

## **Le plan blanc élargi : annuaire de moyen ou outils dynamique ?**

Dr Puget André (1), Dr Jean Luc Duponchel (2), Dr Philippe Garry (1), Pr Jean Pierre Auffray (1)

(1) SAMU 13, AP-HM Etablissement de référence de la Zone de Défense Sud

(2) DDASS 13

Depuis leurs créations, les SAMU jouent un rôle important lors de la gestion de crise : réception puis diffusion de l'alerte, recherche de place et de capacité de prise en charge adaptée, recherche de transport. L'évolution de la législation a renforcé ce rôle :

- Pour le SAMU du département en temps que conseiller technique de la DDASS pour la rédaction du plan blanc élargi de chaque département.
- Pour le SAMU de zone en cas de risque NRBC pour la coordination des moyens de réponses à ce type de menaces.

Lors la mise en place des plans de secours pré hospitalier (ORSEC, plan rouge, Plan Particulier d'Intervention : PPI, Plan de Secours Spécialisé : PSS...) et les plans d'afflux massif hospitalier (plan blanc) le SAMU de chaque département assure naturellement la coordination entre l'organisation pré-hospitalière et les hôpitaux.

On ne peut dissocier la gestion du risque exceptionnel de celle du risque NRBC, l'articulation entre les différents plans d'organisation doit y être encore plus efficace et rapide. En effet, le transfert de contamination rendrait inefficace la chaîne de secours et le système de soins hospitalier.

C'est le binôme DDASS, SAMU qui est chargé de rédiger le plan blanc élargi. Nous nous sommes posés un certain nombre de questions lors des travaux préliminaires :

- Quels sont les points positifs et les limites du mode de gestion actuel ?
- Devions nous modifier le mode de fonctionnement de la régulation et des placements ?

### 1. État des lieux

#### 1.1. Pré hospitaliers :

##### 1.1.1. Retour d'expérience

L'analyse des événements catastrophiques récents (Tokyo, Toulouse, Madrid ...) prouve que les appels d'alerte ne sont pas interprétables avant 15 mn. 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 , être ramené à 5 à 10 minutes. Le circuit de transmission de l'alerte doit donc être rapide et performant, tout le personnel formé.

La mise en place des chaînes de secours ou de décontamination et leurs organisations est ralenties par le reflux des « fuyards », les sur accidents, les moyens de communications inutilisables ou inefficaces. Elle demande en général une heure au minimum. De même le diagnostic toxicologique ne sera pas réalisable avant l'heure dans le meilleur des cas, majorant le risque de contamination des établissements de soins.

Lors de ces événements, plusieurs centaines de personnes peuvent être admises en quelques heures, et l'hôpital doit s'adapter et s'ouvrir au risque de débordement de ses capacités de soins tout en restant vigilant jusqu'à la « levée de doute » en ce qui concerne une éventuelle contamination chimique ou radiologique. Sur 100 admis 30 % environ sont hospitalisés, les autres rentrent chez eux après consultation, enregistrement et certificat médical initial.

##### 1.1.2. L'alerte :

Le service receveur de l'alerte doit transférer l'information aux services participant à la gestion de crise suivant des scénarios qui seront différents selon le type de crise : nature de l'événement, cinétique prévisionnelle, impact en terme de population, impact environnemental ... Dans le cadre du schéma général d'alerte du plan rouge des Bouches du Rhône, le SAMU doit réaliser, pour la transmission de l'alerte, 30 appels minimum.

Cette transmission de l'alerte téléphonique est indispensable bien qu'elle présente rapidement ses limites (150 mn en temps cumulé pour les 30 appels mentionnés ci-dessus). De ce fait, elle doit être protocolisée et adaptée au style de crise. Cette transmission téléphonique est doublée, pour des raisons de traçabilité, de l'envoi de fax..

### 1.2. La prise en charge sur le terrain : le plan rouge

Le SDIS déclenche les moyens adaptés au type d'évènement tout en permettant la gestion des urgences médicales courantes en « *mode dégradé* ». Ce mode de gestion, qui doit être préparé et évalué, concerne tous les partenaires de l'aide médicale d'urgence et il doit être validé par l'ARH, la DDASS et le CODAMUPSTS.

Les équipes du SAMU et des SMUR s'intègrent à la chaîne de secours, sous la direction du Commandant des Opérations de Secours (COS) et de son adjoint le Directeur des Secours Médicaux (DSM), tous deux nommés par le préfet. Ils participent au tri, aux soins, à l'orientation et aux transferts des victimes.

