

Catastrophe et Plan Blanc : comment se réorganiser en urgence ?

Pierre CARLI, Caroline TELION

*Samu de Paris et Service d'Anesthésie – Réanimation, Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades
149 rue de Sèvres 75015 Paris.*

pierre.carli@nck.aphp.fr

ctelion@orange.fr

Points essentiels

- Le but du Plan Blanc hospitalier est de reconfigurer rapidement l'établissement dans une seule direction : la prise en charge de victimes en grand nombre provenant d'un même événement catastrophique.
- Tout établissement hospitalier et plus généralement tout établissement dispensant des soins doit être doté d'un Plan Blanc. Ce plan est coordonné avec la prise en charge préhospitalière des victimes par le SAMU.
- Pour augmenter les possibilités de soins, le principe du Plan Blanc est d'utiliser les personnels et les moyens existants au maximum de leurs performances et ne pas hésiter à le faire aux dépens d'activités non urgentes qui peuvent être reportées.
- C'est le directeur de l'hôpital qui déclenche le Plan Blanc ; cela implique la mobilisation immédiate d'une cellule de crise. Elle dispose d'un document réalisé avec des fiches réflexes qui déclinent concrètement toutes les fonctions du plan pour qu'elles soient exécutées le plus rapidement possible.

- Pour augmenter le personnel, la méthode la plus simple est de maintenir sur place les équipes qui sont en fonction et attendre que leurs relèves viennent les renforcer.
- L'accueil des patients provenant d'une catastrophe nécessite un triage médical : les patients graves sont catégorisés en urgences absolues (UA), les autres patients sont classés en urgence relative (UR).
- Les lits de toutes les spécialités sont susceptibles d'être utilisés. Dès l'alerte donnée par le SAMU, des libérations de lits sont effectuées avec une sortie anticipée de patients ou une orientation de patients déjà admis vers des unités moins chaudes.
- Lorsqu'il faut élargir la capacité de la SAUV (salle d'accueil des urgences vitales du SAU) pour recevoir les UA, l'utilisation de la SSPI est une option simple qui a fait ses preuves.
- Le Plan Blanc nécessite une préparation logistique : pré - équipement de locaux de soins, stock de matériels, brancards et lits supplémentaires, signalétique spécifique.
- Le Plan Blanc de l'établissement au cours d'une SSE (situation sanitaire exceptionnelle) peut s'intégrer dans une mobilisation beaucoup plus large : le Plan Blanc élargi (plan départemental de mobilisation) ou le Plan Zonal de mobilisation qui font partie depuis 2014 du schéma ORSAN.

1 - Introduction

Tout établissement hospitalier, et plus généralement tout établissement dispensant des soins, doit être doté d'un Plan Blanc. Le Plan Blanc est l'organisation qui sert de base à l'accueil de nombreuses victimes. Il s'intègre aujourd'hui dans le cadre de la gestion des SSE (situations sanitaires exceptionnelles) dont il constitue au niveau d'un établissement la première mesure d'organisation. Depuis 2006, une circulaire (1) décrit les principes et les dispositions du Plan Blanc. Un guide annexe à cette circulaire est à la disposition des professionnels pour l'élaboration des Plans Blancs des

établissements de santé ainsi que le Plan Blanc élargi. Ce guide doit être revu en 2015.

2 – Historique

Paradoxalement, le Plan Blanc qui à l'heure actuelle est pour tous les professionnels synonyme d'organisation hospitalière a en fait une origine préhospitalière. C'est dans les années 80 puis 90 à la suite d'attentats terroristes que l'APHP à Paris a mis en place un dispositif de mobilisation rapide des hôpitaux appelé Plan Blanc (2). Ce Plan Blanc s'inscrivait très logiquement dans la continuité de la prise en charge par le SAMU de nombreuses victimes sur le terrain (3). Elle comportait le déploiement de la « chaîne médicale de l'avant » avec la constitution sur le ou les sites de la catastrophe d'un poste médical avancé (PMA). Ce PMA permettait ensuite la répartition des victimes dans tous les hôpitaux ayant un plateau technique adapté pour les recevoir. Cette fragmentation du flux des victimes provenant du terrain s'accompagnait d'une mobilisation de tous les services disponibles. Ces dispositions sont toujours en vigueur, mais elles font partie maintenant du Plan ORSEC NOVI, c'est-à-dire du plan destiné à la prise en charge de nombreuses victimes à l'extérieur de l'hôpital.

