

Plan blanc et **gestion** de **CRISE**

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

Avant-propos

Tempêtes, inondations, SRAS, canicule sont autant d'événements récents qui ont sévèrement mis à l'épreuve l'organisation sanitaire de notre pays et provoqué bien des drames. En effet, les événements survenus au cours des deux dernières années ont naturellement conduit à prendre en compte les risques de toutes natures - y compris ceux liés aux actes malveillants - dans les organisations, à mettre en commun des constats et à partager des expériences. 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 adaptée.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mené une action volontariste en la matière qui s'organise autour de deux axes principaux.

Il s'agit, dans un premier temps, de compléter le dispositif réglementaire existant afin de créer un environnement plus adapté. Ce dispositif a été globalement rénové en 2002. Basé sur une organisation territoriale, il reste cependant vivant et se construit progressivement. La nécessité d'adapter les organisations et d'affiner la pertinence et l'efficacité des systèmes d'alerte conduit à concevoir un dispositif juridiquement plus solide que des circulaires dans les mois qui viennent.

C'est ainsi que le projet de loi de santé publique, actuellement en discussion au parlement, donne une base législative aux plans blancs.

Tout établissement de santé public, participant au service public hospitalier ou privé, sera dorénavant dans l'obligation de disposer d'un plan blanc lui « permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ».

D'autre part, la circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation de l'accueil de victimes dans les établissements de santé, forte de la contribution de l'ensemble des acteurs du champ sanitaire, décline précisément les dispositions qui s'imposent en matière de schéma territorial à organiser, de plan blanc, en tenant compte des risques « NRBC » (nucléaire, radiologique, biologique, chimique).

Les établissements de santé devront en conséquence mettre en place une organisation pérenne ayant vocation à réfléchir, préparer, organiser ces missions et évaluer leur caractère opérationnel.

Il convient désormais de proposer un guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs hospitaliers.

Un groupe de réflexion, composé de professionnels reconnus pour leur compétence en la matière, a été chargé de développer, à l'usage des directions départementales de l'action sanitaire et sociale et directions d'établissement de santé, un recueil de recommandations et de conseils pour la prévention et la gestion de crises exceptionnelles.

Le présent guide n'a pas pour objet d'enfermer les établissements dans des démarches standardisées. Il se veut plutôt un outil à la disposition des professionnels pour entamer ou parfaire une démarche d'amélioration de gestion de l'alerte ou de la crise. Les consignes et pistes de travail ne sont pas exhaustives, mais peuvent servir de base de réflexion afin que chacun les adapte au contexte local.

Toujours sur la base des textes fondateurs, et pour accompagner l'ensemble du dispositif, la formation des professionnels de santé aux techniques de prise en charge de victimes en cas d'accidents nucléaire, radiologique, biologique, chimique (NRBC) a été mise en œuvre dès 2003.

De même, l'organisation de journées de sensibilisation et d'information sur la mise en œuvre du plan blanc et sur la gestion de crise est en cours.

Je tiens à remercier tout particulièrement les auteurs de cet ouvrage, les experts qui accompagnent avec conviction cette démarche globale depuis son origine, les professionnels de santé, notamment les formateurs, qui assurent la mise en œuvre du plan de formation et les enseignements pour l'ensemble des zones.

Je souhaite que tous, personnels administratifs, médicaux, paramédicaux, techniques, trouvent dans cet ouvrage, au-delà des recommandations pratiques, un support à une démarche de fond en prévention d'une situation qui pourrait menacer gravement les priorités et les missions de l'organisation des établissements de santé.

Avril 2004

*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Edouard Couty

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	16
Le niveau d'appui et/ou d'expertise	24
La typologie des plans de secours	26
Le plan d'organisation des secours ORSEC	26
Les plans d'urgence	26
Les plans gouvernementaux «Pirate»	28
Les plans sanitaires spécifiques	28
La chaîne médicale des secours	29
L'organisation sur le terrain	29
La régulation médicale du SAMU	30
La cellule d'urgence médico-psychologique	31

Le schéma départemental des plans blancs	32
Les principes généraux d'élaboration	32
La connaissance des risques et leur prévision	33
Les flux de victimes	33
La place et le rôle des établissements de santé	34
L'organisation des moyens de transport sanitaires	34
La réactivité du dispositif	34
Les modalités de suivi du schéma départemental	35
Le plan blanc	36
Les principes généraux d'élaboration du plan blanc	36
Les risques spécifiques : nucléaire, radiologique, biologique et chimique	40
Conclusion	44
 Deuxième partie	
Les fiches de recommandations	47
Fiches concernant le rôle des DDASS (fiches 1 à 8)	48
Fiches s'adressant aux établissements de santé (fiches 9 à 34)	60
 Troisième partie	
Support de communication	109
 Quatrième partie	
Annexes	119
Glossaire	144
Liste des abréviations	147
Bibliographie	149
Remerciements	154
Table des matières	156

Introduction

Les établissements de santé ainsi que les organisations qui se trouvent dans leur environnement s'engagent dans deux orientations fondatrices d'attitudes nouvelles : la culture de la prévention et de la gestion de la crise d'une part, ainsi qu'une vision plus globale des liens entre l'ensemble des acteurs dans une perspective collective réaffirmée d'autre part. Les pages qui suivent sont imprégnées de ces deux notions émergentes.

Au-delà de ces éléments culturels se trouve réactualisé le rôle des acteurs principaux en matière de prévention et de gestion des crises. Les directeurs des affaires sanitaires et sociales, en ce qu'ils coordonnent les réflexions visant à harmoniser l'intervention de tous, disposent d'une mission essentielle.

En cas de crise, le fonctionnement institutionnel normal est de fait compromis, voire inopérant. Le directeur se trouve donc isolé dans un environnement générateur d'une grande tension, les équilibres fondamentaux sur lesquels repose habituellement l'organisation faisant cette fois défaut. Il va de soi que ce type de pilotage ne supporte guère l'improvisation, l'hésitation, le doute.

Le directeur d'établissement de santé, qu'il soit public, participant au service public hospitalier ou privé, est bien entendu un personnage central du dispositif de prévention et de gestion des crises, du fait qu'il assume la responsabilité lourde de mobiliser, les jours venus, les moyens dont il dispose aux fins d'une prise en charge sanitaire des victimes à la mesure de leurs attentes. Il ne pourra y parvenir sans promouvoir jour après jour une sensibilisation et une perspective d'anticipation auprès des personnels accaparés déjà par d'autres préoccupations quotidiennes très prégnantes. Le nouveau corpus réglementaire impose la conception d'un plan blanc pour tout établissement de santé. Au-delà, il s'agit probablement de créer une culture de prévention et de gestion des crises. Celle-ci passe forcément par une mobilisation de l'ensemble des acteurs, la mise en œuvre de formations adaptées et de scénarios de crise pour un entraînement à froid.

La répartition des champs de compétence entre la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, le service d'aide médicale urgente, l'agence régionale d'hospitalisation, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), le service départemental d'incendie et de secours, les forces de l'ordre, le préfet,

doit être perçue de manière précise. D'autres ressources doivent aussi être identifiées au niveau des collectivités locales.

De même, et selon l'origine de l'événement, il convient de prévoir la collaboration qui pourrait s'imposer avec la justice, le procureur de la République, les associations d'aide aux victimes.

La réalisation de ce guide de conception du schéma départemental des plans blancs, d'un plan blanc et de gestion de crise n'a d'autre ambition que d'aider les directeurs dans cette entreprise. Parfois, la tonalité paraîtra un peu impérative, ce qui se comprendra aisément compte tenu de la nature du sujet.

Ce document conçu début 2004 ne peut prendre en compte tous les effets induits par la nouvelle gouvernance de l'hôpital liée au plan hôpital 2007, ainsi que le projet de « politique de santé publique » sur ces questions, mais les propositions d'organisation qui suivent tiennent compte des grandes orientations de ces différents desseins.

Au terme de cette introduction, il convient d'insister sur les points suivants :

- toute gestion d'une crise doit entraîner l'activation de la cellule de crise, indépendamment du déclenchement éventuel du plan blanc ;
- la nature de la crise ne nécessite pas forcément le déclenchement du plan blanc dans son ensemble : celui-ci peut être déployé de manière partielle ou graduée ;
- dans la crise, c'est le chef d'établissement qui prend les décisions. Il assume le commandement opérationnel. Chacun doit en être conscient et s'y préparer ;
- se préparer correctement consiste à favoriser la réalisation d'exercices mettant en situation de crise, d'une part, et à procéder à un inventaire régulier des moyens et des ressources mobilisables en cas de crise, d'autre part.

Dans une première partie du présent guide, le propos sera de définir les notions de crise, de gestion de crise, développant les différents niveaux d'intervention, la typologie des plans de secours, la chaîne médicale des secours, ainsi que le schéma départemental des plans blancs et le plan blanc, lesquels, dans une deuxième partie, feront l'objet d'une aide à leur élaboration sur un mode qui se veut le moins normatif possible.

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 de gestion des risques de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins souhaite que ce document (disponible sur le site internet du ministère), première base de travail, vive de la manière la plus dynamique possible.

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	29
5	Le schéma départemental des plans blancs	32
6	Le plan blanc	36
	Conclusion	44

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 diversifiés.

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 que sa réalisation malheureuse serait mal maîtrisée.

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 précaution.

Cependant, une crise de nature catastrophique relève de deux éléments contradictoires : il est difficile d'imaginer qu'elle puisse se produire ; lorsque, malheureusement, elle s'est produite, 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 ne se réalise, 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 ges-

tion 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, produits défectueux équipement, 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 professionnels entraînés pour y faire face, l'acceptabilité psychologique et sociale des crises et nos aptitudes collectives à y faire face de manière appropriée ne doivent pas être surestimées.

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'urgence perturbe chacun et qu'on est susceptible d'être dépassé par la multiplicité des tâches à accomplir, par le stress et les craintes.

Qu'il s'agisse d'une crise relativement bien maîtrisable, parce qu'elle relève du déjà-vu et de l'ex-

périence acquise auparavant, ou d'une catastrophe peu ou pas documentée dans son processus précis et/ou dans 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 plus : développer la recherche et mutualiser les études de cas ;
- diminuer la peur : 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 les 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 pallier les écueils de manière préventive.

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 constituent 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 serait source d'une crise, si les acteurs sociaux en présence lui attachent des conséquences potentielles, même si l'occurrence des événements demeure sans effet. Une crise est la réalisation d'un événement qui menace les priorités et les missions d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress. Elle peut résulter d'un processus cumulatif de dysfonctionnements constituant les signes précurseurs de la crise. Ce n'est pas toujours le cas. En situation de crise, la mise en œuvre immédiate de contre-mesures s'impose. La notion de crise n'est pas limitée aux événements accidentels ; elle inclut aussi, par exemple, la crise médiatique, la crise technologique ou médicale. L'ampleur d'une crise peut être évaluée sur la base de l'échelle qui suit, les différents critères énumérés n'étant nécessairement pas forcément réunis :

> Incident mineur

- Une ou plusieurs victimes* légères ; peu ou pas de blessé grave.
- Dégâts matériels peu importants, sans arrêt de l'activité ni action médiatique locale.

> Incident majeur ou accident grave

- Une ou plusieurs victimes* graves ; 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* graves ; 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.*

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

Dans toute crise, on distingue la phase aiguë et la phase 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 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 de la crise.

La culture de crise

La crise surprend presque toujours parce qu'on ne s'y attend pas ou qu'elle prend une forme imprévue. Souvent aussi parce que mentalement on n'est pas prêt à envisager cette possibilité. 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 risque d'obsolescence, et la 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 préparées par thème donnent des conseils pratiques et des modèles d'outils de crise et de préparation à gérer celle-ci. 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 celles 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 réalisation 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 une hiérarchie des risques 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 de communication où tout devient médiatique, où tout événement en un lieu donné peut être rapidement communiqué dans le 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 sans délai tout événement inhabituel constaté conduisant à une situation qui menace la finalité et les priorités de son organisation ou susceptible d'avoir un retentissement médiatique ;
- tout événement, même mineur, susceptible d'avoir un retentissement médiatique doit conduire à une information systématique de la DDASS en première intention qui à son tour informe sans délai :
 - le ministère de la santé de tout événement majeur ayant ou pouvant avoir des conséquences sur la santé publique et dont on peut prévoir un retentissement médiatique ;
 - le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour tout événement impliquant les établissements de santé ;
 - le délégué de zone et l'établissement de santé de référence de la zone de défense pour tout événement en lien avec un risque NRBC.

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 et de la protection sociale, 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 fonction-

nement 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 promouvoir des actions au niveau des communautés d'établissements.

Il existe donc un établissement de santé de référence par zone de défense, sauf pour les zones Ouest et Est qui en comptent deux. On dénombre donc neuf établissements de santé de référence sur le territoire de la France métropolitaine.



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

- Est : CHU de Nancy et de Strasbourg
- Nord : CHU de Lille
- Ouest : CHU 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 : CHU de Bordeaux

En ce qui concerne les DOM, et compte tenu de situations locales, les textes fondateurs ne précisent pas la désignation d'établissement de santé de référence. Néanmoins, au regard des moyens dont ils disposent, certains établissements peuvent être désignés comme établissements dédiés en cas de crise, ce qui fût le cas au moment de la crise sanitaire engendrée par le SRAS.

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.

Ils ont pour mission d'apporter une assistance technique aux délégués de zone chargés des affaires sanitaires et sociales. Ils ont un rôle de conseil en cas de crise et sont alertés sans délai. 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.

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-Chaîne-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 schémas départementaux des plans blancs, ainsi que des cahiers des charges nationaux ou de ceux élaborés par les services référents, ils peuvent contribuer à :

- assurer le relais entre le CHU de référence et les établissements de santé de leur région disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU), d'un pôle spécialisé d'accueil et traitement des urgences (POSU) ou d'une unité de proximité et d'accueil, de traitement et d'orientation (UPATOUI) :
 - 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 schéma départemental des plans blancs.

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, mobilisation des moyens, communication).

Le préfet de département

Il prépare et arrête les plans de secours en liaison avec les autorités, les services et organismes qui sont compétents pour prendre des mesures de sauvegarde ou dont les moyens sont susceptibles d'être mis en œuvre pour faire face à des risques particuliers (par exemple, plans particuliers d'intervention portant sur les risques technologiques).

