de conduite ACS - MCS au 144 Vaud en mentionnant le lieu de livraison souhaitée et la personne de référence. Le 144 Vaud :
 - a. prend contact avec la centrale d'aide à l'engagement du SPSL au 021 315 31 18 afin de demander qu'une équipe de sapeurs-pompiers vienne chercher au COP du CHUV, avec un véhicule du SPSL, 2 châssis de 6 bouteilles d'oxygène de 50 l. Le 144 Vaud leur indique le lieu de livraison et la personne de contact. Le 144 Vaud leur demande l'heure estimée de l'équipe du SPSL à l'entrée du COP du CHUV.
 - b. Jours ouvrables (Lu-Ve 07h-16h) : prend contact avec l'atelier sanitaire via le CDC (Centre de contrôle / tél. 021 314 64 00) du CHUV pour l'avertir de l'arrivée d'un véhicule du SPSL à l'entrée du COP du CHUV pour venir chercher 6-12 bouteilles d'oxygène de 50 l. Le 144 Vaud leur indique l'heure estimée d'arrivée de l'équipe du SPSL à l'entrée extérieure du COP du CHUV.
 - c. Nuits (16h-07h), week-end et jours fériés : prend contact avec le technicien de garde via le CDC (Centre de contrôle / tél. 021 314 64 00) du CHUV pour l'avertir de l'arrivée d'un véhicule du SPSL à l'entrée du COP du CHUV pour venir chercher 6-12 bouteilles d'oxygène de 50 l. Le 144 Vaud leur indique l'heure estimée d'arrivée de l'équipe du SPSL à l'entrée extérieure du COP du CHUV. En cas d'interventions multiples, le technicien de garde devra faire appel au piquet sanitaire à domicile et ainsi rallonger le délai d'aide au SPSL (20 à 40').
2. Prise en charge du matériel : L'équipe du SPSL vient stationner à l'entrée du COP, va chercher les châssis contenant 6 bouteilles de 50 litres d'oxygène dans le local dédié (BH-05.149) dans le COP du CHUV, l'achemine à leur camion via la rampe d'évacuation externe du COP avec l'aide du technicien de garde du CDC et du chariot élévateur du COP du CHUV. Ensuite, l'équipe de sapeurs-pompiers achemine ce stock d'oxygène au lieu de livraison signalé. Le délai de départ idéal entre

l'alarme et le départ du véhicule du SPSL du COP avec stock d'oxygène chargé ne doit pas excéder de 45 minutes.

3. Rétablissement : Toutes les bouteilles non utilisées doivent être restituées dans leur état d'origine et d'utilisation sur son lieu de stockage habituel (COP du CHUV). Toutes les bouteilles utilisées seront signalées par le chef PMA à l'atelier sanitaire (pendant les jours ouvrables) afin de pouvoir être remplies, remises en état et ainsi être réintégrées dans le stock du COP du CHUV.

Le stock de bouteilles d'oxygènes à l'intention du service sanitaire ORCA doit être vérifié une fois par année par qui de droit (selon entente entre le chef PMA de Lausanne et le chef atelier sanitaire du CHUV).