Cette réponse graduée avec une chaîne médicale et de commandement apparaît déjà très consommatrice en personnel médical (25 à 30 médecins suivant l'importance de la catastrophe et le niveau du plan rouge).

L'action plus spécifique du SAMU, c'est-à-dire le placement des victimes, s'appuie sur le point des lits des établissements de soins, avec un placement des victimes directement dans les services spécialisés.

Ce système réflexe, efficace et bien rodé s'applique parfaitement aux catastrophes à effets limités (ACEL) mais trouve rapidement ses limites dès que le nombre de victimes dépasse les capacités de secours mobilisés sur les lieux.

Les limites les plus rapidement visibles sont les capacités d'un PMA (5 à 15 UA, 10 à 20 UR) et les délais d'évacuation des victimes (45 mn aller retour par véhicule). Elles imposent une prise en charge adaptée et rapide avec l'évacuation des patients dès l'arrivée des premiers secours sur les lieux, vers des urgences désignées par le SAMU avant même la mise en place d'un PMA. C'est l'idée du PMA virtuel du SDIS 13.

Dès le début de l'évènement, le premier médecin sur place et/ou le DSM dès son arrivée sur les lieux, organise avec le médecin en salle de crise au SAMU le placement de ces premières victimes. Toutes ces informations sont notées dans le dossier de régulation, qui sera garant de l'exhaustivité des listes de victimes hospitalisées. Le PMA une fois monté, permet la prise en charge des victimes en attendant l'arrivée de renforts ou le retour des véhicules de la première noria.

Dès cette phase on comprend les limites du système actuel de ces plans:

- Très adapté aux catastrophes à effets limités (ACEL)
- Moins aux catastrophes de grandes ampleurs ou attentats multi-sites (plusieurs PMA, fuites de patients plus ou moins grave vers les établissements...) .

La réponse complémentaire est l'organisation d'une réponse hospitalière graduée et coordonnée départementale voire supra départementale.

### 1.3. Les plans blancs d'établissements

Concernant les plans Blancs, la DHOS a réalisé en 2003 une enquête sur l'hexagone. Elle montre une disparité des plans blancs. Ces chiffres rendaient compte de la difficulté d'application d'une circulaire déjà ancienne et 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 ...

La circulaire 284 du 3/5/2002 (2) 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** ». Son objectif est de mobiliser immédiatement les moyens dont il dispose en cas d'afflux de patients ou face à une situation sanitaire exceptionnelle.

L'analyse des évènements de grande ampleur les plus récents (AZF Toulouse 2001, épisode caniculaire 2003....) et leur impact sur la population a mis en évidence la nécessité de s'appuyer sur un dispositif structuré et adapté de gestion de crise au sein des structures sanitaires et sociales.

**Le plan blanc tel que défini dans le code de santé publique (article L3131-7) est :**

- arrêté par l'instance délibérative de l'établissement sur proposition de son directeur. Il est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et au service d'aide médicale urgente départemental.

- déclenché par le directeur de l'établissement ou son représentant, qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier. Le représentant de l'Etat 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.

Dans sa rédaction le directeur peut s'aider du guide « Plan blanc et gestion de crise » de la DHOS. Il nous propose un certain nombre de questions que doit se poser le gestionnaire de crise et notamment répondre aux 10 points de la gestion de crise hospitalière en fonction des scénarios prévisibles.

Réglementairement le plan blanc d'établissement définit notamment (article R3131-4) :

- 1° Les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- 2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- 3° Des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- 4° Les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- 5° Les modalités de communication interne et externe ;
- 6° Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- 7° Un plan de confinement de l'établissement ;
- 8° Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- 9° Des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- 10° Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Il doit envisager les procédures de libération de place (transfert inter services et inter établissements, retour à domicile, déprogrammation des opérations non urgentes ...), le renforcement des outils de communication (standard) et l'attribution de lignes de communications dédiées, le renfort si nécessaire par un poste sanitaire mobile (PSM), les modalités de tri et de séparation des flux (victimes, accompagnants ou familles ...).

## 2. Le plan blanc élargi

Le code de la santé publique (Article L3131-8) précise que « Si l'afflux de patients ou de victimes où la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé **plan blanc élargi** ». Le Préfet de zone de défense ou le Premier ministre selon la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes ont les mêmes pouvoirs à l'échelon Zonal, à l'échelon national.

Le plan blanc élargi (PBE) s'appuie sur le recensement de tous les moyens susceptibles d'être mobilisés en cas de crise sanitaire grave.

En fonction des risques identifiés, le PBE définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces moyens, en lien en particulier avec le service d'aide médicale urgente (art R3131-6 du CSP).

