

Le plan blanc : quelques notions pratiques...

J.C. AYMARD

1. Introduction

L'afflux massif de victimes, connu en temps de guerre par le Service de Santé des Armées, a été expérimenté en pratique civile à l'occasion des attentats parisiens des années 1980. Les insuffisances constatées ont débouché sur la circulaire de l'afflux de victimes à l'hôpital en 1987.

L'explosion de l'usine AZF en 2001, a permis de développer de nouveaux dispositifs d'anticipation, d'action et d'évaluation réglementaires dans le cadre de la médecine de catastrophe. Une nouvelle circulaire publiée en 2002, concernant spécifiquement l'accueil hospitalier, a largement tiré les enseignements de cet événement.

La circulaire 284 du 3/5/2002 (1) définit l'organisation des établissements de soins, en cas d'afflux massif de victimes : chaque établissement de santé doit se doter d'un dispositif de gestion de crise dénommé « plan blanc » complété par le plan blanc élargi (qui désigne le dispositif de réquisition de biens et services dont les préfets disposent en cas d'afflux massif de patients ou victimes ou lorsque la situation sanitaire le justifie) et des annexes Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique (NRBC) obligatoires pour tout établissement de santé publique.

De plus, le plan blanc est doté de mesures additionnelles, il s'agit du **plan blanc élargi**.

Correspondance : JC Aymard, Cadre de Santé IADE SAMU 06, Centre Hospitalier Universitaire de Nice, 5, rue P.-Devoluy, 06000 Nice cedex. Tél. : 04 92 03 36 02. E-mail : aymard.jc@chu-nice.fr

Le plan blanc élargi recense à l'échelon du département les ressources humaines pouvant être mobilisées, lors de crise sanitaire. Enfin, ces 2 dispositifs sont les outils indispensables en termes d'organisation du système de santé lors de menace sanitaire grave.

Son objectif est de mobiliser immédiatement les moyens dont il dispose en cas d'afflux de patients ou face à une situation sanitaire exceptionnelle.

2. Principes du plan blanc

La survenue d'un événement engendrant un grand nombre simultané de victimes a trop longtemps généré une politique de simples transports vers l'établissement de soins le plus proche. Ces évacuations « sauvages » faites à pied, en voiture personnelle, en ambulance, ne faisaient le plus souvent que déplacer la catastrophe d'un point à un autre. En effet, l'hôpital, non prévenu et non préparé, a été trop souvent le siège de ce que le P P Huguenard a décrit comme « une improvisation, une agitation stérile, des ordres multiples et contradictoires, des bonnes volontés inutiles, une curiosité malsaine » (2).

Cet accueil, totalement inadapté, menace de paralysie le fonctionnement habituel de l'hôpital. Le principe de base du plan blanc est donc de prévoir le meilleur accueil à cette épidémie de victime tout en continuant d'assurer la sécurité aux patients déjà hospitalisés et éventuellement en assurant le fonctionnement des urgences habituelles (3,4).

3. Quel risque ?

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 organisations.

Le plan blanc est un moyen de planifier 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 formation, la réactivité, la disponibilité des moyens (5).

Selon les données remontées à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en 2003, il y a encore 17 % des établissements avec services d'urgences qui ne disposent pas de plans blancs.

Seulement 11 % des établissements sans urgences et 7 % des établissements privés disposent d'un plan blanc (6).

Cette enquête montre une disparité des plans blancs. Ces chiffres rendaient compte de la difficulté d'application d'une circulaire réactualisée en 2002. La lecture de ces plans blancs montrait une description détaillée et efficace du déclenchement de type « tout ou rien » avec de nombreuses insuffisances portant notamment sur l'absence de scénarios intermédiaires, la non prise en compte d'un déploiement échelonné des moyens, des lacunes de formation et d'information du personnel, l'absence d'évaluation du risque...

3.1. Retour d'expérience

La mise en place des chaînes de secours ou de décontamination et leurs organisations demandent en général une heure au minimum avec du personnel formé.