Schéma d'accès depuis l'extérieur au COP du CHUV



**Entrée
externe
du COP
du CHUV**



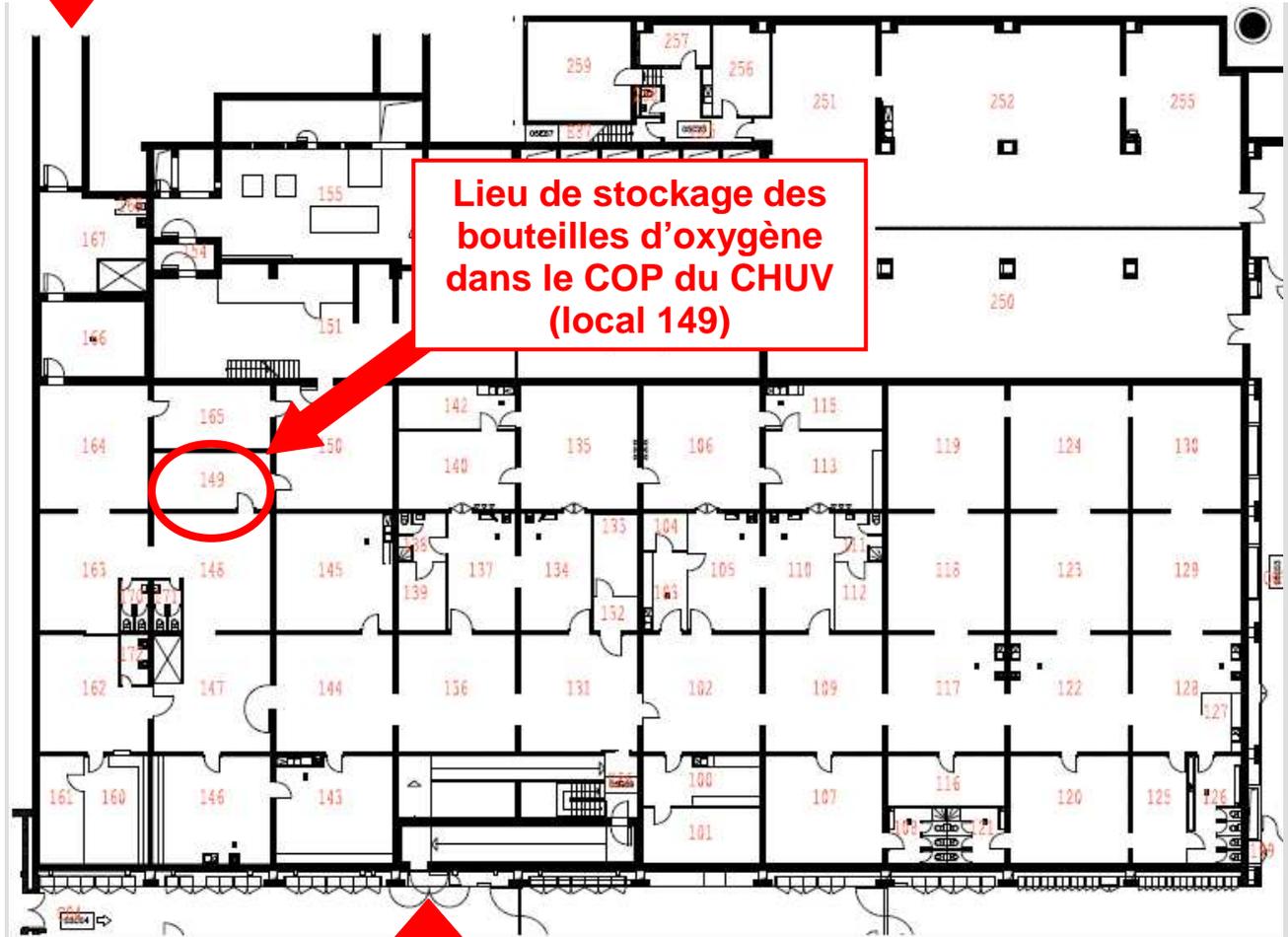
Plan du lieu de stockage des bouteilles d'oxygène dans le COP du CHUV

Plan du COP du CHUV – BH-05 (ref. logiciel CILO sur Intranet du CHUV, situation au 16.06.2008)

**Entrée externe du
COP du CHUV
(cf. photos du
tunnel d'accès)**

**Lieu de stockage des
bouteilles d'oxygène
dans le COP du CHUV
(local 149)**

**Entrée interne du
COP du CHUV
(par BH 05)**



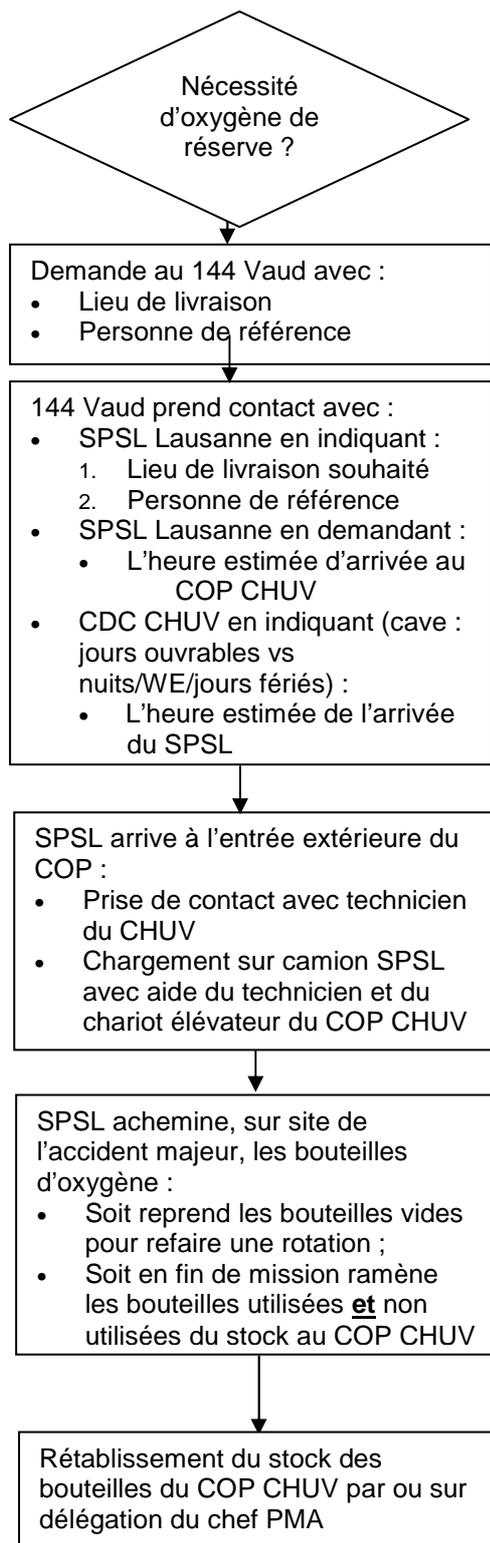
Photos du tunnel d'accès au COP et au lieu de stockage des bouteilles d'oxygène dans le COP (local 149)





