

**PLAN BLANC D'ÉTABLISSEMENT**

**DE**

**L'AP-HP**

**Février 2009**

*Version 1.1*

# Sommaire

Pages

<b>Introduction</b>	<b><u>3</u></b>
<b>Chapitre 1 : Les plans blancs de l'AP-HP avant 2004</b>	<b><u>4</u></b>
<b>Chapitre 2 : Le cadre législatif et réglementaire de 2004 à 2008</b>	<b><u>5</u></b>
1. textes spécifiques au plan blanc d'établissement	5
2. textes complémentaires	6
3. textes classifiés de défense	7
<b>Chapitre 3 : Le dispositif du siège</b>	<b><u>8</u></b>
1. dispositif central d'alerte et de gestion des crises	8
2. déclenchement du plan blanc d'établissement	9
3. déclenchement d'autres plans liés à la nature de l'événement	11
4. Étalement de la gouvernance de crise en trois phases	12
5. maîtrise de la communication de crise	14
<b>Chapitre 4 : Le dispositif des SAMU</b>	<b><u>16</u></b>
1. SAMU départemental et urgences collectives	16
2. SAMU de zone et urgences collectives	17
<b>Chapitre 5 : Le dispositif des hôpitaux</b>	<b><u>19</u></b>
1. modalités de déclenchement et de levée du plan	19
2. activation de la cellule de crise locale	21
3. sécurisation périphérique et contrôle des accès	21
4. organisation de la circulation et du stationnement	22
5. mobilisation des personnels	23
6. mobilisation des matériels et de la logistique de crise	24
7. augmentation des capacités de prise en charge des victimes	25
8. accueil et orientation des victimes	25
9. traçabilité des patients hospitalisés	26
10. information des familles et des proches	27
11. communication de crise	29
<b>Chapitre 6 : Le dispositif des services généraux</b>	<b><u>31</u></b>
1. AGEPS	31
2. SCA-SMS	31
3. SCB	32
4. ACHA	33
<b>Chapitre 7 : Le dispositif de continuité d'action</b>	<b><u>34</u></b>
1. le réseau des référents crise	34
2. la formation	34
3. les exercices de gestion de crise	35
<b>Liste des ANNEXES</b>	<b><u>36</u></b>
<b>Liste des ACRONYMES</b>	<b><u>63</u></b>

Sous l'autorité du Directeur général,  
**le plan blanc d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)**  
est défini et mis en œuvre selon les principes et modalités  
précisés dans le présent document.

## Introduction

Sur la base d'un nouveau socle législatif et réglementaire et de l'expérience acquise au fil des années en matière de traitement des événements sanitaires exceptionnels, l'AP-HP inscrit son plan blanc d'établissement dans le cadre de la stratégie de modernisation de son système de gestion de crise.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que **chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement** qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes (annexe I) ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle (annexe II).

Entre 2004 et 2008, le cadre réglementaire a été progressivement mis en place, notamment pour fixer les modalités d'organisation permettant de faire face aux risques et menaces contemporains dans les domaines nucléaire et radiologique (NR), biologique (B) et chimique (C) ainsi que face à la menace terroriste devenue permanente.

Compte tenu du nombre important des hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP, son plan blanc d'établissement contient **des recommandations transversales** et **des informations d'intérêt général** qui permettent d'apporter la cohérence indispensable au fonctionnement de son système global de gestion de crise.

Ce plan est fédérateur et comporte principalement des mesures organisationnelles visant les **composantes opérationnelles** impliquées dans sa mise en œuvre :

- le siège,
- les quatre SAMU,
- les hôpitaux,
- les services généraux.

Le plan blanc d'établissement est aussi conçu pour permettre à chacune de ces composantes névralgiques de décliner son propre dispositif de gestion de crise en fonction de ses spécificités locales. L'application du plan blanc d'établissement au niveau local permet ainsi l'élaboration d'**un plan blanc local** qui se substitue aux plans blancs locaux antérieurs à 2009.

Le plan blanc d'établissement est réactualisé en fonction des instructions communiquées par les pouvoirs publics, de l'évolution des risques sanitaires et des modifications des infrastructures.

Par ailleurs, il s'intègre aux plans blancs élargis départementaux (annexe III) dans le cadre du répertoire de l'ensemble des plans blancs établis par les établissements de santé au niveau départemental.

## Chapitre 1

### Les plans blancs de l'AP-HP avant 2004

A partir de 1966, le dispositif général appliqué par les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris « en cas de catastrophe, sinistre ou accident grave causant un nombre important de victimes », prévoit le déclenchement du **plan de protection civile de l'hôpital**.

A partir de 1974, le décret n°74-27 du 14 janvier relatif au fonctionnement des centres hospitaliers précise que le chef du service des urgences et le directeur dressent conjointement un **plan d'accueil d'un nombre élevé de malades ou blessés**, ... que le plan Orsec soit déclenché ou non.

Dans les années 80, l'AP-HP forge une nouvelle doctrine de médecine de catastrophe sur le socle de l'expérience acquise lors de l'intervention de certaines de ses équipes sur les terrains de grands tremblements de terre et des nombreux attentats terroristes perpétrés à Paris à cette époque (annexe IV). Le premier enseignement universitaire de médecine de catastrophe est créé en 1981 à l'université de Paris XII-Créteil (CHU Henri Mondor). Le 15 juillet 1983, un attentat est commis à l'aéroport d'Orly faisant huit morts et soixante blessés dont vingt-trois urgences absolues, brûlés, blastés et polycrâblés. Les nouvelles mesures de triage et de transferts médicalisés sont appliquées par le SAMU et les pompiers de Paris. Constatant l'efficacité de la méthode, le médecin-chef de la BSSP crée le « plan rouge » de la brigade, véritable règlement interne, destiné à faire face à un nombre important de victimes sur le terrain. En complément de cette initiative prémonitoire, l'hôpital Henri Mondor élabore son propre « plan blanc » destiné à faire face à un afflux massif de blessés.

En 1988, un décret d'application de la loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile dispose que les plans départementaux destinés à porter secours à de nombreuses victimes sont dénommés « plans rouges ». Dans le même temps, la circulaire DGS/DH du 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital présente un mémento de principes généraux pour actualiser le **plan d'organisation pour l'afflux de victimes propre à chaque hôpital**. En 1988, la direction générale de l'AP-HP baptise formellement ses plans d'accueil hospitaliers « **plans blancs** ». L'AP-HP devient ainsi l'inventeur du plan blanc alors que par ailleurs les grands groupes hospitaliers de France se dotent aussi de plans comparables, baptisés de différents noms au gré des inspirations locales, tel que le plan « mash » à Lille, etc. Ensuite, le plan blanc de l'AP-HP est mis à jour en octobre 2002. Il rassemble alors « les instructions destinées aux actions respectives du SAMU, de l'hôpital et des services de la direction générale ».

Au plan national, la circulaire DHOS/HFD du 3 mai 2002 précise que « les plans d'accueil hospitaliers sont désormais appelés plans blancs ».

Enfin, dans le cadre de la politique de modernisation des systèmes de gestion des crises sanitaires, la loi de santé publique du 9 août 2004 introduit le concept de **plan blanc d'établissement** destiné notamment à faire face aux nouvelles contraintes liées aux risques et menaces contemporains.

## Chapitre 2

### Le cadre législatif et réglementaire de 2004 à 2008

Le plan blanc d'établissement (PBE) comporte une série de mesures opérationnelles qui trouvent leur source dans un cadre législatif et réglementaire étendu à de nombreux domaines : santé publique, sécurité civile, défense nationale, etc. **Le PBE comporte un nombre de mesures limité aux conditions nécessaires à la mise en œuvre cohérente du système de gestion de crise de l'AP-HP.** En fonction de la nature des situations critiques, le déclenchement du PBE peut impliquer l'ensemble des mesures ou une partie d'entre elles.

Néanmoins, la gestion de certaines crises nécessite l'activation d'autres plans spécifiquement liés à la nature de l'événement (voir 3.3). Les mesures prévues par ces plans relatifs à des risques ou à des menaces spécifiques ne sont pas traitées dans le cadre du présent PBE. En revanche, elles font l'objet d'études locales de faisabilité, inscrites en complément du PBE, et annexées, en tant que de besoin, aux plans blancs locaux des hôpitaux, SAMU et des services généraux. Enfin, certaines de ces mesures spécifiques peuvent être mises en œuvre indépendamment du déclenchement formel du PBE.

En tout état de cause, en situation de gestion de crise de portée départementale, zonale ou nationale, la notification de mise en œuvre de mesures particulières contenues dans le PBE ou dans les plans plus spécifiques relève de l'autorité de la direction générale.

## 2.1 Textes spécifiques au plan blanc d'établissement

### 2.1.1 La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (annexe V)

Dans son titre III « modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire », chapitre 2 « prévention et gestion des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence » la loi dispose (article 20) que chaque établissement de santé est doté d'**un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement** qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes (annexe I) ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle (annexe II).

Le PBE est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement après avis des instances consultatives.

Il est transmis aux préfets des départements concernés, au directeur de l'ARH et aux SAMU concernés.

**Le PBE est déclenché par le directeur général** qui en informe sans délai le préfet du département concerné et le préfet de zone de Paris. Il peut aussi être déclenché à la demande d'un préfet.

La loi prévoit en outre (article L. 3110-9) que dans chaque zone de défense, l'établissement de santé de référence - l'AP-HP pour l'Île-de-France - a un rôle permanent de conseil et de formation et, en cas de situation exceptionnelle, peut assurer une mission de coordination ou d'accueil spécifique.

### 2.1.2 **Le décret du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave**

Ce décret d'application précise l'organisation du système de gestion de crise à trois niveaux de compétence administrative (annexe VI) :

- au niveau de l'établissement de santé : il définit les mesures opérationnelles relatives au « **plan blanc d'établissement** »,
- au niveau départemental : il précise la place tenue par le « **plan blanc élargi** » arrêté par le préfet,
- au niveau de la zone de défense : pour les risques NRBC, il fixe **les moyens spécialisés** dont doivent disposer les établissements de référence et décline leurs attributions.

### 2.1.3 **L'arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence**

Cet arrêté ministériel désigne l'AP-HP comme établissement de santé de référence pour la zone de défense de Paris (Île-de-France).

### 2.1.4 **La circulaire DHOS du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs d'établissements de santé et des plans blancs élargis** (annexe VII) *et son annexe : le Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs d'établissement de santé et des plans blancs élargis (184 pages)*

Le guide « Plan blanc et gestion de crise » propose des sujets relatifs à la préparation des plans blancs, aux organisations de mises en place, aux exercices de simulation, à la sensibilisation et à la formation des acteurs de santé.

## 2.2 Textes complémentaires

### 2.2.1 La loi du 13 août 2004 de modernisation de la **sécurité civile**

La sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toutes natures, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées.

L'Etat est garant de la cohérence de la sécurité civile au plan national. Il en définit la doctrine et coordonne ses moyens.

Le ministre de l'intérieur coordonne les opérations de secours dont l'ampleur le justifie.

Conformément à ces dispositions législatives, l'AP-HP, en tant qu'établissement public de santé, intervient comme partenaire essentiel de la mise en œuvre de la politique de sécurité civile dans le domaine sanitaire.

### 2.2.2 Dans le cadre de l'application des directives nationales de sécurité (DNS) :

- Le décret du 23 février 2006 relatif à la sécurité des **activités d'importance vitale**
- L'arrêté du 15 janvier 2008 désignant l'**AP-HP opérateur d'importance vitale**
- L'instruction générale interministérielle du 26 septembre 2008 relative à la sécurité des **activités d'importance vitale**

Conformément à ces dispositions réglementaires, l'AP-HP, en tant qu'établissement de santé de référence pour la zone de défense de Paris est désignée « opérateur d'importance vitale ».

Dès lors, l'établissement dispose de plans particuliers d'intervention (PPI) qui prévoient la réalisation de mesures de protection permanentes et des mesures temporaires graduées visant ses points les plus sensibles. Ces mesures s'inscrivent, en grande partie, dans la stratégie de mise en œuvre du plan VIGIPIRATE.

## 2.3 Textes classifiés de défense

### 2.3.1 Le plan VIGIPIRATE du 10 novembre 2006

Le plan VIGIPIRATE est un plan de défense nationale.

Il constitue le plan gouvernemental de vigilance, de prévention et de protection face aux menaces d'actions terroristes. Le Gouvernement et chaque ministre concerné définissent et mettent en œuvre des mesures permanentes de prévention des actes terroristes visant à la protection des personnes et à la sauvegarde des installations susceptibles d'en être la cible. Lorsque la menace se précise, les mesures permanentes de prévention sont complétées par des mesures spécifiques adaptées à la situation.

Le contenu du plan est protégé par des dispositions relatives à la sécurité de défense et les modalités d'exécutions sont fixées par directives des autorités préfectorales.

### 2.3.2 La circulaire HFDS du 3 juillet 2007 relative aux actions à conduire par les établissements de santé dans le cadre de l'**application VIGIPIRATE 2006**

Afin de faciliter la transmission et la mise en application de certaines mesures VIGIPIRATE relevant du domaine sanitaire, la circulaire HFDS du 3 juillet 2007 comporte deux documents non classifiés diffusés aux hôpitaux et services généraux :

- actions à conduire par les établissements de santé (annexe XII)
- posture permanente de sécurité pour les établissements de santé (annexe XIII)

\* \* \*

## Chapitre 3

### Le dispositif du siège

#### 3.1 Dispositif central d'alerte et de gestion des crises

Le système de veille sanitaire, d'alerte et de gestion de crise du siège répond à l'organisation centralisée suivante :

**Les risques et les menaces** sont pris en compte au niveau de la DPM (direction de la politique médicale) à un niveau technique par une structure permanente (CERVEAU) regroupant plusieurs missions essentielles : « les vigilances », « la veille » et « la surveillance ». Cette organisation est chargée d'observer les signaux et de produire les données concourant à l'instruction de « l'alerte ».

**Les alertes critiques** sont traitées au niveau du cabinet de la direction générale selon un protocole visant à filtrer les signaux (annexe VIII), à en évaluer la portée et à caractériser la menace. Le traitement des alertes est réalisé en cellule d'évaluation du risque.

**Le pilotage des opérations de crise** est réalisé en cellule centrale de crise placée sous la direction opérationnelle du secrétaire général appuyé par un groupe de « directeurs des opérations » (annexe IX).