Il prépare les plans rouges (plans pré-hospitaliers destinés à porter secours à de nombreuses victimes) en liaison avec les autorités locales et les services et organismes qui participent à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Il prépare les plans ORSEC départementaux ; 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 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 schéma départemental des plans blancs, il est tout 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 de s'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 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.

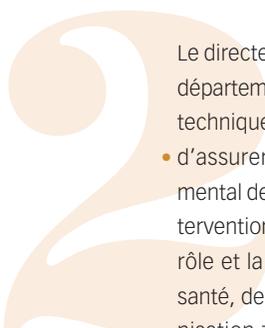
La DDASS a pour mission d'assurer :

- 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'urgence ;
- l'élaboration du schéma départemental des plans blancs, 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 DDASS, sur la base du schéma départemental des plans blancs, 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 schéma départemental des plans blancs 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 protections 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) 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'urgence 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 par la loi relative à l'aide médicale urgente du 6 janvier 1986 et le décret du 30 novembre 1987 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'urgence 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 du 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 d'eux devra être précisée dans le schéma départemental des plans blancs.

L'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 accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence.

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'urgence 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 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 assu-

rées 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).

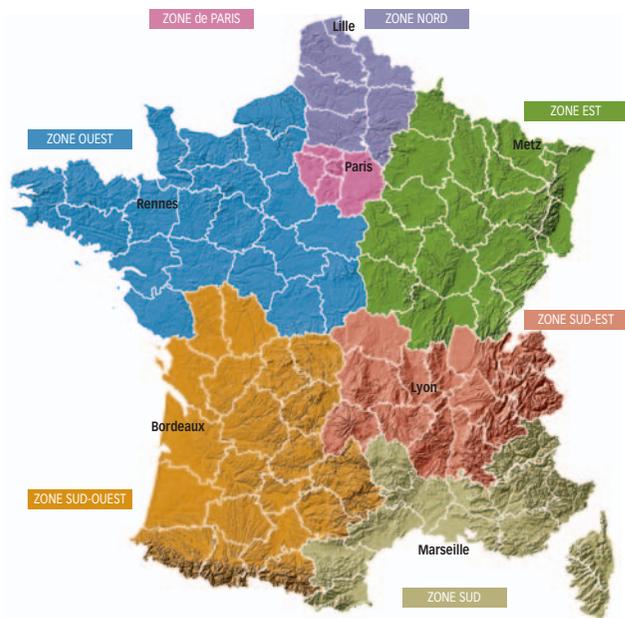
« Dès qu'une situation de crise, un événement grave ou une catastrophe implique par son ampleur, par les moyens requis ou par ses conséquences, une intervention de niveau supra départemental, l'échelon territorial de référence est la zone de défense » (circulaire 2002-191 du 3 avril 2002).

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.

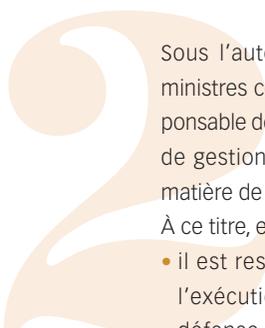


Le siège de chaque zone de défense civile est :

- 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 : St-Denis-de-La Réunion (97-4)
- Guyane : Cayenne (97-3)



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 la mise en œuvre de ces mesures ;
- 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), 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 des atteintes ou des menaces graves à l'ordre public, 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.

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

Le délégué et le coordonnateur 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 chargé des affaires sanitaires et sociales 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, ils se répartissent comme suit :

- Est : Drass Lorraine
- Nord : Drass Nord Pas-de-Calais
- Ouest : Drass Ile-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, 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

prises 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, 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'assure 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

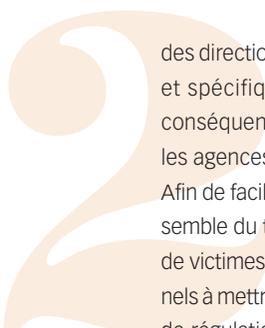
La gestion des risques exceptionnels et, notamment, des risques NRBC est un sujet interministériel coordonné par les services du Premier ministre et où interviennent différents ministères. Il s'agit tout particulièrement des ministères de :

- l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales ;
- la défense ;
- l'écologie et du développement durable ;
- l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales ;
- l'économie, des finances et de l'industrie ;
- l'équipement, des transports, de l'aménagement du territoire, du tourisme et de la mer ;
- la santé et de la protection sociale.

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 et de la protection sociale.

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 et de la protection sociale. 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.

Afin de faciliter une répartition optimum 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 *ad hoc* (SAMU 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 : deux permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM), un médecin régulateur pouvant appartenir à l'une des zones de défense.

Sa mission consiste à organiser une régulation hexagonale, européenne, pour décharger le(s) SAMU impliqué(s) 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 et de la protection sociale

Le ministère de la santé et de la protection sociale 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 la santé et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, qui ne sont pas les seules, sont néanmoins les plus concernées 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 au caractère opérationnel de celles-ci selon les 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 et les milieux comme l'eau, le bruit, dans une dimension internationale. La sous-direction des risques environnementaux, les bureaux des alertes et des maladies infectieuses assurent 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, 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

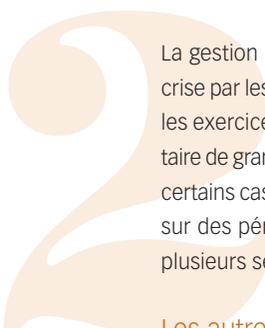
Le décret n° 80-243 du 3 avril 1980 définit les attributions des hauts fonctionnaires de défense dont les services se trouvent dans chaque ministère. Le haut fonctionnaire de défense (HFD) est le conseiller du ministre pour toutes les questions relatives aux mesures de défense qui incombent à celui-ci 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 et de la protection sociale.

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 COGIC (centre opérationnel de gestion interministérielle des crises) ;
- 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

La direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection

Cette direction sous triple tutelle est commune aux ministères de la santé et de la protection sociale, de l'économie, des finances et de l'industrie, et de l'écologie et du développement durable.

Les principales missions de l'autorité de sûreté nucléaire sont notamment d'assurer :

- la préparation de la mise en place d'une organisation de crise en cas d'incident ou d'accident pouvant porter atteinte à la santé des personnes par exposition aux rayonnements ionisants ;
- d'organiser l'information du public et des médias sur les sujets se rapportant à la sûreté nucléaire et à la radioprotection.

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 connais-

sances 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'institut de veille sanitaire 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.

En 2003, les CIRE sont au nombre de seize, réparties sur le territoire métropolitain et Outre-mer.

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 à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité 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. 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'élabora-

tion d'outils méthodologiques, l'organisation des formations et la réalisation d'enquêtes ou de synthèses demandées par le niveau zonal ou 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 schéma départemental des plans blancs.

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

Le projet de loi « politique de santé publique » 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

Le plan ORSEC, dont les principes ont été définis par une instruction interministérielle du 5 février 1952, recense les moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre en situation de catastrophe (loi n° 87-565 du 22 juillet 1987). Le plan ORSEC a une vocation générale en matière d'organisation des secours et 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) et national (déclenché par le Premier ministre).

Une nouvelle réglementation devrait prochainement réactualiser ce plan et ses déclinaisons. En effet, le plan ORSEC devrait désormais s'articuler autour d'une gestion de crise commune et simplifiée. Des dispositions spécifiques propres à certains risques identifiés compléteront les dispositions générales des plans d'urgence 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'urgence

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

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

Le mode opératoire pour chaque plan d'urgence 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'urgence 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 pour 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 et les premiers soins ;
- la mise en place d'un (ou plusieurs) point 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 sur lesquelles 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 l'intégrité des personnes et des biens. Il s'agit par exemple des PSS « SNCF », « autoroute », « transport de matières dangereuses » (TMD), « inondations ».

Les plans gouvernementaux « Pirate »

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 « Pirate ».

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 de suspicion ou d'acte terroriste.

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 menaces, 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

Plan national

Le **plan variole** : précise les modalités de la vaccination antivariolique collective que les autori-

tés 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).

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

Le **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 épannage par des agents infectieux.

Le **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 organisés, (circulaires des 11 avril 2000, 17 mai 2000 et 14 novembre 2001).

Le **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 DGS/DGUHC/DDSC N° 114 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.

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 des établissements 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 risque résiduel 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 de ramassage 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'urgence médico-psychologique 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 n° et une fiche d'identification) de la victime sont indiquées sur la "fiche

4 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 (dotées d'équipements spécifiques et entraînées), 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'urgence 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 du SAMU avec le centre de traitement de l'alerte (CTA) du SDIS est impérative pour que les éléments d'information soient communs aux deux services et 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 ;
- arrête tout transfert secondaire non débuté ;
- alerte le médecin chef de service et/ou le médecin d'astreinte ;
- maintient les personnels et fait rappeler le personnel 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'urgence quotidienne bien que cette situation de dépassement implique parfois une modification des moyens de réponse.

La cellule d'urgence médico-psychologique

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 les victimes directes et indirectes, dont les familles, ainsi que 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 pré-hospitalier, 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 aux secours socio-psychologiques (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 (débriefting 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 sur-victimisation (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 lésions psychiques.

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.



Le schéma départemental des plans blancs

Le schéma départemental des plans blancs est arrêté par le préfet de département après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins. Il recense les moyens et ressources et prévoit la planification de la coordination des moyens. Son élaboration et son suivi sont confiés aux DDASS avec l'appui technique du SAMU.

Les principes généraux d'élaboration

Il s'agit d'un schéma organisationnel permettant au dispositif de soins d'anticiper son organisation face à l'afflux de victimes, et cela quel que soit le scénario à l'origine de cet afflux. Il ne doit pas être confondu avec un plan d'urgence comme le plan rouge ou le plan ORSEC, dont le déclenchement relève du préfet. Il 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 de la crise, contamination ou non de la population, caractère contaminant ou non des populations exposées, localisation de la crise, cinétique prévisible de la crise.

Il s'inscrit en cohérence avec les perspectives organisationnelles locales retenues dans les schémas régionaux d'organisation des soins notamment dans les domaines des urgences et de la réanimation.

- Le schéma intègre une dimension d'anticipation de la crise. De nombreuses situations sont

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 schéma est conçu comme évolutif. En effet, la circulaire de mai 2002 prévoit une évaluation annuelle et de ce fait le schéma :
 - précise concrètement l'organisation technique à mettre en place pour assurer cette évaluation ;
 - inclut des objectifs précis.
- Ce schéma 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'urgence 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 schéma départemental, 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 schéma départemental 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 se réaliser et le schéma 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 les modalités 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, en cas 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 ;
- de solliciter les moyens de la zone de défense au bon moment ;
- de 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 schéma départemental ;

- de s'assurer que tous les acteurs connaissent les procédures de prise en charge pour les différents risques ;
- d'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 de s'organiser en conséquence le jour venu ;
- le schéma départemental 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 schéma 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 le schéma :

- une classification des établissements selon le type d'accueil à privilégier ;
- un recensement des SAU/UPATOU 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 schéma départemental doit préciser les circuits de prise en charge des victimes selon la nature de leurs lésions, du type de contamination et de leur nombre.

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 vers les établissements concernés pendant toute la phase aiguë dans les conditions requises par leur état ;
- 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 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 pour les uns et les autres envisagés. Le schéma départemental définit les modalités de mise à disposition d'un éventuel quota d'ambulances ou de véhicules ad hoc auprès des SAMU. La DDASS qui traite cette information la transmet au SAMU.

La réactivité du dispositif

Le schéma départemental 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...) 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 peut être 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 », message type 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 schéma départemental ;
- 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 schéma départemental

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

Les modalités organisationnelles

La circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation de l'accueil de victimes dans les établissements de santé prévoit un examen annuel du schéma départemental

des plans blancs par le Comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS). Cet examen annuel 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. Ce groupe aura en charge :

- d'évaluer l'état d'avancement des recommandations du schéma et de formuler des propositions d'évolution au comité départemental de l'aide médicale d'urgence et permanence des soins (CODAMUPS) ;
- 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 schéma 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 schéma départemental des plans blancs 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).

Le plan blanc

La circulaire du 3 mai 2002, abrogeant celle du 24 décembre 1987, impose la rédaction d'un plan blanc à tous les établissements de santé, pour faire face à un afflux de victimes dans l'institution.

Ce plan doit tenir compte de ce qui est mis en place sur le terrain par les équipes médicales pré-hospitalières. 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 comme celle d'une épidémie qui, sans pour autant impliquer un grand nombre de victimes, impose des mesures rigoureuses justifiant des renforts en experts, en personnels, en lits, en moyens matériels.

Les principes généraux d'élaboration du plan blanc

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

- modalités d'installation d'une cellule de crise ;
- modalités de déclenchement du plan blanc ;
- modalités de rappel et de maintien du personnel et d'activation des services ;
- organisation de la circulation intra et extra-hospitalière ;
- organisation des services d'accueil des urgences en fonction des principes de catégorisation en médecine de catastrophe ;
- accueil des patients dans les services adaptés (impliquant parfois des sorties anticipées ou des transferts) ;
- accueil des familles, des autorités et des médias.

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 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 l'ampleur de l'afflux de victimes le justifie.

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 va dorénavant reposer 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 exté-

rieure : 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 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 du plan blanc. 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 : les membres de celle-ci titulaires et suppléants, la localisation de la cellule de crise, 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, 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 chacun des deux acteurs essentiels en cas de crise (le directeur au sein de son établissement, le SAMU à l'extérieur de l'établissement) dispose 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

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 pré-alerte 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

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 ordres donnés 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, pré-équipé 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 pré-établis. 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 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 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'urgence ont 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 des urgences d'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) renseignées 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 qui est assurée en temps normal. Cependant, pour les patients dont l'état nécessite une hospitalisation, certains soins peuvent alors être prodigués dans les services pour éviter l'engorgement du service d'accueil.

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 de victimes à accueillir et de la pathologie dominante. Il est intéressant de préparer des plans blancs sectoriels. 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 patient 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 doivent être vastes, agréables, permettre une attente qui peut être longue avec des moyens de communication (téléphones, radio, voire télévision) 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

La communication et ses modes sont déterminants pour optimiser l'efficacité de la gestion de la crise. Des mesures simples peuvent considérablement modifier le cours de la crise. L'improvisation « sublime » ne supplée pas le manque de prévision.

