

# Déploiement opérationnel des postes sanitaires mobiles. Exemple d'un SAMU de zone

## Operational deployment of mobile health Posts. Example of zonal SAMU

Jérôme Cuny  
Amélie Vromant  
Francois Vanheems  
Stéphanie Leblanc  
Sophie Nave  
Juliette Coulier  
Vincent Brulin  
Vincent Vanlaer  
Roch Joly

Unité fonctionnelle situations sanitaires exceptionnelles, pôle de l'urgence, SAMU 59, CHU de Lille, 5, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

Reçu le 3 juin 2022 ; reçu sous la forme révisée le 11 juillet 2022 ; accepté le 2 août 2022

### RÉSUMÉ

Le déploiement opérationnel des PSM est une des réponses à apporter par les établissements de santé pour la prise en charge de nombreuses victimes. La capacité et les modalités de déploiement doivent être anticipées, rédigées, ordonnées, fonctionnelles, et adaptées à la nature du risque. Les moyens armés en permanence selon un ordre défini sont prêts à être déployés selon une stratégie modulable. Elle répond aux besoins envisagés et prévisionnels de la crise. Le déploiement est conditionné par l'alerte, en fonction du type d'événements, du nombre de sites concernés, du nombre de victimes. La puissance de déploiement sera adaptée, avec la possibilité de moduler ce déploiement pour dimensionner en fonction des besoins. De manière à faire face à ce risque multi-site, une réponse graduée est envisagée, avec la possibilité de déclencher de manière séparée et autonome une partie ou la totalité du PSM. Les moyens de communications suffisants et adaptés doivent être utilisables. Un VPC maintient la chaîne de transmission de l'information. Il assure dès le déclenchement de la crise, une liaison permanente et continue avec le DSM, la ou les cellules de crises, le COD, le PCO, et permettent ainsi d'avoir une vision des moyens déclenchés, des moyens disponibles, du capacitaire hospitalier, d'une catégorisation et une orientation rapide des patients. Ce déploiement ne peut être opérationnel que si le stockage et l'entretien du PSM sont réalisés de manière régulière et continue, associé à une rotation des médicaments et matériels pour éviter la péremption. De plus, des exercices de déploiement des personnels médicaux paramédicaux, assistants de régulation médicale, matérialistes, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, mais aussi avec les associations de secouristes conventionnées permettent de maintenir un niveau de connaissance et une familiarisation avec l'organisation qui sont absolument nécessaires au déploiement de ces matériels. © 2022 Société Française de Médecine de Catastrophe. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### SUMMARY

The operational deployment of PSM is one of the responses to be provided by health establishments to take care of many victims. Capacity and methods of deployment must be anticipated, drafted, ordered, functional, and adapted to the nature of the risk. The means permanently armed in a defined order are ready to be deployed according to a modular strategy. It responds to the planned and forecast needs of the crisis. The deployment is conditioned by the alert, depending on the type of event, number of sites concerned, number of victims. Deployment power will be adapted, with the possibility of modulating this deployment according to needs. In order to deal with this multi-site risk, a graduated response is envisaged, with the possibility of

### MOTS CLÉS

Postes sanitaires mobiles  
NRBC  
Situations sanitaires exceptionnelles  
Stratégie  
Damage control

### KEYWORDS

Mobile sanitary poste  
CBRN  
Disaster medicine  
Strategy  
Damage control

### Auteur correspondant :

**J. Cuny,**  
Unité fonctionnelle situations sanitaires exceptionnelles, pôle de l'urgence, SAMU 59, CHU de Lille, 5, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France.  
Adresse e-mail :  
[jerome.cuny@chru-lille.fr](mailto:jerome.cuny@chru-lille.fr)

*triggering part or all the PSM separately and autonomously. Sufficient and suitable means of communication must be available. A commandment vehicle maintains the information transmission chain. It ensures from the onset of the crisis, a permanent and continuous link with the Medical Director, crisis units, departmental crisis unit, and thus makes it possible to have a vision of the means triggered, means available, hospital capacity, categorization and rapid orientation of patients. This deployment can only be operational if storage and maintenance of the PSM are carried out on a regular and continuous basis, combined with a rotation of drugs and materials to avoid expiry date. In addition, exercises for deployment with paramedical, and medical staffs, medical regulation assistants, materialists, pharmacists and pharmacy assistants, but also with the approved first-aid association's workers make possible to maintain a level of knowledge and familiarization with the organization which is absolutely necessary for the deployment of these materials.*

© 2022 Société Française de Médecine de Catastrophe. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## INTRODUCTION

Le déploiement opérationnel des PSM 1 ou 2 est une des réponses à apporter par les établissements de santé pour la prise en charge de nombreuses victimes, en cas de situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Les établissements sièges de SAMU ou de SMUR sont dotés des postes sanitaires mobiles (PSM) de niveau 1 ou 2 [1].