Ce dispositif a été longtemps considéré comme parfaitement satisfaisant puisque la protection de l'hôpital est effectuée en amont par la chaîne médicale de l'avant. Cependant, plusieurs exemples français et internationaux ont montré que l'hôpital n'était pas à l'abri d'un afflux de victimes malgré une organisation préhospitalière performante. La nécessité d'un plan d'accueil de nombreuses victimes à l'hôpital est devenue une évidence après l'accident du stade de Furiani à Bastia (5 mai 1992, plus de 2000 blessés), et elle s'est confirmée après l'explosion de l'usine AZF à Toulouse (21 septembre 2001, plus de 2500 blessés). En cas d'afflux de victimes, les prises en charge préhospitalière et hospitalière sont complémentaires.

3 - Principes du Plan Blanc d'un établissement de soins (1)

3.1 Objectif

Le but du Plan Blanc hospitalier est de reconfigurer rapidement l'établissement de santé, qui par essence propose une palette étendue de soins spécialisés, dans une seule direction : la prise en charge de victimes en grand nombre provenant d'un même événement. Il s'agit donc d'exploiter toutes les ressources de soins, de les réorganiser en urgence pour élargir l'offre de soins à une demande ponctuelle et exceptionnelle qui dépasse largement celle du quotidien. Les principes du Plan Blanc sont d'utiliser les personnels et les moyens existants au maximum de leurs performances et ne pas hésiter à le faire aux dépens d'activités non urgentes qui pourraient être reportées. Le Plan Blanc hospitalier intègre l'intervention préhospitalière du SAMU. Lors d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE), deux flux de patients sont prévus : un flux immédiat ambulatoire non régulé et donc difficilement prévisible, auquel s'ajoute un second flux lui régulé par le SAMU après intervention des équipes de réanimation du SMUR sur le terrain.

3.2 Élaboration du Plan Blanc

Le Plan Blanc d'un établissement est réalisé sous la responsabilité du Directeur. Il est élaboré avec le Président de la CME et les représentants des différents services impliqués (urgences, réanimation, surveillance continue, services de chirurgie et services de spécialités...) et les services administratifs (gestion des risques). Il prend en compte des risques spécifiques individuels notamment lorsque l'établissement se trouve dans une zone particulièrement exposée à un risque NRBC. Le Plan Blanc donne lieu à l'élaboration d'un document concret, réalisé avec des fiches réflexes, qui déclinent toutes les fonctions du Plan de façon à être exécutées le plus rapidement possible. Ce Plan Blanc fait l'objet d'une communication à l'ARS qui vérifie qu'il est bien adapté au plateau technique et à la dimension de l'hôpital. Le contenu du Plan Blanc est accessible aux personnels, et il est disponible dans tous les

services impliqués. Il fait l'objet d'une mise à jour annuelle et il intègre le dispositif de gestion des risques, et s'inscrit dans la Certification de l'établissement. Ce Plan Blanc inclut des modalités de formations et d'exercices pour les personnels.

3.3 Contenu du Plan Blanc

Le **tableau 1** résume les éléments constituant le Plan Blanc d'un établissement de soins.

Des mesures annexes spécifiques figurent aussi dans le Plan Blanc pour le confinement de l'établissement, l'évacuation éventuelle de l'établissement ainsi que pour la gestion des accidents NRBC.