Lors de ces événements, plusieurs centaines de personnes peuvent être admises en quelques heures, l'hôpital doit s'adapter et s'ouvrir au risque de débordement de ses capacités de soins tout en restant vigilant à un éventuel risque chimique ou radiologique (7).

De plus, il est indispensable d'intégrer le fait que l'hôpital puisse être la source de la crise : incendie, destruction... Dans ce cadre là, le plan blanc doit pouvoir prendre en compte la délocalisation de services dits sensibles tels que la réanimation polyvalente, les urgences, la régulation du SAMU...

4. Les plans blancs d'établissements

Le plan blanc est :

- arrêté par l'instance délibérative de l'établissement sur proposition de son directeur, transmis au représentant de l'État dans le département, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et au service d'aide médicale urgente départemental (SAMU) ;
- déclenché par le directeur de l'établissement ou son représentant, qui en informe sans délai le représentant de l'État dans le département, ou à la demande de ce dernier. Le représentant de l'État dans le département informe sans délai le directeur de l'ARH, le SAMU et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs.

Afin de répondre aux différents points de la gestion de crise hospitalière, la DHOS (8) nous propose le guide « Plan blanc et gestion de crise » :

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

- un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- un plan de confinement de l'établissement ;
- un plan d'évacuation de l'établissement ;
- des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

5. Modalités de déclenchement

5.1. L'alerte

Le déclenchement de l'alerte nécessite la vérification de la validité de la demande. L'analyse des événements catastrophiques récents prouve que les appels d'alerte ne sont pas interprétables avant 15 minutes.

Le délai entre les premiers signaux d'une alerte et l'arrivée des premières victimes à l'hôpital peut ne pas dépasser 20 minutes, et selon la configuration des lieux, peut être ramené à 5 à 10 minutes (8,9,10). Le circuit de transmission de l'alerte doit donc être rapide et performant, tout le personnel formé.

Le service receveur de l'alerte doit transférer l'information aux services participant à la gestion de crise. Cette transmission de l'alerte téléphonique par les permanenciers pour les établissements disposant d'un Centre 15, par le standard ou le personnel des urgences est indispensable bien qu'elle présente rapidement ses limites (150 minutes en temps cumulé pour les 30 appels mentionnés ci-dessus).

5.2. Le déclenchement du plan blanc

Il est approuvé par le directeur ou le cadre administratif de garde, à la demande du SAMU, et/ou du préfet, en fonction des critères quantitatifs et qualitatifs :

- 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 (sanitaire, sociale ou bien médiatique) ne nécessite pas forcément le déclenchement du plan blanc dans son ensemble : celui-ci peut être déployé de manière partielle ou graduée ;
- le nombre de victimes apparaît également comme décisif quant aux moyens qui seront mis en place ;
- la notion de temporalité prend également toute son importance notamment dans les délais dont l'institution disposera afin de mettre en place un dispositif de crise ;
- la cellule s'assure de la bonne répartition intramuros des victimes qui sont adressées à l'établissement.

Dans le cadre du déclenchement :

- la situation est-elle exceptionnelle ?
- la situation s'inscrit-elle dans le cadre du déclenchement d'un plan blanc élargi ?
- quelle est la durée prévisible, la cinétique de l'événement ?
- conjecturer d'emblée sur la cinétique de la crise afin de mobiliser les personnels sur une période et un événement impliquant un fort investissement qui s'inscrit dans la durée.

5.3. La cellule de crise

La mise en œuvre concrète du plan blanc passe par la mise en place de la cellule de crise, implantée non loin du SAMU et du Service d'Accueil des Urgences (SAU) si possible.

La cellule de crise comporte 2 zones correspondant à 2 missions :

- une première zone en fait la cellule de crise du Samu, c'est-à-dire un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) dédoublé avec réception de toutes les informations extérieures et émission de consignes et de missions aux équipes extrahospitalières et aux autorités chargées des secours à savoir préfecture, Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS), police, gendarmerie, Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM), médecin, cadre ;
- la deuxième zone rassemble l'état-major hospitalier autour du directeur référent du plan blanc. Celui-ci est en charge de l'organisation générale, il est responsable de la liaison avec les autorités, de l'exploitation des renseignements et instructions aux points d'accueil des victimes et de la logistique et technique.

