

ANNEXE 15

DOCUMENTS REMIS A L'APPUI DE L'AUDITION DE

M. Edouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la santé)



MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Haut fonctionnaire de défense

LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ
LE MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ

à

MADAME ET MESSIEURS LES PRÉFETS DE ZONE
Délégués de zone chargés des Affaires Sanitaires et
Sociales
(pour exécution)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PRÉFETS DE DÉPARTEMENTS
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et
Sociales
(pour exécution)

MADAME ET MESSIEURS LES PRÉFETS DE
RÉGION
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS
D'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION
(pour information)

**CIRCULAIRE DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 RELATIVE À L'ORGANISATION
DU SYSTÈME HOSPITALIER EN CAS D'AFFLUX DE VICTIMES**

Date d'application : immédiate

Résumé: Cette circulaire a trait à l'organisation de l'accueil d'un grand nombre de victimes dans les établissements de santé. Elle met en place un schéma départemental des plans d'accueil hospitaliers, désormais appelés plans blancs, ainsi qu'une organisation zonale pour les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC). Elle attribue à des établissements de santé dits de référence un rôle de coordination technique. Elle prévoit également la mise en place de plans de formation.

- Code de la santé publique
Livre III AIDE MEDICALE URGENTE ET TRANSPORTS SANITAIRES (a remplacé la loi 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires)
- Loi 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs (les articles 15, 16 et 17 sont abrogés par la Loi 96-369 du 03 Mai 1996)
- Loi 96-369 du 03 Mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours
- Décret 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au Comité départemental d'aide médicale urgente et des transports sanitaires (JO du 1.12.87), modifié par le Décret 95-1093 du 5 octobre 1995
- Décret 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des SAMU (JO du 17.12.87)
- Décret 88-622 du 6 mai 1988 relatif aux plans d'urgence, pris en application de la loi n°87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs, modifié par le Décret 2000-571 du 26 juin 2000, par le Décret 2001-470 du 28 mai 2001
- Décret n° 2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs du préfet de zone
- Circulaire DGS/1102 du 29 septembre 1987 relative à l'organisation des soins médicaux le premier jour en cas d'accident radiologique ou nucléaire (en cours de modification)
- Circulaire 89-21 du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes dénommées « plans rouges »
- Circulaire 700/SGDN/DEN/OND du 6 novembre 1997 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques (en cours de modification).

Textes abrogés

- Circulaire DGS/3E n°1471 DH/9C du 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital

Annexes

- carte des zones de défense et des établissements de santé de référence
- fonctions de la cellule de crise
- glossaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
1- COORDINATION ZONALE ET DEPARTEMENTALE	p.2
1-1 Schéma départemental des plans blancs	
1-2 Organisation zonale pour les risques spécifiques NRBC	
2- PLAN BLANC	p.3-9
2-1 Cellule de crise	p.3-4
2-1-1 Mission	
2-1-2 Composition	
2-2 Principes directeurs du plan blanc	p.4-9
2-2-1 L'adaptation des moyens de l'établissement	
2-2-2 Le renforcement de l'établissement par le rappel des personnels	
2-2-3 Les télécommunications et les liaisons informatiques	
2-2-4 L'accueil des victimes	
2-2-5 L'accueil des familles	
2-2-6 L'accueil des médias	
2-2-7 Les conditions d'accès, de circulation et de stationnement	
2-2-8 Les dispositifs de surveillance gardiennage et sécurité	
2-2-9 Les stocks	
2-2-10 La logistique	
2-2-11 Le pré-équipement de locaux	
2-2-12 Les chambres mortuaires	
3- DISPOSITIONS RELATIVES AUX RISQUES SPECIFIQUES	p.9
3-1 Risques biologiques	
3-2 Risques chimiques	
3-3 Risques nucléaires et radiologiques	
4- FORMATION	p.11

Les établissements de santé disposant d'un accueil des urgences, [services d'accueil des urgences (SAU) ou unité de proximité (UPATOU)], doivent être en mesure d'accueillir de jour comme de nuit toute personne dont l'état requiert leur service ou, à défaut, d'assurer leur admission dans un autre établissement.

Cette mission permanente vaut dans toutes les situations, y compris les situations exceptionnelles.

La réorganisation des services d'aide médicale urgente, des services mobiles d'urgence et de réanimation ainsi que les restructurations hospitalières et les enseignements tirés des dix dernières années rendent nécessaire une réorganisation du dispositif prévu au niveau hospitalier pour les situations exceptionnelles.

L'organisation destinée à faire face à celles-ci repose actuellement, d'une part sur le plan relatif à l'afflux de victimes à l'hôpital, d'autre part sur le plan rouge

Le plan rouge, institué par le décret n° 88-622 du 6 mai 1988, est relatif à la prise en charge des victimes au niveau pré-hospitalier et arrêté par le préfet de département. Ce dernier désigne dans le cadre de ce plan un directeur des secours médicaux (DSM), qui est soit un médecin de sapeur pompier, soit un médecin du service d'aide médicale urgente (SAMU).

Ce plan prévoit, en cas d'événement faisant un nombre important de victimes, la mise en place du dispositif pré-hospitalier nécessaire et précise les responsabilités des différents intervenants (SAMU/SMUR, cellule d'urgence médico-psychologique [CUMP], sapeurs pompiers).

Le plan relatif à l'afflux de victimes à l'hôpital est prévu par la circulaire DH/DGS du 24 décembre 1987. Celle-ci énonce les principes généraux sur la base desquels chaque établissement de santé doit élaborer, en cohérence avec les autres plans d'urgence existants, son plan d'accueil, appelé communément « plan blanc ».

La responsabilité de ce plan d'accueil incombe au directeur de l'établissement concerné. Il doit être établi en fonction du rôle que l'établissement serait en mesure d'assurer dans une situation d'exception eu égard au potentiel dont il dispose. C'est pourquoi un schéma départemental doit préciser le rôle de chacun des établissements concernés.

En outre, **une organisation de niveau zonal** (cf. cartes des zones de défense en annexe I), devenue nécessaire compte tenu de la spécificité des risques et menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), doit être mise en place dans chacune des sept zones de défense. Cette organisation définit au niveau de chaque zone les recommandations à suivre pour les risques spécifiques, celles-ci devant être relayées au niveau départemental. Dans cette perspective, des **établissements de santé référents** sont désignés dans chacune d'entre elles. Ils sont toutefois au nombre de neuf au total (*voir annexe I*), deux établissements référents ayant été retenus dans chacune des zones de défense Est et Ouest en raison de risques particuliers.

Le schéma départemental des plans blancs doit prendre en compte cette organisation zonale et l'intégrer dans son plan d'action relatif aux risques spécifiques NRBC.

En conséquence, chaque établissement de santé doit faire figurer, dans son plan d'accueil hospitalier, des annexes spécifiques à ces risques, élaborées à la fois en fonction de l'organisation zonale et des lignes directrices du schéma départemental des plans blancs.

