

[<< Accueil](#)[<< retour au sommaire](#)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cabinet de Xavier Bertrand
Ministre de la Santé et des Solidarités

20 juin 2005

DISCOURS

Gestion des « **Plans Blancs** »Monsieur le Directeur,
Mesdames et Messieurs les Directeurs,
Mesdames et Messieurs,

Il est pour moi très important de participer à cette journée qui concerne les épisodes de crise et de « surchauffe » auxquels peut être confronté notre système sanitaire. Tempêtes, inondations, SRAS, canicule sont autant d'événements récents qui ont mis à l'épreuve l'organisation sanitaire de notre pays.

De telles journées sont indispensables car la culture de la prévention et de la mobilisation rapide est encore trop peu développée dans notre pays. Nous savons nous mobiliser humainement et techniquement en cas de crise sanitaire, mais pas toujours de façon complètement adaptée. Il me semble essentiel que nous apprenions comment mieux nous mobiliser et comment améliorer les conditions de cette mobilisation.

Cette journée est née d'un constat. Suite à l'épisode de pathologies hivernales du premier trimestre 2005, qui a déstabilisé l'activité hospitalière de façon notable dans plusieurs régions, certains établissements ont déclenché le « **plan blanc** », soit de leur propre initiative, soit à la demande de leur ARH.

La question est de savoir si cette décision a toujours été appropriée, étant donné les risques de désorganisation qui suivent le déclenchement d'un « **plan blanc** ».

Faire face à une situation critique de régulation des urgences hospitalières n'implique pas de déclencher systématiquement un « **plan blanc** ».

Je souhaitais évoquer avec vous cette question.

Quelle réponse apporter à des situations graves de dysfonctionnements, qui ne sont pas des crises exceptionnelles comme une catastrophe ou une canicule, mais par exemple un afflux inhabituel de personnes âgées lors d'épidémies saisonnières ?

Faut-il considérer le « **plan blanc** » uniquement comme un instrument de réponse à une crise sanitaire de grande envergure du fait des moyens très importants qu'il mobilise ? Faut-il inventer en amont, un autre dispositif pour une réponse adaptée à un pic inhabituel de variation saisonnière ? et si oui lequel ?

Ou à l'inverse, doit-on mettre en place une graduation du **plan blanc**, permettant de l'adapter à toute situation de crise, et ne pas le limiter à un déclenchement binaire : graduation en intensité bien sûr, y compris au sein d'un établissement, géographique ensuite, dans le cadre des **plans blancs** élargis, et enfin, en fonction

de la nature de l'offre de soins mobilisée, au delà des hôpitaux et des cliniques. Le premier niveau du plan, permettrait ainsi de ne pas désorganiser fortement le fonctionnement du reste de l'hôpital, ou de le faire de façon adaptée, proportionnée.

Je souhaite recueillir vos avis sur cette alternative, sans a priori. Car ce point pourrait être introduit dans le projet de décret « **plan blanc** » qui est actuellement soumis à concertation, et qui pour l'instant ne le prévoit pas.

En tout état de cause, entendons-nous bien, que ce soit un dispositif ad hoc, ou un premier niveau du **plan blanc**, il ne s'agit en aucun cas de pallier les difficultés chroniques de certains services d'urgences par un dispositif de crise.

Pour répondre à ces difficultés, ce sont des réponses pérennes, sur le long terme, qui doivent être mises en Suvre.

Pour répondre aux interrogations qui sont apparues au cours de l'hiver 2005, la DHOS a proposé cette journée de travail afin de permettre aux acteurs concernés de clarifier leurs attentes et leurs positions.

L'opportunité de cette journée est renforcée par la probabilité d'un été chaud en France en 2005.

4 modèles météorologiques ont été étudiés et deux (Météo-France et le Met Office britannique) prévoient, en France, une température moyenne de 2 degrés de plus que la normale. Je ne suis donc pas en train de vous annoncer une canicule pour l'été 2005, je suis en train de vous dire que le risque existe et que nous devons impérativement y être préparés au mieux.

Je sais que notre situation a cet égard est différente de celle de 2003. Nous avons tiré un grand nombre d'enseignements de cette crise, élaboré un Plan national canicule lancé en mai 2004. Vous vous êtes mobilisés et avez généralement mis en Suvre des mesures importantes de gestion de crise ou de création de pièces rafraîchies.