Tableau 1.- Les constituants du Plan Blanc

Modalités de déclenchement et de levée du Plan
Modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise
Modalités de mobilisation des moyens humains et matériels
Modalités d'accueil et d'orientation des victimes
Modalités de communication interne et externe, le plan de circulation et de stationnement et d'accès de l'établissement.

3.4 Déclenchement du Plan hospitalier

C'est le Directeur qui déclenche le Plan Blanc de l'établissement. Il le fait après avis médical et après une analyse des conséquences pour la prise en charge des patients et pour les personnels. Ce Plan implique la mobilisation immédiate d'une cellule de crise qui devient autour du Directeur l'organisme de gestion de l'établissement dans cette circonstance sanitaire exceptionnelle.

3.5 Cellule de crise hospitalière

Elle est constituée de médecins et de personnels de l'hôpital. Elle assure les fonctions suivantes :

- La fonction « direction » qui gère l'alerte, la relation avec les autorités, la relation avec les médias.
- La coordination médicale. C'est elle qui organise le contact avec le SAMU qui transmet les informations permettant d'anticiper la mobilisation des personnels et des locaux, l'accueil et l'hospitalisation des victimes.
- La fonction « personnel » qui a pour but d'effectuer un rappel dans les meilleures conditions, mais aussi d'affecter les personnels aux lits disponibles et de répartir les moyens humains dans les différents secteurs de prise en charge.
- La fonction « économique » et « logistique » qui est responsable de l'installation des sites de soins temporaires, de la logistique, de l'approvisionnement et de la maintenance ainsi que de la mobilisation du local Plan Blanc.
- La fonction « intérieure » qui traite des communications internes, mais aussi de la sécurité sur le site (en relation avec la police et la gendarmerie).
- La fonction « accueil » qui traite des relations avec les familles est chargée de la publication et de la validation de la liste des victimes. Elle est responsable de l'identification précise des patients traités.
- La fonction « hygiène et sécurité », relations avec la médecine du travail, qui envisage les conditions de travail dans ces circonstances exceptionnelles.
- Et enfin, un ou des spécialistes des risques NRBC et notamment le référent local NRBC qui coordonne les actions dans ce domaine.

3.6 Organisation pratique du Plan Blanc

En plus des considérations théoriques, le Plan Blanc est un plan extrêmement concret qui permet à l'établissement de réagir vite à un afflux de victimes inopiné ou dès sa mise en alerte par le SAMU. Les mesures concrètes suivantes sont déclinées dans le plan :

3.6.1 L'augmentation du personnel

- Pour augmenter le personnel, la méthode la plus simple est de maintenir sur place les équipes qui sont en fonction et attendre que leurs relèves viennent les renforcer. Cette méthode relativement simple pose cependant des problèmes logistiques, notamment elle nécessite d'avoir des modalités de gardes supplémentaires des enfants au niveau de l'établissement. L'ouverture de la crèche de l'établissement en dehors de ses horaires fait donc partie du plan.

- Le rappel téléphonique du personnel est la méthode la plus classique. Elle est cependant difficile à mettre en œuvre et souvent imprécise. La liste des personnels à rappeler n'étant pas toujours à jour. Pour certains services d'urgence, des dispositifs de rappels automatiques par téléphone peuvent être mis en place. Des rappels sélectifs sont plus intéressants pour les personnels qui jouent un rôle critique dans le plan suivant le type de victimes à prendre en charge. Enfin, le retour spontané doit être envisagé. Pour les personnels des unités d'urgences, ils rejoignent directement leur site de travail. Pour les autres, un point de ralliement est fixé préalablement pour éviter une gestion désordonnée malgré la bonne volonté des personnels voulant participer à la mobilisation.

