

Plan blanc et gestion de crise

Guide d'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé

La première version de ce guide, édité en mai 2004, avait pour objectif d'accompagner les démarches d'élaboration ou de réajustement des plans blancs des établissements de santé et des schémas départementaux en application de la circulaire du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

Cette seconde édition est actualisée au regard des dernières dispositions législatives et réglementaires.

La première partie traite des caractéristiques de la crise et de ses modes de gestion.

La deuxième comporte un ensemble de fiches de recommandations permettant aux DDASS et aux établissements de santé d'élaborer voire d'actualiser leur plans blancs et plans blancs élargis.

Au niveau de la troisième partie sont abordés deux thèmes spécifiques, l'un portant sur l'exercice de gestion de crise, l'autre sur le thème de l'hôpital en tension et des seuils de déclenchement du plan blanc.

Cette seconde version s'inscrit dans une politique globale de développement de la gestion des risques.

Ce document est disponible sur le site du ministère de la Santé :

www.sante.gouv.fr → accès simplifié par thème → sécurité sanitaire. Format acrobat reader.

Héral 01 42 73 69 20

Plan blanc et gestion de crise

édition 2006

Plan blanc et gestion de crise

Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé

édition 2006
annexe à la circulaire
n° DHOS/CGR/2006/401
du 14 septembre 2006



Plan blanc et **gestion** de **crise**

Guide d'aide à l'élaboration
des plans blancs élargis
des plans blancs
des établissements de santé

édition 2006
annexe à la circulaire
n° DHOS/CGR/2006/401
du 14 septembre 2006



Avant-propos

Il est manifeste que la préparation des plans, les exercices, la formation de l'ensemble des acteurs, thèmes déclinés tout au long de cet ouvrage, sont déterminants pour gérer efficacement une crise sanitaire, en facilitant, le moment venu, la réactivité du système de soins.

Accompagner une crise ne s'improvise pas, et en prévoir la gestion est une exigence de santé publique. Tous les services de l'État et tous les acteurs de santé d'un même territoire doivent y être associés : c'est la garantie de la réactivité et de la qualité de la réponse apportée.

Il est ainsi essentiel de tirer les enseignements d'incidents, de dysfonctionnements ou de crises pour éviter leur répétition. La culture du débriefing est le meilleur moyen d'évaluer les dispositifs de manière permanente.

Mais le retour d'expérience n'est rien sans une attention particulière portée aux exercices. Tous les responsables qui ont eu à gérer une crise reconnaissent l'aide apportée par l'expérience acquise grâce aux simulations de terrain ou aux exercices de cadres. L'évaluation des modalités de réaction face à une situation de crise fait partie d'une démarche qualité et rentre dorénavant dans le processus d'accréditation/certification.

Et le retour d'expérience ne sert à rien si des actions de formation n'impliquent pas l'ensemble des acteurs du monde hospitalier.

Ainsi, en ce qui concerne le risque NRBC, on compte aujourd'hui environ 2 500 professionnels formateurs – essentiellement des praticiens hospitaliers de Samu ou de services d'accueil des urgences – capables de dispenser un enseignement sur ces risques. Ils ont assuré à ce jour la formation de 16 000 professionnels prêts à intervenir en cas d'accident sanitaire majeur.

Il nous faut utiliser cette mutualisation des compétences pour que tous les acteurs concernés – administratifs, médecins, soignants – acquièrent le professionnalisme indispensable à la gestion d'événements graves.

Je souhaite d'ailleurs attirer votre attention sur un thème essentiel développé dans cet ouvrage : l'établissement de santé en tension, face à une situation critique de régulation des urgences hospitalières.

La réponse à apporter à des situations graves de dysfonctionnement, qui ne sont pas nécessairement des crises exceptionnelles – par exemple un afflux inhabituel de personnes âgées lors d'épidémies saison-

nières –, n'implique pas de déclencher systématiquement un « plan blanc ». Pour prévenir ou pallier ces difficultés, ce sont des réponses pérennes, sur le long terme, qui doivent être mises en œuvre dans la concertation. Cela nécessite une organisation qui doit être anticipée et adaptée aux différentes éventualités, tenant compte des problèmes quotidiens. Le plan Urgences apporte justement les outils nécessaires à une approche globale en prenant non seulement en compte les urgences elles-mêmes, mais aussi les services d'aval.

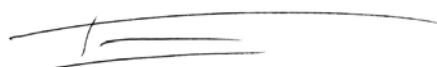
Je souhaite insister sur la nécessité d'inscrire ces plans dans une logique d'organisation territoriale associant tous les professionnels de santé et tous les acteurs du soin. Libérer des lits d'aval, réorienter des patients atteints de pathologies moins aiguës, assurer une fluidité dans l'accueil des victimes, suppose de mobiliser ensemble tous les acteurs d'un territoire de santé dans la confiance et la transparence.

Le plan blanc et le plan blanc élargi sont encadrés par une base juridique solide. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a donné un fondement législatif aux plans blancs. Ainsi, tout établissement de santé est dans l'obligation régle-

mentaire de disposer d'un plan lui « permettant de mobiliser immédiatement les moyens dont il dispose pour faire face à une situation d'urgence sanitaire », qu'il appartienne ou participe au service public hospitalier comme au secteur privé. Cette loi est complétée par le décret du 30 décembre 2005. Le présent guide en explicite son application. Ce plan n'est donc en aucun cas un bloc uniforme. Il comporte des déclinaisons sectorielles, graduées et des volets spécifiques portant sur les risques nucléaires, radiologiques, bactériologiques et chimiques, ainsi qu'environnementaux.

Je tiens à remercier tout particulièrement les auteurs de la deuxième édition de ce guide qui, je n'en doute pas, contribuera à enraciner dans la durée cette « culture de prévention ».

Je sais pouvoir compter sur votre mobilisation à tous en faveur d'une mise en œuvre rapide des recommandations de ce guide.



Xavier Bertrand
Ministre de la Santé et des Solidarités

Sommaire

Avant-propos	2
Introduction	6
■ Première partie	
■ La crise et sa gestion	9
La gestion d'une crise	10
Pourquoi la gestion de crise ?	11
L'événement initiateur, le développement, le contrôle de la situation	12
La culture de crise	12
L'organisation de crise	12
Le plan de crise et le plan blanc	12
La maîtrise des risques	13
La communication de crise	13
Du local au national : les différents niveaux d'intervention	14
Les niveaux opérationnels	14
Les niveaux de coordination	17
Le niveau d'appui et/ou d'expertise	25
La typologie des plans de secours	26
Le plan d'organisation des secours ORSEC	26
Les plans d'urgences	26
Les plans gouvernementaux « pirates »	28
Les plans sanitaires spécifiques	28
La chaîne médicale des secours	30
L'organisation sur le terrain	30
La régulation médicale du SAMU	31
La cellule d'urgences médico-psychologiques	32

Le plan blanc élargi		33
Les principes généraux d'élaboration	34	
La connaissance des risques et leur prévision	35	
Les flux de victimes	35	
La place et le rôle des établissements de santé	36	
L'organisation des moyens de transport sanitaires	36	
La réactivité du dispositif	35	
Les modalités de suivi du plan blanc élargi	37	
Le plan blanc		38
Les principes généraux d'élaboration du plan blanc	38	
Les risques spécifiques : nucléaire, radiologique, biologique et chimique	43	
Conclusion		48
Deuxième partie		
Fiches de recommandations		51
Fiches concernant le rôle des DDASS (fiches 1 à 8) et l'élaboration du plan blanc élargi	52	
Fiches s'adressant aux établissements de santé (fiches 9 à 35)	64	
Troisième partie		
Cahiers spécifiques		121
Cahier spécifique : l'établissement de santé en tension	121	
Cahier spécifique : l'exercice de gestion de crise	141	
Quatrième partie		
Annexes		153
Support de communication		181
Glossaire		182
Liste des abréviations		185
Bibliographie		187
Remerciements		193
Table des matières		197

Introduction

Cette seconde édition du guide *Plan blanc et gestion de crise* tient compte des modifications et des adaptations nécessaires depuis 2004, et prend en compte les effets induits par la politique de santé publique. En effet, les modifications législatives et réglementaires publiées depuis août 2004 imposent désormais que tout établissement de santé se dote d'un plan blanc, cette obligation n'étant plus limitée aux seuls établissements sièges de services d'urgence. Par ailleurs, tout département doit élaborer un plan blanc élargi anciennement dénommé « schéma départemental des plans blancs ». De façon analogue, les missions des établissements de santé de référence désignés par arrêté ministériel sont maintenant codifiées.

Les deux orientations essentielles qui ont prévalu lors de la publication de la première version du guide en mai 2004, à savoir la culture de la prévention et de la gestion de la crise et une action coordonnée entre tous les acteurs de soins, sont toujours d'actualité et cette seconde édition est l'occasion de les parfaire.

Au-delà de ces éléments culturels, il est essentiel que chaque acteur selon son niveau d'exercice puisse identifier sa mission, son rôle et son action dans ces domaines de compétences.

En situation d'urgence sanitaire ou de crise, le fonctionnement normal est compromis, voire inopérant. Le chef d'établissement se trouve isolé dans un environnement générateur d'une grande tension, les équilibres fondamentaux sur lesquels repose habituellement l'organisation faisant défaut. Ce type de pilotage ne supporte guère l'improvisation, l'hésitation, le doute.

Le directeur d'établissement de santé est au centre du dispositif de prévention et de gestion des crises. Il lui revient la lourde responsabilité de piloter celui-ci et de mobiliser les moyens dont il dispose.

Il ne pourra y parvenir sans promouvoir, jour après jour, une sensibilisation et une perspective d'anticipation auprès des personnels, déjà accaparés par d'autres préoccupations quotidiennes.

La première partie de ce document porte sur la définition des crises et leur gestion. Les différents niveaux d'intervention, la typologie des plans de secours, la chaîne médicale des secours, le plan blanc élargi et le plan blanc sont explicités.

Une deuxième partie comporte un ensemble de fiches d'aide à l'élaboration du plan blanc élargi et du plan blanc, sur un mode le moins normatif possible.

Enfin, la troisième partie inclut deux cahiers spécifiques, l'un portant sur l'exercice de gestion de crise, l'autre sur le thème de l'hôpital en tension et les seuils de déclenchement du plan blanc.

Ces deux cahiers spécifiques ont été réalisés à la demande et avec la contribution des professionnels de santé sur la base d'expériences acquises.

L'ensemble de cet ouvrage, actualisé au regard des nouveaux textes réglementaires, tient compte de l'évolution des pratiques notamment dans le domaine du risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC). Il est par ailleurs enrichi de dimensions nouvelles, d'encadrés et de recommandations spécifiques, notamment dans le domaine des actes de malveillance.

La gestion des risques et des crises nécessite des prises de conscience partagées et l'appropriation la plus large possible de règles et d'attitudes qui ont fait la preuve de leur bien-fondé.

La cellule gestion des risques de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ainsi que les auteurs de ce guide souhaitent que cette nouvelle version contribue à la poursuite de la dynamique engagée.

Le décret plan blanc, plan blanc élargi (ancienne dénomination : schéma départemental des plans blancs)

Dans un contexte de menaces sanitaires croissantes, lié à des épidémies, à des accidents technologiques, climatiques ou à des actes malveillants, il est apparu indispensable de renforcer l'organisation de notre système de santé.

Dans cette perspective, les articles L. 3110-7 à L. 3110-10 du code de la santé publique, introduits par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, définissent l'organisation intra et extrahospitalière permettant de prévenir et de gérer des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence.

La loi rend obligatoire le plan blanc pour l'ensemble des établissements de santé.

Le décret d'application du 30 décembre 2005 précise les modalités de mobilisation des moyens pour faire face à un afflux de victimes ou à une situation sanitaire exceptionnelle tant au niveau de chaque établissement de santé, qu'aux niveaux départemental, zonal et national.

Il définit ainsi les dispositions que chaque plan blanc doit contenir pour faire face à un afflux de victimes ou à une situation à conséquences sanitaires graves.

Il précise également le mode d'organisation du niveau départemental, niveau opérationnel en cas de crise sanitaire, à travers l'élaboration des plans blancs élargis qui recensent l'ensemble des moyens et ressources susceptibles d'être mobilisés.

Ce texte définit enfin le rôle spécifique des établissements de santé de référence dans la prévention et la gestion des risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.

L'indemnisation des personnes requises et des dommages causés dans le cadre de la réquisition est régie selon les cas par les dispositions du droit commun de l'ordonnance du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services modifiée, ensemble le décret n° 62367 du 26 mars 1962 pris pour son application.

Première partie

La crise et sa gestion

1	La gestion d'une crise	10
2	Du local au national : les différents niveaux d'intervention	14
3	La typologie des plans de secours	26
4	La chaîne médicale des secours	30
5	Les plans blancs élargis	33
6	Le plan blanc	38
	Conclusion	49

1 La gestion d'une crise

Toute crise confronte brutalement à l'extrême. Naturellement, l'ampleur des dommages, les personnes concernées, les victimes, ceux qui leur portent secours, et les actions à entreprendre sont diversifiées.

Force est de constater que les « nouveaux risques » apparaissent de plus en plus souvent comme des faits sociaux totaux. Ils sont d'autant plus générateurs d'anxiété collective que l'opinion publique éprouve une forte aversion pour l'ambiguïté, le risque insuffisamment défini avec l'impression qu'il serait mal maîtrisé.

Au fond, chacun a bien la volonté, le plus souvent possible, de réduire le risque à de l'incertitude probabilisable, démarche qui peut alors induire des actions de prévention et de précautions.

Cependant, une crise de nature catastrophique relève de deux éléments contradictoires : il est difficile d'imaginer qu'elle puisse se produire ; lorsque, malheureusement, tel est le cas, elle apparaît comme relevant presque de l'ordre normal des choses. Bien des guerres, formes ultimes de catastrophes, ou des situations catastrophiques d'origine climatique ou technologique sont ainsi interprétées, *a posteriori*.

Trop souvent, la catastrophe n'entrant guère dans le champ du possible avant qu'elle n'ait lieu, il est assez difficile de s'y préparer, d'autant plus que les approches classiques de la précaution, de la prévention, de la veille, de la gestion des risques se heurtent très généralement

à une sorte d'estimation des coûts et des avantages du système de vigilance.

Le champ de cette réflexion inclut tout événement pouvant conduire à une crise : des événements liés à des risques naturels (tremblements de terre, intempéries, changements climatiques), à des risques technologiques (industriels, produit et équipement défectueux, transports...), à des risques sociaux, politiques (grève, terrorisme, vandalisme, actes délictueux) à des risques sanitaires (épidémie, contamination de produits...) et impliquant les établissements de santé, ceux-ci pouvant en être à l'origine, en être eux-mêmes victimes ou en subir les conséquences.

À l'exception des professions entraînées pour y faire face de manière appropriée, l'acceptabilité psychologique et sociale des crises ne doit pas être surestimée.

Cependant, il incombe à tout chef d'établissement, de prendre certaines décisions avant, pendant et après une crise. Il bénéficiera des compétences médicales, chirurgicales, soignantes, techniques et logistiques. Mais il doit être conscient qu'un état d'urgences perturbe chacun et que le risque d'être dépassé par la multiplicité des tâches accomplies et par le stress est réel.

Qu'il s'agisse d'une crise relativement bien maîtrisable, parce qu'elle relève du déjà-vu et de l'expérience acquise auparavant, ou d'une catastrophe pour/sur laquelle on dispose de peu de documentation quant à son processus précis

et/ou la manière d'y faire face, les rédacteurs de ce guide souhaitent souligner l'importance des principes d'action suivants :

- savoir mieux développer les bonnes pratiques dans ce domaine ;
- savoir davantage développer la recherche et mutualiser les études de cas ;
- diminuer la peur et améliorer la diffusion des connaissances sur les risques, des causes aux conséquences ;
- avancer ensemble par le dialogue et un meilleur accueil réservé aux avis divergents, aux « signaux faibles » qui peuvent émaner de personnes simplement plus attentives que d'autres.

Pourquoi la gestion de crise ?

Il y a des risques avérés, potentiels, avec des probabilités objectives. Le principe de précaution s'impose donc.

Pour faire face à une crise avec discernement sans en différer le traitement, il est nécessaire de mettre en place un dispositif de veille et d'alerte au-delà de la gestion spécifique des risques.

La précaution concernant les risques non identifiés passe par une démarche de fond de préparation à la gestion d'une crise pour en prévenir les écueils.

Toute crise impose de prendre des décisions précises et rapides, porteuses de conséquences positives ou négatives selon qu'elles sont ou non appropriées.

Il convient ainsi de distinguer la gestion des risques identifiés qui appellent une réflexion préalable à la gestion de la crise.

Un événement est la réalisation d'un risque identifié ou peu probable, un fait auquel vient aboutir une situation, un résultat ; il serait inhabituel lorsque sa réalisation est aléatoire ou bien lorsque les caractéristiques qui lui sont attachées l'individualisent par rapport à une trame normale d'événements. Un événement est source d'une crise si les acteurs sociaux en pré-

sence lui attachent des conséquences potentielles, même si l'occurrence des événements demeure sans effet.

Une crise découle d'un événement qui menace les priorités et les missions d'une organisation en surprenant les décideurs. D'autant que le temps dont ils disposent pour réagir est fortement restreint et génère du stress. Elle peut résulter d'un processus cumulatif de dysfonctionnements constituant les signes précurseurs de la crise. La notion de crise n'est pas limitée aux événements accidentels ; elle inclut aussi, par exemple, la crise médiatique, la crise technologique ou médicale. En situation de crise, la mise en œuvre immédiate de contre-mesures s'impose.

L'ampleur d'une crise peut être évaluée sur la base de l'échelle qui suit, les différents critères énumérés n'étant pas forcément réunis :

> Incident mineur

- Une ou plusieurs victimes* légèrement atteintes ; peu ou pas de blessés graves.
- Dégâts matériels peu importants, sans arrêt de l'activité ni action médiatique locale.

> Incident majeur ou accident grave

- Une ou plusieurs victimes* gravement atteintes ; un décès, dégâts matériels importants mais sans interruption prolongée de l'activité.
- Impacts limités sur le personnel, impacts extérieurs limités, présence médiatique.

> Événement catastrophique

- Nombreuses victimes* gravement atteintes ; plusieurs décès.
- Destruction partielle, voire totale d'un site ; perte d'activité prolongée, impacts sur la totalité du personnel.
- Impact national.
- Avenir du site compromis.
- Campagne médiatique nationale, déstabilisation d'un ou plusieurs établissements.

** En référence à la déclaration des Nations-Unies pour les principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité, signée le 29 novembre 1985, on entend par victimes des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un état membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de droit.*

1 **L'événement initiateur, le développement, le contrôle de la situation**

Dans toute crise, on distingue la phase aiguë et celle de retour à la normale.

La phase aiguë, en général brève (de quelques heures à une journée), comporte les « séquences » suivantes :

- événement initiateur ;
- développement de la crise ;
- contrôle de la situation.

La phase de retour à la normale peut être plus longue que la première et ne nécessite pas impérativement des actions immédiates. Elle comporte les « séquences » suivantes, lorsque le danger est écarté :

- la reconstruction ;
- le règlement administratif et financier ;
- le retour à l'activité normale ;
- un bilan et la recherche des enseignements à retenir de la crise.

La culture de crise

La crise surprend presque toujours parce que inattendue. Souvent aussi parce que, psychologiquement, on n'est pas prêt à l'envisager. Et pourtant, cela n'arrive pas qu'aux autres !

L'un des buts des préconisations contenues dans ce guide est donc de sensibiliser le lecteur, en particulier le responsable opérationnel chef d'établissement, à la culture de crise.

L'organisation de crise

L'improvisation pour faire face à une crise, la perte de temps inutile, le stress engendrent un risque important d'erreur d'analyse, d'aggravation de la situation, de dérapage médiatique, bref, de difficultés accrues pour contrôler la situation. Il faut éviter, surtout dans la phase aiguë :

- la redondance inutile de l'information avec risques d'obsolescence et de non-transmission (retard ou perte) de l'information indispensable ;
- l'alourdissement de la tâche des acteurs sur site par des contraintes supplémentaires de logistique ;
- la multiplicité des centres de décision et la confusion des responsabilités ;
- une communication désordonnée ou/et discordante par absence de centralisation des informations.

Des fiches présentées par thème donnent des conseils pratiques et des modèles d'outils de crise et de préparation à sa gestion. Chacun doit les adapter en fonction de sa spécificité pour mettre au point sa propre organisation de crise et ainsi éviter les pièges rappelés ci-dessus.

Le plan de crise et le plan blanc

Dans chaque établissement, il doit exister une organisation prévue en cas de crise pour faire face à un incident grave ou à un accident affectant les personnes et/ou les biens. C'est pourquoi chaque établissement de santé doit mettre en place une cellule de prévention et gestion de crise, souvent appelée également cellule de veille. Ces procédures ont une vocation différente de celle du plan blanc, notamment au regard de l'ampleur des moyens mobilisés et du caractère officiel du plan blanc.

Le plan blanc couvre un éventail plus large de situations, jusqu'au retour à une situation normale.

Dans le cas d'un sinistre ou d'un danger imminent mettant en péril des biens et des personnes, l'application du plan blanc est prioritaire. Il comporte évidemment des mesures qui participent aux procédures déclinées en cas de crise. Toutefois, si les tâches prévues au plan blanc peuvent être différentes – surtout pour les responsables de la sécurité et de l'environnement – les moyens logistiques de communication ont la même finalité.

Il convient donc de les optimiser, c'est-à-dire de compléter éventuellement les moyens des procédures en cas de crise pour répondre aux besoins du plan blanc. Il faut notamment prévoir les moyens de communication avec les autorités publiques.

La maîtrise des risques

Un risque se définit par la combinaison de la probabilité d'occurrence du danger et de la gravité de ses conséquences. Une crise n'est autre que la concrétisation d'un risque aux conséquences graves pour une population donnée et de probabilité 1 ou proche de 1 (danger imminent).

La nature du risque est différente d'un établissement à l'autre (incendie, inondation, panne générale, intoxication). Parfois, le risque est aggravé par les aspects médiatiques de la situation. Enfin, l'importance du risque sera également fonction de la taille du site, du nombre de personnes concernées, de la culture locale et de la sensibilité de l'opinion publique à son égard.

Il importe donc de "dimensionner" la cellule de crise en fonction de plusieurs paramètres :

- nature du risque ;
- cinétique de l'événement ;
- évacuation ;
- impact sociosanitaire.

On procédera en général à partir de l'analyse des risques pour déterminer leur hiérarchie et de quelques scénarios permettant d'identifier les besoins.

La communication de crise

Pour garantir l'efficacité des actions mises en œuvre en cas d'alerte ou de crise, les circuits de l'information ascendante et descendante devront être identifiés sur la base d'un organigramme fonctionnel.

Par ailleurs, les sociétés modernes s'orientent de plus en plus vers un monde où tout devient médiatique, où tout événement se produisant en un lieu donné peut être rapidement communiqué au reste du monde. La santé est elle-même devenue médiatique. Pour préserver son « image », une bonne communication de crise est donc indispensable.

Partant de ces postulats, quelques principes de base sont à retenir tout établissement de santé doit déclarer à la DDASS :

- tout événement inhabituel constaté conduisant à une situation qui menace la finalité et les priorités de son organisation ou susceptibles d'avoir un retentissement médiatique ;
- tout événement, même mineur.

La DDASS en informe sans délai le niveau régional (ARH, DRASS, CIRE) et le niveau international.



Du local au national : les différents niveaux d'intervention

Ce chapitre fait référence au rôle des différentes autorités et structures compétentes en matière de prévention et d'intervention lors de situations exceptionnelles. Dans un souci de clarté, il se limite aux acteurs les plus directement concernés du champ sanitaire et social.

On aura à l'esprit cette définition de la défense : « La défense a pour objet d'assurer en tout temps, en toutes circonstances et contre toutes les formes d'agression, la sécurité et l'intégrité du territoire, ainsi que la vie de la population. » (Article 1 de l'ordonnance 59-147 du 7 janvier 1959).

Les développements concernent les différents échelons territoriaux des services du ministère de la Santé, au niveau national, incluant les directions et services de l'administration centrale ainsi que les agences de sécurité sanitaire.

Les niveaux opérationnels

Le niveau opérationnel, départemental, est constitué par l'ensemble des structures sanitaires et, au premier plan, les établissements de santé et les SAMU.

Les établissements de santé, lors d'un événement exceptionnel faisant craindre un afflux massif de victimes ou mettant en péril le fonctionnement de l'établissement, activent leur plan

blanc et se mettent en situation de faire face aux besoins.

C'est pourquoi tous les établissements de santé, qu'ils soient publics, PSPH ou privés, doivent élaborer un plan blanc.

Les centres hospitaliers régionaux et universitaires (et plus encore les établissements de santé de référence de chaque zone de défense) ont à la fois un rôle directement opérationnel sur le terrain et une mission d'appui et de relais à l'égard des autres établissements.

Les établissements de santé de référence

Il importe de bien différencier le sens donné au terme « établissement de santé de référence » qui nomme ici un établissement désigné pour faire face à un risque, en particulier NRBC, à ne pas confondre avec le centre hospitalier de référence qui, dans la terminologie classique, évoque le centre hospitalier le plus important du département à qui revient la responsabilité de susciter la mise en œuvre d'actions de complémentarité, de réseaux et de promouvoir des actions au niveau des communautés d'établissements.

Le préfet de zone de défense exerce la compétence prévue à l'article L. 3110-9 si la nature de la crise sanitaire le justifie et notamment en cas de risque ou d'accident nucléaire, radiologique, biologique ou chimique.

la crise et sa gestion

du local au national : les différents niveaux d'intervention

L'arrêté du ministre du 30 décembre 2005 chargé de la santé désigne pour chaque zone de défense un ou plusieurs établissements de santé de référence pour les situations sanitaires exceptionnelles mentionnées à l'article L. 3110-9.

Ces établissements disposent :

- d'un service d'aide médicale urgente ;
- d'un service d'accueil des urgences ;
- d'un service de maladies infectieuses doté de chambres d'isolement à pression négative ;
- d'un service de réanimation doté de chambres d'isolement ;
- d'un service de pédiatrie doté de chambres d'isolement à pression négative ;
- d'un service de médecine nucléaire ;
- d'un laboratoire d'un niveau de confinement L3 ;
- d'une aire permettant de poser un hélicoptère.

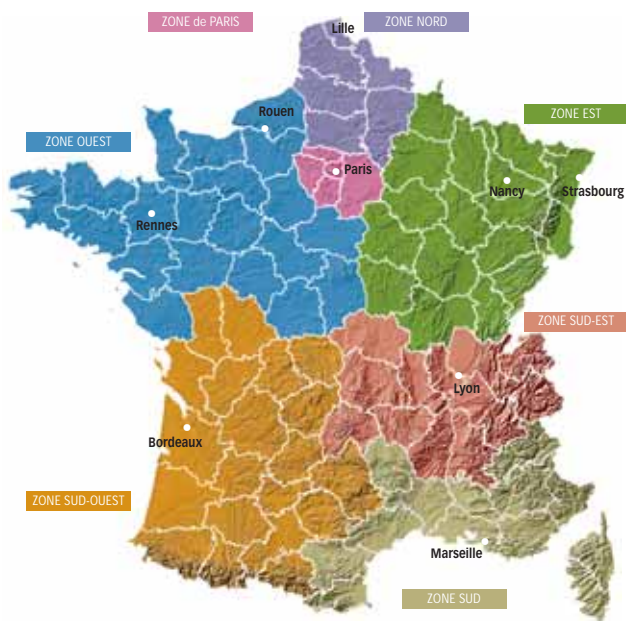
À l'échelle de la zone de défense, les établissements de santé de référence sont chargés :

- d'apporter une assistance technique aux délégués de zone responsables des affaires sanitaires et sociales ;
- de conseiller les établissements de santé sur les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques et de former leurs personnels en ce domaine ;
- de porter un diagnostic et, le cas échéant, d'assurer une prise en charge thérapeutique en cas d'accident nucléaire, radiologique, biologique ou chimique.

Dans chaque établissement de santé de référence, un directeur administratif, assisté de médecins experts, est chargé de la coordination, de la mise en application, du suivi et de l'évaluation des directives de l'administration centrale.

Leur mission est d'apporter une assistance technique aux délégués de zone chargés des affaires sanitaires et sociales.

Des services référents y sont désignés et équipés pour assurer un rôle de conseil, porter un diagnostic, voire assurer une prise en charge thérapeutique dans certains cas, et former le personnel impliqué, notamment dans la prise en charge des risques NRBC faisant partie des plans blancs.

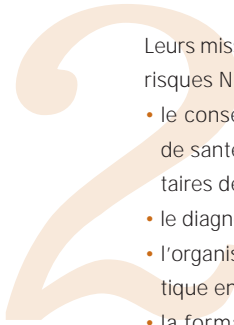


Les établissements de santé référents suivants ont été désignés dans chaque zone de défense :

- Est : CHR de Nancy et de Strasbourg
- Nord : CHR de Lille
- Ouest : CHR de Rennes et de Rouen
- Paris : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- Sud : Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
- Sud-Est : Hospices civils de Lyon
- Sud-Ouest : CHR de Bordeaux
- DOM : centre hospitalier départemental Félix-Guyon de Saint-Denis-de-la-Réunion
centre hospitalier universitaire de Fort-de-France
centre hospitalier André-Rosemon de Cayenne

Ces services sont :

- les services de maladies infectieuses et les laboratoires pour les risques biologiques ;
- les services de médecine nucléaire, de radiothérapie et de radiologie pour les risques radiologiques ;
- les centres antipoison pour les risques chimiques ;
- les pharmacies ;
- le SAMU.



Leurs missions essentiellement centrées sur les risques NRBC portent sur :

- le conseil auprès des autres établissements de santé et des médecins et ingénieurs sanitaires des cellules Biotox ;
- le diagnostic en cas d'accident NRBC ;
- l'organisation et la prise en charge thérapeutique en cas d'accident NRBC ;
- la formation du personnel potentiellement impliqué en cas d'accident NRBC ;
- la mise à disposition de moyens et d'expertises (maladies infectieuses, laboratoires, médecine nucléaire, radiothérapie, radiologie, centre antipoisons, SAMU, réanimation, pharmacie, en particulier) ;
- la mise à disposition et la maintenance d'une dotation d'équipements pour établir des diagnostics rapides : matériel PCR (Protéine-Chaine-Réactive), extracteur d'ADN ;
- la mise à disposition pour les établissements de santé des stocks de médicaments, antidotes, antibiotiques. Ces stocks seront dispatchés en lien avec les médecins inspecteurs et les ingénieurs sanitaires en fonction des besoins présumés ;
- la mise à disposition et la maintenance de respirateurs, d'oxygène, de tenues de protection NRBC.

Ils identifient des services référents dans les autres établissements de santé : SAMU, urgences, maladies infectieuses, pédiatrie, médecine nucléaire, laboratoires, pharmacie, médecine du travail.

Les autres établissements de santé

En fonction de leur plateau technique, du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), des plans blancs élargis, ainsi que des cahiers des charges nationaux ou de ceux élaborés par les services référents, les CHR dans les régions peuvent contribuer à :

- assurer le relais entre le CHR de référence et les établissements de santé de leur région disposant d'un service d'urgence :

- informer les établissements de santé,
- conseiller et contribuer à la démultiplication auprès des autres établissements de santé,
- prendre en charge certaines pathologies ;
- mettre à disposition des moyens ;
- assurer une expertise au niveau régional ;
- en cas de crise, le SAMU peut assurer la coordination des actions internes à sa région tout en informant le niveau zonal (en cas d'accident NRBC) en lien permanent avec le SAMU de référence.

Bien que n'ayant pas de statut juridique spécifique, le SAMU du CHU de la région peut apporter son soutien logistique (moyens humains et matériels, dont les dotations Biotox) aux SAMU départementaux. Le SAMU de zone sera systématiquement impliqué. Dans le cas où il existe plusieurs CHU dans une même région, un protocole précisera les liens fonctionnels et opérationnels.

Naturellement, en fonction de la dimension et de la vocation de chaque établissement dans son environnement local et départemental, certains établissements publics de santé et participant au service public auront des responsabilités particulières. Celles-ci seront précisées dans le plan blanc élargi.

Le service de santé des armées

Outre sa participation quotidienne au service public hospitalier par l'intermédiaire de ses hôpitaux d'instruction des armées (HIA), le service de santé des armées peut être saisi afin de mettre en œuvre ses moyens d'expertise et de traitement vis-à-vis du risque NRBC.

Dans ce cadre, le point d'entrée est :

- au niveau zonal, par l'intermédiaire du préfet, l'officier général de la zone de défense (OGZD), territorialement compétent et son état-major interarmées de la zone de défense (EMIAZD) ;
- au niveau national, le chef d'état-major des armées le (CEMA) et son centre de planification et de conduite des opérations (CPCO).

Les niveaux de coordination

L'échelon départemental

Ce niveau recouvre le champ de l'anticipation (élaboration des différents plans) et de la gestion de la crise (déclenchement des plans, mise en place des cellules de crise et de veille, mobilisation des moyens, communication).

Le préfet de département

Il prépare les plans ORSEC départementaux (cf. chapitre « Typologie des plans de secours ») ; à ce titre, il prévoit les mesures de sauvegarde et coordonne les moyens de secours publics dans le département.

En cas de déclenchement d'un plan ORSEC ou d'un plan de secours, les opérations sont placées, dans chaque département, sous l'autorité du préfet, représentant du gouvernement.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précise que, si l'afflux de patients ou de victimes le justifie, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services dans le cadre d'un dispositif dénommé plan blanc élargi. Le plan blanc élargi recense tous les moyens et ressources humains et matériels susceptibles d'être mobilisés en fonction des circonstances.

Lorsque le représentant de l'État dans le département constate que la situation exige d'être traitée à un niveau géographique dépassant les limites du département, il saisit sans délai le représentant de l'État de la zone de défense qui assure, dans le cadre du plan blanc élargi, la coordination des plans blancs élargis de la zone de défense.

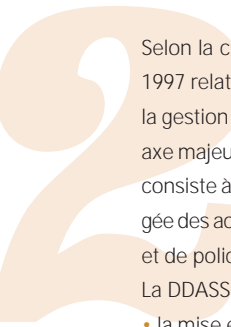

La loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 précise qu'en cas « d'accident, sinistre ou catastrophe, dont les conséquences peuvent dépasser les limites ou les capacités d'une commune, le représentant de l'État dans le département mobilise les moyens de secours

relevant de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics. En tant que de besoin, il mobilise ou réquisitionne les moyens privés nécessaires aux secours. Il assure la direction des opérations de secours (art. 18) ». En outre, « en cas de menace ou d'atteintes graves à la santé publique, le représentant de l'État dans le département dispose sans délai, pour l'exercice de ses attributions, du laboratoire du service vétérinaire du département ou du laboratoire hydrologique ou, à défaut, de ceux d'un autre département en coordination avec le représentant de l'État dans le département concerné (art. 26) ».

La direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Les compétences attribuées par les textes aux DDASS, ainsi que leur place privilégiée auprès des acteurs de terrain, font de cette institution une structure pivot au carrefour du sanitaire, du social et du médico-social, mais également du secteur environnemental.

S'il est acté de par les textes fondateurs que les DDASS se situent en amont d'une crise, à un niveau de coordination, en établissant le plan blanc élargi, il est aussi indispensable que chacune dispose d'une organisation pérenne à activer en cas de crise. Cette organisation doit être clairement identifiée et faire l'objet d'un suivi régulier. La plupart de ces actions sont conduites en étroite coordination avec le niveau régional des DRASS et ARH, avec les établissements de santé du département, la nécessité étant d'identifier et de reconnaître le rôle de chacun dans la prévention, la gestion des risques ou d'une crise. Ce partenariat doit également être développé avec les représentants des autres ministères, dont les missions sont complémentaires et nécessitent qu'ils se soient préalablement concertés. De même le dialogue sera conduit avec les collectivités locales et territoriales, les crises passées et récentes montrant de plus en plus la polyvalence des acteurs en jeu et la nécessité d'un positionnement clair de chacun.



Selon la circulaire DGAPB n° 97-53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des DRASS et DDASS, la gestion du risque sanitaire constitue le second axe majeur de l'action des services. Cette mission consiste à mettre en place une organisation chargée des actions de prévention, de veille, de contrôle et de police sanitaires.

La DDASS a pour mission d'assurer :

- la mise en œuvre des actions de prévention en matière de santé publique, ainsi que la lutte contre les épidémies et endémies ;
- la protection sanitaire de l'environnement ;
- le suivi des établissements de santé sous la responsabilité des ARH ;
- la prévention des risques dans le domaine de la production et de la distribution d'eau potable, des établissements recevant du public,
- la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'urgences ;
- l'élaboration du plan blanc élargi, en collaboration technique avec le SAMU.

Les directeurs régionaux et départementaux désignent auprès d'eux un délégué de défense chargé, sous leur autorité, de suivre et de coordonner les affaires de défense sanitaire et sociale, une cellule de défense devant être constituée au sein de chaque direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales, ainsi qu'au sein de la direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse du sud.

Le directeur de la DDASS, sur la base du plan blanc élargi, a pour missions :

- d'assister le préfet de département responsable dans son département en cas de crise. Le directeur de la DDASS est assisté du SAMU départemental qui assure un rôle de conseiller technique ;
- d'assurer l'élaboration du plan blanc élargi et des scénarios d'intervention en cas de risques NRBC : il définit le rôle et la place de chaque établissement de santé, de la médecine libérale, traduit l'organisation zonale, désigne les établissements dédiés selon les risques NRBC ;
- d'anticiper et de préparer la gestion d'une crise ;
- d'identifier la répartition des équipements en

protection des équipes d'intervention pour permettre la prise en charge des personnes exposées ou susceptibles de l'être en lien avec le délégué de la zone de défense (le directeur de la DRASS de la région siège de la zone) chargé de la répartition des dotations en équipements et tenues NRBC.

Le service d'aide médicale urgente

L'aide médicale urgente a pour objet, en relation avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgences appropriés à leur état.

En situation d'exception, partenaire opérationnel de la DDASS, le SAMU départemental concerné par l'événement coordonne les actions de secours. Les missions du SAMU définies dans les articles R.6311 et suivants du code de la santé publique sont de :

- déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- coordonner les services médicaux d'urgences et de réanimation (SMUR) et les acteurs de l'aide médicale urgente (AMU) ;
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect de son libre choix, et faire préparer son accueil ;
- organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public, PSPH ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire ;
- veiller à l'admission du patient.

Pour assurer ses missions en situation d'exception, le SAMU départemental prévoit une organisation spécifique et adaptée avec une procédure d'information et de recours aux SAMU voisins et au SAMU zonal.

Lorsqu'il existe plusieurs SAMU dans le même département, la place de chacun devra être précisée dans le plan blanc élargi.

Leur interconnexion avec le centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS) permet une information mutuelle dans le cadre de leurs missions communes.

Le service départemental d'incendie et de secours

Le service d'incendie et de secours est chargé de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Il concourt, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres types d'accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgences.

Dans le cadre de leurs compétences, les SDIS exercent les missions suivantes :

- la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- la protection des personnes, des biens et de l'environnement ;

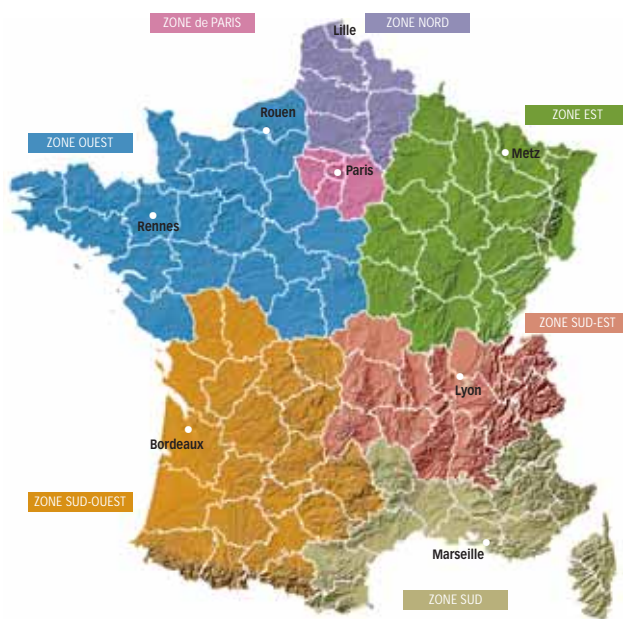
- les secours d'urgences aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, ainsi que leur évacuation.

Les services d'incendie et de secours sont placés pour emploi sous l'autorité du maire ou du préfet, agissant dans le cadre de leurs pouvoirs respectifs de police. Pour assurer les missions de prévention qui leur incombent, notamment en ce qui concerne la réglementation applicable aux risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, le maire ou le préfet disposent des moyens relevant des services d'incendie et de secours.

Le service de santé et de secours médical (SSSM) agit dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU) soit dans le cadre de la protection des sapeurs pompiers, soit dans le cadre des secours médicalisés. Son action est déclenchée et régulée par le SAMU.

L'échelon zonal

La zone de défense est une circonscription territoriale suprarégionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'État, d'un

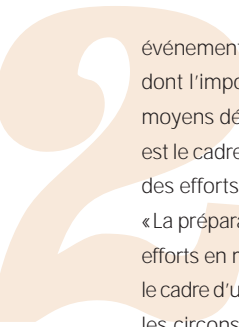



Siège de chaque zone de défense civile :

- Est : Metz (57)
- Nord : Lille (59)
- Ouest : Rennes (35)
- Paris : Paris (75)
- Sud-Est : Lyon (69)
- Sud : Marseille (13)
- Sud-Ouest : Bordeaux (33)

Il existe trois zones en outre-mer, comportant des services déconcentrés, dont un délégué de zone au niveau de la direction de la santé et du développement social (DSDS) ou de la DRASS :

- Antilles : Fort-de-France (97-2)
- Sud de l'Océan Indien : Saint-Denis-de-La Réunion (97-4)
- Guyane : Cayenne (97-3)



événement calamiteux ou d'une situation de crise dont l'importance implique la mise en œuvre de moyens dépassant le niveau départemental. Elle est le cadre privilégié pour assurer la coordination des efforts civils et militaires.

« La préparation, la conduite et la coordination des efforts en matière de défense sont assurées dans le cadre d'une organisation territoriale dans laquelle les circonscriptions administratives spécialisées dans des objets intéressant la défense et les circonscriptions militaires ont les mêmes limites. » (Article 21 de l'ordonnance 59-147 du 7 janvier 1959).
« Dès qu'une situation de crise, un événement grave ou une catastrophe implique par son ampleur, par les moyens requis ou par ses conséquences, une intervention de niveau supra départemental, l'échelon territorial de référence est la zone de défense » (circulaire 2002-191 du 3 avril 2002).

La France métropolitaine est divisée en sept zones de défense auxquelles s'ajoutent 3 zones « outre-mer ». Le préfet de zone de défense est le préfet du département où se trouve le chef-lieu de celle-ci.

Le préfet et l'état-major de zone

Dans chaque zone de défense, l'État est représenté par un préfet de zone qui est le préfet de département situé dans le chef-lieu de la zone, avec une exception à Paris où ces fonctions sont exercées par le préfet de police.

Sous l'autorité du premier ministre et des ministres concernés, le préfet de zone est responsable des mesures de défense non militaire, de gestion des crises et de coordination en matière de circulation routière.

À ce titre, en matière de défense non militaire :

- il est responsable de la préparation et de l'exécution des mesures non militaires de défense. Il élabore et arrête les différents plans nécessaires à leur mise en œuvre ;
- il est responsable de la coordination avec les autorités militaires des mesures de défense civile et militaire. Il s'assure de la cohérence des plans généraux de protection avec les plans militaires de défense ;

- il assure la répartition, sur le territoire de la zone, des moyens des services de la défense et de la sécurité civiles et des moyens des forces armées mis à disposition par voie de réquisition ou de concours ;
- il fixe l'organisation générale de la zone de défense (OGZD) et les objectifs à atteindre en matière de défense non militaire ;
- il signe les protocoles d'accord relatifs aux demandes de concours établies conjointement avec l'OGZD ;
- il dirige l'action des préfets de région et de département, ainsi que celle des délégués de zone, en ce qui concerne les mesures de défense non militaire ;
- il dirige l'action des préfets de région et de département en matière de prévention, de préparation et de mise en œuvre des mesures de défense économique.

En cas de crise ou d'événements d'une particulière gravité :

- il prend les mesures de coordination nécessaires, dès lors qu'une situation de crise est susceptible de dépasser le cadre du département ;
- il peut mettre à disposition d'un ou de plusieurs préfets de département de la zone les moyens de l'État existant dans la zone et s'appuie sur un état-major de zone (EMZ) ;
- lorsque la situation affecte plusieurs zones et comporte pour l'ordre public des atteintes ou des menaces graves, le ministre de l'Intérieur peut désigner l'un des préfets de zone pour piloter l'ensemble, afin de prendre les mesures de coordination nécessaires ;
- la compétence attribuée au représentant de l'État dans le département en matière de réquisitions peut être exercée, dans les mêmes conditions, par les préfets de zone de défense si la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux des patients ou de victimes le justifient.

Le préfet de zone est assisté dans l'exercice de ses fonctions par un préfet délégué pour la sécurité et la défense.

Le délégué de zone

Pour chaque département ministériel, un arrêté du ministre concerné détermine, pour chacune des zones de défense, le chef de service ou le fonctionnaire ayant la qualité de délégué de zone chargé de préparer les mesures de défense qui relèvent de sa responsabilité. S'agissant du champ sanitaire et social, le délégué de zone de défense du ministère de la Santé est le directeur régional des affaires sanitaires et sociales de la région siège de la zone. Il est assisté dans l'exécution de sa mission par un coordonnateur zonal pour la défense sanitaire et sociale (arrêté du 20 juillet 2000).