Le PBE doit répondre à un certain nombre de principes :

- Il doit être en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le plan régional de santé publique
- Il doit être articulé avec les autres plans (plan Orsec, plan Rouge ...)
- Il doit permettre le déclenchement de tout ou partie du dispositif et être évolutif au cours et en fonction de la crise

- Il doit s'inscrire dans l'anticipation et l'aide à la décision (déterminer aussi rapidement que possible si la crise peut être gérée localement)
- Il doit être un outil opérationnel (recensement des moyens, procédures de coordination, modalités d'alerte et de communication, grilles de recensement ...) et évolutif (adaptation au fil du temps et révision annuelle)

La réponse doit être graduée et adaptée au risque : on ne gère pas de la même façon, la fermeture non prévisible d'un établissement (panne électrique, inondation..) et son évacuation, un accident de TGV, un accident technologique chimique ou un attentat..... Chaque établissement doit avoir préétabli des niveaux de réponses.

A titre d'exemple nous avons proposé lors des visites préliminaires un schéma de réponse des établissements de soins en fonction du type d'établissement et du risque rencontré.

Les établissements de soins conservent la classification des SROS :

a. Établissements de niveau 3 :

Ces ES sollicités par le SAMU en priorité en raison de leur plateau technique immédiatement disponible. Ces établissements seront aussi amenés à accueillir et à prendre en charge les victimes se présentant spontanément.

Ces établissements doivent s'organiser de telle manière à assurer :

- Prise en charge de victimes non régulées
- Prise en charge de victimes régulées non contaminées ou décontaminées en phase pré-hospitalière
- Prise en charge de victimes régulées contaminées (exposées aux risques NRBC)

b. Établissements de Niveau 2:

Définis comme tous les établissements :

- susceptibles d'être mobilisés en cas de saturation, de destruction ou de son caractère non opérationnel dû à une exposition NRBC des établissements de niveau 3, et les établissements de santé
- capables d'apporter un appui technique dans la prise en charge des urgences classiques afin de soulager l'établissement de 1ère ligne mais également de patients hospitalisés dans certaines spécialités afin de permettre une montée en puissance de l'établissement de niveau 3.

Ces établissements doivent s'organiser de telle manière à assurer :

- Prise en charge de victimes régulées non contaminées
- Prise en charge de victimes régulées contaminées
- Accueil des urgences "classiques" en soutien de l'ES de 1ère ligne
- Dégagement de certains services hospitaliers
- Accueil de victimes non régulées

c. Etablissements de niveau 1 :

Les établissements qui ne participent pas directement à la prise en charge des victimes de la catastrophe mais qui concourent à la montée en charge des capacités d'hospitalisation des établissements de niveau 3 et 2.

Ces établissements doivent s'organiser de telle manière à assurer :

- Prise en charge de patients dont l'état de santé en court séjour dans les établissements de niveau 1 et 2 permet leur transfert anticipé notamment en soins de suite
- Accueil de victimes non régulées

Il est très difficile de rédiger pour chaque risque une réponse détaillée. Dans un but d'optimisation de la réactivité du PBE nous avons proposé un schéma de réponse en fonction du volume de patients à traiter

d. Les établissements de proximité

Le ou les établissements de soins à proximité de l'accident recevront :

- de fait le flux non régulé, c'est-à-dire les personnes fuyant spontanément la zone de l'accident. Celles-ci sont généralement valides ou accompagnés par des personnes valides.
- en cas d'engorgement du PMA, les patients en provenance du PMA après régulation pour prise en charge ou conditionnement avant évacuation.

Le transfert éventuel de ces patients vers les autres établissements est organisé en relation avec le SAMU

Ces établissements doivent s'organiser de telle manière à assurer la prise en charge au niveau de l'accueil de victimes non régulées contaminées ou non.

Nous avons proposé des pistes de travail, aux établissements autorisés à recevoir les Urgences, afin de répondre à ce challenge. Il s'agit de la meilleure réponse vers laquelle il faut tendre, constituant un contrat d'objectifs et de moyens et non de résultats.

- **Plan blanc d'établissement Grade 1:** moins de 20 victimes

Catastrophe à effet limité, cellule de crise ouverte en fonction de l'événement, le service des urgences gère la situation.