3.6.2 Accueil

L'accueil des patients provenant d'une catastrophe nécessite une catégorisation pour leur attribuer des soins par ordre de priorité et donc de gravité. Cette catégorisation est appelée triage médical. Ce tri est effectué par le Samu/Smur sur le terrain. Il est confirmé à l'arrivée à l'hôpital ou suivant le même principe binaire les patients graves sont catégorisés en urgences absolues (UA), et en urgence relative (UR). De première intention, les UA sont accueillies dans les SAUV ou dans les services de réanimation ou de soins intensifs, les UR sont prises en charge dans le SAU. En deuxième intention, lorsqu'il faut augmenter la capacité d'accueils des victimes, la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) a été utilisée avec succès dans l'accueil de nombreuses UA. En effet, elle est à proximité du bloc opératoire et dispose de respirateurs mécaniques et de monitoring : elle peut donc être convertie rapidement en salle de réanimation « annexe ». Les UR peuvent être

accueillies pour augmenter la capacité d'accueil du SAU dans des structures de soins provisoires implantées, notamment là où il y a normalement des zones d'attente pour les brancards ou patients ambulatoires (accueil de consultations, accueil de radiologie...), ou enfin des zones de passage (hall d'entrée, couloir ...). L'utilisation de ces lieux ne peut pas s'improviser. Elle fait l'objet d'un repérage, d'un pré-équipement en vue du Plan Blanc. Elle est testée à l'exercice. Enfin dans certains cas les dispositifs préhospitalier et hospitalier peuvent se retrouver intriqués (catastrophe à proximité immédiate de l'hôpital, hôpital submergé par le nombre de victimes) : le Samu met en place un PMA à l'entrée de l'hôpital comme il le ferait sur le terrain.

3.6.3 Hospitalisation des patients

Lors d'un Plan Blanc, tous les lits de toutes les spécialités sont susceptibles d'être utilisés. Dès l'alerte donnée par le SAMU, des libérations de lits sont effectuées avec sortie anticipée de patients ou orientation de patients déjà admis vers des unités moins chaudes.

L'ouverture d'unités fermées et réactivée pour le plan est souvent envisagée. Il faut cependant constater que cette réactivation est le plus souvent difficile à mettre en œuvre et elle est peu performante : les personnels ne sont pas habitués à travailler dans une telle unité. Elle peut être utile pour des organisations très spécifiques, par exemple réactivation de lits de brûlés ou de lits d'isolement... Le plus souvent, il est beaucoup plus facile d'utiliser en surcapacité des services qui ont l'habitude de prendre en charge le même type de victimes que celui qui constitue l'afflux.

3.6.4 Bloc opératoire et plateau technique :

L'organisation du bloc opératoire, lorsque les patients nécessitent une prise en charge chirurgicale, est un des points les plus importants du Plan. En plus de la catégorisation en vecteur UR, une évaluation de la priorité chirurgicale est nécessaire pour établir un plan de traitement de la liste des victimes. Ce tri est confié à l'anesthésiste et au chirurgien le plus expérimenté. L'affectation des victimes se fait en fonction du type d'intervention à réaliser et des compétences chirurgicales présentes sur le

site. Les équipes chirurgicales et anesthésiques sont en première ligne d'un Plan Blanc concernant des blessés et font partie des personnels visés par un rappel ciblé.

L'utilisation du plateau technique et tout particulièrement de l'imagerie doit être adaptée à l'afflux de victimes. Contrairement au fonctionnement quotidien, seul un petit nombre d'examen pourront être réalisés en urgence. La priorité est accordée aux examens dont le résultat implique pour une victime UA une mesure thérapeutique immédiate, par exemple une intervention chirurgicale.