**Les contraintes de défense et de sécurité** sont mises en perspective à chaque étape du traitement des situations de crise par deux missions placées sous l'autorité du secrétaire général (mission défense et sécurité civiles / mission sécurité des biens et des personnes). Des mesures spécifiques sont mises en œuvre en liaison avec les pouvoirs publics aux niveaux départemental, zonal et national.

**Le traitement centralisé des opérations** s'appuie sur un centre opérationnel de gestion de crise pérenne (le CO-Victoria) dont les modalités de fonctionnement sont intégrées au plan de continuité d'activité du siège. Ce centre opérationnel permet d'accueillir la cellule centrale de crise et d'en assurer le soutien dans la durée (annexe IX).

**La maîtrise centralisée de la communication de crise** s'appuie sur la cellule de communication de crise placée auprès du directeur général.

**La garde administrative** permettant d'assurer la continuité d'action la nuit et les jours fériés est assurée à deux niveaux. D'une part, pour la direction générale, par un administrateur de garde placé sous la responsabilité du cabinet et, en cas de besoin, appuyé par un groupe d'administrateurs seniors. D'autre part, pour la direction du siège, par un administrateur de garde placé sous la responsabilité du directeur du siège.

## 3.2 Déclenchement du plan blanc d'établissement

**Le PBE est déclenché par le directeur général.**

En fonction de la nature des événements, le déclenchement formel du plan est modulaire selon deux perspectives :

1. il peut concerner l'ensemble ou une partie des hôpitaux et services généraux,
2. il peut nécessiter la mise en œuvre de l'ensemble des mesures du plan ou une partie d'entre elles.

La procédure de déclenchement du PBE par la direction générale comprend deux étapes chronologiques dont le déroulement doit être le plus rapide possible :

1. l'alerte,
2. l'ajustement et le déclenchement proprement dit.

### 3.2.1 L'alerte plan blanc

Tout événement exceptionnel comportant potentiellement un nombre important de victimes (annexe I) ou susceptible de générer une situation de crise sanitaire (annexe II), doit faire l'objet d'**un signalement à la direction générale** :

- le jour au **cabinet du directeur général** (directeur adjoint du cabinet ou directeur du cabinet),
- la nuit et les jours fériés à l'**administrateur de garde** de la direction générale qui en informe systématiquement le directeur adjoint du cabinet ou un directeur du groupe de seniors du siège.

La **direction de la communication** est systématiquement informée de la situation.

#### Le signalement initial de l'événement

Il peut émaner de différents services : SAMU, hôpitaux, directions du siège, notamment DPM/CERVEAU, pouvoirs publics, etc. Le point d'entrée commun et permanent au siège (24h/24) est le standard téléphonique qui retransmet systématiquement tous les signalements.

#### La mise en alerte « plan blanc »

En fonction du degré de gravité du signalement primaire ressenti, le directeur destinataire (cabinet du DG ou garde) peut très rapidement décider de mettre en « alerte plan blanc » les hôpitaux accueillant les urgences, les SAMU et les services généraux (voir 5.1.1).

*Il convient de souligner qu'en cas de déclenchement du plan rouge de la BSPP par le préfet, le PBE n'est pas systématiquement déclenché.*

#### L'évaluation de la portée du signal et la caractérisation de l'alerte

Le rôle du directeur adjoint du cabinet consiste alors à évaluer la portée du signal et à caractériser l'alerte. Un signal vérifié n'est pas toujours porteur d'une alerte au sens d'une menace visant la santé publique ou le fonctionnement de l'établissement. Cette menace potentielle doit être évaluée et sa portée caractérisée (annexe VIII). Pour les évaluations complexes de la menace, une « **cellule d'évaluation du risque** » est constituée et réunie en formation adaptée à l'événement.

Après caractérisation de l'alerte, le cabinet du directeur général dispose de quatre possibilités :

1. abandon (alerte non confirmée)
2. transmission au directeur exécutif de GHU concerné (menace de portée locale)
3. transmission au directeur exécutif de GHU et au secrétaire général, voire au directeur général (menace de portée locale nécessitant un appui)
4. transmission au secrétaire général, au directeur général, au ministère chargé de la santé/DGS/CORRUS (centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales) (annexe XI)

En fonction du degré de gravité de l'événement, le cabinet propose l'activation du **centre opérationnel de gestion de crise** de l'établissement (CO-Victoria) et la réunion de la **cellule centrale de crise** du siège.

### 3.2.2 L'ajustement et le déclenchement du plan blanc d'établissement

En cas de survenue d'un événement particulièrement grave, le secrétaire général ou son représentant réunit la cellule centrale de crise (annexe IX) dont le rôle, dans la première heure, est de déterminer le niveau d'ajustement du déclenchement du PBE. Son premier objectif est d'apporter au directeur général une aide à la décision du déclenchement formel du plan.

La décision d'ajustement et de déclenchement est communiquée dans les meilleurs délais possibles aux hôpitaux, SAMU et services généraux précédemment mis en alerte (voir 5.1.2).

Cette étape décisionnelle systématique répond schématiquement aux orientations suivantes :

- soit **confirmation du déclenchement** qui peut être :
  - **général**, pour les événements de très grande ampleur nécessitant la mobilisation de l'ensemble des ressources de l'AP-HP
  - ou **partiel**, visant un certain nombre d'hôpitaux, de SAMU et de services généraux, en fonction de l'état des besoins
- soit **levée générale de l'alerte**

Par la suite, pendant la phase de gestion de crise proprement dite (voir 3.4), la cellule centrale de crise peut être conduite à décider d'autres ajustements en fonction des besoins.

### 3.2.3 La collaboration avec le COZ

Lorsque le préfet de zone décide d'activer le COZ (centre opérationnel de zone) à la préfecture de Paris, la cellule centrale de crise prend notamment les mesures suivantes :

- la projection d'un représentant de la cellule au COZ qui est un directeur d'hôpital formé au fonctionnement de l'interface entre les deux administrations
- l'utilisation du portail de communication de crise mis en place par les services préfectoraux, dénommé CRISORSEC
- l'utilisation du système de traçabilité des victimes SINUS (système d'information numérique unique standardisé) (voir 5.9.2)

### 3.3 Déclenchement d'autres plans liés à la nature de l'événement

En plus de son PBE qui correspond à son dispositif transversal de gestion de crise en cas d'afflux de patients ou de victimes, l'AP-HP peut être conduite par les pouvoirs publics à la **mise en œuvre des mesures particulières** en cas d'événement exceptionnel comportant un risque spécifique ou une menace critique.

**Le contenu de ces mesures n'est pas décrit dans le cadre du présent PBE.** En revanche, ces mesures particulières font l'objet d'études locales de faisabilité, inscrites en complément du PBE et annexées, en tant que de besoin, aux plans blancs locaux des hôpitaux, SAMU et services généraux.

Certaines de ces mesures particulières peuvent être mises en œuvre indépendamment du déclenchement formel du PBE.

**Ces mesures particulières sont prévues dans le cadre de l'application de plans institutionnels de portées nationale, territoriale ou locale :**

#### 3.3.1 Les plans spécifiques de portée nationale

Élaborés et déclenchés par l'Etat, ces plans visent :

**La lutte contre le terrorisme** (*plans classifiés confidentiel défense*)

- le plan gouvernemental VIGIPIRATE, plan de vigilance, de prévention et de protection face aux menaces d'actions terroristes
- le plan gouvernemental PIRATOME (NR), plan d'intervention en cas de menace ou d'acte terroriste de nature nucléaire ou radiologique
- le plan gouvernemental BIOTOX (B) plan d'intervention en cas de menace ou d'acte terroriste de nature biologique
- le plan gouvernemental PIRATOX (C) plan d'intervention en cas de menace ou d'acte terroriste de nature chimique
- le plan gouvernemental PIRANET (SI) plan d'intervention contre une attaque terroriste sur les systèmes d'information
- la circulaire du ministère chargé de la santé HFDS n° 158CD du 3 juillet 2007 relative aux actions à conduire par les établissements de santé dans le cadre du plan VIGIPIRATE 2006 comportant deux annexes non classifiées diffusées aux hôpitaux et services généraux :
  - actions à conduire par les établissements de santé (annexe XII)
  - posture permanente de sécurité pour les établissements de santé (annexe XIII)

**La lutte contre les grandes épidémies**

- le plan national variole
- le plan national pandémie grippale

**La lutte contre les intempéries**

- le plan national canicule
- le plan national grands froids

### 3.3.2 Les plans spécifiques de portée territoriale

Élaborés et déclenchés par l'Etat, les principaux plans territoriaux comportant une incidence sanitaire sont :

- le plan ORSEC de zone
- le plan SAMU zonal (*dit Camembert*)
- le plan de zone décès massifs
- les plans blancs élargis départementaux
- le plan inondations de Paris

### 3.3.3 Les plans spécifiques aux hôpitaux

Élaborés et actionnés au niveau de l'établissement, ces plans regroupent :

- les plans blancs locaux des hôpitaux et services généraux qui s'inscrivent dans le droit-fil du plan blanc d'établissement de l'AP-HP
- les plans d'application locale des plans nationaux et territoriaux (canicule, bleu, grands froids, NRBC, etc.)
- les plans d'évacuation des hôpitaux
- les plans de confinement des hôpitaux
- le plan de sécurité d'opérateur de l'AP-HP (*classifié confidentiel défense*)
- les plans particuliers de protection des points d'importance vitale des hôpitaux et services généraux (*horizon 2010*)
- les plans de continuité d'activité (PCA) locaux

Les plans déclenchés par l'Etat le sont sur instruction transmise à la direction générale de l'AP-HP. La direction générale active alors sans délai le centre opérationnel de gestion de crise du siège (CO-Victoria), réunit une cellule centrale de crise et avise les hôpitaux, les SAMU et les services généraux du déclenchement du plan et de ses modalités d'application.

Les plans spécifiques aux hôpitaux sont déclenchés au niveau local par le directeur du site ou à la demande de la direction générale (directeur général ou secrétaire général).

## 3.4 Étalement de la gouvernance de crise en trois phases

### 3.4.1 La première heure

En cas de survenue d'un événement particulièrement grave, « la première heure » correspond symboliquement :

- au temps des premières analyses de l'événement conduites par les services d'intervention d'urgence (SAMU, pompiers, police, déminage, RAID/DCI),
- au temps de recrutement des décideurs qualifiés pour orienter la stratégie de traitement de l'événement.

Des retours d'expérience les plus récents, il ressort que les services de l'Etat et les grands opérateurs de services publics concernés par ces affaires peuvent activer leurs centres opérationnels de gestion de crise et réunir leurs cellules de crise en moins de deux heures après l'alerte initiale.

Au niveau de la direction générale de l'AP-HP, le secrétaire général réunit la cellule centrale de crise (annexe IX) dont le rôle est :

- de déterminer le niveau d'ajustement du déclenchement du PBE (voir 3.2.2),
- d'en communiquer la teneur aux hôpitaux, SAMU et services généraux concernés.

### 3.4.2 La phase de gestion de crise

Après « la première heure » suivant l'alerte et en cas de déclenchement formel du PBE, commence la phase de gestion de crise proprement dite.

Cette phase correspond :

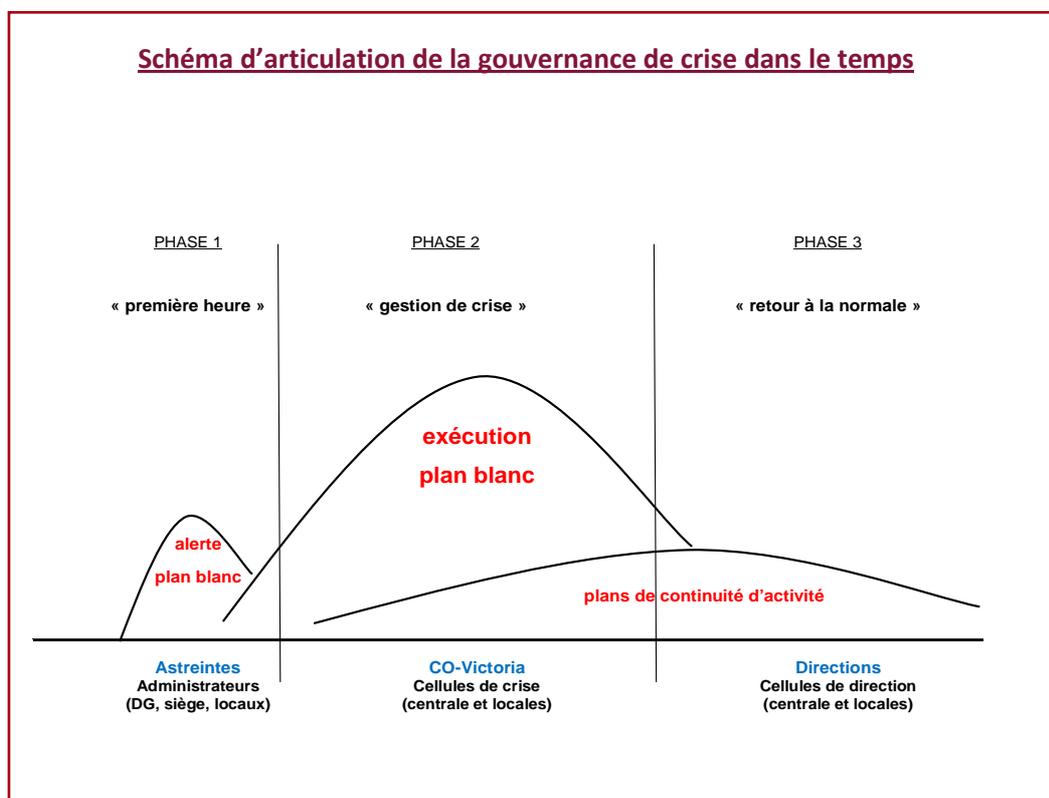
- au maintien opérationnel en continu du CO-Victoria,
- à la tenue de réunions de la cellule centrale de crise, en tant que de besoin.

La durée de cette phase peut être plus ou moins longue en fonction de la situation. A titre d'exemple, elle pourrait être d'une dizaine de semaines (environ 3 mois) en cas de survenue d'une pandémie de grippe aviaire de type H5N1.

Le dispositif de gestion de crise permet de prendre des mesures prioritaires dans des conditions dérogatoires du régime fonctionnel normal.

Il repose sur :

- l'accélération des **échanges** par l'intermédiaire de circuits courts (annexe X),
- la centralisation des **informations** d'intérêt général,
- le contrôle centralisé des **décisions**,
- la maîtrise centralisée de la **communication** de crise (voir 3.5).



### 3.4.3 Le retour à la normale

Après la phase de gestion de crise, une phase de « retour à la normale », plus ou moins longue, est nécessaire pour assurer une reprise d'activité « normale ».