On ne « trouve jamais le temps » de préparer la crise. Peu de structures disposent d'un manuel de gestion de crise. Quand le système de communication fait défaut, l'efficacité est compromise pour gérer les conséquences de celle-ci.

De nombreuses questions sont à se poser à froid, préalablement à une crise : quels sont les critères de signalement, comment valider les faits, comment communiquer les actions à envisager, quels sont les outils de communication à utiliser pour éviter les écueils et optimiser l'efficacité des mesures prises.

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, tout en préservant l'avenir des activités habituelles.

C'est pourquoi la communication, tant interne qu'externe, sera privilégiée.

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 qu'à cette dernière ne s'ajoute pas de surcroît une crise médiatique.

Pour ce qui a trait aux technologies de l'information et de la communication, devenues indispensables en temps normal, il faut mesurer comment prévenir ou compenser les défaillances afin que celles-ci continuent à servir à optimiser les activités liées directement à la gestion de la crise.

Les risques spécifiques : nucléaire, radiologique, biologique et chimique

Depuis deux ans les établissements de santé ont entrepris, sous l'impulsion des autorités de tutelle, une réflexion dynamique sur la prise en charge très spécifique que représente le traitement d'éventuelles victimes d'accidents nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques (NRBC). Certaines motivations se sont faites 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 cet intérêt à travailler sur cette problématique. La réelle menace 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 quel que soit le moment et quels que soient les lieux.

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

Les plans blancs élaborés par les établissements de santé pour un accueil de victimes en nombre massif ont pour but de faire face à un afflux de victimes qui peuvent être 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 schéma départemental devra prévoir le rôle de chaque établisse-

ment public, privé, spécialisé ou non, et son niveau de préparation.

Il sera parfois difficile de connaître avec certitude l'agent en cause. L'éventualité d'une action terroriste impose une vigilance toute particulière. Toutes les associations sont possibles entre les agents chimiques ou même entre des armes chimiques ou biologiques. Ces attaques peuvent être simultanées dans divers sites. La volonté de désorganiser est en soi une arme. En attendant l'identification précise des agents en cause qui peut nécessiter quelques heures, les établissements de santé doivent se préparer à assurer leur protection.

Le découpage de la France en zones de défense civile a été retenu pour regrouper les différents établissements hospitaliers par zone. 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 pré-hospitaliers 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 réanimation 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.

Le nucléaire et le radiologique

L'élaboration des annexes nucléaire et radiologique a de nombreux points communs avec celle de l'annexe chimique. Les protocoles de décontamination seront décrits séparément. Il faut faire figurer les éventuelles conventions avec des sites industriels.

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. L'alerte pour ce type d'événement ne suivra pas la logique habituelle des accidents catastrophiques. C'est le croisement d'informations transmises par les médecins généralistes, les services hospitaliers 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 ; c'est celle-ci qui sera amenée à intervenir en première intention ; des équipes zonales issues des SAMU et des établissements de référence sont en cours de constitution. Dans chaque zone de défense tous les établissements doivent envisager l'accueil éventuel de ce type de patients. L'accueil hospitalier doit être séparé et isolé, les secteurs doivent être clairement identifiés avec des lits spécifiques d'hospitalisation et de réanimation éventuellement. La prise en charge pédiatrique doit être spécifiée également. Le personnel formé et immunisé est répertorié. La logistique pharmaceutique est préparée : stocks d'antibiotiques, vaccins. Les procédures de vac-

Évacuation du personnel hospitalier sont en cours de diffusion. La préparation est en phase active. Les items qui composent les fiches de recommandations doivent faire mention : des personnes ressources, 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 hôpitaux ciblés) sans passage dans les SAU et UPATOU.

Le chimique

La prise en charge de ces victimes doit se faire avec des conditions de sécurité maximales. La décontamination de ces patients doit débiter à la phase pré-hospitalière comme le prévoit la nouvelle circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2001. Cependant les victimes valides non décontaminées sur site vont converger vers les hôpitaux. À la phase initiale, les données sur le ou les toxiques en cause peuvent manquer, il faudra donc envisager une décontamination pour un grand nombre de victimes qui arriveront vers les hôpitaux.

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.

Dans la mesure du possible, la majorité des victimes sont orientées vers l'établissement référent qui doit disposer d'une unité de décontamination. L'accueil sera qualifié d'inopiné pour les autres établissements, des mesures d'accueil spécifique doivent y être préparées. Des équipes formées pourront venir renforcer ces établissements après demande au SAMU de zone. Les protocoles de décontamination sont élaborés et doivent être largement diffusés.

Les SAMU doivent disposer d'unités de décontamination mobiles. Les zones sont dotées de tenues de protection pour assurer la protection des établissements et effectuer les traitements, 2 100 respirateurs sont répartis dans les différentes zones de défense.

Les différents établissements devront répondre à certaines contraintes en fonction de leur entité. Les fiches élaborées devront répondre à différentes questions : protocoles et procédures, lieux d'hospitalisation et de réanimation après décontamination, inventaire des locaux avec arrivée de fluides médicaux, circuits patients, modalités de transfert des patients, stockage des tenues et les procédures d'acheminement en interne et en externe, stockage des antidotes et des respirateurs, descriptif de l'unité de décontamination et ses capacités (nombre de victimes valides ou non valides/heure) et moyens de communication (lignes téléphoniques, fax, accès Internet, téléphones satellites).

L'organisation d'une décontamination devant l'entrée de l'hôpital est réalisée par une douzaine de personnes en tenue de protection (dont le médecin à l'entrée).

Un tri est fait dans la zone d'accueil entre victimes couchées et victimes valides. Une identification simple est effectuée. Ces victimes suivent deux filières parallèles. Une évaluation médicale est faite et des gestes de réanimation ventilatoire, l'injection de médicaments peuvent s'avérer nécessaires. Dans cette même 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. L'ablation des vêtements participe à hauteur de 70 % à la décontamination.

Ensuite la victime est translaturée dans la zone de douche. La victime sera douchée avec de grandes quantités d'eau à température adaptée pendant au moins cinq minutes permettant de compléter l'élimination du produit contaminant.

Dans la dernière zone, le contrôle de décontamination est effectué après une phase de séchage et avant rhabillage avec pyjama à usage unique. La victime peut ensuite 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 en plus les représentants référents dans divers domaines : centre antipoison, 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 sera formé sans exception pour une connaissance indispensable de la gestion de ces victimes par toutes les catégories professionnelles. Le port des tenues sera soumis 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 seront 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, le risque NRBC majore cette difficulté. On ne peut improviser, il faut éviter la deuxième catastrophe. Les plans préétablis, les cellules de crise compétentes et formées, des personnels formés et entraînés et des règles de conduite simples doivent permettre d'aborder ces prises en charge avec la plus grande sécurité pour tous.

Il s'agit en fait 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 et éventuellement des réanimations. C'est au contraire et très clairement l'affaire de tous. Cette prise de conscience collective ne semble pas aujourd'hui complète. C'est tout le travail en profondeur de formation qui le permettra, et le plus tôt sera le mieux.

Conclusion

Ce guide a été conçu pour évoluer. Tant l'analyse des retours d'expériences que les réflexions en cours visant notamment à préciser les arbres décisionnels et les schémas du circuit de l'information contribueront, au fil du temps, à apporter à cette première réflexion les compléments nécessaires.

Les auteurs ont tout d'abord recherché à proposer des pistes de réflexion et quelques clés aux professionnels de santé. Au regard des événements récents, ceux-ci ne peuvent dorénavant faire l'économie d'une véritable culture de la gestion de crise. En effet, l'expérience prouve que les risques émergents, les progrès technologiques, sociaux ou culturels engendrent paradoxalement des catastrophes parfois impensables.

Le plus grand risque est celui qui n'est pas ou peu probabilisable, comme la catastrophe du 11 septembre 2001 aux États-Unis. Le risque c'est aussi de ne pas voir arriver l'événement par manque de considération des signaux faibles, chacun étant pris par les contraintes du quotidien. Le manque d'outils d'alerte, d'indicateurs, renforce aussi la vulnérabilité des structures. Notre culture ne prépare pas non plus à considérer des signes avant-coureurs dénués de critères rationnels. Il appartient alors aux décideurs et aux managers de provoquer 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 en cas d'afflux de victimes. 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 faut donc l'assortir de fiches spécifiques, et surtout un élément de pilotage essentiel : la composition et la mission de la cellule de crise. Le préalable à une telle démarche consiste à identifier les responsables hiérarchiques, les pilotes, les acteurs clés afin de pouvoir décliner des comportements, recensés par secteur d'activité, sur la base de protocoles clairement établis, qui 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'accident.

Le schéma départemental des plans blancs a pour vocation de à répondre à ces différentes dimensions, en permettant une vision globale de l'organisation sanitaire et sociale dans son ensemble en cas de crise.

La culture de crise doit donc faire partie des pratiques quotidiennes par des enseignements, des préparations, des entraînements, de l'anticipation.

Il faut savoir imaginer des scénarios possibles, pour éviter tout ou partie des écueils lorsqu'il y aura à gérer une crise effective et en maîtriser les conséquences.

Seul un commandement ferme, préparé et entraîné permettra d'amoindrir le désordre, la confusion, le stress, la panique, les initiatives inappropriées, les attitudes et influences aléatoires qui déstabilisent un peu plus l'organisation atteinte par une crise.

Au chapitre des propositions d'amélioration et des illustrations constructives, les lecteurs de ce guide sont sollicités. Ses auteurs sont convaincus que la qualité de la gestion des risques et des crises est largement liée aux échanges entre professionnels qui renforcent au quotidien leurs liens et permettent, le jour venu, de faire face aux situations difficiles dans de meilleures conditions.

Cet ouvrage peut être enrichi de commentaires, de retours d'expérience et propositions, qui contribueront à le faire évoluer au fil du temps. Ils peuvent être communiqués en suivant le lien indiqué sur ce document 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.

Deuxième partie

Les 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 de la taille, de la mission, de l'environnement de chaque établissement, notamment.

- La première série de fiches (fiches 1 à 8) 48
concerne le rôle de la DDASS
et l'élaboration du schéma départemental des plans blancs.
- La seconde série (fiches 9 à 34) 60
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 schéma départemental des plans blancs

fiches

1	Le schéma départemental	49
2	L'état des lieux des plans blancs existant dans le département	51
3	La connaissance des risques et leur prévision	52
4	La place et le rôle des établissements de santé	53
5	Les flux de victimes	54
6	Le rôle de la DDASS	55
7	La réactivité du dispositif proposé dans le schéma départemental	58
8	Les modalités de suivi du schéma départemental : quels indicateurs ?	59

Le schéma départemental

Des questions à se poser

- Quels sont les objectifs du schéma ?
- 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 ?
- 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 que le dispositif départemental est en mesure de prendre en charge, en fonction de leur catégorisation (UA, UR, impliqués, décédés) doit figurer dans le document.



fiche

Le schéma départemental

- 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 schéma qui intègre non seulement des éléments relatifs au contenu (adaptation du schéma à l'environnement industriel et sanitaire, les moyens mobilisables, objectifs de formation des personnels, 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 schéma.
- Assurer une cohérence interdépartementale des schémas par l'intermédiaire de la région.
- S'assurer que chaque acteur du schéma a pris connaissance du document, est au clair sur les missions qui lui incombent et les 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 :
 - le risque nucléaire ;
 - le risque radiologique ;
 - le risque biologique ;
 - le risque 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

- Risque feux de forêt.
- Risque sismique.
- Risque inondation.
- Risque mouvement de terrain (glissements...).
- Risque rupture de barrage.
- Risque de transport de matières dangereuses.
- Risque industriel (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

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 SAU ou d'UPATOU 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, infectieux, 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 sur les risques majeurs, ou le schéma départemental 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 SAU ou d'UPATOUs 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 3 niveaux :
 - **les établissements de 1^{re} ligne** : Il s'agit de tous les établissements disposant d'un SAU, d'un POSU ou d'une UPATOU ;
 - **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 1^{re} ligne. Ils sont destinés à la prise en charge de patients ne nécessitant plus de soins aigus.
- Réaliser un recensement des établissements SAU/UPATOU en fonction de leur capacité à s'organiser face à l'accueil de victimes contaminées. Bien qu'établissements de première ligne, ces établissements peuvent être plus ou moins adaptés à toutes les formes de contaminations dont les victimes peuvent être atteintes (notamment en matière de contamination biologique). Une qualification des établissements selon cette aptitude, sur la base d'une grille standardisée apparaît comme nécessaire.
- Préciser les circuits de prise en charge.

5

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 et la nécessité au préalable 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 schéma.
- 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 de crise 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 de crise 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. Cette catastrophe peut soit conduire un ou plusieurs établissements de santé à déclencher leur propre plan blanc, soit à la nécessité de mettre en alerte plusieurs établissements compte tenu de sa nature et/ou de son ampleur supposée.

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 de crise

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

Le schéma départemental des plans blancs est l'outil de référence et d'aide à la décision en cas de crise. Ce schéma aura été remis au préfet dès son accomplissement, ainsi que les réajustements qui y sont 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 des cas l'extension rapide à d'autres personnes de la DDASS, donc 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 email, armoire (à demeure) avec la documentation de crise,
- un ordinateur protégé avec connexion Internet
- une télévision, un poste de radio,
- l'accès au Rimbaud 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 schémas départementaux et régionaux,
- les annuaires des structures, organismes et administrations tenus régulièrement à jour etc.

Cette liste est non exhaustive.

6

fiche

Le rôle de la DDASS

- Prévoir pour les membres de la cellule de crise 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 de crise centrale.
- 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 schéma départemental.
- 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, auxquels les établissements de santé peuvent contacter la DDASS et échanger des informations,
 - transmettre des dispositions immédiates qu'il convient de prendre au regard des caracté-

ristiques de la catastrophe (déclenchement de leur plan blanc, conduite à tenir),
- transmettre leurs capacités en lits disponibles au SAMU.

- Informer la cellule de crise préfectorale 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 retenues dans le cadre du schéma départemental des plans blancs.