La composition matérielle de la salle de crise doit être prédéfinie, le contenu des listings ainsi que la localisation du matériel connus des personnels du SAMU mais également du personnel en charge de l'installation de la salle de crise (techniciens, informatique, sécurité...).

Le personnel en charge de l'installation doit pouvoir être contacté le plus tôt possible par le Centre 15, sur un abrégé, par téléphone portable ou appel sélectif (Bip).

Le personnel de la régulation doit se dédoubler dans l'attente de renfort et ceci, malgré la charge de travail liée à la réception des appels « plan blanc » et hors « plan blanc » dans l'attente de renforts.

5.4. La gestion du personnel

Dans la perspective d'un rappel du personnel, notamment en cas de catastrophe nocturne ou durant des jours fériés, une procédure téléphonique doit être prévue sur la base d'un message préétabli et simple initié par le SAMU ou le cadre de garde.

Afin de permettre ce rappel téléphonique, les listes des coordonnées ne doivent être communiquées qu'aux personnes appelées à en connaître le but. Les personnels inscrits sur la « liste rouge » des abonnés du téléphone, ne sont pas tenus réglementairement de communiquer leur numéro de téléphone. Toutefois, les conditions relatives à l'obligation de service légitiment la communication de cette information à l'établissement.

Afin de concilier le caractère confidentiel de données personnelles et la possibilité d'être joint en cas de rappel, ces listes sont placées sous enveloppe scellée. Le rythme de mise à jour étant régulier.

Le maintien des personnels est indispensable et cela en dehors des considérations organisationnelles de chacun. Cependant, le rappel des personnels se doit d'être progressif afin d'être proportionnel à la menace sanitaire et au dispositif déclenché.

L'expérience a montré que les personnels rappelés, comme ceux qui se présentent spontanément, se dirigent vers leurs services respectifs. Lorsque la nature du risque n'est pas identifiée au moment du rappel, il faut envisager des points de ralliement isolés. Des équipements de protection adaptés sont distribués aux personnels appelés à prendre en charge les patients potentiellement à risque (NRBC).

Il est indispensable de respecter une montée en puissance progressive du rappel de personnel en fonction du risque potentiel, de l'événement ou du nombre de victimes plus ou moins anticipé.

Le déclenchement d'un plan blanc impose une nouvelle répartition des tâches et compétences, et l'affectation des personnels en renfort dans les services les plus démunis.

Chaque personnel ayant des responsabilités d'encadrement possède une fiche-réflexe à appliquer. Par ailleurs, chaque corps professionnel doit également posséder des modalités de fonctionnement exceptionnel dans le cadre du déclenchement d'un plan blanc.

Le cadre responsable de l'unité d'accueil et le médecin référent doivent réaliser une division des moyens humains, matériels et logistiques afin de mettre en place 2 circuits distincts et indépendants. À ce niveau, la problématique liée au nombre de soignants et de médecins se pose, à savoir une inadéquation entre les besoins et les moyens qui se doit d'être temporaire dans l'attente de personnels rappelés.

La connaissance des circuits et des procédures est indispensable à ce niveau de gravité afin d'éviter une désorganisation des structures de soins.

Il est indispensable de respecter un plan de graduation précis des moyens humains et matériels en rapport avec l'activité, en respectant les compétences de chacun (intérimaires, remplacements, étudiants...) de prévoir des aménagements pour faciliter la présence du personnel (garde d'enfants, repas, hébergement,

modification des horaires) et de produire, pendant la crise, l'information pertinente aux personnels, de façon régulière et explicite.

Un management spécifique est indispensable dans ce type d'organisation, en effet, il serait inopportun et déstabilisant de maintenir la même organisation du personnel qu'en temps normal. Tous les acteurs doivent être informés du caractère directif du management en situation de crise. Un débriefing permettra, en fin de crise, de faire le point sur les difficultés rencontrées sur ce type d'organisation.