Cette phase particulière de gouvernance succède au temps de crise proprement dit et n'est donc pas traitée dans le cadre du présent PBE. Néanmoins, elle est mise en perspective par les cellules de crise avant la fin de la phase de gestion de crise comme le suggère le schéma suivant :

Pour les situations de reprise d'activité complexes, le recours aux plans de continuité d'activité locaux est nécessaire et réalisé grâce à la mise en place de cellules de reprises d'activité au niveau des directions concernées.

## 3.5 Maîtrise de la communication de crise

En cas de déclenchement du PBE, la dimension médiatique donnée à l'événement constitue une composante essentielle de la gestion de crise. En cas de survenue d'un événement exceptionnel, le premier objectif de la fonction de communication est de maîtriser la résonance de son impact sur l'opinion.

### 3.5.1 La gouvernance centralisée de la communication institutionnelle de crise

#### La cellule de communication de crise

Dès le déclenchement du PBE, la cellule de communication de crise de la direction générale est activée par la direction de la communication et la gestion de la communication y est centralisée.

La cellule de communication de crise coordonne la gestion des médias. Elle est composée de représentants de la direction de la communication. Elle peut faire appel à des experts autant que de besoin en fonction de la nature de l'événement.

Son rôle consiste à maîtriser la communication de l'établissement en centralisant plusieurs niveaux d'intervention :

- gestion des relations avec la presse (organisation des rencontres, interviews, reportages, points et/ou conférences de presse),
- élaboration des messages et organisation de leur validation,
- mobilisation des référents médicaux et des portes paroles,
- veille et analyse des médias.

#### Le plan de communication de crise

Dans le contexte « plan blanc », le plan de communication de crise de l'AP-HP est mis en œuvre **en cohérence avec le plan de communication fixé par les pouvoirs publics** chargés de la gestion de l'événement. L'interface opérationnelle est notamment assurée avec la cellule de communication de crise de la préfecture de zone (annexe X).

### **La prise de parole de l'AP-HP**

D'une façon générale, en situation de crise et en fonction de la particularité de l'événement, le porte-parole de l'AP-HP est désigné par le directeur général. Il porte le ou les messages institutionnels après validation du contenu par le directeur général.

En cas de déclenchement du PBE (et/ou d'un plan gouvernemental ou national), la prise de parole de l'AP-HP **s'inscrit dans le cadre de la stratégie de communication fixée par les pouvoirs publics** chargés du pilotage de la gestion de crise.

### **3.5.2 L'interface avec les cellules de crise activées au sein de l'établissement**

La gestion centralisée de la communication de crise (cellule de communication de crise) est assurée en liaison étroite avec la cellule centrale de crise du siège.

La cellule de communication de crise est située à proximité de la cellule centrale de crise du siège. Elle y est représentée en fonction des besoins. Elle y est reliée en permanence par l'intermédiaire des liaisons spécialisées du CO-Victoria qui assure l'interface opérationnelle avec les cellules locales de crise des hôpitaux, SAMU et services généraux (annexe X).

\* \* \*

## Chapitre 4

### Le dispositif des SAMU

#### 4.1 SAMU départemental et urgences collectives

L'AP-HP gère les SAMU (services d'aide médicale urgente) de quatre départements :

- Paris (75) 2.168.000 habitants
- Hauts-de-Seine (92) 1.532.000 habitants
- Seine-Saint-Denis (93) 1.485.000 habitants
- Val-de-Marne (94) 1.293.000 habitants

*Estimations INSEE au 1er janvier 2006*

Devenus un élément essentiel de la permanence des soins organisée dans chaque département sous l'autorité des préfets, les SAMU disposent chacun d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA), lieu de coordination avec la médecine de ville.

En cas de survenue ou d'anticipation d'un événement pouvant nécessiter la prise en charge de nombreuses urgences collectives, les SAMU adoptent une procédure de gestion de crise schématiquement articulée de la façon suivante :

##### 4.1.1 L'analyse rapide de l'événement

Cette analyse des premiers instants - de « la première heure » (voir 3.4.1) - est conduite en partenariat avec les principaux services d'intervention d'urgence : sapeurs pompiers, police nationale, police judiciaire, services de déminage, etc.

Elle porte sur :

- les signes d'évolutivité du risque
- la levée de doute relative aux risques NR, B ou C
- la qualification de l'événement

Son objectif est de décider dans les meilleurs délais possibles :

- du niveau d'alerte adapté
- du niveau de passage en posture de gestion de crise

##### 4.1.2 Le signalement initial de l'événement

Le niveau de l'alerte primaire émanant du terrain est fixé conjointement avec les pompiers et les services de police.

Ce signalement initial (voir 3.2.1) est systématiquement transmis au cabinet de la préfecture d'emprise, à la direction générale de l'AP-HP (permanence du cabinet), aux autres SAMU de l'AP-HP (dont le SAMU de zone), au directeur de l'hôpital siège du SAMU et aux SAMU des départements limitrophes.

*Il convient de souligner qu'en cas de déclenchement du plan rouge de la BSPP par le préfet, le déclenchement du PBE n'est pas systématique.*

### 4.1.3 La stratégie de montée en puissance de la réponse

Pour la gestion de l'événement, les SAMU utilisent une stratégie planifiée de montée en puissance de la réponse qui consiste à inscrire l'action locale dans le cadre du plan blanc propre au SAMU. Elle comporte notamment les éléments suivants :

- une posture interne de gestion de crise
- un protocole d'appui réciproque entre les 4 SAMU de l'AP-HP
- un protocole d'appui réciproque entre les 8 SAMU de la zone en cas d'événement multisites
- l'intégration de l'action dans le cadre du plan blanc élargi départemental en cas de nécessité
- la continuité de gestion des urgences vitales « quotidiennes »

### 4.1.4 La tactique de régulation des victimes depuis le terrain

La régulation d'un grand nombre de victimes sur le terrain fait appel à une série de mesures spécifiques :

- projection d'un échelon avancé de régulation sur le terrain (encadrement par un médecin senior, utilisation d'un véhicule de commandement spécialisé)
- catégorisation des victimes selon la doctrine française de médecine de catastrophe (annexe I)
- utilisation du système de traçabilité des victimes mis en place par la police judiciaire, dénommé SINUS (système d'information numérique unique standardisé)
- interfaçage avec le système de traçabilité de l'AP-HP, dénommé VICTIMES (voir 5.9)

## 4.2 SAMU de zone et urgences collectives

L'activation formelle du SAMU de zone est placée sous l'autorité du préfet de police de Paris, préfet de zone de défense.

En cas d'événement avec un très grand nombre de victimes, notamment réparties sur plusieurs sites disséminés, le SAMU de Paris, en tant que SAMU de zone, coordonne la répartition francilienne de la prise en charge hospitalière.

En fonction des besoins, il régule la montée en puissance des moyens médicalisés d'intervention des 8 SAMU de la région, y compris la projection éventuelle d'UMDH (unités mobiles de décontamination hospitalières).

Il est représenté au COZ (centre opérationnel de zone) en cas d'activation par le préfet de zone.

L'enchaînement des procédures de gestion de crise adopté par le SAMU de zone est en phase avec celui observé par les SAMU départementaux.

#### 4.2.1 L'analyse rapide de l'événement

Elle porte sur :

- les signes d'évolutivité du risque
- la levée de doute relative aux risques NR, B ou C
- la qualification de l'événement

Son objectif est de décider dans les meilleurs délais possibles :

- du niveau d'alerte régional (zone de défense de Paris)
- du délai de passage en posture de gestion de crise zonale
- de l'utilisation précoce de réseaux de communication de crise (VHF du réseau tactique de défense civile)

#### 4.2.2 L'alerte primaire de niveau zonal

Le niveau de l'alerte primaire pour la zone est fixé conjointement avec les services préfectoraux concernés.

L'alerte est systématiquement transmise au ministère chargé de la santé (DGS/CORRUS et HFDS), à la direction générale de l'AP-HP (secrétariat général, cabinet, CO-Victoria), au directeur de l'hôpital siège du SAMU de zone et aux 8 SAMU de la zone.

#### 4.2.3 La stratégie de montée en puissance de la réponse

Pour la gestion de l'événement, le SAMU de zone utilise une stratégie planifiée de montée en puissance de la réponse qui comporte notamment les éléments suivants :

- une posture interne de gestion de crise zonale
- le protocole d'appui réciproque entre les 8 SAMU de zone (plan dit « Camembert »)
- l'information des SAMU de zone limitrophes
- la mobilisation de moyens de renfort spécialisé (PSM, UMDH, etc.)
- l'intégration de l'action dans le cadre des plans blancs élargis départementaux, en cas de nécessité

#### 4.2.4 La collaboration avec le COZ

Lorsque le préfet de zone décide d'activer le COZ (centre opérationnel de zone) à la préfecture de Paris, le SAMU de zone prend notamment les mesures suivantes :

- la projection d'un représentant du SAMU au COZ qui peut être un médecin senior de l'un des 4 SAMU de l'AP-HP
- l'utilisation du système de traçabilité des victimes SINUS (système d'information numérique unique standardisé) (voir 5.9.2)
- la mise à disposition potentielle de moyens de renfort spécialisés en aide médicale urgente

\* \* \*

## Chapitre 5

### Le dispositif des hôpitaux

Tout hôpital dispose de son propre plan blanc élaboré sur la base des recommandations contenues dans le plan blanc d'établissement (PBE) et constituant son dispositif local de gestion de crise pour faire face à un afflux de patients ou de victimes (annexe I) ou pour faire face à une situation exceptionnelle (annexe II).

A cet égard, il convient de considérer que tout hôpital de l'AP-HP, quel que soit son statut, peut être mis en situation de recevoir inopinément des victimes qui n'auraient pas été préalablement « régularisées » par le SAMU. Tout hôpital, y compris ceux n'accueillant pas les urgences, peut aussi être le théâtre d'un accident local de grande ampleur ou victime d'un dysfonctionnement interne porteurs de graves conséquences pour la continuité de son activité.

L'élaboration du plan blanc local et sa mise en œuvre impliquent l'ensemble des professionnels de l'hôpital : administratifs, médecins, soignants, personnels techniques.

#### Le plan blanc de l'hôpital repose sur la série de mesures fondamentales suivantes :

1. modalités de **déclenchement** et de **levée** du plan
2. activation de la **cellule de crise** locale
3. **sécurisation** périphérique et contrôle des **accès**
4. organisation de la **circulation** et du **stationnement**
5. mobilisation des **personnels**
6. mobilisation des **matériels** et de la **logistique** de crise
7. augmentation des **capacités de prise en charge** des victimes
8. accueil et orientation des **victimes**
9. **traçabilité** des patients hospitalisés
10. information des **familles** et des **proches**
11. **communication** de crise

#### 5.1 Modalités de déclenchement et de levée du plan

Le plan blanc d'établissement est déclenché par la direction générale (voir 3.2).

La procédure de déclenchement comprend deux étapes chronologiques dont le déroulement doit être le plus rapide possible :

- l'alerte,
- l'ajustement et le déclenchement proprement dit.

### 5.1.1 La mise en « alerte plan blanc »

En fonction du degré de gravité du signalement initial d'un événement exceptionnel, la direction générale peut très rapidement décider de diffuser une « alerte plan blanc » aux hôpitaux accueillant les urgences, aux SAMU et aux services généraux (voir 3.2.1).

Le standard du siège est alors chargé de transmettre immédiatement l'alerte :

- en premier lieu, par appels groupés sur alphapages réservés à cet usage (*flotte plan blanc*) avec le message suivant : « **alerte plan blanc, fax suit** »,
- en second lieu, par télécopies d'un message d'alerte pré formaté (*liste fax plan blanc*) sur lequel l'administrateur du siège a inscrit la **nature de l'événement** causal (annexe XIV).

Il y est demandé aux destinataires d'activer leur propre cellule locale de crise et d'en confirmer la convocation par retour.

### 5.1.2 L'ajustement et le déclenchement du plan blanc

En fonction de l'analyse de la situation au cours de la « première heure » ( voir 3.4.1) suivant le signalement initial de l'événement, la direction générale (cellule centrale de crise du siège) communique systématiquement aux services précédemment mis en alerte sa décision qui répond schématiquement aux orientations suivantes :

- soit **confirmation du déclenchement** qui peut être :
  - **général**, pour les événements de très grande ampleur nécessitant la mobilisation de l'ensemble des ressources de l'AP-HP
  - ou **partiel**, en fonction de l'état des besoins, visant un certain nombre :
    - d'hôpitaux, y compris ceux qui n'accueillent pas habituellement les urgences,
    - de SAMU,
    - de services généraux.
- soit **levée générale de l'alerte**

Le standard du siège est alors chargé de transmettre immédiatement la décision par télécopies d'un message pré formaté (annexe XV) demandant en outre aux destinataires de confirmer par retour l'activation de leur cellule locale de crise, d'en indiquer les coordonnées et le nom du responsable des opérations.

Par la suite, pendant la phase de gestion de crise proprement dite (voir 3.4.2), la cellule centrale de crise peut être conduite à décider d'autres ajustements en fonction des besoins.

### 5.1.3 Le déclenchement d'autres plans liés à la nature de l'événement

En plus de son PBE, l'AP-HP peut être conduite par les pouvoirs publics à mettre en œuvre des mesures particulières en cas d'événement exceptionnel comportant un risque spécifique ou une menace critique (voir 3.3).

Les mesures sont alors transmises par la direction générale (cellule centrale de crise du siège) aux destinataires internes à l'établissement dans le cadre des procédures de gestion centralisée des crises.

### 5.1.4 La levée du plan blanc

Arrivée au terme de la phase de gestion de crise et précédant la phase de retour à la normale (voir 3.4.3), la direction générale (cellule centrale de crise du siège) transmet un message de levée du plan blanc :

- en premier lieu, par appels groupés sur alphapages réservés à cet usage (*flotte plan blanc*) avec le message suivant : « **levée générale du plan blanc, fax suit** »,
- en second lieu, par télécopies d'un message d'alerte pré formaté (*liste fax plan blanc*) (annexe XVI).

## 5.2 Activation de la cellule de crise locale

Dans chaque hôpital ou service général, une cellule locale de crise peut être activée à tout moment (24 heures sur 24) et rapidement à la demande de la direction générale (directeur général ou secrétaire général) ou sur instruction du directeur du site.

