

Circulaire DHOS/O4 n° 2007-391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés

29/10/2007

Cette circulaire vient préciser la définition de la brûlure, ainsi que les conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de soins de traitement des grands brûlés.

Date d'application :
immédiate.

Références :

- Code de la santé publique : articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6122-1 et L. 6122-16 ; **article R. 6122-25 9°** ;
- **Décret n° 2006-73** du 24 janvier 2006 relatif aux activités de soins faisant l'objet d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-4 du code de la santé publique (CSP) ;
- **Décret n° 2007-1237** du 20 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), (JO du 22 août 2007) ;
- **Décret n° 2007-1240** du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de traitement des grands brûlés (J.O. du 22 août 2007) ;
- **Arrêté du 8 juin 2005** pris en application des articles L. 6121-2, L. 6114-2 et L. 6122-8 du CSP et du décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique ;
- **Arrêté du 24 janvier 2006** fixant les groupes de régions prévus à l'article L. 6121-4 du CSP ;
- **Circulaire DHOS/O4 n° 2004-101** du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^e génération ;
- **Circulaire DHOS/O4 n° 2006-97** du 6 mars 2006 relative aux schémas interrégionaux d'organisation sanitaire.

Textes abrogés ou modifiés :
néant.

Annexes :

- Annexe I. - Définition de la brûlure.
- Annexe II. - Décrets relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de traitement des grands brûlés.

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Introduction

Le traitement des grands brûlés est l'une des cinq activités de soins pour lesquelles les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) doivent élaborer un schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS). La présente circulaire complète, sur le thème du traitement des grands brûlés, la circulaire DHOS/O4 n° 2006-97 du 6 mars 2006 relative aux SIOS.

Par ailleurs, les décrets n° 2007-1237 et n° 2007-1240 du 20 août 2007 fixant les dispositions réglementaires des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement encadrent désormais les activités de soins de traitement des grands brûlés afin de vous permettre de délivrer les autorisations conformément à l'article L. 6122-2 du CSP.

Vous trouverez en annexe 1 de la présente circulaire une définition de la brûlure. Vous trouverez également en annexe II un commentaire sur les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de traitement des grands brûlés.

L'analyse comparative des besoins de soins et de l'offre de l'interrégion doit permettre de déterminer le nombre et la
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso4-n-2007-391-du-29-octobre-2007-relative-aux-activites-de-soins-de-traitement-des-grands-brules/>

capacité du ou des sites de traitement des grands brûlés tant pour les adultes que pour les enfants. Elle doit également vérifier si les filières de soins et les réseaux sont bien constitués. Cette analyse doit également faire apparaître que l'offre garantit la qualité et la sécurité des soins.

Le schéma précisera dans son annexe les objectifs quantifiés de l'offre de soins en nombre d'implantations de sites de traitement des grands brûlés dans l'interrégion et indiquera si l'activité de ces sites concerne les adultes ou les enfants. L'annexe prend en compte des éléments relatifs à l'accessibilité et à la permanence des soins. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARH et l'établissement qui sera autorisé pour cette activité précisera les attentes de l'interrégion en termes d'activité de traitement des grands brûlés pour l'établissement.

I. - LES BESOINS DE LA POPULATION DANS L'ÉLABORATION DU SCHÉMA INTERRÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SIOS) (CF. ANNEXE I)

Les besoins de la population peuvent être approchés par l'étude de l'activité des établissements recueillie par le PMSI. Elle fera apparaître l'activité relative aux enfants.

J'attire votre attention sur la nécessité de recueillir l'activité non seulement des sites autorisés, mais aussi des autres établissements de santé qui ne devraient prendre en charge que les patients atteints de brûlures bénignes, afin de recenser de façon la plus exhaustive possible l'activité de soins aux grands brûlés. Il vous faudra par ailleurs être attentif aux doubles comptes rendus possibles par les transferts internes des patients de l'unité de réanimation à l'unité de chirurgie.