5.5. Les télécommunications et les liaisons informatiques

Les moyens du standard sont renforcés dès la transmission de l'alerte. Des lignes téléphoniques sont isolées et réservées à la seule et exclusive utilisation du plan blanc mais ne seront opérationnelles qu'après l'installation du matériel spécifique.

Le SAMU peut recourir à l'utilisation d'un réseau tactique de radiocommunication du Poste Sanitaire Mobile de 2nd Génération (PSM2). Il est cependant à craindre, dans les premières minutes, une saturation d'appels (impliqués, familles, secours...) qui devront être gérés par la régulation mais également par les secrétaires des urgences, les cadres et les infirmières DE (IDE) des différents secteurs.

5.6. L'accueil des victimes

L'objectif est d'éviter toute paralysie et engorgement dans le fonctionnement habituel de l'établissement, qui doit être préservé pour son activité courante.

2 afflux successifs peuvent être envisagés :

- Le premier afflux, quasi-immédiat, concerne l'arrivée spontanée, et par leurs propres moyens, de personnes en situation d'urgence (personnes impliquées et victimes debouts). Il peut être difficile de distinguer les urgences réelles des urgences ressenties et de cerner la nature du risque dont ces personnes peuvent être porteuses. Il s'agit de les accueillir et de leur donner les premiers soins, tout en limitant les risques de contamination, tant que ceux-ci ne sont pas identifiés (importance si NRBC). Mais également de circonscrire les risques encourus par les personnels et de ne pas rendre les structures rapidement inutilisables.

La réflexion peut conduire à déterminer la mise en place de structures d'accueil à proximité de l'établissement, dans lesquelles les personnels reçoivent équipements et matériels appropriés et réagissent selon des protocoles préétablis, notamment en cas de risques NRBC.

- Le second afflux, régulé, concerne les personnes les plus gravement atteintes, qui ont reçu les premiers soins sur place et ont été conditionnées. L'établissement dispose de plus de temps pour redéployer ses moyens.

Si les soins sont prioritaires et doivent être dispensés rapidement, la saisie des informations de base doit être immédiatement opérationnelle par le personnel

de proximité, surtout en cas de risque NRBC (secrétaires, IDE...) par l'intermédiaire de fiches « d'avant » ou de documents préloghossés.

Le problème est d'autant plus prégnant dans le cadre de l'accumulation de patients conventionnels aux urgences (pics horaires d'activité) du manque de lits d'hospitalisation au sein de l'unité, de l'établissement ainsi que du manque de personnels (absentéisme, congés...) et de brancards.

Il est également important de s'interroger sur la nature et le caractère de gravité des problèmes médicaux ainsi que de la durée de traitement prévisible dans la phase aiguë de la maladie (*distinguo* entre une catastrophe et une épidémie...).

La prise en charge des patients (1^{er} et 2nd flux) dépendra des informations qui seront à notre disposition à savoir :

- s'agit-il d'une pathologie spécifique ou d'un groupe de patients spécifique ?
- la notion de flux, primordiale afin de pouvoir anticiper au mieux l'arrivée des victimes, est-elle prévisible en regard des informations dont nous disposons ?
- les indicateurs de qualité des soins sont-ils compromis avec une augmentation de la morbi-mortalité ou des pertes de chance indemnifiables ?

Le plan blanc doit envisager plusieurs scénarios en tenant compte non seulement du nombre de victimes mais aussi de la nature des risques connus ou potentiels.

Dans le cadre du tri, en principe le point d'accueil est différent du service d'accueil des urgences (afin d'éviter d'engorger les urgences).

Un médecin assisté d'une équipe médicale et paramédicale, en assure le fonctionnement du tri.

À ce niveau, se pose la problématique des procédures indispensables, telles que le recueil des papiers d'identité, de l'argent, des objets de valeurs..., leur dépôt et leur récupération. Il convient, notamment, de prendre en compte le stockage de vêtements et/ou d'effets personnels contaminés et la nécessité de disposer de moyens de substitution et d'évacuation.