La réactivité du dispositif proposé dans le schéma départemental

La réactivité du dispositif
proposé dans le schéma départemental

Des questions à se poser

- Le dispositif peut-il être activé 24 heures sur 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 leur rôle.
- Intégrer cette fiche dans le schéma départemental.
- Tester les outils et procédures lors d'exercices ciblés.
- Mettre en place un programme d'exercices prioritaires chaque année, intégrés dans le schéma départemental.
- 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 schéma départemental.

Les modalités de suivi du schéma départemental : 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 :
 - les capacités d'accueil des urgences (absolues, relatives),
 - les capacités de communication,
 - les capacités de décontamination,
 - les tenues de décontamination,
 - les 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 ;
- la programmation d'exercices ciblés sera proposée et inscrite dans le schéma départemental. 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 et des respirateurs et de l'oxygène.

Les modalités de suivi du schéma départemental :
quels indicateurs ?

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

fiches

9	L'auto-évaluation en vue de l'élaboration du plan blanc	62
10	La procédure d'élaboration du plan blanc	63
11	La formation des personnels	65
12	La composition de la cellule de crise	66
13	Les missions de la cellule de crise	67
14	L'aménagement du local de crise dans l'établissement	69
15	Les dossiers et éléments d'informations de référence de l'établissement	72
16	Les principes de communication	75
17	Les systèmes d'information (informatique, téléphone, fax)	78
18	Le rôle du directeur	79
19	Le dimensionnement des moyens en personnel	81
20	Le plan de circulation	82
21	Le fonctionnement de l'établissement en mode dégradé	83

22	Le rôle du SAMU	84
23	Le rôle des SMUR	86
24	L'afflux de victimes dans l'établissement de santé	88
25	L'organisation du lieu de prise en charge des victimes	89
26	L'organisation des services de soins	91
27	La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)	92
28	La prise en charge du personnel (CUMP)	94
29	La préparation de l'hôpital en cas de risques NRBC	95
30	La préparation de l'hôpital en cas de risques nucléaire et radiologique	97
31	La préparation de l'hôpital en cas de risque biologique	100
32	La préparation de l'hôpital en cas de risque chimique	102
33	L'exercice de gestion d'une crise au sein de l'établissement	105
34	Les critères d'évaluation du dispositif d'élaboration du plan blanc	108

L'auto-évaluation en vue de l'élaboration du plan blanc

Des questions à se poser

- Avez-vous des informations de synthèse pré-établies sur l'activité quotidienne de votre établissement ?
- Avez-vous des indicateurs d'alerte dans le cadre de cette activité quotidienne ?
- Avez-vous des dossiers d'information préétablis sur votre activité, vos métiers, vos principaux risques ?
- Disposez-vous d'un plan blanc réactualisé ou datant de moins de 5 ans ?
- Si vous le remettez à jour actuellement, avez-vous défini un comité de pilotage prenant compte de toutes les composantes de l'établissement (responsables médicaux, soignants, administratifs et techniques) ?
- Quelle est votre stratégie d'information des différents chefs de service et de l'ensemble du personnel ?
- Comment envisagez-vous l'appropriation de ce plan par l'ensemble du personnel (modalités de diffusion, modalités de retours d'information, formation, sensibilisation) ?
- Disposez-vous d'instructions écrites sur la conduite à tenir vis-à-vis des autorités de tutelle ?
- Avez-vous adressé votre plan blanc aux autorités de tutelle ?
- Votre plan blanc est-il en cohérence avec le schéma départemental des plans blancs ?
- Connaissez-vous les sites à risques à proximité de votre établissement (localisation, typologie) ? La connaissance de ces risques implique-t-elle des mesures particulières (acheminement d'antidotes,...) ?
- Votre 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 votre site, avez-vous prévu un local de crise ?
- Avez-vous 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) ?
- Vos différents chefs de service ont-ils des instructions ?
- Avez-vous prévu un local de crise de repli à l'extérieur de votre site ?
- Les données vitales de votre établissement sont-elles exportables (ordinateur, réseau sécurisé, Internet) ?
- Dans les deux dernières années, avez-vous pratiqué un exercice de simulation de crise :
 - interne à l'établissement ?
 - en lien avec les autorités locales de secours ?
 - avec les pouvoirs publics ?
 - avez-vous confronté votre expérience de crise ou votre organisation de crise avec celle d'autres établissements ?

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 sur 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, classée 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 des 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,

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.
- Avoir présent à l'esprit que les fiches « plan blanc » peuvent être sur l'intranet de l'hôpital.
 - Présenter l'ensemble du plan à chaque équipe de l'établissement pour vérification, validation, consolidation.
 - Préférer le vocable de « 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.

La formation des personnels

Des questions à se poser

• Avez-vous organisé des actions de formation 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.

• Avez-vous organisé des actions de sensibilisation 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.

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 situations 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 de la documentation à jour 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 / une secrétaire.
- Il est important de ne pas sous-dimensionner la cellule de crise. Il est toujours plus facile d'alléger un effectif de crise 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 pour le directeur.

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 des 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 définir 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 qui sont en adéquation avec le personnel et les expertises mobilisables. Cet aspect sera communiqué à la tutelle dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental.
- Fournir à chaque cadre, qui doit les avoir sur lui en permanence, les 4 ou 5 contacts prioritaires à établir en cas d'alerte et la liste d'actions immédiates qui sont 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 la phase aiguë d'une crise, 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 schéma départemental, 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 les données nominatives 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, email, 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 conservées 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, 1 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) :

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



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.
- Vérifier si chaque membre de la cellule est opérationnel.
- Vérifier 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.

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 sont tenues à jour et 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.).
- Établir une liste des ambassades et consulats publiée dans le bottin administratif.
- Établir une liste :
 - d'interprètes bénévoles parmi le personnel hospitalier,

- de professeurs de lycées, collèges,
- recenser des bénévoles qui maîtrisent une langue étrangère,
- en cas de problème, appeler si nécessaire Inter service migrants qui fonctionne 24 heures / 24, 7 jours / 7, au 01 45 35 73 73.
- Établir une liste des principaux intervenants des cultes religieux.
- Établir une liste 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 schéma départemental des plans blancs.

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,

15

fiche

- une fiche descriptive de l'établissement (implantation géographique, effectif, activité),
- des fiches spécifiques sécurité, environnement, spécialités médicales et techniques ;
- 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 de disposer 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 n° 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. Chaque membre de la cellule de crise doit donc pouvoir disposer d'un outil « mémo crise » pour pouvoir le faire.

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*

16

Les principes de communication

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 transmettre l'événement à 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 détermination 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 crise. Le responsable de la structure doit à la fois communiquer en étant responsable de l'image, mais aussi résoudre de multiples pro-

fiche

16

Les principes de communication

- blèmes concrets liés à la crise, tout en en préservant l'avenir des activités habituelles. Des recommandations particulières peuvent être retenues et peuvent contribuer à éviter des écueils en assurant au préalable,
- à 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.
- Sensibiliser le personnel au fait de ne pas surcharger la cellule de crise par des appels.
- Penser à alerter de façon exhaustive les per-

16

fiche

sonnes alertées de la levée du dispositif. Les points presse doivent être suffisamment fréquents pour ne pas laisser la place à de fausses rumeurs. Toutes les informations délivrées doivent 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.

- N'alertez pas les médias sans avoir préparé quelques messages clés.
- Ne laissez pas les médias se disperser dans l'établissement.
- Les médias « n'attendent pas », restez en contact constant avec.
- Évitez de vous 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 équilibrés.

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,
 - transmission de la réponse par le porte-parole.
- S'enquérir de la suite donnée par le média
 - informer.

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 recevoir 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 soignantes, écoles de cadres).

Points particuliers au moment de la crise

- Avec un message « **Le plan blanc est déclenché** », l'ensemble 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 aux mots : « 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 une secrétaire organisée et opérationnelle.

En attendant la réunion de la cellule de crise

- Faire confirmer l'alerte, identifier le correspondant, identité, N° 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 SAU.
- 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.

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 aux agents sur liste rouge.
- 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, télévision, 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** », l'ensemble 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 aux mots : « **Le plan blanc est déclenché** », « **Il s'agit d'un exercice** ».
- En dehors de ceux qui constituent 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 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 : prévoir groupe électrogène.
- Téléphone : prévoir des lignes téléphoniques indépendantes de l'autocom, voire un téléphone satellitaire, prévoir 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 quantité 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 schéma départemental des plans blancs 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.



- 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 la régulation 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 DAM 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, n° 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).

23

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 embarqué et de fiches pour favoriser 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 de poser l'hélicoptère ?
- 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 des fiches médicales de l'avant prénumérotées (avec le numéro du département d'origine comme préfixe de la numérotation pour éviter des doubles fiches si accident « frontalier ») dans chaque véhicule SMUR.
- 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, les moyens 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, hôpital de proximité devient PMA en fonction de l'ampleur du sinistre).

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 zone 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 pré-hospitalières) :
 - 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 répertorier, 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 des bracelets d'identification.
- L'accueil des urgences habituelles est 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 d'un des leurs.
- Les familles des patients hospitalisés préalablement à la crise doivent évacuer les locaux de l'hôpital.

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 experts en cas d'accident NRBC.
- Le pré-équipement 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 SAU 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 SAU une ligne de téléphone spécifique et un fax entrée / sortie.



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 renseigné 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.

26

L'organisation des services de soins

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 pour identifier :
 - 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.

2 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.
- 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 trousseaux avec médicaments + stéthoscopes + tensiomètres,
- les ordonnances, arrêts de travail, certificats préimprimés de lésions 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.
- 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 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.



- 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 de victimes directes et indirectes estimées,
 - difficultés spécifiques,
 - durée prévisible de la mission (et 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 auprès d'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 absence de besoin, 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 de(s) établissement(s).
- Respecter en toutes circonstances le secret médical.
- Travailler en lien avec la médecine du travail, pour préparer l'après-crise.
- Plusieurs fois/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'hôpital en cas de risques NRBC

29

La problématique est différente selon qu'il s'agit d'un risque à cinétique immédiate ou à cinétique insidieuse et 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.

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 schéma départemental ?
 - Comment établir les communications avec les interlocuteurs SAMU, DDASS, Préfecture et la cellule de crise ?
 - Quel est le rôle respectif de l'hôpital et des autres établissements du réseau sanitaire dans le cadre du schéma départemental ?
- Quelle organisation de l'hôpital 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 du personnel ?
- Qui prendra la décision de décontamination, d'isolement et la décision de levée des procédures ?

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'hôpital selon le type de risque.
- Répertoire les personnels formés, immunisés 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.

fiche

29

La préparation de l'hôpital en cas de risques NRBC

- 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.
- Établir les procédures pour délimiter les zones et points d'accès des personnels, familles, médias.
- Au niveau du SAU :
 - 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 ;
 - élaborer un listing des personnels formés à équiper, avec les tailles des équipements ;
 - assurer les conditions correctes de stockage des équipements de protection ;
 - établir une collaboration avec le SAMU.
- Prévoir une déportation 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 C ? R ? N ? D'où l'importance du contexte et d'un canevas de questionnement avec information immédiate et réciproque des services impliqués.

- 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'hôpital en cas de risques nucléaire et radiologique



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 radio-actifs 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 radio-contamination ou de lésions radio combinées, l'urgence médico-chirurgicale prime sur la contamination radiologique.

La dissémination de la contamination 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. 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 décontamina-

tion interne repose sur des traitements spécifiques. Des détecteurs permettent d'identifier et de contrôler le danger radiologique.

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

Des questions à se poser

- Quelle est la cartographie des risques potentiels de la région ?
- Y a-t-il 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 ?
- Quels sont les renforts possibles départementaux, zonaux ?
- Où se trouvent les stocks de médicaments, les tenues, les containers de déchets ?
- 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 ?

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

Des pistes de travail

Établir les procédures

- De tri et de traitement à l'entrée de l'hôpital.
- De renforts départementaux, régionaux ou zonaux.
- De pré-équipement 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 par le déshabillage (90 % de la décontamination) et la douche.
- D'alerte et d'information à l'ensemble des personnels de l'établissement : message type.
- De renfort par la police / périmètre de sécurité devant l'hôpital.
- De fermeture des entrées et d'identification des circuits d'accueil pour victimes contaminées séparés de façon simple des circuits d'accueil de patients non contaminés.
- De décontamination des personnels en tenues.
- Évaluer le temps nécessaire pour :
 - activer des équipes protégées,
 - équiper une salle d'accueil,
 - 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 de crise 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

Informier l'ensemble du personnel et dédramatiser

- 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.

Points particuliers au moment de la crise

La nature N, R, C voire B n'est pas toujours évidente. L'hypothèse initiale est que des matières différentes peuvent être utilisées. Une protection polyvalente sera de rigueur dans l'attente d'une identification.

Une phase de pré-alerte 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

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

3 La préparation de l'hôpital 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) et obéit à une cinétique plus lente et prolongée dans le temps.

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...) sont mises en place en coordination avec le SAMU / centre 15, la DDASS, les services référents d'infectiologie, le réseau pré-hospitalier de l'aide médicale urgente.

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

Des stocks de médicaments 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 « arme 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.

Des questions à se poser

- La symptomatologie présentée par les patients examinés à l'hôpital correspond-elle à un risque identifié, justifiable d'une alerte ?
- 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'hôpital, du département, de la région ?
- Quels sont les circuits dédiés départementaux, zonaux pour que les patients accèdent directement à ces services ?
- L'hôpital doit-il recevoir ces patients ou les adresser directement dans ces services ?

31

fiche

- Quelle est la capacité d'accueil de l'hôpital pour ce type de patients (schéma départemental) ?
- Où se trouvent les stocks de médicaments ?
- Quels sont les moyens de mobilisation des médicaments ?
- Où faut-il isoler les patients ?
- Quels sont les protocoles de désinfection, de traitement, de vaccination éventuelle ?
- Identifier dans la zone d'autres hôpitaux 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.
- Sensibiliser le personnel aux stratégies de vaccination à mettre éventuellement en place.

Des pistes de travail

- Établir les procédures de tri à l'entrée de l'hôpital.
- Établir les procédures pour activer le circuit dédié à l'hôpital : 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 de 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, thérapeutique), sites Internet, informations de la DGS, InVs...
- Identifier les médecins référents de l'hôpital, du département, de la zone, les laboratoires spécialisés.