Le ministère de la Santé a organisé un exercice national « canicule » à Orléans le 14 juin dernier, en associant les acteurs hospitaliers. Je m'y suis rendu pour juger sur le terrain de notre état de préparation à la gestion d'une canicule. J'ai décidé d'aller aux urgences du CHR d'Orléans sans que cela ait été initialement prévu à mon programme. J'ai vu la situation tendue dans laquelle ces services peuvent se trouver et j'ai pu échanger avec les responsables hospitaliers sur ces difficultés.

Cet exercice m'amène à tirer les conclusions suivantes :

1. la mise en place d'une gestion de crise et plus particulièrement des **plans blancs**, s'impose à tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés. Vous devez y travailler dès aujourd'hui car les résultats ne sont pas assez satisfaisants. Je rappelle que, selon les données remontées à la DHOS, il y a encore 17 % des établissements avec services d'urgences qui ne disposent pas de **plans blancs**. Seulement 11 % des établissements sans urgences et 7 % des établissements privés disposent d'un **plan blanc**.

2. La gestion de crise, y compris le **plan blanc**, implique bien sûr les établissements disposant de services d'urgences, mais implique aussi tous les autres

établissements sanitaires. Les schémas départementaux doivent donc intégrer l'ensemble des établissements.

La question que je pose maintenant que je vous pose est celle du résultat : peut-on encore améliorer les choses ? Je réponds bien évidemment oui. C'est mon rôle et ma responsabilité de poser cette question et de voir avec vous ce qu'il est possible d'améliorer à ce stade. Nous disposons déjà d'éléments de réponse.

I. Le « **plan blanc** » bénéficie aujourd'hui d'une base juridique solide

La compétence et la disponibilité des professionnels de santé ne peuvent, en effet, produire pleinement leurs effets que dans le cadre d'une organisation globale des soins.

Ce dispositif a été rénové en 2002. Fondé sur une organisation territoriale, il n'est pas figé et doit accompagner l'évolution des risques sanitaires. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a donné une base législative aux **plans blancs**. Tout établissement de santé, qu'il appartienne service public hospitalier ou au secteur privé, est dans l'obligation de disposer d'un plan lui « permettant de mobiliser immédiatement les moyens dont il dispose pour faire face à une situation d'urgence sanitaire ».

Un guide a été publié en mai 2004 à l'usage des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et des directeurs d'établissements de santé pour la prévention et la gestion de crises exceptionnelles. Je souhaite que soient mises en Suvre le plus rapidement possible les recommandations contenues dans ce guide pour l'élaboration des schémas départementaux et des **plans blancs** hospitaliers.

J'ai souhaité conforter encore plus cette base juridique, en soumettant rapidement au Conseil d'Etat un décret précisant certains point de la Loi. Il est actuellement en cours de concertation, et je serai très attentif à vos remarques afin d'améliorer le caractère opérationnel des mesures envisagées. Je serai notamment désireux de connaître vos propositions en matière de graduation du plan, comme je l'évoquais tout à l'heure.

II. Les instruments mis au service des « **plans blancs** » doivent être renforcés

A/ Le premier instrument est de fluidifier l'activité de services d'urgences, en particulier en aval des urgences.

En cas de crise et a fortiori en cas de **plan blanc**, il est de la responsabilité de tous les médecins, en particulier des chefs de services, d'accueillir des malades dont l'hospitalisation a été jugée nécessaire aux urgences. Aucun contournement, aucune tergiversation ne sauraient être admis sur ce point, qu'il s'agisse des établissements publics ou privés, avec ou sans service d'urgences. Les établissements de santé sont au service des malades qui en ont besoin.

Cela nécessite une organisation qui doit être anticipée et adaptée aux différentes éventualités. Cette anticipation et cette adaptation ne porteront leur fruits que si les problèmes quotidiens sont résolus.

Les situations de tensions qui existent de façon chronique dans plusieurs services

d'urgences ont des causes multiples.

- Difficultés d'organisation de la permanence des soins, en amont. Nous travaillons activement à sa réorganisation, et je serai particulièrement attentif à son fonctionnement cet été.

- Manque de personnels, au sein des services d'urgences, ensuite. Le plan « urgences » que je poursuivrai avec vigilance et détermination, prévoit, avec près de 500 millions d'euros, des renforcements de moyens considérables. Les effets bénéfiques se font déjà sentir dans de nombreux services.