3.6.5 Information et télécommunication

Le Plan Blanc s'accompagne d'une augmentation majeure des communications. Le potentiel du standard téléphonique de l'hôpital doit être adapté à cette activité avec des lignes téléphoniques dédiées notamment pour la cellule de crise et les services d'urgence. Une ligne dédiée avec le SAMU, l'ARS et la Préfecture sont nécessaires. Le dispositif informatique doit lui aussi être dimensionné pour pouvoir installer des ordinateurs dans des lieux qui ne sont pas utilisés en temps normaux. L'identité-vigilance et la publication d'une liste précise de victimes sont un enjeu majeur du Plan Blanc. Cette gestion est un des critères de qualité de la mise en œuvre du plan.

3.6.6 Dispositions logistiques

Le gardiennage et la surveillance de l'établissement lors d'une SSE sont des points qu'il ne faut pas négliger. De nombreuses intrusions et vols sont possibles. De même, la protection des victimes de l'insistance des médias est souvent nécessaire. Le service de sécurité de l'établissement est chargé de cette mission. Il doit être renforcé en conséquence. Les accès au site peuvent être gérés par la Police en accord avec la direction de l'établissement.

Le déploiement du Plan Blanc nécessite des stocks de matériels et de médicaments. Un local Plan Blanc doit être prévu pour stocker les brancards, les lits et la signalétique qui permet d'orienter les patients vers des circuits qui ne sont pas les circuits de soins habituels. Le

dimensionnement en matériel médical d'urgence fait partie du plan. La capacité de la stérilisation est elle aussi envisagée. L'approvisionnement en médicaments et notamment en solutés de perfusion doit être prévu. Le renforcement du matériel d'urgence de l'établissement peut bénéficier d'un Poste sanitaire mobile de niveau 2 (PSM2). Les PSM sont en effet des moyens logistiques affectés à certains Samu permettant le renfort d'un hôpital ayant déclenché le Plan Blanc. La mobilisation de ces ressources tactiques est contrôlée par l'ARS. Enfin, l'hôpital doit disposer de réserves en oxygène lui permettant d'augmenter son activité brutalement ainsi qu'un contrat avec les fournisseurs permettant un ravitaillement en urgence.

3.6.7 Circulation et parking

Lors d'un afflux de victimes, l'afflux d'ambulances, s'il n'est pas géré correctement, risque de rendre inaccessible l'hôpital. Le plan de circulation fait l'objet d'un fléchage spécifique avec des circuits et des parkings qui sont prévus pour les ambulances. Aucune ambulance ne doit être stationnée en dehors des zones prévues à cet effet : l'accès au SAU ne doit jamais être bloqué par des véhicules de secours abandonnés par leur chauffeur.

3.6.8 Dispositions logistiques

Lors du déclenchement du Plan Blanc, tous les services logistiques de l'établissement y compris ceux qui n'ont pas de compétences médicales doivent être activés. En effet, le maintien sur place des personnels implique une augmentation des capacités de restauration pendant la durée du Plan, la possibilité de disposer de vêtements de travail (usage unique ou renfort de blanchisserie). Enfin nous avons vu l'importance de la crèche de l'établissement pour permettre le maintien sur place des personnels.

3.6.9 *Prééquipement des locaux*

En fonction de leur affectation dans le Plan, un certain nombre de locaux doivent être prééquipés. Par exemple, les zones qui permettront le tri ou l'attente des patients pris en charge doivent être équipées en fluides et en alimentation électrique. La cellule de crise doit bénéficier des moyens de communication adaptés à sa mission. Un certain nombre de bureaux, de secrétariats doivent être dotés de lignes téléphoniques et informatiques. Un annuaire de ces numéros réservés au Plan est aussi créé. En plus des locaux de soins, l'attente des familles et la réception des médias doivent être prévues. Enfin, les dispositions concernant la chambre mortuaire de l'établissement sont nécessaires avec une possibilité d'augmentation de capacité.