Points particuliers au moment de la crise

- La cellule de crise peut être à l'état de veille, de pré-alerte ou d'alerte.
- Prévoir un échange d'informations par voie électronique avec l'Institut de Veille sanitaire, la DDASS, la cellule de crise de l'hôpital et le SAMU (astreinte catastrophe).
- Prévoir de donner des consignes à la population, aux médecins généralistes, aux pharmaciens, aux 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 en coordination avec le SAMU.

La préparation de l'hôpital en cas de risque chimique

L'hôpital doit se préparer à faire face à un flux de victimes à fort potentiel de contamination par des substances chimiques. Le personnel en interface doit revêtir des tenues de protection pour se protéger. 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. La décontamination peut se faire dans une tente (module transportable) ou dans un endroit prédéterminé à l'entrée de l'hôpital. La décontamination prime sur le traitement. Des procédures de réanimation peuvent être mises en place en cours de décontamination par des équipes spécialisées (SAMU / réanimateurs).

L'hôpital doit être prêt à accueillir des victimes ayant échappé au tri organisé sur le site de l'événement ou des victimes adressées spécifiquement par les secours sur place (déjà décontaminées ou non décontaminées selon l'importance de l'événement...).

Des questions à se poser

Quelle est l'organisation à prévoir ?

- Répertoire dans la zone de défense de rattachement de l'hôpital :
 - l'hôpital référent pour les risques chimiques,
 - les médecins référents : médecins Biotox, astreintes catastrophes SAMU, centre anti-poison,
 - les personnes ressources formées de la zone et mobilisables,
 - les modules de décontamination de la zone mobilisables,
 - 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.
- Répertoire au niveau de l'hôpital et du département :
 - les procédures d'alerte pour sécuriser l'entrée de l'hôpital,
 - les personnes ressources formées, les procédures de mobilisation et de relève,
 - l'identification spécifique des circuits d'entrée de personnes contaminées,
 - les procédures de décontamination à l'entrée de l'hôpital : module fixe ou à monter avec systèmes de douches,
 - le lieu de stockage des tenues, de matériels et les procédures de mobilisation,

32

fiche

- la liaison avec le SAMU, les services d'urgence et la cellule de crise,
- la communication et l'information du personnel intra-hospitalier sur l'événement en cours,
- les possibilités de renforts départementaux, régionaux, zonaux,
- la capacité des autres établissements à recevoir ce type de victimes, selon le schéma départemental préétabli,
- l'accès à des fiches d'évaluation sur la symptomatologie clinique présentée par les victimes et les circonstances entourant l'événement,
- la cartographie des risques locaux : industriels, professionnels, terroristes...,
- l'accès électronique au réseau d'informations validées.

Des pistes de travail

- Se référer à la circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002.
- 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'hôpital.
- Établir les modalités de fermeture des différentes entrées. Identifier un circuit d'accueil pour victimes contaminées et un circuit d'accueil de patients non contaminés à distance du premier.

- Établir les modalités d'accueil de victimes contaminées valides et couchées avant l'entrée des urgences.
- Tester les modalités de mobilisation des équipes protégées. Tenir à jour un listing personnalisé des équipes formées avec les tailles correspondantes des tenues et masques.
- Identifier et établir les mesures de surveillance du personnel équipé de tenues (superviseur) et les procédures de décontamination de ces personnels.
- Mettre en place un circuit de décontamination devant la porte des 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 avec identification complète de la victime. Évaluer la possibilité de dédier un espace (couloir...) à un circuit de décontamination pré-équipé avec douches. Prévoir un point d'eau avec mélangeur et raccord pour l'installation des douches devant l'entrée.
- Prévoir le matériel pour équiper les sas, un système de rails pour translater des brancards (sans efforts pour des équipes en tenue), les panneaux explicatifs, le fléchage, un porte-voix, les containers, les sacs pour effets personnels de valeurs et d'autres sacs étanches pour les vêtements.

La préparation de l'hôpital en cas de risque chimique

fiche

32

La préparation de l'hôpital en cas de risque chimique

- Tester les procédures pour couper la climatisation et les systèmes de ventilation dans les zones d'accueil.
- Se rapprocher des CESU pour former le personnel : équipes de 12 personnes pour un module de décontamination pré-hospitalier (personnels pouvant être issus de l'ensemble des services de l'hôpital).
- Sensibiliser l'ensemble du personnel (informations courtes en séances plénières).
- Prévoir les modalités d'une formation continue. Assurer la maintenance des éléments de la tenue de protection, vérification annuelle du masque, dates de péremption des tenues et des cartouches.
- Identifier un point d'entrée ou de sortie du personnel de l'établissement.
- 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 questionnaire sur les signes cliniques et des fiches thérapeutiques conformes aux recommandations, accessibles et connues des services d'urgence.
- Établir des conventions interétablissements pour la mise à disposition de matériel spécifique.

Points particuliers
au moment de la crise

- L'identification des produits et leur pouvoir de contamination seront confirmés ou infirmés secondairement.
- Le personnel doit se protéger, notamment les agents de sécurité en interface.
- Il faut activer le circuit de décontamination 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.
- Prévoir un moyen de communication entre la cellule de crise de l'hôpital et le MDPH.
- Prévoir la communication entre la cellule de crise du plan blanc et la cellule de crise départementale à la régulation du SAMU pour évaluer les besoins en relève et le rendement de la chaîne de décontamination.

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

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 objectif(s) visé(s) ?

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 d'antidotes,
 - s'assurer du circuit de mise à disponibilité des stocks :
 - au sein même de l'établissement,
 - par le recours à l'établissement qui le détient.
- Brancards...

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.



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...

3 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-t-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.
- 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

Support de communication

Ce support a vocation à être réutilisé par les services de l'État et les établissements de santé pour leur communication interne sur le sujet de la gestion de crise, des schémas départementaux des plans blancs et des plans blancs des établissements. Il est disponible sur internet, sur le site du ministère de la santé et de la protection sociale.

***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.

diapositive 1

PLAN BLANC ET GESTION DE CRISE

Guide d'élaboration
des schémas départementaux et plans blancs

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Cellule gestion des risques
Mars 2004

diapositive 2

Objectifs du guide

- « Le présent guide a vocation à répondre aux besoins exprimés par les professionnels de terrain et s'appuie sur l'expérience acquise du risque, de l'alerte, de la crise et du plan blanc ». E. Couty.
- Il s'adresse par ailleurs aux services déconcentrés de l'Etat et à tous les établissements de santé publics, participant au service public et privés.
- Il vise à faciliter la mise en œuvre de la circulaire du 3 mai 2002 (plan blanc) et à promouvoir une culture de prévention et de gestion des crises.
- Il n'a pas d'autre but que d'aider les chefs d'établissement et les directeurs de DDASS dans cette entreprise.

diapositive 3

Structure du guide

- La crise et sa gestion :
 - la gestion d'une crise
 - du local au national : les différents niveaux d'intervention
 - la typologie des plans de secours
 - la chaîne médicale des secours
 - le schéma départemental des plans blancs
 - le plan blanc.
- 34 fiches de recommandations.

diapositive 4

Commentaire des auteurs

- Les auteurs du guide souhaitent insister sur les faits suivants :
- Aucun établissement de santé n'est à l'abri d'une crise.
- Aucun établissement n'est seul dans ces circonstances, surtout si les liens avec l'échelon départemental et la chaîne médicale des secours sont formalisés et entretenus.
- Le schéma départemental, le plan blanc, la cellule de crise et leur appropriation par tous sont des priorités majeures.
- Le guide met à la disposition des établissements des fiches de recommandations issues d'un travail de mutualisation des expériences vécues au quotidien et relevant de métiers particulièrement impliqués lors d'une crise.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

diapositive 5

La crise et sa gestion

- La crise est une « situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress. » Hermann Khan.
- Quatre points essentiels
- Toute gestion d'une crise doit entraîner l'activation de la cellule de crise, indépendamment du déclenchement éventuel du plan blanc.
- Le plan blanc peut être déployé de manière partielle ou graduée.
- Dans la crise, c'est le chef d'établissement qui prend les décisions. Il assume le commandement opérationnel. Chacun doit en être conscient et s'y préparer.
- Se préparer, c'est construire une réponse intégrée dans un cadre élargi : le schéma départemental.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

diapositive 6

Une culture

- « Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face. » P. Lagadec.
- Gérer correctement une crise suppose que les conditions préalables du « nous sommes ensemble » aient été instaurées.
- Il faut d'abord s'assurer d'être alerté à temps.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

diapositive 7

Avant la crise

- Le directeur a créé un plan blanc, avec toutes les collaborations nécessaires et l'a présenté aux instances.
- Les formations adaptées ont été organisées.
- Tous les personnels ont été sensibilisés.
- Le directeur a participé à l'élaboration du schéma directeur départemental des plans blancs.
- Il a mis à l'épreuve, une fois par an au moins, le fonctionnement de la cellule de crise.
- Les responsables médicaux, soignants, médico- techniques et le management s'investissent dans la promotion d'une culture de prévention et de gestion des crises.

diapositive 8

Pendant la crise

- Décrypter la crise, mobiliser et diriger la cellule de crise, spécifier clairement ce qu'il faut faire incombant au chef d'établissement.
- La communication interne et externe est essentielle. Les nouveaux risques sont des faits sociaux globaux. Tout vide d'information sera comblé par un autre acteur qui n'est pas forcément le mieux placé (rumeurs).

diapositive 9

Actes attendus du directeur

- Nommer la crise, dégager un champ opératoire : quel est le véritable problème ?
- Prendre position sur des orientations de fond, selon des valeurs - (l'attention aux victimes) -.
- Définir une stratégie de réponse pour chaque scénario : Quelles sont les 3 erreurs à éviter, les 3 initiatives à prendre dans l'heure ?

diapositive 13

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le vade-mecum de crise

- A conserver sur soi.
- Un document confidentiel comportant des informations indispensables :
 - autorités publiques (identités, coordonnées),
 - équipe de direction et chefs de services,
 - salle de crise (téléphone, fax, adresse, consignes au 1^{er} arrivant, consignes de sécurité),
 - règles de communication (résumé).

diapositive 14

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Du local au national :
les différents niveaux d'intervention**

Les niveaux opérationnels

- Les établissements de santé de référence.
- Les autres établissements de santé.
- Le service de santé des armées.

diapositive 15

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Du local au national :
les différents niveaux d'intervention**

Les niveaux de coordination

- L'échelon départemental.
- L'échelon zonal.
- L'échelon national.
- Le niveau d'appui et d'expertise.
- La DRASS.
- L'ARH.

diapositive 16

La typologie des plans de secours

- Les plans d'organisation des secours ORSEC.
- Les plans d'urgence (plans rouges, plans particuliers d'intervention, plans de secours spécialisés).
- Les plans gouvernementaux pirates.
- Les plans sanitaires spécifiques.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

diapositive 17

La chaîne médicale des secours

- L'organisation sur le terrain.
- La régulation médicale du SAMU.
- La cellule d'urgence médico-psychologique.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

diapositive 18

Le schéma départemental des plans blancs
Sommaire

- 1 • La crise et sa gestion
 - La gestion d'une crise
 - Du local au national :
 - les différents niveaux d'intervention
 - La typologie des plans de secours
 - La chaîne médicale des secours
 - Le schéma départemental des plans blancs
 - Le plan blanc
- 2 • Les fiches de recommandations
 - Élaboration du schéma départemental
 - Élaboration des plans blancs

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

diapositive 19

Schéma départemental

Le schéma départemental des plans blancs prévu par la circulaire du 3 mai 2002 a pour but d'organiser la prise en charge d'un afflux de victimes au sein des établissements de santé d'un département, à la suite d'un événement particulièrement grave, à la suite ou non d'un acte de malveillance, et plus généralement de définir une organisation rationnelle de l'offre de soins départementale dans le cas d'un événement à conséquences sanitaires exceptionnelles.

- Le schéma départemental des situations à conséquences sanitaires exceptionnelles est arrêté par le préfet de département après avis du CODAMU-PS.
- Son élaboration et son suivi sont confiés au DDASS avec l'appui technique du SAMU.

diapositive 20

Schéma départemental

Il doit s'appuyer sur des scénarios bâtis sur :

- la connaissance des risques sur la zone considérée,
- les enseignements tirés des événements antérieurs (AZF...) notamment sur les flux de victimes.

Ces scénarios intégreront plusieurs variables :

- nature de la crise,
- contamination ou non de la population,
- caractère contaminant ou non des populations exposées,
- localisation de la crise,
- cinétique prévisible de la crise,

diapositive 21

Schéma départemental

Il s'inscrit en cohérence avec les perspectives organisationnelles locales (ex : SROS et notamment urgences et réa)

Il intègre une dimension d'anticipation de la crise

- La coordination de l'information.
- La définition d'un circuit clair des responsabilités.

Il est évolutif et :

- précise concrètement l'organisation technique permettant une évaluation annuelle,
- inclut des objectifs opérationnels.

diapositive 22

Schéma départemental

Le schéma s'inscrit dans une perspective opérationnelle

- Il intègre un état des moyens disponibles spécifiques :
 - spécifiques ou non NRBC,
 - hospitaliers et extra-hospitaliers,
 - transports sanitaires.
- Précise le rôle des différents acteurs.
- Décrit les procédures et définit les articulations :
 - entre les différents acteurs,
 - avec les départements voisins,
 - avec les autres plans.
- Met à disposition l'ensemble des outils nécessaires.
- Prévoit la réalisation d'exercices.

diapositive 23

Le plan blanc
principes généraux d'élaboration

- Le rôle du directeur d'établissement
- Les modalités de déclenchement
- La cellule de crise
- Le maintien et le rappel du personnel
- La circulation dans l'établissement
- L'accueil des victimes aux urgences et dans les services de soins
- L'accueil des familles, des autorités
- Les systèmes d'information, la communication

diapositive 24

Le plan blanc
principes généraux d'élaboration

Les risques spécifiques

- Le nucléaire et le radiologique
- Le biologique
- Le chimique
- La cellule de crise en accident NRBC
- La formation

Quatrième partie

Annexes

Annexe 1

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des schémas départementaux 120

Annexe 2

Tableau de bord de recensement
des capacités en lits pour l'accueil des victimes 124

Annexe 3

Organisation des secours pré-hospitaliers 125

Annexe 4

L'urgence médico-psychologique :
éléments de chronologie de l'intervention 126

Annexe 5

L'urgence médico-psychologique :
fiche d'information pour les victimes 128

Annexe 6

Synthèse des textes réglementaires 131

Fiche de renseignements pour l'élaboration des schémas départementaux

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des schémas départementaux

Pour les établissements constitués de plusieurs sites,
remplir une fiche par site MCO.