La capacité et les modalités de déploiement doivent être anticipées, rédigées, ordonnées, fonctionnelles, et adaptées à la nature du risque. En fonction de l'alerte reçue, l'évaluation du type d'événement, de sa localisation (mono-site/multi-site), du nombre de victimes, la mobilisation du PSM sera décidée et adaptée.

Ce déploiement ne peut être opérationnel que si le stockage et l'entretien du PSM sont réalisés de manière régulière et continue, associé à une rotation des médicaments et matériels pour éviter la péremption. De plus, des exercices de déploiement avec des personnels médicaux, paramédicaux, assistants de régulation médicale, matérialistes, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, mais aussi avec les associations de secouristes conventionnées permettent de maintenir un niveau de connaissance et une familiarisation avec l'organisation qui sont absolument nécessaires au déploiement de ces matériels [2].

## ALERTE

La première étape du déploiement est conditionnée par l'alerte. Sans alerte précise, sans partage d'information entre les différents services de l'État, et sans diffusion de l'alerte, le déclenchement de moyens peut se révéler difficile.

Lors de l'appel, la précision de la nature, du type de l'événement, de la ou des localisations exactes, du nombre de victimes probables, de la gravité des victimes, et des moyens immédiatement disponibles, sont des éléments difficiles à obtenir rapidement, mais pourtant essentiels. L'absence de précision ne doit toutefois pas retarder la mise en alerte des moyens supplémentaires supposés nécessaires.

En effet, en fonction du type d'événements, du nombre de sites concernés par cet événement, du nombre de victimes, la puissance de déploiement sera adaptée.

L'important est d'avoir la possibilité de moduler ce déploiement pour le dimensionner en fonction des besoins et surtout pour le dimensionner en prévision d'une évolutivité de cet événement. Il faut, d'un côté, déclencher les moyens suffisants en rapport avec l'événement en cours, mais il faut aussi anticiper et prévoir l'évolutivité, l'étendue et la multiplication d'événements possibles [3].

L'alerte et la transmission de l'information sont les deux éléments primordiaux lors de la survenue d'une crise. C'est la reconnaissance et la caractéristique du côté inhabituel et hors du quotidien qui marquera l'événement. Il faut pouvoir anticiper, pré-alerter, et déclencher de manière résonnée avec une vision d'évolutivité possible et probable de la situation. Il ne faut pas envoyer tous les moyens sur un événement.

L'alerte survenue au centre d'appel du SAMU doit rapidement être individualisée des appels du quotidien. Du personnel doit être détaché pour la gestion unique de cet événement dans une cellule dont le seul but sera de gérer cette crise.

De la même manière que sur le terrain où un directeur des secours médicaux (DSM) gère un événement dans un lieu donné, la cellule de crise se doit de répondre à la logique de terrain : une chaîne de commandement répond à un événement donné. Il y aura donc autant de chaînes de commandement que d'événements ou que de lieux géographiques impliqués dans cette crise. Tel un miroir, la cellule de crise sera le reflet de ces différentes chaînes de commandement. À chaque événement correspond un couple médecin régulateur et assistant de régulation médicale (ARM), présent dans la cellule de crise [3].

Toutefois, en toute logique, il est indispensable d'avoir une vision générale de la crise, des moyens engagés, des places d'hospitalisation en établissements de santé disponibles, ainsi que de la liste globale de victimes. Cette fonction sera assurée par un médecin coordonnateur de cette cellule de crise, médecin expérimenté qui a une parfaite connaissance des réseaux sanitaires et des filières de soins du département, mais aussi de la zone de défense. Bien entendu, ceci se fait en lien avec l'agence régionale de santé, elle-même représentée physiquement dans la cellule de crise.

La logique de fonctionnement zonal d'un SAMU siégeant dans un établissement de santé de référence (ESR), induit la notion de DSM zonal. En effet, ce DSM sera le conseiller médical du préfet de zone. Il a un regard zonal des déploiements réalisés et des renforts de moyens possibles interdépartementaux, ainsi que la coordination interzonale si cela s'avérait nécessaire. De plus, il renforce la recherche de disponibilités de lits d'accueil de patients dans l'ESR, notamment pour les places de spécialités ou de plateaux techniques spécifiques, en lien continu avec le DSM départemental et le SAMU départemental (Fig. 1).