4 - Le danger du Plan Blanc

Un des principaux dangers du Plan Blanc est d'utiliser cette mesure en dehors des circonstances de catastrophe ou de SSE. En effet, la mobilisation de tous les moyens de l'établissement dans un seul axe se fait naturellement au détriment d'autres activités. Elle impose des horaires et des modalités de travail au personnel qui sont au sens propre « extraordinaires ». En conséquence, le coût organisationnel, humain et financier d'une telle mesure est très élevé. Lorsque le déclenchement du Plan est imposé par la nécessité de soigner des victimes en grand nombre, ces éléments négatifs comptent peu. Par contre, dans d'autres circonstances, ils constituent un véritable effet adverse du Plan Blanc dont l'utilisation est donc strictement limitée à un afflux de victimes au cours d'une catastrophe.

5 - Le retour au fonctionnement normal

Quels que soient le motif et la durée de déclenchement du Plan, le retour à un fonctionnement normal de l'établissement est un problème qu'il ne faut pas sous-estimer. Ainsi dès la mise en alerte de l'établissement, il faut pouvoir adapter le Plan Blanc et le dimensionner à l'événement auquel on est

confronté. Dans certains cas, après une activation initiale, l'établissement peut n'avoir reçu qu'un nombre limité de victimes. Une information précise et un dialogue avec l'ARS et le SAMU sont nécessaires pour pouvoir rapidement retourner à une situation normale si l'afflux de victimes ne se produit pas. Cette « levée d'alerte » est souvent oubliée, elle peut conduire à un arrêt et d'activités non urgentes qui n'est pas justifié.

Lorsque le Plan Blanc a été effectivement mis en œuvre, un bilan de la prise en charge des victimes et des moyens qui ont été déployés pour l'accomplir est nécessaire. La reconstitution des stocks de matériels, la compensation du temps de travail supplémentaire réalisé par les personnels ainsi que les dépenses financières qui ont été réalisées sont précisément comptabilisés pour donner lieu à une adaptation ultérieure du budget de l'établissement. Après la fin du Plan Blanc, une période transitoire, véritable résilience de l'établissement est nécessaire avant un retour à sa pleine capacité de soins. Tant que des victimes sont hospitalisées dans l'établissement, l'activation du plan est maintenue, mais adaptée par la cellule de crise à l'évolution de la demande de soins.

6 - La dimension NRBC du Plan Blanc

Depuis l'attentat au sarin de Tokyo en 1995 (4) le risque NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, et chimique) est pris en considération dans le Plan Blanc. Le détail des mesures qu'il impose sort du cadre de cet exposé. Elles constituent cependant une difficulté importante pour l'établissement de soins, car à l'exception du risque biologique, elles nécessitent des connaissances et des matériels spécifiques qui ne font pas partie de l'exercice quotidien pour les personnels de santé. Schématiquement, l'annexe NRBC du Plan Blanc concerne les points suivants :

- La protection de l'établissement (confinement, contrôle d'accès) et des personnels en cas d'afflux de victimes contaminées (tenue de protection NRBC)

- Les mesures de décontamination « chaînes de décontamination » et de soins spécifiques (antidotes)
- Les circuits protégés pour les patients et des sites d'hospitalisation spécifiques dans l'établissement.

Cette partie du plan est adaptée au niveau de prise en charge et d'expertise de l'établissement.

Dans chaque zone de défense, un établissement de santé de « référence » est chargé de coordonner la formation des personnels et l'organisation en réseau de la prise en charge des victimes NRBC.

7 – Le Plan Blanc élargi

Ce plan permet la réponse à des SSE qui dépassent l'implication d'un ou plusieurs établissements de soins. Dans ce cas, le Préfet du département peut faire appel pour gérer la crise à des moyens complémentaires à ceux de la santé. Pour cela, il utilise des conventions préalablement établies ou son pouvoir de réquisition. Cette mobilisation exceptionnelle peut toucher tous les acteurs de la santé (publics et privés) et tout autre renfort extérieur, notamment logistique (transports, locaux, matériels...). Le Plan Blanc élargi est donc conçu comme un plan départemental de mobilisation. Il est notamment utilisé pour les campagnes de vaccination en cas de pandémie, pour la distribution massive de produits de santé en dehors du circuit pharmaceutique ou en cas d'évacuation d'un ou plusieurs établissements de santé ou médico-social.