Les principales mesures qui permettent l'activation d'une cellule de crise dans de bonnes conditions opérationnelles sont les suivantes :

- prévoir un lieu dédié à la gestion de crise
- situé au calme, hors de la chaîne des soins et protégé du public et des journalistes
- organisé pour :
  - réunir tout les membres de la cellule de crise et, si besoin, des personnes consultées
  - assurer le fonctionnement des systèmes d'information dédiés à la gestion de crise (téléphone, télécopie, messagerie électronique)  
*L'utilisation de la téléphonie mobile cellulaire est proscrite, au moins pour les premières heures suivant la survenue d'un événement exceptionnel (saturation des réseaux, coupure sécuritaire des réseaux par les pouvoirs publics)*
  - apporter le soutien logistique nécessaire à la durée qui peut être plus ou moins longue en fonction de la situation (voir 3.4.2)
- opérationnel en moins de 1h30
- placé sous l'autorité d'un « directeur des opérations »
- les membres de la cellule de crise (et leurs suppléants) sont :
  - répertoriés
  - joignables 24h/24
  - entraînés à la gestion de crise

## 5.3 Sécurisation périphérique et contrôle des accès

Le plan blanc est susceptible d'être **déclenché avec ou sans mesures** spécifiques de sécurisation et de contrôle.

Lorsque ces mesures sont indiquées, elles doivent être appliquées **le plus précocement possible**, notamment en cas d'afflux de victimes contaminées et potentiellement contaminantes afin de protéger en amont les personnels, les matériels et les locaux. Par ailleurs, de telles mesures peuvent être prises pour éviter les pillages organisés à la faveur de désordres sociaux de grande ampleur ou lorsque l'hôpital se révèle être la cible de menaces d'attentats, etc.

Si l'option est prise de « fermer l'hôpital », de nouvelles modalités de contrôle d'accès sont définies en liaison avec la police nationale qui prend en compte la protection extérieure du site.

Les principales mesures de sécurisation périphérique et de contrôle des accès sont les suivantes :

- protéger le site par une clôture infranchissable
- prévoir un point de rassemblement des victimes (PRV) :
  - proche d'un accès
  - suffisant pour déployer les moyens de décontamination
  - contrôlé et surveillé par le service de sécurité
  - appuyé par un élément médical pour l'information des victimes
- fermer le site et réserver des accès contrôlés pour :
  - les personnels
  - les ambulances
  - la sortie de l'hôpital
- renforcer les agents de sécurité
- assurer les liaisons avec la police nationale
- informer périodiquement les personnels de l'hôpital sur ces mesures et réaliser des exercices

La mise en œuvre de ces mesures nécessite :

- la détention de la carte professionnelle AP-HP par les personnels de l'hôpital
- la concertation préalable avec le service de police compétent pour la protection du PRV et le contrôle des accès
- la formation élémentaire NRBC des agents de sécurité

## 5.4 Organisation de la circulation et du stationnement

Les conditions de circulation et de stationnement dans l'hôpital sont définies dans le règlement intérieur en fonction de la voirie existante et des capacités de stationnement.

En cas de déclenchement du plan blanc local, les principales mesures permettant de prendre en compte la modification des accès et la circulation sur le site sont les suivantes :

- mettre en place une circulation intérieure adaptée aux nouvelles modalités d'accès et aux destinations prioritaires : urgences, réanimation, services mobilisés en fonction de la nature de la crise
- prévoir les zones de stationnement adaptées aux nouveaux besoins
- renforcer les agents de sécurité
- informer périodiquement les personnels de l'hôpital sur ces mesures et réaliser des exercices

La mise en œuvre de ces mesures nécessite l'élaboration préalable d'un plan de « circulation plan blanc » définissant les nouvelles modalités de circulation et de stationnement ainsi que les moyens à mettre en place pour les faire appliquer (balisage, agents de sécurité, etc.).

## 5.5 Mobilisation des personnels

La mobilisation des personnels en cas de déclenchement du plan blanc ne peut être envisagée qu'après une sensibilisation initiale des personnels aux principes de gestion des situations de crise (voir 7.2) et l'organisation d'exercices (voir 7.3).

La stratégie de mobilisation des personnels comporte deux séries de mesures consécutives et complémentaires :

1. en premier lieu, le **maintien** des personnels en place,
2. en second lieu, le **rappel** des personnels.

### 5.5.1 Le maintien des personnels en place

Le déclenchement du plan blanc correspond à un état d'urgence qui ne prend pas en compte les horaires habituels de relève des personnels. Il implique une capacité immédiate de mobilisation des hôpitaux, le plus souvent dans des conditions dérogatoires du fonctionnement normal.

Le plan blanc implique de prévoir :

- le maintien en place des personnels en poste en tenant compte, d'une part des possibilités concrètes de relève et d'autre part du taux de renforcement de certains postes indispensables à un fonctionnement optimum des plateaux techniques les plus sollicités (redéploiement interservices des effectifs en fonction du type de crise),
- la mise à disposition exceptionnelle de « lieux de vie » permettant d'assurer une logistique de soutien dans la durée et concernant notamment la mise à disposition de repas et de locaux de repos exceptionnels.

### 5.5.2 Le rappel des personnels

En cas de déclenchement du plan blanc, le rappel des personnels est indispensable à la relève des personnels maintenus en place et au renfort de certains plateaux techniques.

En fonction du type d'événement, trois situations sont à anticiper :

- les moyens téléphoniques habituels (filaires et GSM) fonctionnent
- les moyens téléphoniques habituels ne fonctionnent plus
- les transports en commun sont totalement arrêtés

**En situation de base, le téléphone fonctionne**, l'organisation des rappels est alors fondée sur le principe habituel de continuité du service public qui implique que les coordonnées téléphoniques des personnels soient à la disposition de la direction locale et conservées dans le respect de la plus stricte confidentialité en dehors du temps de crise. Ces dispositions supposent que des accords réciproques soient convenus et que les listes soient mises régulièrement à jour.

*A moyen terme, le NSI (nouveau système d'information) de l'AP-HP devrait intégrer une solution technique permettant des requêtes adaptées afin d'éviter la multiplication des fichiers locaux.*

**En cas de neutralisation des communications téléphoniques**, les consignes transmises préalablement aux personnels sont de se tenir informés de l'évolution de la situation générale par voies radiophonique ou télévisuelle et, en cas de déclenchement du plan blanc, de rejoindre dans les meilleurs délais possible l'hôpital habituel d'affectation.

**En cas d'arrêt total des transports en commun**, il est vraisemblable que la gravité de la situation entraînerait aussi une neutralisation des axes routiers par les pouvoirs publics. Les consignes transmises préalablement aux personnels sont de se tenir informés de l'évolution de la situation générale par les mêmes voies que précédemment et de rejoindre le point de rassemblement le plus proche fixé par l'autorité préfectorale. L'objectif étant de rejoindre dans les meilleurs délais possible l'hôpital habituel d'affectation et non pas le site le plus proche de son domicile.

*Les points de rassemblement des personnels prioritaires en cas de crise grave font actuellement (2009) l'objet d'une étude en préfecture de zone de défense. Le projet consiste à mettre à disposition, à partir de ces points, des transports de substitutions autorisés à emprunter les axes routiers prioritaires.*

En tout état de cause, les personnels sont impérativement porteurs de leur carte professionnelle AP-HP dont la dotation est généralisée.

## 5.6 Mobilisation des matériels et de la logistique de crise

Pour faire face à un afflux de patients ou de victimes ou à une situation susceptible de porter atteinte aux personnels et à l'infrastructure, l'AP-HP est dotée de **réserves de produits de santé et de matériels spécifiques** (antidotes, postes sanitaires mobiles, respirateurs de campagne, matériels de laboratoire ciblés NRBC, tenues de protection individuelles, unités mobiles de décontamination hospitalières, etc.). La répartition et l'importance des stocks sont variables d'un hôpital à l'autre en fonction de la spécialisation des plateaux techniques, de certains services et laboratoires et des capacités globales d'accueil. La constitution de ces stocks est notamment réalisée, d'une part dans le cadre d'une politique nationale de prévention conduite par l'Etat et, d'autre part, par l'hôpital lui-même dans le cadre de son propre plan d'organisation.

Aujourd'hui, la mobilisation des matériels et de la logistique de crise constitue un facteur essentiel de la qualité de réponse de l'AP-HP face aux situations de crise sanitaire.

Au niveau de chaque hôpital, le responsable de la logistique locale de crise veille à l'opérationnalité des dispositifs matériels et des procédures adaptées aux situations de crises (annexe XVIII). Il est le référent coordonnateur local de ces actions. Il assure cette mission en étroite collaboration avec le référent crise auprès du directeur et l'ensemble des cadres, médecins et pharmaciens, concernés par ces questions. Il agit en collaboration avec le SAMU d'emprise. Il veille aux bonnes conditions de stockage, de déstockage, à l'entretien et à la mise en œuvre des matériels en situation de crise.

En cas d'afflux inopiné de patients, l'hôpital s'appuie aussi sur le stock courant. Pour le réapprovisionnement et le renfort en logistique, il fait appel aux services généraux (voir chapitre 6) tout en informant la cellule centrale de crise des demandes exceptionnelles.

*Par ailleurs, le plan blanc local de chaque hôpital anticipe les conditions de fonctionnement de l'ensemble des organisations logistiques pour assurer, y compris en dehors des heures ouvrables, la fourniture des produits hôteliers, du linge, la restauration des patients et des personnels, l'entretien des locaux, l'évacuation des déchets, etc.*

## 5.7 Augmentation des capacités de prise en charge des victimes

Dans la perspective d'un déclenchement du plan blanc, l'augmentation des capacités de prise en charge de victimes, tant au niveau des plateaux techniques que de l'hospitalisation, est impérativement anticipée.

L'augmentation des capacités de réponse de l'hôpital repose notamment sur plusieurs éléments :

- le report d'activités programmées
- la sortie anticipée de patients hospitalisés
- l'augmentation des capacités momentanées en lits

L'augmentation globale de la capacité de réponse en médecine et en chirurgie doit pouvoir atteindre 20% des capacités locales habituelles.

L'anticipation de l'augmentation de la capacité d'hospitalisation par libération de lits (médecine, chirurgie et soins de suite) s'inscrit dans une perspective chiffrée à 4 heures, 24 heures et 72 heures après l'événement.

En cas de déclenchement du plan blanc, la cellule locale de crise dispose de ces estimations. Elle dispose aussi, en temps réel, des capacités de prise en charge des patients UA et UR.

Enfin, la cellule centrale de crise du siège est destinataire de ces informations relayées par le CERVEAU dans le cadre du dispositif SERDEAU.

## 5.8 Accueil et orientation des victimes

En cas d'afflux massif de victimes deux situations conjoncturelles sont à prendre immédiatement en considération afin de déterminer le choix du niveau initial de protection de l'hôpital et donc sa capacité à rester opérationnel :

- les victimes ne sont pas contaminées et pénètrent l'hôpital dans des conditions « ordinaires » de cheminement,
- les victimes sont contaminées et potentiellement contaminantes et sont rassemblées en un point périphérique préalablement déterminé : point de rassemblement des victimes (PRV) dans l'attente d'une décontamination afin d'assurer en amont la protection des personnels, des matériels et des locaux de l'hôpital (voir 5.3).

Dans le cadre du présent PBE, la stratégie d'accueil et d'orientation concerne des **victimes non contaminées**. L'accueil de victimes contaminées fait l'objet d'une partie complémentaire au plan blanc local, traitée dans le cadre des procédures spécifiques prévues pour faire face aux risques NR, B et C (voir 3.3).

### 5.8.1 Les hôpitaux accueillant habituellement les urgences

Les victimes bénéficient, autant que possible, de soins de qualité, identiques à ceux assurés en temps normal. En revanche l'ordre de prise en charge tient compte de la catégorisation de médecine de catastrophe (annexe I) dont l'éthique n'est plus individuelle mais collective.

**Deux populations de victimes** sont prises en compte :

- D'une part des victimes « régulées » par le SAMU qui sont accueillies directement au niveau des plateaux techniques les plus lourds. Ces victimes sont parmi les plus gravement atteintes (EU et U1).
- D'autre part des victimes « non régulées » dont les arrivées sont inopinées et éventuellement très nombreuses. Ces victimes, en majorité des urgences relatives (UR), nécessitent la mise en œuvre d'un accueil spécialisé capable d'assurer un triage afin de déterminer le degré d'urgence à la prise en charge médicale ou chirurgicale. Cet accueil relève d'une organisation de type PMA (poste médical avancé) qui est contrôlée par des médecins seniors et implantée dans des locaux répertoriés dans le plan blanc local de l'hôpital (service d'accueil des urgences avec annexes, local spécifiquement réservé, tente de campagne montée à l'entrée de l'hôpital, etc.). L'augmentation de la consommation des produits de santé dans de telles circonstances est évaluée afin de prévoir leur disponibilité à tout moment.

Afin de faciliter la circulation intérieure à l'hôpital un **fléchage des circuits** est prévu en fonction des caractéristiques opérationnelles (voir 5.4).

### 5.8.2 Les hôpitaux n'accueillant pas les urgences

Ces hôpitaux prévoient une organisation spatiale susceptible d'accueillir des victimes inopinées dans l'attente de l'appui apporté par les SAMU. Les circuits d'alerte et d'échanges d'information avec le SAMU et éventuellement la cellule centrale de crise du siège font l'objet d'une préparation attentive.

## 5.9 Traçabilité des patients hospitalisés

En cas d'accident exceptionnel, il est indispensable de pouvoir établir des bilans précoces et suivis sur la localisation des victimes hospitalisées. Dans cette perspective et en attendant la mise en place du nouveau système d'information (NSI), l'AP-HP exploite une application adaptée au contexte actuel de ses hôpitaux, dénommée VICTIMES.

### 5.9.1 L'application VICTIMES

L'application VICTIMES est opérationnelle dans l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP depuis janvier 2008.

En cas d'événement nécessitant des bilans précoces et dans le cadre du dispositif d'alerte du siège, la DPM ou l'administrateur de garde ouvre une session d'utilisation. Chaque session est qualifiée d'« événement VICTIMES » et prend le nom de l'accident (par exemple, « incendie de l'hôtel X »). Les hôpitaux qui participent à la prise en charge des victimes utilisent alors l'application dans le cadre de l'événement en cours ce qui permet à la direction générale d'établir en temps réel des bilans de suivi de l'ensemble des victimes.