- Difficultés, d'aval, enfin. Je sais qu'au sein de chaque hôpital, il y a encore trop souvent un clivage entre les urgences et les autres services. La circulaire d'avril 2003 sur les urgences prévoit explicitement une contractualisation entre services d'urgences et services d'aval au sein de l'établissement. C'est une nécessité : là où elle n'existe pas, il est indispensable de la mettre en Suvre.

- Difficultés à l'extérieur de l'hôpital, notamment avec l'insuffisance des lits de moyens séjours. Là aussi, le « plan urgences » avec son objectif de création de 15 000 lits à l'horizon 2007 assurera le desserrement de cette contrainte.

Sachez que je suis particulièrement conscient de ces difficultés, et que je continuerai, avec pragmatisme et dans le dialogue, à explorer et mettre en Suvre toutes les pistes et toutes les solutions.

B/ Le deuxième instrument est l'exercice de simulation de crise

A Orléans, il y a quelques jours, j'ai pu me rendre compte de l'importance de ces tests « grandeur nature » pour les acteurs de terrain. Ils permettent d'évaluer le caractère opérationnel des **plans blancs** et des plans spécifiques tel le « plan canicule ».

EDF, par exemple, nous signale qu'un grand nombre d'établissements hospitaliers ne testent toujours pas leurs groupes électrogènes.

Accompagner une crise ne s'improvise pas. Prévoir et préparer une crise est une exigence de santé publique. Tous les services de l'Etat et tous les acteurs de santé d'un même territoire doivent y être associés : c'est la garantie de la réactivité et de la rapidité de la réponse apportée. Cette culture de prévention, de veille doit aujourd'hui être développée dans notre système sanitaire. Cela doit être plus qu'un réflexe, mais une préoccupation de chaque instant.

C/ En 3ème lieu, il est nécessaire d'évaluer les dispositifs de manière permanente

Tirer les enseignements d'incidents, de dysfonctionnements, ou de crises pour éviter leur répétition, partager l'expérience acquise, c'est accroître la capacité d'action de chacun. En matière de santé et de risques sanitaires, le « devoir de mémoire » est une exigence ; la culture du signalement une nécessité.

D/ Il convient enfin de poursuivre la formation des acteurs de santé

On compte aujourd'hui un total d'environ 800 professionnels - essentiellement des praticiens hospitaliers de SAMU ou de Services d'Accueil d'Urgences - capables de dispenser un enseignement sur la gestion de crise ou d'intervenir en cas d'accident sanitaire majeur.

Il nous faut utiliser ce capital de compétence pour que tous les acteurs concernés acquièrent le professionnalisme indispensable à la gestion de ces événements graves

CONCLUSION

Depuis mai 2002, la réalité du « **plan blanc** » a beaucoup évolué et je remercie toutes celles et tous ceux qui ont contribué à son développement.

J'insiste sur le fait que tous les types d'établissements de santé doivent être dotés d'un **plan blanc**. Des crises récentes, comme l'explosion de l'usine AZF à Toulouse ou les inondations dans le Midi, nous ont montré que les établissements de toute nature peuvent être touchés par l'afflux de malades.

Ce plan n'est pas un bloc uniforme. Il doit inclure à la fois une colonne vertébrale, mais aussi des déclinaisons spécifiques portant sur les risques nucléaires, bactériologiques et chimiques.

Enfin, je souhaite insister sur la nécessité d'inscrire ces plans dans une logique d'organisation départementale, associant tous les professionnels de santé et tous les acteurs du soin. Libérer des lits d'aval, dégager des malades atteints de pathologies moins aiguës en cas de crise, 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.

Tous ces aspects concernent les établissements sanitaires et vous concernent dans votre activité professionnelle. Ce n'est évidemment qu'un volet de la gestion de crise : la prévention doit inclure tous les acteurs concernés en amont de l'hôpital. C'est un vaste chantier, déjà engagé, mais qu'il faut poursuivre avec ténacité et volontarisme.

Je suis certain que la réunion de travail d'aujourd'hui contribuera à enraciner dans la durée cette « culture de prévention » dont notre système de santé a tant besoin. Vous pouvez compter sur mon engagement à faire vivre une politique ambitieuse de gestion des risques sanitaires.

Mais sachez également que je compte sur vous.

[Retour haut de page](#)

[\[Retour à la liste de Résultats\]](#) [\[Document précédent\]](#) [\[Document suivant\]](#)