L'étude des flux de patients, tant à l'intérieur de l'interrégion qu'entre les autres interrégions ou entre les pays frontaliers, doit permettre de connaître les raisons qui ont conduit à prendre en charge les patients hors de l'interrégion. Il conviendra de distinguer les flux liés à des patients récusés par certaines équipes du fait de leur pathologie, de ceux liés à une insuffisance de l'offre de soins.

II. - L'OFFRE DE SOINS DANS L'INTERRÉGION

Le bilan de l'offre de soins comporte une étude quantitative et qualitative des moyens en personnel médical et paramédical et des moyens matériels des unités d'hospitalisation et des plateaux techniques, ainsi que du secteur prenant en charge l'activité de réanimation des grands brûlés. Cette étude permet de connaître la disponibilité de l'équipe vis à vis de l'urgence que représente le traitement des grands brûlés.

A. - Le nombre de sites et leur organisation

Chaque interrégion dispose d'au moins un site. L'accessibilité de ce site est donc un élément très important à évaluer et, notamment, les modalités et les délais de prise en charge préhospitalière, en relation avec les SAMU-SMUR.

Ces activités de réanimation, de médecine et de chirurgie consacrées à la prise en charge des grands brûlés ne relèvent que de l'autorisation d'activité de traitement des grands brûlés. Le dimensionnement de la structure doit permettre l'accueil à tout moment de nouveaux patients de l'interrégion hormis les situations d'afflux massif de grands brûlés où les sites extérieurs à l'interrégion pourront être mobilisés. Par ailleurs, des collaborations transfrontalières peuvent être envisagées pour les régions limitrophes d'un autre pays. La formalisation de ces collaborations sera laissée à l'initiative des ARH. En effet, les ARH ont vocation à être l'interlocuteur unique pour la négociation et la signature des conventions organisant la prise en charge de patients. Toutefois, les établissements de santé participent, aux cotés de l'ARH, à la négociation des conventions qu'ils devront par la suite mettre en oeuvre.

Vous évaluez par ailleurs l'activité de suivi (consultation, soins externes, chirurgie ambulatoire) pour les patients ne nécessitant plus d'hospitalisation complète.

Le fonctionnement des filières de soins et des réseaux établis avec les autres établissements de santé de l'interrégion sera analysé - en amont de la structure de traitement des grands brûlés : protocoles avec les SAMU et les SMUR, réorientation des patients qui sont adressés à tort dans les établissements autorisés pour la médecine d'urgence (souvent des brûlures graves mais non étendues) - et en aval : orientation et suivi des patients vers des structures de soins de suite et de réadaptation telles que prévu par le projet de décret relatif aux soins de suite et de réadaptation.

Environ 1/3 des patients hospitalisés en structure de grands brûlés a besoin ensuite d'une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation. Les séquelles fonctionnelles et esthétiques seront d'autant plus minimisées que ces filières d'amont comme d'aval éviteront les retards de prise en charge ou les suivis insuffisants.

Une cohérence entre les schémas régionaux d'organisation sanitaire dans le domaine des urgences et des soins de suite et de réadaptation devra être recherchée pour établir cette filière de soins.

La pluridisciplinarité tant médicale que paramédicale doit assurer au patient l'ensemble des prises en charges spécialisées que son état requiert.

Le nombre, la qualification, l'expérience des personnels médicaux et paramédicaux sont donc des éléments essentiels à recueillir dans le cadre du schéma, notamment en ce qui concerne les réanimateurs et les chirurgiens qui apportent leur contribution à cette activité hautement spécialisée.

B. - L'activité des sites

Quantitative

L'activité présente des variations saisonnières liées à la fréquence des accidents de brûlures constatée plus souvent en été et en hiver. Il est donc important que cette activité puisse être maintenue à son meilleur niveau pendant les périodes de congés annuels.