Par rapport aux différents risques envisagés, des protocoles de décontamination doivent être prévus avant l'admission des victimes au sein de l'établissement ce qui soulève la question de la formation des personnels.

5.7. La gestion des lits

Le point des lits disponibles est réalisé par le personnel de la cellule de crise par l'intermédiaire de documents préremplis (unités, numéros de téléphone...). Ces informations sont actualisées et transmises aux unités concernées.

Afin d'augmenter le potentiel d'accueil hospitalier, les malades dont l'état le permet sont soit dirigés vers des services moins impliqués, soit transférés vers d'autres établissements. Les moyens de transports doivent être mobilisés en conséquence (recours aux ambulances de l'établissement, aux ambulances

privées et autres associations en accord avec la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS).

Des circuits particuliers sont identifiés pour la sortie de ces patients en cas de risque NRBC. Les admissions programmées non urgentes sont différées.

Les blocs opératoires sont libérés et leurs programmes allégés en fonction du risque potentiel lié à l'événement sanitaire (traumatologie par exemple). L'ensemble des autres services médico-techniques (pharmacie, laboratoires, imagerie...) mais aussi logistiques et généraux dressent l'état quantitatif et qualitatif des moyens disponibles en regard de leurs fiches de poste respectives, état dressé par la cellule de crise en lien. L'Établissement Français du Sang (EFS) local doit être alerté.

À ce niveau se posent différentes questions :

- a-t-on un déséquilibre persistant entre les entrées et les sorties ?
- a-t-on saturé les possibilités de transfert : maisons de retraite, Hospitalisation à Domicile (HAD), soins de suite, de rééducation, prise en charge à domicile par les médecins et infirmiers libéraux ?
- faut-il accélérer la libération des lits par des sorties anticipées ?

5.8. L'accueil des familles

Il faut informer et rassurer les familles qui se présentent ou téléphonent à l'établissement afin d'éviter la perturbation des secours et des soins. Un numéro vert est prédéfini à l'attention des familles, la gestion de ce type d'appels étant géré par le secrétariat « plan blanc ».

Si les circonstances le justifient, il est indispensable que le personnel canalise la circulation des personnes, voire suspendre les visites.

Un « point accueil famille » est prévu et géré par une assistante sociale, du personnel de direction et éventuellement du personnel du Centre d'Accueil Psychiatrique (CAP), IDE, Psychologues et/ou Psychiatres de la Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP).

5.9. L'accueil des médias

Il convient de concilier le droit à l'information des journalistes et la confidentialité des renseignements nominatifs. Un « point médias », distinct de la cellule de crise, accueille les journalistes. Toute information ne peut émaner que de la seule source autorisée, à savoir le directeur ou son représentant au sein de la cellule de crise.

Il est important de sensibiliser le personnel sur l'obligation de confidentialité et de discrétion principalement auprès des journalistes ou par téléphone.

5.10. Les conditions d'accès, de circulation et de stationnement

La circulation et le stationnement font l'objet d'une réflexion pour chaque catégorie de véhicule (moyens de secours, personnels, familles, médias, logistique, officiels...) afin de permettre l'accès à l'établissement, les axes de circulation, les parkings, et les accès à l'établissement sont identifiés et balisés.

La police nationale ne peut intervenir en matière de circulation et de stationnement sur les sites.

À l'extérieur, l'afflux massif peut rendre les accès et les sorties des sites hospitaliers difficiles, voire impossibles. Une réflexion préalable est indispensable entre les préfets, la police nationale, la gendarmerie nationale et les municipalités concernées.

5.11. La logistique

Des fiches-réflexes définissent les approvisionnements indispensables de la pharmacie et des laboratoires, les équipements nécessaires aux centres d'accueil, aux unités médicales, médico-techniques et administratives ainsi que les prestations de blanchisserie, de restauration, d'approvisionnement et réapprovisionnement des magasins ainsi que la mise à disposition de mobiliers complémentaires, de brancards, de fauteuils roulants mais également l'augmentation des lignes téléphoniques, de liaisons informatiques, des moyens radio et satellite.