- d'instaurer dans chaque département, le schéma départemental des plans blancs mentionné précédemment, en fonction duquel chaque établissement de santé doit concevoir son plan d'accueil, qui prend désormais la dénomination de plan blanc. Cette organisation est placée sous la responsabilité du préfet (DDASS) et coordonnée par le SAMU sur le plan technique,
- d'actualiser, si nécessaire, ces plans blancs dans un cadre coordonné,
- de définir une organisation zonale dont la mise en place incombe, sous la responsabilité du préfet de zone, au délégué de zone de défense chargé des affaires sanitaires et sociales, en coordination technique avec l'établissement de référence.

1 - Coordination zonale et départementale

1-1 – Le schéma départemental des plans blancs

Ce schéma définit le rôle et la place de chaque établissement de santé du département dans une situation exceptionnelle, conduisant à accueillir et à traiter un nombre important de victimes. Au delà des établissements de santé sièges d'un service d'accueil des urgences, il doit prendre en compte également les autres établissements de santé publics et privés susceptibles d'apporter une contribution dans le contexte évoqué. A ce titre, ces établissements de santé prévoient une organisation en conséquence.

Il doit traiter des problèmes d'interface qui peuvent se poser entre départements.

Concernant les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques le schéma départemental traduit l'organisation zonale et conduit à la désignation d'établissements ciblés en fonction du risque ou de la menace considérée. Ces établissements sont identifiés selon leur niveau d'équipement et leur spécialisation, en vue de constituer un réseau de compétence.

In fine, le schéma départemental doit recenser ces établissements, leurs unités spécialisées ainsi que toutes les structures et les plateaux techniques susceptibles d'être mobilisés en fonction des circonstances. Il fait l'objet d'un réexamen annuel et d'une actualisation régulière.

Ce schéma permet à chaque établissement de santé d'élaborer son plan blanc conformément à son rôle spécifique

Son élaboration et son suivi incombent au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, en collaboration technique avec le SAMU. Il est présenté annuellement au CODAMU aux fins d'évaluation.

1-2 – L'organisation zonale pour les risques spécifiques NRBC

L'organisation zonale, placée sous la responsabilité du préfet de zone (décret du 16 janvier 2002), doit permettre en cas de risques exceptionnels NRBC de coordonner rapidement les actions à mettre en place, les relais étant assurés par le niveau départemental. Des établissements de santé de référence sont désignés à cet effet.

Leur mission est 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.

1. Au sein de ces établissements des services référents 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 dans l'application de cette circulaire.

Il s'agit des services de maladies infectieuses et des laboratoires pour les risques biologiques, des services de médecine nucléaire, de radiothérapie et de radiologie pour les risques radiologiques et nucléaires, et des centres anti-poison pour le risque chimique. Les services d'aide médicale urgente (SAMU), d'accueil urgence et de réanimation ainsi que les pharmacies hospitalières sont les intervenants réguliers de cette organisation pour l'ensemble des risques.

Ces établissements référents sont équipés pour établir des diagnostics rapides et mettre à disposition en cas de nécessité les matériels ou les médicaments nécessaires aux besoins d'autres établissements de la zone ou de la population.

Le SAMU de l'établissement de référence a un rôle de coordination des SAMU de la zone de défense.

Dans les deux zones de défense comportant deux établissements de référence, le rôle de coordination revient à l'établissement situé au niveau du pôle sanitaire zonal, à savoir à Rennes et à Nancy. Il appartiendra aux deux établissements concernés de chacune de ces zones, de proposer au délégué de zone l'espace géographique au sein duquel chacun exercera les missions dévolues à ces établissements.

2 – LE PLAN BLANC

Chaque établissement de santé élabore un plan d'accueil d'un grand nombre de victimes. Ce plan dénommé « plan blanc » est coordonné avec les niveaux départemental et zonal. Il intègre et prévoit les différentes fonctions à mobiliser et son caractère opérationnel doit être régulièrement vérifié.

Ce plan fait l'objet d'un réexamen annuel. Il est soumis aux différentes instances consultatives et délibératives de l'établissement (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement et commission d'hygiène de sécurité et des conditions de travail).

La décision de le déclencher appartient au directeur de l'établissement concerné ou, par délégation, à l'administrateur de garde, en fonction de critères quantitatifs ou qualitatifs. Le préfet de département, le directeur des affaires sanitaires et sociales et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont informés sans délai de cette décision. Son déclenchement s'accompagne de la mise en place d'une cellule de crise.

2-1 La cellule de crise

2-1-1 *Mission*

La cellule de crise rassemble les compétences pluridisciplinaires nécessaires. Elle coordonne les actions à mettre en œuvre et prend les décisions adéquates qui s'imposent à l'établissement.

2-1-2 *Composition*

La composition type de cette cellule figure en annexe II.

Chaque établissement en fixe la composition détaillée selon les spécialités exercées en son sein. Il formalise celle-ci en une fiche opérationnelle et veille à l'actualiser, notamment celle mise à la disposition de l'administrateur de garde. Les responsables présents dans la cellule de crise disposent de correspondants identifiés et qualifiés. Chaque fonction représentée dans cette cellule est déclinée en fiches opérationnelles. Ces fiches propres à chaque établissement tiennent compte de son insertion dans les dispositifs départemental et zonal. L'ensemble de ces fiches constituent une partie du plan blanc de l'établissement.

2-2-1 *L'adaptation des moyens de l'établissement*

Le déclenchement de l'alerte répond à un protocole précis qui comprend notamment la vérification de la validité de la demande de déclenchement (procédure de vérification du numéro de l'appelant et rappel). Une fois l'alerte confirmée, le maintien sur place est notifié aux personnels présents, notamment si l'évènement survient lors d'un changement d'équipe.

La cellule obtient toutes les indications utiles concernant les personnels et les lits disponibles et fait prendre toutes les mesures nécessaires à l'augmentation du 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. 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. L'ensemble des autres services médico-techniques (pharmacie, laboratoires, imagerie...) mais aussi logistiques et généraux dressent l'état quantitatif et qualitatif des moyens disponibles ou des rappels de personnels possibles. Le centre de transfusion sanguine doit être alerté. La cellule est informée de toutes ces mesures.

La cellule supervise les transferts de personnels d'un service à l'autre. Elle donne toutes instruction utile pour un rappel gradué des personnels. Elle tient compte, le cas échéant, de la durée prévisionnelle de la crise.

D'une manière générale, le coordonnateur médical et les responsables de la fonction « personnels » communiquent au SAMU l'évolution des capacités en lits et des potentiels de soins afin de l'aider dans sa tâche de régulation.

La cellule s'assure de la bonne répartition intra murs des victimes qui sont adressées à l'établissement.

En cas d'afflux de personnes non régulées, la cellule s'assure que les dispositifs prévus pour l'accueil et l'orientation de celles-ci sont en place. L'objectif est d'éviter toute paralysie dans le fonctionnement habituel de l'établissement, qui doit être préservé pour son activité courante.