IDENTIFICATION

N° FINESS : Établissement public
 privé
 PSPH

Raison sociale :

N° de voie : Type de voie : Nom de la voie :

Lieu-dit ou boîte postale :

Code postal : Libellé commune :

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

Votre établissement est-il le siège d'un SAMU
 SMUR

Service d'urgences SAU
 UPATOU
 POSU (préciser)

CAPACITÉ

Capacité maximale d'accueil (en cas de crise),
en tenant compte des différentes contraintes de personnels et impératifs techniques

	t0	t + 1/2h	t + 1h
Urgences absolues			
Urgences relatives			
Impliqués			

ACTIVITÉS DE SOINS

	Nombre de lits installés
Urgences	
dont : hospitalisation de très courte durée	
postes de déchoquage	
Médecine	
dont : maladies infectieuses	
pédiatrie	
Chirurgie	
dont : orthopédique	
neuro-chirurgie	
vasculaire	
maxillo-faciale	
thoracique pulmonaire	
infantile	
ORL	
OPH	
Psychiatrie	
Soins de suite	
Long séjour	

ACTIVITÉS SPÉCIALISÉES

Réanimation	
adulte	
pédiatrique	
Nombre de places en salle de réveil	
Nombre de blocs opératoires disponibles	
dont blocs de chirurgie ambulatoire	
Brûlés	
dont : brûlés « réanimation »	
brûlés « chirurgicaux »	
Nombre de chambres stériles	
Nombre de chambres à pression positive	
Nombre de chambres à pression négative	
Nombre de postes de dialyse	

SERVICES MEDICO-TECHNIQUES

Laboratoire	Oui / Non	Niveau de confinement P1 à P4	Analyses réalisables
Biochimie			
Bactériologie			
Virologie			
Parasitologie			
Toxicologie			

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des schémas départementaux

SERVICES MEDICO-TECHNIQUES (suite)

Pharmacie	
Votre établissement dispose-t-il d'une pharmacie ?	
Disposez-vous d'un stock minimum de fonctionnement	
Si oui quelle en est la durée correspondante	

Radiologie		
Disposez-vous sur site des équipements suivants ?	Nombre	Service(s)
radio		
scanner		
IRM		
échographie		
angiographie		

Caisson hyperbare	
Votre établissement dispose-t-il de caisson hyperbare ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AUTRES ÉQUIPEMENTS HORS SAMU / SMUR

Pavillon « personnes contagieuses »	
Pavillon disponible en 24h pouvant être dédié à l'accueil de personnes hautement contagieuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, capacité ?	

Respirateurs		Nombre	Service(s)
Portables			
Non Portables			
Oxygène : capacité en bouteilles : B5			
B15			
B50			

Postes de secours mobiles	
Disposez-vous d'un poste sanitaire mobile de Type I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type II	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Lots de catastrophe hors PSM	
Nombre de lits de camps	
Nombre de brancards	
Nombre de couvertures	
Nombre de douches projetables	
Nombre de douches sur site ?	
dont avec récupération des eaux de décontamination ?	

Tenues de protection		Type de tenue	Nombre

Moyens de communication dédiés aux situations de crise			
	Oui / Non	Nombre	Numéro(s)
Téléphonie			
Satellite			
GSM			
PC reliés à Internet			
adresse e-mail de crise ?			
Fax			
Émetteur radio			

AUTRES ÉQUIPEMENTS HORS SAMU / SMUR (suite)**Aire de pose d'hélicoptère**

Aire de pose d'hélicoptère (DZ) Oui Non
 dont utilisable 24h / 24

Véhicules

Nombre d'ambulances

Nombre de places assises

Dépôt de sangAvez-vous un dépôt de sang? Oui Non**Chambre mortuaire**

Disposez-vous de chambres mortuaires Oui Non
 si oui, capacité ?

PERSONNEL

Médical (toutes catégories sauf internes)	mobilisables
Médecins	
Dont : médecine nucléaire	
radiologues	
radiothérapeutes	
maladies infectieuses	
légistes	
urgentistes	
pédiatres	
Chirurgiens	
Dont : orthopédistes	
viscéraux	
neuro-chirurgiens	
de la main	
ORL	
OPH	
maxillo-faciale	
cardio-thoracique	
vasculaire	
infantiles	
Anesthésistes Réanimateurs	
Pharmaciens	
Biologistes	
Psychiatres	
Sages femmes	
Non médical	
Psychologues	
Brancardiers	
Ambulanciers	
Infirmières	
Dont : IDE	
IADE	
IBODE	
Aides soignants	
Manipulateurs radio	
Laborantins	

Fiche de renseignements
pour l'élaboration des schémas départementaux

Tableau de bord de recensement des capacités en lits pour l'accueil des victimes

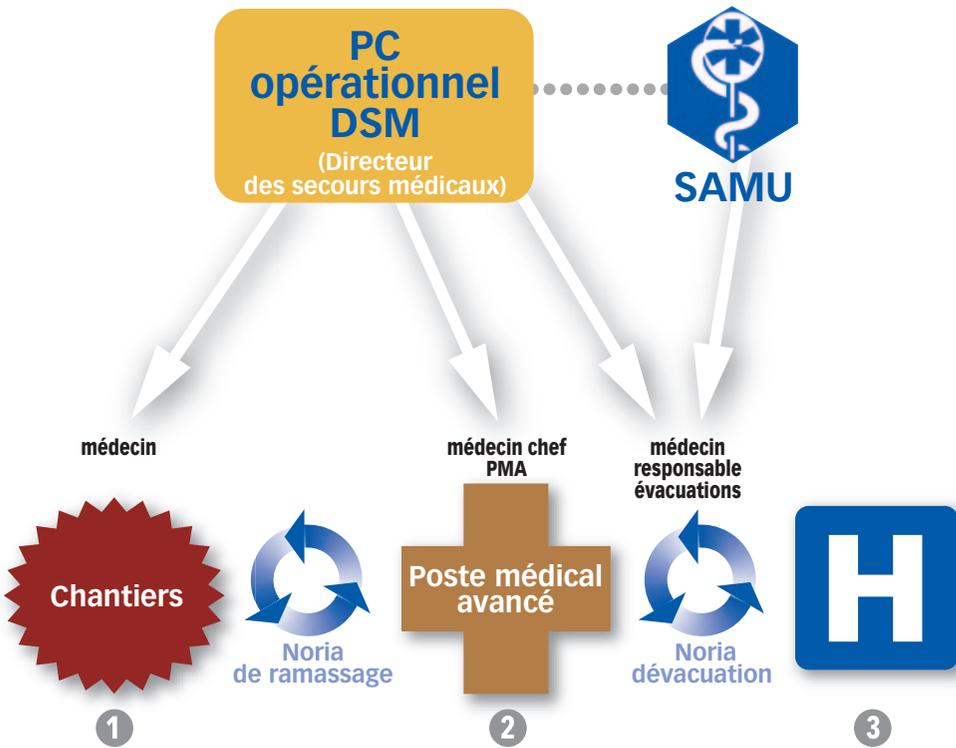
Tableau de bord de recensement
des capacités en lits pour l'accueil des victimes

Hôpital de		t + 1h	t + 2h	t + 3h	t + 6h	t + 12h	t + 24h
Chirurgie							
Médecine							
Maternité							
Hémodialyse							
Blocs opératoires							
Réanimation médicale							
Réanimation chirurgicale							
Autres *							
Réanimation pédiatrique	Couveuses						
	Nourrissons						
	Enfants						
Pédiatrie	Berceaux						
	Lits cages						
	Grands lits						
Chirurgie enfant							
Moyen / Long séjour							

DATE :

DDASS	Tél. :	Fax :
SAMU	Tél. :	Fax :

Organisation des secours pré-hospitaliers



Organisation médicale de la chaîne des secours

Organisation des secours pré-hospitaliers

4 L'urgence médico-psychologique : éléments de chronologie de l'intervention

L'urgence médico-psychologique :
éléments de chronologie de l'intervention

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).

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 + ou – 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, n° 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

à traduire et adapter dans les langues les plus pratiquées en France (anglais, allemand, espagnol, arabe, italien, portugais)

L'urgence médico-psychologique :
fiche d'information pour les victimes

CELLULE D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DU 00 SAMU 00

Dr X. Y.

Psychiatre référent départemental Camp 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 même, 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 !

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.



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

Directe (blessé physique) :
 Indirecte (impliqué) :
 Témoin :
 Famille / entourage :
 Sauveteur / soignant :

Soins

Individuels :
 En groupe :

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
 émotionnel exclusif

Exemple

L'urgence médico-psychologique :
 fiche d'information pour les victimes

- Anxiété**
- absente
 - moyenne
 - sévère
 - très sévère (effroi)

- Thymie**
- neutre
 - plutôt triste
 - franchement triste
 - exaltée, euphorique
 - mixte

Troubles du comportement

- aucun
- inhibition
- sidération
- agitation
- actes automatiques
- agressivité
- dissociation
- 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, trouble 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

- non
- oui
- Produit(s)
- Posologie
- Voie d'administration PO IM

Entretien

- classique formel
- informel
- à titre informatif
- débriefing (préciser le type)
- autre (préciser)

Information sur le risque d'ESPT

- donnée
- non donnée

Synthèse

- État de stress dépassé oui non
- Facteurs de vulnérabilité pour ESPT oui non
- Facteurs prédictifs d'un ESPT oui 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) :



Synthèse des textes réglementaires

Établissements de santé

Circulaire n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

- Tous les établissements de santé publics ou privés doivent disposer d'un plan blanc.
- Le directeur d'établissement ou l'administrateur de garde déclenche le Plan blanc.
- Il en informe le Préfet de département, le DDASS ou le DARH.

Établissement de santé de référence

Circulaire n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

Rôle :

- de conseil auprès des délégués de zone aux affaires sanitaires et sociales et des autres établissements de santé ;
- de formation du personnel potentiellement impliqué en cas d'accident NRBC ;
- d'expertise par la désignation de services référents (maladies infectieuses, laboratoires, médecine nucléaire, radiothérapie, radiologie, centre anti-poisons, SAMU, réanimation, pharmacie...).

Ils disposent :

- d'équipements de laboratoires pour établir des diagnostics rapides et en grand nombre de germes considérés comme les plus à risque (matériel PCR, extracteur d'ADN) ;
- de stocks de produits pharmaceutiques, d'antidotes et d'antibiotiques.

DDASS

Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des DRASS et DDASS

- Responsable sous l'autorité du préfet de département de la mise en œuvre au niveau départemental des politiques sanitaire, sociale et médico-sociale définies par les pouvoirs publics.
- Mission : action de promotion et de prévention en matière de santé publique, ainsi que la lutte contre les épidémies et endémies.
- La tutelle et le contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

DRASS**Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994
relatif aux missions et attributions des DRASS et DDASS**

- Responsable de la mise en œuvre au niveau régional des politiques sanitaire, sociale et médico-sociale sous l'autorité du préfet de région.
- Missions : observation et analyse des besoins, planification, programmation et allocation des ressources affectées aux dépenses sanitaires.

DDASS et DRASS**Circulaire DAGPB 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 sanitaire.
- Elle prend la forme d'actions d'information, de communication et de formation à destination du public et des professionnels.

**Les astreintes pour les personnels techniques et administratifs
des DDASS et DRASS : Circulaire n° DAGPB/MSD/
MISSION ARTT/SRH/2002-625 du 23 décembre 2002**

Définition de l'astreinte

- Obligation qui est faite à l'agent de demeurer à son domicile ou à proximité afin d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'administration.
- Elle est un régime reconnu dans lequel sont placés des agents identifiés et mobilisables pour effectuer un service défini et planifié pour lequel ils se rendent disponibles en permanence.
- La notion d'astreinte est à distinguer de celle de permanence, celle-ci n'ayant de sens que sur le lieu de travail.

Personnels des DDASS et DRASS

- Les agents de la fonction publique participant aux astreintes ont une obligation de mise en œuvre et doivent essayer de recourir à toutes les aides possibles pour faciliter une prise de décision adaptée aux circonstances de l'intervention si elle s'avère nécessaire.
- Selon l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983, les agents bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales. Cette protection juridique couvre notamment les faits qui n'ont pas le caractère de faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions.
- L'agent en astreinte générale, en dehors des heures ouvrées doit disposer de moyens suffisants et adaptés pour apporter des éléments de réponse dans une situation particulière, susceptible d'avoir un impact exceptionnel.

- Le délai entre le moment où la personne d'astreinte est jointe et le moment de son arrivée sur le lieu d'intervention doit être inférieur à une heure ou doit correspondre à un délai minimum d'un déplacement par voie routière, si la configuration géographique impose un délai supérieur.

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.

- « 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 doit 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. »

Agence régionale de l'hospitalisation

L 6115-1 du CSP et ordonnance de simplification du 4 septembre 2003

Mission de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, et de contrôler leur fonctionnement, et de déterminer leurs ressources ».

L 6112-5 du CSP et ordonnance de simplification du 4 septembre 2003

« Le DARH arrête la liste des établissements de santé dotés d'unités participant à l'aide médicale urgente appelées SAMU et détermine le champ de compétence territoriale de ces unités ».

L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003

élargit les compétences des ARH au contrôle et fonctionnement des établissements de santé, leur action dans ce domaine reposant maintenant sur un fondement législatif indiscutable.

Le 1 de l'article 1^{er}.

L'ordonnance donne au DARH une autorité fonctionnelle sur les corps d'inspection et de contrôle des services déconcentrés leur attribuant :

- une compétence de droit commun en matière de contrôle et fonctionnement des établissements de santé ; cette disposition ne modifiant aucune des compétences attribuées à d'autres autorités, préfets ou agences de sécurité sanitaire. Cette disposition n'affecte en rien le pouvoir de police détenu par le préfet ni ses attributions en matière de sécurité civile. Il s'agit donc d'une compétence concurrente uniquement dans le contrôle de l'exécution des lois et règlements du fonctionnement des établissements de santé.