Le recueil des données d'activité doit distinguer :

- les prises en charge lourdes effectuées dans les unités de réanimation dédiées aux grands brûlés ;
- les prises en charge au décours de cette réanimation d'abord en hospitalisation complète, puis lors du suivi (notamment pour le renouvellement de pansements qui peuvent être réalisés en hospitalisation de jour.)

Il sera également vérifié l'adéquation des patients à la structure.

Qualitative

La recherche de qualité des soins de traitement des grands brûlés est d'autant plus motivée par la fragilité des patients pris en charge. Elle est dépendante de la cohésion de l'équipe de soins. Cette qualité sera conditionnée aussi par l'attention portée à la lutte contre les infections nosocomiales, par la prise en charge de la douleur, le recours à l'aide psychologique pour les patients comme pour l'équipe soignante, l'organisation de la rééducation la plus précoce possible. Cette prise en charge doit être adaptée à l'âge des patients et notamment des enfants.

*

* *

Vous voudrez bien me tenir informée des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de ce nouveau dispositif et dans l'application de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :
*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*
A. Podeur

ANNEXE I DÉFINITION DES BRÛLURES

I. - DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES BRÛLURES

Les brûlures sont le résultat d'un traumatisme de la peau et de certaines muqueuses voire des tissus sous-jacents par des agents thermiques, chimiques, électriques et par des radiations. Ce sont des lésions dont l'impact initial est cutané mais qui ont des conséquences très diversifiées et de gravité très variable. En effet elles sont à l'origine d'une réaction locale qui devient générale, lorsque les brûlures sont étendues. Il s'ajoute alors à la lésion locale un retentissement au niveau de tous les grands systèmes de l'organisme et qui exige donc une thérapeutique associée adaptée.

Il n'existe pas à l'heure actuelle dans le PMSI d'information sur l'origine de la brûlure. Le décret relatif aux conditions d'implantation donne notamment pour mission aux centres de grands brûlés de recueillir les données nécessaires à la prévention des brûlures.

On compte en France environ 400 000 cas de brûlures nécessitant des soins médicaux, parmi lesquels 10 000 entraînent une hospitalisation. Les sites autorisés à l'activité de traitement des grands brûlés hospitalisent 3 670 patients par an (source SAE 2005). Le nombre annuel de décès provoqués par les brûlures est voisin de 1 000.

Les brûlures surviennent plus souvent chez le sexe masculin. Il existe un sur-risque entre 1 et 4 ans, avec une probabilité de brûlures multipliée par 3.

Les accidents domestiques sont à l'origine de 70 % des cas de brûlures chez l'adulte.

Il faut distinguer les brûlures graves, qui seront prises en charge dans les structures de traitement des grands brûlés, des brûlures bénignes.

La gravité des brûlures est évaluée sur le pourcentage de la surface corporelle atteinte et le degré de profondeur de la brûlure.

II. - ÉVALUATION CLINIQUE DE LA BRÛLURE

La gravité des brûlures est évaluée en fonction de :

La surface atteinte :

- exprimée en pourcentage de la surface corporelle totale, sur les bases de la Règle des neuf de Wallace ou avec plus de précision la table de Lund et Browder qui tient compte de l'âge des patients ;
- pour les surfaces peu étendues, le référentiel est la surface d'une paume de la main, qui représente environ 1 % de la surface corporelle ;

La profondeur exprimée en degrés :

- 1^{er} degré, atteinte de la partie superficielle de l'épiderme (en pratique les zones atteintes en 1^{er} degré ne sont pas prises en compte dans l'évaluation de la surface) ;
- 2^e degré superficiel, atteinte de l'épiderme et de la partie la plus superficielle du derme (papillaire) avec respect d'une partie de la membrane basale de l'épiderme ;
- 2^e degré profond ou intermédiaire (histologiquement une distinction peut être faite entre ces deux termes) où l'atteinte du derme est plus profonde ;
- 3^e degré, atteinte de la totalité de la peau (épiderme et derme), l'atteinte pouvant s'étendre aux éléments sous-jacents (le terme de carbonisation peut alors être employé).