*En 2008, l'identification des victimes est assurée par la saisie d'un numéro individuel attribué par les services de l'AP-HP (SMUR, accueil aux urgences, services d'hospitalisation).*

*A terme, les pouvoirs publics proposeront une solution basée sur la pose et la lecture optique de bracelets codés mis à la disposition de tous les maillons de la chaîne de santé, y compris dans les hôpitaux (voir paragraphe suivant : l'application SINUS).*

### 5.9.2 Interconnexion avec l'application SINUS

Pour les situations juridiquement complexes avec de nombreuses victimes, les pouvoirs publics développent, notamment en collaboration avec l'AP-HP, une application basée sur la pose de bracelets d'identification numérique dès la prise en charge initiale des victimes et l'exploitation des données entre les services concernés dans le respect de leurs différents codes de déontologie. Cette application est dénommée SINUS (système d'information numérique standardisé). Son interopérabilité avec VICTIMES devrait voir le jour fin 2009 sans que les données médicales individuelles puissent être partagées.

## 5.10 Information des familles et des proches

### 5.10.1 La cellule centrale de renseignement téléphonique

En cas de déclenchement du PBE avec de nombreuses victimes réparties dans plusieurs hôpitaux, la centralisation des appels des familles ou des proches peut être organisée à deux niveaux distincts sur décision des pouvoirs publics :

- soit à l'aide d'un numéro vert mis à la disposition du public par le centre d'information du public (CIP) de la préfecture de police de Paris,
- soit à l'aide d'un numéro vert géré au niveau du siège par le service de renseignement dans l'intérêt des patients (RIP) réuni en configuration de gestion de crise.

Quelle que soit la procédure utilisée, les renseignements sont limités à :

- la localisation hospitalière de la victime si elle est répertoriée au niveau du fichier VICTIMES (voir 5.9.1),
- à la communication du numéro de téléphone de la cellule d'accueil des familles de l'hôpital concerné (voir ci-dessous),
- et à l'adresse de cet hôpital.

### 5.10.2 La cellule locale de renseignement téléphonique et d'accueil des familles

En cas de déclenchement du plan blanc, l'hôpital prévoit un dispositif permettant de :

- renseigner téléphoniquement les familles orientées par la cellule RIP du siège,
- accueillir les familles à la recherche d'informations de nature médicale.

Seul, l'hôpital peut apporter des précisions à caractère médical.

Un médecin est délégué au contrôle des informations.

Un local est dédié au renseignement téléphonique et à l'accueil des familles :

- il est situé au calme, hors de la chaîne des soins et protégé des journalistes,
- les numéros de téléphone réservés au renseignement des familles sont répertoriés dans le plan blanc local,
- l'accueil des familles est organisé à l'aide d'une salle d'attente et d'un bureau réservé aux entretiens assis et individualisés.

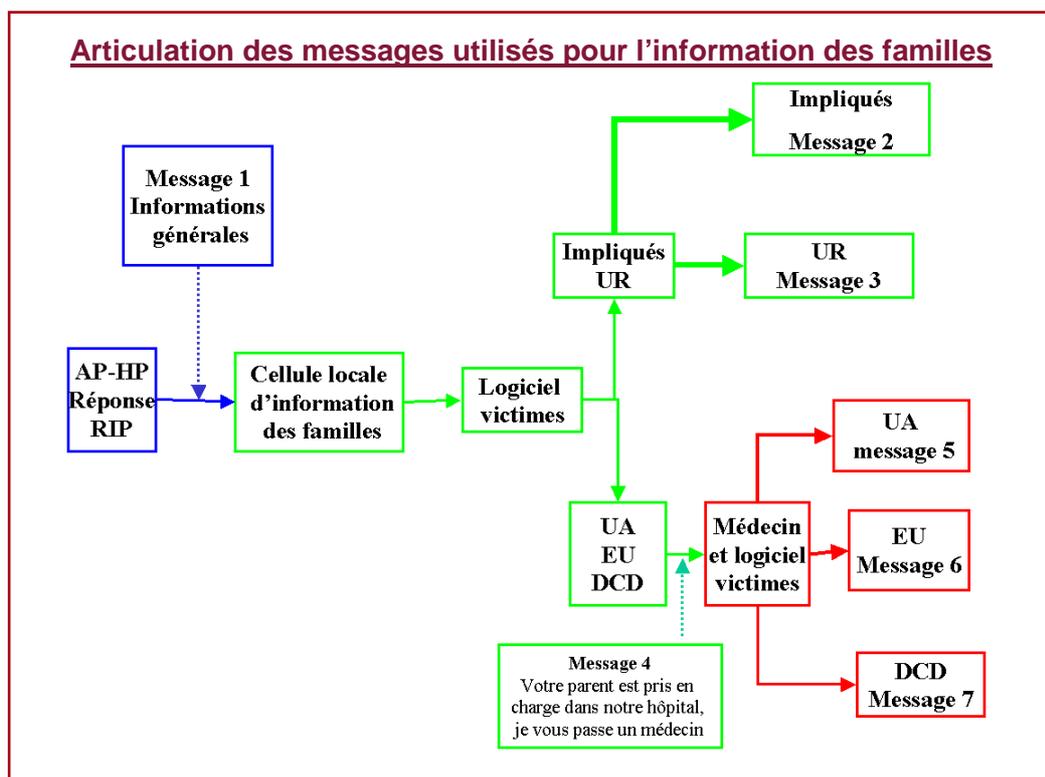
En fonction des possibilités et de la gravité de la situation, un représentant de la famille peut être autorisé à se rendre au chevet de la victime et à s'entretenir directement avec l'équipe soignante et le médecin du service.

*Il convient de préciser qu'en cas d'attentat terroriste, les établissements de santé ne pourraient divulguer des renseignements aux familles qu'après autorisation formelle du parquet de Paris.*

### 5.10.3 Le schéma d'aide à la réponse téléphonique

A chaque niveau de la chaîne de réponse téléphonique correspond un message de teneur différente.

Une série de sept messages est proposée à titre de recommandation (annexe XVII), selon le principe général suivant :



## 5.11 Communication de crise

### 5.11.1 La communication externe, destinée aux médias

En cas de déclenchement du PBE (et/ou d'un plan gouvernemental ou national), **la communication de crise de l'AP-HP est mise en œuvre en cohérence avec le plan de communication fixé par les pouvoirs publics** chargés du pilotage de la gestion de la crise (voir 3.5).

**Les messages sont élaborés en collaboration directe avec le niveau local.**

La stratégie de communication est définie par **la direction de la communication** du siège avec le concours des directeurs et des référents médicaux des hôpitaux vers lesquels se focalise l'attention des médias.

La coordination de la communication est assurée par **la cellule de communication de crise** du siège dont le rôle consiste à maîtriser la communication de l'établissement en centralisant plusieurs niveaux d'intervention :

- gestion des relations avec la presse (organisation des rencontres, interviews, reportages, points et/ou conférences de presse),
- élaboration des messages et organisation de leur validation,
- mobilisation des référents médicaux et des portes paroles,
- veille et analyse des médias.

L'interface entre le siège et le niveau local est assurée par l'intermédiaire du réseau opérationnel des cellules de crise de l'établissement (annexe X).

**La communication externe depuis le niveau local peut être opportune**

En situation de crise, et en accord avec la direction générale, les outils classiques de relation avec la presse peuvent être utilisés depuis le niveau local :

- le communiqué de presse : l'outil de la continuité de l'information, à chaque fois que des informations nouvelles doivent être transmises,
- la conférence ou le point presse : l'outil de la cohérence, pour délivrer un message identique à tous, pour faire face à de multiples demandes ou pour faire le point si la situation est grave,
- l'interview : l'outil de la réactivité, pour personnaliser la relation avec des journalistes et pour approfondir les informations.

Le porte-parole de l'AP-HP (voir 3.5.1) peut être conduit à communiquer depuis le niveau local.

Enfin, un « point médias » distinct de la cellule locale de crise est prévu pour accueillir les journalistes en cas de besoin.

*Pour mémoire, les directeurs des hôpitaux n'ont pas délégation pour les actions susceptibles d'engager l'image de l'AP-HP, notamment :*

- *la gestion de la prise de parole au nom de l'AP-HP*
- *la gestion des situations de crise donnant lieu à communication externe*
- *le droit de réponse lorsqu'il revêt un caractère institutionnel*
- *l'organisation d'action de communication à caractère institutionnel ou mobilisant des personnalités publiques*
- *l'autorisation de tournage dans les hôpitaux de l'AP-HP*

### 5.11.2 La communication interne à l'hôpital

En situation de crise, la qualité de la communication interne à l'hôpital permet de réduire le degré d'incertitude par rapport à l'événement et d'optimiser l'efficacité de la gestion locale de la situation.

En cas de déclenchement du plan blanc, les directeurs des hôpitaux mettent en œuvre les actions de communication interne à leur propre site.

L'objectif est de communiquer avec les personnels impliqués dans le fonctionnement de l'hôpital afin de les informer, notamment :

- sur la nature de l'événement ayant conduit au déclenchement du plan blanc et sur son évolution (points de situation),
- sur le plan d'actions mis en place pour faire face à la situation en précisant le rôle des différents acteurs.

Le plan de communication interne est élaboré par la direction après concertation avec le président de CCM, les chefs de service, les directeurs des soins, etc. **Il est communiqué à la direction générale** afin d'en assurer la cohérence avec le plan de communication externe.

Les circuits de l'information interne sont identifiés sur la base d'un organigramme fonctionnel.

\* \* \*

## Chapitre 6

### Le dispositif des services généraux

#### 6.1 AGEPS (agence générale des équipements et produits de santé)

L'AGEPS dispose d'une garde pharmaceutique 24 heures sur 24 et d'une cellule de crise mobilisable en permanence.

La cellule de crise est bipolaire et fondée sur le déclenchement simultané et complémentaire :

- d'un pôle administratif de crise à Paris
- d'un pôle logistique de crise à Nanterre

En cas de déclenchement du PBE, des procédures particulières sont prévues et régulièrement mises à jour :

- approvisionnement des hôpitaux
- réapprovisionnement en urgence auprès des fournisseurs
- renforcement des équipes pharmaceutiques et non médicales
- mobilisation du standard
- mise en place d'un plan de circulation du site Nanterre

En fonction du contexte, des postures particulières sont prévues en cas de :

- canicule
- menace NRBC

Enfin, en cas d'activation de plans spécifiques liés à la nature de l'événement (grippe aviaire, Piratox, Biotox, etc.), l'AGEPS assure le suivi de la disponibilité et de la localisation des médicaments et des dispositifs médicaux sensibles. Elle tient les informations à la disposition de la direction générale et des pouvoirs publics chargés de contrôler la mise en œuvre de ces plans.

#### 6.2 SCA-SMS (service central de ambulances – Sécurité, maintenance et services)

Les services SCA-SMS disposent d'une cellule de crise mobilisable en permanence.

##### 6.2.1 Service central des ambulances (SCA)

En cas de déclenchement du PBE et à la demande du siège, des SAMU ou des hôpitaux, le SCA peut assurer un appui à plusieurs niveaux :

- en personnels ambulanciers, habituellement affectés aux SMUR (rappel des personnels)
- en UMH (unités mobiles hospitalières) qui peuvent être équipées pour le transport de victimes contaminantes
- en ambulances non médicalisées, en liaison avec les ambulanciers privés
- en véhicules utilitaires pour le transport de matériels, de linge, etc.

## 6.2.2 Sécurité, maintenance et services (SMS)

### Les services techniques

Leurs domaines d'intervention sont étendus :

- Génie climatique :
  - Cuisines (chambres froides)
  - Laboratoires
  - Locaux informatiques
  - Imagerie
  - Amphithéâtres
  - Blocs opératoires
  - Locaux de vie (climatisation)
- Génie thermique :
  - Logements du domaine
  - Chaudières fuel et gaz
  - Sous stations vapeurs
- Entretien cuisine (fours, sauteuses, marmites, laves vaisselles)
- Garde de secours électrique 24h/24 (mise en place de groupes électrogènes)

Les moyens en matériels des services techniques comportent :

- des matériels de transport :
  - 19 véhicules utilitaires (type Trafic®)
  - 1 camion grue et 8 km de câbles
  - 1 camion citerne (6000 litres) et 3 cuves à fuel (3000 litres chacune)
  - 2 camions « tracteurs »
  - 7 groupes électrogènes (1 groupe de 200 KVA, 2 groupes de 350 KVA, 1 groupe de 800 KVA, 1 groupe de 1200 KVA, 1 groupe de 1600 KVA, 1 groupe de 2000 KVA)
  - 1 camion de 3,5 tonnes
- des matériels divers :
  - 4 congélateurs (- 80°C)
  - Climatiseurs mobiles
  - Stock varié de fluides frigorigènes
  - Stock de pièces détachées de 1<sup>er</sup> urgence
  - 1 système de télésurveillance

### Le département automobile

Il comporte :

- un garage pour l'entretien et les réparations du parc automobile
- 9 véhicules utilitaires dont 7 réfrigérés

## 6.3 SCB (service central des blanchisseries)

Le service central des blanchisseries dispose d'une cellule de crise mobilisable en permanence.

En cas de déclenchement du PBE et à la demande des hôpitaux qui seraient en rupture de leur propre « réserve plan blanc », le SCB peut assurer la fourniture de linge supplémentaire stocké pour les situations de crise :

- draps
- alèses
- tenues de chirurgiens, y compris à usage unique
- blouses
- chemises de malade

Dans un second temps, un relais est organisé par mise à disposition d'un stock de linge lavé de 24 heures.

#### **6.4 ACHA (approvisionnement central hôtelier et alimentaire)**

Le service ACHA dispose d'une cellule de crise mobilisable en permanence.

Sa mission principale consiste à identifier les ruptures d'approvisionnement dans les hôpitaux et à y apporter une solution dans les meilleurs délais possibles.

Le service met à disposition des hôpitaux le portail WEBACHA, consultable en permanence. Le site contient des informations sur les approvisionnements spécifiques aux situations de crise. Fin 2008, y figurent notamment des rubriques relatives aux situations suivantes :

- accidents NRBC
- canicule
- grand froid
- inondation

Chaque rubrique contient des informations classées selon les produits recherchés ou les services concernés. Des précisions sont apportées sur le contenu des marchés lorsqu'ils existent ou sur les coordonnées des fournisseurs potentiels hors marché.

\* \* \*

## Chapitre 7

### Le dispositif de continuité d'action

#### 7.1 Le réseau des référents crise

Pour renforcer le dispositif général de préparation à la gestion de crise, un réseau de « référents crise » est composé de deux correspondants par hôpital (annexe XVIII) :

- l'un référent auprès du directeur,
- l'autre responsable de la logistique locale de crise.

##### 7.1.1 Le référent crise auprès du directeur

Placé sous l'autorité du directeur, le référent crise travaille en étroite collaboration avec l'équipe de direction de l'hôpital et le conseil exécutif local, les médecins et pharmaciens concernés et le responsable de la logistique locale de crise.