6 Agence régionale de l'hospitalisation (suite)

La circulaire n°DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 précise les modalités d'exercice de ses nouvelles compétences notant :

- « L'exercice de ces nouvelles compétences, qui s'inscrivent dans le cadre de votre mission générale de contrôle des établissements, vous conduira à faire montre de la plus grande vigilance dans le contrôle des services de soins et médico-techniques dont le fonctionnement peut parfois révéler des situations individuelles susceptibles de requérir l'application des dispositions précitées ».

L'article 3, et notamment le II, confie au directeur de l'ARH le soin d'arrêter la liste des établissements de santé dotés d'unité SAMU et de déterminer le champ de compétence territoriale de ces unités.

Enfin l'article 2 transfère au DARH le pouvoir, en cas d'urgence, de suspendre le droit d'exercer des médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes et pharmaciens exerçant dans les établissements de santé (nécessite un texte réglementaire).

Le DARH peut déclencher une inspection si les événements le justifient. Le DARH doit être tenu informé de tout événement indésirable impliquant les établissements de santé.

Préfet de département et de région

Décret n° 86-1231 du 2 décembre 1982 relatif aux centres opérationnels de défense

Les préfets de région et de département disposent d'un centre opérationnel de défense pour exercer en temps de crise leurs missions.

Préfet de zone

La zone de défense est une circonscription territoriale supra régionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'État, d'un événement calamiteux ou d'une crise dont l'importance implique la mise en œuvre de moyens dépassant le niveau départemental. Elle est le cadre privilégié pour la coordination des efforts civils et militaires.

Dans chaque zone de défense, l'État est représenté par un préfet de zone qui est le préfet du département situé au chef-lieu de la zone. Une exception : Paris où ces fonctions sont exercées par le préfet de police.

En situation de crise ou de catastrophe, le préfet de zone active son CODZ. À préciser les DOM-TOM

Décret n° 2002-84 du 16.01.02 relatif aux pouvoirs des Préfets de zone

>> Pouvoirs en matière de défense non militaire :

- responsable de la préparation et de l'exécution des mesures non militaires de défense ;
- assure la répartition dans la zone des moyens des services de la défense et de la sécurité civile et des moyens des forces armées mis à disposition par voie de réquisition ou de concours ;
- assure la continuité des relations de l'État avec les responsables des établissements et organismes publics ;

- >> Pouvoirs en cas de crise ou d'évènements d'une particulière gravité :
- prend les mesures de coordination nécessaires lorsqu'intervient une situation de crise ou que se développent des évènements d'une particulière gravité, quelle qu'en soit l'origine, de nature à menacer des vies humaines, à compromettre la sécurité ou la libre circulation des personnes et des biens ou à porter atteinte à l'environnement, et que cette situation ou ces évènements peuvent avoir des effets dépassant ou susceptibles de dépasser le cadre d'un département ;
 - lorsque la situation ou les évènements affectent plusieurs zones de défense et entraînent des atteintes ou des menaces graves à l'ordre public, le ministre de l'intérieur peut désigner l'un des préfets de zone afin de prendre les mesures de coordination.

Délégué de zone

Chaque administration de l'État est représentée, au niveau de la zone de défense, par un délégué de zone pour les affaires sanitaires et sociales.

Décret n° 95-523 du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués de zone de défense

- Chaque département ministériel détermine un délégué de zone pour chaque zone de défense.
- Il exerce sous l'autorité du préfet de zone.
- Un correspondant de zone est désigné en tant que de besoin par le directeur général de chacun des établissements publics et organismes rattachés fonctionnant dans la zone.

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

- « 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 doit 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. »

Circulaire n° 2002/191 du 3 avril 2002 relative au renforcement des moyens en personnel des services déconcentrés dans le cadre de Biotox.

Le DRASS, délégué de zone, désigne pour l'assister un coordonnateur de zone :

- organise et constitue des réseaux d'experts,
- coordonne, élabore et diffuse la mise à jour des documents : plans d'interventions, listes, personnes ressources...,
- s'assure du caractère opérationnel du réseau des acteurs,
- diffuse l'information,
- favorise les actions de formation,
- assure l'interface entre les services déconcentrés et l'État.

Haut fonctionnaire de la défense

Décret n° 80-243 du 3 avril 1980 relatif aux attributions des hauts fonctionnaires de défense

Le haut fonctionnaire de défense 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 défense nationale. Il relève directement du ministre.

Espace de réflexion et de décision dédié à la gestion de situation de crise :

- suivi de l'évolution en cas de crise,
- traitement et exploitation des données qui parviennent du réseau interne et des centres de crises ministériels et territoriaux en lien avec le COGIC (centre opérationnel de gestion interministérielle des crises),
- 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,
- favorise la continuité de l'action gouvernementale en situation dégradée,
- contribue à la couverture de certains besoins sanitaires et sociaux (postes sanitaires mobiles), moyens pour assurer la défense civile,
- anime un plateau technique équipé de moyens de transmissions spécialisés et sécurisés au sein du COM Ségur (centre opérationnel ministériel).
Le HFD dirige le COM Ségur par délégation du ministre. Les agents de son service contribuent à sa mise en œuvre en apportant un soutien technique, logistique et administratif.

Le COM Ségur

- Sa constitution procède du décret n° 80-243 du 3 avril 1980 qui confie au HFD la responsabilité de la mise en œuvre des plans de défense intéressant le département et de la directive n° 3404/SG du 17 février 1994 par laquelle le premier ministre demande que les P.C. gouvernementaux trouvent une configuration répondant aux différentes situations de crise à gérer.
- Il s'agit d'un véritable plateau technique d'aide à la gestion des crises.
- Le renfort du COM Ségur : la gestion de situations exceptionnelles ou de crises par nos 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. Pendant les périodes de fonctionnement 24 heures/24 heures du COM Ségur, les effectifs du service du HFD doivent être renforcés. Dans cette perspective, un dispositif spécifique a été prévu faisant appel, dans un cadre bien défini, aux agents de l'administration centrale de toute catégorie → circulaire HFD/DAGPB n° 2003/422/DAGEMO n° 2003-04 du 29 août 2003 relative au fonctionnement du centre ministériel, renforcements temporaires en personnels du COM Ségur.

**Décret n° 2002-986 du 12 juillet 2002
relatif aux attributions du ministre de la santé,
de la famille et des personnes handicapées**

- Il prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans le domaine de la protection de la santé, de l'assurance maladie-maternité, de la famille, de l'enfance et de l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées.
- Il élabore et met en œuvre (...) les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques susceptibles de l'affecter.
- Il est responsable de l'organisation de la prévention et des soins, ainsi que des professions médicales et paramédicales.
- Il a autorité sur la direction générale de la santé, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la délégation interministérielle à la famille et le délégué interministériel aux personnes handicapées.
- Il déclenche les plans biotox, piratox ou en informe les autorités compétentes.

La DHOS : article R1421-2 du code de la santé publique

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée de l'élaboration de la politique d'organisation de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé.

À ce titre, en liaison avec les autres directions et services concernés du ministère :

- elle détermine l'organisation de l'offre de soins ;
- elle apporte son concours à la détermination des besoins en professionnels de santé ainsi qu'à la définition des orientations et à l'organisation des formations des professions médicales et paramédicales dont elle détermine les conditions d'exercice ;
- elle oriente et anime les politiques de ressources humaines des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux ; elle élabore les règles relatives à la fonction publique hospitalière et aux praticiens hospitaliers et veille à leur application ; elle est chargée de la réglementation relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé ;
- elle assure la conception, la mise en œuvre et le suivi des règles de tarification et de régulation financière des établissements de santé, publics et privés et des activités et services de soins pour personnes âgées ;
- elle définit les mesures d'organisation applicables aux activités de soins des établissements de santé et concourt à l'élaboration et à l'évaluation des règles et procédures, notamment d'accréditation, garantissant la qualité et la sécurité des soins et des installations ; elle s'assure du respect de ces règles ainsi que des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ;
- elle contribue à la définition des règles de gestion de l'information médicale ainsi qu'au développement et à l'utilisation des systèmes d'information par les professionnels et les établissements de santé ; elle élabore des systèmes d'information sur les moyens de fonctionnement et l'activité de ces établissements et en organise la mise en œuvre ;

Ministère (suite)

- elle est chargée de la réglementation relative aux officines de pharmacie et aux laboratoires d'analyses de biologie médicale et veille à son application ;
- elle anime, coordonne et contrôle l'activité des agences régionales de l'hospitalisation.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins assure le secrétariat du Conseil supérieur des hôpitaux, du Conseil supérieur des professions paramédicales, du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale et de la Commission nationale du contentieux de la tarification sanitaire et sociale. Elle assure également le secrétariat des différentes commissions et conseils nationaux relatifs aux personnels de la fonction publique hospitalière et aux praticiens hospitaliers.

La DGS : article R1421-1 du code de la santé publique

La direction générale de la santé est chargée de l'élaboration et contribue à la mise en œuvre de la politique de santé.

À ce titre, en liaison avec les autres directions et services du ministère et les établissements ou organismes qui en dépendent :

- elle propose les objectifs et les priorités de la politique de prévention et de protection de la santé, en tenant compte notamment des risques professionnels ; elle en détermine et coordonne les programmes d'intervention ; elle définit les indicateurs de santé nécessaires à l'élaboration de la programmation sanitaire ; elle favorise la recherche et l'expertise en santé publique ;
- elle veille, en liaison avec les agences compétentes, à la qualité et à la sécurité des soins, des pratiques professionnelles et des produits de santé ;
- elle participe à la définition de la politique du médicament ;
- elle définit, pour le compte du ministère, les actions de prévention, de surveillance et de gestion des risques sanitaires liés aux milieux ;
- elle est responsable des questions relatives à la démographie des professions de santé et notamment définit leurs besoins de formation en liaison avec le ministère de l'enseignement supérieur ;
- elle participe, avec les ministères et institutions concernés, à l'élaboration des règles relatives aux questions d'éthique et de bioéthique ; elle suit les questions relatives à la déontologie ; elle veille au respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ;
- elle exerce la tutelle sur les établissements publics et organismes compétents en matière de recherche médicale, de sécurité et de veille sanitaire, d'accréditation et d'évaluation en santé, d'enseignement et de formation en santé publique, d'éducation pour la santé et la prévention. La direction générale de la santé assure le secrétariat du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, du Comité national de sécurité sanitaire, du Haut Comité de santé publique, de la Conférence nationale de santé et de la Commission nationale de la médecine et de la biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal.

La DGAS

La direction générale de l'action sociale est chargée de l'élaboration, de la coordination et de la mise en œuvre des politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité.

À ce titre, en liaison avec les directions et services concernés du ministère :

- elle veille à la coordination des actions de prévention, de lutte contre les exclusions et d'insertion des personnes en situation de précarité ; elle conçoit à cet effet des programmes spécifiques ;
- elle élabore les règles relatives à l'allocation de revenu minimum d'insertion, à l'allocation aux adultes handicapés, à l'allocation de parent isolé et veille à leur application ; elle est chargée du suivi financier de ces allocations ; elle coordonne les interventions des services du ministère en matière de prestations assurant des revenus minimaux ;
- elle définit, anime et coordonne la politique de prise en charge, d'intégration sociale, d'aide à domicile et d'aide à l'autonomie des personnes handicapées ;
- elle participe à l'élaboration, en liaison avec le ministère de la justice, des règles relatives à la protection des majeurs ;
- elle détermine les mesures relatives à l'aide et l'action sociales en faveur de la famille, de l'enfance et de l'adolescence et des personnes âgées ;
- elle élabore les règles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, en organise le contrôle et veille au respect des droits de leurs usagers ;
- elle est chargée de l'élaboration des règles relatives à l'aide sociale et s'assure de leur application ;
- elle est responsable de la formation des professions sociales, des conditions de leur exercice et des règles déontologiques qui leur sont applicables.

La direction générale de l'action sociale assure le greffe de la Commission centrale d'aide sociale et le secrétariat du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, du Conseil supérieur de l'adoption, du Comité national de la coordination gérontologique, du Comité national des retraités et des personnes âgées, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Conseil supérieur du travail social, de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, de la Commission nationale d'agrément des conventions collectives nationales et accords collectifs de travail applicables aux salariés des établissements et services à caractère social et des organismes sanitaires à but non lucratif.

Les astreintes pour les personnels centraux des ministères de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, et de la santé et de la protection sociale :

Circulaire DAGPB n° 2003-441/ DAGEMO n° 2003-05 du 12 septembre 2003

Définition de l'astreinte

- Obligation qui est faite à l'agent de demeurer à son domicile ou à proximité afin d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'administration.

Ministère (suite)

- Elle est un régime reconnu dans lequel sont placés des agents identifiés et mobilisables pour effectuer un service défini et planifié pour lesquels ils se rendent disponibles en permanence.
- La notion d'astreinte est à distinguer de celle de permanence, celle-ci n'ayant de sens que sur le lieu de travail.

Personnels des services centraux des ministères

- Les agents de la fonction publique participant ont une obligation de mise en œuvre de moyens et doivent essayer de recourir à toutes les aides possibles pour faciliter une prise de décision adaptée aux circonstances de l'intervention si elle s'avère nécessaire. Ils n'ont pas d'obligation de résultats.
- Selon l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983, les agents bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales. Cette protection juridique couvre notamment les faits qui n'ont pas le caractère de faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions.
- Le délai entre le moment où la personne d'astreinte est jointe et le moment de son arrivée sur le lieu d'intervention doit être inférieur à une heure ou doit correspondre à un délai minimum d'un déplacement par voie routière, si la configuration géographique impose un délai supérieur.

Établissement français du sang**L 1222-1 à L 1222-10 du CSP****Décret n° 99-1143 du 29 décembre 1999****relatif à l'EFS et aux activités de transfusion sanguine**

- Il veille à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles et l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques.
- Il organise sur l'ensemble du territoire les activités de collecte du sang, de préparation et de qualification des produits sanguins labiles, ainsi que leur distribution aux établissements de santé.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)**L 5311-1 et suivants du CSP****Décret n° 99-142 du 4 mars 1999****relatif à l'AFSSAPS**

Elle 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 à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique.