Pour la santé, les délégués de zone se répartissent comme suit :

- Est : DRASS Lorraine
- Nord : DRASS Nord Pas-de-Calais
- Ouest : DRASS Ille-et-Vilaine
- Paris : DRASS Île-de-France
- Sud : DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Sud-Est : DRASS Rhône-Alpes
- Sud-Ouest : DRASS Aquitaine
- Océan Indien : DRASS Saint-Denis-de La Réunion
- Guyane : DSDS Cayenne
- Antilles : DSDS Fort-de-France

Sous l'autorité du préfet de zone et dans le cadre de ses directives, le délégué de zone recueille les informations indispensables à sa mission, auprès des services déconcentrés, et des services publics et organismes rattachés relevant de son ministère et implantés dans la zone de défense. Il en assure la synthèse et prépare les mesures de défense non militaire susceptibles d'être mises en œuvre par le préfet de zone. Le délégué de zone organise, à cette fin, les concertations nécessaires en accord avec les préfets de région et du département de la zone.

Le délégué de zone, en lien avec le SAMU de la zone de défense, recense les moyens disponibles et élabore un programme d'action prévisionnel. Il s'assure des remontées d'informations des niveaux déconcentrés vers les services de l'administration centrale.

Le directeur de la DRASS, ou de la DSDS pour les DOM-TOM, désigné délégué de zone, doit pouvoir, en tant que tel, s'appuyer sur un collaborateur (le coordonnateur de zone, circulaire 2002-191 du 3 avril 2002). Ce dernier est chargé de le conseiller, d'animer et de coordonner le réseau constitué par les médecins et ingénieurs Biotox et les intervenants des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de la zone, et d'organiser et de constituer les réseaux d'experts nécessaires.

Ce conseiller a un rôle fondamental dans la coordination, l'élaboration, la diffusion et la mise à jour de documents types (plans d'intervention, référentiels, liste de personnes ressources...). Sous la responsabilité du délégué de zone, il doit évaluer, à un niveau suprarégional, la cohérence des déclinaisons locales qui en sont faites et s'assurer du caractère opérationnel du réseau des acteurs, notamment en favorisant la mutualisation des compétences. À ce titre il joue un rôle essentiel dans la diffusion de l'information auprès de l'ensemble des acteurs concernés au sein des services déconcentrés.

Le SAMU zonal

En lien avec le préfet de zone, le SAMU de l'établissement de santé de référence a un rôle de coordination des SAMU de l'ensemble de la zone, en cas de risque NRBC. Il mobilise les moyens spécifiques et contribue à l'orientation des patients vers des hôpitaux préalablement ciblés, en fonction de leurs capacités techniques et du risque encouru.

En lien avec le délégué de zone, le SAMU zonal participe à la réponse zonale aux risques exceptionnels. Il contribue à l'application du plan de formation national au niveau zonal, avec la mise en place d'un comité pédagogique zonal, pour assurer le suivi, la mise à jour et le maintien des compétences obtenues.



L'échelon national

La gestion des risques exceptionnels et, notamment, des risques NRBC est un sujet interministériel coordonné par les services du Premier ministre et où interviennent différents ministères. Il s'agit tout particulièrement de ceux de :

- l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire ;
- la Défense ;
- l'Écologie et du Développement durable ;
- l'Agriculture et de la Pêche ;
- l'Économie, des Finances et de l'Industrie ;
- des Transports, de l'Équipement, du Tourisme et de la Mer ;
- la Santé et des Solidarités.

C'est à l'échelon national que sont élaborés les plans Vigipirate (plan gouvernemental de vigilance, prévention et protection), piratox (plan d'intervention spécialisé dans le domaine chimique et toxique) et Biotox (plan d'intervention spécialisé dans le domaine biologique), en partenariat notamment avec le ministère de la Santé.

L'organisation et la gestion de l'alerte ou d'une crise à conséquences sanitaires s'appliquent aux différents échelons territoriaux des services de l'État et du ministère de la Santé. Cela implique, au niveau national, la coordination des directions et services de l'administration centrale et des agences de sécurité sanitaire.

Le Premier ministre déclenche des plans comme Biotox, Piratox. Certains de ces plans interministériels peuvent être pilotés notamment par le ministre de la Santé. Ce dernier est assisté par des directions qui assurent un conseil technique et spécifique selon la nature, l'origine et les conséquences de la crise en partenariat avec les agences de sécurité sanitaire.

Par ailleurs, la compétence attribuée au représentant de l'État dans le département en matière de réquisitions peut être exercée, dans les mêmes conditions, par le premier ministre si la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux des patients ou de victimes le justifient.

Afin de faciliter une répartition optimale sur l'ensemble du territoire national d'un grand nombre

de victimes, la pratique a conduit les professionnels à mettre en place au SAMU de Paris une salle de régulation dédiée à la gestion des situations exceptionnelles avec une procédure d'activation d'un réseau national. Il est prévu de disposer d'une interface convenue avec les États membres de l'Union européenne qui pourraient être sollicités en cas de débordement des capacités nationales de l'offre de soins. Il s'agit également d'assurer l'interface avec les pays étrangers qui, confrontés à des situations exceptionnelles, seraient conduits à faire appel à la France pour y transférer des victimes.

Cette organisation dispose :

- d'outils de communication et de locaux dédiés ;
- de moyens humains dédiés : permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM), médecin régulateur pouvant appartenir à l'une des zones de défense.

Sa mission consiste à organiser une régulation hexagonale, européenne, pour décharger le ou les SAMU impliqués dans l'événement des problèmes médico-logistiques.

Il vient en appui du centre opérationnel ministériel Ségur (COM Ségur), en lien avec le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC), pour structurer les aspects médico-logistiques en cas de catastrophe.

Le ministère de la Santé

Le ministère de la Santé peut être informé d'une alerte soit au niveau national, soit au à l'échelon de l'un de ses services déconcentrés. Il assure alors à l'aide de ses directions et services, l'échange d'informations et la synchronisation entre les différents ministères concernés, la coordination entre les services déconcentrés, la prise de mesures prioritaires de substitution et l'attribution de moyens exceptionnels.

Le principe essentiel pour toute crise est la mise en place immédiate d'une cellule de crise, soit au sein d'une direction, soit regroupant les principales directions concernées.

Cette cellule de crise sert d'interlocuteur des services territoriaux de l'État. Le cabinet ou les cabinets ministériels participent à ces réunions, voire les coordonnent.

Quel que soit le niveau, dans chaque circonstance son rôle consiste à :

- arrêter un point d'entrée unique par le biais d'une direction ou du COM Ségur et de le faire connaître ;
- centraliser les remontées et les demandes d'informations ;
- coordonner les actions et les informations demandées avant toute diffusion ;
- répartir les rôles entre les différentes directions d'administration centrale ;
- prendre les décisions si nécessaire et, selon le niveau de la crise, assurer l'interface avec le cabinet ministériel ;
- apporter un appui et l'expertise si nécessaire ;
- coordonner toutes instructions ou enquêtes pouvant être demandées par les directions d'administration centrale ;
- assurer la coordination avec la cellule communication du ministère.

La direction générale de santé et celle de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont les plus concernées, même si elles ne sont pas les seules, par le processus de maîtrise des crises visant à lever la menace, le danger ou le sinistre qui pèse sur un ou des établissements de santé.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

La DHOS est chargée notamment de s'assurer de la qualité, de la continuité, de la sécurité du système de soins, dont elle veille à garantir l'égal accès à tous ainsi que le respect des droits des usagers. La sous-direction de l'organisation du système de soins et la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé sont particulièrement impliquées en cas de crise exceptionnelle en apportant une assistance technique et de conseil.

La cellule de gestion des risques, rattachée directement au directeur des hôpitaux, assiste ce dernier en cas d'alerte ou de crise pour assurer la gestion et la coordination des actions entreprises. Cette cellule veille à la pertinence des mesures et à leur caractère opérationnel en fonction des situations locales.

Selon la nature de la crise ou du risque potentiel, la DHOS assure sa mission en coordination avec la direction générale de la santé.

La direction générale de la santé

La direction générale de la santé (DGS) du ministère de la Santé, chargée de proposer une politique de santé publique et d'en assurer la qualité du système, gère les risques comme le bruit et les milieux comme l'eau, dans une dimension internationale.

Le département des situations d'urgences sanitaires (DéSUS) assure la gestion des alertes sanitaires au niveau national.

Dès lors qu'il y a conséquence sur la santé, l'institut de veille sanitaire (InVS) peut être saisi par la DGS.

La direction générale de l'action sociale

La direction générale de l'action sociale (DGAS) définit et pilote la mise en œuvre des politiques d'action sociale et médico-sociale en direction des personnes ou des groupes en difficulté sociale, en particulier des enfants, des adultes handicapés et des personnes âgées, ainsi que des familles des enfants et des adolescents.

En matière de politique gérontologique et de politique du handicap, la DGAS s'attache particulièrement à la coordination des intervenants et à la continuité des prises en charge, deux conditions essentielles pour répondre aux besoins des personnes, dans le souci d'organiser un juste équilibre entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement.

Le service du haut fonctionnaire de défense

Le décret n° 80-243 du 3 avril 1980 définit les attributions des hauts fonctionnaires de défense dont les services se trouvent dans chaque ministère.

Le haut fonctionnaire de défense (HFD) est le conseiller du ministre pour toutes les questions relatives aux mesures de défense qui incombent à celui-ci en application de l'ordonnance du 7 janvier 1959. Il anime et coordonne la préparation de ces mesures et contrôle leur exécution.

Il est en liaison permanente avec le secrétaire général de la défense nationale (SGDN) du service du Premier ministre.

Il relève directement du ministre concerné, ici il s'agit du ministre de la Santé.

Le service du HFD est un espace de réflexion et de décision dédié à la gestion de situations de crise. Il assure les missions suivantes :

- le suivi de l'évolution en cas de crise ;
- le traitement et l'exploitation des données qui parviennent du réseau interne et des centres de crise ministériels et territoriaux en lien avec le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC) ;
- un rôle d'information auprès de l'autorité politique de toute évolution pouvant conditionner la prise de mesures sanitaires et sociales et nécessitant une communication auprès de la population ;
- la continuité de l'action gouvernementale en situation dégradée ;
- la contribution à la couverture de certains besoins sanitaires et sociaux (postes sanitaires mobiles, moyens pour assurer la défense civile) ;
- l'animation d'un plateau technique équipé de moyens de transmissions spécialisés et sécurisés au sein du COM Ségur (centre opérationnel ministériel).

La gestion de situations exceptionnelles ou de crise par les départements ministériels ainsi que les exercices de défense civile ou d'alerte sanitaire de grande ampleur peuvent nécessiter, dans certains cas, l'activation continue du COM Ségur sur des périodes pouvant aller de la journée à plusieurs semaines.

Les autres intervenants

L'autorité de sûreté nucléaire

Les principales missions de cette autorité indépendante (loi n° 2006-686 du 13 juin 2006) sont notamment :

- d'organiser une veille permanente en matière de radioprotection sur le territoire national ;
- d'être associée à la gestion des situations d'urgence ;
- d'assurer le contrôle du respect des règles générales et prescriptions dans son domaine de compétence.

Les agences de sécurité sanitaire

L'institut de veille sanitaire

L'institut de veille sanitaire (InVS) est un établissement public de l'État, créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

La mission générale de l'institut de veille sanitaire est de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution. Cette mission repose spécifiquement sur des activités de surveillance, d'investigations épidémiologiques et d'évaluation des risques.

L'InVS est, en particulier, chargé de :

- détecter toute menace pour la santé publique et d'en alerter les pouvoirs publics ;
- rassembler, analyser et valoriser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leurs évolutions ;
- participer au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population ;
- réaliser ou appuyer toute action (enquête, étude, expertise...) susceptible de contribuer aux missions de veille sanitaire.

L'action de l'InVS s'appuie sur les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), placées sous l'autorité administrative du directeur régional des affaires sanitaires et sociales et la responsabilité scientifique du directeur général de l'InVS ainsi que sur un réseau de centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles.

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) participe à l'application des lois et règlements relatifs à l'évaluation, aux essais, à la fabrication, à la préparation, à l'importation, à l'exportation, à la distribution en gros, au conditionnement, à la conservation, à l'exploitation, à la mise sur le marché, à la publicité, à la mise en service ou à l'utilisation des produits destinés à l'homme, à finalités sanitaire ou cosmétique.

D'autres agences interviennent dans le champ de la sécurité sanitaire telle l'agence française de la sécurité environnementale par exemple, ou encore l'agence française de la sécurité sanitaire des aliments.

Le niveau d'appui et/ou d'expertise

La direction régionale des affaires sanitaires et sociales

Selon la circulaire DAGPB n° 97-53- du 27 janvier 1997 relative aux missions des DDASS et DRASS, hormis le directeur régional des affaires sanitaires et sociales de la DRASS chef-lieu de zone qui est nommé délégué de défense du ministère chargé des affaires sanitaires et sociales, les directeurs de DRASS n'ont pas de compétence réglementaire spécifique dans le domaine de la défense sanitaire et sociale.

Néanmoins la gestion du risque sanitaire constitue un des axes majeurs de l'action de ses services. Cette mission consiste à mettre en place une organisation chargée des actions de prévention, de veille, de contrôle et de police sanitaire.

Le plan régional de santé publique, arrêté par le représentant de l'État en région, comporte un plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgences sanitaire.

En cas de crise impliquant plusieurs départements, la DRASS peut apporter un appui ou une expertise, voire contribuer au pilotage de la gestion de la crise selon la gravité de la situation en soutenant les DDASS dans leurs actions.

Des postes de médecins de santé publique et d'ingénieurs sanitaires Biotox ont été créés par la circulaire du 3 avril 2002. Certains d'entre eux ont été positionnés en DRASS. Ils ont pour mission d'assurer une concertation au niveau inter-départemental au sein de la région, notamment dans tous les domaines impliquant la mobilisation de moyens et d'expertises, pour l'élaboration d'outils méthodologiques, l'organisation des formations et la réalisation d'enquêtes ou de synthèses demandées par le niveau zonal ou celui de l'administration centrale.

L'agence régionale de l'hospitalisation

L'agence régionale de l'hospitalisation accompagne les établissements dans leurs réflexions sur l'organisation à adopter dans le cadre du plan blanc et participe aux travaux d'élaboration du plan blanc élargi.

Les plans blancs des établissements sont transmis au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ainsi que les plans blancs élargis de la région.

La loi de santé publique du 09/08/04 prévoit que le représentant de l'État dans le département informe sans délai le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs.

Dans le cadre de ses missions générales, celle-ci accompagnera les établissements de santé faisant face à une crise.

3 La typologie des plans de secours

La mise en œuvre des moyens nécessaires pour faire face aux catastrophes de toute nature est définie dans les plans d'organisation des secours.

Le plan d'organisation des secours ORSEC

La loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile a redéfini la place et le contenu des plans ORSEC.

Le plan ORSEC départemental détermine, compte tenu des risques existants dans le département, l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre. Il définit les conditions de leur emploi par l'autorité compétente pour diriger les secours. Il comprend des dispositions générales applicables en toutes circonstances et des dispositions propres à certains risques particuliers. Il est décliné en plan ORSEC départemental (sous l'autorité du préfet de département), zonal (sous l'autorité du représentant de l'État dans le département siège de la zone de défense). En cas d'accident, de sinistre ou de catastrophe d'ampleur nationale, il revient au ministre chargé de la sécurité civile de coordonner la mise en œuvre des moyens...

Le plan ORSEC s'articule autour d'une gestion de crise commune et simplifiée assortie

d'un recensement des risques. Une nouvelle réglementation prévoit de réactualiser ce plan et ses déclinaisons. L'organisation des secours se composera des dispositions générales et modulables de gestion de crise applicables en toutes circonstances (tronc commun ORSEC) et des dispositions spécifiques propres à certains risques préalablement identifiés. Le recensement des risques a pour objectif la réalisation d'un répertoire des risques, reconnu par tous les acteurs concernés leur permettant de partager une approche commune. Il garantira la cohérence avec la politique de prévention.

En effet, le plan ORSEC devrait désormais s'articuler autour d'une gestion de crise commune et simplifiée, assortie d'un recensement des risques qui compléteront les dispositions générales des plans d'urgences cités ci-après :

- les plans particuliers d'intervention (PPI) ;
- les plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes (plan rouge) ;
- les plans de secours liés à un risque particulier (PSS).

Les plans d'urgences

Il s'agit du plan rouge, des plans particuliers d'intervention et des plans de secours spécialisés.

Ces plans d'urgences sont déclenchés par le préfet (directeur des opérations de secours : le DOS), qui en assure la coordination.

Le mode opératoire pour chaque plan d'urgences comporte :

- les indications sur les risques pour lesquels il est établi ;
- le recensement des mesures à prendre et des moyens susceptibles d'être mis en œuvre ;
- la définition des missions des services de l'État, des établissements publics, collectivités territoriales et des modalités de concours des établissements privés ;
- les modalités d'organisation du commandement sur les lieux des opérations ;
- les modalités de transmission de l'alerte et les liaisons à établir entre les unités, les services, les organismes privés, le commandement et les autorités compétentes.

Les plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes : les plans rouges

Ils sont établis pour tous les risques dès l'instant où il y a de nombreuses victimes. Ils sont définis comme l'ensemble des « procédures de secours d'urgences à engager en vue de remédier aux conséquences d'un événement entraînant ou pouvant entraîner de nombreuses victimes ». Ces procédures sont détaillées dans la circulaire interministérielle du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration d'un plan rouge.

La stratégie de mise en œuvre de la chaîne médicale des secours par les personnels de santé repose sur :

- la gestion de la phase d'alerte par le SAMU ;
- l'envoi de moyens médicaux adaptés au besoin (dont une première équipe de reconnaissance) ;
- la médicalisation du relevage (si possible), le tri des victimes et les premiers soins ;
- la mise en place d'un ou plusieurs points de

regroupement des victimes (poste médical avancé : PMA) ;

- la régulation par le SAMU ;
- l'évacuation vers un établissement de soins public ou privé adapté dont les possibilités d'accueil ont été recensées par le SAMU ;
- la préparation de l'accueil hospitalier.

La coordination sur le terrain par un directeur des secours médicaux (DSM) en lien avec le SAMU est classiquement assurée dans un premier temps par le premier médecin arrivé sur les lieux. Le DSM définitif est préalablement désigné par le préfet dans le cadre du plan rouge :

- dans la plupart des départements, le DSM est le médecin responsable du SAMU ;
- dans le territoire défendu par la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) pour Paris et la petite couronne, la fonction de DSM est dévolue au médecin chef de la BSPP par arrêté du préfet de police ;
- dans certains départements, une liste de médecins pouvant exercer les fonctions de DSM, en attendant l'arrivée du DSM désigné, a été établie en concertation entre le SAMU et le service de santé et de secours médical (SSSM).

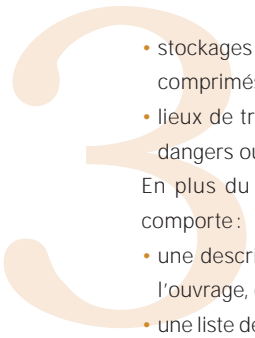
Les plans particuliers d'intervention

Dans les plans particuliers d'intervention (PPI), les lieux et les risques sont connus à l'avance.

Les PPI sont établis pour « faire face aux risques particuliers liés à l'existence ou au fonctionnement d'ouvrages ou d'installations dont l'entreprise est localisée ou fixe ».

Ainsi, toutes les installations industrielles présentant un risque répertorié donnent lieu à l'élaboration d'un PPI :

- installations nucléaires ;
- installations classées (décret du 19 décembre 1996 du conseil de l'Europe, arrêté du 10 mai 2000 relatif à la prévention des accidents majeurs) ;
- aménagements hydrauliques ;



- stockages souterrains de gaz toxiques ou gaz comprimés ou gaz liquéfiés ;
- lieux de transit et d'activités présentant des dangers ou inconvénients graves.

En plus du mode opératoire général, le PPI comporte :

- une description générale de l'installation, de l'ouvrage, des lieux ;
- une liste des communes auxquelles s'applique le plan ;
- des mesures d'information et de protection de la population.

Les plans de secours spécialisés

Ces plans sont établis à la demande du préfet lorsqu'il existe des risques technologiques ne répondant pas aux critères d'un PPI ou spécifiques à un département.

Il s'agit des :

- risques technologiques n'ayant pas fait l'objet d'un PPI ;
- risques liés à un accident ou sinistre de nature à porter atteinte à la vie et à l'intégrité des personnes et des biens. Il s'agit par exemple des plans de secours spécialisés SNCF, Autoroute, Transport de matières dangereuses (TMD), Inondations.

Les plans gouvernementaux « pirates »

Une catégorie de plans spécifiques a été élaborée en coordination interministérielle sous l'égide du secrétariat général de la défense nationale (SGDN) pour faire face aux menaces et aux actions terroristes. Il s'agit des plans dits « pirates ». Ces plans sont classés « confidentiel défense ».

Il s'agit de plans gouvernementaux de réaction en cas de suspicion ou d'acte terroriste et, à ce titre, déclenchés par le Premier ministre en cas d'un acte terroriste (ou de sa suspicion).

Les circulaires n° 700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril

2002 et n° 800/SGDN/PSE/PPS du 23 avril 2003, respectivement relatives aux matières chimiques et aux matières radioactives, précisent la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste.

Parmi ceux-ci, on distingue, d'une part, un plan de vigilance, de prévention et de protection généraliste, le plan gouvernemental Vigipirate et, d'autre part, des plans gouvernementaux d'intervention spécialisés par grand type de menace, dont :

- Biotox (biologique) ;
- Piratox (chimique - toxique) ;
- Piratome (nucléaire et radiologique) ;
- Piranet (systèmes d'information) ;
- Piratair (espace aérien).

Ces plans d'intervention spécialisés peuvent être déclinés aux niveaux ministériels et déconcentrés. Le plan gouvernemental Vigipirate prévoit, en fonction des menaces et de leurs évolutions, différents niveaux d'alerte, définis par des couleurs et auxquels correspondent une série de mesures à mettre en œuvre.

Les plans sanitaires spécifiques

Plans nationaux

Plan Variole : précise les modalités de la vaccination antivariolique collective que les autorités sanitaires peuvent être conduites à mettre en place en urgence. Ces modalités doivent être préparées et organisées à l'avance afin que la vaccination soit mise en œuvre dans des délais acceptables (circulaire du 16 mars 2004).

Plan de réponse contre une menace de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) : en fonction des niveaux de vigilance, d'alerte et de surveillance, ce plan décline des stratégies de réponses concernant les mesures individuelles et collectives de prévention contre une épidémie.

Plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale » : en fonction des niveaux d'alerte et de vigilance, ce plan précise en plusieurs volets (phase prépandémique sans transmission interhumaine, avec transmission interhumaine et phase pandémique), l'organisation du système de santé et de l'activité essentielle de la vie de la nation.

Dispositifs dont la mise en œuvre départementale est demandée aux préfets par voie de circulaire

Plan Fluoroquinolones : dans le cadre du plan Biotox, le gouvernement a décidé de constituer des stocks d'antibiotiques à large spectre qui permettent de couvrir l'éventail maximum des risques biologiques possibles. Le dispositif doit permettre d'assurer une distribution rapide de ces médicaments à l'ensemble de la population de la zone qui serait contaminée (circulaire du 20 mars 2003). Il s'agit de traiter préventivement une population limitée qui aurait été victime d'un épandage par des agents infectieux.

Plan Iode : dans le cadre de la protection de la santé publique en cas d'accident nucléaire,

la distribution préventive de comprimés d'iode stable aux populations habitant dans le proche périmètre des installations et la constitution de stocks de proximité dans les départements concernés et limitrophes doivent être organisées (circulaires des 11 avril 2000, 17 mai 2000 et 14 novembre 2001).

Plan Eau potable : dans le cadre des plans Vigipirate, Biotox et Piratox, des mesures sont prises pour renforcer la chloration de l'eau d'alimentation, détecter une contamination organique, réduire l'activité de toxines en cas de contamination (circulaire du 11 octobre 2001).

Le **plan Air** : circulaire du 7 mars 2003, définissant les dispositions spécifiques de prévention et de protection à mettre en œuvre dans certains établissements recevant du public dont l'air pourrait être contaminé par des agents chimiques ou biologiques introduits dans les circuits de ventilation et de traitement de l'air.

Le **plan Canicule** : circulaire n° 213 du 12 mai 2004 définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.

4 La chaîne médicale des secours

Les principes d'organisation reposent sur la mise en place la plus rapide possible d'une structure de commandement, de soins et de régulation médicale en coordination avec les autres services publics. La doctrine française s'appuie sur le principe suivant : toute victime doit être vue médicalement, catégorisée en fonction de la gravité de sa pathologie, identifiée, stabilisée, soignée pour permettre son évacuation vers un établissement de soins au plateau technique adapté à son état. La chaîne médicale des secours est sous l'autorité d'un directeur des secours médicaux (DSM) préalablement désigné par le préfet. Ce DSM est l'adjoint du commandant des opérations de secours (COS), officier supérieur chef du service départemental d'incendie et de secours, sous l'autorité du directeur opérationnel des secours (DOS) : le préfet.

L'organisation sur le terrain

Les principales missions des premières équipes médicales envoyées sur le terrain reposent sur l'évaluation, le renseignement et le début de mise en place de la chaîne médicale.

La médicalisation au plus près des victimes ne s'effectue qu'en l'absence de risques résiduels et si le nombre d'équipes médicales est suffisant pour que la chaîne fonctionne. Elle n'est donc pas systématique et la présence médicale

se limite parfois à un seul médecin qui indique les priorités d'évacuation par les équipes de sapeurs-pompiers et secouristes.

Pour que toute victime soit médicalement vue, triée, traitée et orientée, il est nécessaire de mettre en place une structure médicale vers laquelle convergent les victimes : c'est le poste médical avancé (PMA). Dans ce véritable centre de soins de l'avant, la catégorisation s'effectue selon la gravité de la pathologie :

- urgence absolue (UA) : traitement en moins de 6 heures ;
- urgence relative (UR) : traitement pouvant être différé.

Pour permettre une prise en charge adaptée et éviter la saturation du PMA, il est nécessaire de prévoir une zone d'accueil des impliqués (présents à proximité de la catastrophe mais non blessés somatiquement) et des traumatisés psychiques immédiatement décelés (un impliqué peut être un traumatisé psychique qui s'ignore). La présence d'un médecin y est indispensable pour affirmer l'absence réelle de lésions physiques qui auraient pu passer inaperçues. La cellule d'urgences médico-psychologiques déclenchée par le SAMU (CUMP) assure la prise en charge des victimes traumatisées psychiques, si possible à distance du lieu du sinistre.

Les informations médicales, la catégorisation ainsi que l'identification (avec un numéro et une fiche d'identification) de la victime sont indiquées sur

la « fiche médicale de l'avant » qui correspond à un dossier médical spécifique aux situations exceptionnelles. Les soins sont effectués dans les zones réservées à cet effet. Dès que le patient est mis en condition pour permettre son évacuation vers un centre de soins public ou privé, un contact est pris avec la régulation médicale du SAMU départemental. Le médecin chargé des évacuations, en lien avec le médecin régulateur hospitalier, va :

- orienter le patient en fonction de la pathologie et des disponibilités d'accueil ;
- choisir le vecteur de transport et décider d'une éventuelle médicalisation.

À chaque maillon de cette chaîne, le partenariat avec les sapeurs-pompiers est indispensable ainsi que la mise en place d'un périmètre de sécurité par les forces de l'ordre. Lors de situations exceptionnelles avec un risque de contamination chimique, une chaîne de décontamination, à laquelle peuvent participer les équipes SMUR (entraînées et dotées d'équipements spécifiques), doit être mise en place pour protéger les établissements de soins de tout risque de contamination.

La régulation médicale du SAMU

Pour assumer sa mission de régulation, le SAMU :

- centralise les informations sanitaires immédiates relatives à la catastrophe ;
- envoie sur le terrain les équipes médicales et le matériel sanitaire disponibles (avec les précautions et protections qui s'imposent face à un risque) ;
- recense :
 - les personnels et les moyens sanitaires pouvant être nécessaires sur le terrain ;
 - les vecteurs de transports sanitaires ;
 - les moyens des associations de secourisme ;
 - les lits d'hospitalisation, les blocs opératoires susceptibles d'accueillir des victimes dans les établissements de soins publics et privés ;
- organise :
 - l'envoi des renforts en liaison avec le directeur des secours médicaux (DSM) et le com-


mandant des opérations de secours (COS) ;
- les évacuations en liaison avec le médecin qui en est responsable sur le terrain ;
- d'éventuels transferts inter-établissements dans le cadre d'un déclenchement de plan blanc avec évacuation de l'hôpital ;

- déclenche la cellule d'urgences médico-psychologique ;
- informe :
 - les établissements d'accueil des victimes ;
 - la cellule de crise (si plan blanc déclenché) ;
 - les autorités à leur demande ;
- gère la relève des personnels engagés sur le terrain et en régulation médicale dans le cadre d'un événement qui s'inscrit dans la durée.

Dans ces circonstances, lors de l'alerte, l'interconnexion réglementaire (cf. circulaire du 29 mars 2004) du SAMU avec le centre de traitement de l'alerte (CTA) du SDIS permet le recueil d'éléments d'informations communs aux deux services afin que les décisions immédiatement répercutées. En fonction de l'ampleur du sinistre et en attendant le message d'ambiance de la première équipe, le médecin du SAMU doit être en mesure de décider du niveau d'application des procédures du SAMU prévues en pareil cas. Ces procédures doivent avoir été préalablement rédigées et sont connues de toute l'équipe de régulation médicale. En général, dès que la notion d'événement exceptionnel est évoquée, le médecin régulateur :

- vérifie l'information ;
- envoie les moyens prédéterminés ;
- déprogramme les transferts hospitaliers ;
- alerte le médecin chef de service et/ou le médecin d'astreinte ;
- maintient les personnels en place et fait rappeler le personnel nécessaire selon les procédures (chaîne d'alerte, « bips ») ;
- fait recenser les lits d'hospitalisation disponibles dans la zone géographique concernée ;
- met en alerte les SAMU limitrophes.

La connaissance rapide des possibilités d'accueil facilite l'orientation des victimes vers une structure adaptée.



Si un plan blanc a été déclenché dans un établissement de soins, le lien entre la cellule de crise de cet établissement et la régulation médicale du SAMU est fondamental.

Dans le cadre d'un accident chimique, le rapprochement de la régulation médicale du SAMU avec un centre antipoison est systématique pour améliorer la pertinence de l'information donnée sur le terrain et aux services d'accueil. Dans le cadre des annexes NRBC, le SAMU est incité à avoir une astreinte catastrophe.

Selon l'ampleur de la catastrophe, un appel aux SAMU voisins, au SAMU de la région, voire au SAMU de la zone de défense, peut être indispensable. Enfin, la survenue d'un événement exceptionnel ne dispense pas le SAMU de la prise en charge de l'activité d'urgences quotidienne bien que cette situation de dépassement implique parfois une modification des moyens de réponse.

La cellule d'urgences médico-psychologiques

Un événement à caractère exceptionnel peut toucher sur un plan psychique, de manière plus ou moins aiguë, l'ensemble de la population. Cette atteinte peut concerner non seulement les victimes directes et indirectes, dont les familles, mais aussi le personnel des établissements de santé. Une prise en charge spécifique, adaptée aux besoins de chacun, doit être mise en place précocement, y compris en préhospitalier, sur les lieux de l'événement. Elle doit se poursuivre tant que nécessaire, sur le terrain et/ou en milieu hospitalier. Des relais préexistants, spécialisés en psycho-traumatisme, sont indiqués en fin de mission et signalés ultérieurement pour la prise en charge différée et chronique. Les lieux d'accueil et de consultations réunissent autant que possible des conditions de confort et de confidentialité. Les locaux de consultations sont à différencier des lieux d'accueil. Une attention particulière est portée aux enfants quant à leur accueil, leur prise en charge spécialisée et leur garde éventuelle. Les victimes directes doivent être prises en charge dans des lieux séparés

de ceux des familles et du personnel soignant. Ces lieux d'accueil et de prise en charge se situent dans l'idéal à proximité des services (dont les urgences), du dépôt mortuaire, de la chapelle ardente, de la garderie, et à distance des médias. Les professionnels de la CUMP, qui font partie intégrante des SAMU, collaborent avec l'ensemble des partenaires : SMUR, sapeurs-pompiers, secouristes formés au soutien socio-psychologique (sous la coordination du psychiatre référent ou régional responsable, association d'aide aux victimes (INAVEM) et associations pour la prévention sectaire). Il est recommandé de refuser les offres spontanées de soutien psychologique provenant de personnes mal identifiées et à la formation incertaine : cela évite de compliquer la coordination et peut limiter une victimisation induite par l'intrusion de sectes. L'activité de la CUMP comprend :

- un accueil empathique non spécifique ;
- une évaluation psychopathologique : établissement d'un diagnostic, recherche de facteurs de vulnérabilité et prédictifs de survenue d'un état de stress post-traumatique ;
- une possible prise en charge médicamenteuse et/ou psychothérapeutique (débriefing à utiliser avec précaution) ;
- des conseils simples (hygiène de vie, sollicitation du soutien familial/amical...);
- une information simple sur la possibilité de survenue de troubles psychiques ;
- une prévention du risque de l'exploitation de l'état de fragilité psychologique lié à l'événement (sectes, pseudo-psychothérapeutes) ;
- une orientation : surveillance, hospitalisation, suivi spécialisé et/ou association d'aide aux victimes, services sociaux ;
- la délivrance d'un certificat médical de traumatisme psychique.

La CUMP a pour but de soulager les victimes, de les informer et de les orienter. Elle ne prétend pas, actuellement, prévenir la survenue des états de stress post-traumatiques. Par contre, elle peut dépister les victimes à risque et les adresser précocement aux relais spécialisés.

5

Les plans blancs élargis

Certains phénomènes justifient la mise en œuvre de mesures de gestion exceptionnelles sur le plan sanitaire et social. Il s'agit des événements de grande ampleur prévus ou imprévus, en rapport ou non avec la réalisation d'un risque particulier (chimique, radiologique), de durée parfois prolongée (dans le cas d'épidémie par exemple). Ils peuvent survenir dans un contexte de tension sur l'offre de soins lié à la période de survenue (réduction de personnels en période de vacances par exemple), au recours toujours plus important au service des urgences, aux capacités limitées dans certaines disciplines. La gestion de ces événements par nature complexe s'en trouve compliquée et justifie une mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse des professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers, des secteurs privés et publics, des autorités sanitaires et préfectorales aux différents niveaux de décision.

De fait, la prise de décision par les autorités sanitaires et préfectorales nécessite au préalable :

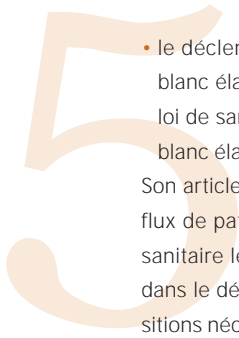
- l'existence d'un dispositif cohérent et coordonné de veille et d'alerte prenant en compte les pathologies pouvant être à l'origine de phénomènes épidémiques, les facteurs environnementaux et climatiques, les flux. Ce dispositif, en détectant à temps certains phénomènes notamment épidémiques ou climatiques, permet d'organiser la réponse sur la base d'ac-

tions préalablement définies. C'est l'objet du volet alerte du plan régional de santé publique ;

- une bonne connaissance des moyens matériels et humains dont on dispose et l'existence de procédures de recours à ceux-ci ;
- une organisation des circuits d'information entre les différents échelons (du local au national). L'expérimentation en cours sur le signalement des événements indésirables susceptibles de conduire à une crise propose des orientations dans ce domaine ;
- l'organisation au sein des établissements de santé tant publics que privés et des différents échelons de l'autorité sanitaire des fonctions de prévention et de gestion de crise ;
- la préparation des actions qui vise à réorienter l'offre de soins vers la priorité du moment en recourant notamment à des mesures extrêmes comme la déprogrammation.

C'est l'objet du plan blanc élargi dont la mise en œuvre constitue le dernier niveau d'une action associant en fonction de la nature de l'événement :

- une adaptation quotidienne des établissements pouvant aller jusqu'au déclenchement du plan blanc de l'établissement (cf. cahier spécial « L'hôpital en tension ») ;
- la mobilisation coordonnée des moyens notamment hospitaliers de plusieurs départements grâce à une coordination régionale associant DRASS/DDASS/ARH et à l'aide des informations fournies par le serveur régional ;



- le déclenchement de tout ou partie du plan blanc élargi par le préfet tel que prévu par la loi de santé publique du 4 août 2004. Le plan blanc élargi est validé par le CODAMUPSTS. Son article 3110-8 prévoit en effet que « si l'afflux de patients ou de victimes où la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnels de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé plan blanc élargi ».

Le décret du 30 décembre 2005 précise le contenu attendu du plan blanc élargi : « Il recense à l'échelon du département l'ensemble des personnes, biens et services susceptibles d'être mobilisés pour une crise sanitaire grave, notamment les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. En fonction de risques qu'il identifie, il définit les modalités de leur mobilisation et de leur coordination, en liaison, en particulier, avec le service d'aide médicale urgente. Il tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-1 et du plan régional de santé publique mentionné à l'article L. 1411-11. »

Les principes généraux d'élaboration

Il s'agit du recensement de l'ensemble des personnes, biens et services susceptibles d'être mobilisés pour une crise sanitaire grave. Le dispositif de soins peut aussi anticiper son organisation face à l'afflux de victimes, et cela quel que soit le scénario à l'origine de cet afflux. Le plan blanc élargi s'appuie sur des scénarios bâtis à partir de la connaissance des risques que l'on a sur la zone considérée et des enseignements tirés des accidents, notamment en termes de flux de victimes. Ces scénarios intégreront plusieurs variables : nature, localisation de la crise,

cinétique prévisible de celle-ci, contamination ou non de la population, caractère contaminant ou non des populations exposées.

Il s'inscrit en cohérence avec les perspectives organisationnelles locales retenues dans les schémas régionaux d'organisation des soins (notamment dans le domaine des urgences et de la réanimation) et avec le plan régional de santé publique.

- Le plan blanc élargi intègre une dimension d'anticipation de la crise. De nombreuses situations sont en effet prévisibles. Des outils de surveillance et de prévision sont disponibles, mais en l'absence de coordination de l'information et de définition d'un circuit clair des responsabilités, ces informations sont insuffisamment ou mal exploitées. Or cette anticipation doit permettre aux établissements de santé et aux autorités sanitaires de s'organiser à temps et faire en sorte qu'une alerte ne se transforme pas en crise.
- Ce plan blanc élargi est conçu comme évolutif ce qui implique une révision annuelle de celui-ci. Il précise concrètement l'organisation technique à mettre en place pour assurer cette évaluation et inclut des indicateurs observables et mesurables.
- Ce plan blanc élargi s'inscrit dans une perspective opérationnelle et :
 - intègre un état des moyens disponibles qu'ils soient spécifiques aux risques NRBC ou non, hospitaliers et extra-hospitaliers, comme les transports sanitaires ;
 - précise le rôle des différents acteurs (établissements de santé, professionnels libéraux, autorités sanitaires, SAMU) ;
 - décline les procédures permettant d'assurer une bonne réactivité du dispositif, l'articulation entre les différents acteurs et des établissements de santé, le SAMU, les autorités sanitaires, avec les départements avoisinants, avec les autres plans, notamment les plans d'urgences sanitaire, les modalités de l'alerte et la gestion de la crise ;
 - comprend l'ensemble des outils nécessaires

à la bonne mise en œuvre de ces procédures (grille de recensement des disponibilités des moyens en cas de crise, fichiers...);

- planifie la réalisation d'exercices dans le cadre des objectifs annuels.

Sur ces bases, il convient d'insister sur les points qui suivent.

La connaissance des risques et leur prévision

La gestion d'un nombre important de victimes peut être la conséquence de la réalisation de risques connus ou hypothétiques. Les risques connus peuvent être d'origine naturelle (inondations, tremblements de terre...) ou industriels liés à la proximité de la population d'installations industrielles utilisant ou stockant des matières dangereuses (installations de type Seveso mais non exclusivement), d'un axe autoroutier ou ferroviaire par lequel transitent de telles matières. Au-delà de ces risques, d'autres situations peuvent être à l'origine de situations d'afflux de victimes : épidémie de grippe, pathologie infantile hivernale, effet climatique...

La concrétisation de ces risques peut alors être la résultante d'un processus naturel, accidentel ou d'un acte de malveillance. Les risques hypothétiques sont représentés par toutes les cibles potentielles d'un acte de malveillance utilisant des vecteurs de contamination susceptibles de concerner d'emblée un nombre important de personnes. Il peut s'agir des réseaux de distribution d'eau potable (contamination par la toxine botulique par exemple), des systèmes de ventilation (dispersion de spores de charbon).

Lors de l'élaboration du plan blanc élargi, la prise en compte des risques existants est nécessaire à une bonne anticipation des flux de victimes et des modalités de leur régulation. Toutefois, on attend d'un tel plan qu'il soit en mesure de faire face au plus grand nombre de situations possibles y compris les plus hypothétiques. Aussi,

l'élaboration de scénarios répondant à cet objectif s'appuyant sur la nature du risque, le lieu de survenue, voire le vecteur utilisé, s'avère un préalable indispensable. Sur la base de ces scénarios, différentes situations peuvent être identifiées :

- l'afflux de victimes non contaminées ;
- l'afflux de victimes contaminées et/ou contaminantes ou susceptibles de l'être ;
- un établissement évacué ou non fonctionnel ;
- l'évacuation d'un ou plusieurs établissements ;
- le confinement de tout ou partie d'un ou plusieurs établissements de santé.

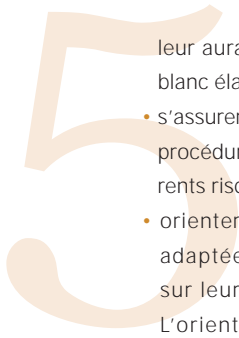
Selon les hypothèses, une ou plusieurs de ces situations peuvent peut-être se concrétiser et le plan blanc élargi doit avoir été conçu en conséquence.

Parallèlement à cette connaissance des risques, une réflexion sera conduite sur les différents dispositifs de prévision existants (météo, réseaux sentinelles de la grippe, gastro-entérites...) ou susceptibles de devoir être mis en place, sur les modalités de circulation de l'information et sur celles de l'alerte au niveau local.

Les flux de victimes

Au décours d'une catastrophe, la cinétique des flux de victimes varie selon la nature de l'événement. Dans le cas d'une catastrophe chimique ou radiologique, les victimes peuvent être amenées à se rendre spontanément et dans des délais extrêmement courts dans n'importe quelle structure de soins. Dans d'autres situations, notamment en cas de contamination biologique ou d'inondations, la cinétique peut être retardée ou progressive. Afin de faire face à ces flux, le dispositif devra être en mesure de :

- permettre au SAMU de disposer d'une information sur les capacités d'accueil hospitalières immédiates ;
- solliciter les moyens de la zone de défense au bon moment ;
- préserver les établissements d'une contamination intempestive et donc leur capacité à demeurer opérationnels au regard du rôle qui



leur aura été assigné dans le cadre du plan blanc élargi ;

- s'assurer que tous les acteurs connaissent les procédures de prise en charge pour les différents risques ;
- orienter les personnes vers les structures adaptées dans un contexte d'incertitude sur leur état de contamination.

L'orientation peut aussi être faite selon la nature de leurs lésions et du plateau technique de l'établissement amené à recevoir ces patients.

Concrètement, cela signifie que :

- chaque établissement de santé intègre dans son plan blanc une réflexion spécifique sur ce sujet afin d'être en mesure de s'organiser en conséquence le jour venu ;
- le plan blanc élargi explicite précisément le rôle de chaque type d'établissement et prévoit les procédures d'information des professionnels de santé et de la population sur la conduite à tenir.

La place et le rôle des établissements de santé

Tous les établissements de santé, de par leur vocation ou leur organisation, ne peuvent pas jouer le même rôle dans la gestion d'un afflux de victimes. Il appartient au plan blanc élargi de préciser quelle sera leur place dans le dispositif, les conditions de leur mobilisation afin qu'ils intègrent cette organisation dans leur mode de fonctionnement et se préparent à ce type de situation.

Concrètement, trois volets seront développés et précisés dans ce plan :

- une classification des établissements selon le type d'accueil à privilégier ;
- un recensement des services d'urgences en fonction de leur capacité à s'organiser face à l'accueil de victimes contaminées ;
- les circuits de prise en charge.

En corollaire des points précédents, le plan blanc

élargi doit préciser les circuits de prise en charge des victimes selon leur nombre, la nature de leurs lésions et du type de contamination.

L'organisation des moyens de transport sanitaires

Cette organisation est compatible avec la réalisation de deux objectifs :

- permettre au SAMU d'assurer l'évacuation des victimes, dans les conditions requises par leur état, pendant toute la phase aiguë, vers les établissements concernés ;
- permettre aux établissements de santé d'organiser leur montée en puissance en assurant le transfert des patients couchés vers les structures de dégagement.

Concrètement cette organisation nécessite au préalable :

- de mener une réflexion sur les conditions et les modalités de gestion d'une évacuation efficace en s'interrogeant sur les points suivants :
 - auprès de quel établissement et pour quels types de patients ;
 - quelle communication entre les établissements « adresseur » et receveur ;
 - avec quels moyens de transport ;
- de réaliser un état des lieux des moyens en transport sanitaires publics et privés et réserver des quotas envisagés pour les uns et les autres.

Le plan blanc élargi définit les modalités de mise à disposition d'un éventuel quota d'ambulances ou de véhicules *ad hoc* auprès des SAMU alertés par la DDASS qui traite cette information.