Le service des urgences s'est organisé afin :

- d'organiser un tri médicalisé en amont des urgences, avec des circuits spécifiques (y compris NRBC)
- de faire sortir rapidement les patients qui le peuvent
- de transférer dans les services des étages par spécialités les patients stabilisés même si les soins ne sont pas terminés

Cette sortie « réflexe » permet de disposer à H0, d'une capacité de réception immédiate de victimes en détresse vitale ou nécessitant des soins Urgents dites urgences Absolues (UA) et de victimes nécessitant des soins pouvant être différés à 6 heures dites urgences relatives (UR).

- d'organiser un circuit court pour les impliqués ne nécessitant pas de soins organiques immédiats, mais une identification, un examen somatique simple et une information sur le syndrome de choc psychologique post traumatique

- **Plan blanc d'établissement Grade 2:** 20 à 50 victimes

Le déclenchement du plan blanc est lié au type d'accident et de pathologie. Il renforce le grade 1 et prévoit :

- l'extension du service des urgences à des locaux pré-équipés pour la réception de patients en grand nombre = > oxygène, brancard...
- la répartition géographique : séparation des UA et des UR
  - les UA dans le service des Urgences
  - les UR dans les locaux dédiés
- Le rappel des personnels ciblés
  - personnels des urgences
  - ceux en rapport avec la pathologie dominante

C'est l'étape de préparation au grade 3 : arrêt de l'activité programmé et évacuation vers les établissements de repli

- **Plan blanc d'établissement Grade 3:** plus de 50 victimes

Il renforce le grade 2 :

- Arrêt du fonctionnement programmé
- Evacuation des patients hospitalisés dans les étages par le circuit d'évacuation de l'établissement :
  - valides
  - puis les patients allongés stables
- Libération d'unités de soins, voire ouverture des salles « ORSEC » (O<sup>2</sup> mural pour respirateur Biotox)
- Rappel de tout ou partie du personnel, renforcement des services concernés par la pathologie dominante

A ce stade, l'activation du plan blanc élargi s'impose (du moins si celui-ci n'a pas été déclenché précédemment)

- évacuation vers établissements de repli
- réorientation des flux d'urgences quotidiennes
- **Plan blanc d'établissement Grade 4:** Mode de fonctionnement dégradé.

Les capacités de l'établissement sont dépassées

- soit par le nombre important de victimes de la catastrophe empêchant le fonctionnement optimal de la chaîne de secours pré-hospitalière, plusieurs établissements de soins seront concernés par ce niveau d'organisation
- soit parce que l'établissement se situe à proximité immédiate de la catastrophe et qu'il est lui-même un des « PMA » du dispositif

Cette organisation nécessite :

- o Rappel de tous les personnels disponibles
- o L'établissement doit organiser :
  - Tri en amont des urgences
  - Sectorisation de l'établissement par pathologie
  - UA répartis dans les locaux du plan blanc, blocs, salles de réveil ....
  - UR transférées directement dans les étages en fonction de leurs pathologies dominantes
  - Impliqués suivent un circuit court hors circuit des urgences
- o Tri d'aval pour les évacuations (plan blanc élargi) avec une liaison permanente avec la cellule de crise du SAMU

Le SAMU du département doit, en s'appuyant sur l'offre de soins disponible compte tenu du déclenchement des plans blancs des établissements et du niveau du déclenchement du PBE, placer les victimes du flux régulé dans les établissements les plus adaptés en fonction de leur état de santé.

Dans cette optique, le plan blanc élargi des Bouches du Rhône a été construit afin d'être un outil dynamique associant :

- un répertoire des risques
- un répertoire des ressources
- un outil cartographique

Cet outil doit permettre de faciliter la gestion de la crise en fonction :

- du secteur géographique
- en fonction du type d'événement
- en fonction du type de crise

## **Conclusion**

Avec le PBE réalisé sous la direction de la DDASS 13 ; le SAMU 13 dispose d'un outil dynamique associé à des outils cartographiques. En fonction du type d'événement et de son impact géographique, il permet de connaître instantanément le niveau de réponse départementale, et ainsi de placer dès le début de la crise les premières victimes prises en charge.

Le développement des outils de communication informatique (G3, téléphone satellite, lignes filaires) permet d'utiliser l'outil de régulation du SAMU sur tout le département via les ordinateurs reliés à ce réseau et à terme permettra d'y associer la cartographie dynamique du PBE des Bouches du Rhône.

Une collaboration informelle a été initiée par les différents SAMU de la zone de défense portant notamment sur les modalités d'appui que les SAMU des départements de la zone pourraient apporter à un SAMU d'un département touché par une catastrophe majeure. Le partage par ces SAMU de l'outil cartographie des PBE des leurs départements respectifs pourrait être une étape de plus dans la consolidation des appuis mutuels.