Schématiquement, l'établissement peut avoir à faire face à deux afflux successifs :

- Le premier afflux, quasi-immédiat, concerne l'arrivée spontanée et par leurs propres moyens de personnes en situation d'urgence (personnes impliquées et victimes debout). 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. Il s'agit 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 ("victimes couchées"). 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, surtout en cas de risques NRBC. Ces informations concernent l'identité, les coordonnées et les possibilités de rappel de la victime ou de sa famille. En tout état de cause, les protocoles nécessaires à cette saisie sont prévus ; ils peuvent s'avérer déterminants a posteriori

2-2-2 Le renforcement de l'établissement par le rappel des personnels

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. Une procédure reposant sur une démultiplication des appels semble la mieux adaptée pour toucher rapidement le personnel nécessaire

Afin de permettre ce rappel téléphonique, les listes des coordonnées ne doivent être communiquées qu'aux personnes appelées à en connaître. Chaque établissement arrête le lieu de dépôt de cette liste et fixe les modalités permettant à tout moment à la cellule de crise et au standard d'en prendre connaissance

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, à n'ouvrir que sur ordre du directeur. Le responsable de l'actualisation de ces listes est identifié et le protocole y afférent rigoureusement défini. Le rythme de mise à jour est semestriel.

L'expérience a montré que les personnels rappelés, comme ceux qui se présentent spontanément, se dirigent vers leurs services respectifs, évitant par là tout désordre. 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.

2-2-3 Les télécommunications et les liaisons informatiques

Les moyens du standard sont renforcés. Des lignes téléphoniques sont isolées et réservées à la seule et exclusive utilisation du plan blanc. Une évaluation du volume des appels doit permettre de définir préalablement les capacités techniques des lignes à mettre en place.

Une réflexion est menée sur le potentiel de télécommunication en vue de répondre au mieux aux besoins dans les situations d'exception envisagées. L'opportunité de disposer d'équipements de télécommunication par satellite est examinée dans ce cadre. Le SAMU gestionnaire de l'événement peut recourir à l'utilisation d'un réseau tactique de radiocommunication VHF, en dotation dans les postes sanitaires mobiles de deuxième niveau (PSM2), **étant entendu que dans le cas de risques NRBC, le SAMU coordonnateur est le SAMU de l'établissement de référence et, pour tout autre événement, celui du département correspondant.**

D'une manière plus générale, les liaisons informatiques sont régulièrement évaluées.

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

L'établissement prévoit un lieu d'accueil des victimes distinct de celui affecté aux familles et aux médias. Ce point d'accueil est suffisamment vaste pour assurer le tri et la répartition des victimes.

En principe le point d'accueil est différent du service d'accueil des urgences. Le plan blanc doit préciser les options prises par l'établissement. Les dispositions qui en découlent sont prises dans les meilleurs délais en vue de la mise en place des circuits d'accueil. Un médecin rompu au tri, assisté d'une équipe médicale et paramédicale, en assure le fonctionnement.

La réflexion porte aussi sur des procédures indispensables, telles que le recueil des papiers d'identité, de l'argent, des objets de valeurs..., leur dépôt et leur récupération. Le receveur de l'établissement est associé à l'élaboration de celles-ci et à leur mise en œuvre.

Par rapport aux risques envisagés, des protocoles de décontamination sont prévus avant l'admission des victimes au sein de l'établissement. Dans ce cadre, il convient, notamment, de prendre en compte le stockage de vêtements contaminés et la nécessité de disposer de moyens de substitution.

2-2-5 *L'accueil des familles*

Il s'agit d'informer et de rassurer les familles qui se présentent ou téléphonent à l'établissement, le but étant d'éviter des difficultés dans la chaîne des secours et des soins. L'objectif est d'éviter la perturbation des secours et des soins. Si les circonstances le justifient, il est indispensable de canaliser la circulation des personnes voire de suspendre les visites.

Un « point accueil famille » est prévu. L'aménagement et l'équipement doivent répondre aux attentes de ces personnes (accompagnement psychologique, démarches administratives...).

2-2-6 *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.

Le directeur veille à ce que l'information donnée émane de la seule source autorisée, à savoir lui-même ou son représentant au sein de la cellule de crise. Pour informer les médias de manière satisfaisante, il s'adjoit, en tant que de besoin, le concours d'un médecin. Communications ou conférences de presse sont effectuées à rythme régulier, sous la coordination de la cellule préfectorale.

2-2-7 *Les conditions d'accès, de circulation et de stationnement*

Toutes ces dispositions doivent permettre l'accès à l'établissement. La circulation et le stationnement font l'objet d'une réflexion pour chaque catégorie de véhicule quels qu'en soient les utilisateurs (moyens de secours, personnels, familles, médias, logistique, officiels...). Les axes de circulation, les parkings, et les accès à l'établissement sont identifiés et balisés.

Lorsqu'il n'existe pas d'hésitation, il convient de prévoir une aire de pose pour l'atterrissage des hélicoptères ainsi que le balisage des circuits et l'organisation des norias.

La police nationale ne peut intervenir en matière de circulation et de stationnement sur les sites. Les règlements intérieurs des établissements prévoient et établissent des conventions en conséquence.

A l'extérieur, l'afflux massif peut rendre les accès et les sorties des sites hospitaliers difficiles, voire impossibles. Une réflexion préalable peut être diligentée sur ce sujet par les préfets, associant la police nationale, la gendarmerie nationale et les municipalités concernées.

Dans l'un et l'autre cas – dégagement des axes intérieurs et extérieurs – des contacts peuvent être pris avec des entreprises pour déterminer les conditions de mobilisation de grues ou de dépanneuses, afin de déplacer les véhicules gênants.

2-2-8 Les dispositifs de surveillance, gardiennage et sécurité.

Le fléchage des itinéraires, l'accompagnement des personnes vers les lieux d'accueil et de soins, le gardiennage si nécessaire, sont des composantes essentielles du dispositif.

Les dispositions concernant la surveillance, le gardiennage et la sécurité des personnes et des sites, habituellement mises en place par l'établissement, sont susceptibles de devoir être renforcées dans certaines situations. Dans cette éventualité, les conditions d'intervention des entreprises de surveillance sont précisées.

Des formations préalables et des exercices pratiques doivent être proposés aux personnels susceptibles d'être mobilisés pour ces tâches.

2-2-9 Les stocks

Selon le rôle dévolu à l'établissement en situation d'exception (voir schéma départemental), des fiches-réflexe définissent les approvisionnements indispensables de la pharmacie et des laboratoires, ainsi que les équipements nécessaires aux centres d'accueil, aux unités médicales, médico-techniques et administratives. Une réflexion doit être menée plus particulièrement sur l'approvisionnement en oxygène médical. En cas de besoin, la dotation médico-pharmaceutique d'un poste sanitaire mobile de deuxième niveau (PSM2) peut contribuer à renforcer le dispositif de l'établissement de santé.

2-2-10 La logistique

Des fiches-réflexe définissent les prestations de blanchisserie, de restauration, d'approvisionnement et réapprovisionnement des magasins. Les conditions d'accessibilité et de distribution sont étudiées avec précision.

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 collaboration avec les entreprises de transport sanitaire est étudiée en concertation avec celles-ci.

Les brancardages font l'objet des protocoles nécessaires pour un engagement gradué, intégrant eux aussi des procédures de désinfection et de décontamination.