Certains éléments aggravants sont directement liés à l'agent causal, à titre d'exemples :

- dans le cadre des lésions chimiques, l'agent causal peut avoir un effet toxique général à risque léthal ;
- dans les brûlures par flammes, l'inhalation de fumées provoque des lésions primaires respiratoires dont le pronostic reste sévère ;
- les lésions électriques avec passage du courant à travers le corps (auxquelles peuvent être associées des lésions thermiques), outre les risques de mort immédiate, sont à l'origine de lésions profondes parfois létales et souvent délabrantes même à distance des zones de contact ;
- le siège des lésions peut avoir un retentissement vital (effet garrot des lésions des membres, risque infectieux), fonctionnel et esthétique ;
- les lésions par radiations, à l'exception de celles secondaires à des expositions solaires, ne sont traitées que dans un nombre de centres limité.

L'association de brûlures et de certains éléments (âge des victimes, traumatismes et intoxications associés, antécédents d'éthylisme ou de diabète...) a un effet multiplicateur sur les conséquences de la brûlure.

III. - DESCRIPTION DIAGNOSTIQUE DE LA BRÛLURE ET CODAGE PMSI

Diagnostiques principaux à partir de la CIM 10 pour caractériser un grand brûlé nécessitant un séjour en réanimation brûlés :

- L. 51.20 épidermolyse suraiguë et décollement de plus de 30 % ;
- T 31.3 à 31.9 brûlures couvrant plus de 30 % de la surface du corps ;
- T 32.3 à T 32.9 corrosions touchant plus de 30 % de la surface du corps ;
- T 31.1 à T. 31.2 et âge inférieur à 10 ans ou supérieur à 50 ans ;
- T 32.1 à T 32.2 et âge inférieur à 10 ans ou supérieur à 50 ans ;
- T 20.3 brûlure du troisième degré de la tête et du cou ;
- T. 20.6 corrosion du 2^e degré de la tête et du cou ;
- T. 20.7 corrosion du 3^e degré de la tête et du cou ;
- T 31.0 à T.31.2 plus brûlure du larynx ou voies aériennes ;
 - plus lésions d'inhalation de fumée ;
 - plus intoxication au monoxyde de carbone ;
- T31.1 à T31.2 plus insuffisance coronarienne :
 - insuffisance cardiaque ;
 - insuffisance rénale ;
 - insuffisance pulmonaire ;
 - diabète ;
 - état d'agitation aiguë ;
 - tentative de suicide ;
 - brûlures électriques.

IV. - SUIVI ET ÉVOLUTION

Il faut considérer qu'aucune brûlure ne peut, *a priori*, être considérée comme bénigne. Le risque cicatriciel est tel qu'une petite brûlure initialement superficielle peut, si elle est mal prise en charge et si elle s'approfondit, représenter un handicap important pour l'avenir du patient, soit du fait d'un retentissement fonctionnel ou en raison des conséquences esthétiques.

Tout patient ayant un diagnostic principal de brûlure quelle qu'en soit l'importance, mais dont la durée moyenne de séjour hospitalière est supérieure à 12 jours ou lorsque la cicatrisation n'est pas acquise au bout de 15 jours, doit faire l'objet d'un avis de la part d'un praticien d'un centre de traitement des grands brûlés.

ANNEXE II

DÉCRETS RELATIFS AUX CONDITIONS D'IMPLANTATION ET AUX CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT APPLICABLES AUX ACTIVITÉS DE SOINS DE TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

Le traitement des grands brûlés fait partie des activités de soins soumises à autorisation conformément à l'article R. 6122-25, 9° du CSP.

L'article L. 6122-2 du CSP prévoit trois conditions pour l'autorisation des activités de soins et équipements matériels lourds, dont l'une est de satisfaire à des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement. Ces conditions sont fixées par décret en Conseil d'Etat pour les conditions d'implantation (art. L. 6123-1 du CSP) et par décret pour les conditions techniques de fonctionnement (art. L. 6124-1 du CSP).