## DÉCLENCHEMENTS DES MOYENS

Pour faire face à un risque multi-site, une réponse graduée est envisagée, avec la possibilité de déclencher de manière séparée et pratiquement autonome les moyens nécessaires.

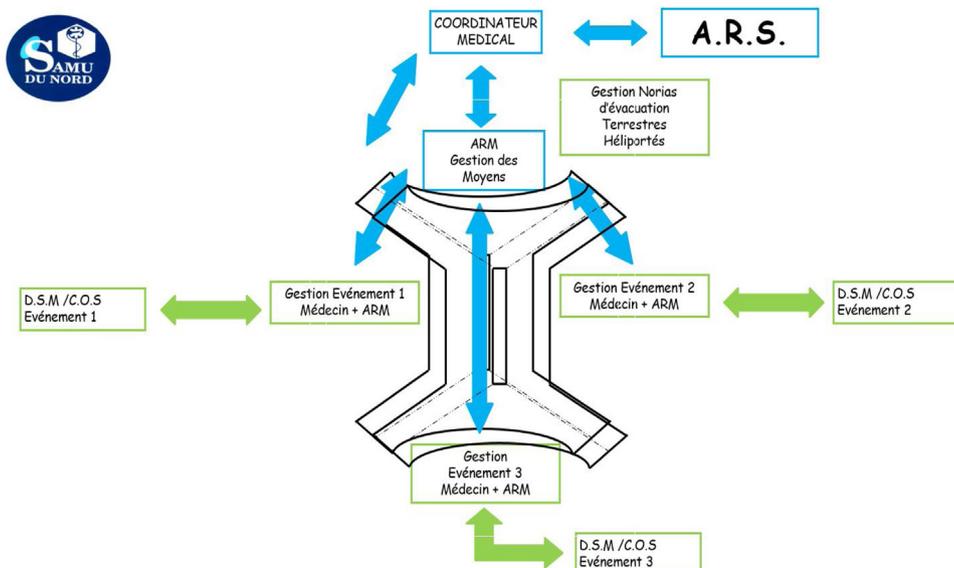


Figure 1. Fonctionnement de la cellule de crise du SAMU 59 (source : Roch Joly, SAMU 59).

Plusieurs moyens armés, chargés électriquement 24 h sur 24, sont prêts à être déployés selon une stratégie modulable et selon un ordre défini. Cette stratégie répond aux besoins envisagés et prévisionnels de la crise en réponse à l'évolutivité possible. Le déploiement du PSM permet à des équipes médicales de réanimer un grand nombre de patients sur un même lieu ou sur des lieux différents s'il s'agit d'une problématique multi-sites (notamment pour les blessés balistiques). Une montée en puissance de ce déploiement doit être envisagée selon un ordre chronologique réfléchi, et écrit. De même, ce déploiement peut se faire à l'identique sur plusieurs lieux si nécessaires. Chaque lot polyvalent, lot principal, lot pédiatrique, peut être individualisé et déployé seul. Par exemple, un PSM de niveau 2 peut être divisé en deux demi-PSM 2. De la même manière, pour répondre à un besoin NRBC, les moyens de protection et de décontamination peuvent être déclenchés de manière individuelle.

Pour la prise en charge de nombreux blessés balistiques, le SAMU du Nord a prédisposé, à l'instar des PSM, des sacs « damage control ». Ces sacs contiennent le matériel nécessaire pour la prise en charge de deux blessés balistiques (Tableau 1).

Pour éviter la perte d'information et optimiser le temps de déploiement, des listes préétablies de déclenchement sont nécessaires. Ces listes permettent d'avoir une action unique et validée, ainsi qu'un suivi de l'action en cours. Dans le même but, une main courante commune est établie pour le suivi des actions engagées.

En regard de ce déclenchement, les moyens de communication, suffisants et adaptés, doivent être utilisables. Un véhicule poste de commandement (VPC) ainsi qu'un véhicule de coordination des moyens médicaux permettent de maintenir la chaîne de commandement, et la chaîne de transmission de l'information (liste de victime, évacuations, etc.). Ces véhicules assurent, dès le déclenchement de la crise, une liaison permanente et continue avec le DSM, la ou les cellules de crises, le centre opérationnel départemental (COD), le poste

de commandement opérationnel (PCO), et permettent ainsi d'avoir une vision des moyens déclenchés, des moyens disponibles, du capacitaire hospitalier, d'une catégorisation et une orientation rapide des patients (Fig. 2-4).