Les capacités d'intervention qui permettraient de procéder à des micro-agencements, des aménagements et installations urgentes ainsi que la capacité à déménager des mobiliers, pour les cas où cela se révélerait nécessaire, sont arrêtées.

2-2-11 Le pré-équipement de locaux

Chaque fonction précitée doit pouvoir s'exercer dans des locaux pré-équipés et adaptés à celle-ci. Le pré-équipement est fonction du degré d'urgence opérationnelle impliquant le recours à ces locaux. L'activation est graduée : immédiate par exemple pour la cellule de crise, elle peut être fixée à H+1, H+2, H+3... après le déclenchement de l'alerte selon le type de fonction et le type de risque. Les fiches opérationnelles doivent mentionner ces rythmes de déploiement par fonction et par risque.

Une attention particulière est portée à la maintenance des fluides (notamment pour l'oxygène médical) et aux moyens de communication dont disposent ces pré-installations. Il convient de s'assurer du caractère immédiatement opérationnel des dispositifs prévus pour les secrétariats.

2-2-12 *Chambres mortuaires provisoires*

Les établissements ne doivent en aucun cas recevoir de personnes décédées relevées sur les lieux de l'événement.

Il peut être nécessaire de prévoir localement un lieu spécifique pour les personnes décédées pendant leur transport ou depuis leur arrivée dans l'établissement. Cette unité est placée sous autorité judiciaire aux fins d'identification des personnes. Un lieu spécifique doit être prévu dans le cas de victimes décédées et contaminées pour les quelles toutes mesures devront être prises avant de procéder aux formalités ad hoc.

Il est important de prendre toute disposition utile pour l'accueil matériel et psychologique des familles.

La présence de ministres des cultes dans les établissements d'accueil pouvant être utile en ces circonstances ; il est souhaitable qu'ils soient prévenus.

* * *

Chaque établissement de santé complète et adapte cette organisation à sa configuration. Il la décline en fiches-réflexe, accompagnées en tant que de besoin de divers plans (plans masses, plans de circulation et stationnement, plans de signalisation....).

Le plan blanc est constitué par l'ensemble de ces fiches-réflexe, complétées par les éléments réglementaires nécessaires et le rappel de l'organisation générale (zone, région, département, voire agglomération). Il comprend également les coordonnées des partenaires de l'établissement, les fiches-réflexe et les protocoles relatifs aux risques NRBC ainsi que tout autre document utile.

L'établissement désigne un responsable de l'élaboration et de la maintenance du plan blanc. Ces procédures et protocoles s'inscrivent dans le cadre de la « politique qualité » de l'établissement.

3 - LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RISQUES SPECIFIQUES NRBC

L'objet de ces annexes est de décrire pour chacun des risques spécifiques, nucléaire, radiologique, biologique ou chimique une liste de recommandations nationales qu'il convient de décliner en termes opérationnels aux niveaux zonal et départemental et que chaque établissement de santé doit traduire dans les annexes spécifiques de son plan blanc.

L'organisation décrite au chapitre III garde tout son sens pour ces risques mais doit être adaptée aux circonstances, tenant compte du rôle que le schéma départemental a attribué à l'établissement, en coordination avec le niveau zonal.

- Chaque annexe précise obligatoirement pour chacun des risques les coordonnées des personnes "ressources"
- Les personnes et les services susceptibles d'être les plus concernés par ces risques au sein de l'établissement sont désignés. Une personne ressource médicale formée à la gestion de ces risques est clairement identifiée et joignable en permanence. Une astreinte « médecine de catastrophe » peut être envisagée. Par ailleurs, une astreinte départementale au niveau du SAMU (ou interdépartementale) est identifiée en dehors du système de garde des établissements.
- La cellule de crise inclut, selon la configuration de l'établissement, des personnes spécialisées qui pourront, selon la nature du risque en cause, déterminer plus précisément les mesures à prendre.
- Les matériels et produits pharmaceutiques spécifiques à chacun de ces risques sont précisés (stocks de médicaments, lieux de stockage, conditions d'acheminement)

3-1 L'annexe spécifique concernant les risques biologiques

Les protocoles thérapeutiques correspondant aux différents agents pathogènes ciblés prioritairement sont élaborés au niveau national. Ils peuvent être consultés sur les sites internet du ministère de la santé (www.sante.gouv.fr) et de l'AFSSAPS(www.afssaps.gouv.fr)

Une procédure d'alerte doit être prévue avec l'échelon départemental, en coordination avec le niveau zonal pour chaque agent pathogène.

Cette procédure doit permettre aux établissements :

- de connaître les mesures de protection à prendre pour le personnel, pour le matériel et pour les locaux,
- de définir leur rôle, notamment par rapport à la prise en charge ou non de ces patients et le cas échéant, leur transfert sur d'autres établissements,
- de préciser les services et les catégories de personnel à réquisitionner,
- de connaître la disponibilité des moyens thérapeutiques pouvant être mis à leur disposition et les modes d'acheminement.

La liste des agents pathogènes ciblés n'est pas exhaustive, étant entendu que d'autres agents peuvent être concernés. Il conviendra notamment d'envisager dès à présent les conséquences sur le système hospitalier de pandémies.

3-2 L'annexe spécifique concernant les risques chimiques

En fonction du rôle attribué à l'établissement cette annexe prévoit:

- les moyens de décontamination et notamment, les systèmes de douches pouvant être acquis ou réquisitionnés en cas de besoin (internes ou externes à l'établissement),
- les moyens de protection du personnel (tenues, gants, masques),
- les services réquisitionnés exclusivement pour ces patients,
- la disponibilité des moyens thérapeutiques (antidotes), leur mode d'acheminement et celle des moyens matériels si nécessaire,
- l'organisation des urgences mise en place,
- la liste des services spécialisés susceptibles d'être sollicités.

Des fiches de protocole thérapeutique pour les principaux agents chimiques pouvant être concernés sont disponibles sur le site internet du ministère de la santé.

3-3 L'annexe spécifique concernant les risques nucléaires et radiologiques

Comme pour les risques chimiques, cette annexe doit prévoir selon le rôle dévolu à l'établissement :

- les moyens de décontamination dont notamment les systèmes de douches réquisitionnés ou installés,
- les moyens de protection du personnel et des locaux, notamment des urgences et des plateaux techniques,
- la disponibilité éventuelle de moyens thérapeutiques (antidotes).

Des recommandations concernant l'intervention médicale en cas de risque nucléaire ou radiologique seront disponibles à partir d'avril 2002 sur les sites internet du ministère de la santé et de l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire en avril 2002.

4 - LA FORMATION

Les recommandations nationales et les moyens mis en place relatifs aux risques NRBC ne trouveront leur pleine efficacité que dans la mesure où le personnel concerné aura été préparé à intervenir dans ce contexte particulier.

Des actions de sensibilisation sont donc nécessaires ainsi qu'une formation portant à la fois sur les principes pratiques d'organisation, et sur les mesures d'urgence et de protection spécifiques aux risques NRBC.

Il convient de dédramatiser ces situations, d'éviter des mouvements de panique, de favoriser les réactions adéquates et d'organiser une prise en charge efficace des victimes.