La réactivité du dispositif

Le plan blanc élargi doit intégrer les dispositions qui permettent de garantir une bonne réactivité du dispositif. Celle-ci repose sur de nombreux éléments :

- une connaissance préalable par l'ensemble

des acteurs du dispositif (établissements de santé, autorités sanitaires, SAMU, professionnels de santé...) et de leur rôle dans chacune des situations. La rédaction et l'intégration d'une fiche synthétique pour chaque type d'acteurs et rappelant les dispositions immédiates à prendre peuvent constituer une réponse ;

- un partage et une appropriation préalables des outils utilisés lors de la gestion de la crise :
 - la grille de suivi des capacités disponibles dans les spécialités cibles,
 - la grille de suivi des capacités d'évacuation,
 - la cohérence des moyens de communication entre les différents intervenants ;
- des moyens matériels adaptés ;
- la capacité des autorités sanitaires à alerter l'ensemble des établissements de santé dans des délais courts (moyens de communication prédéterminés et « sécurisés », messages types préalablement rédigés, fichiers mis à jour) ;
- la mise en place de plans de formations spécifiques au plan blanc s'adressant non seulement aux personnels hospitaliers mais aussi aux personnels des services déconcentrés de l'État, aux professionnels de santé libéraux, en lien avec la zone de défense... ;
- la réalisation d'exercices ciblés selon un programme annuel préalablement défini dans le plan blanc élargi ;
- la remontée annuelle des rapports de débriefing des plans blancs déclenchés par les établissements de santé du département vers les services de la DDASS. Une synthèse sera adressée à l'administration centrale, à la zone et à l'ARH.

Les modalités de suivi du plan blanc élargi

Elles recouvrent deux aspects : les modalités organisationnelles d'une part, et les indicateurs à retenir d'autre part.

Les modalités organisationnelles

Le décret du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave prévoit une révision annuelle du plan blanc élargi. Cette évaluation annuelle doit pouvoir s'appuyer sur un document préalablement revu en fonction des évolutions environnementales (les risques et le dispositif sanitaire notamment).

Pour cela, il apparaît souhaitable de constituer un groupe de travail restreint (DDASS/DRASS/ SAMU) à même de proposer les évolutions nécessaires aux établissements de santé, qui aura en charge :

- d'évaluer l'état d'avancement des recommandations du plan blanc élargi et de formuler des propositions d'évolution au comité départemental de l'aide médicale d'urgences et de permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPSTS) ;
- de préparer, programmer et suivre certains des exercices.

Les indicateurs à retenir

- L'environnement : chaque année un état des lieux de l'environnement tant en termes de risques que sur le rôle des établissements de santé (tels que prévus par le SROS) sera réalisé. En cas de modification significative, des propositions visant à adapter le plan blanc élargi seront formulées.
- Les moyens mobilisables : une évaluation annuelle des principaux moyens mobilisables en cas de crise (capacité d'accueil, capacité de décontamination...) sera faite sur la base du questionnaire initial. L'attention sera tout particulièrement portée sur :
 - les plans blancs des établissements de santé ;
 - les plans de formation ;
 - les exercices mis en place.

Le plan blanc élargi devant faire l'objet d'une évaluation annuelle, la réalisation de ce programme peut constituer un des éléments possibles d'appréciation. Il sera par ailleurs réajusté sur la base des évolutions identifiées dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

6 Le plan blanc

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique impose la rédaction d'un plan blanc à tous les établissements de santé, pour faire face à un éventuel afflux de victimes dans l'institution ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Le décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave précise les éléments contenus dans le plan blanc.

Les principes généraux d'élaboration du plan blanc

On peut distinguer des grands principes nécessaires à la planification intra-hospitalière :

- les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- les modalités de communication interne et externe ;
- un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- un plan de confinement de l'établissement ;
- un plan d'évacuation de l'établissement ;

- des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan ;
- le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année.

Ce plan doit tenir compte de ce qui est mis en place sur le terrain par les équipes médicales préhospitalières. Cependant, l'expérience a prouvé que, malgré les principes de fonctionnement de la chaîne médicale des secours sur le terrain, un nombre important de victimes se dirige toujours vers n'importe quel établissement de soins sans tri préalable.

Le plan blanc doit permettre d'assurer le fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins.

Néanmoins, le déclenchement de ce plan blanc devra intégrer d'autres dimensions, tout aussi essentielles que celle de l'afflux de victimes, comme l'évacuation de l'établissement (par exemple, dans le cas d'inondations), son confinement (nuage toxique), ou encore une situation telle une épidémie qui, sans pour autant impliquer automatiquement un grand nombre de victimes, impose des mesures rigoureuses justifiant des renforts en experts, personnels, lits, moyens matériels.

Chaque établissement de santé est donc doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc, qui lui permet de mobiliser immédiatement les

moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement de santé, sur proposition de son directeur ou de son responsable et après avis des instances consultatives. Il est transmis au représentant de l'État dans le département, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au service d'aide médicale urgente territorialement compétent.

Il est déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'État dans le département et le service d'aide médicale urgente territorialement compétent. Dans tous les cas, le représentant de l'État dans le département informe sans délai le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Dans le cadre d'un plan blanc, lorsque l'afflux de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et la mobilisation de tout établissement de santé ou établissement social et médico-social.

Les compétences attribuées au préfet de département peuvent être exercées, dans les mêmes conditions, par les préfets de zone de défense et par le Premier ministre si la nature de la situation sanitaire ou/et l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes le justifient.

Les situations de crises exceptionnelles récemment rencontrées ont mis en évidence de par leur impact et leur intensité, tant sur la population que sur les structures sanitaires et sociales, la nécessité de s'appuyer sur un dispositif structuré de gestion de crise. Le plan blanc hospitalier, qui repose désormais sur une base réglementaire, est un outil incontournable qui doit entraîner dans les établissements de santé une démarche qualité garantissant des capacités mobilisables à tout moment, une réactivité sans faille dans la chaîne

de commandement et la coordination tant des moyens que des structures entre elles.

Face à une crise, le manager devra identifier au plus vite si celle-ci revêt un aspect interne, ou si elle nécessite le recours à une assistance extérieure : sécurité civile, forces de l'ordre. Une crise peut être évolutive, et selon l'évolution des événements on peut glisser progressivement d'un niveau dépassant celui de l'événement déclenchant, d'un ordre à un autre. La coordination doit alors être optimisée, et le niveau N-1 doit délivrer au niveau N (souvent distant du premier) les informations indispensables. Il y a aussi le cas où la catastrophe est immédiatement visible dans toute son ampleur et, dans ce cas, il faut y faire face sans délai.

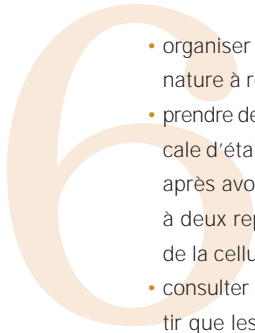
Le rôle du directeur de l'établissement de santé

Le directeur de l'établissement est seul responsable de la mise en œuvre du plan blanc au sein de sa structure et de la prise en charge des patients confiés par le SAMU ou se présentant spontanément dans son établissement. Il informe sans délai le directeur de la DDASS et le directeur de l'ARH du déclenchement de ce plan.

La difficulté de réaction dans un délai très court ainsi que l'environnement général qui ne s'y prêtera pas forcément (la nuit, le dimanche) doivent conduire le directeur à prendre des dispositions en amont de la crise.

Aussi, il aura pris plusieurs mesures préalables :

- construire avec rigueur l'ensemble des éléments constitutifs de la cellule de crise, à savoir notamment sa localisation, ses membres titulaires et suppléants, son équipement spécifique ainsi que le guide sur lequel pourront s'appuyer tous les acteurs ;
- organiser la formation des principaux acteurs face au déclenchement d'un plan blanc ;
- mettre en œuvre dans le cadre du plan de formation diverses actions à caractère généraliste ou spécialisé à la gestion de crise (risques NRBC, notamment) ;



- organiser des exercices de crise, les seuls de nature à rôder la prise de décisions ;
- prendre des contacts avec la commission médicale d'établissement pour retenir en son sein, après avoir sensibilisé tous ses membres, un à deux représentants titulaires et suppléants de la cellule de crise ;
- consulter le responsable du SAMU pour garantir que les deux acteurs essentiels en cas de crise (le directeur au sein de son établissement, le SAMU à l'extérieur de l'établissement) disposent l'un et l'autre d'une vue très précise de ce que chacun a dans son champ de compétences particulier ;
- développer, avec les différents services, les éléments essentiels constitutifs du plan blanc ;
- confier au directeur des ressources humaines la responsabilité de la mise à jour au moins annuelle des numéros de téléphone des professionnels susceptibles d'être rappelés et l'organisation du plan de maintien et de rappels gradués des personnels ;
- etc.

Certaines situations, que ce soit au stade de la pré alerte ou au stade de cas avérés, comme celle du SRAS, ne justifient pas forcément le déclenchement du plan blanc, mais impliquent une organisation spécifique (par secteur concerné) et un dispositif de veille sur la base de recommandations élaborées le plus souvent à l'échelon national (DGS, InVS, DHOS).

Les modalités de déclenchement

Le principe du déclenchement du plan blanc par le responsable de la structure est maintenu. Néanmoins, il est également précisé que le représentant de l'État dans le département, c'est-à-dire le préfet, peut solliciter un directeur de structure afin qu'il déclenche son plan blanc. Cette disposition revêt plusieurs intérêts. En effet, l'intervention du préfet peut soit pallier un défaut d'action du responsable d'une structure, soit résulter d'informations dont il disposerait à

une échelle qui dépasse un niveau local.

Dès la notion de survenue d'un événement inhabituel, la DDASS, le préfet ou le SAMU départemental doit informer le directeur de l'établissement le plus proche pour une mise en préalerte de la cellule de crise. L'échange d'informations entre la régulation médicale et la direction de l'établissement concerné doit être constant et poursuivi tout au long de la crise.

Selon l'ampleur de l'événement, l'ensemble des étapes de mobilisation des moyens et des personnels ne sera pas forcément conduit simultanément. Il sera utile de faire preuve de discernement, notamment pour ce qui est des rappels en moyens humains, afin de ménager les ressources selon la prise d'ampleur de l'événement.

Il paraît judicieux de prévoir des plans gradués et sectoriels en fonction de la nature de la crise à laquelle il faudra faire face.

L'activation d'une cellule de crise

Sous l'autorité du directeur d'établissement, la cellule de crise est le véritable organe de commandement du plan blanc : les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les instructions données en conséquence. Ce poste décisionnel rassemble les principaux responsables de l'établissement pour coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. Un certain nombre de fonctions essentielles ont été définies par la circulaire et l'organisation d'une cellule de crise implique que ces fonctions soient clairement réparties. Les procédures sont connues des décideurs et colligées dans des documents facilement accessibles, et la circulation de l'information entre les différents groupes de travail est indispensable. Un espace suffisamment vaste, prééquipé de tous les moyens de communication et de visualisation des informations, doit être rapidement activé.

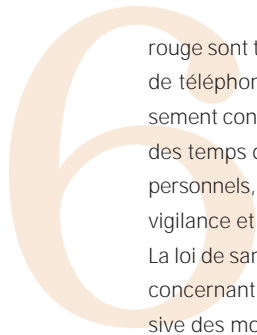
Le maintien du personnel sur place et le rappel d'autres personnels

Les modalités d'information du personnel sur le déclenchement du plan blanc sont préétablies. Les modalités et conditions du maintien du personnel sont précisées. Le rappel du personnel

repose au mieux sur des procédures d'appels démultipliées avec des messages préétablis. Les personnes constituant la cellule de crise doivent être rappelées dès l'alerte ou dès le déclenchement du plan blanc. Les représentants du culte et les interprètes font partie des personnels mobilisables. Il est à noter que les personnels sur liste

La problématique du rappel des personnels

- Le maintien des personnels en place
Avant de faire appel à des personnels, il convient bien entendu de maintenir les personnels en place au-delà des horaires convenus.
- Le lieu du rappel
Il est généralement admis qu'un professionnel rappelé doit se rendre dans son service d'origine, là où l'ensemble des repères est acquis.
- L'exécution du rappel
 - Des systèmes informatiques constitués de fichiers et d'automates de rappel parfaitement paramétrables susceptibles de diffuser si nécessaire un message préétabli sont aujourd'hui disponibles sur le marché et constituent une aide précieuse en cas de rappel massif des personnels (attention à déclarer le fichier à la CNIL).
 - Le rappel est assuré soit par le standard, soit par le service. Cette deuxième disposition présente l'avantage d'intégrer des éléments essentiels du rappel en discriminant le niveau de compétences, d'expérience, de la position d'activité (maladie, formation...), ainsi que la rapidité d'intervention relativement notamment aux contraintes de garde d'enfants.
- Crèche du personnel
Celle-ci, si elle existe, gagnera à être renforcée dans les tout premiers moments de la mise en œuvre du dispositif.
- Le rappel des médecins ne présente aucune spécificité technique
Il convient néanmoins de le traiter avec beaucoup d'attention, concernant notamment les médecins ne participant pas à la permanence des soins.
- Les contreparties du rappel
Il est entendu que le fait de savoir si les personnels seront rémunérés ou disposeront de droits ouverts à récupération doit être clairement acté dans les dossiers préparatoires au rappel (plan blanc), conformément aux dispositions réglementaires.
- Le retour intempestif des professionnels
Ne pas exclure la possibilité que prévenus par les médias, des professionnels se rendent directement dans leur établissement sans y avoir été invités, pouvant même être à l'origine de dysfonctionnements ; la sensibilisation et la formation préalable des professionnels est bien entendu la solution au problème.
- La mise à jour des listes de téléphone : éléments de méthode
 - la fréquence des mises à jour ne peut, en ces périodes de turnover important des personnels, être supérieure au semestre ;
 - les modalités consistent en la mise sous enveloppe fermée, servant à ce seul effet, du téléphone fixe et portable de chaque professionnel ;
 - la sensibilisation à la thématique de la prévention et gestion des crises, là encore, voire une formation, dans le cadre de la mise en œuvre du plan blanc permettra au personnel récalcitrant d'éviter l'amalgame entre le rappel des professionnels à leur domicile selon qu'il s'agit de gérer une crise ou de faire face au remplacement inopiné d'un agent absent.
- Éléments réglementaires
Les bases juridiques d'ordre jurisprudentiel permettent au directeur de maintenir ou de rappeler certains de leurs agents par référence notamment au principe de continuité du service public, ainsi que bien entendu, par assimilation au droit de grève. Le responsable de l'établissement privé s'appuiera sur les dispositions du code du travail et de la convention collective qui font référence aux circonstances exceptionnelles, du surcroît d'activité et des travaux urgents.
- Validation de la procédure
Les modalités de rappel en tant qu'éléments constitutifs du plan blanc sont validées par les instances tant consultatives que délibératives de l'établissement.



rouge sont tenus de communiquer leur numéro de téléphone à la direction. Pour que l'établissement conserve son efficacité, l'aménagement des temps de repos doit être envisagé pour les personnels, afin que ceux-ci puissent garder leur vigilance et leur efficacité au fil du temps.

La loi de santé publique précise les dispositions concernant notamment la mobilisation successive des moyens humains ainsi que les modalités d'exécution des réquisitions.

La circulation à proximité et dans l'enceinte de l'établissement

Les axes de circulation des patients et des véhicules sont préétablis. Des aires de stationnement sont individualisées pour le personnel, les familles, les médias et les autorités. L'appel aux forces de l'ordre peut être nécessaire pour protéger les abords de l'établissement et éviter un embouteillage. Cependant, en cas de catastrophe dans la ville siège de l'hôpital, des personnels seront mobilisés dans un premier temps pour mettre en place un périmètre de sécurité autour du sinistre et l'établissement devra compter sur ses ressources propres (personnel du service intérieur...).

L'accueil des victimes aux urgences

Pour les catastrophes à effet limité, les services d'urgences disposent d'un peu de temps pour s'organiser. En revanche, lors d'un événement majeur (épidémie, catastrophe), les premières victimes arrivent spontanément et le service des urgences est en première ligne.

L'accueil aux urgences dans un établissement de soins en situation d'exception doit s'inspirer de l'organisation d'un PMA (poste médical avancé). Les locaux utilisables pour l'accueil des victimes dans le cas d'un afflux de blessés peuvent être ceux du service d'accueil avec des possibilités d'extension ou d'autres locaux facilement activés, accessibles et équipés de fluides

médicaux. Quel que soit le choix, l'activation doit pouvoir être la plus rapide possible afin d'optimiser l'efficacité des personnels.

Un tri médical est réalisé par des médecins seniors pour déterminer les priorités de traitement et un « secrétariat d'entrée » doit se mettre rapidement en place. La gravité de la pathologie et l'identité (corrélée au numéro d'identification attribué à l'avant) transmises au service d'accueil sont systématiquement indiquées à la cellule de crise du centre hospitalier.

Les victimes doivent, autant que possible, bénéficier de soins de qualité identique à celle assurée en temps normal. Cependant, pour les patients dont l'état nécessite une hospitalisation, certains soins peuvent être prodigués dans les services pour éviter l'engorgement du service d'urgence.

L'accueil des victimes dans les services de soins

Dans un établissement de taille importante, la cellule de crise peut décider de ne pas activer l'ensemble des services grâce à une déclinaison du plan blanc en fonction du nombre et de la qualité des victimes à accueillir et de la pathologie dominante. Ainsi, il est intéressant de préparer des plans blancs sectoriels (par exemple dans le secteur grands brûlés ou maladies infectieuses). L'augmentation de la capacité d'hospitalisation peut passer par des sorties anticipées et des transferts vers d'autres services, décidés par un médecin expérimenté. La cellule de crise est tenue informée de tout transfert ou sortie de patients et gère les transports sanitaires en lien avec le SAMU.

L'accueil des familles et des autorités

En plus d'un accueil téléphonique dédié (numéro de téléphone particulier avec des personnels formés et des lignes téléphoniques en nombre suffisant), des locaux doivent être consacrés à l'accueil des familles. Ils seront vastes, agréables,

permettant une attente susceptible d'être longue, avec des moyens de communication (téléphones, radio, voire téléviseurs) et de restauration simple. Toutes les informations données sont validées préalablement par la cellule de crise.

Les points de rendez-vous « médias » sont gérés par le chef d'établissement ou le responsable de la communication. Enfin, une ligne téléphonique particulière est consacrée aux échanges du directeur d'établissement avec les autorités.

Les systèmes d'information et de la communication

Le directeur de la structure doit à la fois communiquer en étant responsable de l'image, mais aussi résoudre de multiples problèmes concrets liés à la crise éventuelle, tout en préservant la continuité du service et des activités habituelles.

De nombreuses questions sont à se poser à froid, préalablement à une crise éventuelle : quels sont

Éléments de communication

Mobilisation des moyens dans le cadre du plan blanc élargi

- Élaboré au niveau départemental, il recense tous les moyens matériels et les ressources humaines susceptibles d'être mobilisés en fonction des circonstances.
- Il planifie la mobilisation coordonnée des moyens du système de santé.
- Il identifie en particulier les différents acteurs au niveau départemental, leur rôle potentiel et la coordination en situation de crise.
- En fonction de risques qu'il identifie, il définit les modalités de leur mobilisation et de leur coordination, en liaison, en particulier, avec le service d'aide médicale urgente. Il tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire dans un souci de cohérence et d'adaptation des actions entreprises en situation de crise.

Il prévoit également :

- les éléments et les phases sur lesquels reposent la réactivité du dispositif ainsi que la mobilisation et la coordination des moyens qui s'inscrivent dans une logique de planification régionale ;
- la connaissance des risques et leur prévision ;
- la gestion du flux des victimes, régulé en coordination avec le service d'aide médicale urgente (SAMU), en fonction de la nature de l'événement ;
- la place et le rôle des établissements de santé, des professionnels de santé et des structures médico-sociales.

Le plan blanc élargi au niveau départemental est préparé sous l'autorité du préfet de département. En cas de crise majeure, le préfet peut procéder à des réquisitions de moyens humains et matériels.

Déclenchement du plan blanc

- C'est un plan d'urgence adapté à chaque établissement de santé et qui relève de la responsabilité du directeur.
- Il est destiné à faire face à un événement à conséquences sanitaires graves dépassant les capacités immédiates de réponse.
- Il permet la mise en œuvre d'une organisation spécifique et la mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques.
- L'objectif est de permettre à tout établissement de santé de faire face à une situation exceptionnelle en maintenant une continuité des soins et en préservant la sécurité des patients et des personnels.

Les actions déclinées dans le plan prévoient les cas suivants :

- la prise en charge de victimes en nombre ;
- l'accueil spécifique de patients potentiellement contaminés ;
- l'évacuation ou le confinement de tout ou partie de l'établissement ;
- le fonctionnement en cas de défaillance de réseaux vitaux (énergie, télécommunications, fluides)...

Ce plan est déclenché par le directeur de l'établissement en cas :

- d'événement catastrophique brutal ;
- de situation de crise consécutive au dépassement des mesures anticipées prises en dehors du cadre du plan blanc ;
- le directeur s'assure de la coordination opérationnelle avec le SAMU ;
- il informe le DDASS, le préfet, le DARH ;
- il peut être amené à déclencher le plan blanc à la demande du préfet ;
- il assure le pilotage de l'opération ;
- il assure la levée du dispositif.



les éléments du circuit d'un signalement ? Comment valider les faits ? Quels sont les outils de communication à utiliser pour éviter les écueils et optimiser l'efficacité des mesures prises ?

C'est pourquoi, la communication interne comme la communication externe sont à privilégier tout particulièrement.

De même, la communication avec les médias ne peut être soumise au hasard des acteurs sollicités. Elle implique directement le directeur de l'établissement qui devra se préparer à cet aspect délicat de la gestion d'une crise, afin que ne s'y ajoute pas de surcroît une crise médiatique.

Il s'agit de préparer la crise en préservant l'accès et la diffusion de l'information ou encore en prévoyant les modes d'externalisation si les systèmes d'informations venaient à être totalement inopérants. Pour ce qui est de ces technologies de l'information et de la communication, devenues indispensables en temps normal, un certain nombre de questionnements s'impose aussi en amont :

- Quels sont le degré de résistance et la fiabilité des systèmes d'informations en fonction dans l'établissement ?
- Dans quelle mesure pourrait-on se passer des équipements informatiques et de télécommunications en période de crise ?
- Comment peut-on prévenir ou pallier les défaillances afin que ces technologies contribuent à optimiser les activités liées directement à la gestion de la crise ?
- Comment fonctionner en mode dégradé et anticiper les effets d'une crise pour assurer la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et la traçabilité des systèmes d'information et de communication ?

Le sujet de la communication et ses modes se révèlent toujours déterminants pour optimiser l'efficacité de la gestion de la crise, d'autant que l'information permet de réduire le degré d'incertitude. Des mesures simples peuvent considérablement modifier le cours de la crise. En effet, l'improvisation « sublime » ne supplée pas le manque de prévision.

Un système de communication en défaut entraîne l'absence d'opérationnalité et la perte d'efficacité pour gérer les événements.

Les risques spécifiques : nucléaire, radiologique, biologique et chimique

Depuis plusieurs années, les établissements de santé ont entrepris une réflexion dynamique sur la prise en charge très spécifique liée au traitement d'éventuelles victimes d'accidents nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques (NRBC). Certaines motivations se sont exprimées le plus souvent en raison de la proximité d'un site industriel à risques. Depuis, des événements dramatiques accidentels de grande ampleur sont venus confirmer l'intérêt de travailler sur cette problématique. La menace réelle d'une attaque terroriste chimique, biologique ou nucléaire est venue renforcer l'idée qu'il est urgent de se préparer de façon à être efficace quels que soient le moment et le lieu où elle se produit.

Des événements tels que ceux de Tokyo (terrorisme), Bhopal (risque industriel) mettant en cause des toxiques chimiques prouvent l'importance d'une réflexion et d'une préparation de l'ensemble des établissements et des SAMU-SMUR à la gestion de ces risques.

Les plans blancs élaborés par les établissements de santé pour un accueil de victimes en nombre massif ou pour un accident interne sont assortis d'annexes NRBC de façon à faire face à un afflux de victimes potentiellement contaminées. Tous les établissements peuvent être concernés et doivent se préparer à établir un circuit d'entrée sécurisé ou à interdire l'entrée.

Il est désormais obligatoire de faire figurer des annexes nucléaire, radiologique, biologique et chimique aux plans blancs pour gérer ces accueils de victimes très spécifiques. Tous les établissements de santé ne peuvent accueillir ce type de victimes et le plan blanc élargi devra prévoir le

rôle de chaque établissement public, privé, spécialisé ou non, et son niveau de préparation.

Il sera parfois difficile de connaître avec certitude l'agent en cause au moment de l'alerte. L'éventualité d'une action terroriste impose une vigilance toute particulière. Tous les mélanges sont possibles avec des agents radio nucléaires ou avec des agents chimiques ou biologiques. Les attaques peuvent être simultanées dans divers sites. La volonté de désorganiser les structures de soins peut être un objectif d'actions terroristes. En attendant l'identification précise des agents en cause (qui peut nécessiter quelques heures pour les agents chimiques), les établissements de santé doivent être prêts à assurer leur protection et celle de leurs personnels.

Le découpage de la France en zones de défense civile a été retenu pour regrouper les différentes ressources médicales. Les différentes prises en charge doivent être homogènes dans chaque zone en fonction des risques et des moyens qui s'y trouvent. Dans chaque zone de défense un établissement hospitalier a été désigné comme établissement « référent de zone ». Le SAMU rattaché à cet établissement a été nommé « SAMU de zone ». Il est le conseiller médical auprès du préfet de la zone de défense comme le SAMU départemental est le conseiller direct du préfet du département et de la DDASS. L'établissement référent a un rôle de coordination technique, il définit les recommandations et il organise la formation des personnels. Les stocks d'antidotes sont gérés et répartis dans la zone ainsi que le matériel d'assistance respiratoire et les stocks d'oxygène. Le SAMU de zone a pour rôle de coordonner les renforts préhospitaliers dans la zone et de faire les demandes de renforts éventuels au niveau national, *via* la régulation nationale. Il gère également l'envoi d'équipes projetables pour venir renforcer les établissements qui seront soumis à un accueil inopiné de victimes en grand nombre. Le SAMU de zone fait la recherche de lits disponibles d'hospitalisation et de réani-

mation dans sa zone. Cette recherche est coordonnée au niveau national par la régulation nationale au SAMU de Paris. Dans chaque zone de défense, d'autres établissements hospitaliers sont choisis en complément des établissements de référence. C'est vers ces établissements que seront dirigées préférentiellement les victimes.

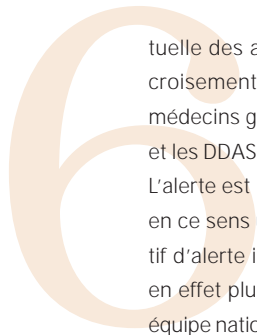
Chaque établissement doit nommer un ou plusieurs référents plan blanc qui seront les pilotes du groupe de travail plan blanc mais aussi les interlocuteurs des personnels formés, les chefs de projet d'installations locales et les pilotes d'exercices didactiques.

Le nucléaire et le radiologique

L'élaboration des annexes nucléaire et radiologique a de nombreux points communs avec celle de l'annexe chimique. La prise en charge des victimes est décrite dans la circulaire 800 du SGDN. Le risque radio nucléaire a la particularité de pouvoir être identifié immédiatement grâce à des détecteurs spécifiques dont peuvent se doter les établissements et SAMU/SMUR. Les procédures de décontamination sont simples et similaires à celles d'une décontamination chimique. Les tenues de protection sont moins contraignantes. La décontamination ne prime pas sur le traitement urgent. L'urgence vitale peut être opérée sans décontamination préalable au bloc opératoire à condition de protéger le circuit d'accueil par du vinyle et de protéger le personnel du bloc opératoire.

Le biologique

Les risques biologiques, qu'ils soient à l'origine d'un acte malveillant ou d'une épidémie, imposent l'élaboration d'un plan d'accueil spécifique. Ces risques ne sont pas étrangers au milieu soignant. Les procédures reposent essentiellement sur des mesures d'hygiène et de prévention de contamination inter-humaine. L'alerte pour ce type d'événement ne suivra pas la logique habi-



tuelle des accidents catastrophiques. C'est le croisement d'informations transmises par les médecins généralistes, les services d'urgences et les DDASS qui permettra la réaction adaptée. L'alerte est ici de type veille sanitaire. L'InVS est en ce sens un élément essentiel de ce dispositif d'alerte immédiat. L'acte malveillant semble en effet plus difficile à identifier d'emblée. Une équipe nationale faite de référents dans le risque biologique a été constituée.

Le risque biologique dépasse les frontières et fait l'objet d'une planification à un échelon international. Le plan Pandémie grippale est un exemple. Le risque de transmission inter-humaine doit être détecté dès que possible et faire l'objet d'une veille internationale. L'accueil hospitalier doit être préparé. Les secteurs doivent être clairement identifiés avec des lits spécifiques d'hospitalisation et de réanimation. La prise en charge pédiatrique doit être spécifiée également. Le personnel formé et immunisé est répertorié. La logistique pharmaceutique est préparée : stocks d'antibiotiques, d'antiviraux, de vaccins. Les procédures de vaccination du personnel sont prévues.

Les items qui composent les fiches de recommandations doivent faire mention des personnes ressources (infectiologues), des laboratoires, des protocoles et procédures, des lieux d'hospitalisation dédiés, des circuits patients, des circuits de transferts et des instances à prévenir.

Les procédures mises en place lors de l'épidémie de SRAS ont montré l'intérêt d'une information scientifique centralisée au niveau national, validée quotidiennement et relayée au réseau sanitaire par les SAMU départementaux. Les procédures coordonnées par le SAMU ont permis d'établir des circuits courts pour les transferts des patients directement vers les services spécialisés (hôpitaux référents et établissements ciblés) ou services d'urgences préparés.

En tant que de besoin, une cellule d'expertise d'appui en lien avec le SAMU départemental peut apporter des conseils aux particuliers ou aux professionnels.

Le risque biologique est particulier car il peut s'installer dans le temps et affecter également le personnel soignant en cas de contagiosité, fragilisant ainsi le système de soins dans son ensemble.

Le chimique

La prise en charge de ces victimes doit se faire avec des conditions de sécurité maximale. Leur décontamination débute dès la phase préhospitalière comme le prévoit la circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002, actuellement en cours de révision. Cependant, les victimes valides, non décontaminées sur site, vont se rendre spontanément vers les établissements environnants. À la phase initiale, les données sur le ou les toxiques en cause peuvent manquer, il faut donc envisager une décontamination pour un grand nombre de victimes jusqu'à ce que le produit puisse être identifié de façon certaine. La sécurité commence par la mise en protection des établissements d'accueil et de leur personnel. Il faut identifier des circuits précis et séparés qui dirigent toutes les victimes vers une structure de décontamination. Les patients du « quotidien » sont orientés vers les structures habituelles. L'ensemble du dispositif d'orientation est géré et sécurisé par du personnel en tenue de protection. Les forces de l'ordre public seront rapidement déclenchées pour renforcer et sécuriser ce dispositif (conventions).

Dans la mesure du possible, les victimes sont orientées vers l'établissement référent ou d'autres établissements répertoriés qui disposent d'unités de décontamination. L'accueil sera qualifié d'inopiné pour les autres établissements. Des mesures d'accueil spécifique doivent y être préparées. Chaque établissement doit évaluer son mode de réponse, sensibiliser l'ensemble du personnel et former les personnels en interface (services d'urgences, réanimation). Des équipes formées pourront venir renforcer ces établissements après demande au SAMU de zone.

Les SAMU disposent d'unités de décontamination mobiles. Les zones sont dotées de tenues de protection pour assurer la protection des personnels des établissements et de stocks d'antidotes, 2 100 respirateurs sont répartis dans les différentes zones de défense.

Les établissements doivent élaborer des procédures de protection des personnels (cagoules dites de « fuite », gants en butyle, tenues complètes avec masques et cartouches filtrantes à large spectre).

Les établissements sièges de services d'urgences doivent concevoir des modalités de décontamination dans une installation fixe ou sous tente et en évaluer les capacités (nombre de victimes valides ou non valides décontaminées/heure), prévoir les lieux d'hospitalisation après décontamination.

L'activation d'un module de décontamination devant l'entrée de l'hôpital est réalisée par une douzaine de personnes en tenue de protection (dont un médecin qui assure le tri à l'entrée du module). Des logisticiens, également protégés, veillent à l'approvisionnement en eau, au circuit des eaux usées des déchets.

La zone de décontamination est divisée en quatre secteurs :

- L'accueil des victimes couchées et des victimes valides. Une identification simple est effectuée à ce stade. Les victimes suivent des filières parallèles selon qu'elles sont valides ou couchées, selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes. Une évaluation est faite par le médecin : des gestes de réanimation, l'injection d'antidotes, peuvent s'avérer nécessaires. Dans cette zone, les effets personnels des victimes sont placés dans des sacs en plastique transparent avec étiquette d'identification.
- Dans le compartiment suivant s'effectue le déshabillage des victimes avec découpage des vêtements pour réduire toute propagation de la contamination. Ces vêtements sont placés dans des sacs étanches étiquetés. Le retrait des vêtements participe à hauteur de 80 % à la décontamination.

- La victime est ensuite transférée dans la zone de douche pour y être douchée avec de grandes quantités d'eau à température adaptée (30°) : trois minutes de shampoing, savonnage, puis trois minutes de rinçage. L'adjonction d'un produit hydrolysant peut s'avérer nécessaire

- Après une phase de séchage, la victime est dirigée dans la dernière zone, où un contrôle de contamination peut être effectué. Elle sera ensuite revêtue d'un pyjama à usage unique et pourra alors être prise en charge dans le circuit hospitalier.

La cellule de crise en cas d'accident NRBC

Dans le cadre de la gestion des risques NRBC, cette cellule inclut également les représentants référents dans divers domaines : centre antipoisson, service de maladies infectieuses, service de médecine nucléaire, pharmacien. Elle doit ici fonctionner sur un mode particulièrement ouvert et participatif recherchant dès l'alerte toutes les compétences disponibles en terme d'expertise, notamment un contact avec l'astreinte catastrophe du SAMU. C'est en cela que la constitution préalable d'un fichier des personnes ressources apparaît indispensable.

La formation aux risques NRBC

L'ensemble du personnel participant à l'accueil des victimes doit être formé sans exception pour une connaissance indispensable de la gestion de ces victimes par toutes les catégories professionnelles. Les agents appelés à porter une tenue NRBC seront soumis à une aptitude, voire à une visite d'aptitude par la médecine du travail. Un deuxième niveau de formation plus spécialisé est prévu pour des équipes « projetables ». Les personnels des SAMU et SMUR sont formés en priorité puis les services de sécurité, les services d'urgences, les services de réanimation et de pédiatrie.



Les hôpitaux doivent se préparer à accueillir en toutes circonstances des victimes d'accidents NRBC. L'afflux de victimes en nombre massif est une grande difficulté majoré par le risque NRBC. L'improvisation n'est pas possible car il faut éviter une deuxième catastrophe. Une sensibilisation de l'ensemble du personnel doit être planifiée. De même, l'intégration de cet enseignement dans la formation initiale de l'ensemble des professionnels de santé est programmée. Les plans préétablis, les cellules de crise compétentes et formées, l'élaboration de procédures, la formation et l'entraînement des personnels doivent permettre d'aborder ces prises en charge avec la plus grande sécurité pour tous.

Former les personnels implique de se doter de tenues d'instruction et de programmer des séances de recyclage régulières.

Il s'agit de l'acquisition d'une nouvelle culture médicale face à l'émergence de nouveaux risques. L'erreur consisterait à imaginer que l'intérêt n'est que circonstanciel. L'autre erreur serait de penser que cela ne concerne en fin de compte que le monde de l'urgence préhospitalière et éventuellement des réanimations. C'est au contraire et très clairement l'affaire de tous. Les formations nationales, déclinées au plan zonal, sont dispensées actuellement au plan départemental en lien avec les CESU. À terme, elles concernent le réseau de soins extra et intra-hospitalier privé et public.

Conclusion

Cette seconde version du guide est actualisée, tenant compte des évolutions législatives et réglementaires récentes et des événements vécus au cours de ces dernières années.

La menace potentielle d'une éventuelle pandémie grippale et la nécessité de s'y préparer confortent cette urgence à mettre en place et disposer des outils indispensables à sa gestion.

Un risque majeur est en effet de ne pas voir arriver l'événement par défaut de prise en compte de signaux faibles, chacun étant pris par les contraintes du quotidien. Le manque d'outils d'alerte, d'indicateurs, renforce aussi la vulnérabilité des structures. Il appartient alors aux décideurs d'organiser une remontée d'information fiable et utilisable.

Le plan blanc est un moyen d'élaborer la mise en œuvre rapide et rationnelle des moyens indispensables à mettre en place lors de catastrophes, voire d'événements compromettant les missions habituelles de l'organisation. Son efficacité est conditionnée par de multiples facteurs dont la réactivité, la disponibilité des moyens, l'anticipation, la communication. Néanmoins, ce plan, s'il est structurant, ne peut être qu'un guide d'orientation. On n'y trouvera pas la solution à tout. Il doit être complété de fiches spécifiques, mais surtout doit prévoir l'élément de pilotage essentiel qu'est la cellule de crise.

Le préalable indispensable à une telle démarche est d'identifier les acteurs clés qui au cœur du dispositif aideront à des prises de décision rapides. Pour faciliter la collaboration à d'autres échelons

qu'au niveau local, il est également important que le plan blanc soit pensé de façon générique et qu'il soit ainsi mobilisable quelle que soit la typologie de l'événement ou de l'accident.

Le plan blanc élargi a pour vocation de répondre à ces différentes dimensions, en permettant une vision globale de l'organisation sanitaire et sociale dans son ensemble en situation d'urgence sanitaire.

La culture de la gestion de crise doit être incluse dans les plans de formation et faire l'objet d'exercices réguliers.

L'appropriation de ces démarches indispensable à la réussite de cette entreprise nécessite du temps mais également la participation de tous.

C'est pourquoi cette seconde version est complétée d'un chapitre portant sur « l'exercice », l'objet étant pour les responsables de leur faciliter ces démarches à partir d'un cahier des charges préétabli. Seule une structure de commandement organisée, préparée et entraînée permettra d'amoindrir le désordre, les maladresses, la confusion, le stress, la panique, les initiatives aléatoires qui déstabilisent un peu plus l'organisation atteinte par une crise.

L'évolution des pratiques professionnelles et l'amélioration souhaitée par tous de la qualité de la gestion des risques et des crises sont dépendantes certes des formations et des exercices mais également des partages d'expérience qui renforcent au quotidien les liens entre les professionnels et permettent à tous de bénéficier des enseignements des autres permettant, « le jour venu », de faire face aux situations difficiles dans de meilleures conditions.

Deuxième partie

Fiches de recommandations

Les fiches ont vocation à suggérer des éléments de solution et de recommandations et doivent, bien entendu, faire l'objet d'une adaptation locale, en fonction notamment de la taille, de la mission, de l'environnement de chaque établissement.

- La première série de fiches (fiches 1 à 8) 54
concerne le rôle de la DDASS
et l'élaboration du plan blanc élargi.
- La seconde série (fiches 9 à 35) 64
s'adresse aux établissements de santé
qui sont en cours d'élaboration
ou de réajustement des plans blancs.

Le contenu de ces fiches ne peut être considéré comme normatif.
Elles comportent des recommandations utiles en pré, per et post-crise.

Fiches concernant le rôle de la DDASS et l'élaboration du plan blanc élargi

fiches

1	Le plan blanc élargi	53
2	L'état des lieux des plans blancs existant dans le département	55
3	La connaissance des risques et leur prévision	56
4	La place et le rôle des établissements de santé	57
5	Les flux de victimes	58
6	Le rôle de la DDASS	59
7	La réactivité du dispositif proposé dans le plan blanc élargi	62
8	Les modalités de suivi du plan blanc élargi : quels indicateurs ?	63

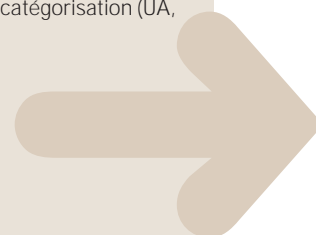
Le plan blanc élargi

Des questions à se poser

- Quels sont les objectifs du plan blanc élargi ?
- Quelles sont les fonctionnalités à organiser ?
- Quels sont les partenaires à associer ?
- Quels sont les moyens des établissements de santé ?
- Quelles sont les cartes préétablies : répartition des établissements de santé, des équipements, des sites à risques ?
- Quels sont les risques identifiés dans le département ou dans les départements limitrophes, voire la région ?
- Dispose-t-on d'une cartographie des risques (nature, localisation, communes concernées) ?
- Quelle est la connaissance des risques ?
- Quels dispositifs d'anticipation existent ?
- Quelles sont les modalités de suivi ?
- Quels sont les circuits de veille et d'alerte ?

Des pistes de travail

- Élaborer des scénarios pouvant associer selon des cinétiques variables des situations instantanées, retardées, progressives, prolongées, comportant :
 - l'accueil de nombreuses victimes ;
 - l'accueil de victimes contaminées et/ou contaminantes ou susceptibles de l'être ;
 - l'évacuation d'établissements de santé ou leur non-fonctionnement ;
 - le confinement de l'établissement.
- Définir précisément le rôle et les missions des différentes catégories d'établissements de santé selon les scénarios et le type d'exposition éventuelle.
- Définir préalablement les fonctionnalités et, tout particulièrement, les modalités de coordination entre les partenaires impliqués (SAMU, cellule de crise établissement, DDASS...), ainsi que les modalités de mise à disposition des dotations biotox.
- Déterminer le nombre de victimes (qui doit figurer dans le document) que le dispositif départemental est en mesure de prendre en charge, en fonction de leur catégorisation (UA, UR, impliqués, décédés).



fiche

1

Le plan blanc élargi

- Élaborer les procédures permettant d'assurer une bonne réactivité du dispositif, une articulation cohérente avec l'ensemble des autres plans (plans d'urgence, plan rouge, d'hébergement d'urgence...) et les autres départements de la région.
- Formaliser les outils de suivi de la crise (mortalité, morbidité, moyens mobilisés).
- Prévoir des tableaux de bord des capacités en lits disponibles dans le département et les liens avec les autres départements.
- Proposer les éléments de suivi du plan qui intègre non seulement des éléments relatifs au contenu (adaptation du plan à l'environnement industriel et sanitaire, les moyens mobilisables, les objectifs de formation des personnels, les exercices), mais aussi les modalités pratiques de mise en œuvre.
- Associer l'ensemble des partenaires dans le cadre de réunions plénières au cours desquelles l'état d'avancement des travaux conduits par un comité technique restreint (associant au minimum la DDASS et le SAMU) sera présenté et validé; cette organisation serait reprise dans le cadre du suivi annuel du plan blanc élargi.
- Assurer une cohérence interdépartementale des plans blancs élargis par l'intermédiaire de la région.
- S'assurer que chaque acteur du plan a pris connaissance du document, est au clair sur les missions qui lui incombent et leurs modalités de mise en œuvre. Le contenu et la forme du document récapitulatif sur ces missions seront rétablis en ce sens.



L'état des lieux des plans blancs existant dans le département

Par type d'établissement, évaluer le nombre d'entités juridiques

- Ayant un plan blanc.
- Ayant un plan réajusté en référence à la circulaire du 3 mai 2002 avec des annexes NRBC.
- Dont le plan blanc se présente sous forme de fiches actions.
- Ayant organisé au moins un exercice au cours de l'année.
- Prenant en compte les risques :
 - nucléaire ;
 - radiologique ;
 - biologique ;
 - chimique.
- Ayant organisé :
 - des formations pratiques sur l'afflux de victimes ;
 - des actions de sensibilisation sur l'afflux de victimes ;
 - des formations pratiques sur les risques NRBC ;
 - des actions de sensibilisation sur les risques NRBC ;
 - une formation sur la gestion d'une crise ;
- Ayant programmé des formations annuelles sur les thèmes relatifs au plan blanc.

Par type d'établissement, évaluer la nature du risque connu

Risques :

- feux de forêt,
- sismique,
- inondation,
- mouvement de terrain (glissements...),
- rupture de barrage,
- transport de matières dangereuses,
- industriels (Seveso).

La classification du risque peut être notamment fonction des facteurs déclenchant

- Catastrophes naturelles : raz-de-marée, cyclones, ouragans, séismes, glissements de terrain, éruptions volcaniques, incendies, inondations, avalanches.
- Catastrophes technologiques :
 - agent physique (eau, charbon, gaz, pétrole), nucléaire, bactériologique, chimique ;
 - transports aériens, ferroviaires, routiers, maritimes et fluviaux.
- Catastrophes socio-économiques : épidémies, famines.
- Catastrophes conflictuelles : terrorisme, actions de guerre.
- Catastrophes mixtes.

État des lieux des plans blancs existant
dans le département

3 La connaissance des risques et leur prévision

Des questions à se poser

- Quels sont les risques industriels, nucléaires, naturels existant sur le département ?
- Quelles sont les agglomérations susceptibles d'être concernées ?
- Quels sont les établissements de santé et tout particulièrement les établissements sièges de services d'urgences susceptibles d'être concernés par la réalisation de l'un ou l'autre de ces risques ?
- Quels sont les autres établissements notamment médico-sociaux susceptibles d'être concernés ?
- Quels sont les outils de prévision disponibles au niveau régional (eau, air, biologique, météo...)?
- Quels sont les circuits d'information et d'alerte ? Comment les améliorer ?