Il élabore et propose l'ensemble des actions visant à préparer l'hôpital à assurer sa mission en situation de crise.

##### 7.1.2 Le responsable de la logistique locale de crise

En étroite collaboration avec le référent crise auprès du directeur et l'ensemble des cadres, médecins et pharmaciens, concernés par ces questions au sein de l'hôpital, le responsable de la logistique locale de crise veille à l'opérationnalité des dispositifs matériels et des procédures adaptées aux situations de crises.

#### 7.2 La formation

Le plan blanc local comporte un chapitre portant sur l'organisation interne de la formation permanente de l'ensemble des personnels à faire face à une situation de crise.

Le référent crise auprès du directeur (voir 7.1.1) veille à la mise en place d'une politique de formation spécifique et organise des actions d'information internes à l'hôpital en collaboration avec les médecins et pharmaciens concernés ainsi qu'avec le responsable de la logistique locale de crise. Il veille à la programmation et à l'organisation des exercices d'entraînement des personnels.

La formation peut s'appuyer sur des programmes dispensés en dehors de l'hôpital, par exemple :

- enseignement de médecine de catastrophe pour les médecins, dispensé par les universités Paris V (Necker) et Paris XII (Créteil),
- formation pratique pour intervenir en atmosphère contaminée (NRBC) pour tous les personnels, dispensé par le CESU (renseignements auprès des SAMU).

## 7.3 Les exercices de gestion de crise

Le plan blanc d'établissement et les plans blancs locaux sont régulièrement testés dans le cadre d'exercices de gestion de crise dont la fréquence est au minimum annuelle.

Les exercices de gestion de crise visent principalement à mettre en situation l'ensemble des acteurs concernés et à évaluer les capacités des différents secteurs opérationnels de l'établissement à faire face à des situations qui pourraient mettre en danger le fonctionnement de l'institution et compromettre ses missions.

L'autoévaluation des modalités de réaction face aux situations de crise fait partie d'une démarche qualité devenue indissociable des procédures de validation des acquis.

### La mise en œuvre d'un exercice plan blanc

L'exercice doit impérativement permettre de mesurer l'aptitude à faire face à des événements classés dans un ordre de complexité croissant.

Avant d'engager l'établissement tout entier dans un exercice plan blanc qui met en jeu tous les éléments constitutifs du système global de gestion de crise, il est nécessaire de tester ces éléments au niveau local, de façon successive en respectant une démarche progressive.

Au niveau local, sous l'égide du directeur, le référent crise auprès du directeur et le responsable de la logistique de crise veillent à la programmation et à l'organisation des exercices plan blanc. Un exercice de déclenchement de la cellule locale de crise (voir 5.2) et de mobilisation des personnels (voir 5.5) est programmé au moins une fois par an.

Au niveau du siège, les exercices mettant en œuvre l'ensemble des ressources de l'établissement et/ou le fonctionnement du centre opérationnel de gestion de crise (CO-Victoria) relèvent du secrétaire général.

Enfin, la politique des exercices de crise aux niveaux départemental et zonal relève de l'autorité préfectorale. A cet égard, l'AP-HP est associée chaque année à au moins un exercice de zone de grande ampleur nécessitant la mise en œuvre de mesures plan blanc (en totalité ou partielles).

### L'exercice contient des incontournables

L'exercice de gestion de crise, qu'il soit global ou partiel, doit au moins comporter les mesures incontournables de l'organisation locale de gestion de crise :

- pour le siège, voir chapitre 3,
- pour les SAMU, voir chapitre 4,
- pour les hôpitaux, voir chapitre 5,
- pour les services généraux, voir chapitre 6

### Le retour d'expérience

La capacité locale à construire une analyse précise de situation à l'issue d'un exercice ou d'une situation de crise constitue un élément essentiel du processus d'apprentissage.

Les conclusions de l'évaluation fondée sur le retour d'expérience sont prises en considération et débouchent sur des actions correctrices lorsqu'elles sont nécessaires.

\* \* \*

## Liste des ANNEXES

	<b>Pages</b>
I Afflux de patients ou de victimes : stratégie de soins et catégorisation de médecine de catastrophe	37
II Événements exceptionnels de grande ampleur pouvant générer une situation de crise sanitaire	38
III Plan blanc élargi départemental	39
IV Interventions de l'AP-HP sur des terrains de catastrophe à l'étranger et les attentats à Paris dans les années 80	40
V Loi santé publique du 9 août 2004 : titre III, chapitre 1er, article 20	41
VI Décret du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave	43
VII Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs d'établissement de santé et des plans blancs élargis	45
VIII Processus de caractérisation d'une alerte	47
IX La cellule centrale de crise et le centre opérationnel de gestion de crise	48
X Le réseau inter-opérable entre les centres opérationnels de gestion de crise et les cellules de crise	49
XI Le processus de diffusion des alertes ascendantes	50
XII Actions à conduire par les établissements de santé dans le cadre du plan VIGIPIRATE 2006 (annexe non classifiée à la circulaire HFDS n° 158 CD du 3 juillet 2007)	51
XIII Posture permanente de sécurité pour les établissements de santé (annexe non classifiée à la circulaire HFDS n°158 CD du 3 juillet 2007)	53
XIV Message faxé pour la mise en « alerte plan blanc »	56
XV Message faxé pour « l'ajustement » et « le déclenchement » du plan blanc	57
XVI Message faxé pour la « levée générale » du plan blanc	58
XVII Schéma d'aide à la réponse téléphonique	59
XVIII Attributions des « référents crise » des hôpitaux	62

## Annexe I

### **Afflux de patients ou de victimes Stratégie de soins et catégorisation de médecine de catastrophe**

En cas d'événement avec de nombreuses victimes, la **stratégie de répartition de l'offre de soins** utilisée sur le terrain par les SAMU est essentiellement fondée sur :

- l'appréciation des délais d'évacuation vers les hôpitaux,
- les capacités de prise en charge des plateaux techniques hautement spécialisés.

Afin de répartir au mieux les patients en respectant leur urgence à l'évacuation, elle-même liée au degré de gravité des lésions, les **critères de catégorisation de médecine de catastrophe** sont utilisés en distinguant :

- **les urgences absolues (UA)**
  - les extrêmes urgences (EU) dont le pronostic vital relève de soins lourds immédiats
  - les premières urgences (U1) nécessitant des soins lourds dans les toutes premières heures
- **les urgences relatives (UR)**
  - les deuxièmes urgences (U2) à hospitaliser ensuite ou plus loin
  - les troisièmes urgences (U3) à diriger en dernier vers l'infrastructure encore disponible
- **les impliqués**

Il s'agit des personnes présentes sur les lieux au moment de l'accident mais indemnes de toutes lésions physiques. En revanche, elles peuvent être victimes de psycho-traumatismes graves et, à ce titre, doivent être examinées par une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) avant d'être autorisées à quitter les lieux.
- **les décédés**

Ces procédures ne peuvent être mise en œuvre que par des personnels spécifiquement préparés, encadrés par des seniors, le plus souvent médecins réanimateurs formés à la médecine de catastrophe.

\* \* \*

## Annexe II

### **Événements exceptionnels de grande ampleur pouvant générer une situation de crise sanitaire**

Les principaux événements pouvant nécessiter la mise en œuvre d'un système de gestion de crise sanitaire sont les suivants :

- **les accidents étendus de santé publique**
  - maladies hautement transmissibles (*émérgentes et réémérgentes*)
  - ...
  
- **Le terrorisme de masse (*menace permanente*)**
  - engins incendiaires
  - engins explosifs
  - attentats contaminants NR, B, C
  - cyberterrorisme
  
- **les accidents technologiques ou criminels**
  - incendies
  - explosions
  - contaminations NR, B, C
  
- **les catastrophes naturelles**
  - intempéries : *canicule, grand froid, inondation, tempête*
  
- **les arrêts prolongés des services vitaux**
  - fournitures en eau, gaz, électricité
  - neutralisation totale des transports en commun
  - fonctionnement des systèmes d'information (*dont Internet*)

\* \* \*

## Annexe III

### **Plan blanc élargi départemental**

Le plan blanc élargi, anciennement dénommé schéma départemental des plans blancs, a vocation à construire, au niveau de chaque département, une coordination de l'ensemble du système de santé visant la gestion préfectorale d'un événement exceptionnel qu'un établissement de santé ne pourrait maîtriser seul.

L'objectif est de mettre à la disposition des préfets de département un outil de réponse aux risques et menaces sanitaires graves quelles que soient leurs caractéristiques (annexe II).

Il est élaboré par la DDASS avec l'appui du SAMU départemental.

Le plan blanc élargi permet la mobilisation, si nécessaire, de toutes les structures sanitaires et médico-sociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par ces types d'événements. Il précise leur rôle, les modalités de leur mobilisation et les moyens de leur coordination.

Il prévoit également :

- les éléments et les phases sur lesquels reposent la réactivité du dispositif ainsi que la mobilisation et la coordination des moyens qui s'inscrivent dans une logique de planification régionale
- la connaissance des risques et leur prévision
- la gestion des flux de victimes, régulées en coordination avec le SAMU, en fonction de la nature de l'événement

\* \* \*

## Annexe IV

### Interventions de l'AP-HP sur des terrains de catastrophe à l'étranger et les attentats à Paris dans les années 80

#### Aide humanitaire d'Etat à l'étranger

<b>1980</b>	octobre	Algérie	tremblement de terre à <b>El Asnam</b>
<b>1984</b>	décembre	Inde	fuite de pesticide à <b>Bhopal</b>
<b>1985</b>	septembre	Mexique	tremblement de terre à <b>Mexico</b>
<b>1988</b>	décembre	Arménie	tremblement de terre à <b>Léninakan</b>

#### Attentats à Paris

<b>1980</b>	octobre	attentat <b>rue Copernic</b> (synagogue)	4 morts	22 blessés
<b>1982</b>	avril	attentat <b>rue Marbeuf</b> (opposition syrienne)	1 mort	63 blessés
	août	attentat <b>rue des Rosiers</b> (Goldenberg)	6 morts	22 blessés
	août	attentat <b>av de la Bourdonnais</b>	1 mort	1 blessé
<b>1983</b>	juillet	attentat <b>aéroport d'Orly</b> (Turkish Air)	8 morts	60 blessés
	décembre	attentat <b>Grand Véfour</b>		10 blessés
<b>1985</b>	décembre	attentat <b>Galleries Lafayette et Printemps</b>		51 blessés
<b>1986</b>	février	attentat <b>Champs Elysées</b> (Claridge)		7 blessés
	février	attentat <b>Gibert Jeune</b>		4 blessés
	février	attentat <b>FNAC Halles</b>		15 blessés
	mars	attentat <b>Champs Elysées</b> (Point Show)	2 morts	21 blessés
	septembre	attentat <b>Hôtel de ville</b> (poste)	1 mort	16 blessés
	septembre	attentat <b>La Défense</b> (cafétéria)		43 blessés
	septembre	attentat <b>Champs Elysées</b> (Pub Renault)	2 morts	1 blessés
	septembre	attentat <b>Préfecture de police</b>	1 mort	45 blessés
	septembre	attentat <b>rue de Rennes</b> (Tati)	7 morts	54 blessés
	<b>1987</b>	novembre	attentat <b>rue Falguière</b>	

*(plus tard, pour mémoire)*

<b>1995</b>	juillet	attentat <b>RER St-Michel</b>	8 morts	150 blessés
	octobre	attentat <b>métro Maison Blanche</b>		16 blessés
	octobre	attentat <b>RER musée d'Orsay</b>		30 blessés
<b>1996</b>	décembre	attentat <b>RER Port-Royal</b>	4 morts	170 blessés

## Annexe V

### Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

#### TITRE III : MODERNISATION DU SYSTÈME DE VEILLE, D'ALERTE ET DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

##### Chapitre II : Prévention et gestion des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence

##### Article 20

I. - Sont insérés dans le code de la santé publique quatre articles, L. 3110-7 à L. 3110-10, ainsi rédigés :

« Art. L. 3110-7. - Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

« Le plan blanc est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement de santé sur proposition de son directeur ou de son responsable et après avis des instances consultatives. Il est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au service d'aide médicale urgente départemental.

« Il peut être déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.

« Dans tous les cas, le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le service d'aide médicale urgente départemental et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs.

« Art. L. 3110-8. - Si l'afflux de patients ou de victimes où la situation sanitaire le justifie, 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. Il informe sans délai le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan.

« Ces réquisitions peuvent être individuelles ou collectives. Elles sont prononcées par un arrêté motivé qui fixe la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition ainsi que les modalités de son application. Le représentant de l'Etat dans le département peut faire exécuter d'office les mesures prescrites par cet arrêté.

« L'indemnisation des personnes requises et des dommages causés dans le cadre de la réquisition est fixée dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 59-63 du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services.

« Art. L. 3110-9. - La compétence attribuée au représentant de l'Etat dans le département par l'article L. 3110-8 peut être exercée, dans les mêmes conditions, par les préfets de zone de défense et par le Premier ministre si la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes le justifient. Les réquisitions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 3110-8 sont alors prononcées par arrêté du préfet de zone de défense ou par décret du Premier ministre.

« Dans chaque zone de défense, des établissements de santé de référence ont un rôle permanent de conseil et de formation et, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, ils peuvent assurer une mission de coordination ou d'accueil spécifique.

« Art. L. 3110-10. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des articles L. 3110-7 à L. 3110-9 et notamment :

« a) Les conditions de mobilisation successive des moyens au niveau du département, de la zone de défense ou au niveau national selon la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes ;

« b) La procédure d'élaboration des plans blancs du département et de la zone de défense ;

« c) Les modalités d'exécution des réquisitions, notamment la procédure applicable en cas d'exécution d'office ;

« d) L'évaluation et le paiement des indemnités de réquisition ;

« e) Le rôle et le mode de désignation des établissements de référence mentionnés à l'article L. 3110-9.

»

II. - Il est inséré, après l'article L. 3116-3 du même code, un article L. 3116-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3116-3-1. - Le fait de ne pas respecter les mesures prescrites par l'autorité requérante prévues aux articles L. 3110-8 et L. 3110-9 est puni de six mois d'emprisonnement et de 10 000 EUR d'amende. »

\* \* \*

## Annexe VI

### **Décret du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3110-7 à L. 3110-10 ;

Vu le décret n° 95-523 du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués et correspondants de zone de défense ;

Vu le décret n° 2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone ;

Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** - Au début du titre Ier du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires), il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« **Menace sanitaire grave**

« Section 2

« **Plan blanc d'établissement**

« Art. R. 3110-4. - Le plan blanc d'établissement mentionné à l'article L. 3110-7 définit notamment :

« 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 oeuvre du plan.