A cette fin, plusieurs formations sont organisées au niveau national, dont certaines avec la collaboration du service de santé des armées. Le personnel ciblé est celui principalement des services d'aide médicale urgente. L'objectif est de former un certain nombre de personnes, capables dans un second temps, de relayer cette formation sur le terrain.

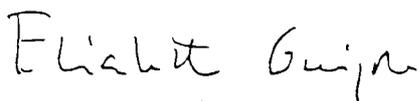
En conséquence, il est indispensable qu'un plan de formation soit arrêté au niveau zonal, pour prolonger et compléter, notamment par des exercices pratiques, les sessions nationales.

Dans cette optique, les établissements de santé référents ont un rôle majeur à jouer par l'intermédiaire de leurs services référents et d'aide médicale urgente.

Le plan de formation zonal doit se traduire par l'insertion d'une rubrique formation dans le schéma départemental. Une évaluation des actions conduites à ce titre doit être effectuée chaque année.

Chaque établissement de santé doit, in fine, élaborer, en lien avec les échelons départemental et zonal, un programme de formation adapté aux différentes catégories de personnes, y compris au personnel administratif. Il doit intégrer ce programme dans son plan de formation annuel.

Cette circulaire est d'application immédiate. Vous voudrez bien nous rendre compte des difficultés que vous pourriez rencontrer à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins bureau O1.



Elisabeth GUIGOU

Bernard KOUCHNER



ANNEXE I

Liste des établissements de santé de référence

Zone de défense Est

Centre hospitalier universitaire de Nancy
Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Zone de défense Nord

Centre hospitalier universitaire de Lille

Zone de défense Ouest

Centre hospitalier universitaire de Rennes
Centre hospitalier universitaire de Rouen

Zone de défense de Paris

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- Hôpital de la Pitié Salpêtrière
- Hôpital Bichat

Zone de défense Sud

Assistance publique des hôpitaux de Marseille

Zone de défense Sud Est

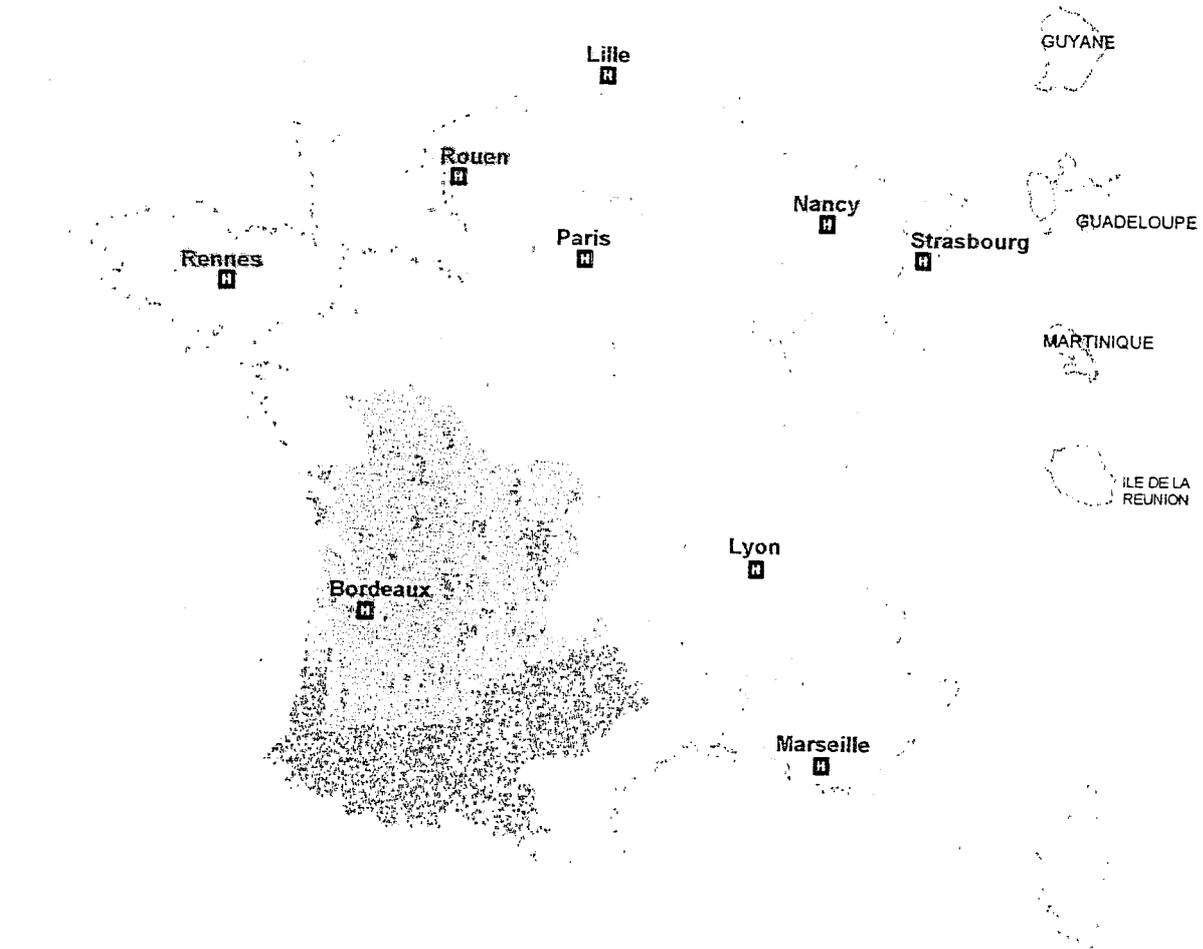
Hospices Civils de Lyon

Zone de défense Sud Ouest

Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

ANNEXE II

ZONES DE DEFENSE ET ETABLISSEMENTS DE SANTE DE REFERENCE



H Hôpital de référence
dans la zone de défense

ANNEXE III

FONCTIONS DE LA CELLULE DE CRISE

1. Fonction « direction » :
 - ↘ Responsabilité générale du plan d'alerte
 - ↘ Relations avec les Autorités
 - ↘ Relations avec les médias
 - ↘ Secrétariat de la cellule de crise

2. Fonction « coordonnateur médical » désigné par la commission médicale d'établissement
 - ↘ Coordination avec le SAMU, le service d'accueil et d'urgences, le PC du centre de tri et, en tant que de besoin, avec le centre hospitalier le plus proche, détenteur d'un PSM2.
 - ↘ Mobilisation des personnels médicaux et rappels
 - ↘ Recensement des victimes
 - ↘ Activation du plateau technique en fonction de la situation.
 - ↘ Placement des victimes (coordonateur médical /soins infirmiers)
 - ↘ Coordination avec les cellules d'urgence médico-psychologique et les cellules d'aide aux victimes.
 - ↘ Adjonction de conseils médicaux à la cellule selon le type de risque (NRBC)
 - ↘ Adjonction du médecin du travail
 - ↘

3. Fonction « personnels » :
 - ↘ Mobilisation des personnels et rappels
 - ↘ Bilan des lits disponibles
 - ↘ Répartition des personnels
 - ↘ Placement des victimes (coordonateur médical / soins infirmiers)
 - ↘