Une réflexion doit être menée plus particulièrement sur l'approvisionnement en oxygène médical. En cas de besoin, la dotation médico-pharmaceutique d'un PSM2 peut contribuer à renforcer le dispositif de l'établissement de santé.

Les transports ambulanciers et généraux font l'objet d'un protocole d'engagement gradué qui tient compte des procédures de désinfection et de décontamination, y compris en dehors des risques NRBC.

La gestion des moyens logistiques, tout comme les moyens humains, devra s'adapter à une scission en 2 modes de fonctionnements distincts et indépendants (plan blanc et hors plan blanc) ce qui suppose de disposer d'un stock suffisant tant pharmaceutique que biomédical. Cette répartition ne pourra s'effectuer qu'en fonction de critères qualitatifs et quantitatifs.

L'anticipation du flux est importante de part le délai nécessaire à la réalisation d'un stock pharmaceutique ou de matériel nécessaire à la réalisation de 2 circuits indépendants au sein de l'unité.

5.12. Locaux mortuaires provisoires

Il ne s'agit que des personnes décédées en cours de transport et après l'arrivée. Les établissements ne doivent en aucun cas recevoir de personnes défuntées relevées sur les lieux de l'événement.

Une chapelle ardente ou une chambre mortuaire provisoire est décidée sous l'autorité judiciaire, après une éventuelle décontamination. L'accueil matériel et psychologique des familles est aménagé avec l'aide de ministres des cultes qu'il est souhaitable de prévenir.

5.13. Modalités de formation et d'entraînement

L'objectif est de sensibiliser l'ensemble du personnel sur les conduites à tenir face à une situation de tension ainsi que sur les risques (par exemple pandémie grippale).

La performance de la mobilisation est directement corrélée au niveau de la préparation, elle-même liée à :

- la pratique régulière d'exercices ;
- la qualité et l'actualisation des listes de rappel des personnels toutes catégories confondues ;
- la sensibilisation des personnels au thème de la gestion de crise ;
- la formation mise en œuvre tant sur le thème général de la crise que sur celui des risques ;
- NRBC ;
- la connaissance des fiches-réflexes individuelles.

L'ensemble des instances décisionnelles et consultatives est au fait du dispositif.

Il est, cependant, important de garder à l'esprit que la réalisation d'exercices ou d'entraînement ne doit pas se faire dans le but de mettre en difficulté l'acteur, mais plutôt de travailler sur l'erreur positive selon un axe pédagogique pré-déterminé par un groupe de référents.

6. Quelle problématique

La problématique principale est celle de « l'hôpital en crise ». En effet, il semble important de faire de *distinguo* entre une situation « aiguë » et une situation « chronique ».

La situation extrêmement difficile de l'hiver 2004-2005 avec un afflux brutal et massif des personnes âgées polypathologiques, attendant souvent des heures un lit d'hospitalisation, a montré la fragilité extrême des hôpitaux publics dans leur organisation et dans leur capacité à faire face à la demande de soins de la population. L'obligation de déclencher des plans blancs dans tel ou tel hôpital ou dans telle ou telle région a été une réponse inadaptée à un problème qui risquait de devenir chronique.

S'agissant des événements récents ayant eu lieu à l'hôpital (erreur médicale, défaut de lits...), ils sont certes révélateurs de dysfonctionnements, mais de nature différente.

En ce qui concerne la fermeture de lits, elle réfère aux difficultés croissantes à recruter du personnel remplaçant, par les coûts occasionnés notamment mais également dans un contexte de tension en ce qui concerne l'offre de personnel médical et paramédical.

L'épineuse question des urgences constitue un autre dysfonctionnement, qui reste toutefois lié au précédent. En effet, les temps d'attente au sein de ces services dépassent en moyenne les 4 heures. Souvent portée par le personnel, la responsabilité ne fait en réalité que cristalliser les failles de l'organisation hospitalière : engorgement par des patients ne nécessitant pas des soins d'urgence, manque de lits retardant le placement des patients dans les services, temps d'attente pour les examens complémentaires, indisponibilité du personnel (par manque de recrutement ou tout simplement débordés...) mais également manque de considération et de reconnaissance par les autres services. Il ne s'agit pas uniquement de renforcer ces services d'accueil pour résoudre les difficultés qui se situent bien souvent en amont ou en aval.