« Art. R. 3110-5. - Le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année.

« Section 3

« **Plan blanc élargi**

« Art. R. 3110-6. - Le plan blanc élargi mentionné à l'article L. 3110-8 recense à l'échelon du département l'ensemble des personnes, biens et services susceptibles d'être mobilisés pour une crise sanitaire grave, notamment les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. En fonction de risques qu'il identifie, il définit les modalités de leur mobilisation et de leur coordination, en liaison,

en particulier, avec le service d'aide médicale urgente. Il tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-1 et du plan régional de santé publique mentionné à l'article L. 1411-11.

« Art. R. 3110-7. - Le plan blanc élargi est préparé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et en Guadeloupe, en Guyane et en Martinique, par le directeur de la santé et du développement social. Il est arrêté, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police. Il est transmis notamment aux établissements de santé du département et au conseil départemental de l'ordre des médecins. « Il est révisé chaque année.

#### « Section 4

#### « Risques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques

« Art. R. 3110-8. - Le préfet de zone de défense exerce la compétence prévue à l'article L. 3110-9 si la nature de la crise sanitaire le justifie et notamment en cas de risque ou d'accident nucléaire, radiologique, biologique ou chimique.

« Art. R. 3110-9. - Un arrêté du ministre chargé de la santé désigne pour chaque zone de défense un ou plusieurs établissements de santé de référence pour les situations sanitaires exceptionnelles mentionnées à l'article L. 3110-9.

« Ces établissements disposent :

- « 1° D'un service d'aide médicale urgente ;
- « 2° D'un service d'accueil des urgences ;
- « 3° D'un service de maladies infectieuses doté de chambres d'isolement à pression négative ;
- « 4° D'un service de réanimation doté de chambres d'isolement ;
- « 5° D'un service de pédiatrie doté de chambres d'isolement à pression négative ;
- « 6° D'un service de médecine nucléaire ;
- « 7° D'un laboratoire d'un niveau de confinement L 3 ;
- « 8° D'une aire permettant de poser un hélicoptère.

« Art. R. 3110-10. - A l'échelle de la zone de défense, les établissements de santé de référence sont chargés :

- « 1° D'apporter une assistance technique aux délégués de zone responsables des affaires sanitaires et sociales ;
- « 2° De conseiller les établissements de santé sur les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques et de former leurs personnels en ce domaine ;
- « 3° De porter un diagnostic et, le cas échéant, d'assurer une prise en charge thérapeutique en cas d'accident nucléaire, radiologique, biologique ou chimique. »

**Article 2** - Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, et le ministre de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

\* \* \*

## Annexe VII

### **Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs d'établissement de santé et des plans blancs élargis**

#### **Textes de références :**

- Code de la santé publique : article L. 3110-7 à L. 3110-10 issus de la loi relative à la politique de santé publique, articles R. 3110-4 à R. 3110-10 issus du décret no 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Décret no 95-523 du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués et correspondants de zone de défense.
- Décret no 2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone.
- Décret no 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements.
- Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence (édition 2006).

**Texte abrogé :** circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

**Annexe :** guide plan blanc et gestion de crise, guide d'aide à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

Le guide « Plan blanc et gestion de crise », dans sa deuxième édition, annexée à la présente circulaire, confirme la politique volontariste du ministère de la santé et des solidarités pour organiser et mettre en oeuvre les outils nécessaires pour prévenir et gérer les situations d'urgence sanitaire et de crise.

Les thèmes relatifs à la préparation des plans blancs, aux organisations mises en place, aux exercices de simulation ou encore à la sensibilisation et à la formation de l'ensemble des acteurs de santé, déclinés tout au long de cet ouvrage, sont des éléments déterminants pour la réussite de cette politique.

Fondé sur une organisation territoriale, le dispositif de gestion de crise doit être actualisé régulièrement prenant en compte l'évolution rapide des risques sanitaires. Par ailleurs la mise en place d'un dispositif global de gestion de crise ne pourra être que bénéfique à l'implication de tous les professionnels de santé et à la mutualisation de leurs compétences respectives.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que tout établissement de santé, public ou privé, est dans l'obligation d'élaborer un plan blanc lui « permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation d'urgence sanitaire, et que tout département élabore un plan blanc élargi. Par ailleurs des établissements de santé de référence sont désignés dans chaque zone de défense.

Le décret d'application du 30 décembre 2005 précise les termes de la loi.

Cette circulaire explicite les modalités de mise en oeuvre et les moyens d'y parvenir.

#### **A. Chaque établissement de santé met en oeuvre une politique de prévention et de gestion de crise**

Conformément à la réglementation, tout établissement de santé quel que soit son statut dispose d'un plan blanc.

Les enseignements des événements passés ont en effet montré que :

- tout établissement de santé peut être mis en situation de recevoir spontanément des victimes qui n'auraient pas été préalablement régulées ;
- tout établissement peut être victime d'une catastrophe ou d'un dysfonctionnement interne porteur de graves conséquences sur son activité ;
- dans ces circonstances, tout établissement doit assurer la protection de son personnel. Ces dispositions sont prévues dans ce cadre.

Le rôle du directeur est essentiel, assurant notamment :

- la sensibilisation de l'ensemble des personnels à la prévention et à la gestion de crise ;
- la mise en place d'une organisation de gestion de crise ;
- la mise en oeuvre des formations adaptées ;
- la désignation des « référents plan blanc » dans chaque service ou pôle d'activité.

L'élaboration du plan blanc et sa mise en oeuvre impliquent l'ensemble des professionnels de l'établissement (administratifs, médecins, soignants, personnels techniques).

Une attention particulière est apportée à l'organisation du circuit de veille et d'alerte au sein de l'établissement. Une analyse rigoureuse des risques spécifiques liés au contexte dans lequel se situe l'établissement est impérative. La gestion des risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), également essentielle, tient compte de l'implantation géographique de l'établissement de santé et des risques émergents.

Le plan blanc doit être régulièrement testé dans le cadre d'exercices dont la fréquence est au minimum annuelle.

Le plan blanc de l'établissement de santé s'intègre dans le plan blanc élargi, lequel définit la coordination entre les différentes structures ou acteurs de santé susceptibles d'intervenir.

**B. Le plan élargi, anciennement dénommé schéma départemental des plans blancs, a vocation à construire, au niveau du département, une coordination de l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.**

L'objectif est de mettre à disposition des préfets de département un outil de réponse aux menaces sanitaires graves pouvant être adapté aux risques spécifiques quelles que soient leurs caractéristiques (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), climatiques, technologiques...).

Le plan blanc élargi permet la mobilisation si nécessaire de toutes les structures sanitaires et médico-sociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par ce type d'événement.

Il précise leur rôle, les modalités de leur mobilisation et les moyens de leur coordination.

Il est élaboré par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales avec l'appui des SAMU.

**C. Les établissements de santé de référence sont désignés dans chaque zone de défense civile**

Le décret du 30 décembre 2005 précise les missions des établissements de santé de référence dont la liste est fixée par arrêté de la même date. Ces établissements disposent de moyens relatifs à ces risques devant leur permettre, lorsque les circonstances l'exigent :

- d'apporter une assistance technique voire de conseiller les établissements de santé ;
- de porter un diagnostic et ou d'assurer la prise en charge thérapeutique ;
- de former et d'entraîner les professionnels de santé en ces domaines.

Cette circulaire annule et remplace la circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

\* \* \*

## Annexe VIII

### Processus de caractérisation d'une alerte

Deux étapes sont fondamentales dans le processus de fonctionnement du système d'alerte :

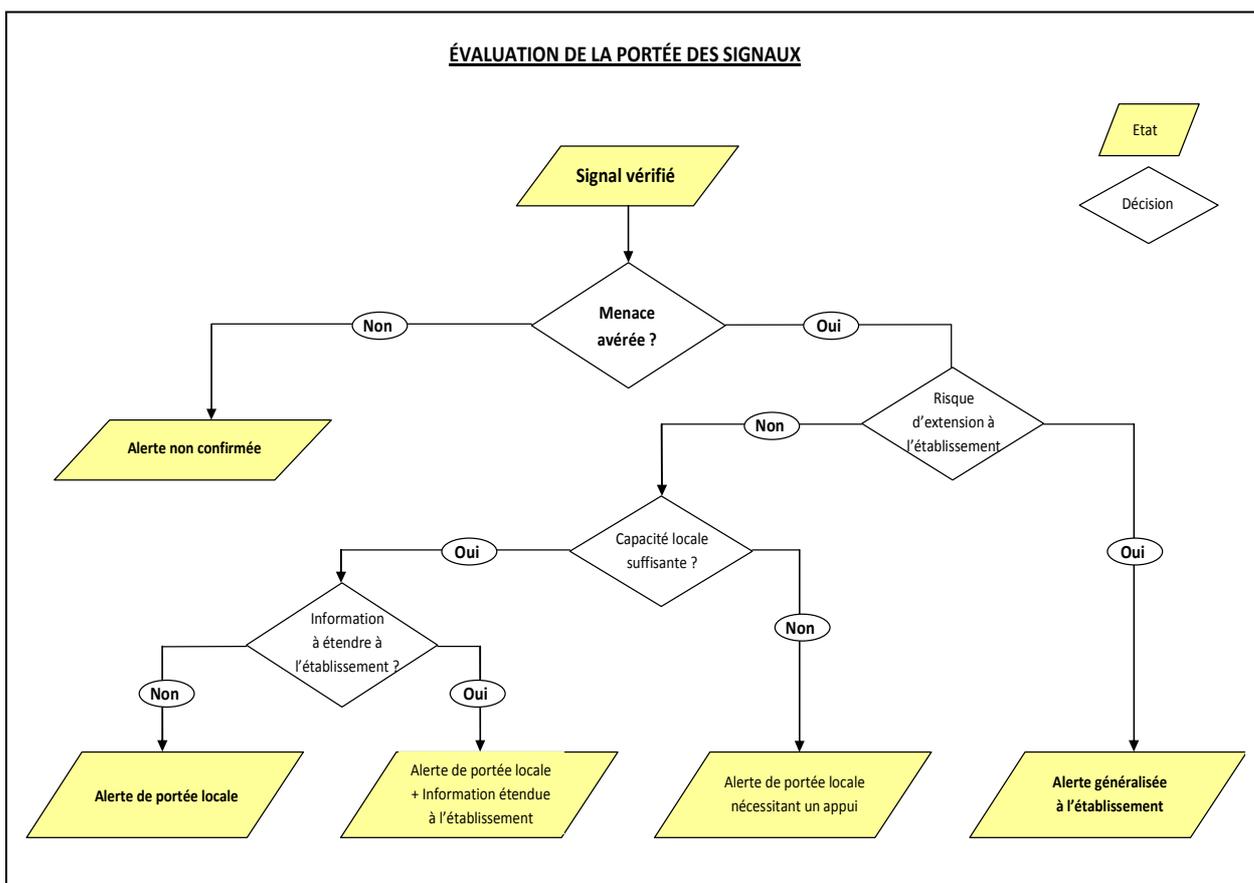
#### 1. La vérification des signaux

Cette séquence concerne la surveillance des événements. Elle inclut l'étape de filtrage des signaux qui élimine les signaux non pertinents et permet d'identifier les signaux qui nécessitent un traitement immédiat par rapport à ceux qui font l'objet d'une vérification de principe. La vérification du signal est attribuée à un expert ou à un service spécialisé en fonction de sa nature.

#### 2. L'évaluation de la portée des signaux et la caractérisation de l'alerte

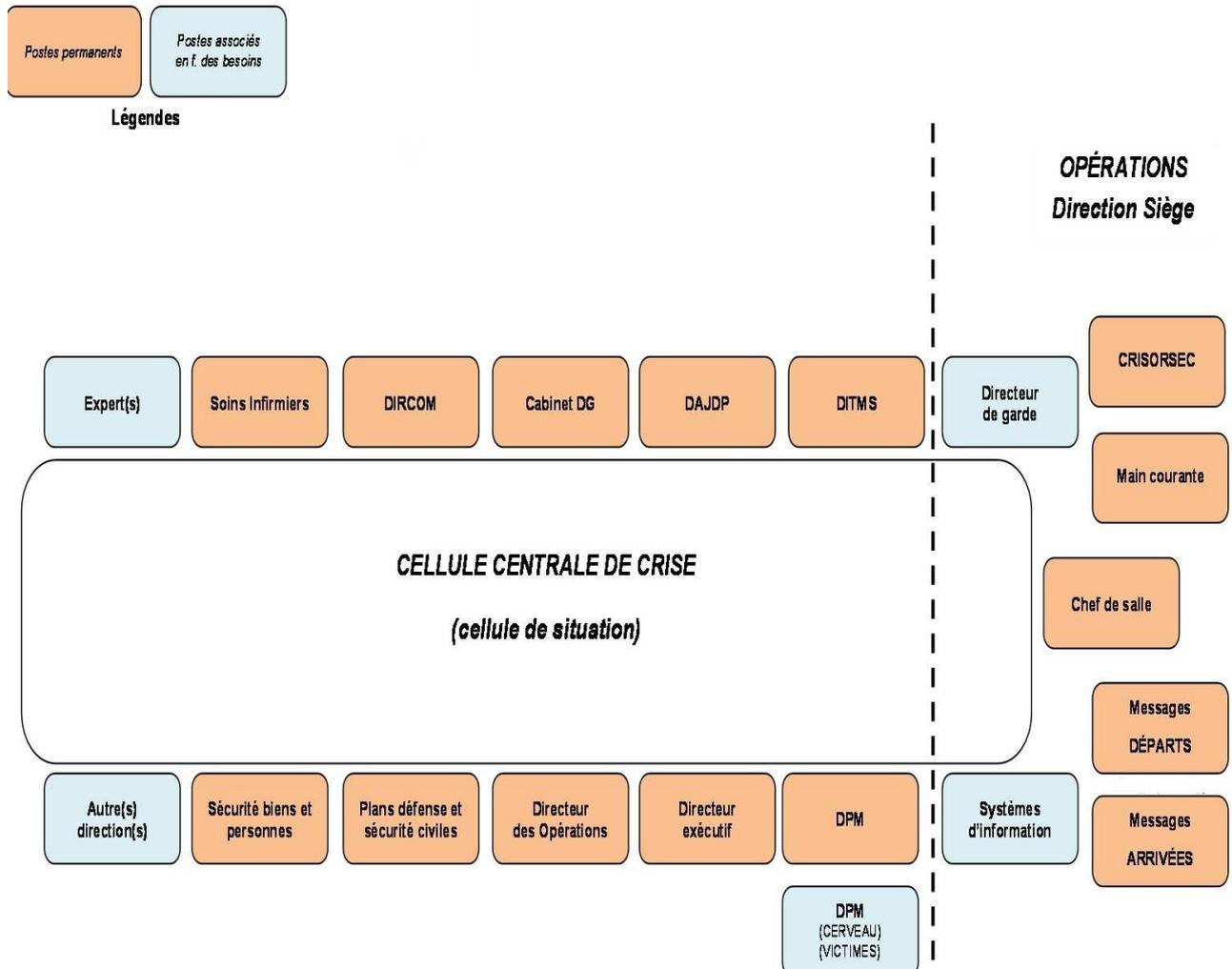
Un signal, même vérifié, n'est pas toujours porteur d'une alerte au sens d'une menace visant la santé publique ou le fonctionnement de l'établissement. Cette menace potentielle doit être évaluée et sa portée caractérisée.