Jusqu'à présent, il n'existait pas de cadre réglementaire pour le traitement des grands brûlés. Les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement relatives au traitement des grands brûlés, fixées par les décrets n° 2007-1237 et n° 2007-1240 du 20 août 2007, ont été élaborées avec l'aide d'un groupe d'experts réuni par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, en tenant compte notamment de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

I. - CONDITIONS D'IMPLANTATION

Définition

L'activité de soins de traitement des grands brûlés a été définie dans le décret en Conseil d'Etat, afin de ne soumettre à autorisation que les activités les plus spécialisées de cette activité. Ainsi, ne sont soumis à autorisation que les actes portant sur les brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation. Cette définition ne devrait pas occasionner un nombre important de demandes d'autorisation supplémentaires (à ce jour, vingt sites sont autorisés à pratiquer le traitement des grands brûlés, plus deux hôpitaux militaires).

Le dispositif d'organisation du traitement des grands brûlés repose sur une chaîne de soins qui va des premiers secours à la rééducation et la réadaptation fonctionnelle. La prise en charge des grands brûlés nécessite des soins coordonnés, notamment entre les unités de réanimation et de chirurgie plastique et reconstructrice et pour le recouvrement des plaies en particulier. Elle doit prendre en compte la lutte contre la douleur, chronique ou rebelle chez l'adulte ou chez l'enfant, douleur très présente chez les grands brûlés. Le suivi des grands brûlés nécessite de disposer de consultations pluridisciplinaires et la participation des acteurs de soins de ville : médecins et paramédicaux ainsi que de structures de prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelle car il s'agit d'un long parcours pour les patients jusqu'à leur réinsertion sociale et professionnelle. La qualité des soins aux patients dépendra de la qualité des réseaux constitués et de la filière de soins.

Conventions

Le décret précise les conventions et collaborations auxquelles doivent souscrire les établissements autorisés à exercer une activité de traitement des grands brûlés. La prise en charge des grands brûlés doit en effet être appréhendée comme une véritable filière de soins, allant de la prise en charge initiale du grand brûlé par les services de secours à la rééducation souvent longue du patient. Les services de traitement des grands brûlés doivent être au centre de cette organisation des soins et prendre en compte tant l'amont que l'aval.

Ils doivent ainsi, en premier lieu, apporter leur concours aux services de médecine d'urgence amenés à prendre en charge des grands brûlés et organiser l'orientation de ces patients. La prise en charge directe des patients grands brûlés est organisée par le biais d'une convention prévue à l'article R. 6123-32-1 du CSP.

Le passage en centre de traitement des grands brûlés étant dans la grande majorité des cas suivi d'une longue période de rééducation, nécessairement dans un centre adapté aux grands brûlés, le décret prévoit l'organisation d'une filière d'aval pour les patients nécessitant de tels soins. Les centres de traitement des grands brûlés devront ainsi conclure une convention avec un ou plusieurs établissements autorisés à pratiquer une activité de soins de suite et de réadaptation disposant des moyens de prise en charge des patients brûlés adultes et des patients brûlés enfants, lorsque la structure de traitement des grands brûlés accueille des enfants.

En cas de retour à domicile, la structure de traitement des grands brûlés assure la continuité des soins.

Le décret prévoit enfin que les structures autorisées assurent une activité de conseil et d'expertise auprès des établissements de santé amenés à prendre en charge des brûlés. Ce point apparaît fondamental dans la mesure où de nombreuses brûlures ne nécessitant pas le transfert vers des structures de grands brûlés peuvent cependant avoir un pronostic fonctionnel défavorable en cas de traitement inapproprié.

II. - CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

Première partie : les conditions générales

Afin d'assurer à la fois une activité minimale dans chaque centre et une optimisation des moyens, un minimum de 6 lits de réanimation (4 lits pour les DOM) est exigé. L'unité doit disposer d'un accès à un nombre de lits de chirurgie au moins égal

au nombre de lits de réanimation dont elle dispose, afin d'éviter que des patients ne nécessitant pas ou plus de techniques de réanimation occupent les lits dédiés aux patients les plus lourds.

L'équipe médicale doit comprendre des compétences de réanimation (1° du I et II de l'article D. 6124-155) et de chirurgie (2° du I et II de l'article D. 6124-155). Compte tenu de l'importance pour les structures de traitement des grands brûlés de disposer d'un personnel médical disponible, il importe que la structure comprenne un nombre suffisant de praticiens visés aux I et II de l'article précité. En garde, un médecin compétent en réanimation doit pouvoir intervenir sans délai et une astreinte opérationnelle de chirurgien doit permettre de réaliser des interventions en urgence. Compte tenu de la démographie des anesthésistes-réanimateurs et des réanimateurs, le décret précise qu'en cas de proximité avec le service de réanimation de l'établissement, la garde peut être assurée de manière commune. Il est en outre instauré l'obligation pour la structure de grands brûlés de mettre à disposition des médecins un local permettant les gardes de réanimation, ainsi qu'il est déjà prévu pour les gardes de réanimation non spécialisée.

Concernant l'équipe paramédicale, l'effectif minimal est supérieur à celui fixé dans les décrets réanimation, dans la mesure où le traitement des grands brûlés exige des pansements très consommateurs de temps (deux personnes pendant trois heures pour des brûlures étendues). Il est composé pendant la journée d'un infirmier et d'un aide-soignant pour deux patients et pendant la nuit de deux infirmiers et d'un aide-soignant pour cinq patients.

L'ensemble du personnel paramédical devra avoir l'expérience de la prise en charge spécifique des grands brûlés.

Deuxième partie : les conditions particulières aux structures accueillant des enfants brûlés

Le décret précise que le traitement des enfants grands brûlés est pratiqué soit dans une unité d'hospitalisation dédiée à cette activité, soit, lorsque la structure accueille adultes et enfants, dans un environnement pédiatrique. Celui-ci se caractérise par des moyens spécifiques tels des équipements adaptés, des locaux aménagés (également pour les loisirs), la présence d'un personnel spécialisé (prise en charge médicale, paramédicale, socio-éducative, psychologique). La scolarité doit pouvoir être proposée quand l'état de santé de l'enfant le permet. L'unité doit disposer de moyens permettant d'assurer l'accueil et la présence des parents auprès des enfants hospitalisés.

L'unité d'hospitalisation, le personnel médical, le matériel nécessaire et le bloc opératoire doivent être adaptés à la prise en charge des enfants. Le médecin assurant la permanence et la continuité des soins doit disposer d'une expérience en réanimation pédiatrique.

Le nombre minimal de 6 lits affectés aux soins de réanimation est alors fixé à 3 pour les unités de traitement pédiatrique des grands brûlés.

Dispositions transitoires

Le décret précise que les établissements de santé exerçant l'activité de traitement des grands brûlés à la date de parution du décret devront déposer un dossier de demande d'autorisation dans la fenêtre de dépôt qui sera ouverte dans les six mois suivant la publication du schéma interrégional d'organisation sanitaire applicable. Vous veillerez à ce que cette période de dépôt n'excède pas trois mois. Ils pourront poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit répondu à leur demande.

L'autorisation pourra leur être accordée à condition qu'ils se mettent en conformité avec les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement dans un délai de 3 ans à compter de la publication du décret.

A défaut, les procédures de suspension et de retrait d'autorisation seront mises en oeuvre.

Il est recommandé de s'assurer à l'avance de l'effectivité de l'application des décrets par un état des lieux à mi-parcours du calendrier afin de vérifier le niveau de mise aux normes des établissements concernés.

Source : Bulletin officiel n° 2007/11 du 15 décembre 2007.