Des pistes de travail

- Se rapprocher des structures détentrices de l'information :
 - services santé environnement,
 - DRIRE,
 - SDIS,
 - préfecture.
- S'appuyer, lorsqu'ils existent, sur le document départemental concernant les risques majeurs ou sur le plan blanc élargi d'analyse et de couverture des risques.
- Cartographier les établissements de santé en tenant compte de leur plateau technique, et les établissements médico-sociaux avec les lieux d'implantation des sites à risques.
- Bâtir des scénarios en tenant compte des risques en rapport avec des actes de malveillance, de leur possible survenue dans des zones limitrophes de plusieurs départements, ou sur une zone rendant inopérantes les structures opérationnelles du SAMU ou d'un hôpital.
- Identifier, au regard de ces différents scénarios, les établissements susceptibles d'accueillir les victimes en tenant compte de la nature de l'éventuelle contamination et des lésions associées, du plateau technique de l'établissement et de sa capacité à s'organiser face à certains risques.
- Ne pas exclure des établissements sous le prétexte qu'aucun risque naturel ou industriel n'existe à proximité immédiate.

La place et le rôle des établissements de santé

Des questions à se poser

- De quels moyens disposent les établissements de santé sièges de services d'urgences pour faire face à un afflux de victimes NRBC ?
- Quelles sont les missions des différentes catégories d'établissements face aux différents risques ?
- Quelles sont les capacités d'accueil des différents établissements de santé du département (plateau technique, capacités humaines) ?
- Comment préserver un accueil des urgences « classiques » ou organiser une suppléance ?

Des pistes de travail

- Établir une classification des établissements selon le type d'accueil à privilégier : il est possible de s'appuyer pour cela sur la hiérarchisation fonctionnelle proposée dans certaines zones prévoyant trois niveaux :
 - les établissements de première ligne : il s'agit de tous les établissements disposant d'un service d'urgence ;
 - les établissements de recours : les établissements ciblés en fonction de leur plateau technique et de leur spécialisation. Ils auront à prendre en charge les patients :
 - se présentant spontanément ;
 - ciblés après régulation par le SAMU ;
 - les établissements de repli : les établissements susceptibles d'être sollicités pour permettre un dégagement des établissements de première ligne. Ils sont destinés à la prise en charge de patients ne nécessitant plus de soins aigus.
- Réaliser un recensement des services d'urgences en fonction de leur capacité à s'organiser face à l'accueil de victimes contaminées. Bien qu'établissements de première ligne, ils peuvent être plus ou moins adaptés à toutes les formes de contaminations dont les victimes peuvent être atteintes (notamment biologiques). Une qualification des établissements selon cette aptitude, sur la base d'une grille standardisée apparaît comme nécessaire.
- Préciser les circuits de prise en charge.

Les flux de victimes

Des questions à se poser

- Quel sera le rôle des différentes catégories d'établissements face à cet afflux de victimes ?
- Quel sera le rôle des praticiens libéraux et des autres acteurs sanitaires et sociaux extra-hospitaliers face à cet afflux de victimes dont la contamination ou le caractère contaminant ne sera pas encore connu ?
- Comment informer la population et les professionnels de santé ?
- Comment faire en sorte que le SAMU dispose dans les plus brefs délais des informations relatives aux capacités d'accueil des établissements de santé ?
- À quel moment et sur quels critères solliciter les moyens de la zone de défense ?

Des pistes de travail

- Prévoir un ou plusieurs dispositifs d'alerte rapide des professionnels de santé libéraux :
 - via les télécommunications en prenant en compte le risque de saturation des lignes téléphoniques ainsi qu'au préalable la nécessité de disposer d'un fichier tenu à jour et de moyens de communication performants (fax à haut débit, mail, SMS...);
 - *via* le dispositif de permanence des soins.
- Prévoir d'accompagner l'alerte d'un document synthétique reprenant l'état de la situation et la conduite à tenir.
- Estimer la capacité d'accueil départementale en urgences absolues et relatives de patients justifiant des soins spécifiques (brûlés par exemple) au-delà de laquelle les moyens de la zone de défense devront être actionnés. Cette estimation devra figurer dans le plan blanc élargi.
- Mettre à disposition des établissements de santé une grille de recensement des lits disponibles (à H0, H2... H3...) à transmettre au SAMU dès réception de l'alerte.

Le rôle de la DDASS

Des questions à se poser

- La cellule d'appui est-elle mobilisable 24 heures/24 et en combien de temps ?
- Est-elle composée des différents corps techniques (sanitaire, social, environnemental...)?
- Les personnes qui composent la cellule d'appui ont-elles reçu une formation sur le sujet ?
- Les personnes qui la composent sont-elles opérationnelles en moins de 30 minutes ?

Des pistes de travail

La survenue d'une catastrophe à l'origine d'un grand nombre de victimes a pour conséquence la constitution d'une cellule de crise préfectorale à laquelle participe la DDASS en appui. Cette catastrophe peut soit conduire un ou plusieurs établissements de santé à déclencher leur propre plan blanc, soit, compte tenu de sa nature et/ou de son ampleur supposée, à la nécessité de mettre en alerte plusieurs établissements.

Le déclenchement d'un plan blanc par un établissement doit immédiatement s'accompagner de l'information de la DDASS par ce dernier. Outre l'organisation spécifique qu'elle sera amenée à mettre en place en interne, la DDASS est en articulation étroite avec le SAMU, l'ARH et le préfet. Une crise très grave peut en effet très rapidement affecter l'ensemble d'une zone géographique et les institutions qui y sont représentées. Il est donc souhaitable qu'une cellule d'appui départementale puisse être rapidement

activée dans ce cas et qu'elle dispose d'une salle de crise à partir de laquelle puissent s'établir des communications directes avec le ou les établissement(s) concerné(s) et les autres services de l'État.

Le plan blanc élargi est l'outil de référence et d'aide à la décision en cas de crise. Ce plan aura été remis au préfet dès son accomplissement, ainsi que les réajustements qui y seront intégrés au fil du temps.

Sans se substituer au centre opérationnel départemental, les DDASS sont amenées, elles aussi, à s'organiser en interne pour instruire les aspects techniques de la crise et relevant de leur domaine de compétence, tout en en référant au centre opérationnel départemental.

Le rôle de cette cellule

- Rassembler les informations.
- Répartir les rôles.
- Être le point d'entrée et de sortie unique.
- Coordonner toutes les actions et décisions devant être prises.
- Préparer toute action de communication.

Sa composition

Le responsable est le directeur de la DDASS ou son représentant.

Elle comprendra au moins :

- un médecin inspecteur de la santé,
- un ingénieur sanitaire,

fiche

6

Le rôle de la DDASS

- le responsable des services sociaux et médico-sociaux,
- le responsable du suivi des établissements de santé,
- un représentant de la cellule d'organisation des moyens informatiques (COMI),
- un représentant du service de l'administration générale,
- une secrétaire.

Les membres de cette cellule sont clairement identifiés au préalable et ont reçu au moins une formation (participation à des exercices de crise). Cette composition sera à adapter selon la nature et l'ampleur de la crise. Il faut prévoir dans certains cas l'extension rapide à d'autres personnes de la DDASS, ce qui suppose les avoir identifiées préalablement et qu'elles aient reçu une formation adaptée.

Selon les circonstances et la gravité, voire la durée des événements et sur la demande du DDASS, les DRASS, ARH, voire DDASS limitrophes peuvent apporter leur concours en participant au fonctionnement de cette cellule par mutualisation de leur personnel. Les personnes susceptibles d'y participer sont préalablement identifiées et formées. Cette cellule fonctionne en étroite coordination avec le COD de la préfecture dont elle assure l'information technique, mais également avec les cellules mises en place dans les établissements de santé.

Établir les modalités d'un lien constant avec le SAMU.

La liste des personnes susceptibles d'y participer doit être mise à jour régulièrement (tous les 6 mois).

Sa localisation, son organisation

Une salle sera dédiée à cette organisation. Cette pièce sera équipée du matériel nécessaire à toute gestion de crise, notamment :

- possibilité de brancher plusieurs lignes de téléphone indépendantes du standard,
- proximité d'un fax (entrée et sortie), d'une photocopieuse,
- possibilité d'installation d'un micro-ordinateur avec mail, armoire (à demeure) avec la documentation de crise,
- un ordinateur protégé avec connexion Internet
- une télévision, un poste de radio,
- l'accès au Rimbaud (réseau de France télécom qui a la particularité d'être sécurisé et indépendant du réseau public) doit être rendu possible en prévoyant une prise spécifique.

Toute la documentation utile et nécessaire sera centralisée dans ces locaux notamment :

- tous les plans de défense et documents classés « confidentiel défense »,
- les plans blancs des établissements de santé,
- les fiches de procédures,
- les plans blancs élargis,

6

fiche

- les annuaires des structures, organismes et administrations tenus régulièrement à jour etc. Cette liste est non exhaustive.
- Prévoir pour les membres de la cellule d'appui les autorisations d'accès à la salle de crise en dehors des heures ouvrables.
- S'assurer que les établissements disposent des numéros de téléphone et de fax de la cellule d'appui centrale à la DDASS.
- Prévoir la répartition des tâches, en particulier la communication externe (penser qu'en situation de crise, tout peut aller très vite et que, dans une situation de stress, il n'est plus temps de penser à délimiter et organiser le travail de chacun pour « gérer la confusion »).

Points particuliers au moment de la crise

- Estimer l'ampleur des moyens sanitaires nécessaires et l'opportunité d'une sollicitation des moyens de la zone de défense au regard du recensement fait dans le cadre du plan blanc élargi.
- Mettre en alerte tous les établissements susceptibles d'apporter leur concours afin de :
 - les informer des caractéristiques de la catastrophe,
 - leur transmettre les coordonnées téléphoniques, fax ou mail, permettant aux établis-

- sements de santé de contacter la DDASS et d'échanger des informations,
- transmettre des dispositions immédiates qu'il convient de prendre au regard des caractéristiques de la catastrophe (déclenchement de leur plan blanc, conduite à tenir),
- transmettre au SAMU leurs capacités en lits disponibles.
- Informer le centre opérationnel départemental et l'agence régionale de l'hospitalisation des dispositions prises et de la nécessité ou non de solliciter les moyens zonaux.
- Prendre toutes dispositions auprès de l'ensemble des médecins libéraux afin de les informer sur :
 - la nature de la catastrophe,
 - la conduite à tenir vis-à-vis des patients qui se présenteraient à leur cabinet.
- Mettre en place un suivi de la crise sur la base des indicateurs sanitaires retenus et selon les modalités prévues dans le cadre du plan blanc élargi.

7 La réactivité du dispositif proposé dans le plan blanc élargi

La réactivité du dispositif
proposé dans le plan blanc élargi

Des questions à se poser

- Le dispositif peut-il être activé 24 heures/24 tous les jours de l'année ?
- Les acteurs du dispositif connaissent-ils leur rôle respectif et sont-ils formés et exercés pour réagir à une alerte et gérer une crise ?
- Les moyens de communication sont-ils clairement identifiés et connus de tous ?
- Un dispositif de mise à jour des documents et fichiers à disposition existe-il ?
- Quels sont les plans de formation mis en place et pour qui ?
- Des exercices sont-ils réalisés régulièrement ?

Des pistes de travail

- Rédiger une fiche synthétique pour chaque acteur du dispositif et récapitulant son rôle.
- Intégrer cette fiche dans le plan blanc élargi.
- Tester les outils et procédures lors d'exercices ciblés.
- Mettre en place chaque année un programme d'exercices prioritaires intégrés dans le plan blanc élargi.
- Vérifier l'actualisation des plans blancs des établissements de santé.
- Réaliser chaque année un état des lieux des exercices menés dans les établissements de santé.
- Intégrer des objectifs de formation pour les personnels de santé et les services déconcentrés de l'État dans le plan blanc élargi.

Les modalités de suivi du plan blanc élargi : quels indicateurs ?

Des questions à se poser

- Les moyens des établissements de santé leur permettent-ils d'assumer toujours le rôle qui leur a été assigné ?
- Les risques ont-ils évolué tant en qualité qu'en quantité et, si oui, quel est l'impact de cette évolution sur le dispositif tel qu'il est conçu ?

Des pistes de travail

Un état des lieux annuel sera réalisé sur :

- le rôle des établissements tel qu'il est envisagé dans le cadre des SROS notamment urgences et réanimation ;
- les risques existants dans le département ;
- les moyens mobilisables :
 - capacités d'accueil des urgences (absolues, relatives),
 - capacités de communication,
 - capacités de décontamination,
 - tenues de décontamination,
 - stocks de médicaments ;
- l'état d'avancement des plans blancs des établissements sera vérifié et complété, si besoin, par des observations qualitatives et des recommandations ;

- la mise en œuvre des plans de formation sera évaluée ;
- un programme d'exercices ciblés sera proposé et inscrit dans le plan blanc élargi. La priorité sera donnée à :
 - l'opérationnalité des cellules de crise des établissements de santé et de la DDASS,
 - la communication entre les établissements de santé et l'autorité de tutelle. Seront visés :
 - le système Rimbaud (réseau de France télécom qui a la particularité d'être sécurisé et indépendant du réseau public) entre le CHU et la DDASS,
 - la communication par fax et Internet entre la cellule de crise de l'établissement de santé et la DDASS ;
 - l'utilisation des structures et des moyens de décontamination par les personnels concernés des établissements de santé,
 - la transmission par les établissements de santé des informations relatives aux capacités en lits disponibles en cas de crise (au moins une fois par an),
 - la mobilisation des stocks d'antidotes, des respirateurs et de l'oxygène.

Les modalités de suivi du plan blanc élargi :
quels indicateurs ?

Fiches s'adressant aux établissements de santé en cours d'élaboration ou de réajustement des plans blancs

fiches

9	L'autoévaluation en vue de l'élaboration du plan blanc	66
10	La procédure d'élaboration du plan blanc	67
11	La formation des personnels	69
12	La composition de la cellule de crise	70
13	Les missions de la cellule de crise	71
14	L'aménagement du local de crise dans l'établissement	73
15	Les dossiers et éléments d'informations de référence de l'établissement	76
16	Les principes de communication	79
17	Les systèmes d'information (informatique, téléphone, fax)	82
18	Le rôle du directeur	83
19	Le dimensionnement des moyens en personnel	85
20	Le plan de circulation	86
21	Le fonctionnement de l'établissement en mode dégradé	87
22	Le rôle du SAMU	88
23	Le rôle des SMUR	90

24	L'afflux de victimes dans l'établissement de santé	92
25	L'organisation du lieu de prise en charge des victimes	93
26	L'organisation des services de soins	95
27	La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)	96
28	La prise en charge du personnel (CUMP)	98
29	La préparation de l'établissement de santé en cas de risques NRBC	99
30	La préparation de l'établissement de santé en cas de risques nucléaire et radiologique	101
31	La préparation de l'établissement de santé en cas de risque biologique	104
32	La préparation de l'établissement de santé en cas de risque chimique	107
33	Posture permanente de sécurité pour les établissements de santé	111
34	L'exercice de gestion d'une crise au sein de l'établissement	116
35	Les critères d'évaluation du dispositif d'élaboration du plan blanc	119

L'autoévaluation en vue de l'élaboration du plan blanc

Des questions à se poser

- A-t-on des informations de synthèse préétablies sur l'activité quotidienne de l'établissement concerné ?
- Dispose-t-on des indicateurs d'alerte dans le cadre de cette activité quotidienne ?
- Existe-t-il des dossiers d'information préétablis sur l'activité, les métiers, les principaux risques de l'établissement ?
- Un plan blanc réactualisé ou datant de moins de 5 ans a-t-il été élaboré ?
- Un comité de pilotage prenant compte de toutes les composantes de l'établissement (responsables médicaux, soignants, administratifs et techniques) a-t-il été défini dans le cadre d'une actualisation ?
- Quelle est la stratégie d'information des différents chefs de service et de l'ensemble du personnel ?
- Comment l'appropriation de ce plan par l'ensemble du personnel (modalités de diffusion, modalités de retours d'information, formation, sensibilisation) est-elle envisagée ?
- Dispose-t-on d'instructions écrites sur la conduite à tenir vis-à-vis des autorités de tutelle ?
- Le plan blanc a-t-il été adressé aux autorités de tutelle ?
- Le plan blanc est-il en cohérence avec le plan blanc élargi ?
- Les sites à risques à proximité de l'établissement (localisation, typologie) sont-ils connus ? Si oui, la connaissance de ces risques implique-t-elle des mesures particulières (acheminement d'antidotes...) ?
- L'organisation pour gérer une alerte ou une crise est-elle mobilisable et opérationnelle 24 heures/24 ?
- Quelles sont les modalités de construction et de mise à jour des listes des personnes à prévenir et à mobiliser ?
- Sur le site de l'établissement un local de crise a-t-il été prévu ?
- Y a-t-il un responsable de l'actualisation de votre organisation de crise et de la tenue à jour des dossiers relatifs à celle-ci ?

En cas de sinistre dans l'établissement de soins :

- L'alerte aux services publics est-elle claire (sapeurs-pompiers, SAMU, forces de l'ordre, autorités locales) ?
- Les différents chefs de service ont-ils des instructions ?
- Un local de crise de repli à l'extérieur du site de l'établissement est-il prévu ?
- Les données vitales de votre établissement sont-elles exportables (ordinateur, réseau sécurisé, Internet) ?
- Dans les deux dernières années, a-t-il été pratiqué un exercice de simulation de crise :
 - interne à l'établissement ?
 - en lien avec les autorités locales de secours ?
 - avec les pouvoirs publics ?
 - l'expérience de crise ou l'organisation de crise de l'établissement avec celle d'autres établissements a-t-elle été confrontée ?

10

La procédure d'élaboration du plan blanc

Des questions à se poser

- Quel est le cadre à qui sera confiée la mission de « chef de projet » plan blanc au sein de l'établissement ?
- Qui doit faire partie du comité de pilotage de conception du plan blanc ?
- Le plan blanc a-t-il été actualisé en conformité à la circulaire du 3 mai 2002 ?
- Le plan blanc est-il connu de l'ensemble des acteurs de l'établissement ?
- Chaque membre du personnel a-t-il identifié son rôle en cas de déclenchement du plan blanc ?
- Qui fait partie de la cellule de crise ?
- Quelles sont les modalités de délégation mises en œuvre pour garantir l'identification d'un responsable dans chaque secteur 24 heures/24 ?
- Qui rappelle qui et selon quelle procédure ?
- Qui rejoint qui et où ?
- Quels modes de traçabilité des moyens et des personnels sont mis en place ?

Des pistes de travail

- Concevoir un plan blanc suppose l'implication de toutes les logiques institutionnelles, chacune d'entre elles devant être représentée tant dans le comité de pilotage que dans la composition de la cellule de crise.
- Décliner le plan blanc afin de permettre sa mise en œuvre conformément aux principes posés. Ces informations et instructions sont contenues dans un document appelé plan blanc sectoriel qui comprend obligatoirement :
 - la liste des personnels à rappeler, classés dans l'ordre décidé par le responsable du secteur,
 - les consignes propres au secteur en lien et en adéquation avec les consignes générales du plan blanc de l'établissement.
- Prévoir une à plusieurs délégations par niveau de responsabilité.
- Établir des imprimés types :
 - enregistrement des patients,
 - disponibilité des lits, etc.,
 - une fiche action pour :
 - le SAMU,
 - le SMUR,
 - le directeur de garde,
 - le standard,
 - la cellule de crise,
 - les services techniques et logistiques,
 - le bureau des entrées,
 - l'équipe d'accueil des familles,

La procédure d'élaboration du plan blanc

fiche 10

La procédure d'élaboration du plan blanc

- l'équipe de communication,
 - le président de la commission médicale d'établissement,
 - le cadre d'astreinte ou de garde,
 - la direction des ressources humaines,
 - la direction des soins.
- Les fiches « plan blanc » actualisées sont accessibles sur l'intranet de l'hôpital.
 - Présenter l'ensemble du plan à chaque équipe de l'établissement pour vérification, validation, consolidation.
 - Préférer le vocable « fiches de recommandations » à la terminologie « fiches reflexes » afin de permettre toute adaptation à une situation particulière.
 - Soumettre le plan blanc aux instances.
- Garantir la mise à jour en temps réel de chaque fiche.

Les établissements hospitaliers vivent régulièrement des périodes de travaux ou des restructurations, des changements de personnels ou d'activités qui peuvent modifier sensiblement ou radicalement l'affectation des locaux, des lieux, des stocks, des jeux de clés.

Une organisation doit être prévue au sein de l'établissement afin que le « chef de projet » plan blanc soit systématiquement informé par les responsables opérationnels (responsable des services techniques, responsable du personnel) de tout changement, même temporaire, sur les fiches contenues dans le plan blanc.

111

fiche

La formation des personnels

Des questions à se poser

- Des actions de formation ont-elles été organisées et pour quels publics sur :
 - l'alerte,
 - la gestion d'une crise,
 - le plan blanc,
 - la communication en cas de crise ;
 - les médias training,
 - les risques NRBC.
- Des actions de sensibilisation ont-elles été organisées et pour quels publics sur :
 - l'alerte,
 - la gestion d'une crise,
 - le plan blanc,
 - la communication en cas de crise,
 - les risques NRBC.

Des pistes de travail

- Sensibiliser l'ensemble des personnels au plan blanc.
- Former :
 - le personnel à réagir immédiatement à une alerte en cas de crise ou d'exercice,
 - l'ensemble des cadres à la gestion de l'alerte ou d'une crise avant, pendant et après,
 - le personnel des SAMU, SMUR et des services d'urgences, de réanimation, de pédiatrie, aux chaînes de décontamination.
- Préparer l'ensemble du personnel à la gestion du stress en cas de crise.
- Nommer dans l'établissement un médecin et un cadre référents chargés de la formation permanente des personnels, y compris les nouveaux arrivants.

Pour accompagner et évaluer l'impact des actions de formation

- Faire, une fois par an, un exercice de déclenchement de cellule de crise, un exercice de rappel en urgence des personnels.
- Faire, au moins tous les deux ans, un exercice « plan blanc ».
- Faire, une fois par an, des exercices d'habillage, déshabillage, dans les établissements dotés de tenues NRBC.

Le plan de formation interne à l'établissement portant sur ces questions peut être guidé par la démarche initiée à un niveau national, dont la circulaire portant sur les plans pluriannuels de formation fait une priorité.

- Par zone de défense, environ 40 médecins et cadres infirmiers ont été formés à un haut niveau sur ces questions et notamment à la prise en charge des risques NRBC. Un comité pédagogique zonal peut aider à l'élaboration du projet pédagogique (contacter le SAMU de l'établissement de santé de référence ou le coordinateur zonal).
- Des experts nationaux, ou par zone de défense, ont été répertoriés et peuvent aider l'établissement à organiser ses actions de formation notamment sur des sujets comme :
 - les risques NRBC,
 - la communication interne, externe,
 - les systèmes d'information en cas de crise,
 - la gestion d'une crise.

12

La composition
de la cellule de crise

Des questions à se poser

- La cellule de crise est-elle mobilisable 24 heures/24 ?
- Est-elle composée de professionnels représentant les différentes logiques institutionnelles ?
- Les personnes qui la composent sont-elles opérationnelles en moins de 30 minutes ?

Des pistes de travail

- Composition de base et fonctions majeures représentées dans la cellule de crise :
 - le chef d'établissement,
 - le coordonnateur médical : président de la commission médicale ou consultative,
 - le coordonnateur ou le responsable des soins,
 - le responsable du personnel,
 - le responsable de la logistique,
 - le chargé de communication,
 - le responsable technique et logistique,
 - l'ingénieur biomédical, informatique...

La cellule de crise doit être adaptée à chaque type de situation de crise à laquelle elle est confrontée. Selon la nature de l'événement, l'appel à des personnes expertes (internes ou

externes à l'établissement) peut s'avérer indispensable : les inclure alors dans la cellule de crise.

- Un responsable de l'organisation de la cellule de crise est désigné. Il est chargé du maintien à jour de la documentation et de la disponibilité des moyens logistiques :
 - constituer une liste des membres de la cellule de crise avec les coordonnées professionnelles et privées des personnes désignées : nom, prénom, fonction, téléphone bureau, fax, téléphone et adresse privés,
 - désigner, pour chaque fonction, un suppléant apte à remplacer le responsable principal si ce dernier n'est pas disponible en cas de crise,
 - prévoir la participation d'un(e) secrétaire.
- Il est important de ne pas sous-dimensionner la cellule de crise. Il est toujours plus facile d'alléger un effectif que d'avoir à le renforcer dans le feu de l'action.
- Si la crise revêt un aspect médiatique, il est recommandé de désigner une personne exclusivement en charge de la préparation de la communication avec les médias.

13

Les missions de la cellule de crise

- La cellule de crise est l'organe unique de décision et de coordination. Ses missions sont, en fonction de la nature et de l'ampleur de la crise, de :
 - déterminer le niveau de déclenchement du plan avec notamment le dimensionnement du rappel des personnels,
 - centraliser les disponibilités des moyens d'hospitalisation en vue de répartir les patients de façon la plus adaptée et de veiller à l'enregistrement de tous les mouvements de patients,
 - recenser les besoins, identifier et répartir les moyens,
 - organiser l'accueil et l'information des familles,
 - assurer la transmission de l'information tant en interne qu'en externe.
- La cellule de crise est en lien constant avec le SAMU et la DDASS.

Des questions à se poser

- Les critères pour identifier la nature, l'ampleur et les conséquences probables de la crise sont-ils définis ?
- Comment déterminer les moyens en personnel et en matériel à renforcer à court terme ?
- Quel est le nombre de lits pouvant être mis à disposition à court terme ?
- Qui organise la communication ? Comment est-elle préparée ?

Des pistes de travail

- Identifier en préalable à une crise, les capacités maxima d'accueil en adéquation avec le personnel et les expertises mobilisables. Cet aspect sera communiqué à la tutelle dans le cadre de l'élaboration du plan blanc élargi.
- Fournir à chaque cadre, qui doit les avoir sur lui en permanence, les quatre ou cinq contacts prioritaires à établir en cas d'alerte et la liste d'actions immédiates validées régulièrement.
- Doivent être définies les modalités d'alerte :
 - de la tutelle (DDASS, DRASS, ARH),
 - locales (sous-préfet, président du conseil d'administration, gendarmerie, police, sapeurs-pompiers),
 - des autres structures sanitaires et sociales dans l'environnement de l'établissement de santé et susceptibles d'être partenaires pendant la crise.
- Vérifier régulièrement :
 - l'opérationnalité des moyens de communication : téléphone, fax, informatique,
 - les relais qui assurent les fonctionnements fondamentaux de l'établissement : chauffage, évacuation des déchets, EDF.
- Identifier un lieu « relais » où arrivent les messages, télécopieur, e-mail, pendant « les heures creuses », la nuit, le week-end. L'expérience montre que le service des urgences est le plus adapté.

fiche

13

Les missions de la cellule de crise

Points particuliers au moment de la crise

- Prévoir dès l'alerte, dans la cellule de crise, une ou deux secrétaires.
- Pendant une crise, une personne doit se charger spécifiquement de la tenue de la main courante, du journal de la crise. Indispensable dans sa phase aiguë, le journal doit être maintenu, sous une forme allégée, pendant la phase de retour à la normale, pour documenter la suite donnée aux actions entreprises et permettre un retour d'expérience efficace.
- Transmettre au SAMU et aux autorités sanitaires, en référence au mode défini dans le plan blanc élargi, les capacités en lits.
- Organiser un débriefing dans les heures qui suivent la fin de l'alerte et/ou de la crise.
- Penser à ne pas mettre de données confidentielles – données médicales nominatives – sur le journal de crise qui pourra ultérieurement être lu par des personnes non habilitées. Préférer mettre toutes ces données sur un cahier spécifique.
- Engager tous les membres de la cellule de crise à tenir confidentielles toutes les informations auxquelles ils ont accès.

L'aménagement du local de crise dans l'établissement

14

Des questions à se poser

- Les membres qui composent la cellule de crise ont-ils connaissance du lieu où se trouve le local de crise dans l'établissement et des moyens qui y sont attachés ?
- Y a-t-il des locaux spécifiques à la crise ?

Des pistes de travail

Les locaux de crise sont en général situés à l'intérieur du périmètre de l'établissement. Ils doivent être d'accès aisé, non verrouillés, proches les uns des autres s'il y en a plusieurs.

L'expérience montre que ceux-ci gagnent à être à proximité du SAMU ou du SMUR pour optimiser les échanges d'informations concernant l'évolution de la situation.

Au cas où les locaux de crise à l'intérieur du site seraient inaccessibles (évacuation générale, bouclage du site), un local de crise extérieur doit être prévu, de préférence en un lieu « neutre » plutôt que dans un autre établissement de santé, pour ne pas perturber le fonctionnement de celui-ci. Le mieux est de prévoir un lieu à proximité de l'établissement. Ce peut être aussi un véhicule de type minibus, monospace, ou encore des locaux identifiés par entente préalable chez les sapeurs-pompiers, à la mairie, chez les policiers, ou encore sur un site possédant un standard comme la sécurité sociale.

Logistique

Il est indispensable de disposer au minimum de :

- deux lignes téléphoniques indépendantes en plus de celles rattachées à l'autocommutateur ;
- un fax émetteur et récepteur ;
- un poste de travail équipé : micro-ordinateur sur réseau si possible, traitement de texte, e-mail, intranet ;
- une imprimante connectée ;
- une photocopieuse (proche des salles de crise) ;
- prévoir un micro-ordinateur portable avec modem (ou données de base + logiciels sur disquettes, CDR ou clé USB, conservés en sécurité à l'extérieur du site pour avoir la possibilité de les utiliser sur un ordinateur banalisé).

Compte tenu de la médiatisation possible de l'événement, il est souhaitable de pouvoir également disposer de :

- une télévision et un magnétoscope, une radio avec des piles, un magnétophone.

Il est souhaitable de prévoir un technicien qui sera chargé de l'installation du local.

Documentation

Prévoir une armoire contenant :

- le plan blanc, comprenant toutes les fiches de tâches des différents services et les modalités d'installation de la cellule de crise,
- les répertoires téléphoniques,
- les fichiers des personnels à rappeler,

fiche

14

L'aménagement du local de crise dans l'établissement

- les procédures d'urgence et consignes en cas de crise,
- la documentation de crise,
- un journal de crise vierge, « main courante » préparée à l'avance,
- des exemplaires de fiches de communication avec les autorités de tutelles et de fiches de contact avec les médias,
- prévoir un double « papier » des documents tels que le plan blanc, les listes avec les coordonnées des personnels, des autorités de tutelles et des forces de l'ordre, une copie sur disquettes ou clé USB, correspondant à cette documentation,
- un double de ces documents sera inclus dans la mallette du directeur de garde contenant les numéros de téléphones, les instructions essentielles, les coordonnées des personnes composant la cellule de crise. Son contenu devra être périodiquement vérifié (au moins tous les 3 mois) et réajusté le cas échéant.

Fournitures

Indiquer où elles sont accessibles en dehors des heures de bureau :

- réserves de papier pour imprimante et fax, petites fournitures usuelles de bureau,
- *paper board* ou tableau,
- photocopieur.

- Prévoir un tableau de bord de vérification de fonctionnalité des équipements et de la disponibilité des moyens.
- Il est utile de prévoir une personne qui assurera la gestion du secrétariat.
- S'assurer que la localisation des locaux de crise (bâtiment, étage, salle) est connue de tous les membres de la cellule de crise et de tout nouvel arrivant concerné.
- Afficher les instructions « au premier arrivant » pour activer la cellule de crise (*check-list*).
- Afficher le mode d'emploi des équipements (rechargement imprimante ou fax, branchement et utilisation de la télévision et du magnétoscope, etc.), voire de la climatisation ou du chauffage.
- Montrer une vigilance particulière sur :
 - la connaissance des mots de passe ou la disponibilité des cartes d'habilitation pour utiliser le micro-ordinateur,
 - l'emplacement des clés des locaux fermés en dehors des heures ouvrables, des clés des armoires de crise normalement condamnées en temps normal, etc.

Les exercices de mobilisation de la cellule de crise impliquent le déploiement de moyens. Il est souhaitable d'en déclencher plusieurs par an pour vérifier sa fonctionnalité.

14

fiche

Exemple d'exercice de déclenchement de la cellule de crise

Objectifs

- Vérifier :
 - les délais d'installations techniques et d'arrivée des personnes qui composent la cellule de crise,
 - si chaque membre de la cellule est opérationnel,
 - la réactivité des services de l'établissement face à une commande émanant de la cellule de crise.

Contenu de l'exercice

- Le directeur de l'établissement de santé est informé par le SAMU d'un afflux de nombreuses victimes.
- Le directeur de l'établissement de santé demande au standard, au regard de la procédure établie « d'appeler le technicien chargé d'installer la cellule de crise et tous les membres qui composent celle-ci ». Il précise qu'il s'agit d'un exercice.

- Le technicien installe la cellule de crise.
- Les membres de la cellule de crise mettent en place les actions prévues sur leur fiche actions.
- Les membres de la cellule de crise se mettent en liaison avec leurs services correspondants, et leur demandent de bien vouloir leur envoyer par fax, à la cellule de crise, la page x du plan blanc.

L'évaluation porte sur :

- les délais d'installation de la cellule de crise,
- la fonctionnalité des équipements,
- la fiabilité de la documentation,
- la communication ascendante et descendante avec les services de l'établissement,
- l'accessibilité et la connaissance du plan blanc dans les services de l'établissement de santé,
- la durée de l'exercice est limitée à 2 heures maximum.

Un débriefing immédiat permettra de procéder aux nécessaires réajustements.

L'aménagement du local de crise dans l'établissement

15

Les dossiers et éléments d'informations de référence de l'établissement

Des questions à se poser

- Qui est responsable de l'actualisation des coordonnées figurant dans les annuaires du plan blanc et de leur diffusion ?
- Comment réaliser une mise à jour en temps réel ?

Des pistes de travail

- Des listes préétablies tenues à jour sont disponibles dans le local de crise :
 - par fonction dans l'équipe de crise du site, des personnes désignées et de leurs suppléants, avec adresse et téléphone privés,
 - par fonction des personnes extérieures à l'établissement ou institutions (et de leurs suppléants) avec lesquelles il conviendra à un moment ou un autre, de communiquer. Cette liste contiendra, par fonction, les personnes désignées et leurs remplaçants avec leur téléphone professionnel.
- Établir une liste :
 - des numéros de téléphone des diverses institutions (ministère(s), préfecture, sous-préfecture, DDASS, institut de veille sanitaire, DARH, DRASS, mairie, etc.),
 - des ambassades et consulats publiée dans le bottin administratif,
 - d'interprètes bénévoles parmi le personnel hospitalier,
 - de professeurs de lycées, collègues,

- des bénévoles qui maîtrisent une langue étrangère. En cas de problème, appeler : Inter service migrants/ISM interprétariat 251, rue du Faubourg-Saint-Martin 75010 Paris au 01 53 26 52 62 qui fonctionne 24 heures/24, 7 jours/7,
- des principaux intervenants des cultes religieux,
- des autres structures sanitaires et sociales, établissements privés locaux et établir leurs coopérations et rôle éventuel en cas de crise majeure sur la base du plan blanc élargi.

La documentation dans le local de crise comporte :

- un dossier complet constituant le plan blanc et ses interfaces avec les dispositifs de sécurité générale. On y trouve les plans des bâtiments et, en général, toute la documentation technique ainsi que les consignes et procédures d'intervention nécessaires au contrôle de la situation ;
- un dossier de référence de l'établissement comprenant :
 - l'organigramme de l'établissement,
 - les renseignements utiles sur les matières à risque stockées, les équipements stratégiques,
 - une fiche descriptive de l'établissement (implantation géographique, effectif, activité),
 - des fiches spécifiques sécurité, environnement, spécialités médicales et techniques ;

15

fiche

- un dossier de référence destiné aux organismes extérieurs et aux médias comportant l'organigramme, quelques chiffres et indications concernant l'activité de l'établissement, le nombre de salariés, la répartition par activité, le nombre de lits ;
- un fichier de référence comportant des numéros d'appels H 24 pour la fourniture en oxygène, l'alimentation électrique, les communications, l'approvisionnement en eau et la logistique hôtelière.

Ces dossiers ont pour objectif de fournir au « porte-parole » une documentation générale de base permettant de délivrer une information fiable sur des sujets généraux. Ces dossiers sont préparés et maintenus à jour.

L'intranet doit permettre de disposer en permanence de l'information à jour, à condition d'avoir d'un moyen d'accès permanent (micro-ordinateur sur réseau) dans le local de crise.

- Conserver une copie électronique et sur papier de toutes ces listes (ou sur micro-ordinateur portable), en sécurité à l'extérieur du site (horodater et numéroter ces copies au moment des réajustements). Une copie de ces documents se trouvera dans la mallette de garde du directeur.
- Établir un tableau de bord faisant valoir les dates de contrôle, de réajustement et validation des listes.
- Informer et sensibiliser le personnel aux faits :
 - qu'il est essentiel que chacun transmette des données fiables et utilisables,
 - que tout changement d'adresse ou coordonnées doit être signalé en temps réel à la direction du personnel et des affaires médicales.
- Garantir au personnel que les données confidentielles ne seront utilisées qu'en cas de déclenchement du plan blanc.
- Mettre à disposition dans la cellule de crise :
 - des bordereaux de fax préétablis comportant le numéro de fax de la cellule de crise ,
 - des listes préétablies du personnel à rappeler et permettant de visualiser qui a été contacté, qui peut se libérer.

Les dossiers et éléments d'informations
de référence de l'établissement



fiche

15

Les dossiers et éléments d'informations
de référence de l'établissement

Mémo crise

Chaque personne peut être amenée à prendre des décisions en dehors de la cellule de crise, ou avant son arrivée dans celle-ci. À cet effet, chaque membre de la cellule de crise doit donc pouvoir disposer d'un outil « mémo crise ».

Il doit être adapté aux besoins de chaque établissement et tenir dans un format de poche pour être conservé dans un portefeuille : environ 15 ou 20 cm x 10 cm, plié en deux ou en trois parties, légèrement cartonné de préférence, pour durer.

Bien que ce document personnel soit conservé avec soin par chaque membre de la cellule de crise, il peut être égaré, perdu ou volé avec d'autres documents personnels. Il importe donc d'ajuster le degré d'informations confidentielles qu'il contient au strict minimum.

À titre d'exemple, une fiche de format poche, plastifiée, peut contenir au minimum les éléments suivants :

Autorité de tutelle*Nom et prénom**Tél. bureau et secrétariat**Tél. personnel - mobile...***Direction établissement,
directeur adjoint,
directeur des soins,
chefs de service,
membres de la cellule de crise***Pour chaque fonction**Nom et prénom**Tél. bureau et secrétariat**Tél. personnel - mobile...***Salle de crise***Code d'entrée, mot de passe**Tél./fax**Consignes au 1^{er} arrivant**Consignes de sécurité***Règles de communication***Résumé*

Les principes de communication

16

Des questions à se poser

- Quel est le rôle des acteurs dans l'organigramme hiérarchique et fonctionnel : qui alerte qui pour dire quoi ?
- Quels sont les critères de signalement à retenir pour informer de l'événement ses supérieurs ?
- Comment vérifier les faits, les expliquer et les rendre compréhensibles ?
- Quoi dire, ne pas dire, comment dialoguer, lever les incertitudes, rassurer ?
- Comment gérer le choc émotionnel, éviter la dramatisation ?
- Comment décrire l'événement, l'état de la situation, les actions envisagées ?
- Comment obtenir les informations indispensables ?
- Comment les communiquer ?
- Comment préserver les canaux de communication interne indispensables ?
- Comment gérer les sollicitations et appelants extérieurs ?
- Comment communiquer avec les autres acteurs sanitaires et sociaux extérieurs à l'établissement ?
- Comment établir une procédure de contact avec les journalistes : l'appel du journaliste, l'identification des médias, la forme des réponses données, le suivi de la suite donnée par les médias ?

- Quels sont les outils de la communication permettant d'éviter certains écueils ?
- Comment communiquer sans les outils de communication habituellement utilisés ?
- Quelle est la formation des cadres chargés de la communication en période de crise ?

Des pistes de travail

- Définir en amont une stratégie de communication en temps normal.
- Préciser les principes à respecter en temps normal, la conduite à tenir ; envisager quels principes ne seraient plus aussi nécessaires en période de crise, et quels principes devraient être absolument préservés.
- Former les acteurs qui seront directement en contact avec les médias sur :
 - la désignation de qui communiquera et qui ne communiquera pas,
 - les moyens de communication,
 - la préparation de la formulation des messages, des communiqués de presse,
 - les tactiques de communication pour éviter la crise médiatique,
 - les techniques de l'interview.
- Sensibiliser l'ensemble des personnels fortement exposés et qui peuvent être directement sollicités par les médias :
 - à ne pas renseigner directement et à orienter avec pondération vers le directeur de la

fiche

16

Les principes de communication

crise. Le responsable de la structure doit à la fois communiquer en étant responsable de l'image, mais aussi résoudre de multiples problèmes concrets liés à la crise, tout en préservant l'avenir des activités habituelles. Des recommandations particulières peuvent être retenues et contribuer à éviter des écueils en assurant au préalable,

- de faire un retour d'expérience systématique en post-crise : l'analyse des forces, des faiblesses, des menaces, des opportunités pour opérer les réajustements qui s'imposent en matière de communication et d'information,
- à un partage de l'expérience « des autres », de leurs écueils, de leurs initiatives préventives ou correctrices,
- à des exercices de simulation en période normale de fonctionnement de la cellule de crise et des modes de communication,
- à la détection en période normale de toutes les situations pendant lesquelles la communication n'est pas satisfaisante,
- à la détection des vulnérabilités dans la structure,
- à la définition et la distinction de la gestion de la crise ou de l'alerte de la communication de celle-ci,
- à préparer en amont d'une crise des messages d'alerte, voire les préenregistrer,

- à former l'ensemble du personnel à recevoir un message d'alerte court et à ne pas prolonger la conversation téléphonique. La conduite à tenir à la réception du message d'alerte doit être régulièrement testée : elle est établie sur la base de l'activité pendant les jours ouvrables, nuit, week-end, jours fériés...

La communication avec les médias ne peut être soumise au hasard d'un tableau de garde et implique formation et entraînements.

Points particuliers au moment de la crise

Le porte-parole doit se situer au niveau opérationnel de la cellule de crise.

Des règles de base élémentaires sont à observer.

Limiter le nombre de porte-parole

En général, pour une unité opérationnelle, il s'agit du responsable du site – chef d'établissement – et d'un responsable exclusivement chargé de la communication extérieure. Toutefois, si certains spécialistes – expert technique, médecin du travail, chefs de service, responsable de la sécurité – sont occasionnellement appelés à s'exprimer sur des sujets particuliers, ils doivent le faire en concertation étroite avec le porte-parole.

- La communication externe est prise en compte au même titre que la communication interne : le personnel a besoin d'être informé de l'évolution de la situation.

16

fiche

- Sensibiliser le personnel au fait de ne pas surcharger la cellule de crise par des appels.
- Penser à alerter de façon exhaustive les personnes alertées de la levée du dispositif.

Les points presse doivent être suffisamment nombreux pour ne pas laisser la place à de fausses rumeurs.

Toutes les informations délivrées ont à être validées auprès du responsable de la communication.

Il importe de bien identifier l'interlocuteur (quel média ?), de veiller à la cohérence des informations à délivrer et d'élaborer une « position d'attente » si l'on ne se sent pas prêt ou si l'exactitude des informations disponibles n'est pas établie.

L'initiative des contacts avec les journalistes sur le site est du ressort du responsable de la cellule de crise.

- Ne pas alerter les médias sans avoir préparé quelques messages clés.
- Ne pas laisser les médias se disperser dans l'établissement.
- Les médias « n'attendent pas » : il convient de rester en contact constant avec.
- Éviter de s'engager sur le sujet des responsabilités, de la faute, des polémiques.

Concernant plus particulièrement les médias

Préciser en amont d'une alerte ou d'une crise :

- les personnes ressources qui peuvent communiquer ;
- la définition de qui peut et quoi communiquer aux différents niveaux de la hiérarchie.

Le fait d'instaurer un climat de confiance avec la presse, en cas de crise, peut contribuer à la diffusion de messages plus pondérés.

Pour tout contact avec les médias

- Appel d'un journaliste :
 - ne jamais répondre directement,
 - demander nom et coordonnées.
- Vérifier, identifier le média :
 - rappeler ensuite.
- Lui donner une réponse factuelle :
 - élaborer la réponse après concertation interne et/ou externe,
 - lui faire suivre éventuellement un communiqué de presse,
 - transmettre la réponse par le porte-parole.
- S'enquérir de la suite donnée par le média :
 - informer.

17

Les systèmes d'information
(informatique, téléphone, fax)

Des questions à se poser

Comment garder accès aux informations essentielles en cas de crise, lorsque les systèmes d'informations de la structure sont dégradés, ou inopérants ?

Des pistes de travail

- Favoriser un échange des banques de données et la convergence des systèmes d'information pour obtenir des informations aux niveaux où se gère la crise et se prennent les décisions. Il faudra privilégier tout ce qui concerne le partage de l'information concernant les lits, la présence du personnel, la gestion du flux des victimes.
- Recenser les bases de données existantes, tester les complémentarités et les liens possibles et viser à une uniformisation des systèmes, outils et protocoles de communication utilisés ; cette uniformisation devant être pilotée et gérée par une autorité centrale.
- En interne, prévoir des moyens simples pour assurer la continuité de la communication : talkie-walkie par exemple, ligne de téléphone indépendante.
- Création de numéros d'appel dédiés ou de type numéro « vert » pour donner des informations à la population.
- Prévoir par entente préalable des relais avec la police ou la gendarmerie, les sapeurs-pompiers, l'armée.
- Prévoir des lignes téléphoniques spécifiques et indépendantes du standard.