4. Fonctions « économique » et « logistique » :
 - ↘ Installation du centre d'accueil des victimes
 - ↘ Installation du centre d'accueil des familles
 - ↘ Approvisionnement (pharmacies, laboratoires, blanchisserie, restaurations...) et équipements des centres d'accueil, des unités médicales, médico-techniques, logistiques et administratives
 - ↘ Maintenance des équipements, notamment biomédicaux
 - ↘ Liaisons informatiques

5. Fonction « intérieure » :
 - ↘ Standard
 - ↘ Police générale
 - ↘ Surveillance et gardiennage éventuels des installations
 - ↘ Transports ambulanciers et généraux
 - ↘ Chambre mortuaire
 - ↘ Chapelle ardente

6. Fonction « accueil » :
 - ↳ Gestion des victimes (coordonnées, traçabilité, dépôt des valeurs...)
 - ↳ Accueil des familles
 - ↳ Cultes

7. Fonction « hygiène, sécurité et conditions de travail » :
 - ↳ Hygiène
 - ↳ Médecine du travail
 - ↳ Médecine légale

8. Pour les risques spécifiques « NRBC » :
 - ↳ Mise en relation avec le préfet de zone et le centre hospitalier référent, selon la nature du risque.

GLOSSAIRE

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CODAMU	Comité départemental d'aide médicale urgente
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSM	Directeur des secours médicaux
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
NRBC	Nucléaire, radiologique, biologique et chimique
PSM2	Poste sanitaire mobile de deuxième niveau
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil urgence
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
UPATOU	Unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences

circulaire

LDM/MB
MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE L'EMPLOI

REPUBLIQUE FRANCAISE

PARIS, le 24 DEC. 1987

LE MINISTRE DELEGUE CHARGE
DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE

RECTION GENERALE DE LA SANTE

Sous-Direction de l'Organisation
des Soins et des Programmes Médicaux

DGS/3E/14/1/

DIRECTION DES HOPITAUX

Sous-Direction des Etablissements

DH/9C

LE MINISTRE DELEGUE AUPRES DU
MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE
L'EMPLOI, CHARGE DE LA SANTE ET
DE LA FAMILLE

à

MESSIEURS LES PREFETS, COMMISSAIRES
DE LA REPUBLIQUE DE REGION

DIRECTIONS REGIONALES DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES

Pour information

MESSIEURS LES PREFETS, COMMISSAIRES
DE LA REPUBLIQUE DE DEPARTEMENT

DIRECTIONS DEPARTEMENTALES DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Pour attribution

O B J E T : Afflux de victimes à l'hôpital.

La loi du 31 décembre 1970 modifiée fait obligation aux établissements qui assurent le service public hospitalier d'être en mesure d'accueillir de jour comme de nuit les personnes dont l'état requiert leurs services, ou à défaut d'assurer leur admission dans un autre établissement.

Il s'agit d'une mission permanente pour les établissements, qui doit être remplie même dans les situations exceptionnelles : il est donc nécessaire pour les établissements de disposer dans ces circonstances d'une organisation leur permettant de faire face à leurs obligations ; les hôpitaux doivent être prêts à parer à un afflux de blessés, autant qu'à toute menace compromettant leur fonctionnement normal.

.../...

Le présent document a pour objet de détailler les principaux aspects que les plans d'organisation pour l'afflux de victimes me semblent devoir aborder. Il s'agit d'un mémento de principes généraux, inspirés de ce qui existe dans certains établissements, qui ont été débattus au sein d'un groupe réunissant notamment des directeurs d'hôpitaux, des médecins responsables de SAMU, et des représentants des DDASS, afin de servir de base pour élaborer ou actualiser le plan propre à chaque établissement.

Ce plan même pourrait être complété par des "fiches réflexes" de consignes simples à observer lors d'un afflux, destinées aux différents personnels.

*

*

*

S'agissant de l'afflux de victimes, je rappelle que les articles 52 et 53 du décret 7427 du 14 janvier 1974 prévoient l'élaboration d'un plan d'accueil, dressé conjointement par le directeur de l'hôpital et le praticien responsable des urgences, et annexé au règlement intérieur de l'établissement.

Le plan d'accueil va tendre d'une part à assurer le fonctionnement des services, par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles, en fonction des besoins, d'autre part à éviter la désorganisation, qui pourrait notamment être provoquée par l'intrusion de personnes extérieures à ces services, par l'obstruction des voies d'accès...

J'appelle tout particulièrement votre attention sur le fait que l'organisation proposée s'articule avec le contenu de la circulaire DGS/DH du 13 avril 1987, relative à la mise en oeuvre des soins médicaux immédiats en présence d'un nombre important de victimes (Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales n° 87/18), qui précise les conditions dans lesquelles le SAMU assure sur les lieux de l'accident la régulation et la répartition des victimes entre les hôpitaux.

1) Déclenchement du plan

a) - critères de déclenchement

Le plan peut être activé selon des critères quantitatifs, en tenant compte du nombre de victimes, ou qualitatifs, selon la situation géographique de l'hôpital, son occupation au moment de l'évènement, les pathologies en cause, l'existence d'autres établissements proches etc.

.../...

- 3 -

A cet égard, les indications recueillies par le SAMU lors de l'alerte, et affinées par le bilan passé par l'équipe de reconnaissance qu'il aura envoyée sur les lieux, doivent permettre d'aider à la décision de déclenchement.

Compte tenu du rôle de régulation du SAMU, il convient, lorsque l'alerte ne parvient pas par son intermédiaire, de s'assurer qu'il a également été prévenu.

Durant la phase d'alerte, dans les villes où il y a plusieurs établissements hospitaliers, sans gestion centralisée des lits disponibles, il sera nécessaire que ces établissements se coordonnent, afin, en cas de déclenchement du plan, de jouer au mieux de la complémentarité de leurs structures.

b) - décision de déclencher

Certaines mesures d'ordre opérationnel nécessaires à la mise en oeuvre sur le terrain des soins médicaux d'urgence auront été prises sans délai par le SAMU, conformément à la circulaire du 13 avril 1987 :

- transmission de l'alerte aux SMUR
- envoi de la mission de reconnaissance sur les lieux de l'accident pour un premier bilan
- organisation de la régulation
- information du Préfet, Commissaire de la République du département, du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- alerte des directeurs des établissements de soins, du centre de transfusion, etc...
- rappel des personnels de SAMU nécessaires
- premier recensement des moyens disponibles
- mise en alerte, s'il y a lieu, des autres SAMU

Toutefois la décision de déclencher le plan d'accueil de l'hôpital et sa conduite reviennent, en vertu de l'article 22-2 de la loi du 31 décembre 1970, au directeur de l'hôpital, à qui il appartient également de tenir informé le préfet, commissaire de la République et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de sa mise en oeuvre.

2) Mise en oeuvre du plan

a) constitution d'une cellule de crise

Une cellule de crise peut être mise en place, autour du directeur de l'hôpital, afin d'organiser la coordination des services techniques et médicaux de l'hôpital et de mettre en oeuvre les moyens répondant aux besoins qu'elle aura évalués.