## STRATÉGIE D'ENGAGEMENT DES MOYENS

La stratégie d'engagement des moyens dépend évidemment du type d'événement, qu'il s'agisse de nombreuses victimes (NoVi), de NRBC, de fusillade avec nombreux blessés balistiques (*damage control*), REB.

Le prépositionnement des PSM dans des remorques ou des camions prêts à être mobilisés est indispensable.

Cette stratégie doit permettre de déployer les moyens en partie sur le ou les lieux, mais aussi de les pré-alerter pour faire face à l'évolutivité possible d'un événement.

Tableau 1. Composition des sacs « damage control » (source : Roch Joly, SAMU 59).

2 sets pansements	2 sets perfusion
1 Garrot tourniquet	1 SSI 500 mL
1 pansement compressif « israélien »	1 tubulure et robinet 3 voies
1 bande extensible 3 m/15 cm	1 Garrot
1 paire de gants vinyl XL	1 paquet de Compresses
1 Sparadrap	1 bouteille de Biseptine®
Pochette avant	1 pansement oclusif
4 amp d'Exacyl® 0,5 g	2 catheters 16 G
4 amp Tramadol® 100 mg/2 mL	1 catheter 18 G
2 couvertures de survie	2 seringues 10 mL
1 marqueur	2 trocards
5 étiquettes UA/UR	1 paire de gants vinyl L-XL



Figure 2. Composition d'un sac « Damage control » (source : Dr Roch JOLY, SAMU 59).



Figure 3. Véhicule poste de commandement (VPC) (source : SAMU 59).



Figure 4. Intérieur du Véhicule poste de commandement (VPC) (source : SAMU 59).

### Plan ORSEC NoVi

La stratégie de déploiement se fait en fonction des premières informations survenues lors de l'alerte [4].

Une grande part de nos interventions pré-hospitalières concerne la prise en charge de victimes en nombre, mais pas suffisamment pour permettre le déploiement d'un PSM. Ce type d'événement implique l'envoi de plusieurs équipes médicales du SMUR. Elles concernent un nombre de patients souvent  $\leq$  à cinq urgences absolues (UA). Le déploiement d'un PSM n'est alors pas envisageable. Le temps de déclenchement et d'acheminement serait trop important et surviendrait alors que la situation serait déjà en voie de résolution. Toutefois, cet événement est à la limite du capacitaire quotidien. Ainsi, pour éviter une mobilisation prolongée des équipes SMUR, nécessaire au réapprovisionnement en matériels, la constitution d'un lot spécifique pour la prise en charge de cinq UA est intéressante. Une remorque équipée du matériel habituellement constitutif d'une équipe SMUR est armée 24 heures sur 24 prête à être déployée. Lors du déclenchement, cette remorque sera attelée à l'une des unités mobiles hospitalières (UMH).

Elle est composée de cinq chariots roulants contenant chacun un électrocardioscope, un sac de l'avant, une mallette médicaments, une bouteille oxygène type B5, un respirateur avec son circuit, un aspirateur de mucosité, de l'éclairage électrique, des pansements d'hydrogel.

Cette remorque a pour vocation de ne pas « dépouiller » les véhicules primaires intervenant en première intention pour qu'ils soient à nouveau disponibles sans le délai nécessaire au réapprovisionnement (Tableau II).

À un deuxième niveau d'engagement, un camion est armé d'un lot polyvalent (pour la prise charge de 25 victimes), avec des antidotes, le PSM pédiatrique, ainsi que des sacs « damage control » pour la prise en charge de 30 victimes ainsi que du matériel électrique d'éclairage. Il faut noter qu'à ce niveau de déploiement, du matériel informatique et du matériel de communication s'avère souvent indispensable. Un véhicule connecté de communication est alors prêt à être déclenché pour alimenter le secrétariat.

À un troisième niveau d'engagement, une remorque comportant un deuxième lot polyvalent et du matériel « damage control » peut être envoyée en renfort d'un premier site ou servir sur un deuxième site.

À un niveau supérieur de besoin, un camion armé d'un lot principal (200 patients), de deux lots polyvalents, d'antidotes et de sacs damage control pour 200 patients peut être déployé. Chaque véhicule comprend des enceintes réfrigérées transportables et alimentées sur secteur. Chacune de ces enceintes est rattachée à un lot polyvalent, lot pédiatrique ou lot principal du PSM (soit sept au total). Le suivi des températures de stockage est assuré par des sondes qui enregistrent les données toutes les 30 min et qui sont reliées à l'alarme centrale en cas d'excursion. Des sacs « damage control » sont associés à chaque lot polyvalent du PSM (prise en charge de 30 victimes par lot soit 120 victimes).