- Établir un cahier des charges techniques informatique qui intègre, avec ces outils, les dimensions de confidentialité, disponibilité, priorités, célérité.
- Prévoir la segmentation des différents niveaux de la communication interactive pour garantir la continuité et la fiabilité des communications.
- Le responsable des systèmes d'information doit établir des procédures de contrôle et de fiabilité des systèmes usuels en période normale ;
- Les systèmes d'informations doivent être disponibles 24 heures/24.
- Envisager l'utilisation de moyens de communication comme la création d'un site Web, de « pop ups » qui alertent en cas de crise latente ou avérée.
- Étudier les intérêts et limites d'utilisation de ces systèmes : comment garder « son indépendance » face à ces partenaires ?
- Faire appel à des prestataires qui maîtrisent ces voies de communication. Cette initiative doit venir de l'État.
- Chaque structure doit mettre en place une démarche qualité autour de chacun des moyens de communications.

Points particuliers
au moment de la crise

- Utilisation en cas de catastrophe des fréquences radio et chaînes de télévision.
- Utilisation de lignes séparées : entrée, sortie.

18

Le rôle du directeur

Des questions à se poser

- L'événement justifie-t-il la mise en place d'une cellule de veille ou le déclenchement du plan blanc ?
- L'événement entraîne-t-il l'accueil de nombreuses victimes, le confinement de l'établissement ou son évacuation ?

Des pistes de travail

- Préparer les modalités de déclenchement d'alerte fiables en dehors des heures normales de fonctionnement.
- Stabiliser le lieu de rendez-vous. En dehors de ceux qui constituent la cellule de crise, le personnel doit rejoindre son service habituel et attendre les instructions.
- Former l'ensemble du personnel à une alerte, la prendre au sérieux et la transmettre.
- Doter chaque service (urgences, standard, administration...) d'une fiche type d'enregistrement de l'alerte.
- Préparer l'ensemble des éléments d'informations pour les membres de la cellule de crise.
- Établir un protocole avec les forces de l'ordre locales en cas de crise.
- Établir un protocole de rappel des étudiants (IFSI, écoles d'aides-soignants, écoles de cadres).

Points particuliers au moment de la crise

- Avec un message « **Le plan blanc est déclenché** », chacun des acteurs doit réagir immédiatement sur la base de protocoles préétablis identifier son rôle, sa place, et les moyens de transmissions de l'ensemble de ses actes.
- Lorsqu'il s'agit d'un exercice, le préciser en ajoutant à la phrase « le plan blanc est déclenché » : « **il s'agit d'un exercice** ».
- Le message type d'alerte doit être bref et contenir à minima : quel événement vient de se produire, demander à la personne de revenir, préciser le lieu de rendez-vous.
- Appeler immédiatement un(e) secrétaire organisé(e) et opérationnel(le).

En attendant la réunion de la cellule de crise

- Faire confirmer l'alerte, identifier le correspondant : identité, numéro de téléphone et l'autorité dont il relève.
- Transmettre immédiatement au SAMU compétent les informations et lui demander de confirmer l'alerte.
- Faire renforcer immédiatement les personnels du standard.
- Activer la cellule de crise.
- Alerter le SMUR, le service d'urgence.
- Organiser la mise en place opérationnelle des agents de sécurité et de la circulation.

fiche

18

Le rôle du directeur

- Déclencher immédiatement la procédure de maintien sur place et ou de rappel des personnels de façon graduée.
- Mobiliser le plateau technique et demander à alléger le programme opératoire, voire à différer les interventions programmées.
- Mobiliser le service central de brancardage.
- Selon la nature de l'événement, recenser les places disponibles dans les services.
- Demander à prévoir un plan de sortie anticipée des patients hospitalisés.
- Contacter les structures de soins ou d'alternatives à l'hospitalisation qui pourraient accueillir des patients en fin de séjour hospitalier et nécessitant encore une surveillance médicale.
- En cas de déclenchement de plan blanc, alerter sa hiérarchie, le préfet et sous-préfet, les directeurs des ARH, DRASS, DDASS, le président du conseil d'administration.
- Demander aux autorités de police de réguler la circulation aux abords de l'hôpital.
- Alerter l'ensemble de la structure de la désactivation du plan blanc.

Selon la gravité de la crise, le directeur de l'établissement doit informer l'autorité sanitaire, il peut être amené à demander l'assistance d'une ou plusieurs personnes ressources. Dans les situations graves, il devra informer les autorités régionales dans les meilleurs délais.

19

Le dimensionnement des moyens en personnel

Des questions à se poser

- Qui alerte qui ?
- La nature de l'alerte implique le rappel de quel type de personnel, de quelles expertises et à quelle hauteur ?

Des pistes de travail

- Prévoir un protocole de rappel des personnels assorti d'un arbre décisionnel.
- Prévoir une procédure permettant de maintenir tout le personnel déjà en place.
- Prévoir la fiabilité et la confidentialité des listes de personnel établies. Penser à demander aux agents sur liste rouge leurs numéros de téléphone privés.
- Former l'ensemble du personnel à recevoir une alerte, la prendre au sérieux et la transmettre.
- Préparer les modalités de déclenchement d'alerte fiables en dehors des heures normales de fonctionnement.
- Stabiliser les lieux de rendez-vous.
- Prévoir le matériel et les locaux pour accueillir les enfants du personnel (les étudiants en soins infirmiers ou élèves aides soignants peuvent être chargés de ce « service »). Prévoir les repas, les changes, la télévision, des jeux. La garderie peut se situer dans l'un des internats.
- Organiser les repas à servir au personnel au plus près de leur activité.
- Organiser des lieux de repos avec lits et douches pour le personnel.
- Organiser des relais et des lignes téléphoniques

spécifiques pour permettre au personnel d'être renseigné sur sa propre famille.

- Prévoir un filtrage et un badge pour le personnel afin d'éviter l'infiltration sauvage de personnes qui n'appartiennent pas à la structure (sectes, journalistes...).
- Le système d'alerte doit prendre en compte que de nombreux personnels sont sur répondeur ou sont dotés d'un portable.
- Intégrer dans le système d'alerte les étudiants en médecine, des écoles paramédicales, les internes.

Points particuliers au moment de la crise

- Faire confirmer l'alerte et faire préciser s'il s'agit d'un exercice.
- Avec un message « Le plan blanc est déclenché », chacun des acteurs doit réagir immédiatement sur la base de protocoles préétablis identifier son rôle, sa place, et les moyens de transmissions de l'ensemble de ses actes.
- Lorsqu'il s'agit d'un exercice, le préciser en ajoutant à la phrase « le plan blanc est déclenché » : « il s'agit d'un exercice ».
- En dehors de celui qui constitue la cellule de crise, le personnel doit rejoindre son service habituel et attendre les instructions.
- Préserver dès l'alerte les abords de l'établissement pour en faciliter l'accès au personnel rappelé.
- Alerter l'ensemble de la structure lors de la désactivation du plan blanc.

20

Le plan de circulation

Des questions à se poser

- Où peuvent se situer les différentes localisations ?
- Comment adapter l'architecture et l'organisation de l'hôpital à la nature de la crise ?

Des pistes de travail

- Faire un plan général de l'hôpital et de son environnement proche afin de bien visualiser les voies d'accès et le plan de circulation aux abords de l'hôpital.
- Faire des plans simplifiés du site de l'établissement et de ses structures, les porter à la connaissance de l'ensemble du personnel et les laisser à disposition dans chaque service.
- Faire des exercices de simulation de la circulation.
- Prévoir, avec les forces de l'ordre, aux abords de l'hôpital, un protocole de circulation pour éviter les embouteillages dans l'enceinte de l'hôpital.
- Prévoir un panneau récapitulatif à l'entrée de l'hôpital informant des lieux d'accueil avec des codes couleur correspondant aux panneaux.
- Faire un plan de balisage.
- Prévoir des panneaux STOP et des flèches directionnelles.
- Prévoir une circulation à sens unique.
- Exercer les agents de la circulation à faire face à l'agressivité des familles des victimes de la catastrophe.

Points particuliers au moment de la crise

- Indiquer le lieu où se tient la cellule de crise.
- Baliser, sécuriser et protéger les abords de la station hélicoptérée, voire prévoir une aire de pose d'hélicoptère.
- Contrôler, protéger l'accès du service des urgences.
- Disposer les panneaux indiquant :
 - le circuit des urgences,
 - l'accueil des familles (circuit voitures, circuits piétons),
 - le parking du personnel, le circuit du personnel,
 - le circuit de la garderie où peuvent être accueillis les enfants du personnel rappelé en urgence,
 - l'accueil de la presse,
 - le dépôt mortuaire des personnes décédées.

Le fonctionnement de l'établissement en mode dégradé

Des questions à se poser

- Quels sont les risques auxquels l'établissement pourrait être exposé (usines SEVESO, produits chimiques, gaz ; risques d'inondation, de séisme, d'incendie) ?
- Quel serait le plan d'action en cas d'évacuation partielle ou totale ou en cas de confinement partiel ou total ?

Des pistes de travail

Pour toutes les fonctions logistiques en situation dégradée, prévoir des systèmes de compensation ou de remplacement.

- Électricité : groupe électrogène.
- Téléphone : lignes téléphoniques indépendantes de l'autocommutateur, voire un téléphone satellitaire, prévoir aussi plusieurs chargeurs de portable.
- Évacuation des déchets : prévoir dans les clauses du marché, l'enlèvement des déchets quelles que soient les circonstances.
- Eau : avoir à sa disposition la liste du tour de garde des responsables des services ou de la compagnie des eaux de la ville.

- Chauffage : prévoir des moyens de suppléance de l'énergie concernée par une bi-alimentation.
- Systèmes d'information : messagerie, matériel informatique, etc.
- Identifier les stocks : pharmacie, sang, oxygène, linge, alimentation, essence, eau minérale.
- Identifier les fluides, prévoir une ventilation manuelle par personne ventilée en cas de rupture de fluide.
- Faire un audit annuel des fonctionnements et installations.
- Entraîner tous les personnels à respecter les consignes de sécurité dans l'établissement.
- Prévoir avec les fournisseurs les modes, délais et quantités de réapprovisionnements des stocks.
- Prévoir dans chaque service des plans de localisation des malades avec leur catégorisation en valides, non valides, démedicalisables, non valides dépendants : les tableaux doivent être mis à jour à chaque changement d'équipes.
- Le plan blanc élargi prévoit les complémentarités et les relais entre établissements.

22

Le rôle du SAMU

Des questions à se poser

- Quels sont les éléments de l'alerte ou du premier bilan qui incitent à demander le déclenchement d'un plan blanc ou la mise en pré-alerte ?
- Qui décide de quoi ? Qui déclenche quoi ?
- Existe-t-il un risque particulier et/ou de « sur accident » pouvant mettre en jeu la vie des premiers intervenants (nécessité d'un matériel spécifique) ?
- L'ampleur de l'événement nécessite-t-elle l'alerte aux SAMU voisins ? L'alerte au niveau de la région ? de la zone ?
- Qui prend en charge la totalité de la régulation relevant de la situation exceptionnelle ?
- Où se gèrent la régulation de la situation d'exception et celle relevant du quotidien ?
- Comment est réglée la régulation quotidienne ?
- Comment s'articulent la gestion de la catastrophe sur le terrain et l'activation du plan blanc ?
- Quels sont les circuits d'information ?
- Quels sont les effecteurs disponibles (transporteurs sanitaires, secouristes...) ?
- Quelles sont les modalités de communication ?

Des pistes de travail

- Envisager des modes de communication variés (les téléphones portables risquent d'être saturés : réseau spécifique radio, moyens satellites...).
- Des lignes spécifiques ou interphones ou téléphones à numéro secret doivent être installés entre la cellule de crise et la salle de régulation (ou la cellule de crise spécifique) du SAMU.
- Installer un réseau informatique entre la régulation et la cellule de crise pour transmission des informations aux patients.
- Une *check-list* des actes immédiats à réaliser est disponible en salle de régulation pour ne rien oublier lors du déclenchement d'un plan. Cette *check-list* est à disposition de chaque PARM ; les actions « faites », « à faire » sont cochées selon les directives du régulateur.
- Des documents de recensement des personnels et des moyens des SMUR, des lits disponibles, des moyens d'évacuation sont préétablis.
- Les plans de secours sont rangés dans un endroit connu de tous pour faciliter leur application.

22

fiche

- Les annuaires des moyens d'intervention santé mobilisables y compris les moyens du SSSM, médecins généralistes... sont tenus à jour (logiciel informatique + support papier ou portable en cas de panne).
- Des postes téléphoniques supplémentaires au numéro secret doivent éviter la saturation des lignes téléphoniques du 15 et permettre de conserver, quoi qu'il advienne, un lien avec les cellules de décision (voire des moyens radios avec la cellule de crise).
- Si possible, la régulation de la crise et celle du quotidien, qui sont d'emblée séparées, doivent s'effectuer en des lieux distincts avec des matériels préinstallés (informatique, communication radio et téléphonique).
- Un protocole de déplacement possible de la régulation doit être passé avec un autre SAMU (panne, situation exceptionnelle dans l'hôpital siège du SAMU...). Le logiciel d'aide à la régulation d'un département doit pouvoir être mobile.
- Des exercices répétés ont entraîné l'ensemble des équipes de régulation à utiliser les documents à disposition et les matériels spécifiques.

Points particuliers au moment de la crise

- Ouvrir immédiatement un dossier spécifique à l'événement pour une traçabilité chronologique des faits.
- Utiliser les conférences à trois avec le CTA pour croiser les informations.
- Partager toutes les informations utiles avec l'ensemble de l'équipe de régulation (tableaux magnétiques avec visualisation des places disponibles, des orientations, tableaux blancs pour « main courante »...).
- Garder un lien constant entre la première équipe de reconnaissance et le SAMU pour échanger des informations, puis entre le DSM et le SAMU.
- Répercuter toutes les informations utiles à la cellule de crise du ou des établissements de soins : ampleur et typologie de la catastrophe, risques particuliers, numéro d'identification de l'ensemble des patients (y compris ceux qui sont dirigés dans différents établissements) pour faciliter l'orientation des familles...
- Réguler en lien avec la cellule de crise les moyens de transports sanitaires (mobilisables sur le terrain mais également pour les sorties ou transferts de patients dans le cadre du plan blanc).

fiche

23

Le rôle des SMUR

Le rôle des SMUR

Les équipes SMUR envoyées sur le terrain appliquent les principes de médecine de catastrophe qui ne seront pas détaillés dans cette fiche.

Des questions à se poser

- Y a-t-il un risque particulier ?
- Si risque de contamination, dispose-t-on du matériel adapté ?
- Les personnels membres de l'équipe du SMUR sont-ils entraînés au port d'une tenue ?
- Les personnels de la première équipe d'intervention sont-ils expérimentés pour faire face à une situation exceptionnelle ?
- Où se situe le périmètre de sécurité contrôlé par les pompiers ou les forces de l'ordre ?
- Où est le point de rassemblement des moyens ?
- Quels sont les moyens de communications utilisables avec la régulation du SAMU (moyens radios essentiellement, car les réseaux des téléphones portables peuvent être saturés) ?
- Où sont les chasubles d'identification pour le DSM et pour les médecins et infirmiers responsables de l'avant ? du PMA ? de l'évacuation ?
- Dispose-t-on d'un secrétariat mobile et de fiches pour faciliter l'identification et la catégorisation des victimes ?
- La mise en place d'une zone de rassemblement des victimes pour permettre le tri, les premiers soins et l'orientation nécessite-t-elle le développement d'une structure particulière (tentes...), l'utilisation de locaux préexistants, le rassemblement de moyens de transport déjà en nombre suffisant (zone urbaine) ?
- Y a-t-il la possibilité pour un hélicoptère de se poser ?
- Quels sont les moyens de communication entre les différents maillons de la chaîne sur le terrain et interservices (en particulier officiers de sapeur-pompier et médecins responsables) ?

23

fiche

Des pistes de travail

- Établir une liste départementale de DSM potentiels pouvant prendre en charge une situation exceptionnelle en attendant l'arrivée du DSM désigné.
- Mettre dans chaque véhicule SMUR des fiches médicales de l'avant prénúmerotées (avec le numéro du département d'origine comme préfixe de la numérotation pour éviter des doubles fiches si accident « frontalier »).
- Mettre en place des procédures d'acheminement de matériel médical.
- Connaître les procédures d'acheminement du matériel non médical (brancards, tentes, groupes électrogènes...) en lien avec le SDIS.
- Initier des procédures de complémentarité de moyens entre le SDIS, les moyens santé et ceux du service de santé des armées...
- Former l'ensemble des intervenants aux principes de médecine de catastrophe.

Points particuliers au moment de la crise

- Adresser le plus rapidement possible un message d'ambiance précédant une description plus précise au SAMU pour permettre une anticipation des demandes de renfort.
- Éviter d'exposer les équipes médicales si risques persistants.
- Éviter d'envoyer de jeunes équipes face à une situation potentiellement exceptionnelle.
- Débuter rapidement si possible l'évacuation des victimes vers les établissements de soins adaptés.
- Prendre contact immédiatement avec les responsables sapeurs-pompiers pour constituer les binômes de commandement.
- Respecter les procédures radio.
- Adapter le concept de PMA aux conditions particulières (mise en place d'une structure fixe parfois inutile ou, à l'inverse, l'hôpital de proximité devient PMA en fonction de l'ampleur du sinistre).

24

L'afflux de victimes
dans l'établissement
de santé

Des questions à se poser

- Quelle est la nature de l'accident ? Cerner la nature du risque dont les victimes sont éventuellement porteuses (accident NRBC [nucléaire, radiologique, biologique, chimique]). Faire un protocole spécifique.
- Quelle est la pathologie dominante des victimes ?
- Quelle est la capacité moyenne de victimes que l'établissement est en mesure de prendre en charge ?

Des pistes de travail

- Organiser une zone de tri, une zone tampon et une de dégagement pour distinguer les urgences relatives des urgences absolues et les orienter en conséquence. Les victimes seront identifiées par un bracelet de couleur standardisée (en référence aux normes nationales et aux classifications préhospitalières) :
 - urgences absolues = risque vital
 - extrême urgence
 - = mise en jeu immédiate du pronostic vital
 - première urgence
 - = menace vitale potentielle
 - urgences relatives
 - = le pronostic vital n'est pas engagé
- Penser à l'orientation des personnes se présentant pour une urgence courante.
- Reporter toute l'activité programmée.
- Organiser la régulation et la gestion de lits en collaboration avec les urgences et la cellule de crise.
- Prévoir des moyens de répertoirer, protéger, stocker des biens (objets et valeurs) des victimes.

- Des tableaux de bord préétablis seront renseignés à intervalles fixes pour identifier et localiser les victimes en fonction de leur gravité : sortie, hospitalisation en réa...

Points particuliers
au moment de la crise

- La cellule de crise devra obtenir régulièrement des tableaux de bord indiquant l'entrée, la sortie des victimes, l'orientation intra ou extra-hospitalière.
- Conserver le mode d'identification des victimes « non identifiées » par un bracelet avec le numéro d'identification ou le numéro de la fiche SAMU ; en l'absence de celui-ci, établir une fiche d'identification propre à l'établissement.
- Prévoir dès l'accueil à l'hôpital un secrétariat dédié à ces victimes et à leur identification : prévoir un dispositif d'identification.
- L'accueil des urgences habituelles peut être réalisé dans un lieu séparé des urgences liées à l'accident.
- Les familles sont dirigées vers un lieu d'attente spécifique avec toutes les commodités (téléphone, café, repas...), elles sont renseignées par l'administration qui confirmera la présence ou non d'un des leurs.
- Les familles des patients hospitalisés préalablement à la crise doivent évacuer les locaux de l'hôpital.
- Prévoir un fléchage spécifique dans l'établissement.

L'organisation du lieu de prise en charge des victimes

25

Des questions à se poser

- Quel est le nombre de blessés (en tenant compte de la catégorisation) au-delà duquel une organisation des urgences implique le recours à une extension du service existant ?
- Quel est le local le plus adapté pour l'extension du service des urgences ?
- Si l'extension du service nécessite l'activation d'un autre local, comment s'effectue l'orientation des victimes entre ces deux sites ?
- Qui sont les médecins qui vont contribuer à un tri à l'entrée du service ?
- Qui est responsable de l'orientation des patients après prise en charge dans les services des urgences ?
- Qui se charge du transport du matériel médical si nécessité d'activer un endroit non pré-équipé ?
- Qui active un secrétariat d'entrée et de sortie ?
- Comment s'effectue le lien avec la cellule de crise pour la traçabilité des patients ?
- Quel est le type de dossier médical utilisé ?
- Si nécessité d'antidotes : comment mobiliser les produits adaptés ?
- Quelles sont les modalités d'accueil pour une population spécifique : enfants seuls concernés par exemple ?

Des pistes de travail

- Identifier les personnes ressources expertes en cas d'accident NRBC.
- Le prééquipement des salles utilisables pour l'extension du service est prévu (fluides médicaux, aspiration, points d'eau...).
- Le matériel activable est stocké dans un endroit connu de tous : des procédures sont mises en place pour la maintenance et les péremptions. Ce local est à proximité du plateau technique.
- Prévoir une procédure pour l'inventaire des effets personnels afin de ne pas retarder la prise en charge.
- Prévoir un stock de brancards et de porte-brancard mobiles, de fauteuils roulants.
- Envisager, pour les services d'urgences qui accueillent des victimes en nombre, des procédures de mise à disposition de lots polyvalents ou postes sanitaires dont les SAMU sont détenteurs.
- Prévoir pour le service d'urgence une ligne de téléphone spécifique et un fax entrée/sortie.

L'organisation du lieu de prise en charge des victimes

fiche

25

L'organisation du lieu de prise en charge des victimes

Points particuliers au moment de la crise

- Quelles sont les typologies des lésions ?
- Quelle est la nature de l'accident ? Cerner la nature du risque dont les victimes peuvent être porteuses (accident NRBC [nucléaire, radiologique, biologique, chimique]) et faire un protocole spécifique.
- L'orientation des patients doit se faire en lien avec la cellule de crise, en particulier s'il existe plusieurs lieux d'arrivée (pour éviter l'orientation de deux patients de sites différents vers un même lit d'hospitalisation recensé).
- Conserver le numéro d'identification de chaque patient obtenu sur le terrain par les équipes du SMUR pour une meilleure traçabilité.
- Faire porter les prélèvements sanguins groupés au laboratoire.
- Passer par la cellule de crise pour demander des moyens de transport sanitaire en cas de transferts ou retours à domicile.

L'organisation des services de soins

26

Des questions à se poser

- Quel mode de transmission des informations avec la cellule de crise (ascendante, descendante) ?

Des pistes de travail

- Identifier dans l'établissement les services compétents pour recevoir les victimes de risques spécifiques.
- Établir des procédures pendant les heures de service, distinguer les heures de nuit, les week-ends, les jours fériés, les périodes de congés annuels.

Points particuliers au moment de la crise

- Analyser la situation dès le début de la crise :
 - Combien de personnels faut-il maintenir sur place ?
 - Combien faut-il rappeler de personnel dans un premier temps ? (Avoir présent à l'esprit que la crise peut durer et qu'il faut ménager les énergies des personnes appelées à se relayer.)
 - Quelles compétences faut-il solliciter ?
 - De combien de lits aura-t-on besoin ?
- Avertir les personnels qui doivent rester sur place.

- Leur permettre de prendre les dispositions nécessaires auprès de leur famille.
- Signaler à la cellule de crise ainsi qu'aux urgences la disponibilité en lits.
- Évaluer avec les médecins les sorties anticipées des patients vers leur domicile ou une autre structure.
- Annuler les hospitalisations programmées.
- Ne jamais prendre d'initiatives sans en référer à la cellule de crise...
- Passer par la cellule de crise pour tout transfert et transport sanitaire.
- Affecter du personnel réservé pour assurer la continuité des soins des patients déjà hospitalisés.
- Des tableaux de bord indiquant tous les mouvements des personnels et des patients seront transmis à la cellule de crise.
- Demander à la cellule de crise exclusivement tout renfort de personnel ou de moyens.

27

La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)

Des questions à se poser

- Quels sont les différents intervenants pour les champs médico-psychologique, socio-psychologique, humanitaire, social, associatif ?
- Comment harmoniser les interventions ?
- Comment prévenir les interventions des sectes et des pseudo-psychothérapeutes proposant une aide « psychologique » ?

Des pistes de travail

- Établir une liste d'astreinte pour le déclenchement de la CUMP 24 heures/24 en lien avec le médecin référent coordonnateur départemental.
- Les partenaires de l'urgence médico-psychologique (secouristes des associations humanitaires et caritatives, associations d'aide aux victimes, Éducation nationale, organismes privés...) sont contactés dans les 24 premières heures.
- Une fiche d'action spécifique doit permettre la mise à disposition immédiate de tous les moyens utiles (téléphones, répondeurs, fax, ordinateurs, temps de secrétariat, locaux, véhicules, chasubles, médicaments, réserve de papiers...), ainsi que l'obtention facilitée des autorisations de sorties, des renforts et de leur hébergement. Prévoir entre autres :
 - des téléphones portables en nombre suffisant avec chargeurs,
 - les plans de la zone concernée par l'événement exceptionnel,

- les chasubles identifiantes,
- les trousse avec médicaments + stéthoscopes + tensiomètres,
- les ordonnances, arrêts de travail, certificats préimprimés de traumatismes psychiques,
- les fiches d'évaluation psychopathologique et d'orientation,
- les affiches de signalisation et information de la CUMP,
- les fiches d'information aux victimes, de l'association d'aide aux victimes,
- les coordonnées de consultations spécialisées en psychotraumatisme,
- uniformiser cette liste en fonction des recommandations du réseau national.
- La CUMP peut être amenée à intervenir sur les lieux d'un accident dont l'accès sera encombré. Prévoir les modalités de transport de la CUMP en lien avec le SAMU.
- Le référent doit centrer sa mission uniquement sur la coordination, dans un lieu dédié à la régulation, sans se déplacer afin de réaliser :
 - la gestion des données,
 - la prise de décisions et leur mise en œuvre,
 - la réalisation quotidienne d'un briefing et d'un débriefing techniques,
 - l'articulation avec les autres acteurs de l'urgence,
 - la direction des éventuelles CUMP en renfort,
 - la décision de la durée de la mission et l'appréciation quotidienne de sa pertinence.

27

fiche

- Le référent (ou son remplaçant) est le seul et unique coordonnateur de l'urgence médico-psychologique et des secours socio-psychologiques (Croix-Rouge, Secours catholique, Protection civile...).
- Les coordonnées des intervenants doivent être centralisées sur une liste à jour.
- Le référent a intérêt à refuser les propositions d'aide extérieure non identifiées (compétences et motivations inconnues, difficultés de coordination majorées).
- Le référent a intérêt à s'adjoindre d'emblée un deuxième psychiatre co-coordonnateur dont la mission comprend :
 - son déplacement sur le terrain,
 - la transmission d'informations, l'évaluation,
 - l'aide à la prise de décisions,
 - le remplacement (pour repos) du référent ou en cas de seconde mission (conjointe).
- Le référent (ou son remplaçant) est le seul habilité à participer aux points presse.

Points particuliers au moment de la crise

- Bénéficier d'une première évaluation de l'événement :
 - localisation(s),
 - description,
 - gravité,
 - liste des intervenants,
 - nombre estimé de victimes directes et indirectes,
 - difficultés spécifiques,
 - durée prévisible de la mission et éventuellement nécessité de renforts,
 - compétences linguistiques requises.
- Fixer les objectifs d'intervention et ne pas oublier de réévaluer régulièrement leur pertinence.
- Le psychiatre référent contacté en premier évalue les besoins au centre de régulation et de crise.
- Il s'adjoit d'emblée un deuxième psychiatre co-coordonnateur, pouvant se déplacer sur le terrain.
- L'appel des volontaires est réalisé, en incluant une rotation dans le temps.
- Un soutien logistique, technique et opérationnel doit être apporté si nécessaire, régionalement, voire nationalement.
- Un débriefing technique régulier, réalisé par un intervenant extérieur expérimenté, est indispensable ; un soutien psychologique peut être nécessaire effectué par un psychiatre référent.

28

La prise en charge
du personnel (CUMP)

Le personnel doit pouvoir bénéficier d'une aide psychologique, la CUMP y contribue.

Des questions à se poser

Quel soutien apporter aux décideurs et quelle forme d'aide à la gestion du stress ?

- Cette aide brève ne se substitue pas au rôle propre de décideur.
- Elle est proposée avant toute autre intervention auprès du personnel.
- Elle est réalisée si possible par un intervenant extérieur.
- Elle permet l'évaluation des difficultés, limites et ressources, et l'adaptation des stratégies pour résoudre les problèmes et conflits.

Quelle prise en charge des enfants ?

La prise en charge des enfants du personnel par l'établissement permet aux parents de travailler, tout en étant rassurés.

Des pistes de travail

La prise en charge de l'ensemble du personnel

- Sensibiliser le personnel au repérage des collègues en difficultés.
- La répartition des prises en charge se fera en fonction du degré d'urgence, des besoins et du fonctionnement des services. Le personnel peut être en recherche d'information ou présenter une réaction psychique.

Dans l'hypothèse

d'une recherche d'informations

- Transmettre des informations officielles par le personnel administratif et le personnel d'encadrement.
- Prévoir des lignes téléphoniques réservées au personnel.
- Prise en charge par la CUMP.

Dans l'hypothèse d'une réaction psychique

- Prise en charge par la CUMP.
- Arrêt de travail éventuellement.

Points particuliers
au moment de la crise

- Favoriser la prise en charge des décideurs par des intervenants extérieurs, non impliqués dans l'historique des conflits du ou des établissements.
- Respecter en toutes circonstances le secret médical.
- Travailler en lien avec la médecine du travail, pour préparer l'après-crise.
- Plusieurs fois par jour, des informations officielles sont fournies au personnel de manière directe ou indirecte pour éviter les rumeurs et rassurer.
- Proposer au personnel des relais médico-psychologiques, sociaux ou associatifs (ex : association d'aide aux victimes), pour l'après-crise, par la CUMP, le service social et associatif.

La préparation de l'établissement de santé en cas de risques NRBC

La problématique est différente selon qu'il s'agit d'un risque présentant un début brutal ou insidieux et de durée brève ou prolongée.

La composition de la cellule de crise devra prévoir des experts des risques en cause.

Cette cellule de crise pourra être déportée dans certains cas.

Le déclenchement des annexes NRBC du plan blanc s'inscrira probablement dans le cadre d'un plan blanc élargi.

Le niveau d'action de chaque établissement n'est pas identique en fonction de sa localisation et de sa taille.

Un ou plusieurs référents plan blanc doivent être identifiés dans chaque établissement de santé.

Ce référent plan blanc de l'établissement a la charge de piloter la réflexion et les actions de formation, incluant la phase de tests.

Des questions à se poser

- Qui sont les experts ?
 - Quels sont les référents de l'établissement, les services et laboratoires spécialisés pour les risques chimiques, radiologiques, nucléaires et biologiques ?
 - Comment accéder aux aides à la décision en temps différé et en temps réel (sites internet, fiches AFSSAPS...)?
- Quelle est la situation de l'établissement dans le plan blanc élargi ?

- Comment établir les communications avec les interlocuteurs SAMU, DDASS, préfecture et la cellule de crise ?

- Quels sont les rôles respectifs de l'établissement et des autres établissements du réseau sanitaire dans le cadre du plan blanc élargi ?

- Quelle organisation de l'établissement faut-il prévoir en fonction des risques ?

- Quelles sont les modalités de confinement ?

- Quels sont les circuits d'admission spécifiques ?

- Quelles sont les modalités de décontamination ?

- Comment réunir la cellule de crise en urgence pour les risques dont la cinétique est très rapide ?

- Comment faut-il renseigner le personnel, accueillir les familles, les médias pour un événement à fort impact médiatique et émotionnel ?

- Quel est le niveau de sensibilisation, d'information, de formation, d'entraînement et d'équipement en tenues d'instruction du personnel ?

- Qui prendra la décision de décontamination, d'isolement et la décision de levée des procédures ?

- Quelles sont les mesures envisagées en cas d'un manque de personnel ?

- Quelles sont les mesures envisagées pour la post-crise ?

fiche Des pistes de travail

- Établir les procédures de pré-alerte, d'alerte et de levée d'alerte ; les tester.
- Établir les procédures de communication avec le SAMU, la DDASS, le préfet, les hôpitaux et services référents zonaux.
- Évaluer le flux de patients pouvant être pris en charge par l'établissement selon le type de risque.
- Répertoire les personnels formés, immunisés (variole) pour activer des circuits d'admission et mettre en place des circuits de décontamination fixes ou mobiles.
- Répertoire les moyens techniques de diagnostic et de contrôle de contamination.
- Prévoir des procédures de stockage et traitement des déchets.
- Répertoire les stocks de médicaments, matériels spécifiques, tenues de protection, et identifier les procédures de mobilisation, d'acheminement ; les tester.
- Établir des conventions avec la police pour établir un périmètre de protection et protéger la circulation.
- Prévoir des moyens d'identifier les personnels impliqués dans les circuits spécifiques de décontamination et de traitement en liaison avec les services de médecine du travail.
- Prévoir des procédures de décontamination des personnels.
- Prévoir un accès aux enquêtes judiciaires et mesures spécifiques.
- Prévoir une signalétique pour délimiter les zones et points d'accès des personnels, familles, médias.
- Au niveau du service d'urgence :
 - prévoir l'accès aux fiches d'aide à la décision sur les agents en cause en temps différé et temps réel : accès électronique,
 - avoir des fiches de protocole pour chaque risque et un canevas de questionnement,
 - prévoir un accès aux modalités des plans Piratox, Piratome et Biotox, aux circulaires SGDN,

Établissements de santé Élaboration des plans blancs

- élaborer un listing des personnels formés à équiper, avec les tailles des équipements,
- assurer les conditions correctes de stockage et de maintenance des équipements de protection,
- établir une collaboration avec le SAMU.
- Prévoir une exportation de la cellule en cas d'événement majeur.
- Prévoir des procédures pour renseigner le personnel de l'établissement sur l'événement en cours.
- Faire des exercices ciblés :
 - alerte pour fermer les entrées de l'hôpital en dehors des circuits autorisés,
 - alerte et préparation des premières équipes en tenue de protection...,
 - activation d'une décontamination de victimes valides ou non valides,
 - prévoir des grilles d'évaluation de ces exercices.
- Sensibiliser l'ensemble des personnels à ces risques par des séances courtes d'information.
- Établir les procédures de demande de renfort.

Points particuliers au moment de la crise

Éliminer un risque de sur-accident ou sur-attentat : l'établissement est-il menacé ?

L'alerte est souvent peu spécifique : risque B ? C ? R ? N ? D'où l'importance du contexte et d'un canevas de questionnement avec information immédiate et réciproque des services impliqués et un contact immédiat avec le SAMU.

- Prévoir un responsable médical hospitalier « DSM » en liaison avec l'astreinte catastrophe du SAMU.
- Prévoir des moyens de communication : radio, télévision en salle de crise.
- Établir des circuits d'information internes et extérieurs à l'établissement pour les décisions de déclenchement de plans pirates, décisions de décontamination, identification des produits en cause avec modification ou levée des procédures.

La préparation de l'établissement de santé en cas de risques nucléaire et radiologique

fiche

Dans ce domaine, le niveau d'expertise est élevé. Il y a toujours une probabilité de voir utiliser l'arme nucléaire. À ce risque vient s'ajouter la dispersion intentionnelle ou accidentelle d'éléments radioactifs seuls ou associés à d'autres produits.

Au moment de l'accident il faut distinguer :

- **une irradiation externe** : le risque peut être vital pour la victime si la dose est élevée,
- **une contamination interne** : c'est une urgence thérapeutique,
- **une contamination externe** : cette contamination peut être facilement éliminée.

L'événement obéit à la même cinétique que le risque chimique. Les procédures doivent être préétablies et testées.

Un irradié n'irradie pas, pas plus qu'un brûlé ne brûle. Que ce soit dans le cas d'une irradiation, d'une radiocontamination ou de lésions radio-combinées, l'urgence médico-chirurgicale prime sur la contamination radiologique.

La dissémination de la contamination peut et doit être réduite au maximum. Le principe est de ne pas remettre dans le milieu environnant et de ne pas respirer des radioéléments déposés sur les vêtements ou objets. Les victimes valides revêtent une tenue antipoussière intégrale et protègent leurs voies aériennes grâce à un masque. La technique de la double enveloppe (vinyle) est appliquée aux victimes allongées. Par la suite, la décontamination externe consistera en un déshabillage et une douche. La décontamination interne repose sur

une détection suivie des traitements spécifiques. Des détecteurs permettent d'identifier et de contrôler le danger radiologique de façon immédiate grâce à des portiques qui peuvent être placés à l'entrée de l'établissement.

Le risque sanitaire dû à la dispersion de radioéléments reste minime au regard des effets psychologiques.

Ce référent plan blanc de l'établissement a la charge de piloter la réflexion et les actions de formation, incluant la phase de tests.

Des questions à se poser

- Quelle est la cartographie des risques potentiels de la région ?
- Comment savoir si le risque est uniquement radio-nucléaire ou s'il existe un risque chimique associé nécessitant une protection complète de type chimique ?
- Quel circuit d'accueil organiser pour la population contaminée et non contaminée ? Quels locaux équiper ?
- Quel est l'hôpital référent de la zone pour le risque radiologique et nucléaire ?
- Quelles sont les personnes ressources : personnels formés, services spécialisés, médecins des centrales, DGSNR, IRSN ?
- Quels sont les renforts possibles départementaux, zonaux ?
- Où se trouvent les stocks de médicaments, les tenues, les containers de déchets ?

La préparation de l'hôpital en cas de risques nucléaire et radiologique

fiche

30

La préparation de l'hôpital
en cas de risques nucléaire et radiologique

- Quel circuit organiser pour les déchets, effets personnels contaminés, comment assurer leur traçabilité ?
- Quels sont les moyens de mobilisation des stocks d'iode et le mode de distribution ?
- Quels sont les appareils de détection et de contrôle disponibles ? Quels sont les délais d'arrivée de ces appareils ?

Des pistes de travail

Établir les procédures

- De fermeture des entrées et d'identification des circuits d'accueil pour victimes contaminées séparées de façon simple des circuits d'accueil de patients non contaminés.
- De tri et de décontamination à l'entrée de l'hôpital.
- De prééquipement des locaux avec du vinyle, des systèmes de douches.
- De protection des personnels par le port de casaques, masques, gants, calots, surbottes.
- De formation des personnels à utiliser des appareils de détection de la contamination s'ils en ont à disposition.
- De décontamination des victimes de type UR par le déshabillage (90 % de la décontamination) et la douche.
- D'admission au bloc opératoire des victimes de type UA.
- D'alerte et d'information à l'ensemble des per-

sonnels de l'établissement : message type.

- De renfort par la police/périmètre de sécurité devant l'hôpital.
- De renforts départementaux, régionaux ou zonaux.
- D'identification des personnels impliqués en lien avec la médecine du travail.
- De décontamination des personnels en tenues.
- Évaluer le temps nécessaire pour :
 - activer des équipes protégées,
 - équiper une salle d'accueil,
 - équiper une salle d'accueil, voire un circuit d'accès au bloc opératoire,
 - informer l'ensemble des personnels de l'établissement,
 - tester les procédures d'arrêt de la ventilation.
- Prévoir un moyen de communication entre la cellule de crise de l'hôpital et le circuit d'accueil et de décontamination.
- Prévoir la communication entre la cellule de crise plan blanc et la cellule d'appui départementale à la régulation du SAMU.
- Avoir un registre des personnes ressources.
- Avoir des fiches thérapeutiques accessibles.
- Identifier un point sécurisé d'entrée ou de sortie du personnel de l'établissement.

Se référer à la circulaire
n° 800/SGDN/PSE/PPS
du 23 avril 2003

30

fiche

Réfléchir aux risques inhérents aux produits utilisés dans l'établissement et aux accidents possibles

Établir des procédures en lien avec les conduites à tenir préconisées par la DGSNR et l'IRSN

- Le blessé est irradié ou contaminé :
 - un irradié n'apporte aucun risque pour ceux qui s'en occupent, quelle que soit la dose reçue,
 - le risque apporté par un contaminé ne peut être que minime,
 - l'urgence médico-chirurgicale prime.
- Former le personnel en se rapprochant des CESU.
- Former notamment le personnel des blocs opératoires, des services de réanimation.
- Prévoir des exercices d'entraînement et exercices cadres (exemple : établir les circuits hospitaliers pour accueillir des victimes graves, des victimes légères et des impliqués suite à l'explosion d'une « bombe sale »).
- Sensibiliser l'ensemble des personnels à ces risques, en particulier ceux recevant les alertes.
- Utiliser les plaquettes d'information de l'IRSN sur l'irradiation et la contamination

Points particuliers au moment de la crise

Une phase de préalerte peut précéder le déclenchement du plan Piratome départemental, zonal ou gouvernemental. Pendant cette phase, les annexes NRBC du plan blanc devront être préparées. Les alertes seront diffusées par les sirènes, les consignes par les médias. Ces consignes comprendront la conduite à tenir : évacuation d'une zone, confinement, prise de comprimés d'iode, activation des hôpitaux ciblés.

En cas d'action malveillante (bombe), la détection positive de produits RN ne signifie pas l'absence de toxiques chimiques. Dans ce cas, une protection maximale de type chimique sera de rigueur.

Les personnels sollicités pour prendre en charge des victimes contaminées doivent porter un dosimètre individuel que l'établissement aura réservé à cet usage. Chaque service pourrait constituer une réserve mobilisable en tant que de besoin (stockage par le service de radiologie).

La préparation de l'hôpital
en cas de risques nucléaire et radiologique

31

La préparation de
l'établissement de santé
en cas de risque biologique

Le risque biologique présente trois caractéristiques :

- il existe une période d'incubation,
- il existe une possible contagiosité,
- le début est insidieux.

Ce risque est mieux connu (anthrax, SRAS, grippe) et obéit en principe à une cinétique plus lente et prolongée dans le temps. Le risque de pandémie peut bouleverser ce schéma.

Le problème est de sécuriser un réseau d'alerte devant des symptomatologies présentées par des patients consultant aux urgences et d'établir les mesures de protection contre une contagion éventuelle.

L'hôpital est aidé :

- au niveau de l'alerte : par la DGS avec l'expertise des agences : InVS, AFSSAPS, AFSSA,
- au niveau du flux de victimes vers l'hôpital : par la DHOS,
- au niveau du circuit d'une alerte descendante : par le SGDN, le HFD.

Des procédures spécifiques (douche, isolement, tenues...) sont mises en place en coordination avec le SAMU/centre 15, la DDASS, les services référents d'infectiologie, le réseau préhospitalier de l'aide médicale urgente.

En fonction des diagnostics évoqués ou de l'identification de l'agent, des mesures prophylactiques (vaccination, traitement antiviral) ou thérapeutiques sont indiquées.

Des stocks de médicaments, tenues et vaccins sont disponibles à cet effet et des équipes sont formées.

Dans le domaine biologique, le niveau d'expertise est élevé.

Pour un médecin, il n'y a donc pas de réelle rupture entre sa pratique et la manière de faire face à une agression par « agent biologique ». Les mêmes principes de base s'appliquent, y compris dans un contexte de menace bioterroriste ; seuls diffèrent l'ampleur du nombre des victimes potentielles, le caractère insolite des affections en cause, et le contexte psychologique pouvant aboutir à des comportements de panique majorant les risques et entravant la mise en place des contre mesures appropriées.

Le plan Grippe aviaire est en lien avec les plans des autres pays et fait l'objet d'une veille scientifique internationale. Tout cas suspect à domicile doit être soumis au régulateur du centre 15 qui, après interrogatoire et contact avec l'InVS, le classera en cas possible ou lèvera le doute.

Le référent plan blanc de l'établissement a la charge de piloter la réflexion et les actions de formation, incluant la phase de tests.

31

fiche

Des questions à se poser

- La symptomatologie présentée par les patients examinés dans le service d'urgence correspond-elle à un risque identifié, justifiable d'une alerte et d'un contact avec le centre 15?
- Le service d'urgence a-t-il un panneau d'information à l'entrée du service demandant au patient qui tousse ou qui a de la fièvre de se signaler à l'infirmière d'accueil et d'orientation et de mettre un masque chirurgical avant de pénétrer dans la zone d'accueil?
- Le service d'urgence a-t-il une zone d'isolement pour des patients contagieux?
- L'ensemble du personnel est-il informé des procédures à appliquer en cas de transmission inter humaine d'une affection virale ou bactériologique?
- Quels sont les personnels ressources de la zone/médecin Biotox, services d'infectiologie...?
- Quel est l'hôpital référent de la zone pour le risque biologique?
- Quels sont les personnes ressources, les services spécialisés de l'établissement, du département, de la région?
- Quels sont les circuits dédiés départementaux, zonaux pour que les patients accèdent directement à ces services?
- Quels sont les moyens de transports habilités à transporter les patients?
- L'établissement doit-il recevoir ces patients ou les adresser directement dans d'autres services?

- Quelle est la capacité d'accueil de l'établissement pour ce type de patients (plan blanc élargi)?
- Où se trouvent les tenues de protection, masques, stocks de médicaments?
- Quels sont les moyens de mobilisation de ces stocks?
- Où faut-il isoler les patients?
- Quels sont les protocoles de désinfection, de traitement, de vaccination éventuelle?
- En cas d'épidémie ou pandémie, a-t-on envisagé un fonctionnement de l'établissement en mode dégradé?

Des pistes de travail

- Établir les procédures de tri à l'entrée de l'établissement.
- Établir les procédures pour activer le circuit dédié à l'établissement : habillage du personnel, circuit des douches, identification des effets personnels, modalités de rhabillage et suivi.
- Établir les procédures pour protéger le personnel et garder une traçabilité du personnel.
- Définir un mode d'alerte et d'information à l'ensemble de l'établissement.
- Identifier des équipes dédiées (ambulances, ambulanciers) pour un accès direct vers les services spécialisés d'un autre établissement de soins.
- Prévoir un accès aux fiches validées d'information sur les agents biologiques (diagnostic,

La préparation de l'hôpital en cas de risque biologique

fiche

31

La préparation de l'hôpital en cas de risque biologique

thérapeutique), sites Internet, informations de la DGS, InVS...