A cet effet, elle comprendra entre quatre et huit personnes préalablement désignées ; il pourrait s'agir notamment

.../...

- du directeur des services économiques
- de l'ingénieur
- d'un praticien hospitalier désigné par le directeur sur avis de la commission médicale d'établissement, ou son remplaçant
- du cadre chargé de la sécurité
- de l'infirmière générale ou d'une surveillante
- du pharmacien hospitalier
- d'un cadre administratif chargé de la communication avec l'administration, les médias, etc.

b) fonctions de la cellule

- le renforcement des moyens de l'hôpital

Lorsque le plan est déclenché, le maintien sur place est notifié au personnel présent, notamment si la survenue de l'évènement est proche d'un changement d'équipes.

La cellule obtient auprès des responsables présents dans les services toutes indications quant au personnel disponible, et à l'occupation des lits, s'agissant des services médicaux.

La pharmacie, les laboratoires, le centre de transfusion, les cuisines, les garages dressent également l'état quantitatif et qualitatif de leurs moyens et rendent compte à la cellule.

Celle-ci fait libérer les services de destination des victimes : les malades dont l'état le permet sont admis provisoirement dans les services moins impliqués, ou transférés vers d'autres hôpitaux (des véhicules devant être prévus), voire font l'objet d'une sortie anticipée ; les admissions non urgentes programmées sont différées. Les blocs opératoires, en particulier, seront libérés dès que possible, et les interventions non urgentes prévues reportées.

Parallèlement, la cellule fait renforcer les services concernés en prélevant du personnel dans les services moins impliqués dans l'action immédiate. Elle supervise le rappel des personnels nécessaires selon les modalités ci-après.

La cellule communique au SAMU la capacité alors disponible de chacun des services concernés, afin de l'aider dans sa tâche de régulation et de répartition des victimes.

- répartition des victimes adressées à l'hôpital

En liaison avec le SAMU, le SMUR, ou le service d'urgence (selon ce qui existe à l'hôpital), la cellule s'assure de la bonne répartition intra muros des victimes qui sont envoyées à l'hôpital, en fonction des disponibilités créées par le renforcement des services.

- 5 -

c) rappel des personnels

S'il s'avère nécessaire - en cas notamment de catastrophe nocturne - de rappeler des personnels, un rappel téléphonique (sur la base d'un message préétabli et simple) et utilisant éventuellement un système de chaîne, est préférable à tout autre moyen - sirène, message radio ou télé diffusé - qui ne toucherait pas forcément les personnes nécessaires, et risquerait de provoquer un ralliement désordonné.

Dans ces circonstances, le standard sera nécessairement le premier concerné par le renforcement. Dans un premier temps celui-ci peut être obtenu par redistribution interne des personnels techniques disponibles, chargés de la diffusion des messages de rappel. La cellule est tenue informée du déroulement du rappel.

Les points de rassemblements des personnels rappelés seront leurs services respectifs, afin d'éviter les désordres. En tout état de cause, les personnels qui rallieraient spontanément l'hôpital doivent se rendre de même dans leurs services.

Afin de permettre ce rappel téléphonique, les listes nécessaires des personnels, permettant de les joindre seront établies, et actualisées régulièrement.

Un exemplaire sera confié à l'administrateur de garde, un double pouvant être conservé au standard.

A cet égard, mon attention a été appelée sur le problème des personnels inscrits sur la liste rouge des abonnés au téléphone. S'il est vrai qu'aucun texte n'oblige les personnels hospitaliers à communiquer leur numéro d'appel, il me paraît cependant que les conditions prévues par l'article 99 (relatif à l'obligation de service) du statut des personnels hospitaliers sont réunies en cas d'afflux de victimes. Par ailleurs, s'agissant des personnels médicaux, je rappelle que l'article 3 du code de déontologie leur fait obligation de participer aux secours organisés. Le fait de se soustraire à cette obligation en refusant de communiquer son numéro d'appel me paraît déontologiquement contestable.

Afin de concilier le caractère confidentiel que ces personnels attachent à ces renseignements, et la possibilité de les joindre lors du déroulement du plan, je suggère que les listes soient placées sous enveloppe scellée.

L'actualisation de ces listes sera assurée chaque trimestre, chaque surveillant transmettant à la direction de l'hôpital la mise à jour pour le personnel de son unité fonctionnelle.

- 6 -

Par ailleurs, la présence de ministres des cultes peut également s'avérer utile dans ces circonstances ; aussi me paraît-il souhaitable qu'ils soient aussi prévenus.

d) accueil des blessés

L'hôpital devra prévoir un lieu de réception des victimes, nettement distant de celui affecté à l'accueil des familles et de la presse prévu ci-après. Ce point d'accueil doit être suffisamment vaste pour assurer le triage et l'affectation intra muros des victimes, effectués en liaison avec la cellule de crise.

Si le service des urgences ne peut remplir ce rôle, le lieu retenu devra pouvoir être aisément desservi par les véhicules sanitaires et être de préférence proche des services médicaux concernés.

Sa direction est confiée à un médecin rompu aux soins d'urgence ; les fiches médicales de l'avant (dont je rappelle qu'un modèle uniformisé a été diffusé par lettre circulaire du 24 février 1987) y sont vérifiées. Afin de faciliter l'orientation des victimes, le personnel qui y est affecté doit connaître la position des différents services dans l'hôpital ; il serait cependant utile de mettre en place un fléchage des cheminements.

Des installations téléphoniques, des répertoires des postes des services, de la cellule, du matériel de secrétariat, du matériel médical, des porte-brancard, etc., nécessaires à son fonctionnement doivent être prévus.

Des agents en nombre suffisant y seront affectés, pour relever l'identité des blessés, et recueillir les vêtements, papiers et objets de valeur qui seront aussitôt remis au caissier de l'hôpital. Celui-ci déposera au coffre l'argent et les objets de valeur des blessés, les vêtements étant stockés au vestiaire central des malades.

En dépit du tri et de la régulation assurés sur les lieux de l'accident, conformément aux dispositions de la circulaire du 13 avril 1987, des blessés pourront arriver à l'hôpital sans avoir passé par ces étapes de tri et de régulation. Ils doivent être dirigés vers le même lieu de réception et de répartition, mais le cas échéant, par un circuit distinct, pour parer à toute désorganisation. Par ailleurs, un dispositif destiné à répondre aux urgences courantes doit être préservé.

e) accueil des familles

C'est un aspect très important du plan d'afflux. Il s'agit en effet d'informer et de rassurer les familles des victimes, qui se présenteraient ou téléphoneraient à l'hôpital, et d'éviter que secours et soins ne soient perturbés : ainsi les familles ne sauraient-elles circuler librement dans les services ;

- 7 -

Les visites seront suspendues, et les familles doivent être canalisées et dirigées vers un lieu d'accueil, doté de moyens téléphoniques : ce lieu, éloigné des services médicaux sera de plus utilement implanté le plus près possible de l'entrée de l'hôpital, et indiqué par un fléchage.