La problématique d'un service « en mode dégradé » par manque de moyens humains ou matériels mais relevant d'une situation qui serait connue ne doit pas être transposée à une situation de crise aiguë et imprévue.

7. Les limites du plan blanc

Par définition, le plan blanc n'est pas un plan « tous risques » mais simplement une stratégie réaliste et adaptable à plusieurs étiologies. Le but étant d'envisager et de proposer des modalités de déclenchement spécifiques en fonction du nombre de victimes afin de mettre en place un plan blanc dynamique.

Il est communément acquis que la mise en place d'un plan blanc ne se passe jamais comme prévu et qu'une certaine liberté individuelle, pour une marge de manœuvre, reste essentielle dans le respect d'un cadre de référence et que la première heure reste la plus délicate à gérer du fait des arrivées spontanées, de l'alerte qui peut être tardive et de la montée en puissance, fort probable, du dispositif.

La réalisation d'exercices préparatoires globaux ou individualisés est nécessaire et obligatoire dans un but formatif. La formation des tous les personnels (de direction, médicaux et soignants) reste indispensable tant sur la connaissance des circuits que des procédures. En effet, son efficacité repose sur une rédaction claire et connue de tous. Cependant, la réalisation d'un exercice, d'une manœuvre reste toujours un exercice délicat que ce soit en termes de compétences humaines dont il faut pouvoir disposer en temps et en heure mais également en termes d'organisation (anticipation de la situation au niveau des urgences, aval de l'institution...).

Les limites actuelles que ce soit en termes de manque de personnels, de contraintes financières ou matérielles, ne doivent pas nous faire oublier que le

rôle de la formation mais également de l'information est prépondérant dans la mise en place d'un plan blanc.

De plus, il sera moins efficace, si l'hôpital est lui-même victime de la catastrophe avec plusieurs patients et personnels blessés par des dégâts matériels conséquents (11).

Enfin, le problème du pouvoir de réquisition des directeurs d'établissements privés pour leurs salariés ou pour les médecins libéraux, n'est pas résolu à ce jour.

« Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible mais de s'entraîner à lui faire face » (12).

Bibliographie

1. Circulaire n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes et circulaire DHOS/HFD/DGSNR n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique et circulaire N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.
2. Thomas JP, Huguenard P. L'accueil hospitalier des victimes en cas de catastrophe. In : P Huguenard, Editor, Médecine en situation de catastrophe, Éditions Masson, Paris 1993 ; 62-7.
3. de la Coussaye JE. Les urgences préhospitalières. Éditions Masson, Paris 2003 ; 155-65.
4. Ammirati C, B Nemitz B, Nicolle D, Jallu JL. L'hôpital face à un afflux de victimes. Traité Catastrophes de la stratégie d'intervention à la prise en charge médicale. EMC 1996 ; 89-96.
5. Legay M, Carli P. Prise en charge d'un afflux de victimes à l'hôpital. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte. Paris Arnette 2004 ; 1 421-4.
6. http://www.urgenceserveur.fr/IMG/pdf/Site_du_Ministere_de_la_sante_et_des_solidarites.pdf
7. Ducasse JL, Battefort F, Bleicher G. De l'appel à la réanimation : l'organisation des secours d'urgence en France, La revue du praticien 56 ; 725-8.
8. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/plan_blanc2006.pdf
9. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/azf/1azf.htm>
10. Burnot P, Renaudeau C, Ceppa F. « L'attentat au sarin dans le métro de Tokyo. Faits et enseignements. » Médecine et Armées 2001 ; 29-40.
11. Virenque C. Le plan blanc : Afflux massif de victimes, Réanimation, décembre 2005 ; 712-5.
12. <http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/334-ENT-Lagadec-p80-85.pdf>