Enfin, le Plan Blanc élargi peut comporter la mobilisation de la Réserve Sanitaire. Elle est formée par des personnels de santé volontaires qui ne travaillent pas dans les services d'urgence et qui peuvent être mobilisés en renfort des personnels de première ligne (services d'urgences hospitaliers, Samu-Smur...) engagés dans la réponse aux SSE.

8 – Le dispositif ORSAN

L'instruction DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des SSE apporte un cadre réglementaire dans lequel s'intègrent les plans et les organisations vues plus haut. Ce cadre dénommé ORSAN par symétrie avec le dispositif ORSEC (Organisation de la Sécurité civile) comprend 4 domaines :

- La planification, c'est-à-dire les différents plans opérationnels
- Les moyens de réponses tactiques : PSM, Réserve Sanitaire
- La formation aux SSE
- L'évaluation et le retour d'expérience.

Le domaine de la planification comprend :

- Un schéma ORSAN qui se décline en 5 volets décrivant des parcours de soins spécifiques à des SSE
 - Le volet ORSAN AMAVI qui assure la prise en charge de nombreuses victimes. Ce volet est symétrique du Plan ORSEC NOVI de la Sécurité civile (Plan nombreuses victimes) dont il assure la continuité au sein du dispositif de santé pré et intra hospitalière.
 - Le volet ORSAN NRC qui assure la prise en charge dans le système de soins des victimes potentiellement contaminées.
 - Le volet ORSAN BIO : prise en charge des victimes ayant une maladie infectieuse transmissible, pour enrayer ou ralentir l'introduction d'une épidémie sur le territoire.
 - Le volet ORSAN EPIVAC : concerne la gestion d'une épidémie et de la mise en œuvre d'une campagne de vaccination.
 - Le volet ORSAN CLIM : prise en charge des victimes de phénomènes climatiques : grand froid, canicule...

Deux plans de mobilisation permettent d'activer le schéma ORSAN à deux niveaux différents :

- le Plan Blanc élargi (un plan départemental de mobilisation)
- Le Plan zonal de mobilisation qui au niveau de la zone de défense coordonne les moyens tactiques, les renforts et organise la formation.

Enfin, au niveau des établissements, le Plan Blanc est la déclinaison pour les opérateurs de soins et le Plan Bleu pour les opérateurs médico-sociaux.

La **figure 1** résume le dispositif actuel de l'offre de soins en cas de SSE (8)