- Identifier les médecins référents de l'hôpital, du département, de la zone, les laboratoires spécialisés.
- Identifier, dans la zone, d'autres établissements CHU, en renfort des hôpitaux référents.
- Former les personnels et sensibiliser l'ensemble des personnels en s'appuyant sur les modèles de l'anthrax et du SRAS, expliquer les mesures prévues dans le plan Grippe aviaire.
- Sensibiliser le personnel au respect des procédures d'hygiène au quotidien et aux stratégies de vaccination conseillées.

Points particuliers
au moment de la crise

- La cellule de crise peut être à l'état de veille, de préalerte ou d'alerte.
- Prévoir un échange d'informations par voie électronique avec l'InVS, la DDASS, la cellule de crise de l'hôpital et le SAMU (astreinte catastrophe ou cellule d'expertise et d'appui).
- Prévoir de partager les consignes avec la population, les médecins généralistes, les pharmaciens, les établissements en réseau, en lien avec les autorités de tutelle et le centre 15 et dans le cadre d'un plan blanc élargi.
- Prévoir des circuits courts d'hospitalisation directement dans les services spécialisés ou désignés en coordination avec le SAMU.
- Veiller aux ressources médicales en pédiatrie.

La préparation de l'établissement de santé en cas de risque chimique

L'établissement doit se préparer à faire face à un flux de victimes à fort potentiel d'intoxication et de transfert de contamination par des substances chimiques. Le personnel d'accueil doit revêtir des tenues et des masques spécifiques pour se protéger de la toxicité des agents et d'un transfert de contamination. Les victimes chimiques sont décontaminées avant de pénétrer dans l'hôpital.

Les procédures de protection des personnels et de décontamination sont maintenues jusqu'à ce que le produit en cause soit identifié (ce qui demande quelques heures pour un agent chimique) et que le risque de contamination soit levé ou confirmé.

La décontamination peut se faire dans un module transportable (tente) ou dans un endroit prédéterminé devant l'entrée de l'établissement. La décontamination de victimes chimiques prime sur le traitement. Cependant, des procédures de réanimation peuvent être mises en place en cours de décontamination par des équipes spécialisées (SAMU/réanimateurs), entraînées et protégées.

Les procédures de protection des personnels et des établissements doivent être mises en place rapidement. Tout établissement doit réfléchir à la façon d'accueillir des victimes valides ayant échappé au tri organisé sur le site de l'événement et qui se précipiteraient vers les structures de soins.

Le niveau de réponse n'est pas identique pour tous les établissements selon qu'ils sont hôpitaux référents, CHU et possèdent ou non un service d'urgence. Cette réponse s'entend dans le cadre d'un plan blanc élargi.

Les victimes prises en charge par les secours sur place seront en principe déjà décontaminées et adressées à des structures dédiées.

Le référent plan blanc de l'établissement a la charge de piloter la réflexion et les actions de formation, incluant la phase de tests.

Des questions à se poser

Quelle est l'organisation à prévoir ?

- Répertoire dans la zone de défense de rattachement de l'établissement :
 - l'hôpital référent pour les risques chimiques,
 - les médecins référents : médecins Biotox, astreintes catastrophes SAMU, centre antipoison,
 - les personnes ressources formées de la zone et mobilisables,
 - les modules de décontamination mobilisables de la zone (tentes),
 - les modules de décontamination fixes de la zone,
 - les stocks de respirateurs, oxygène, médicaments, antidotes et leurs moyens d'acheminement,
 - les possibilités de renfort interministériel et leurs délais : sécurité civile, armée, police, gendarmerie.

fiche

32

La préparation de l'hôpital en cas de risque chimique

- Répertoire au niveau de l'établissement et du département :
 - les procédures d'alerte pour sécuriser l'entrée de l'établissement, voire fermer les entrées,
 - les personnes ressources formées dans chaque établissement, les procédures de mobilisation et de relève,
 - l'identification spécifique des circuits d'entrée de personnes contaminées,
 - les procédures de décontamination à l'entrée des établissements: module fixe ou à monter avec systèmes de douches, module sous tentes,
 - le lieu de stockage des tenues, des matériels de décontamination et les procédures de mobilisation,
 - l'existence d'appareil de détection : AP2C,
 - la liaison avec le SAMU, les services d'urgences et la cellule de crise des établissements,
 - la communication et l'information du personnel de l'établissement sur l'événement en cours,
 - la capacité des autres établissements à recevoir ce type de victimes, selon le plan blanc élargi,
 - les possibilités de renforts départementaux, régionaux, zonaux,
 - l'accès à des fiches de recueil des signes cliniques présentés par les victimes et des circonstances entourant l'événement,
 - l'accès électronique intra établissement et extérieur à l'établissement,
 - la cartographie des risques locaux : industriels, professionnels, terroristes.

Des pistes de travail

- Se référer à la circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002, actuellement en cours de révision.
- Nommer un ou plusieurs référents plan blanc.
- Tester les procédures d'alerte à l'ensemble de l'établissement.
- Évaluer les possibilités de renfort par la police pour établir un périmètre de sécurité devant l'établissement et établir des conventions.
- Tester les procédures de fermeture immédiate des différentes entrées dès réception de l'alerte.
- Établir une procédure de confinement de l'établissement.
- Identifier un circuit pour victimes potentiellement contaminées. Séparer ce circuit de celui de patients non contaminés et des personnels.
- Établir les modalités de décontamination des victimes contaminées valides ou couchées.
- Mettre en place un circuit de décontamination avant l'entrée des services d'urgences comprenant un sas d'accueil, un sas de déshabillage/découpage des vêtements, un sas de douche tiède (avec éventuellement une solution de décontamination), un sas de séchage et habillage.
- Évaluer la possibilité de dédier un espace aéré (sas pour ambulances...) à un circuit de décontamination prééquipé (point d'eau avec mélangeur et raccord pour l'installation des douches devant l'entrée).

32

fiche

- Prévoir le matériel pour équiper les sas, un système de rails pour translater des brancards (sans efforts pour des équipes en tenue), des panneaux explicatifs, la signalétique, un porte-voix, les sacs pour effets personnels de valeurs et d'autres sacs étanches pour les vêtements ; des containers pour collecter ces sacs.
- Prévoir les mesures de surveillance du personnel qui sera équipé de tenues (superviseur) et les procédures de décontamination de ces personnels en lien avec la médecine du travail.
- Tester le temps de mobilisation des équipes protégées. Tenir à jour un listing personnalisé des équipes formées avec les tailles correspondantes des tenues et masques.
- Tester les procédures pour couper la climatisation et les systèmes de ventilation dans les zones d'accueil.
- Identifier un point d'entrée ou de sortie du personnel de l'établissement.
- Prévoir un mode rapide et sécurisé d'identification complète de la victime après décontamination.
- Se rapprocher des CESU pour former le personnel : équipes de douze personnes pour un module de décontamination préhospitalier (personnels pouvant être issus de l'ensemble des services de l'établissement).
- Sensibiliser l'ensemble du personnel (informations courtes en séances plénières).
- Prévoir les modalités d'une formation continue avec des tenues d'instruction.
- Assurer la maintenance des éléments de la tenue de protection, vérification annuelle du masque, dates de péremption des tenues et des cartouches.
- Faire des exercices d'alerte avec fermeture des entrées pour ne garder qu'un circuit sécurisé, d'une façon générale faire des exercices avec des objectifs ciblés.
- Prévoir des fiches de canevas de questionnement sur les signes cliniques et des fiches thérapeutiques conformes aux recommandations, accessibles et connues des services d'urgences.
- Établir des conventions interétablissements pour la mise à disposition de matériel spécifique.
- Évaluer le niveau d'action de l'établissement :
 - fermeture des issues et orientation des victimes vers d'autres structures,
 - fermeture des issues et sécurisation d'un accès dédié aux victimes potentiellement contaminées et d'un accès pour les personnels et les patients :
 - accueil des victimes et activation de chaînes de décontamination fixes,
 - accueil des victimes et installation de chaînes de décontamination sous tentes.
- Évaluer le temps de mobilisation d'équipes protégées pour activer ces chaînes et selon ce

fiche

32

La préparation de l'hôpital en cas de risque chimique

délai, envisager la mise à disposition immédiate (dans les services d'urgences, les loges de gardiens...) de cagoules dites de « fuite » avec cartouches filtrantes pour mettre en sauvegarde les personnels et les patients en interface inopinée avec des victimes porteuses d'agents toxiques chimiques. Ces cagoules protègent les yeux, le nez, la bouche de toute pénétration du toxique ambiant. Cet équipement ne remplace pas la tenue de protection complète et le masque facial étanche avec cartouche filtrante à large spectre, indispensables pour prendre en charge, procéder à la décontamination et au soin des victimes. Le port de la cagoule est complété par le port de gants en caoutchouc butyle. Ainsi, des victimes valides, habillées et potentiellement contaminées pourraient être accueillies et orientées vers le PRV (point de rassemblement des victimes) à l'entrée de l'établissement ou vers d'autres structures dédiées en attendant que des équipes protégées les prennent en charge. Ces cagoules de taille unique (une pour adultes et une pour enfants) peuvent être enfilées sans délai ; elles sont confortables en raison d'une ventilation et conviennent à tous les faciès.

Points particuliers
au moment de la crise

- Le personnel doit se protéger, notamment les agents de sécurité en interface.
- Des procédures de décontamination des personnels en interface doivent être prévues en tant que de besoin, en lien avec la médecine du travail.
- Le circuit de décontamination est activé en liaison avec le SAMU.
- Les victimes doivent être décontaminées avant de pénétrer dans l'hôpital jusqu'à ce que le produit en cause soit identifié et que le risque de contamination soit levé ou confirmé.
- L'identification des produits et leur pouvoir de contamination seront confirmés ou infirmés secondairement.
- Prévoir un moyen de communication entre la cellule de crise de l'hôpital et le site de décontamination pour recueillir ces informations.
- Prévoir la communication entre la cellule de crise du plan blanc et la cellule d'appui départementale à la régulation du SAMU pour évaluer les besoins en relève et le rendement de la chaîne de décontamination.

Posture permanente de sécurité pour les établissements de santé

Les manifestations de malveillance font partie des réalités quotidiennes de la société.

Les établissements de santé, lieux ouverts exerçant une mission d'accueil permanent, doivent s'organiser pour assurer la sécurité et bénéficier dans l'intérêt de tous d'actions de prévention efficaces visant à entretenir la vigilance, réduire les vulnérabilités, préparer des protocoles et des exercices permettant de faire face le moment venu de manière adaptée à l'alerte.

Cette fiche reprend quelques recommandations de base qui peuvent être adaptées au contexte local et concernent des mesures d'ordre général.

Des points spécifiques indiquent des mesures à prendre en cas d'alerte à la bombe ou de la découverte d'un objet suspect.

Des questions à se poser

Démarche globale

- Un responsable de la sécurité a-t-il été désigné pour mettre en place l'ensemble des mesures de protection en cas d'urgence et des plans spécifiques (Vigipirate) ?
- Le personnel est-il informé des niveaux et implications du plan vigipirate ?
- Un service de sécurité a-t-il été créé ?
- La cellule de crise « plan blanc » a-t-elle été préparée à gérer ce type de situation ?

- Des consignes connues de tout le personnel et faisant l'objet d'exercices ont-elles été établies ?
- Ces consignes sont-elles connues de tous les personnels ?
- Le personnel est-il sensibilisé à la vigilance à observer quotidiennement face à une situation insolite ?
- Les dispositions en cas d'incendie sont-elles à jour, le matériel de lutte contre l'incendie est-il en bon état de marche, a-t-il été testé à intervalles réguliers, les voies d'évacuation d'urgence sont-elles clairement signalées et les issues de secours sont-elles utilisables ?
- Un plan d'évacuation par secteur et global a-t-il été préparé et exercé dans chaque secteur ?
- En cas d'évacuation de patients ventilés ou de ruptures des fluides, dispose-t-on d'insufflateurs manuels ?
- Les numéros d'appel d'urgences sont-ils apposés à côté de chaque poste téléphonique ?

La circulation dans l'établissement

- Un contrôle adéquat du personnel et des véhicules aux entrées des installations est-il effectué ?
- Un protocole d'identification des véhicules de livraisons, des chauffeurs, des sociétés, est-il établi (plaques minéralogiques, identification des livreurs, autorisation d'accès nominative, relevé horodaté des livraisons) ?
- Le nombre d'accès piétons et véhicules est-il réduit ?

Posture permanente de sécurité pour les établissements de santé

fiche

Posture permanente de sécurité
pour les établissements de santé

33

Les zones sensibles

- Les couloirs et circulations sont-ils débarrassés d'objets encombrants, cartons ?
- Les lieux publics dans l'établissement sont-ils régulièrement inspectés ?
- La sécurité et la fermeture des lieux non occupés sont-elles assurées, vérifiées (vestiaires, escaliers de secours, toilettes réservées au public, armoires techniques...)?
- Les containers et poubelles extérieurs sont-ils éloignés des issues et surfaces vitrées ?
- Un état des lieux des points faibles, des issues et ouvertures isolées de l'établissement a-t-il été établi ?
- A-t-on préparé l'éventualité de coupure des fluides ? de la ventilation ?
- Les portes donnant accès aux espaces accessibles au public, aux locaux abritant les équipements de communication, aux installations de climatisation et aux locaux contenant les machines d'ascenseur ainsi que les armoires techniques sont-elles fermées lorsque ces installations ne sont pas utilisées ?

Les pistes de travail**Mesures générales**

- La liste des personnels et de leurs coordonnées téléphoniques doit être à disposition et tenue à jour.
- Les dispositions du plan blanc sont connues de tous les personnels ainsi que leur rôle en cas de déclenchement.
- Les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux, les tenues de protection sont immédiatement opérationnels.
- Le processus de la communication en interne dans l'établissement au moment de l'alerte et de la levée de l'alerte est maîtrisé.
- Tous les patients sont répertoriés par service avec leur degré de validité et de médicalisation comme pour les procédures incendie : système de plan avec pastilles couleurs vérifié à chaque changement d'équipes, patients à médicaliser en cas de transfert, patients démedicalisables, patients valides.
- Toute la liste des personnels présents (compris les stagiaires, les étudiants, les associations comme les visiteurs aux malades) doit être à disposition et actualisée.
- Le personnel de sécurité est formé aux techniques de recherche et d'identification des engins explosifs et incendiaires de fabrication artisanale.

33

fiche

- Tous les éclairages de sécurité, alimentations électriques de secours et sirènes d'alarmes, sont testés périodiquement.
- Des exercices d'évacuation des installations sont organisés chaque année ou à intervalles plus rapprochés si la menace locale l'exige.
- Les équipements de secours (torches électriques et échelles, par exemple) sont en bon état de marche
- Donner pour instruction aux gardes de sécurité effectuant des patrouilles dans les installations d'être attentifs à tout objet suspect ou laissé sans surveillance (colis, porte-document et sac à main...), notamment dans les zones administratives et les espaces ouverts au public, et leur expliquer les mesures à prendre en cas de découverte d'un objet de ce type.
- Les gardes de sécurité sont attentifs à toute situation suspecte, la signalent immédiatement, prennent note du plus grand nombre d'informations possibles, tel le numéro de la plaque minéralogique d'un véhicule.
- Les zones sensibles bénéficient d'une protection adéquate (fluides, bloc opératoire, laboratoire...).
- Le personnel est formé et exercé à la conduite à tenir face à un colis suspect, une alerte à la bombe.
- Les personnels sont préparés aux modalités d'une fouille des lieux concernés exercée par les personnels des services techniques.
- Le personnel est exercé à garder son calme, à ne pas toucher ni déplacer un colis ou un véhicule suspect, à créer un périmètre de sécurité.
- Une équipe d'intervention rapide (agents des services techniques, brancardiers...) est formée spécifiquement
- Une procédure d'appel en urgence de l'équipe d'intervention rapide en interne avec un numéro court spécifique est connue de tout le personnel.

Découverte d'une bombe

À la réception d'un appel « alerte à la bombe » la personne concernée cherche à :

- obtenir et noter le plus de détails possibles,
- rester calme,
- ne pas raccrocher tant que le correspondant ne l'a pas fait,
- noter le numéro de téléphone si celui-ci s'affiche.

En cas de découverte d'une bombe ou d'un objet suspect

- Ne pas toucher l'objet, ne pas le plonger dans l'eau.
- Ordonner si nécessaire l'évacuation de la zone, vérifier au préalable qu'aucun engin suspect ne se trouve sur la ou les voies d'évacuation ni dans la ou les zones de rassemblement, laisser les fenêtres et les portes ouvertes

Posture permanente de sécurité
pour les établissements de santé

fiche

33

Posture permanente de sécurité
pour les établissements de santé

- Le directeur et le responsable de la sécurité évaluent avec la police la nécessité d'évacuer.
- Mettre en place un cordon de sécurité entourant la zone et prévenir les artificiers.
- Avant d'évacuer, mettre à l'abri les documents classifiés se trouvant à proximité immédiate, dans la mesure du possible
- Couper l'alimentation en électricité, en gaz et en mazout de la zone menacée : garantir au préalable la continuité et la sécurité des soins.
- Retirer les matières inflammables de la zone environnante sans faire prendre de risques inutiles au personnel.
- Veiller à ce que du personnel médical soit prêt à intervenir.
- Informer la police locale et les pompiers, préparer le matériel de lutte contre l'incendie, se tenir prêt à exposer la situation aux artificiers et aux pompiers dès leur arrivée.
- Éteindre dans la mesure du possible tous les émetteurs radios situés dans les installations, sauf ceux dont auraient besoin l'équipe d'artificiers et le personnel de sécurité local compétent.
- En cas d'alerte à la bombe, le directeur de garde prévient la police.
- Rester discret vis-à-vis des patients et des familles.
- Établir un périmètre de sécurité (50 mètres minimum) autour d'un colis suspect.
- En cas d'évacuation des locaux, prédéfinir un temps avant d'y retourner (en cas d'alerte à la bombe, risque d'une double alerte).
- Le directeur de l'établissement est responsable de l'évacuation.
- L'évacuation générale d'un bâtiment ne sera effectuée que lorsque la police nationale ou le service de déminage de la sécurité civile ont déclaré « un objet suspect ».
- Prévenir le SAMU même si aucune mesure d'évacuation n'est prise afin d'anticiper un PMA en cas de blessés.
- Prévenir le préfet, le DARH, le DDASS.
- L'équipe de sécurité en interne respecte les instructions de la police qui conduit les opérations.
- Effectuer la fouille en commençant par le niveau le plus élevé du bâtiment concerné en terminant par le plus bas.
- Même si un colis suspect a été découvert, la fouille doit être poursuivie.
- Lorsque l'alerte est passée, le directeur organise la reprise des activités et il informe l'ensemble du personnel de l'événement et de son issue.

Les points particuliers

En cas de découverte d'un colis suspect, ou d'alerte à la bombe

- Prévenir immédiatement la sécurité, le standard, le directeur de garde.

33

fiche

En cas de réception d'un message de menace

- **Par téléphone** : enregistrer tous les détails, noter tous les bruits de fond et un maximum de détails concernant la voix et le comportement de l'auteur de l'appel, garder celui-ci en ligne le plus longtemps possible sous un prétexte quelconque ; s'il n'est pas possible d'enregistrer l'appel, interroger en détail la personne qui a pris la communication.
- **Par la poste** : éviter les manipulations inutiles car le message peut contenir de précieux indices pour la police ou les autorités de sécurité, éviter de laisser des empreintes digitales, placer l'original dans une pochette transparente et utiliser une copie pour continuer le travail.
- **Par télécopie/courriel** : conserver une copie papier du message et se procurer un maximum d'informations sur l'origine de ce dernier.
- **Dans tous les cas** :
 - avertir les autorités de sécurité (préfets), la police locale et/ou les sapeurs-pompiers,
 - informer, selon le cas, les artificiers, la police locale et/ou les sapeurs-pompiers,
 - prévenir le personnel d'entretien (par exemple, les plombiers et les électriciens),
 - décider s'il convient d'évacuer toute la zone, de ne l'évacuer qu'en partie ou de ne pas l'évacuer du tout ; mettre en place, si nécessaire, un dispositif de maintien de l'ordre,
 - donner les consignes voulues au personnel

- en évitant de créer la panique,
- mettre en lieu sûr les documents classifiés avant d'évacuer les lieux,
- mettre en place un contrôle strict de tous les colis reçus et des serviettes des visiteurs,
- faire procéder à une fouille systématique et ordonnée des installations, de préférence par du personnel qui connaît les lieux ou avec son concours,
- ne pas utiliser les ascenseurs pendant l'alerte.

En cas d'explosion d'une bombe

- Appeler la police, les artificiers, les pompiers et les équipes de secours, selon les besoins.
- Évacuer le personnel de la zone touchée après avoir vérifié qu'il n'y a pas d'engin suspect sur la ou les voies d'évacuation et le ou les lieux de rassemblement:
- Être conscient du risque de nouvelles explosions, secondaires, et être attentif à la présence d'autres engins suspects.
- Protéger les documents classifiés dans la zone touchée.
- Protéger physiquement le lieu de l'explosion de tout accès de personnes dont la présence n'est pas requise, tous les indices devant ainsi rester préservés jusqu'à l'arrivée des artificiers ou des enquêteurs.

Posture permanente de sécurité
pour les établissements de santé

34

L'exercice de gestion d'une crise au sein de l'établissement

À la demande des professionnels de santé, et avec leurs contributions s'appuyant sur leurs expériences en la matière, en complément de cette fiche, un cahier complémentaire sur l'exercice de gestion de crise a été élaboré (l'exercice de gestion de crise page 141).

Préalable

La réalisation d'un exercice n'implique pas systématiquement un rappel de personnel et l'organisation d'un afflux de victimes fictives aux urgences. Les tests peuvent être réalisés sous forme d'exercices sur papier en ciblant des objectifs. De plus, il ne paraît pas recommandé de déclencher un plan blanc fictif dans un établissement sans avoir testé préalablement un certain nombre de circuits de fonctionnement.

Des questions à se poser

1- Avez-vous mis en place un groupe de pilotage pour la préparation de l'exercice ?

L'équipe d'animation le jour de l'exercice est-elle issue du groupe de pilotage ?

2- Avez-vous ciblé le ou les objectifs visés ?

Par exemple :

Tester le fonctionnement d'une cellule de crise
Ce premier objectif est incontournable car l'ensemble de la mise en place d'un plan blanc dépend du bon fonctionnement de la cellule de crise. Il paraît donc indispensable que l'ensemble des établissements ait pu réaliser ce test.

- Vérifier la mise en place complète du matériel dans le local réservé à cet effet.

- Vérifier le fonctionnement de ce matériel.
- S'assurer que chaque responsable appréhende son rôle (tâches à accomplir...).
- S'assurer de la pertinence de la communication entre chaque pôle de responsabilité (circulation de l'information au sein de la cellule).
- Vérifier la mise en place des circuits de recueil de l'information.
- Vérifier la fiabilité d'exécution des ordres donnés...

Tester les possibilités

d'optimisation d'hospitalisation

- Vérifier la réalité des places disponibles en temps réel.
- Identifier les possibilités de sorties anticipées ou de transferts de patients à T 0, T + 2h, T + 3h, T + 6h, T + 12h...

Tester les capacités de réponses

- Oxygène :
 - vérifier le stock disponible,
 - s'assurer des possibilités d'approvisionnement face à une situation de dépassement en quantifiant les délais.
- Antidotes :
 - vérifier les stocks disponibles,
 - s'assurer du circuit de mise à disposition des stocks :
 - au sein même de l'établissement,
 - par le recours à l'établissement qui les détient.
- Brancards...

34

fiche

3- Avez-vous élaboré un scénario crédible en lien avec les objectifs ?

Selon les objectifs ciblés, le scénario est plus ou moins complexe. La description de l'action est concrète, crédible et se décline dans le temps. Tous les éléments du scénario sont soigneusement colligés pour éviter une part d'improvisation de l'équipe qui organise. Le jeu peut s'effectuer soit par appel téléphonique direct, soit sur papier.

4- Avez-vous déterminé une grille d'évaluation ?

En fonction des objectifs ciblés, une grille d'évaluation utilisable tout le long de l'exercice est élaborée. Les éléments de la grille doivent être simples d'emploi, facilement observables et un emplacement libre permettant les remarques est indispensable. La prise en compte des différents horaires est nécessaire.

5- Avez-vous la possibilité de faire appel à des observateurs extérieurs ?

En plus d'observateurs internes à l'établissement, il paraît souhaitable d'inviter des observateurs extérieurs pour enrichir les discussions post-exercice. Ces observateurs (médicaux, soignants, administratifs, techniques) font partie d'établissements de soins du département ou

de la région, voire sont invités pour leurs compétences particulières.

6- Avez-vous déterminé le mode de déclenchement et le fil conducteur de l'équipe d'animation ?

Le déclenchement peut être inopiné ou prévu. Il paraît plus « pédagogique » de commencer par des exercices annoncés pour éviter des mises en situation d'échec et une potentielle démotivation du personnel. Le scénario doit se dérouler comme prévu dans les séances préparatoires : chaque membre de l'équipe d'animation connaît son rôle et le fil conducteur minuté des actions qu'il doit réaliser.

7- Avez-vous prévu une ou plusieurs séances d'évaluation et les modalités de réajustement du plan ?

Cette évaluation doit s'effectuer en deux temps. Un premier temps immédiatement après l'exercice permet de mettre en lumière les manques évidents et les rouages qui ont fonctionné. Dans un second temps, une réunion des responsables permet de tirer un certain nombre de conclusions et de réajuster le plan.

Il convient que ces réunions soient réalisées avec la plus grande transparence, la plus grande écoute et l'absence de jugement de valeur.

fiche

34

L'exercice de gestion d'une crise au sein de l'établissement

Des pistes de travail

- Établir une liste de patients identifiés ou non identifiés avec les caractéristiques suivantes :
 - heure d'arrivée aux urgences,
 - catégorisation réalisée sur le terrain,
 - quelques patients non catégorisés et arrivant spontanément,
 - types de pathologies et moyens techniques médicaux nécessaires à la prise en charge,
 - heure d'appel à la cellule de crise pour décider d'une orientation si nécessaire,
 - identité fictive et/ou numéro d'identification si patient inconscient sans papier,
 - patient hors situation de catastrophe...
- Prévoir éventuellement des événements intercurrents en fonction des objectifs :
 - appel de familles fictives,
 - recherche d'un VIP,
 - nécessité d'un interprétariat,
 - arrivée de patients décédés pendant le transport,
 - rupture de stock,
 - absence d'un décideur...

Points particuliers
au moment de la crise

- Le groupe de pilotage comprend si possible un décideur administratif, soignant, technique et médical. La présence d'un médecin ayant une compétence en médecine de catastrophe est indispensable.
- L'équipe d'animation peut être différente de l'équipe de pilotage.
- Les numéros de téléphone qui doivent être appelés par l'équipe d'animation pour créer les événements sont identifiés au préalable.
- Après l'exercice : il paraît souhaitable de mettre par écrit les remarques, les critiques et les suggestions avec l'ensemble des acteurs de terrain (rôle du cadre infirmier, du responsable d'UF...) et de faire « remonter » les informations auprès des décideurs de l'établissement.
- Il est nécessaire d'établir un code ou un mot de passe connu de tous au cas où une situation réelle intercurrente nécessite une prise en charge réelle :
 - problème technique réel,
 - victime fictive ayant un problème médical...

Les critères d'évaluation du dispositif d'élaboration du plan blanc

Cette démarche s'inscrit dans une démarche qualité en référence à la démarche d'accréditation.

Des questions à se poser

- Le dispositif général de coordination et d'information est-il en place et comprend-il tous les acteurs concernés ?
- Chaque acteur a-t-il la maîtrise du sens donné au vocabulaire qui le concerne, dans son niveau d'action et dans ses inter-relations ?
- Les relais inter-institutionnels et entre les acteurs sont-ils identifiés ?
- Chaque niveau opérationnel a-t-il mis en œuvre les actions qui lui incombent ?
- Chaque niveau d'acteur a-t-il à disposition les moyens qui lui sont nécessaires pour agir ?
- Le dispositif d'évaluation des procédures, à mettre et mises en place, est-il formalisé, suivi ?
- Les niveaux (par qui) et les temps (tous les combien) de régulation/réajustement sont-ils identifiés, respectés ?

Il est nécessaire d'identifier un référent chargé de mission pour toutes ces questions.

Des pistes de travail

- Une organisation pour faire face aux risques exceptionnels ou à une alerte est envisagée.
- Un système d'alerte est en place.
- Un système d'alerte comporte l'identification, le signalement interne et externe, l'analyse de l'événement, la mise en place d'une réponse adaptée.
- La cellule de crise est opérationnelle.
- Une organisation permet de répondre à une alerte.
- En cas d'afflux de victimes, le plan blanc peut être mis en œuvre. Celui-ci comporte des fiches de recommandations et d'actions.
- Il existe un protocole d'activation d'une cellule de crise et un protocole d'activation de cellule de veille.
- Des exercices plan blanc ont été organisés durant les deux dernières années.
- Le plan blanc prend en compte le risque radiologique, biologique, chimique, nucléaire, etc., ainsi que les risques locaux (feux de forêt, inondations, etc.).
- Des actions d'information et de formation des professionnels sont en place.
- Un responsable de la gestion des risques est chargé de l'opérationnalité du plan blanc et de la gestion de l'alerte.
- La dimension de l'organisation de l'établissement en cas de crise fait partie intégrante de la démarche qualité.

Troisième partie

Cahiers spécifiques

L'établissement de santé en tension

Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc

Avant-propos	122
Introduction	123
Les fondamentaux	124
Le plan d'actions et les étapes (synthèse des fiches de recommandations)	125

fiches

36 La cellule de veille de l'activité de l'établissement	126
37 Les indicateurs de tension	129
38 La cellule de crise restreinte	132
39 Critères de déclenchement du plan blanc	135
40 Levée du dispositif ou du plan blanc	137
41 La communication	138

L'exercice de gestion de crise

Avant-propos	141
Introduction	142

fiches

42 Conception et déroulement d'un exercice	144
43 Évaluation d'un exercice	149

Avant-propos

Confrontés à l'épisode grippal de février 2005, les établissements de santé d'une même région, à l'instar de ce qui s'était pratiqué en août 2003, ont parfois été amenés à déclencher leur plan blanc.

Le débriefing, conduit en post-crise, a mis en évidence des questions et constats partagés.

Le sujet est de ne pas compromettre les missions des établissements de santé tout en faisant face à une situation critique de régulation des urgences hospitalières, sans pour autant déclencher un plan d'urgence (le plan blanc). En effet, ce plan est normalement réservé à un événement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées.

La frontière est parfois difficile à définir, des situations telles que l'épidémie grippale de l'hiver 2005 pouvant être considérées comme exceptionnelles.

Néanmoins, les professionnels de santé et ce, à tous les niveaux de la pyramide, s'accordent pour reconnaître qu'un ensemble d'initiatives pour-

rait contribuer à conditionner de manière effective la gestion des flux des patients.

Le déclenchement intempestif d'un dispositif lourd, comme le plan blanc pour assumer la gestion d'un établissement au moment de phénomènes (le plus souvent prévisibles) comme ceux des pics d'activité liés aux pathologies hivernales, risque de dévaluer la démarche de gestion de crises réservée aux situations exceptionnelles.

L'objectif aujourd'hui est d'appréhender le seuil subtil qui doit, en toute logique, induire le recours au plan blanc. En effet, à trop facilement le déclencher, on le banalise. Inversement, à ne pas le déclencher alors que c'eût été nécessaire, on se prive d'éléments de réponses adaptées à la situation concernée.

Les recommandations qui suivent, issues de la réflexion de professionnels de santé, ont vocation à proposer un éventail de mesures exceptionnelles qui, si elles n'étaient pas engagées, menaceraient les missions mêmes du service de santé publique.

Introduction

Le guide *Gestion de crise et plan blanc* a vocation à construire, de façon globale, un dispositif de prévention et de gestion de crise.

Il suggère, notamment, tout un arsenal de dispositions à activer dans le cas où un incident surviendrait dans le contexte précis du fonctionnement quotidien des établissements de santé. Ainsi, une même politique de gestion de crise, en réponse à un incident clairement identifié, pourra se concrétiser de façon significativement différenciée, selon la nature de l'environnement dans lequel il se produit.

Se pose ici, principalement, la problématique de la prise en charge des hospitalisations de patients non programmées. Les modalités de leur prise en charge sont largement déterminées par le nombre de patients qui se trouvent déjà aux urgences ou dans l'établissement, dans le cadre du fonctionnement normal de l'institution.

Un surcroît d'activité conjoncturel s'ajoute alors à la prise en charge des malades en attente et est source d'une dégradation de celle de l'ensemble des patients. Quand une crise est identifiée en tant que telle, le plan blanc est alors déclenché et appelle, ce faisant, le recours à des

moyens exceptionnels (rappel de personnels, sorties anticipées de patients hospitalisés pour dégager des disponibilités en lits...).

Il est cependant possible, dans un certain nombre de situations, d'activer un ensemble de mesures préventives et maîtrisées qui permettront, dans une certaine sérénité, de faire l'économie du déclenchement du plan blanc et de l'ensemble des éléments induits qui sont naturellement le fait des situations d'exception.

Les retours d'expériences démontrent le caractère déterminant de ce que l'on peut appeler les éléments de contexte local ou locorégional, lesquels vont influencer lourdement sur les modalités de gestion de la situation et donc sur le résultat final.

Une fois les éléments du contexte caractérisés, il s'agit d'identifier la nature précise de la tension à laquelle l'hôpital est soumis, de l'analyser dans tous ses aspects avant d'envisager les premières mesures à mettre en œuvre. Ces mesures sont énumérées et hiérarchisées.

Les éléments spécifiques au déclenchement du plan blanc sont alors décrits, ainsi que, pour finir, l'ensemble de la démarche relative à la levée et à l'évaluation des dispositions mises en œuvre.

Les fondamentaux

Le management de crise procède d'une culture à acquérir, d'un état d'esprit à renforcer et d'une vigilance sereine car permanente, documentée et opérationnelle.

La forme et la nature des relations humaines, la complexité des problèmes, la médiatisation, parmi d'autres déterminants, induisent de l'incertitude qu'il faut apprendre à gérer collectivement.

Nier ces phénomènes induirait des crises de plus en plus destructrices de la confiance qui est indispensable à toute structure sociale et professionnelle.

L'hôpital public, associatif ou privé, est concerné par les crises, pour lui-même et pour son rôle sanitaire et social. Il peut être un recours dans de telles situations. Il peut être lui-même en crise. Face à ces réalités, nous soulignons l'importance des préconisations qui suivent.

- Une crise ne se détecte qu'en ayant une bonne connaissance des personnes avec qui nous

collaborons, des lieux de travail, des réseaux techniques et de l'environnement humain, professionnel et institutionnel.

- Chaque jour, les responsables doivent développer leurs aptitudes et leur disponibilité pour « détecter » les crises émergentes, les situations potentiellement dangereuses.
- Il s'agit d'améliorer la sensibilité collective aux données qui, sans qu'il soit toujours possible de les structurer, permettront de donner l'alerte.
- Le sens de l'action doit être développé, promu et valorisé.
- Il faut vérifier l'opérationnalité des gardes administratives.
- Il est nécessaire de tester, et d'exercer deux fois par an, la fonctionnalité des éléments du dispositif de gestion de crise : système d'alerte, cellule de crise, ressources techniques, plan blanc.
- La coopération sur le territoire de santé, dans les départements, la région voire la zone, doit être réelle, concrète et soutenue.

Le plan d'actions et les étapes

(synthèse des fiches 36 à 41)

Le suivi des éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé : indicateurs de tension, mesures à prendre, seuils et modalités de déclenchement du plan blanc.

fiche 36 Une cellule de veille quotidienne analyse les indicateurs d'activité disponibles et les serveurs régionaux de veille et d'alerte.

fiche 37 La cellule de veille quotidienne confirme les **indicateurs de tension** dans l'établissement et alerte le directeur ou son représentant.

fiche 38 Le directeur ou son représentant réunit une cellule de crise restreinte émanation de la cellule de veille, de la commission des admissions et des soins non programmés, de la cellule de crise plan blanc.

La cellule de crise restreinte :

- confirme les informations ;
- vérifie la situation dans le territoire de santé ;
- prend connaissance de l'activité programmée ;
- vérifie la disponibilité effective en lits ;
- incite à organiser des sorties anticipées ;
- communique la situation dans l'établissement ;
- informe la DDASS et l'ARH.

Si la situation se prolonge, le directeur de l'établissement réunit l'ensemble des membres de la cellule de crise.

La cellule de crise organise :

- l'ajout de lits supplémentaires dans des services ;
- le pilotage de la déprogrammation dans un ordre qualitatif et quantitatif établi ;
- la gestion des moyens matériels et humains supplémentaires mobilisés de façon graduée et adaptée à la situation ;
- la communication de la situation auprès des médecins libéraux pour contrôler les adresses aux urgences.

fiches 39 Le plan blanc est déclenché si la situation de tension se conjugue à une activité soutenue et à une capacité d'accueil restreinte et nécessite :

- la mise en œuvre de mesures graduées ;
- l'information régulière sur l'évolution de la situation et sur l'adaptation des moyens.

fiche 40 La levée du plan blanc est prononcée par le directeur quand la situation est stabilisée. Elle implique :

- la reprogrammation des activités ;
- un débriefing.

fiche 41 La communication de l'évolution de la situation est entretenue à l'intention :

- des personnels de l'ensemble de l'établissement ;
- de la DDASS et de l'ARH ;
- du SAMU ;
- des médias et des autorités.

La cellule de veille de l'activité de l'établissement

La survenue d'une situation exceptionnelle dans un établissement n'aura pas le même impact selon que celui-ci se sera ou non préparé à la gestion d'un événement inattendu.

En mettant notamment en place un suivi quotidien de l'activité et des flux, la cellule de veille ou de gestion de crise disposera d'outils d'aide à la décision, contribuant à une organisation spécifique rapidement opérationnelle.

Le plan de réponse aura été validé par les instances locales.

Questions à se poser

- Existe-t-il un tableau de bord régulier de suivi des disponibilités de l'établissement et des flux (entrées, sorties, transferts, décès, taux d'occupation, durée moyenne de séjour) ?
- Existe-t-il une procédure de veille et d'analyse au quotidien des principales informations (lits disponibles, entrées, sorties, malades en attente de court séjour, passages aux urgences, temps d'attente aux urgences, pathologies dominantes...)?
- Quelles informations minimum collectées sont indispensables ? Selon quel protocole ?
- Les informations recensées sont-elles fiables et utilisables ?
- Sont-elles collectées pendant le week-end ?
- Comment et par qui sont-elles analysées ?
- Existe-t-il un cheminement clair et formalisé du signalement et de l'alerte en cas de tension ressentie ?

- Peut-on accéder aux données quotidiennes d'activité des autres établissements de santé collectées dans le serveur régional ?
- Les données de l'établissement concerné sont-elles communiquées quotidiennement au serveur régional ?
- Comment les données locales sont-elles comparées avec celles contenues dans le serveur régional ?
- Qu'est-il prévu avec les autres structures territoriales, départementales et régionales en cas de situation de tension observée localement ?
- Comment la commission des admissions et des soins non programmés tient-elle compte des tableaux de bord internes et des informations contenues dans le serveur régional ?
- La gestion des ressources humaines prend-elle en compte le profil annuel d'activité ?

Pistes de travail

Une cellule de veille (émanation de la commission des admissions et des soins non programmés) est opérationnelle. Les participants à cette cellule restreinte sont pré-définis.

- Le directeur ou son représentant (direction de la qualité, direction de la gestion des risques, coordination générale des soins...) et le médecin responsable du service d'accueil des urgences ou son repré-

36

fiche

sentant évaluent le tableau de bord établi quotidiennement.

- Le tableau de bord permet de mesurer les écarts et préciser la situation de tension au sein de l'établissement grâce à un recueil d'indicateurs sélectionnés.

• La situation de l'établissement est analysée en considérant l'environnement :

- quels sont les flux prévisibles de patients ?
- quelles sont les situations de tension observées dans d'autres établissements (serveur du réseau régional ?).

La cellule de veille de l'activité de l'établissement

fiche

36

La cellule de veille de l'activité de l'établissement

Si une situation de tension est confirmée, la cellule de veille se transforme en cellule de crise restreinte et :

- décide des actions graduées à mettre en place après analyse et confirmation de la situation ;
- prend en compte les procédures établies visées par les instances : augmentation graduée des capacités en lits et des moyens avec différents niveaux.

La commission des admissions et des soins non programmés

(Cf. circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences dans les établissements publics de santé.)

- Se réunit régulièrement.
- Dispose des contrats définissant, entre le service des urgences et les autres services, les modalités d'admission des patients non programmés.
- Dispose d'indicateurs sur la gestion des lits par spécialité (programmés et non programmés, fermeture des lits, DMS...).
- Analyse l'activité de l'établissement sur la base d'un tableau de bord composé d'indicateurs fiables, reproductibles et représentatifs des fluctuations :
 - difficultés rencontrées lors des pics d'activité,
 - profils d'activité des années précédentes,
 - retours d'expériences (gestion des situations de tension).

- Formalise et/ou réajuste, en articulation avec la cellule de veille, des mesures hiérarchisées à mettre en œuvre en cas de situation de tension.

Points particuliers

Établir un diagnostic de la situation un jour donné implique d'être en capacité :

- de disposer des indicateurs adaptés à la gestion quotidienne permettant de repérer des signaux faibles ou forts précurseurs d'une situation de tension ;
- d'évaluer les prévisions de flux au cours des prochains jours : entrées programmées, sorties, transferts... ;
- en fonction de son origine, de mesurer la durée prévisionnelle de la situation de tension ;
- d'évaluer les capacités d'adaptation de l'établissement pour les jours qui suivent.

Disposer d'informations fiables suppose :

- des indicateurs ne donnant pas lieu à des difficultés de collecte ;
- une stabilité du recueil dans le temps ;
- un circuit court de remontée de l'information.

37

fiche

Les indicateurs de tension

Afin de pouvoir être opérationnel lors d'une situation de tension, il convient de recueillir les indicateurs fiables et solides, nécessaires à son analyse.

Ce sont ces mêmes indicateurs qui vont permettre de valider cette situation de tension et permettre la succession de mesures pour la limiter et la résorber.

Des questions à se poser

- L'information circule-t-elle dans la continuité ?
- L'établissement dispose-t-il, quotidiennement, des indicateurs de tension ?
- Ces données sont-elles quotidiennement portées à la connaissance et analysées par :
 - le directeur de l'établissement ou le directeur désigné par lui ?
 - le responsable des urgences, du SAMU ou le médecin désigné par lui ?
- Existe-t-il une gestion centralisée ou coordonnée des lits ?
- A-t-on exercé et vérifié l'opérationnalité de la cellule de crise ?
- A-t-on la possibilité d'assurer un suivi biquotidien de la situation en cas de tension (analyse comparée entre la situation observée à 8 heures et celle observée à 15 heures) ?
- S'agit-il d'une demande sociétale de santé ou d'un problème sanitaire ou d'une désorganisation de l'établissement ?

Des pistes de travail

- Le fonctionnement de la vigilance est conditionné par la qualité et la fiabilité du réseau de veille et d'alerte.
- L'information ne peut être biaisée par des données alimentées de manière aléatoire.
- Les indicateurs retenus au sein de l'établissement de santé comprendront au minimum ceux qui permettent de renseigner quotidiennement le serveur régional en référence au cahier des charges national.

Des indicateurs pertinents doivent être disponibles quotidiennement et comprendre à titre d'exemples :

- nombre total de passages aux urgences ;
- nombre d'hospitalisations à partir des urgences ;
- nombre de patients de plus de 75 ans et de moins de 3 ans, voire de moins de 1 an ;
- nombre de patients présents aux urgences en attente d'examen : définir un seuil acceptable de délais de prise en charge au regard de périodes dans la journée ;
- nombre de patients en attente de place dans un lit d'hospitalisation : définir un seuil acceptable de délais de prise en charge au regard de périodes dans la journée ;
- occupation de l'UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée) ;
- taux d'occupation par service, le nombre de lits disponibles ou celui « libérables » dans l'établissement ;

Les indicateurs de tension

fiche

37

Les indicateurs de tension

- nombre d'affaires enregistrées la veille (SAMU/SMUR) ;
- profil des pathologies dominantes classées par groupes.

La situation de tension est étudiée au regard de la convergence entre une activité soutenue et une capacité d'accueil restreinte, une pathologie spécifique, une capacité restreinte en personnels. Des éléments peuvent relativiser la restriction de capacité :

- fermeture de lits ;
- fermeture totale ou partielle de services (travaux, restructuration) ;
- allongement de la DMS ;
- période de congés ;
- difficulté à optimiser le fonctionnement du plateau médico-technique ;
- un suivi et une analyse mensuels de la DMS permettent d'affiner les causes d'allongement de séjours (changement de typologie de pathologie, de profil des patients, manque de place en moyen séjour...).

Une situation de tension ressentie par la cellule de veille repose sur des critères communs pour tous les établissements de santé de la région.

Afin de ne pas introduire de biais dans l'évaluation générale de la situation, ces critères seront identiques pour l'ensemble du territoire national.

Par exemple :

- **augmentation de 20 % du nombre de pas-**

sages aux urgences pendant trois jours consécutifs,

- **10 % du nombre de malades quotidiens sans solution d'hospitalisation pendant plus de huit heures,**

- **une situation analogue observée dans le département.**

Le choix de ces seuils est éventuellement à pondérer au regard de situations de tensions déjà observées dans l'établissement dans la durée.