**Institut
de veille sanitaire**

L 1414-1 et suivants du CSP (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, décret n°99-143 du 4 mars 1999 relatif à l'InVS) :

Missions

- D'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, en s'appuyant notamment sur ses correspondants publics et privés, participant à un réseau national de santé publique.
- D'alerter les pouvoirs publics, notamment l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'agence française de sécurité sanitaire environnementale, en cas de menace pour la santé publique, quelle qu'en soit l'origine, et de leur recommander toute mesure ou action appropriée.
- De mener à bien toute action nécessaire pour identifier les causes d'une modification de l'état de santé de la population, notamment en situation d'urgence.



Glossaire	144
Liste des abréviations	147
Bibliographie	149
Remerciements	154
Table des matières	156

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 victime 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
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé
ANFH : Association Nationale de Formation Hospitalière
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
AZF : Usine appartenant à la filiale Total Fin-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
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence et Permanence des Soins
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

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 Pré-Hospitalier

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

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SEVESO : Commune Italienne ayant été victime d'un rejet accidentel de Dioxine. Risque « 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

UPATOU : Unité de Proximité et d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

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.
- 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.
- Crocq L., « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Annales médico-psychologiques*, n° 156, 1, pp. 48-53.
- Dupuy J., *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible est certain*, Seuil, Paris, 2002.
- 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, catastrophe 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.
- Roux-Dufort C., *Gérer et décider en situation de crise, outils de diagnostic de prévention et de décision*, Paris, Dunod, 2000.

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, 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, Paris, août 2003.
- **Commission des affaires culturelles, familiales et sociales**, «La crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule», Assemblée nationale, février 2004 (<http://www.senat.fr/rap/r03-195/r03-195.html> - <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1091-t1-3.asp>).
- **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» (<http://www.senat.fr/rap/r03-195/r03-195.html>).
- **Baliska M.A. et Spira A.**, rapport du CNSS, «Système d'information des alertes de sécurité sanitaire», octobre 2001.
- **Setbon M.**, rapport du CNSS, «Critères, méthodes et procédures utilisés dans le processus de décision», novembre 2001.

Internet

www.sante.gouv.fr
www.legifrance.gouv.fr
www.invs.sante.fr
www.anaes.fr

Réglementation

Risques exceptionnels

- Décret n° 86-1231 du 2 décembre 1986 relatif aux centres opérationnels de défense.
- Note du 30 août 2001 relative au dispositif de gestion des situations exceptionnelles.
- Décret n° 2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone.
- Circulaire n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.
- Circulaire n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en des d'accident nucléaire ou radiologique.
- Circulaire n° 2002-191 du 3 avril 2002 relative renforcement des moyens en personnels des services déconcentrés, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme.
- 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.
- 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.

Les services de l'État

Le niveau local (département, région, zone) :

- Décret n° 82-389 du 10 mai 1982 relatif aux pouvoirs des commissaires de la République et à l'action des services et organismes publics de l'État dans les départements.
- 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.
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Circulaire DAGPB n° 97-53 du 27 janvier 1997 relatif aux missions des DRASS et DDASS.
- Circulaire DGS n° 97-36 du 21 janvier 1997 relative à l'organisation du contrôle de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé et à la coordination entre les représentants de l'État dans la région et le département et les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation.
- 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.
- Décret n° 2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone.
- 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.
- 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.
- Code de la santé publique : DDASS et DRASS

Le niveau national

- Décret n° 80-243 du 3 avril 1980 relatif aux attributions des hauts fonctionnaires de défense.
- Décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et aux attributions de certains de ses services.
- Décret n° 2002-986 du 12 juillet 2002 relatif aux attributions du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
- Circulaire HFD/DAGPB n°2003-422/DAGEMO n° 2003-04 du 29 août 2003 relative au fonctionnement du centre ministériel.
- Code de la santé publique : article R1421-1 et R1421-2.

Astreintes

- 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° 2002-640 du 29 avril 2002 relatif aux modalités de rémunération des astreintes de certains personnels relevant du ministère de l'emploi et de la solidarité.
- 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.
- 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 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.

Agences de sécurité sanitaire

Établissement français du sang

- 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.
- Décret n° 99-1143 du 29 décembre 1999 relatif à l'EFS et aux activités de transfusion sanguine.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

- 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.
- Décret n° 99-142 du 4 mars 1999 relatif à l'AFSSAPS.

Institut de veille sanitaire

- 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.
- Décret n° 99-143 du 4 mars 1999 relatif à l'InVS.

Établissement français des greffes

- Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 : articles L 1251-1 à L 1252-4 du code de la santé publique.

Urgences et permanence des soins

- Circulaire n°195 DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- 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.
- Circulaire n°587 DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

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 de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article 23).

Projets de loi

- Projet de loi de santé publique.
- Projet de loi de sécurité intérieure.

Cellule d'urgence médico-psychologique

- 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 DH/EO4-DGS/SQ2 n°97/383. Création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
- *Bulletin officiel*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 28 mai 1997, (154) 3, 415-7.
- Circulaire DGS/DHOS du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique.
- Circulaire DH/EO4-DGS/SQ2 n°97/383. Création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
- *Bulletin officiel*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 28 mai 1997, (154) 3, 415-7.
- Circulaire DGS/DHOS du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique.

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, 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.

De même sont remerciés tous les directeurs d'établissement, chefs de service, directeurs de services déconcentrés, qui ont permis à certains de leurs collaborateurs d'apporter leur expertise ayant contribué à l'enrichissement de ce guide.

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).*

Ont également apporté leur précieuse collaboration

- Anne-Marie Durand, *médecin inspecteur de santé publique, DDASS du Rhône, cellule biotox.*
- Claude Fuilla, *médecin en chef, chef du service d'accueil des urgences de l'hôpital d'instruction des armées Percy.*
- Alexandre Gaulin, *coordonnateur zone sud-ouest.*
- Patrick Goldstein, *praticien hospitalier, chef de service, Samu 59.*
- Roch Joly, *praticien hospitalier, Samu 59.*
- Jacky Panson, *adjoint au haut fonctionnaire de la défense, ministère de la Santé, de la Solidarité et des Familles handicapées.*
- André Puget, *praticien hospitalier, SAMU 13.*
- Pauline Queyroux, *juriste, DHOS, cellule de gestion des risques.*

En août 2002, un comité de pilotage national est réuni à l'initiative de Dominique Peton Klein, directeur de projet de la cellule de gestion des risques. Celui-ci est chargé de définir les orientations concernant la politique de formation à engager en matière de gestion de crise, de plan blanc, de risque NRBC.

Parmi les objectifs énoncés, il a été retenu de produire un guide d'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs à l'usage des DDASS et des établissements de santé pour accompagner le dispositif dans son ensemble.

C'est ainsi que les lignes directrices ont été définies avec la contribution de :

- Yveline Albin Cailly, *directeur d'hôpital, conseil scientifique ANAES.*
- Christine Ammirati, *praticien hospitalier, responsable Samu-Cesu 80.*
- Catherine Bertrand, *praticien hospitalier, Samu-Cesu 94.*
- Michel Bouisse, *médecin de santé publique, DRASS Poitou-Charentes, cellule biotox.*
- Michel Bourguignon, *professeur, directeur général adjoint, DGSNR.*
- Jean Robert Chevallier, *directeur des ressources humaines et des affaires médicales, centre hospitalier, Blois.*
- Michel Clerel, *médecin anesthésiste réanimateur, directeur du service médical, aéroport Orly.*
- Anne Dardel, *ANFH, direction nationale, Paris.*
- Philippe Demeaux *médecin du travail EDF, responsable du service médical, centrale nucléaire Penly.*
- Marc Di Palma, *médecin inspecteur de santé publique, DRASS Bourgogne, cellule biotox.*
- Christian Dubosq, *directeur de l'agence régionale d'hospitalisation de Haute-Normandie.*
- Gilles Dufour, *délégué régional ANFH, Provence-Côte d'Azur.*
- Anne-Marie Durand, *médecin inspecteur de santé publique, DDASS, cellule biotox.*
- Jean-Marie Fessler, *directeur de l'action sanitaire et sociale de la MGEN, certifié en Health Care Risk Management, université de Chicago.*
- Alexandre Gaulin, *coordonnateur zone sud-ouest.*
- Emmanuelle Ginies, *praticien hospitalier, psychiatre CUMP, centre hospitalier, Libourne 33.*
- Patrick Goldstein, *praticien hospitalier, chef de service, Samu 59.*
- Roch Joly, *praticien hospitalier, Samu 59.*
- Laurence Lavy, *rédacteur, DHOS, bureau O1, ministère de la Santé, de la Solidarité et des Familles handicapées.*
- Jacky Pasnon, *adjoint au haut fonctionnaire de la Défense, ministère de la Santé, de la Solidarité et des Familles handicapées.*
- Vincent Pierre, *chef de bureau des alertes, SD5, DGS, ministère de la Santé, de la Solidarité et des Familles handicapées.*
- André Puget, *praticien hospitalier, Samu AP-HM Marseille.*
- Michel Vedel, *praticien hospitalier, chef de service des urgences, Verdun 55.*

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.

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	16
L'échelon départemental	16
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	18
L'échelon zonal	19
Le préfet et l'état-major de zone	19
Le délégué et le coordonnateur de zone	20
Le SAMU zonal	20

L'échelon national	21
Le ministère de la santé et de la protection sociale	22
<i>La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins</i>	22
<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>	23
Les autres intervenants	24
<i>La direction générale de la sûreté nucléaire et radiologique</i>	24
<i>Les agences de sécurité sanitaire</i>	24
- <i>L'institut de veille sanitaire</i>	24
- <i>L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé</i>	24
Le niveau d'appui et / ou d'expertise	24
La direction régionale des affaires sanitaires et sociales	24
L'agence régionale de l'hospitalisation	25
<i>La typologie des plans de secours</i>	<i>26</i>
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 »	26
Les plans particuliers d'intervention	27
Les plans de secours spécialisés	27
Les plans gouvernementaux « Pirate »	28
Les plans sanitaires spécifiques	28
<i>La chaîne médicale des secours</i>	<i>29</i>
L'organisation sur le terrain	29
La régulation médicale du SAMU	30
La cellule d'urgence médico-psychologique	31
<i>Le schéma départemental des plans blancs</i>	<i>32</i>
Les principes généraux d'élaboration	32
La connaissance des risques et leur prévision	33
Les flux de victimes	33
La place et le rôle des établissements de santé	34
L'organisation des moyens de transport sanitaires	34
La réactivité du dispositif	34
Les modalités de suivi du schéma départemental	35
Les modalités organisationnelles	35
Les indicateurs à retenir	35
<i>Le plan blanc</i>	<i>36</i>
Les principes généraux d'élaboration du plan blanc	36
Le rôle du directeur de l'établissement de santé	37

Les modalités de déclenchement	38
L'activation d'une cellule de crise	38
Le maintien du personnel sur place et le rappel d'autres personnels	38
La circulation à proximité et dans l'enceinte de l'établissement	39
L'accueil des victimes aux urgences	39
L'accueil des victimes dans les services de soins	39
L'accueil des familles et des autorités	39
Les systèmes d'information et de la communication	40
Les risques spécifiques :	
nucléaire, radiologique, biologique et chimique	40
Le nucléaire et le radiologique	41
Le biologique	41
Le chimique	42
La cellule de crise en cas d'accident NRBC	43
La formation aux risques NRBC	43
Conclusion	44
Deuxième partie	
Les fiches de recommandations	47
Fiches concernant le rôle des DDASS	48
Fiche 1 : Le schéma départemental	49
Fiche 2 : L'état des lieux des plans blancs existant dans le département	51
Fiche 3 : La connaissance des risques et leur prévision	52
Fiche 4 : La place et le rôle des établissements de santé	53
Fiche 5 : Les flux de victimes	54
Fiche 6 : Le rôle de la DDASS	55
Fiche 7 : La réactivité du dispositif proposé dans le schéma départemental	58
Fiche 8 : Les modalités de suivi du schéma départemental : quels indicateurs ?	59
Fiches s'adressant aux établissements de santé	60
Fiche 9 : L'auto-évaluation en vue de l'élaboration du plan blanc	62
Fiche 10 : La procédure d'élaboration du plan blanc	63
Fiche 11 : La formation des personnels	65
Fiche 12 : La composition de la cellule de crise	66
Fiche 13 : Les missions de la cellule de crise	67
Fiche 14 : L'aménagement du local de crise dans l'établissement	69
Fiche 15 : Les dossiers et éléments d'informations de référence de l'établissement	72
Fiche 16 : Les principes de communication	75
Fiche 17 : Les systèmes d'information (informatique, téléphone, fax)	78

Fiche 18: Le rôle du directeur	79
Fiche 19: Le dimensionnement des moyens en personnel	81
Fiche 20: Le plan de circulation	82
Fiche 21: Le fonctionnement de l'établissement en mode dégradé	83
Fiche 22: Le rôle du SAMU	84
Fiche 23: Le rôle des SMUR	86
Fiche 24: L'afflux de victimes dans l'établissement de santé	88
Fiche 25: L'organisation du lieu de prise en charge des victimes	89
Fiche 26: L'organisation des services de soins	91
Fiche 27: La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)	92
Fiche 28: La prise en charge du personnel (CUMP)	94
Fiche 29: La préparation de l'hôpital en cas de risques NRBC	95
Fiche 30: La préparation de l'hôpital en cas de risques nucléaire et radiologique	97
Fiche 31: La préparation de l'hôpital en cas de risque biologique	100
Fiche 32: La préparation de l'hôpital en cas de risque chimique	102
Fiche 33: L'exercice de gestion d'une crise au sein de l'établissement	105
Fiche 34: Les critères d'évaluation du dispositif d'élaboration du plan blanc	108

Troisième partie

Support de communication 109

Quatrième partie

Annexes 119

Annexe 1: Fiches de renseignement pour l'élaboration des schémas départementaux	120
Annexe 2: Tableau de bord de recensement des capacités en lits pour l'accueil des victimes	124
Annexe 3: Organisation des secours pré hospitaliers	125
Annexe 4: L'urgence médico-psychologique: éléments de chronologie de l'intervention	126
Annexe 5: L'urgence médico psychologique: fiche d'information pour les victimes	128
Annexe 6: Synthèse des textes réglementaires	131

Glossaire 147

Liste des abréviations 147

Bibliographie 149

Remerciements 154

Table des matières 156