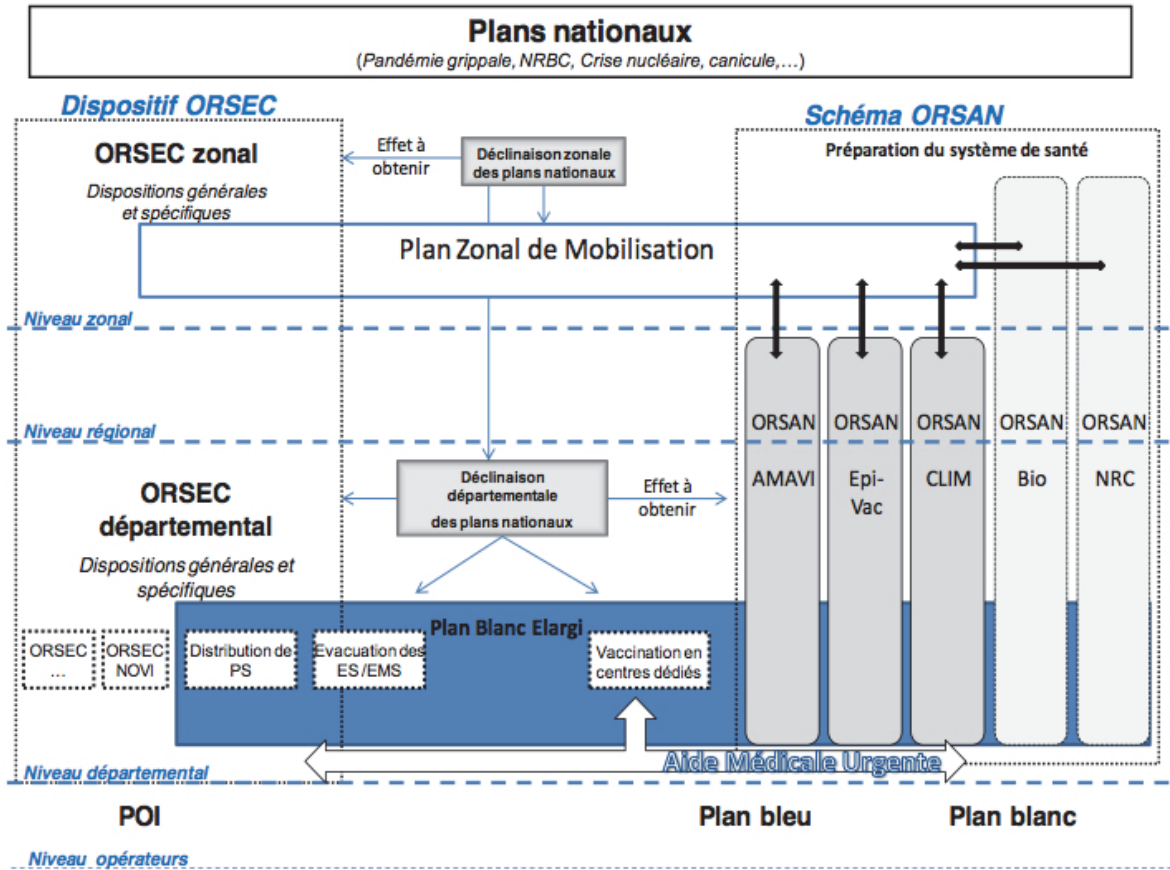


Figure 1.- Le dispositif actuel de l'offre de soins en cas de SSE, d'après (8).

9 – Conclusion

Le Plan Blanc est historiquement le premier dispositif de réponse d'un hôpital confronté à un afflux de victimes. Il rassemble les mesures qui permettent une réorganisation efficace en urgence. Ce plan s'intègre dans le dispositif ORSAN qui permet d'élargir la réponse à une SSE depuis un établissement jusqu'à l'ensemble d'une zone de défense. Les médecins anesthésistes - réanimateurs et urgentistes jouent un rôle central dans la conception, la mise en œuvre du Plan Blanc et la formation des personnels.

Références

1. CIRCULAIRE DHOS CGR 2006-401 du 14 /7/2006
2. Barrier G. Emergency medical services for treatment of mass casualties, Crit Care Med. 1989; 17:1062-7
3. Baker DJ, Telion C, Carli P. Multiple casualty incidents: the prehospital role of the anesthesiologist in Europe. Anesthesiol. Clin. 2007; 25:179-88
4. Okumura T, Suzuki K et Al. The Tokyo subway sarin attack : Disaster management PII, hospital response Acad. Emerg. Med 1998; 5:618-24
5. Baker DJ, Murray VS, Carli PA. A pan-European study of capabilities to manage mass casualties from the release of chemical agents: the MASH project. Am J Disaster Med. 2013 8 :13-23.
6. Carli P, Telion C, Baker D. Terrorism in France. Prehosp Disaster Med. 2003 ;18:92-9.
7. INSTRUCTION N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles NOR : AFSP1411258J
8. Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles. Ministère de la Santé Mai 2014.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_aide_a_l_organisation_de_l_offre_de_soins_en_SSE.pdf
- 9.