Points particuliers

Une veille quotidienne est organisée en coordination avec les départements. Elle permet :

- d'analyser les données ;
- de relever les tendances ;
- de répondre aux requêtes des DDASS, ARH et des établissements de santé ;
- de solliciter les établissements afin d'apporter des précisions sur une situation de tension pressentie dans un territoire de santé ;
- de signaler dans tous les cas à la DDASS une situation de tension ;
- de transmettre des tableaux de bord quotidiens et l'analyse de situation à toutes les cellules d'appui (de la DDASS) et de crises le temps que durent des conditions précaires de prises en charge des urgences.

Au sein de l'établissement de santé :

- les seuils dépassés des indicateurs sont véri-

37

fiche

fiés et confirmés pour justifier la réunion de la cellule de crise restreinte ;

- la décision de réunion doit être prise au plus tard à 15 heures, dès l'obtention des chiffres requis : une réunion trop tardive limiterait toute marge de manœuvre pour la journée en cours notamment si des dispositions de sorties anticipées ou d'annulation de malades programmés devaient être prises ;

- les indicateurs sont à la disposition du gestionnaire des lits dans les établissements où ils ont été mis en place ;
- les informations épidémiologiques disponibles à la CIRE (cellule interrégionale d'épidémiologie) sont consultées.

Les « serveurs » régionaux de veille et d'alerte

Considérant des périodes à risques telles que la canicule et des épisodes de tensions observés dans les établissements de santé, notamment liés aux « pathologies hivernales », la DHOS a mené une démarche volontariste permettant d'élaborer un cahier des charges définissant les conditions de mise en place dans les ARH de serveurs régionaux de veille et d'alerte portant sur les disponibilités en lits, les données d'activité dans les établissements de santé, notamment dans les services d'urgences et d'aide médicale urgente.

Depuis juillet 2005, les régions disposent d'un outil technique permettant d'assurer un suivi quotidien, sur la base d'un cahier des charges diffusé aux ARH en novembre 2004 :

- de l'activité des services d'urgences (hospitaliers et préhospitaliers : SAMU, SMUR) ;
- des disponibilités en lits hospitaliers d'aval (par grande discipline) ;
- des décès survenus dans les établissements.

Les objectifs fixés sont :

- d'anticiper toutes les situations de tension possible au sein des établissements de santé et de prévoir les mesures utiles à l'amélioration de celles-ci ;
- de favoriser la coordination entre les acteurs concernés (établissements de santé privés/publics, DDASS) ;
- d'être un outil d'information du niveau national.

38

La cellule de crise restreinte

Questions à se poser

- Quelle composition pour la cellule de crise restreinte (émanation de la cellule de veille, de crise du plan blanc et de la commission des admissions non programmées) : directeur, administrateur de garde, coordonnateur général des soins, CME, cadre des urgences, chef de service des urgences, responsable Samu, personne ressource du département d'information médicale... ?
- Son mode d'activation a-t-il été planifié et qui l'a fait déclencher : chef de service des urgences, cellule de veille ?
- De quelles personnes ressources s'entourer selon la nature de la situation et son évolution prévisible ?
- Quelles actions doit-elle piloter et ou mettre en œuvre ? Sont-elles prévues et préalablement validées ?
- Comment la cellule de crise peut-elle procéder à la vérification des informations ?
- Quels sont les outils disponibles en continu dans l'établissement ?
- A quel moment prévenir la tutelle ?
- A quel niveau de la crise et quand faut-il impliquer les établissements ne disposant pas de service d'urgences (en lien avec la DDASS, l'ARH) ?
- Qui dans la cellule de crise est l'interlocuteur avec l'extérieur (ARH, DDASS, médias) ?
- Dispose-t-on d'un bilan des sorties prévisibles à 3 jours ?

- Faut-il imposer des quotas de libération de lits par service ?
- Quelle organisation structurée pour hospitaliser en sécurité les malades relevant de la médecine dans des services de chirurgie ?
- Quelle est la disponibilité en personnels, les ressources supplémentaires mobilisables (congs, RTT...)?

La déprogrammation

La déprogrammation de tout ou partie des activités de soins est une des mesures faisant partie du plan blanc de l'établissement de santé.

Néanmoins, des mesures circonstancielles de déprogrammation peuvent être prises de manière ponctuelle en dehors du déclenchement du plan blanc.

La durée prévisible de la crise, la cinétique probable de l'événement conditionneront l'ajustement de ce plan.

En fonction de l'évolution de la situation et des besoins, chaque service déprogramme au cas par cas au regard de l'analyse de situation du patient concerné.

Le médecin traitant du patient concerné est informé du report de l'hospitalisation.

Les priorités sont à envisager de façon concertée, multidisciplinaire, multiservice.

Les priorités sont déterminées dans chaque secteur d'activité qui propose un plan en conséquence.

38

fiche

- A-t-on prévu :
 - un pool de suppléance de personnels ?
 - des personnels polyvalents dans différents secteurs : médecins, infirmiers ?
 - des moyens de transfert renforcés des patients en cas de sorties anticipées : sociétés de transport sanitaire, CRF... ?
- Les capacités d'accueil et d'orientation à l'admission ont-elles été renforcées : admission indiquée, retardée, non indiquée, évaluation par un spécialiste (gériatre, pédiatre) ?
- Des formes de partenariat avec la médecine libérale, les structures alternatives à l'hospitalisation ont-elles été étudiées pour anticiper des retours à domicile ?

La déprogrammation peut être accompagnée d'un regroupement d'activités.

Exemples d'activités pouvant être déprogrammées :

- la chirurgie fonctionnelle
- les explorations fonctionnelles

Exemple de ce qui ne peut être déprogrammé :

- les pathologies avec risque évolutif immédiat ;
- les urgences potentiellement évolutives : cardiologie, dialyse, oncologie obstétrique...

- la déprogrammation des autres activités sera déterminée au cas par cas, au regard d'un rapport bénéfice/risque, en tenant compte du report de l'activité et en fonction des validations par les instances locales.

Au moment de la crise, un registre précis de la déprogrammation est tenu pour permettre la planification de la reprogrammation établie par priorité.

L'organisation de la déprogrammation est concertée au niveau départemental entre les secteurs publics, privés, PSPH et avec le niveau régional.

Selon la nature de la crise, elle revient à la cellule d'appui de la DDASS, en concertation avec le SAMU qui détermine les besoins et répartit la réponse adaptée. Cette dimension fait partie intégrante du plan blanc élargi.

La fin de la crise implique un plan concerté en interne de reprogrammation pour éviter un effet rebond de suractivité.

La cellule de crise restreinte

fiche

38

La cellule de crise restreinte

- A-t-on analysé la réponse en termes de permanence des soins ?
- Faut-il centraliser les admissions programmées au niveau de l'établissement ou service par service ?
- Quel niveau de déprogrammation peut on envisager sans déclencher le plan blanc et pendant combien de temps ?
- Un plan d'actions gradué a-t-il été validé par les instances médico-administratives ?
- Sur quel support juridique faut-il s'appuyer : déprogrammation, sorties anticipées, rappel des personnels ?

médico-chirurgicale, médico-technique ;
- activation d'un plan d'intégration d'étudiants (soins infirmiers, aides-soignants, étudiants en médecine...) pour renforcer les équipes.

Points particuliers

Pistes de travail

- Moduler la composition de la cellule selon la nature et la durée prévisible de la crise.
- Hiérarchiser les actions :
 - vérification de la réalité de la crise : à l'intérieur de l'établissement, dans les établissements voisins, dans le département et dans la région ;
 - occupation des lits non recensés, lits non déclarés, lits réservés ;
 - organisation de sorties ou transferts anticipés ;
 - réouverture des lits fermés, de jour, de semaine ;
 - réouverture de 1 à 2 lits par service (sans personnels supplémentaires) ;
 - réouverture de lits avec rappel ponctuel de personnels ;
 - installation de lits supplémentaires ;
 - transfert de patients vers des structures alternatives selon des conventions préétablies ;
 - déprogrammation ponctuelle : médicale,

- Une main courante comportant un relevé des actions horodatées est réalisée.
- Une main courante spécifique des déprogrammations est tenue à jour afin de permettre, après la crise, un plan de reprogrammation gradué dans les délais les plus brefs.
- Les SAMU, DDASS, ARH sont informés quotidiennement de toutes les mesures prises sur la base d'un protocole de communication préétabli.
- La communication avec les médias fait l'objet d'un protocole : au sein de l'établissement, avec les autorités.
- Le déclenchement d'une cellule de crise peut répondre à une situation locale et n'implique pas forcément la mobilisation systématique des autres cellules d'appui (DDASS) ou de crises aux différents niveaux. Cela peut rester une mesure locale, ponctuelle et isolée.
- Un plan de communication interne et externe préétabli permet de sensibiliser le secteur libéral et les usagers sur l'organisation spécifique liée à la situation ainsi que sur la nécessité de préserver l'établissement de santé et de n'orienter vers lui que les patients le nécessitant.

39

Critères de déclenchement du plan blanc

Questions à se poser

- La situation est-elle exceptionnelle ?
- La situation s'inscrit-elle dans le cadre du déclenchement d'un plan blanc élargi ?
- Les critères sont-ils en train de s'aggraver malgré les mesures prises par la cellule de crise et la déprogrammation :
 - accumulation de patients aux urgences,
 - manque de lits d'hospitalisation,
 - manque de lits d'aval, manque de personnels,
 - doit-on utiliser des brancards, positionner des lits dans les couloirs ?
- Quand élargir la cellule de crise à celle du plan blanc ?
- Quelle est la durée prévisible, la cinétique de l'événement ?
- Quel est le flux prévisible de patients : s'agit-il d'une épidémie ?
- S'agit-il d'une pathologie spécifique ou d'un groupe de patients spécifique ?
- Quels sont la nature et le caractère de gravité des problèmes médicaux ainsi que la durée de traitement prévisible dans la phase aiguë de la maladie ?
- Les CIRE, DDASS, ARH confirment-elles le problème ?
- A-t-on un déséquilibre persistant entre les entrées et les sorties :
 - a-t-on saturé les possibilités de transfert : maisons de retraite, HAD, soins de suite, de rééducation, prise en charge à domicile par les médecins et infirmiers libéraux ?

- Faut-il accélérer la libération des lits par des sorties anticipées ?
- Y a-t-il une pression sociale ?
- Quels sont les moyens mobilisables en ressources humaines à court, moyen et long termes ?
- A-t-on besoin de matériel supplémentaire, de blocs chirurgicaux, de banque du sang ?
- Les indicateurs de qualité des soins sont-ils compromis avec une augmentation de la morbi mortalité ou des pertes de chance indemnifiables ?
- Les supports informatiques permettent-ils d'échanger des informations, des outils d'aide à la décision ?
- L'événement est-il simultané à une période de congés des personnels ?

Pistes de travail

- Sensibiliser l'ensemble du personnel sur les conduites à tenir face à une situation de tension et sur les risques (par exemple pandémie grippale).
- Conjecturer d'emblée sur la cinétique de la crise afin de mobiliser les personnels sur une période et un événement impliquant un fort investissement qui s'inscrit dans la durée.
- Avoir recours prioritairement au maintien du personnel en place, avant de faire appel à des personnels de suppléance ou en congé.
- Prévoir des aménagements pour faciliter la présence du personnel (garde d'enfants, repas, hébergement, modification des horaires).

fiche

39

Critères de déclenchement du plan blanc

- En cas de crise sanitaire majeure de type pandémie grippale, atteignant aussi une partie du personnel et au regard des secteurs déprogrammés : prévoir une nouvelle répartition des tâches et compétences, et l'affectation des personnels en renfort dans les services les plus démunis.
- Respecter un plan de graduation précis des moyens humains et matériels en rapport à l'activité.
- Dans certains cas, seul un secteur peut être sollicité.
- Produire, pendant la crise, l'information pertinente aux personnels, de façon régulière et explicite.
- La performance de la mobilisation est directement corrélée au niveau de la préparation, elle-même liée à :
 - la pratique régulière d'exercices ;
 - la qualité et l'actualisation des listes de rappel des personnels toutes catégories confondues ;
 - la sensibilisation des personnels au thème de la gestion de crise ;
 - la formation mise en œuvre tant sur le thème général de la crise que sur celui des risques NRBC.

L'ensemble des instances décisionnelles et consultatives sont au fait du dispositif.

Points particuliers

- Prévoir en interne comme en externe des points de situation à heures prédéterminées.
- Le directeur veille à la graduation mesurée de la réponse : moyens humains et matériels mobilisés.
- En fonction de la nature de l'événement, le directeur mobilise de façon graduée un ou des secteurs d'activités adaptés à la situation.
- Si l'ampleur de l'événement le justifie, la mobilisation des moyens recensés dans le cadre du plan blanc élargi peut entraîner des réquisitions de moyens (matériels et humains) par le préfet.

40

Levée du dispositif de veille du plan blanc

Questions à se poser

- Le SAMU, la DDASS, l'ARH ont-ils les mêmes relevés d'indicateurs et les mêmes seuils d'alerte, les mêmes outils et indicateurs d'aide à la décision ?
- Les dispositions prises ont-elles permis de juguler l'épisode ?
- Les critères de sécurité sont-ils réunis pour favoriser la reprise de l'activité de soins de l'établissement ?
- Les indicateurs de l'établissement sont-ils revenus en dessous des seuils prédéfinis ?
- Le service de gestion centralisée des lits (s'il existe) peut-il reprendre son activité normale ?
- Les indicateurs à moyen terme (DMS, état des ressources humaines) sont-ils en adéquation avec les indicateurs à court terme pour permettre :
 - la résorption des flux de patients,
 - l'adéquation de leur traitement,
 - le retour à la normale des conditions de soins ?
- Comment impliquer l'institution dans la levée du dispositif ?
- Toutes les personnes sollicitées et impliquées peuvent-elles être informées de la levée du dispositif en temps réel ?

Piste de travail

Envisager les éléments déterminants et l'ordre de levée du dispositif entre les moyens mobilisés dans le cadre du plan blanc élargi et le plan blanc de l'établissement.

Points particuliers

- Prévenir la population, le personnel, la DDASS, l'ARH, le SAMU de la levée du dispositif et de l'évolution de la situation.
- Faire un débriefing « à chaud » et remercier le personnel pour sa coopération.
- Evaluer la perte d'activité, conséquence du déclenchement du plan blanc et le coût des mesures prises.
- Evaluer les forces et les faiblesses des actions entreprises afin de procéder aux réajustements qui s'imposent.

41
La communication

Questions à se poser

- Quel est l'organigramme hiérarchique et fonctionnel de la communication selon le niveau et l'impact de la crise ?
- Quelle est l'activité en situation normale ? en temps de crise : le nombre de lits disponibles dans l'établissement, dans le territoire, au-delà... ?
- Quels sont les moyens et protocoles d'utilisation des modes de communication alternatifs ?
- A-t-on protégé et sécurisé au moins l'un des outils de communication ?
- Le personnel de la structure, les autorités locales, les médias, ont-ils connaissance de la cellule de crise ainsi que du nom de l'interlocuteur privilégié à contacter ?
- Comment le contacter ? Qui le remplace en son absence ?
- Les personnels de la structure connaissent-ils le protocole en matière de communication interne ?
- Quelle est la position des autorités sur l'événement concerné ?
- A-t-on prévu la mise en place d'un numéro vert ?
- A-t-on négocié avec les libéraux des conduites à tenir pour limiter les adresses aux seules urgences vraies ?
- Quelle est la sémantique à utiliser : mots clés, phrases clés, que dire/ne pas dire ?
- A-t-on identifié de manière exhaustive tous les publics concernés de près ou de loin par la crise ?

Pistes de travail

- Nommer le dispositif de réponse aux situations de tension.
- Entraîner et former les acteurs de la cellule de crise à la communication en situation de crise.
- Identifier les sources documentaires et les personnes ressources permettant de caractériser le sujet à l'origine de la crise : anticiper les scénarios et les options.
- Quand la crise survient : être capable de décliner le plan d'actions et l'implication des agents : rester factuel, ne pas chercher à justifier absolument les origines de la crise, informer.
- Pour nourrir la demande pressante des médias, préparer un dossier de fond reprenant les points clés caractérisant l'établissement, les règles politiques, celles de fonctionnement : quelle est son activité en situation normale ? En temps de crise : le nombre de lits disponibles dans l'établissement, dans le territoire, au-delà...
- Quelle est l'information essentielle à faire passer, en fonction de l'interlocuteur, de la criticité de l'événement, de la conjoncture, de la sensibilité collective ?
- Négocier, coordonner et préparer la communication avec les autorités (services déconcentrés, ARH, préfet...).
- Si la crise dépasse le niveau local, s'informer de la politique de communication établie dans le territoire concerné, prendre connaissance de tous les communiqués de presse.

41

fiche

Points particuliers

- Communiquer essentiellement sur ce que l'on va faire, sur ce que l'on fait, sur ce que l'on a fait. Répondre sur le « comment » et non sur le « pourquoi ».
- Communiquer prioritairement avec les agents impliqués dans la structure.
- Donner des « rendez-vous » à échéances régulières, pour communiquer un état de la situation et s'y tenir.
- Baliser son territoire d'expression autour de trois clés majeures pour imposer son discours auprès des journalistes :
 1. Légitimité : d'où parlez-vous ?
 2. Responsabilité : quel engagement prenez-vous ?
 3. Crédibilité : quelles preuves par les actes apportez-vous ?
- Positionner les porte-parole comme source de référence en matière d'information auprès des journalistes.
- Identifier les différentes représentations de la crise et suivre en continu leurs évolutions.
- Construire progressivement avec la cellule de crise une représentation globale de la crise et la communiquer auprès des publics cibles.
- Identifier ce que l'on maîtrise, ce qui est incertain ou inconnu.
- « Garder la main » sur le terrain de la communication.
- Réduire les points d'incertitude (ce qui ne veut pas dire rassurer à tout prix) mais expliquer ce qui se passe, le plan d'actions mis en place pour répondre à la situation, préciser le rôle des différents acteurs.
- Les médias cherchent des causes, des responsabilités, des faits, des témoignages, des messages et les informations personnalisées pour leur public.
- Estimer la capacité à prendre en charge pour assumer tout ou partie des effets de la crise pour donner une information précise.
- Définir les objectifs, prendre les premières décisions au sein de la cellule de crise avant de communiquer.
- Ne pas refuser de communiquer, mais se donner une marge de manœuvre et du temps avant de répondre aux sollicitations, identifier leur origine et celles auxquelles il faut répondre prioritairement.
- Préparer des communiqués de presse synthétiques, explicites, officiels : le message essentiel doit tenir dans les premières lignes.
- Identifier l'impact du message « ce qui est dit » et ce que le destinataire entend et comprend : les publics sont multiples, les attentes de réponses différentes.
- Limiter l'impact médiatique (ne pas transformer la crise en crise médiatique).
- Traiter et prévenir la rumeur..

L'exercice de gestion de crise

Avant-propos

Tous les directeurs qui ont eu à gérer une crise reconnaissent l'aide apportée par l'expérience acquise grâce aux exercices. Il est à noter que l'évaluation des modalités de réactions face à une situation de crise fait partie d'une démarche qualité et rentre dorénavant dans le processus d'accréditation.

Si les centres hospitaliers apparaissent spontanément comme les plus impliqués, les établissements du secteur privé peuvent être amenés à participer à la gestion d'une crise d'envergure. Ainsi, tous les établissements de santé sont donc sollicités, par les pouvoirs publics, pour mettre en œuvre des exercices de gestion de crise.

Ceux-ci visent principalement à mettre en situation l'ensemble des acteurs à la gestion de crise et à évaluer les capacités (davantage d'ailleurs de l'organisation que des hommes) à faire face à une situation mettant en danger le fonctionnement de l'institution et compromettant ses missions.

Il est impératif de considérer le fait que l'exercice nécessite en amont une préparation importante et qu'un exercice insuffisamment préparé conduit à des effets contre-productifs.

Les recommandations qui suivent ont vocation à constituer une aide méthodologique aux chefs d'établissement ayant décidé de conduire un exercice de gestion de crise. S'il n'existe pas de réponse normée en matière de gestion de crise, chaque établissement s'inscrivant dans un environnement spécifique, en revanche, le questionnement vis-à-vis de cette thématique peut être standardisé.

Dix éléments fondamentaux figurent d'emblée, éléments dont l'absence de mise en œuvre pourrait compromettre la démarche. Viennent ensuite, sous forme de « fiches techniques » divers développements sur l'exercice de gestion de crise, abordés successivement dans un principe chronologique de progression de l'exercice : préparation, déroulement et évaluation.

Introduction

1. Un exercice pour quoi faire :
rassurer les autres
ou s'assurer soi-même

« Exercice démonstration »

Le premier type d'exercice concerne celui qui a vocation à essayer de démontrer à des tiers l'aptitude de l'organisation à répondre à ses missions quel que soit le cas de figure, y compris celui d'un événement critique.

En fait, il s'agit, dans l'esprit des promoteurs d'une telle démarche, de rassurer. Ce type d'exercice ne sera pas évoqué plus avant.

« Exercice formatif »

Construire un exercice de gestion de crise, c'est mettre en place une démarche pédagogique visant d'une part l'apprentissage, d'autre part l'évaluation.

L'apprentissage

L'exercice doit pouvoir constituer un moment de l'organisation sanitaire où, de façon didactique, se construisent des mécanismes susceptibles d'être reproduits après qu'ils ont été intégrés dans un ensemble de connaissances plus vaste.

L'évaluation

Dans une visée pédagogique, la capacité des acteurs à évaluer les effets concrets de leurs actions constitue *de facto* un but en soi.

2. L'exercice n'est pas un début
mais l'aboutissement
d'une réflexion préalable

Il doit être clairement établi que l'exercice n'est pas le moment zéro d'une démarche de gestion de crise, mais plutôt l'aboutissement de la phase relative à la préparation de l'organisation confrontée à une crise de quelque nature que ce soit. L'exercice va venir confirmer ou infirmer la pertinence de la construction du plan blanc en l'éprouvant. Il devra donner lieu à des actions correctrices.

3. L'exercice éprouve différemment
les décideurs et les exécutants

La conception de l'exercice peut avoir deux objectifs selon que celui-ci a vocation à tester l'organisation du système de prise de décision ou tester la mise en œuvre concrète du plan.

4. L'exercice contient des
incontournables

Il n'existe pas de gestion de crise qui puisse faire l'économie d'une au moins des sept fonctions incontournables ci-après désignées et qui, dans le cadre d'un exercice global ou d'exercices partiels successifs, doivent être confortées :

- le fonctionnement de la cellule de crise ;
- la prise en charge, tant qualitative que quantitative des patients ;
- la chaîne logistique ;

- le rappel des personnels ;
- la communication interne, externe, les médias ;
- le schéma de l'alerte ;
- les systèmes d'information.

5. Le principe de progressivité dans la complexité

Un établissement qui met en œuvre un exercice doit impérativement mesurer son aptitude à faire face à des événements classés dans un ordre de complexité croissant.

Il serait contre-productif de construire un exercice de type NRBC par exemple, sans avoir pris la précaution préalable d'une expérience acquise au cours des années en s'exerçant sur des scénarios plus simples.

6. L'exercice peut être global ou partiel

Avant d'engager l'institution tout entière dans un exercice qui met en jeu tous les éléments constitutifs de la gestion de la crise, il peut être profitable de les tester successivement, dans une démarche progressive.

7. Compter sur une équipe plus que sur un homme

La réflexion sur l'organisation à mettre en œuvre en cas de crise intègre la notion d'équipe. Si seul, le responsable de l'établissement décide, en revanche, les éléments de la décision sont construits collectivement, appelant des compétences issues notamment du corps de direction,

médical, soignant, technique. Il est clair que l'équipe qui pilote une crise doit savoir prendre des libertés par rapport au plan blanc conçu comme une matrice, comme un cadre général ayant vocation à être ajusté en fonction des événements.

8. Inscrire l'exercice dans une démarche pluriannuelle

La mise en œuvre d'un exercice ne se conçoit qu'intégrée dans une démarche globale inscrite dans la pérennité. Un programme pluriannuel d'exercices pourra être construit, offrant ainsi une lisibilité à l'ensemble des acteurs sur le cheminement de la démarche et le but à atteindre.

9. L'autoévaluation : le point de départ

Avant de mettre en œuvre quelque action que ce soit, dans le domaine de la gestion de crise, il convient de construire un diagnostic, une autoévaluation permettant de situer l'établissement dans ses capacités de réponses.

10. L'évaluation/réajustement

La capacité de l'institution à construire une analyse précise à l'issue d'un exercice ou d'une crise constitue, bien entendu, un élément essentiel du processus d'apprentissage.

Les conclusions de l'évaluation doivent être prises en considération et déboucher sur des actions correctrices lorsqu'elles sont nécessaires.

Une directive interministérielle du 15 novembre 2004 relative à la politique nationale d'exercices de défense et de sécurité prévoit l'organisation d'exercices dont l'objectif est de tester régulièrement les procédures et les mesures prévues par les plans gouvernementaux et ministériels (Biotox, Piratox...) afin d'identifier les dysfonctionnements dans les chaînes de gestion de crise et de proposer les modifications appropriées.

Le champ d'application de chaque scénario peut intégrer une dimension internationale. Les exercices nationaux peuvent impliquer plusieurs ministères, les échelons déconcentrés, les collectivités territoriales, et les opérateurs publics et privés. La politique d'exercices au niveau zonal et départemental incombe aux préfets de zone. Une démarche de retour d'expérience, commune à tous les types d'exercices, sera engagée dès la planification initiale.

42

Conception et déroulement d'un exercice

La conception, l'organisation et le suivi de l'exercice nécessitent comme préalable la mise en place d'un comité de pilotage pluridisciplinaire, sous l'égide du directeur de l'établissement, qui a pour mission de :

- définir l'objectif ;
- concevoir le scénario ;
- déterminer les moyens nécessaires ;
- organiser les conditions d'animation et d'observation de l'exercice ;
- définir les modalités d'évaluation de l'exercice.

Les questions à se poser

Comment définir l'objectif de l'exercice ?

Que souhaite-t-on tester ?

- Une partie du plan blanc ?
- Le plan blanc dans son ensemble ?
- Une annexe (N, R, B ou C) du plan blanc ?

Quel est le contexte externe ?

- Quelles sont les orientations stratégiques du schéma départemental des plans blancs ?
- Quelle est la place de l'établissement dans le schéma départemental ?
- Quelle est la nature des risques locaux (entreprises classées Séveso, nucléaire, inondations, feu...)?

Quel est le contexte interne ?

- Quelle est l'expérience acquise à l'occasion de crises antérieures ?

- Où en est l'expertise produite dans le cadre d'une réflexion préalable ?
- Existe-t-il un plan blanc finalisé ou est-on en cours d'actualisation ?
- Où en est l'institution dans sa démarche d'exercice ?

Quel scénario concevoir ?

- Le scénario finalisé de l'exercice est-il en lien avec l'objectif défini au départ ?
- Est-il adapté à la taille, à la mission, à la culture de l'établissement ainsi qu'au niveau d'expertise des professionnels ?
- Est-il compatible avec le maintien d'une sécurité d'accueil et de traitement des patients réels ?
- L'exercice est-il inopiné ou annoncé ?
- À quel moment déclencher l'exercice ?
- Le scénario doit-il prévoir des pauses permettant des réajustements immédiats ?
- Le scénario prévoit-il des événements intercurrents ?
- Quel est le circuit d'information pour confirmer les étapes du scénario et le timing de l'exercice ?
- Le scénario prévoit-il un déroulement sur un « temps compressé » (trois jours réels réduits en un jour par exemple) ?
- À quel moment, sur quels critères, selon quelles modalités, l'exercice sera-t-il déclaré comme terminé ?
- Quels seront les critères d'évaluation de l'exercice ?

42

fiche

Quels sont les moyens ?

- Quelle est la méthodologie employée ?
- Le contenu du plan blanc est-il à jour (logistique, numéros de téléphone, liste des personnels à rappeler...) ? A-t-il fait l'objet d'une autoévaluation ?
- Quels sont les moyens humains à mobiliser (nombre et qualité) ?
- Si de « fausses victimes » (plastrons) interviennent dans l'exercice : qui sont-elles ?
- Quels sont les services qui sont mobilisés ?
- Quels sont les matériels utilisés ?
- Comment identifier les observateurs, les animateurs, les invités ?
- Faut-il associer des partenaires extérieurs (sapeurs pompiers, gendarmes, médecins généralistes) ?
- Y a-t-il des documents (listing des intervenants...) et supports pédagogiques à préparer ?
- Qui se charge des invités ? Peuvent-ils accéder à l'ensemble des services ?
- Quelle est la conséquence financière des moyens engagés ?

Comment organiser l'animation et l'observation ?

- Qui seront les animateurs, les observateurs ?

Pour les animateurs

- Quel est leur rôle précis ?
- Disposent-ils d'une marge de manœuvre ?
- Quels sont les documents et supports à préparer (fil conducteur de l'exercice, rôle de chaque animateur...) ?
- Les réunions de cadrage des animateurs ont-elles permis de cibler tous les aspects du déroulement de l'exercice ?

Pour les observateurs

- Pour les observateurs étrangers à l'institution, faut-il organiser une réunion pour annoncer l'objectif et le déroulement de l'exercice ? pour cibler des points particuliers nécessitant une évaluation systématique ?
- Sont-ils répartis préalablement ou l'observation est-elle globale ?

Comment préparer l'évaluation de l'exercice ?

- Quels sont les indicateurs ?
- Comment centraliser les remarques des observateurs ?
- Quelle est la date du débriefing ?
- Quelles sont les modalités de remontée des informations ?
- Qui est chargé de la synthèse ?
- Qui est chargé des réajustements ?

Conception et déroulement d'un exercice

fiche

42

Conception et déroulement d'un exercice

Les pistes de travail

La définition de l'objectif

Niveau de complexité : il dépend du niveau des exercices préalables : une progression dans la complexité est souhaitable. Ainsi, les exercices NRBC succèdent à des exercices plus classiques.

Exercice global ou partiel

- L'exercice global doit être l'aboutissement de tests préalables.
Ces derniers portent sur le rôle fondamental de la cellule de crise, du directeur, la communication entre la cellule de crise et les services concernés. L'expérience montre que des études de cas, des mises en situation itératives sur de courtes durées (une demi-journée), et dans un secteur très limité d'activité, peuvent contribuer à l'acquisition d'une réelle maîtrise pour ceux qui se trouvent confrontés ensuite à une crise.
- Les cibles d'exercices partiels doivent concerner *a minima* :
 - la cellule de crise,
 - la communication interne, externe (tutelles, médias...),
 - l'afflux des victimes : tri, identification, orientation...,
 - la diffusion de consignes claires en situation de crise, le schéma de l'alerte,
 - les systèmes d'information.
- Il est souhaitable d'éviter de polariser les exercices sur le seul secteur des urgences.

- Certains aspects de la réalité d'une crise ne peuvent être évalués à leur juste valeur au cours d'un exercice : arrivée simultanée des journalistes, appels multiples des familles...

Le scénario

Les réajustements immédiats

- Une suspension temporaire de l'exercice peut être justifiée pour opérer des réajustements immédiats et éviter que le dysfonctionnement d'une phase ne compromette la suivante.
- Ces pauses sont, en règle générale, réservées à des exercices partiels (par exemple, l'opérationnalité de la cellule de crise).

Le temps compressé

Ce choix modifie le jeu des acteurs et les comportements. L'évaluation est plus complexe.

Un exercice inopiné ou annoncé

L'effet de surprise ne se justifie que si le personnel est déjà entraîné. L'exercice inopiné sera réservé dans un premier temps à des objectifs très ciblés : la vérification des circuits de l'alerte, le rappel des personnels...

Le moment du déclenchement

Le choix du moment de déclenchement de l'exercice est déterminant. Il sera judicieusement retenu en fonction de l'objectif défini et de la nécessité de garantir la qualité des soins. Si le test concerne par exemple le délai de constitution de la cellule de crise, il peut être préférable de choisir un dimanche ou un jour férié.

42

fiche

Le coût de l'exercice et la compensation doivent être estimés au moment de la préparation du scénario car peuvent conditionner celui-ci.

Les modalités d'organisation

Il peut être nécessaire d'envisager une information à destination du public sur la tenue d'un exercice.

La méthodologie

La méthodologie employée peut aller de l'exercice cadre (étude de cas sur papier) jusqu'à la simulation « grandeur nature ». Le type d'exercice dépend de l'objectif poursuivi. Pour tester les capacités décisionnelles, un exercice cadre peut suffire. Pour tester les capacités de mise en œuvre, la mobilisation effective des moyens est nécessaire. Exemple de type d'exercices :

- face à une situation théorique, quelles sont les décisions essentielles prises par la cellule de crise dans les dix premières minutes ? puis analyse de ces décisions ;
- estimation des capacités en lits disponibles à T 0, T + 1 h, T + 6 h avec appels dans les services dans un contexte d'afflux supposé... ;
- Arrivée de plastrons en nombre dans le service des urgences...

Les messages de déclenchement et de fin d'exercice, explicites, rôdés et connus de tous sont élaborés.

Une convention d'exercice, formalisée, servira de document de référence aux différents participants.

Intervenants - Invités

Figurant : personne jouant un rôle.

Plastron : personne qui joue le rôle de la victime et porte une pancarte sur la poitrine précisant les données cliniques.

Acteur : personnel institutionnel qui joue l'exercice.

Observateur : personne chargée d'observer le déroulement des séquences notamment sur la base d'items prédéterminés pour nourrir l'évaluation.

Animateur : personne chargée d'actionner le scénario de l'exercice.

Invité : personne autorisée à assister aux phases du déroulement de l'exercice sans rôle particulier.

Des fiches d'observation sont préétablies

Les intervenants

Les acteurs

La participation aux exercices est obligatoire pour l'ensemble des personnels. Dans le cadre d'une première expérience, il peut être judicieux de mobiliser des acteurs volontaires sur un exercice partiel.

Les observateurs

Ils peuvent contribuer à la préparation de l'exercice et adoptent, pendant son déroulement, une attitude neutre afin de ne pas induire ou modifier les comportements. Les observateurs seront retenus en nombre suffisant et sur la base de compétences *ad hoc*.

fiche

42

Les figurants

- Les **plastrons** : lors d'une réunion préalable, ils sont informés du rôle qu'ils ont à jouer individuellement et des évolutions possibles du scénario. Une pancarte avec les éléments cliniques non simulables (pouvant être évolutifs) renseigne les acteurs sur l'état de la victime.
- Les **autres** : des figurants peuvent jouer le rôle des familles, des journalistes...

Les animateurs

Une fiche de tâche issue du scénario précise le rôle propre de chacun des animateurs avec un horaire précis.

Les invités (médias, usagers...)

Un professionnel, au fait du sujet du scénario, accompagne les invités pour une meilleure compréhension de l'exercice.

Pour certaines personnes extérieures à l'établissement, une convention préalable et une information à la compagnie d'assurance adaptée peuvent être nécessaires.

Les moyens

Un réseau de communications dédié (portables, radios...) sera prévu pour les animateurs et le comité de pilotage afin d'intervenir en cas d'aléas, de s'informer mutuellement du déroulement de l'exercice et de prendre connaissance des événements notables.

Une équipe chargée de la sécurité est constituée pour accueillir, diriger, faire circuler et filtrer toute personne entrant dans l'établissement.

Un responsable est chargé de l'encadrement de chaque groupe – visiteurs, observateurs... – pour :

- maîtriser la gestion du temps ;
- contrôler les déplacements ;
- recueillir les questions posées et les remarques
- apporter les réponses aux questions.

Des brassards, des badges seront mis à disposition de toutes les personnes impliquées.

Une équipe médicale d'intervention sera dépêchée sur les lieux de l'exercice pour faire face à d'éventuels problèmes sanitaires réels dans le cours de l'exercice.

Les modalités de remise en état du site sur lequel s'est déroulé l'exercice sont envisagées d'emblée.

Un dossier documentaire à destination des invités et médias sera constitué.

La main courante relatant le déroulement chronologique des événements est tenue au niveau de la cellule de crise de l'exercice.

43

Évaluation d'un exercice

L'évaluation de l'exercice est une étape essentielle dans le processus d'amélioration du plan blanc de l'établissement. Elle s'appuie notamment sur le retour d'expérience et les réajustements qui en découlent.

Selon la définition proposée par l'École nationale des mines, « *le retour d'expérience est un outil de management, utilisé par l'encadrement pour identifier les causes de dysfonctionnement par l'analyse des faits (séances de débriefing, interviews, etc.) et pour en tirer des leçons (nouvelles consignes, modifications organisationnelles, etc.)* ». Ainsi, « *la nécessité de tirer des enseignements des incidents, dysfonctionnements, quasi-accidents, accidents ou crises pour éviter leur répétition, de procéder à des retours d'expérience est aujourd'hui assez généralement admise et même considérée comme essentielle pour la survie de certaines activités à risques. Mais, quelle que soit la reconnaissance de cette nécessité, diverses contraintes pèsent sur le développement des pratiques de retour d'expérience, déterminant assez étroitement les formes mêmes qu'elles peuvent prendre, les solutions qui tendent à être privilégiées* ». (Gilbert 2001)

Les questions à se poser

L'exercice a-t-il permis de :

- répondre aux objectifs fixés ?
- mettre en évidence d'autres objectifs à tester ?
- mesurer les écarts entre les procédures proposées et la simulation ?
- proposer des réajustements ?
- passer à un niveau supérieur de complexité ?
- confirmer les missions confiées à l'établissement dans le schéma départemental des plans blancs ?

Comment recenser et mettre en valeur tout ce qui est productif au cours de l'exercice pour l'exploiter ?

- Quelles grilles ? quels outils ? quels critères d'évaluation ?
- Quels modes d'observation ?
- Comment intégrer l'audiovisuel ? Certaines séquences particulières ont-elles intérêt à être filmées ?
- Qui décide, qui pilote et qui contrôle les réajustements à opérer ?
- Quelle forme donner au débriefing immédiat et à distance : un forum pour mettre chacun en présence ? par intranet ? par questionnaires complétés individuellement ou par équipe... ?
- Qui anime le débriefing ?
- Comment y associer le plus grand nombre et ménager le temps d'expression de chacun ?
- Le débriefing doit-il être organisé par secteur ?
- Quelles règles « éthiques » respecter au cours du débriefing ?

fiche

43

Évaluation d'un exercice

Les pistes de travail

- Les modalités et critères d'évaluation doivent :
 - permettre d'exploiter et de partager les expériences avec d'autres établissements,
 - être préparés et connus à l'avance,
 - être similaires à ceux qui pourraient être utilisés en post-alerte ou post-crise,
 - permettre de mesurer des écarts entre un résultat souhaité et le résultat observé.
- La forme des grilles d'observation reste simple afin de ne pas apporter de contraintes de remplissage pouvant limiter le champ de l'observation.
- Les objectifs de départ et les résultats attendus servent de support pour valoriser les points positifs relevés pendant le déroulement de l'exercice.
- L'expression libre des observateurs complète utilement les grilles d'observations.
- L'évaluation comporte :
 - une analyse globale concernant l'institution dans son ensemble (si exercice global),
 - une analyse secteur par secteur, service par service et *a minima* par grandes fonctions :
 - activation de la cellule de crise,
 - rappel et ou maintien des personnels,
 - les chaînes logistiques,
 - le cheminement de l'alerte,
 - le flux des familles, des médias,
 - la libération et la recherche des lits,
 - la communication,
 - les systèmes d'informations.

- Les erreurs ou dysfonctionnements sont utilisés positivement pour permettre un réajustement sans jugement de valeur.
- La conduite de l'animation du débriefing est déterminée au moment de la préparation du scénario. L'organisation du débriefing est confiée au comité de pilotage du plan blanc qui aura contribué aussi à la préparation de l'exercice.
- Le premier débriefing est organisé immédiatement après l'exercice et favorise l'expres-

Annexe

Élaboration du rapport final

Ce document est constitué à partir des éléments essentiels relatifs à la conception, au déroulement et à l'évaluation de l'exercice. Il préconise des mesures correctrices. Certains éléments du rapport seront, le jour venu, destinés à l'élaboration d'une base de données nationales qui contribuera utilement à l'amélioration d'un savoir collectif.

- La méthodologie de rédaction du rapport est commune aux situations de crise et d'exercice.
- Les rédacteurs sont identifiés au moment de la préparation de l'exercice.
- Le document présenté au sein de l'établissement comporte le plan d'actions correctrices à court, moyen et long terme.

43

fiche

sion spontanée de l'ensemble des participants, sans se limiter à l'encadrement.

- Le débriefing à distance ne doit pas se faire dans un délai supérieur à 15 jours après l'exercice.

Les points particuliers

- Les observateurs ont une expérience des fonctions évaluées et veillent à garder une attitude neutre. Ils s'appuient sur des éléments factuels et établissent un rapport final à chaque étape.

- L'utilisation d'images d'acteurs est négociée avant toute utilisation.
- Tous les participants notent leurs impressions, leurs remarques immédiatement après l'exercice, sinon il y aura reconstruction socio-mentale avec le temps qui passe.
- Un « moment de convivialité », dès la fin de l'exercice, favorise les échanges informels et clôture la phase opérationnelle.

- Le rapport final est établi dans le mois suivant l'exercice et proposé par le comité de pilotage.
- Les éléments contenus dans ce document sont factuels, mesurables et exploitables.

Le rapport final comprend notamment :

- les objectifs ;
- le thème de l'exercice, résumé du scénario.
- le déroulement de l'exercice :
 - quelles ont été les actions et initiatives ayant contribué à l'efficacité du dispositif mis en place ?
 - quels ont été les difficultés particulières, les dysfonctionnements ?
 - quelles ont été les dispositions prises pour y faire face ?

Il convient de détailler l'organisation des fonctions suivantes :

- modalités d'activation de la cellule de crise,
- cheminement de l'alerte,
- rappel ou maintien des personnels,
- chaînes logistiques,
- flux des familles, des médias,
- circuits de communication interne, externe,
- systèmes d'information ;
- les propositions de réajustement :
 - quelles sont les priorités ?
 - quelles en sont les modalités ?
 - quelle est la programmation ?
 - que peut-on réajuster immédiatement ?

La synthèse extraite du rapport final est diffusée en interne et auprès des autorités sanitaires.

Quatrième partie

Annexes

Annexe 1

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des plans blancs élargis 154

Annexe 2

Organisation des secours préhospitaliers 160

Annexe 3

L'urgence médico-psychologique :
éléments de chronologie de l'intervention 161

Annexe 4

L'urgence médico-psychologique :
fiche d'information pour les victimes 163

Fiche de renseignements pour l'élaboration des plans blancs élargis

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des plans blancs élargis

Pour les établissements constitués de plusieurs sites,
remplir une fiche par site MCO.

Capacités estimées d'accueil des urgences des établissements MCO du département de.....

Établissement	T 0		T + 1 h		T + 3 h		T + 6 h	
	UA 0	UR 0	UA 1 (UA 0 + nouveaux)	UR 1 (UR 0 + nouveaux)	UA 3 (UA 1 + nouveaux)	UR 3 (UR 1 + nouveaux)	UA 6 (UA 3 + nouveaux)	UR 6 (UR 3 + nouveaux)
CH.....								
CH.....								
CH.....								
.....								
.....								
TOTAL								

UA : urgence absolue

- **EU - extrême urgence** : blessés très graves devant être hospitalisés en urgence dans un centre disposant des services nécessaires et d'un centre de réanimation.
Transport sur les lieux d'hospitalisation en ambulance de réanimation.
- **U 1 - blessés graves** mais dont la vie n'est pas immédiatement en danger : blessés nécessitant des soins intensifs immédiats, mais pouvant être opérés dans les six heures.
Transport en ambulances médicalisées selon la disponibilité des véhicules restants.

UR : urgence relative

- **U2 - blessés sérieux** : blessés dont l'état nécessite une hospitalisation.
Transport en ambulances médicalisées ou non selon la disponibilité des véhicules restants.
- **U3 - blessés légers** : blessés ne nécessitant que des soins ambulatoires ou malades « impliqués », c'est-à-dire sans blessure corporelle mais avec une atteinte psychologique sérieuse.
Transport en ambulances selon la disponibilité des véhicules restants.

Moyens de protection contre le risque NRBC (mise à jour au

1

Protection individuelle des intervenants

Établissements de soins		Date de péremption
CH.....	Combinaisons : Masques : Cartouches : Gants : Surbottes : Manchons : Tabliers :	
	Appareil d'assistance respiratoire mécanisée :	
	Kits grippe aviaire :	
	Matériel plan Variole Masques FFP2 Lunettes Blouses usage unique	
CH.....	Masques FFP2 : Kits grippe aviaire :	
CH.....	Masques FFP2 :	
CH.....	Masques FFP2 :	
Sapeurs-pompiers		
Chaîne décontamination	Combinaisons : Masques : Cartouches :	
CMIC	Combinaisons : Appareil respiratoire isolant :	
CMIR	Combinaisons : Masques : Cartouches :	
VARE	Appareil respiratoire isolant :	
Police		
Ville de.....	Tenues de protection :	
Ville de.....	Tenues de protection :	
Gendarmerie		
Ville de.....	Tenues de protection :	
DDE		
Ville de.....	Tenues de protection :	
DMD		
Ville de.....	Tenues de protection : Appareils respiratoires filtrants :	

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des plans blancs élargis

Moyens de protection contre le risque NRBC (mise à jour au) (suite)

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des plans blancs élargis

Moyens de détection

Sapeurs-pompiers

Dotation CMIC	Explosimètre : Catharomètre : Toximètre H2S : Toximètre CO : Toximètre Cl2 : Oxygénomètre : Détecteur Draëger :
Dotation CMIR	Radiamètre AD 5 : DS 501 : Télécteur ADT : Scintillateur ADB : Balise alarme BARA : MIP 21 : CAB : Dosimètres électroniques : Spectromètre :
Dotation chaîne Décontamination	AP2C : CHEMPRO :

Établissements de soins

CHU.....	Dosimètres
----------	------------

DMD

	Dosimètres électroniques : Lecteur de dosimètres : Unité collective de contrôle de contamination : APCC F1 : Unité de déport pour AP2C : Détecteur Draëgger : Sonde Suk Sur (rayon gamma) : Papier détecteur Mle F1 Détecteur individuel AP2C
--	--

Police

Ville de.....	Appareil détection Saphydose
Ville de.....	Appareil détection Saphydose

Moyens de protection contre le risque NRBC (mise à jour au) (suite)

1

Moyens de décontamination

Sapeurs-pompiers

	Unité décontamination Utilis
	Délai d'activation (1 heure à 1 heure 30)
	Débit de l'ordre de 15 personnes/heure

DMD

	Moto pompe de décontamination Mod.F1
	Appareil de décontamination 12LM68
	Réchauffeur eau Mle 1
	Bac souple 3m ³
	Ensemble de douche de campagne
	Citerne souple 1200 litres
	Gants poudreux

Établissements de soins

CHU.....	Douche sur cuve de rétention
----------	------------------------------

Protection individuelle de la population

Antidotes

	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...
Cyanokit								
Contrathion								
Kelocyanor								
Autres								

Autres

	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...
Valium								
Adrénaline								
Atropine								

Iode (cf. plan Iode)

	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...