Le déploiement est opérationnel grâce à l'intervention d'une association de secouristes en convention avec l'établissement de santé. Ces secouristes sont familiers du matériel, grâce à la réalisation régulière d'exercice de déploiement du PSM.

Un déploiement de PSM nécessite un véritable VPC. Il est nécessaire en miroir de la salle de crise du SAMU. Ce véhicule sert de secrétariat d'évacuation. Il a la particularité de pouvoir

**Tableau II. Composition du lot spécifique 5 UA (source : SAMU 59).**

Remorque CATA 4	
Chariots n° 1 à 5	Sac de l'« avant » Mallette médicaments Sac « Thomas » 5 respirateurs + 5 circuits + 5 raccords oxygène 5 bouteilles oxygène B5 5 conteneurs pour aiguilles usagées 10 solutés SSI 1000 mL + 2 solutions balancées 1 éclairage néon sur batterie 1 mallette « prise en charge des brûlés »
Chariot n° 6	5 aspirateurs de mucosités 5 chargeurs de batteries pour scopes 5 pousSES seringues électriques
Mallette aluminium	1 répartiteur d'oxygène 10 prises
	50 masques oxygène à haute concentration adultes 50 masques oxygène à haute concentration pédiatriques
Oxygène	1 bouteille oxygène de type B15

être opérationnel dès l'alerte donnée. L'équipement intérieur, informatique et radiocommunication autonome, permet de commencer à travailler dès que le véhicule quitte le SAMU. En effet, la sécurisation du mobilier intérieur et des ordinateurs permet, grâce aux cartes multiparamétriques d'opérateurs téléphoniques, une connexion continue, et le recueil des éléments et des informations de l'événement sans aucune perte de temps, et en direct, lors du déplacement du VPC. Les ARM installés à bord recueillent ainsi, grâce aux radios, téléphones et documents informatiques partagés, les informations au fur et à mesure qu'elles sont reçues et partagées par les équipes, tout en se rendant sur les lieux de l'événement.

### Tuerie de masse

Depuis 2015, une attention particulière a été portée sur la prise en charge de nombreux blessés balistiques survenant sur des sites multiples.

Avec son entité zonale, le SAMU siège de l'ESR a réparti des sacs « damage control » sur l'ensemble de la zone de défense et de sécurité. Chaque sac contient du matériel nécessaire pour la prise en charge de deux patients blessés balistiques : garrots tactiques, tourniquets, compresses hémostatiques, pansements compressifs type « israélien », sérums salés isotoniques, tubulures, cathéters, acide tranexamique et kits de perfusion.

Chaque équipe SMUR de la zone de défense est dotée d'un ou plusieurs sacs de compositions identiques. Le but est d'être superposable au concept PSM, malles identiques selon la numérotation, quel que soit l'endroit géographique.

Ces sacs sont utilisés par les équipes médicales présentes sur les lieux, mais ils ont aussi pour vocation à pouvoir être

utilisés aussi par toutes personnes, secouristes ou personnels médicaux ou paramédicaux en civil, qui seraient dépourvus de matériels.

### NRBC

En cas de survenue d'événement NRBC, deux unités mobiles peuvent être déployées. Deux camions sont aménagés en unité mobile de décontamination : une unité pour les patients valides avec deux lignes de douches, et une unité pour les patients invalides avec un système de brancards à toile perforée. Ces camions de décontamination ont l'avantage d'être opérationnels en une demi-heure, et d'être entièrement autonomes. Ils ont sans aucun doute plus vocation à renforcer l'accueil des urgences d'un établissement de santé ou l'entrée d'un hôpital, qui ne comporterait pas de matériel de décontamination suffisant à l'accueil de nombreuses victimes NRBC. Mais ils peuvent tout à fait être déployés sur les lieux d'un événement en cas de besoin (Fig. 5 et 6).



Figure 5. Véhicule poste de commandement (VPC) et remorque de communication satellitaire (source : SAMU 59).



Figure 6. Unité mobile de décontamination pour patients invalides (source : SAMU 59).