**Chariot
élevateur du
COP du CHUV**

Déroulement de la procédure



Responsable de l'activité
ACS / MCS
ACS / MCS
Centraliste 144 Vaud
Equipe de sapeurs-pompier du SPSL + technicien CDC CHUV
Equipe de sapeurs-pompier du SPSL + chef PMA
Chef PMA

Profils des représentants de la santé publique dans l'EMCC

Echelon stratégique (rapport stratégique, réunions avec C EMCC, délégation du CE, bilatérales, etc.)

Compétences du représentant de la santé publique à l'échelon stratégique :

- Chef du Département
- Chef du Service de la santé publique
- Médecin cantonal

Echelon opérationnel (PCO) : coordination et planification

L'échelon opérationnel crée les conditions favorables pour les échelons stratégique et tactique ; il a donc le rôle de relais entre l'avant (PCE) et l'arrière (décisions stratégiques). Il doit avoir la vue d'ensemble sur l'opération et, selon la situation et la phase de gestion, il doit faire un effort principal soit sur l'échelon stratégique soit sur l'échelon tactique.

Profil du représentant de la santé publique au TOC du PCO :

Avoir des connaissances approfondies de l'organisation sanitaire et des partenaires, afin de savoir où chercher les informations et quelles personnes contacter et doit entre autre :

- maîtriser les aspects stratégiques et les aspects tactiques afin de pouvoir participer à la répartition des missions entre PCO et PCE et assurer le relais de l'information entre ce qui se passe à l'avant et à l'arrière
- participer aux activités qui nécessitent de la planification et/ou de la coordination avec d'autres entités (exemple : évacuation d'un hôpital)
- être capable d'évaluer les besoins et les ressources nécessaires
- être capable d'identifier la personne ayant l'autorité de prendre telle ou telle décision
- connaître les autres partenaires de la sécurité, comprendre leurs servitudes et être à même de collaborer avec eux sur un problème particulier
- être en mesure de gérer toutes les questions impliquant la santé publique, qui ne sont pas des questions tactiques (front)
- assurer les contacts avec les cantons et les pays voisins
- apporter un soutien à l'échelon stratégique (enjeux politiques)

Echelon tactique (PCE) : Gestion du secteur d'intervention : missions métier, coordination, appui

Profil du représentant de la santé publique au TOC du PCE :

- Ambulancier ou médecin chef des secours
- être en mesure de soutenir ses intérêts métiers : prioriser les missions et montrer l'importance de son métier (donc une personne avec compétence décisionnelle)
- informer le TOC de la situation métier :
 - nb de blessés légers et graves
 - nb de morts
 - liste nominale des impliqués et leur traçabilité (en collaboration avec la PCV)

- informer le TOC des moyens engagés et des besoins
 - ressources engagées (chiffres précis à destination de la Cell Com)
 - capacité à durer
 - déterminer les demandes d'appui nécessaires (besoins logistiques et humains)
- gérer la prise en charge des appuis
- tenir compte des priorités et des intérêts des autres partenaires
- rechercher les synergies et les collaborations
- faire redescendre les informations pertinentes aux formations subordonnées

Profils des représentants dans l'EMCC (générique)

PCO

Représentants des domaines métiers au TOC

- assurent le lien avec leur base arrière et leur représentant au TOC PCE
- consolident l'image générale de la situation sur la base des renseignements de leur domaine métier
- traitent et se prononcent sur les demandes d'appui du PCE
- informent des activités en cours et planifiées de leur domaine métier
- participent aux activités de planification selon les besoins
- préparent une synthèse de leur domaine métier au profit des rapports

Collaborateurs des cellules métiers

- tiennent à jour la liste des moyens engagés et planifiés
- tiennent à jour les éléments sanitaires dans le journal des événements

PCE

Représentants des domaines métiers au TOC

- répondent des actions métiers
- assurent le lien avec leur cellule métier et leur représentant au TOC PCO
- contribuent à établir l'image générale de la situation sur la base des renseignements de leur domaine métier
- proposent les demandes d'appui
- préparent une synthèse de leur domaine métier au profit des rapports

Collaborateurs des cellules métiers

- engagent leurs propres moyens
- garantissent le lien avec leur base arrière
- mettent en œuvre les décisions prises
- informent des moyens engagés
- informent des activités en cours
- déterminent les demandes d'appui nécessaires