Respirateurs

	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...
Osiris I								
Osiris II								
B5								
Tuyaux								
Raccord annelé								

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des plans blancs élargis

Moyens de protection contre le risque NRBC (mise à jour au) (suite)

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des plans blancs élargis

Personnels formés en établissements de santé 2004-2005 (-> 30 juin 2005)

Établissement de soins	Services	Médecins	Paramédicaux	Autres	TOTAL
CH.....	SAMU, urgences pédiatrie, morgue, UAMP				
CH.....	Urgences, bloc, réanimation				
CH.....	Urgences, bloc, réanimation				
CH.....	Urgences, bloc, réanimation				
TOTAL					

Plans blancs

	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...	CH...
Plan blanc	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Annexes NRBC	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non

Experts départementaux

	NOM	Coordonnées
Nucléaire		
Biologique		
Chimique		

Capacités des établissements de santé du département de.....

Nom Etablissement	Service d'urgence	Nombre de lits					Oui / Non			
		Lits méd.	Lits chir./ obst	Réa.	SI SC	Salles interv	Postes réveil	Chir inf.	Ortho	Chir. gyné
CH...										
CH...										
CH...										
CH...										
CH...										
CH...										
CH...										
CH...										
TOTAL										

Moyens de protection contre le risque NRBC (mise à jour au) (suite)

1

Capacités des établissements de santé du département de..... (suite)

Nom établissement <i>(préciser si établissement de santé de référence)</i>	SAMU	Aire de pose hélicoptère	Service de médecine nucléaire	Laboratoire de confinement L3	Services de maladies infectieuses	Nombre de chambres d'isolement à P - dans les services de maladies infectieuses	Chambres de réanimation dotées de chambres d'isolement	Service de pédiatrie doté de chambres d'isolement à P -

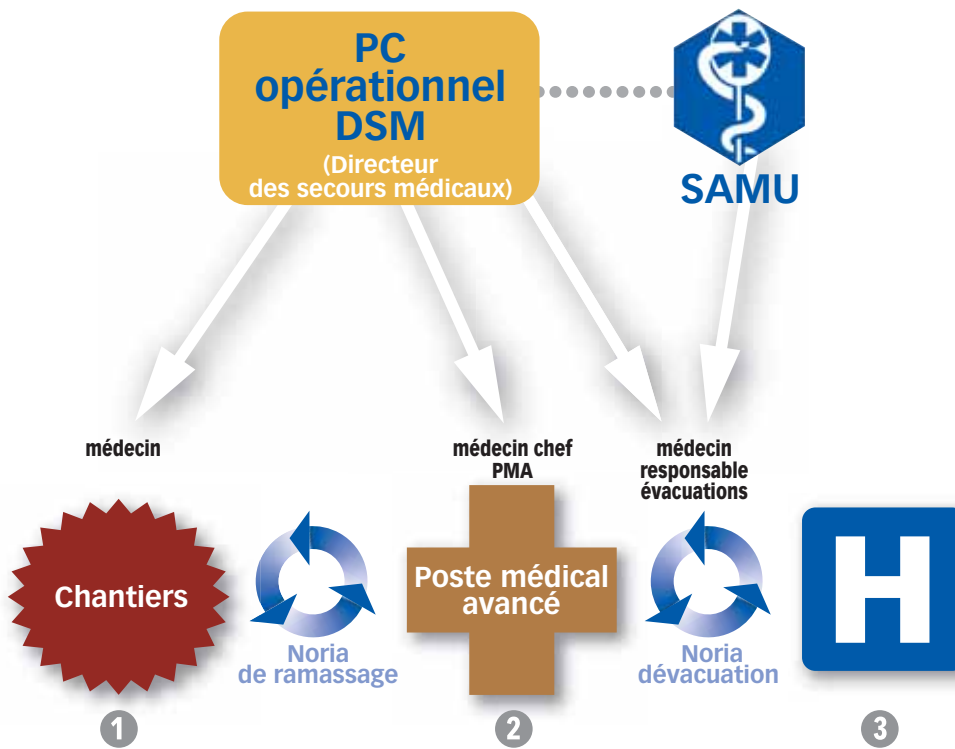
Oui / Non												
Chir. géné	Oph	Stomat	ORL	Chir. vasc	Uro	Chir. card. thora	Chir plast	Neur/ Chir	Mal. Infant.	Réa. Pédi.	Pédia.	

Fiche de renseignements pour l'élaboration des plans blancs élargis

2

Organisation des secours préhospitaliers

Organisation des secours préhospitaliers



Organisation médicale de la chaîne des secours

L'urgence médico-psychologique : éléments de chronologie de l'intervention

3

Chronologie d'intervention

- Dès que possible sur les lieux de la catastrophe.
- Poursuite sur place et/ou dans les établissements d'accueil tant que nécessaire.
- Interruption après prise en charge de la phase aiguë, activation des relais spécialisés et information large (des intervenants et victimes).

Conditions d'accueil des victimes

- Respect de la sécurité, confort, confidentialité, proximité des services appropriés et distance avec les médias.
- Attention particulière portée à l'accueil des enfants.

Repérage des victimes

- Par la CUMP.
- Par le PMA, puis, après retrait du PMA, par les médecins généralistes, le SAMU et les sapeurs-pompiers.
- Par les secouristes formés aux premiers secours sociopsychologiques (restant sur le terrain après le retrait du PMA).
- Et signalement (non spécifique) par l'entourage, les élus municipaux...

Rencontre sur place ou dans un lieu d'accueil, ou à domicile

- Rencontre empathique.
- Évaluation nécessaire de la pertinence de l'intervention, si le signalement n'émane pas de médecins, d'équipes de la CUMP ou de secouristes formés.

Évaluation psychopathologique des facteurs de vulnérabilité et prédictifs de la survenue d'un état de stress post-traumatique (ESPT)

- Évaluation complète retranscrite sur la fiche d'évaluation (fiche modifiée de N. Prieto et col.).

Traitement médicamenteux / entretien spécialisé

- Traitement sédatif et/ou anxiolytique si nécessaire.
- Entretien spécialisé (notion de controverse du débriefing, et en particulier de son efficacité sur la prévention de l'ESPT. Prudence quant à son utilisation : uniquement par des soignants formés et dans des indications très précises).
- Fournir si besoin un certificat (arrêt de travail et / ou de lésions psychiques).

L'urgence médico-psychologique :
éléments de chronologie de l'intervention

Prévention concernant un ESPT : information, suivi spécialisé

- Lors d'examen perturbé, et/ou de facteurs de vulnérabilité pour un ESPT, et/ou des facteurs prédictifs de survenue d'un ESPT, prévoir une consultation spécialisée systématique plus ou moins à distance.
- Lorsque l'examen est normal, donner une information précise mais succincte (oralement et avec support papier) sur la possibilité de survenue de ce trouble, et la nécessité alors de consultation. Conseils simples d'hygiène de vie et de lutte contre le stress.

Prévention concernant l'intervention sectaire et de pseudo-psychothérapeutes

- Risque de survictimisation connu.
- Information spécifique des victimes (oralement, et support papier).
- Information de l'ensemble des intervenants, et exclusion de volontaires de la CUMP et adeptes de secte, effectuant du prosélytisme pendant leur mission.
- Refus de propositions spontanées d'aide par des thérapeutes inconnus et à la formation inconnue.
- Signalement d'activités douteuses, en partenariat avec l'ADFI et les services de l'État.
- Intérêt d'un réseau de soins en psycho-traumatisme identifié et repéré.

Relais médico-psychologiques

- Si possible déjà en place.
- A activer, voire renforcer, avant la fin de la mission de la CUMP (par le biais d'un partenariat précoce, de courriers, rencontres, et entretiens téléphoniques).
- Information de tous les intervenants avant désactivation de la CUMP.
- Liste de consultations spécialisées disponible (médecins généralistes, mairies, numéro spécial...).
- Parfois avec des spécialistes étrangers (ex. : catastrophe concernant des touristes).

Orientation vers des associations ou les services sociaux

- Association d'aide aux victimes : par le biais de fiche d'information.
- Assistantes sociales : par le biais des mairies, et de l'hôpital.

Conseils, recommandations

- Œuvrer en coordination avec l'ensemble des partenaires (champs d'aide sociopsychologique, associatifs, de l'Éducation nationale...).
- Œuvrer en continuité avec le réseau de santé mentale existant (urgences, secteurs...).
- Être attentif aux enjeux sociopolitiques et médiatiques, repoussant parfois les limites et les champs d'intervention.
- Repréciser si nécessaire les rôles de chacun pour éviter les confusions.
- Diffuser quotidiennement par fax les sites d'intervention à l'ensemble des intervenants : préfecture, DDASS, SAMU, CODIS, CUMP en renfort, partenaires de l'urgence médico-psychologique...
- Penser d'emblée aux relais.

L'urgence médico-psychologique : fiche d'information pour les victimes

4

A traduire et adapter dans les langues les plus pratiquées en France (anglais, allemand, espagnol, arabe, italien, portugais)

CELLULE D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DU 00 SAMU 00

Dr X... Y...

Psychiatre référent départemental CUMP 00

Tél. : 00 00 00 00 00

Vous avez été victime ou impliqué(e) dans un événement inhabituel et exceptionnel.

- >> Vous avez ressenti une peur intense, un danger. Vous avez peut-être été blessé(e) physiquement.
- >> Sur le moment, vous avez réagi par de l'angoisse et des attitudes ou comportements inhabituels : pleurs, crise de tremblements, malaise, inhibition ou agressivité, sentiment de détresse... Ces réactions ne sont pas forcément anormales et peuvent disparaître rapidement.
- >> Ces états de stress intense peuvent parfois entraîner plus tard (dans les jours, semaines, mois...) des troubles psychologiques de type anxieux, ainsi que d'autres comportements, attitudes ou sentiments :
 - des images de l'événement s'imposant le jour, la nuit (cauchemars),
 - de l'angoisse, de la dépression,
 - des troubles du sommeil, une irritabilité et/ou fatigabilité,
 - des troubles de la concentration, un sentiment d'insécurité ou malaise...

Nous vous conseillons alors de consulter au plus tôt votre médecin traitant ou un médecin spécialiste (liste et coordonnées disponibles au 00 00 00 00 00).

>> Conseils

- Votre témoignage peut être sollicité par les médias. Cette situation exceptionnelle peut générer une attitude, des comportements et propos que vous pouvez regretter par la suite.
- Un soutien « psychologique » peut vous être proposé par des mouvements à caractère sectaire et/ou des pseudo-psychothérapeutes. Leurs motivations sont tout autres (prosélytisme, escroquerie...). Soyez vigilants !

L'urgence médico-psychologique :
fiche d'information pour les victimes

La fiche d'évaluation des victimes permet :

- d'évaluer l'état psychique des victimes,
- de rechercher des facteurs de vulnérabilité pour un ESPT,
- de rechercher des facteurs prédictifs d'évolution vers un ESPT,
- de choisir l'orientation adaptée pour les victimes,
- de transmettre des éléments aux partenaires de santé,
- de permettre une éventuelle étude épidémiologique,
- de permettre une évaluation de l'action CUMP.

L'urgence médico-psychologique :
fiche d'information pour les victimes

FICHE D'ÉVALUATION DES VICTIMES

à partir de la fiche modifiée du Dr N. Prieto et col. (1999)

CUMP : Département : Soins de terrain : n° tri
 Nom : N° :
 Prénom : Médecin traitant (indispensable) :
 Nationalité :
 Sexe : Adresse :
 Adresse : Téléphone :
 Téléphone :

CUMP intervenante

Date : Heure (de l'examen) :
 Date : Heure (de l'événement) :
 Nature de l'événement :
 Intervenant :
 Psychiatre Psychologue Infirmier

Victime Soins

Directe (blessé physique) : Individuels :
 Indirecte (impliqué) : En groupe :
 Témoin :
 Famille/entourage :
 Sauveteur/soignant :

Atteintes somatiques Non Oui Lesquelles :

Plaintes somatiques Non Oui Lesquelles :

Contact avec l'intervenant Satisfaisant Peu satisfaisant
 Insatisfaisant Très insatisfaisant

Verbalisation Spontanée Provoquée facile
 Provoquée difficile Absente

Nature du récit Factuel exclusif Amnésie
 Factuel et émotionnel Récit absent
 Emotionnel exclusif

Exemple

4

Anxiété	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Très sévère (effroi)	Thymie	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Plutôt triste <input type="checkbox"/> Franchement triste <input type="checkbox"/> Exaltée, euphorique <input type="checkbox"/> Mixte
----------------	--	---------------	--

Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Inhibition <input type="checkbox"/> Sidération <input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Actes automatiques <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Dissociation <input type="checkbox"/> Délire
---------------------------------	--	---

Facteurs de vulnérabilité pour la survenue d'un ESPT (si l'entretien le permet) :

- pour le sujet :
- sexe féminin :
- antécédent(s) de trauma (dont abus physique ou sexuel) :
- séparation prolongée des parents dans l'enfance :
- antécédents psychiatriques (dépression, troubles anxieux, troubles addictifs, troubles de personnalité) :
- antécédents familiaux d'anxiété :
- caractéristiques de l'événement :
- violence interpersonnelle intentionnelle (viol, agression, torture) :
- intensité subjective de la menace vitale :

Facteurs prédictifs de survenue d'un ESPT :

- réaction dissociative :
- état de panique :

Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Produit(s) Posologie Voie d'administration <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IM
---------------------------------	---

Entretien	<input type="checkbox"/> Classique formel <input type="checkbox"/> Informel <input type="checkbox"/> A titre informatif <input type="checkbox"/> Débriefing (préciser le type) <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Information sur le risque d'ESPT	<input type="checkbox"/> Donnée <input type="checkbox"/> Non donnée
------------------	--	---	--

Synthèse	État de stress dépassé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Facteurs de vulnérabilité pour ESPT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Facteurs prédictifs d'un ESPT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-----------------	--

Orientation

- Surveillance
- Hospitalisation (préciser dans quel service)..... (pour suivi ultérieur)
- Retour à domicile après information si tableau rassurant et absence de facteurs de risque
- Retour à domicile +/- avec suivi conseillé
ou prévu (courrier prévu pour le médecin traitant) si tableau clinique pathologique
- Retour à domicile avec suivi fortement conseillé (rendez-vous déjà pris)
si tableau clinique initial inquiétant et facteurs de risque retrouvés
- Orientation vers le service social/une association/autre (préciser) :

 L'urgence médico-psychologique :
 fiche d'information pour les victimes

Support de communication	167
Glossaire	168
Liste des abréviations	171
Bibliographie	173
Remerciements	177
Table des matières	181

Support de communication

Dans la perspective de contribuer à la sensibilisation du plus grand nombre de professionnels de santé, les communications faites au cours d'un colloque sur ces questions, ont fait l'objet d'un CD-Rom interactif disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr

*www.sante.gouv.fr → Accès simplifié par thème → Sécurité sanitaire
→ Plan blanc → Actes de la journée du 20 juin 2005*

Pour télécharger le CR-Rom interactif, il faut posséder une liaison Internet rapide (256 Mo), décompresser le fichier nmemoris.zip, puis, dans le dossier nmemoris, lancer le programme en double-cliquant sur intro.exe.

La version 2 du guide présent est également disponible :

*www.sante.gouv.fr → Accès simplifié par thème → Sécurité sanitaire
Format Acrobat Reader*

Merci par avance de bien vouloir contribuer à une large diffusion de ces documents. Ces supports ont vocation à être utilisés par les services de l'État et les établissements de santé pour contribuer à leur communication interne sur la gestion de crise, les plans blancs élargis et les plans blancs des établissements.

Glossaire

A

Accident : événement ou chaîne d'événements non intentionnels et fortuits provoquant des dommages.

Alerte : signal prévenant d'un danger et appelant à prendre toutes les mesures de sécurité possibles.

C

Criticité : la criticité d'un événement est le produit de la fréquence de survenance par le facteur de gravité.

Crise : une crise est une situation qui menace les priorités et les missions d'une organisation, il s'agit d'une situation d'accélération des événements qui déborde les capacités de l'organisation. C'est un moment caractérisé par un changement subit et généralement décisif ou une aggravation brusque d'un état chronique.

D

Danger : ce qui peut compromettre la sécurité ou l'existence de quelqu'un ou de quelque chose (*Dictionnaire universel francophone*, Hachette 1997).

Défaillance : altération ou cessation de l'aptitude d'un système à accomplir sa mission. La défaillance est distincte du défaut qui se trouve lui, dès l'origine, dans un système, et qui est l'écart entre la caractéristique d'une entité et la caractéristique voulue, cet écart dépassant une limite définie d'acceptabilité.

Défense en profondeur : mécanisme intégré au système qui permet de limiter la production ou la propagation des défaillances.

Disponibilité : aptitude d'un système à remplir sa mission à un instant déterminé ou la mesure de cette aptitude sur une période d'observation déterminée (disponibilité observée).

Domage : dégât ou préjudice subi par des personnes dans leur corps (dommages corporels) ou dans leur patrimoine (dommages matériels).

Dysfonctionnement : problème au regard d'un fonctionnement normal ; on peut distinguer :

- la non-conformité, correspondant à une non-satisfaction à une exigence spécifiée ;
- l'anomalie, écart entre une situation existante et une situation attendue ;
- le défaut, non-satisfaction à une exigence ou à une attente raisonnable.

E

Événement indésirable : situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables :

- dysfonctionnement (non-conformité, anomalie, défaut) ;
- incident ;
- événement sentinelle ;
- précurseur ;
- presque accident ;
- accident.

Événement sentinelle : occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée.

F

Fiabilité : probabilité qu'un système accomplira une mission définie pendant une durée déter-

minée. Les concepts de fiabilité et de défaillance sont également applicables aux personnes et aux sous-systèmes comprenant des hommes et des machines avec les « interfaces » homme/machine.

G

Gravité : importance d'un dommage correspondant à un accident ou à un risque.

I

Incident : événement fortuit, peu important en soi et n'ayant pas engendré de conséquence.

M

Maintenabilité : aptitude d'un système à être maintenu ou rétabli dans un état dans lequel il peut accomplir sa mission. On peut la mesurer par la probabilité que le système soit ainsi rétabli par des opérations de maintenance bien déterminées. Ce concept s'est développé à partir de 1965 pour réduire les coûts de maintenance des systèmes avancés.

Maintenance : ensemble des opérations permettant de restaurer, de vérifier ou de contrôler la disponibilité d'un système. La maintenance corrective intervient après une défaillance. La maintenance préventive intervient avant pour réduire la probabilité des défaillances.

Malveillance : événement ou chaîne d'événements intentionnellement déclenchés pour provoquer des dommages.

P

Précurseur : événement critique qui peut conduire à l'accident avec une probabilité importante ; cette probabilité n'est pas définie dans l'absolu mais au regard de la gravité du risque correspondant.

Presque accident : situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter.

Prévention : mesure visant à la réduction de la fréquence des risques.

Procédure : la procédure est la « manière spécifiée d'accomplir une activité ou un processus ». Il ne faut pas confondre procédure et processus : la procédure décrit le processus.

Processus : le processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie. On peut dire également qu'il s'agit d'un ensemble complexe de tâches à réaliser dans un objectif donné. Il ne faut pas confondre avec la procédure qui décrit la manière de réaliser le processus.

Protection : mesure visant à la réduction de la gravité des risques.

Protocole : le protocole concerne un niveau opérationnel : « Comment je fais pour... » Le protocole s'adresse en général à une catégorie professionnelle donnée. Les protocoles sont aussi parfois appelés « instructions de travail », « fiches techniques » ou « modes opératoires ».

Q

Qualité : aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences.

R

Récupération : dépistage et traitement d'une défaillance entre le moment où elle se produit et la réalisation de l'événement redouté auquel elle aurait pu conduire.

Retour d'expérience : organisation visant à tirer des enseignements des incidents, dysfonctionnements, presque accidents ou crises pour éviter leur répétition. Il n'existe pas de définition universellement admise. Le retour d'expérience passe par des pratiques et des procédures fort diverses.

Résilience : aptitude d'une organisation à résister aux situations présentant des dangers avec un minimum de dommages. La résilience d'un système, au sens technique, humain, et organisationnel, se construit en deux temps :

- lors de la conception, en cherchant à développer un système sûr, résistant aux événements imprévus, pourvu de défenses efficaces ;
- lors de la vie du système, en analysant les incidents, leur gestion par les acteurs et le comportement des défenses, afin d'identifier aussi bien les fragilités que les ressources qui ont permis de les gérer au mieux et de tirer les leçons de cette analyse.

Risque : plusieurs définitions peuvent être proposées :

- situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ;
- tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine.

S

Sécurité : état dans lequel le risque pour les personnes est réduit au minimum ; cet état est obtenu par une démarche de sécurité permettant d'identifier et de traiter les différentes sources de risques.

Sûreté de fonctionnement : aptitude d'un système à satisfaire l'ensemble des performances opérationnelles requises pour une mission donnée. La notion de sûreté de fonctionnement fait intervenir les concepts de fiabilité, de maintenabilité, de disponibilité.

T

Traçabilité : possibilité de retrouver, dans un système, une liste d'informations déterminées attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances.

V

Victime : en référence à la déclaration des Nations unies pour les principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité signée le 29 novembre 1985, on entend par « victimes » des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un état membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de droit.

Glossaire extrait de Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003, document ANAES (avec l'aimable autorisation des auteurs).

Liste des abréviations

A

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMU : aide médicale urgente

ANFH : Association nationale de formation hospitalière

ARH : agence régionale d'hospitalisation

AZF : usine appartenant à la filiale Total Fina-Elf dans laquelle survint une explosion le 21 septembre 2001

B

BIOTOX : plan d'intervention spécialisé dans le domaine biologique

C

CDIS : comité départemental d'incendie et de secours

CEMA : chef d'état-major des armées

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CIRE : cellule d'intervention régionale en épidémiologie

CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales

CMC : commission médicale consultative

CME : centre médical d'évacuation

CODAMUPSTS : comité départemental de l'aide médicale d'urgence et permanence des soins et des transports sanitaires

CODIS : centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

COGIC : centre opérationnel de gestion interministérielle des crises

COM : centre opérationnel ministériel (de gestion de crise)

COS : commandant des opérations de secours

CPCO : centre de planification et de conduite des opérations

CSTH : comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

CTA : cellule de traitement de l'alerte

CTRI : comité technique régional et interdépartemental

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

D

DARH : directeur de l'agence régionale d'hospitalisation

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGS : direction générale de la santé

DGSNR : direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DOS : directeur des opérations de secours

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DSDS : direction de la santé

et du développement social (DOM)

DSM : directeur des secours médicaux

DZ : zone de pose d'hélicoptère

E

EDF : Électricité de France

EMIAZD : état-major inter-armées de la zone de défense

EMZ : état-major zonal

ENSP : École nationale de la santé publique

H

HAS : Haute Autorité de santé

HIA : hôpitaux d'instruction des armées

HFD : haut fonctionnaire de défense

I

INAVEM : Institut national d'aide aux victimes et de médiation

InVS : Institut de veille sanitaire

M

MDPH : module de décontamination préhospitalier

N

NRBC : nucléaire, radiologique, biologique et chimique

O

OGZD : organisation générale de la zone de défense

OGZD : officier général de la zone de défense

ORSEC : organisation des secours

P

PAQ : programme d'amélioration de la qualité

PARM : permanencier auxiliaire de régulation médicale

PC : poste de commandement

PCR : protéine chaîne réactive

PIRANET : plan d'intervention spécialisé dans le domaine des systèmes d'information

PIRATOME : plan d'intervention spécialisé dans le domaine nucléaire et radiologique

PIRATOX : plan d'intervention spécialisé dans le domaine chimique et toxique

PMA : poste médical avancé

PMI : protection maternelle et infantile

POSU : pôle spécialisé d'accueil et traitement des urgences

PPI : plan particulier d'intervention

PSS : plan de secours spécialisé

S

SAMU : service d'aide médicale urgente

SDIS : service départemental d'incendie et de secours

SEVESO : commune italienne ayant été victime d'un rejet accidentel de dioxine.

Risques seveso : risques industriels majeurs impliquant des substances dangereuses

SGDN : secrétaire général de la défense nationale

SMS : service médical des secours

SMUR : service médical d'urgence et de réanimation

SRAS : syndrome respiratoire aigu sévère

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

SSSM : service de santé et de secours médical

T

TMD : transport de matières dangereuses

U

UA : urgence absolue

UR : urgence relative

V

VIGIPIRATE : plan gouvernemental de vigilance, prévention et protection

Bibliographie

Ouvrages/articles

- Boissier-Rambaud C., Champion-Daviller M.-N., Nebesarova J., Barbin B., Fessler J.-M., *Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité. Accréditation, gestion des risques, normalisation, assurance de la qualité, certification*, Lamarre, 2^e édition, Paris, 1998.
- Crocq L., « Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes », *Psychiatrie française* 1998, n° 1.98, pp. 31-39.
- Crocq L., « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Annales médico-psychologiques*, n° 156, 1, pp. 48-53.
- Cellule nationale de coordination et d'appui à la lutte contre le risque NRBC, direction de la défense et de la sécurité civile, *Guide opérationnel interministériel d'intervention NRBC*, vol. 1 et 2, Paris, mars 2004.
- Dupuy J., *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible est certain*, Seuil, Paris, 2002.
- *Gestions hospitalières*, L'hôpital et la gestion de crises, n° 439, octobre 2004.
- Godard O., Henry C., Lagadec P., Michel-Kerjan E., *Traité des nouveaux risques*, Gallimard, Folio-Actuel, Paris, 2002.
- Jonas H., *Le Principe responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique*, Flammarion, Paris, 1998.
- Lagadec P., *Cellules de crise : les conditions d'une conduite efficace*, Éditions d'organisation, Paris, 1995.
- Le Doussal R., Laures-Colonna P., *La Sécurité à l'hôpital*, ESF, coll. Gérer la santé, Paris, 1992.
- Libaert T., *La Communication de crise*, Dunod, Paris, 2001.
- Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Direction générale de la santé, *Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles : conduite à tenir pour les professionnels de santé*, SICOM, Paris, 2003. Disponible sur le site www.sante.gouv.fr
- Morel C., *Les Décisions absurdes. Sociologie des erreurs radicales et persistantes*, Gallimard, coll. Bibliothèque des sciences humaines, Paris, 2002.
- Ogrizek M., Guillery J.-M., *La Communication de crise*, PUF, coll. Que sais-je ? n° 3272, 2000.
- Orio R., « Santé publique, santé mentale. À propos des CUMP », *Revue des SAMU*, octobre 2002, n° 160, t. xxiv, n° 5.
- Prieto N., Weber E., Borgne N., Louville P., *Évaluation clinique immédiate*, AFORCUMP, Paris, 1999.
- Reveret R., Moreau J.-N., *Les Médias et la communication de crise*, Économica, Paris, 1997.
- *La Revue du praticien*, Le praticien face aux risques sanitaires, n° 18, tome 55, novembre 2005.
- Roux-Dufort C., *Gérer et décider en situation de crise, outils de diagnostic de prévention et de décision*, Paris, Dunod, 2000.
- Van Loey C., *Traumatismes psychiques, un fléau masqué trop ignoré : les apports de l'hypnose (voir CUMP)*, Paris, Satas, collection Le Germe, oct. 2005.

Rapports

- **Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées**, « Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001 : enseignements et propositions sur l'organisation des soins », rapport de mission de Dominique Peton-Klein, Paris, septembre 2002.
- **Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées**, « Inondations de septembre 2002 dans le sud-est de la France », rapport de mission de Dominique Peton-Klein, Paris, août 2003.
- **Commission des affaires culturelles, familiales et sociales**, « La crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule », Assemblée nationale, février 2004 (www.senat.fr/rap/r03-195/r03-195/html - www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1091-t1-3.asp).
- **Baliska M.-A. et Spira A.**, rapport du CNSS, « Système d'information des alertes de sécurité sanitaire », octobre 2001.
- **Létard V., Flandre H., Lepeltier S.**, rapport d'information n° 195 (2003-2004) fait au nom de la mission commune d'information, déposé le 3 février 2004 : « La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise » (www.senat.fr/rap/r03-195/r03-195/html).
- **Setbon M.**, rapport du CNSS, « Critères, méthodes et procédures utilisés dans le processus de décision », novembre 2001.

Textes législatifs et réglementaires

Lois

- Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article 23).
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.
- Loi n° 2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire.

Arrêtés

- Arrêté du 29 juin 2000 relatif à la désignation des délégués de zone de défense et à l'organisation territoriale de la défense dans le domaine des affaires sanitaires et sociales.
- Arrêté du 25 avril 2002 portant application du décret du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État au ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

- Arrêté du 29 avril 2002 fixant les taux des indemnités des astreintes en application du décret du 29 avril 2002 relatif aux modalités de rémunération des astreintes de certains personnels relevant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence.
- Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
- Arrêté du 17 mars 2006 portant création d'un comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

Décrets

- Décret n° 80-243 du 3 avril 1980 relatif aux attributions des hauts fonctionnaires de défense (en cours de révision).
- Décret n° 86-1231 du 2 décembre 1982 relatif aux centres opérationnels de défense.
- Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des DRASS et DDASS.
- Décret n° 95-523 du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués de zone de défense.
- Décret n° 2000-555 du 21 juin 2000 : organisation territoriale de la défense (zones de défense).
- Décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relative à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État.
- Décret n° 2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone.
- Décret n° 2002-254 du 22 février 2002 : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.
- Décret n° 2002-640 du 29 avril 2002 relatif aux modalités de rémunération des astreintes de certains personnels relevant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- Décret n° 2002-917 du 30 mai 2002 relatif aux préfets délégués pour la sécurité et la défense auprès des préfets de zone.
- Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.
- Décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements.
- Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave.
- Décret 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.
- Décret 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

Circulaires

- Circulaire DH/EO4-DGS/SQ2 n°97/383 du 28 mai 1997.
Création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
- Circulaire n° 2002-191 du 3 avril 2002 relative au renforcement des moyens en personnels des services déconcentrés, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme.
- Circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002 : doctrine d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques.
- Circulaire n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accidents nucléaires ou radiologiques.
- Circulaire DAGPB/MSD/MISSION/ARTT/SRH n° 2002-625 du 23 décembre 2002 relative aux astreintes pour les personnels techniques et administratifs des DDASS et DRASS.
- Circulaire DGS/DGUHC/DDSC n° 114 du 7 mars 2003 : relative aux actions de prévention et de protection des installations de distribution de l'air dans les établissements recevant du public face à une contamination intentionnelle ou accidentelle de nature chimique ou biologique.
- Circulaire n° 800/SGDN/PSE/PPS du 23 avril 2003 relative à la doctrine d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives.
- Circulaire DHOS/O2/DGS/C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
- Circulaire HFD/DAGPB n02003-422/DAGEMO n° 2003-04 du 29 août 2003 relative au fonctionnement du centre ministériel.
- Circulaire DAGPB n° 2003-441/DAGEMO n° 2003-05 du 12 septembre 2003 relative aux astreintes pour les personnels centraux des ministères des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité et de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
- Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.
- Circulaire n°587 DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- Circulaire DHOS/E2/E4 n° 176 du 29 mars relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/SD2/2006/207 du 10 mai 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

Note

- Note n° 03-058 de la Direction générale de la santé du 21 février 2003 relative à la procédure de gestion des alertes sanitaires associant les services déconcentrés, les CIRE, l'InVS et la DGS.

Remerciements

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins tient à remercier tous ceux dont l'expérience directe en matière de schémas départementaux des plans blancs, de plans blancs, de gestion de crise, d'exercices, a inspiré le contenu de ce guide, en particulier les personnes ayant participé à la conception, à l'écriture et à la relecture de celui-ci.

Les auteurs

- Christine Ammirati, *praticien hospitalier, responsable SAMU-Cesu 80*
- Catherine Bertrand, *praticien hospitalier, SAMU-Cesu 94*
- Michel Bouisse, *médecin inspecteur de santé publique, DRASS Poitou-Charentes, cellule Biotox*
- Jean-Robert Chevallier, *directeur des ressources humaines et des affaires médicales, centre hospitalier, Blois*
- Marc Di Palma, *médecin inspecteur de santé publique, DRASS Bourgogne, cellule Biotox*
- Jean-Marie Fessler, *directeur de l'action sanitaire et sociale de la MGEN, certifié en Health Care Risk Management, université de Chicago*
- Emmanuelle Ginies, *praticien hospitalier, psychiatre CUMP, centre hospitalier de Libourne 33*
- Catherine Pillet, *directeur d'hôpital, chargée de mission, DHOS, cellule gestion des risques (coordinatrice du projet)*

Ce document est disponible sur le site

du ministère de la santé et de la protection sociale :

www.sante.gouv.fr → accès simplifié par thème → sécurité sanitaire.

Format acrobat reader.

Pour le cahier spécifique
« L'établissement de santé en tension » page 121

Remerciements aux participants du séminaire du 23 septembre 2005

- Philippe Dabadie, *praticien hospitalier, département des urgences adultes, hôpital Pellegrin CHU de Bordeaux, représentant la Conférence des présidents de CME de CHU*
- Anne Decq, *directrice adjointe pôle médical et urgences, CHU de Toulouse*
- Yann de Kerguenec, *responsable du pôle juridique, Fédération de l'hospitalisation privée*
- Michèle Devos, *directrice des soins, délégation des urgences, CHRU de Lille*
- Marcel Dossmann, *directeur adjoint, responsable crise, CHU de Nancy, représentant la Conférence des directeurs de CHU*
- Christian Dubosq, *directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie, représentant la Conférence des DARH*
- Jean-Louis Ducasse, *chef de service, SAMU 31 et SMUR de Toulouse*
- Francis Fellingner, *président de la conférence de CME de CH*
- Anne-Claire Gautron, *directrice des affaires médicales, CH de Saint-Nazaire*
- Hubert Isnard, *coordonnateur de la cellule interrégionale d'épidémiologie, Ile-de-France, représentant l'InVS*
- Roch Joly, *praticien hospitalier, UF médecine de catastrophe, SAMU/SMUR de Lille*
- Catherine Latger, *chargée de mission auprès du directeur général, CHU de Nîmes*
- Emmanuel Lavoue, *directeur de cabinet, CHRU de Strasbourg*
- Vincent Leroux, *directeur pôle santé, École centrale de Paris, représentant la Fédération hospitalière de France*
- Philippe Meyer, *directeur de la qualité, de l'organisation et du système d'information, CHI de Belfort Montbéliard*
- Vincent Mounic, *conseiller technique, Haute Autorité de santé*
- Michel Peltier, *directeur DRASS Ile-de-France, président de la Conférence des DRASS*
- Camille Perdigou, *attachée juridique, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif*
- Mireille Vedeau Ulysse, *pour la Conférence des DDASS*

Les membres du groupe de travail :

- Christine Ammiratti, *chef de pôle urgences, SAMU/Smur-CESU Amiens*
- Marc Bernard, *chef de service, Urgences/SMUR Saint-Quentin*
- Catherine Bertrand, *praticien hospitalier, SAMU-CESU Créteil*
- Michel Bouisse, *médecin inspecteur de santé publique, DRASS Poitou-Charentes*
- Jean-Robert Chevallier, *directeur des ressources humaines et des affaires médicales, CH de Blois*
- Jean-Emmanuel de La coussaye, *chef du département urgences, réanimation, SAMU 30*
- Marc Di Palma, *médecin inspecteur de santé publique, DRASS Bourgogne*
- Jean-Marie Fessler, *directeur des établissements de la MGEN*
- Gérard Meyer, *chef de service, urgences/SMUR Creil*
- Laurence Nivet, *directrice d'hôpital, adjointe au chef de bureau 01, ministère de la Santé et des Solidarités*
- Catherine Pillet, *directrice d'hôpital, chargée de mission, cellule de gestion des risques, ministère de la Santé et des Solidarités*

Et pour ses précieux conseils :

- Christian Regouby, *expert et formateur en management, communication et cellules de crise*

Pour le cahier spécifique

« L'exercice de gestion de crise » page 141

Remerciements aux participants du séminaire du 20 septembre 2004

- Marie-Cécile Barthet, *praticien hospitalier, SAMU de Toulouse*
- Christelle Bourson, *directrice, CHU d'Amiens*
- Franck Brasse, *praticien hospitalier, urgences de Dieppe*
- Françoise Braud, *directeur de soins, CH de Châtellerauld*
- Alain Brousseau, *directeur, CH de Gisors*
- Patrick Camphin, *directeur, Assistance publique-Hôpitaux de Paris*
- Louis-Marie Challet, *directeur, CHU de Poitiers*
- Patrick Dufnerr, *cadre infirmier, CHU de Lille*
- Jean-Pascal Giocanti, *praticien hospitalier, CH de Besançon*
- Patrick Goldstein, *praticien hospitalier, SAMU de Lille*
- Paul Petit, *professeur, SAMU Hospices civils de Lyon*
- Guillaume Saour, *élève directeur, ENSP*
- Christophe Van der Linde, *coordonnateur de zone*
- Michel Boulnois, *directeur, CHU d'Amiens*
- Marie-Françoise Dumay, *gestion des risques, PSPH Saint-Joseph*
- Saïd El Badri, *praticien hospitalier, CH de Châtellerauld*
- Emmanuelle Ginies, *psychiatre CUMP, CH de Libourne*
- Daniel Jannière, *praticien hospitalier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris*
- Arnaud Joan-Grangé, *élève directeur, ENSP*
- Marie-Hélène Monnier, *cadre infirmier, CH de Dieppe*
- Annette Nivoit, *directrice, EHPAD*
- Philippe Otge, *directeur général adjoint, CH de Toulouse*
- Jean-Pierre Perfus, *praticien hospitalier, CH d'Annecy*
- Christian Queyroux, *directeur général adjoint, CH de Besançon*
- Jean Rouffineaux, *praticien hospitalier, SAMU de Poitiers*
- Philippe Vandewoestyne, *directeur, CH de Lille*

Table des matières

Avant-propos	2
Introduction	6
Première partie	
La crise et sa gestion	9
La gestion d'une crise	10
Pourquoi la gestion de crise ?	11
L'événement initiateur, le développement, le contrôle de la situation	12
La culture de crise	12
L'organisation de crise	12
Le plan de crise et le plan blanc	12
La maîtrise des risques	13
La communication de crise	13
Du local au national : les différents niveaux d'intervention	14
Les niveaux opérationnels	14
Les établissements de santé de référence	14
Les autres établissements de santé	16
Le service de santé des armées	16
Les niveaux de coordination	17
L'échelon départemental	17
Le préfet de département	17
La direction départementale des affaires sanitaires et sociales	17
Le service d'aide médicale urgente	18
Le service départemental d'incendie et de secours	19
L'échelon zonal	19
Le préfet et l'état-major de zone	20
Le délégué de zone	21
Le SAMU zonal	21
L'échelon national	22
Le ministère de la Santé et des Solidarités	22
<i>La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins</i>	23
<i>La direction générale de la santé</i>	23
<i>La direction générale de l'action sociale</i>	23
<i>Le service du haut fonctionnaire de défense</i>	24
Les autres intervenants	24
<i>La direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection</i>	24
<i>Les agences de sécurité sanitaire</i>	24
Le niveau d'appui et/ou d'expertise	25
La direction régionale des affaires sanitaires et sociales	25
L'agence régionale de l'hospitalisation	25

Table des matières

La typologie des plans de secours	26
Le plan d'organisation des secours ORSEC	26
Les plans d'urgence	26
Les plans destinés à porter secours	
à de nombreuses victimes : les plans rouges	27
Les plans particuliers d'intervention	27
Les plans de secours spécialisés	28
Les plans gouvernementaux « pirates »	28
Les plans sanitaires spécifiques	28
Plans nationaux	28
Dispositifs dont la mise en œuvre départementale est demandée aux préfets par voie de circulaire	29
La chaîne médicale des secours	30
L'organisation sur le terrain	30
La régulation médicale du SAMU	31
La cellule d'urgences médico-psychologiques	32
Les plans blancs élargis	33
Les principes généraux d'élaboration	34
La connaissance des risques et leur prévision	35
Les flux de victimes	35
La place et le rôle des établissements de santé	36
L'organisation des moyens de transport sanitaires	36
La réactivité du dispositif	36
Les modalités de suivi du plan blanc élargi	37
Les modalités organisationnelles	37
Les indicateurs à retenir	37
Le plan blanc	38
Les principes généraux d'élaboration du plan blanc	38
Le rôle du directeur de l'établissement de santé	39
Les modalités de déclenchement	40
L'activation d'une cellule de crise	40
Le maintien du personnel sur place et le rappel d'autres personnels	41
La circulation à proximité et dans l'enceinte de l'établissement	41
L'accueil des victimes aux urgences	41
L'accueil des victimes dans les services de soins	42
L'accueil des familles et des autorités	42
Les systèmes d'information et de la communication	42
Les risques spécifiques :	
nucléaire, radiologique, biologique et chimique	43
Le nucléaire et le radiologique	44
Le biologique	44
Le chimique	45
La cellule de crise en cas d'accident NRBC	46
La formation aux risques NRBC	46
Conclusion	48

Deuxième partie	
Les fiches de recommandations	51
Fiches concernant le rôle de la DDASS et l'élaboration du plan blanc élargi	52
fiche 1 : Le plan blanc élargi	53
fiche 2 : L'état des lieux des plans blancs existant dans le département	55
fiche 3 : La connaissance des risques et leur prévision	56
fiche 4 : La place et le rôle des établissements de santé	57
fiche 5 : Les flux de victimes	58
fiche 6 : Le rôle de la DDASS	59
fiche 7 : La réactivité du dispositif proposé dans le plan blanc élargi	62
fiche 8 : Les modalités de suivi du plan blanc élargi : quels indicateurs ?	63
Fiches s'adressant aux établissements de santé en cours d'élaboration ou de réajustement des plans blancs	64
fiche 9 : L'auto-évaluation en vue de l'élaboration du plan blanc	66
fiche 10 : La procédure d'élaboration du plan blanc	67
fiche 11 : La formation des personnels	69
fiche 12 : La composition de la cellule de crise	70
fiche 13 : Les missions de la cellule de crise	71
fiche 14 : L'aménagement du local de crise dans l'établissement	73
fiche 15 : Les dossiers et éléments d'informations de référence de l'établissement	76
fiche 16 : Les principes de communication	79
fiche 17 : Les systèmes d'information (informatique, téléphone, fax)	82
fiche 18 : Le rôle du directeur	83
fiche 19 : Le dimensionnement des moyens en personnel	85
fiche 20 : Le plan de circulation	86
fiche 21 : Le fonctionnement de l'établissement en mode dégradé	87
fiche 22 : Le rôle du SAMU	88
fiche 23 : Le rôle des SMUR	90
fiche 24 : L'afflux de victimes dans l'établissement de santé	92
fiche 25 : L'organisation du lieu de prise en charge des victimes	93
fiche 26 : L'organisation des services de soins	95
fiche 27 : La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)	96
fiche 28 : La prise en charge du personnel (CUMP)	98
fiche 29 : La préparation de l'établissement de santé en cas de risques NRBC	99
fiche 30 : La préparation de l'établissement de santé en cas de risques nucléaire et radiologique	101
fiche 31 : La préparation de l'établissement de santé en cas de risque biologique	104
fiche 32 : La préparation de l'établissement de santé en cas de risque chimique	107
fiche 33 : Posture permanente de sécurité pour les établissements de santé	111
fiche 34 : L'exercice de gestion d'une crise au sein de l'établissement	116
fiche 35 : Les critères d'évaluation du dispositif d'élaboration du plan blanc	119

Table des matières

Troisième partie	
Les fiches de recommandations (suite)	
Cahier spécifique : l'établissement de santé en tension	121
Avant-propos	122
Introduction	123
Les fondamentaux	124
Le plan d'actions et les étapes (synthèse des fiches de recommandations)	125
fiche 36 : La cellule de veille de l'activité de l'établissement	126
fiche 37 : Les indicateurs de tension	129
fiche 38 : La cellule de crise restreinte	132
fiche 39 : Critères de déclenchement du plan blanc	135
fiche 40 : Levée du dispositif de veille du plan blanc	137
fiche 41 : La communication	138
Cahier spécifique : l'exercice de gestion de crise	141
Avant-propos	141
Introduction	142
fiche 42 : Conception et déroulement d'un exercice	144
fiche 43 : Évaluation d'un exercice	149
Quatrième partie	
Annexes	153
Annexe 1 : Fiche de renseignements pour l'élaboration des plans blancs élargis	154
Annexe 2 : Organisation des secours préhospitaliers	160
Annexe 3 : L'urgence médico-psychologique : éléments de chronologie de l'intervention	161
Annexe 4 : L'urgence médico-psychologique : fiche d'information pour les victimes	163
Annexe 5 : Synthèse des textes réglementaires	166
Support de communication	167
Glossaire	168
Liste des abréviations	171
Bibliographie	173
Remerciements	177