## RISQUE ÉMERGENT BIOLOGIQUE (REB)

L'accueil et la prise en charge des patients atteints d'une infection hautement contagieuse et grave liée à un agent infectieux à transmission air et/ou contact (REB) dans un ESR sont particuliers, et répondent à une logique NRBC, bien que ce matériel ne fait pas partie intégrante des PSM. Ces matériels sont utilisés pour le transfert d'un patient d'un établissement de santé vers l'ESR ou d'un service à l'autre dans l'ESR même.

Dès la suspicion de risque émergent biologique, lors de l'interrogatoire du patient, l'isolement du patient pour éviter le transfert de contamination est le maître mot. Nous ne détaillons pas ici toute la prise en charge d'un patient arrivé aux urgences de manière fortuite (cette prise en charge est détaillée dans le référentiel technique des missions nationales COREB), mais la prise en charge du transport de ce patient lorsque le diagnostic est posé ou la suspicion diagnostique est envisagée, et un transfert vers l'ESR est nécessaire.

Chaque SAMU siégeant dans un établissement de santé de référence est doté d'équipements qui permettent l'isolement et le transport du patient dans un caisson d'isolement et d'équipement de protection individuelle pour le personnel (Fig. 7).



Figure 7. Intérieur de l'Unité mobile de décontamination pour patients invalides (source : SAMU 59).

## STOCKAGE, FORMATION, ROTATION

Pour être opérationnel, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, trois grands principes doivent être respectés [5–7].

Le premier principe est la connaissance du matériel. Le personnel doit être familiarisé avec les procédures, les capacités de déploiement et la stratégie de déclenchement.

Le *turn-over* des personnels dans les services, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, l'arrivée de jeunes médecins, de chefs de clinique, ou de docteur junior, implique la réalisation de formations régulières et continues. Pour éviter les carences de connaissance des pratiques de services et de recommandations, ces formations ne peuvent être que répétées, validées, suivies, selon un *planning* prédéfini et répondant à des critères de qualité. Cette démarche qualité implique le suivi de la participation des personnels aux formations théoriques et pratiques.

Le deuxième repose sur une facilitation du stockage des éléments constitutifs des PSM. Ils doivent être étiquetés, visibles, accessibles, les stocks disponibles doivent être connus et renouvelés. Grâce à un QR code présent sur chaque étagère, le personnel a accès à un fichier et une documentation correspondant au matériel.

Le troisième concerne la rotation du PSM. Pour éviter la péremption et la perte des constituants de ce PSM, un suivi pluriannuel permet de mettre en circulation dans l'activité du quotidien des éléments consommables proches de la date de péremption. Ceux-ci étant renouvelés par des matériels aux dates de péremption plus éloignées.

## CONCLUSION

Le déploiement opérationnel n'est pas qu'une question de matériels. La gestion du stockage et la rotation des matériels en fonction des péremptions sont les éléments clés pour avoir une opérationnalité et un déclenchement H24. Dans tous les cas, la connaissance des matériels disponibles et déployables ne peut être pleinement opérationnelle que par la réalisation de formations, la diffusion d'informations et l'organisation d'exercices plusieurs fois par an.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## RÉFÉRENCES

- [1] Instruction DGS/DUS/SGMAS n(2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction\\_DGS\\_2014\\_153\\_preparation\\_du\\_systeme\\_de\\_sante\\_a\\_la\\_gestion\\_des\\_SSE.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction_DGS_2014_153_preparation_du_systeme_de_sante_a_la_gestion_des_SSE.pdf).
- [2] Instruction DGS/DUS/CORRUS n(2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste\\_20130008\\_0000\\_0176.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste_20130008_0000_0176.pdf).
- [3] Hirsch M, Carli P, Nizard R, Riou B, Baroudjian B, Baubet T, et al. The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. *Lancet* 2015;386(10012):2535–8.

- [4] Noto R, Julien H. Histoire de la médecine de catastrophe. In: Julien H, editor. Manuel de médecine de catastrophe. Paris: Lavoisier; 2017;31–43.
- [5] Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles. Guide méthodologique. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Direction générale de la santé 2014. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation\\_offre\\_de\\_soins\\_ok\\_bd.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_offre_de_soins_ok_bd.pdf).
- [6] Arrêté du 24 décembre 1996 portant création des postes sanitaires mobiles. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cid-Texte=JORFTEXT000000746784&categorieLien=id000000746784&categorieLien=id>.
- [7] Mathey C, Chevallier Brilloit C. Postes sanitaires mobiles et logistique de catastrophe. In: Julien H, editor. Manuel de médecine de catastrophe. Paris: Lavoisier; 2017;815–22.