Le standard renvoie les appels des familles sollicitant des informations par téléphone sur le point d'accueil. Celui-ci centralise toutes les données sur l'identité des victimes admises, et leur service d'admission.

Les assistantes sociales hospitalières seront associées au fonctionnement du point d'accueil.

f) accueil de la presse

Le point d'accueil et d'information assure également l'accueil des journalistes. Le directeur d'établissement veillera à ce que l'information donnée à la presse par le point d'accueil émane d'une source unique et autorisée, le cadre chargé de la communication au sein de la cellule.

Je propose, si l'évènement le justifie, que le directeur organise à intervalles réguliers des conférences de presse, avec une présence médicale, pour informer les médias de façon satisfaisante.

Cette information est bien entendu dispensée en coordination avec la préfecture.

Les renseignements nominatifs ne sont donnés qu'aux ayants-droits.

g) circulation dans l'hôpital

Elle doit être assurée en permanence, afin que l'arrivée et le départ des équipes de secours et de soins ne soient pas entravés. Ainsi, l'accès des véhicules peut-il être organisé de façon à affecter une entrée différente et un parc différent pour chaque catégorie : personnels rappelés, ambulances et véhicules de première intervention, officiels, familles et médias. S'il n'existe pas d'hélistation à l'hôpital, une aire sera aménagée de façon à permettre l'atterrissage d'hélicoptères sanitaires, à proximité du point d'accueil des blessés ; une noria (brancards ou ambulances) sera prévue.

Un fléchage des parcours (vers les parcs, les points d'accueil, les services de soins, etc) qui aura été préparé sera mis en place.

.../...

- 8 -

Afin de régler la circulation, délimiter l'aire et préserver les abords de l'hélistation, filtrer et orienter les véhicules, il est nécessaire de faire appel à la force publique, sans pour autant négliger le renforcement des plantons présents aux accès de l'établissement.

L'emploi de grues et de dépanneuses pour déplacer des véhicules gênants peut s'avérer utile. Aussi des contacts seront-ils établis, lors de la préparation de ce plan, pour bien préciser les interlocuteurs nécessaires.

En outre, il me paraît nécessaire de réglementer très strictement en temps normal l'accès, la circulation et le stationnement des véhicules dans l'hôpital ; dans le cas contraire, lors d'afflux de victimes, la bonne circulation dans l'établissement serait compromise d'emblée.

Aussi je vous invite, en référence notamment à la circulaire 2719 du 17 novembre 1977 (BO 77/49), à faire appel aux autorités de police dans toutes les situations où le fonctionnement du service public hospitalier serait compromis.

h) stocks

- Les stocks pharmaceutiques permettent en principe d'assurer les premières journées. En cas de besoin cependant, si les grossistes répartiteurs ne peuvent suffire, il pourra être envisagé à titre tout à fait exceptionnel de faire appel à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris.

- Des stocks de lits, brancards, porte-brancard, couvertures, couvertures métallisées, etc, doivent être constitués pour permettre l'augmentation de capacité temporaire des services, et notamment du service des urgences.

- Les lots-catastrophes constitués par les hôpitaux ou les SAMU - SMUR, en principe destinés aux interventions extra-muros, les postes sanitaires mobiles de première et seconde génération mis en place par le Haut Fonctionnaire de Défense (destinés essentiellement au temps de guerre), peuvent cependant si nécessaire être également utilisés à l'accueil intra-muros des victimes.

i) services techniques

- la lingerie fournira draps et couvertures supplémentaires.
- le magasin réapprovisionnera en pansements, petit matériel médical et hôtelier de première urgence l'ensemble des services.
- la cuisine préparera des repas et boissons chauds pour les blessés et l'ensemble du personnel.
- les services techniques et ateliers se tiendront prêts à intervenir pour pallier toute défaillance technique des installations des établissements.

.../...

- 9 -

j) télécommunications

Dès la déclenchement du plan il est indispensable qu'un contingent de lignes téléphoniques puisse être isolé, et réservé aux seules télécommunications liées à l'application de celui-ci. Il importe en effet que l'hôpital puisse dans ces circonstances joindre sans délai les personnes nécessaires, ou être joint par celles-ci dans les mêmes conditions, sans dépendre des moyens usuels du standard de l'hôpital qui risque d'être encombré par les appels de tiers (familles, médias, etc...).

Aussi me paraît-il nécessaire que cette possibilité technique, si elle n'existe pas déjà, soit prévue et mise en place, en proportion avec le surcroît d'activité prévisible compte tenu de la capacité et de la catégorie de l'établissement.

k) locaux

Ceux qui seraient, dans l'éventualité d'un afflux de victimes, utilisés pour loger la cellule de crise, le point d'accueil des blessés, le point d'accueil et d'information, les salles de soins supplémentaires, pourraient être pré-équipés de façon à permettre une activation rapide : installations téléphoniques, matériel de secrétariat, placards, étagères, points d'eau, branchements pour fluides médicaux, etc.

l) cas particulier des morgues provisoires

En aucun cas les hôpitaux où il n'y a pas d'instituts médico-légaux ne peuvent recevoir les morts relevés sur les lieux de la catastrophe. Cependant les victimes décédées sont en principe évacuées en dernier lieu, ce qui laisse un délai aux autorités pour déterminer leur destination, et pour installer une chapelle ardente ailleurs qu'à l'hôpital. Je vous demande de veiller particulièrement à ce problème, en liaison avec les autorités communales.

3) Pathologies particulières

L'afflux de personnes brûlées, gazées, victimes d'explosion ("blastées") ou d'enfants et particulièrement de nouveau-nés pose des problèmes spécifiques du fait de la spécialisation des traitements et du nombre par conséquent limité des services aptes à les prendre en charge.

La répartition et l'accueil de ces victimes pouvant être d'emblée régionale, voire nationale, il me paraît utile de souligner que certains hôpitaux, bien que très éloignés du lieu de l'évènement, pourraient recevoir des victimes dans des délais très courts ; aussi convient-il que ces établissements prennent en compte cette particularité dans l'élaboration de leur plan d'accueil.

*

*

*

.../...

- 10 -

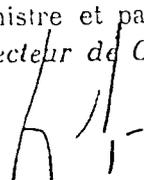
Je vous serais reconnaissant de bien vouloir diffuser la présente instruction auprès des directeurs des établissements hospitaliers de votre département, afin qu'avec votre concours les plans d'accueil de ceux-ci puissent être élaborés ou actualisés dans les meilleurs délais.

J'attire plus particulièrement votre attention sur la nécessaire cohérence entre les différents plans qui seront ainsi mis en place, plans qu'il importe de communiquer pour information au SAMU, au Service Départemental d'Incendie et de Secours, aux autorités de police et de gendarmerie.

Par ailleurs, je recommande l'organisation d'exercices périodiques, au cours desquels les plans d'accueil des établissements seront éprouvés, et aménagés le cas échéant. Une périodicité de quatre ans me paraît satisfaisante, ce qui n'interdit pas cependant des tests plus fréquents sur certains aspects des plans.

Je vous prie de bien vouloir me tenir informé sous le présent timbre des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans l'application des instructions qui précèdent.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur de Cabinet,


Guy BERGER