Le schéma ci-dessous représente le processus nécessaire à la caractérisation d'une alerte :



# Annexe IX

## La cellule centrale de crise et le centre opérationnel de gestion de crise





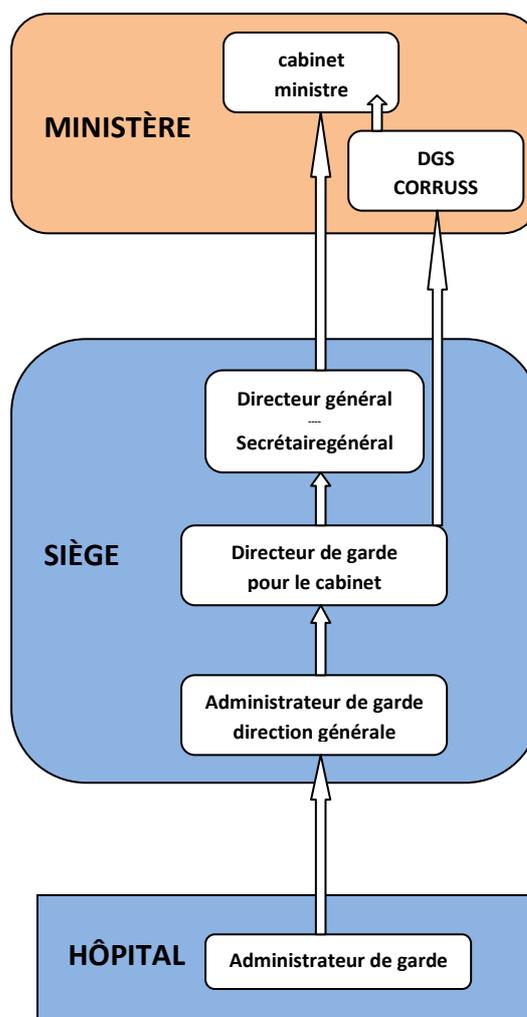
## Annexe XI

### Le processus de diffusion des alertes ascendantes

Tout événement indésirable survenant au niveau d'un hôpital fait l'objet, de la part de la direction locale ou de l'administrateur de garde, d'une information ascendante vers le siège :

- de jour, au cabinet du directeur général (directeur adjoint du cabinet),
- la nuit et les jours fériés, à l'administrateur de garde de la direction générale qui en informe systématiquement le directeur adjoint du cabinet ou le directeur de garde pour le cabinet.

Dès lors, toute information de nature à comporter des conséquences sanitaires ou sociales graves ou à portée médiatique ou politique potentielle est signalée au secrétaire général ou/et au directeur général ainsi qu'au centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) du ministère chargé de la santé.



## Annexe XII

### **Actions à conduire par les établissements de santé dans le cadre du plan VIGIPIRATE 2006**

(annexe non classifiée à la circulaire HFDS n°158 CD du 3 juillet 2007)

- *A* : mesures pour les autorités publiques
- *O* : mesures pour les opérateurs
- *C* : mesures communes aux autorités publiques et aux opérateurs

#### **I – Les mesures du domaine « ressources de santé » (SAN)**

SAN A.b	O Pour les laboratoires BIOTOX-PIRATOX : vérifier les conditions de montée en puissance opérationnelle et procéder à des tests de réactivité à l'initiative des chefs d'unité de laboratoire.
SAN A.d	C Pour la veille sanitaire : sur indication DGS-InVS, élargir les champs d'investigation et augmenter la fréquence des mesures et analyses.
SAN A.f	O Pour les établissements de santé et médico-sociaux : contrôler l'opérationnalité des plans blancs (ou plan bleu); tester la réactivité des fournisseurs de produits essentiels au fonctionnement des établissements (fluides, produits sanguins et produits de santé).
SAN C.c	C A la demande des préfets qui testent les plans blancs élargis, les chefs d'établissement testent les procédures de mise en œuvre des plans blancs.
SAN C.d	C Pour la veille sanitaire : sur indication DGS-InVS, orienter la vigilance sanitaire sur les agents de la menace.
SAN C.e	O Pour les laboratoires BIOTOX-PIRATOX : cibler les analyses en fonction de la menace.
SAN C.g	C Pour les opérateurs de points d'importance vitale de la chaîne pharmaceutiques : activer les procédures de préparation de la mobilisation des stocks de produits de santé.
SAN E.d	C Pour la veille sanitaire : préparer le passage en capacité maximale de fonctionnement.
SAN E.f	O Pour les établissements de santé : renforcer la mise à disposition des moyens de transport sanitaire (SAMU, sociétés d'ambulances).
SAN E.g	C Mettre les opérateurs de points d'importance vitale de la chaîne pharmaceutique en alerte pour garantir la disponibilité et la réactivité de la chaîne logistique de ressources en santé.
SAN E.h	O Pour les laboratoires BIOTOX-PIRATOX : préparer le passage en capacité maximale de fonctionnement.
SAN E.i	O Pour les établissements de santé et médico-sociaux : augmenter sélectivement le niveau des stocks de produits essentiels.
SAN E.j	O Pour les établissements de santé dans lesquels sont préposés des antidotes : s'assurer de leur disponibilité immédiate (mise à bord des véhicules d'intervention).
SAN H.b	O Activer les cellules de crise lorsqu'elles sont prévues et mettre en place des permanences 24h/7j dans les installations nécessitant une réactivité maximum, notamment les laboratoires des réseaux BIOTOX et PIRATOX, les laboratoires hospitaliers, les laboratoires des centres nationaux de référence, les unités de la chaîne logistique des produits de santé.

SAN H.d	C Pour la veille sanitaire : se mettre en capacité maximale d'emploi 24h/7j.
SAN H.f	O Pour les établissements de santé et médico-sociaux : déclencher les plans blancs et mettre les services concernés en capacité maximale d'emploi 24h/7j (3 jours).
SAN H.g	O Pour les opérateurs de points d'importance vitale de la chaîne pharmaceutique : se mettre en capacité maximale d'emploi 24h/7j.
SAN H.h	O Pour les laboratoires BIOTOX-PIRATOX : se mettre en capacité maximale d'emploi 24h/7j.

## II – Les mesures du domaine « secours et soins aux populations » (SSP)

SSP A.b	O Dans les SAMU/SMUR et établissements détenant des équipements spécifiques, vérifier à chaque changement de posture la connaissance par le personnel des procédures de perception et d'utilisation des tenues de protection NRBC ; entraîner le personnel à l'habillage et au déshabillage (pour avoir en permanence un effectif formé suffisant).
SSP A.e	O Préparer la mobilisation graduée des ressources humaines et matérielles en fonction du niveau de menace ; en vérifier la capacité.
SSP A.h	O Vérifier de manière détaillée les capacités d'intervention des services de première intervention (SAMU-SMUR).
SSP C.e	O Vérifier régulièrement la disponibilité et le fonctionnement des capacités spécifiques (SAMU-SMUR).
SSP C.j	O Équiper chaque équipe de secours d'un dosimètre réglé sur le seuil d'alerte collectif public (SAMU-SMUR).
SSP D.c	O Préparer l'acheminement rapide des moyens NRBC, prioritairement pour la décontamination.
SSP E.e	O Vérifier quotidiennement la disponibilité et le fonctionnement des équipes et des moyens et la connaissance des procédures.
SSP F.c	O Distribuer dans les zones menacées les équipements et matériels de protection NRBC au personnel et les mettre en place dans les véhicules d'intervention ; délai d'intervention fixé à 15 minutes pour le premier échelon et 30 minutes pour le deuxième (SAMU-SMUR).
SSP F.f	C Chaque établissement de santé concerné, sur ordre du préfet, prépare la mise à disposition des stocks d'antibiotiques et de vaccins en vue de leur distribution.
SSP H.e	O Rendre disponibles les matériels de secours placés en position de réserve ou d'entretien (principalement les respirateurs), lorsque cela n'est pas de nature à affecter la sécurité des utilisateurs.
SSP I.c	O Mettre en place l'ensemble des équipements et matériels sur véhicules et les tenir prêts à être mis en œuvre sous 15 minutes (SAMU-SMUR).
SSP I.d	C Sur décision du préfet, tenir tous les moyens NRBC prêts pour un engagement immédiat dans les établissements concernés.
SSP I.f	C Sur décision du préfet, dans les établissements de santé concernés, tenir prêts pour un engagement immédiat, les antibiotiques ou les moyens pour la vaccination antivariolique.

## Annexe XIII

### **Posture permanente de sécurité pour les établissements de santé (annexe non classifiée à la circulaire HFDS n°158 CD du 3 juillet 2007)**

#### **I – Ressources de santé**

##### **Planifier**

- Préparer les mesures particulières de sécurité des zones les plus sensibles ou des points névralgiques.
- Établir les procédures d'urgence liées aux différents scénarios de menaces et élaborer les plans de secours et de sécurité interne.
- Pour les établissements de santé et médico-sociaux : élaborer et tenir à jour les plans blancs.

##### **Sensibiliser et former**

- Informer le personnel des menaces potentielles et le sensibiliser au respect des procédures.
- Informer le personnel sur le contenu et les conditions de mise en œuvre des mesures de sécurité et des plans de secours.
- Former les responsables et entraîner les personnels à l'exécution des procédures collectives d'urgence.
- Entraîner régulièrement les cadres et les intervenants en pratiquant des exercices adaptés.

##### **Organiser**

- Organiser les procédures d'alerte et de rappel du personnel.
- Sélectionner et former les personnels référents et les premiers intervenants et constituer les équipes de sécurité et de secours.
- Mettre en place les dispositifs d'alerte du personnel.
- Organiser en fonction des scénarios retenus un système d'astreinte et permanence 24h/7j.
- Identifier les correspondants des pouvoirs publics (sécurité et secours) compétents ; tenir ces derniers informés des évolutions des dispositifs de secours internes.
- Pour les points d'importance vitale et les lieux de conservation des produits de santé, des agents pathogènes ou des produits dangereux dans le domaine NRBC pouvant présenter un risque pour la santé publique : définir et tenir à jour en permanence les listes des personnes et entreprises ayant un droit d'accès.
- Identifier les moyens nécessaires à la mise en œuvre des procédures d'urgence : disposer d'une chaîne de transmission des informations et consignes.
- Maintenir en condition opérationnelle les matériels et équipements nécessaires à la mise en œuvre des plans d'intervention.
- Pour le réseau BIOTOX-PIRATOX : mettre les laboratoires aux normes fixées par l'arrêté du 13 août 1996
- Procéder à des inspections régulières des conditions de fonctionnement et des dispositifs opérationnels.

##### **Prévenir**

- Analyser les risques et identifier les vulnérabilités pouvant affecter les ressources de santé.
- Doter les installations de systèmes de surveillance de base adaptés à leur contexte et à leurs activités, notamment au voisinage des points névralgiques.
- Pour la veille sanitaire : développer les réseaux de surveillance et d'alerte et les adapter aux menaces. Développer dans les établissements de santé un système de remontée de l'information des événements suspects (menaces, appels anonymes,...).

- Contrôler les habilitations et les autorisations administratives d'accès des personnels et des entreprises lors de l'accès aux points névralgiques des installations.
- Vérifier périodiquement la disponibilité et le fonctionnement des équipements et moyens concourant à la sécurité générale.
- Maintenir un niveau élevé de sécurité des systèmes d'information.
- Prendre des dispositions pour adapter les niveaux de stocks de produits de santé stratégiques en fonction des circonstances, sur indication des préfets.
- Vérifier régulièrement la disponibilité et le fonctionnement des moyens de secours (groupes électrogènes,...), des réseaux vitaux, moyens et équipements spécifiques concourant à la sécurité générale (téléphones, fermetures, ventilation, alarmes et alertes, signalétiques...).

## **II –Secours et soins aux populations**

### **Planifier**

- Etablir les procédures d'urgence liées aux différents scénarios et élaborer les plans de secours ou de sécurité interne.

### **Sensibiliser et former**

- S'assurer de la connaissance par les personnels des collectivités territoriales, des hôpitaux et des services de l'Etat de l'existence et des capacités de la cellule nationale de conseil (CNC) pour le traitement des plis et colis suspects.
- Former le personnel amené à prendre en charge des victimes, à l'utilisation des équipements NRBC et à ses missions dans le dispositif d'intervention (circulaires 700 et 800).
- Rédiger et diffuser une documentation sur l'intervention des services de secours et de soins en cas d'attentat (conseils en protection et sur les premières réactions).
- Développer l'enseignement du secourisme.
- Entraîner régulièrement les cadres et les intervenants en organisant des exercices adaptés.
- Informer et former les intervenants NRBC et les personnels chargés des installations à risque ; rappeler les menaces, les plans et les consignes ; mener au moins deux entraînements spécifiques et un exercice avec répétition des procédures pour chaque intervenant.

### **Organiser**

- Définir les besoins adaptés à la protection individuelle et collective en intervention.
- Mettre en place une procédure de contrôle de disponibilité de moyens et un contrôle de la sécurité du matériel.
- Vérifier en permanence la disponibilité de l'ensemble de la documentation technique.
- Organiser un système d'astreinte et de permanences 24h/7j.
- Organiser une procédure d'alerte et de rappel du personnel.
- Acquérir les équipements individuels et collectifs ainsi que les lots destinés au montage sur véhicule ou aéronef ; constituer des stocks de produits de santé pour les intoxications chimiques, biologiques ou radioactives ; mettre en place les tenues de protection auprès du personnel ; vérifier annuellement les conditions de stockage, l'état des stocks et leur accessibilité ; assurer en temps utile leur renouvellement ; assurer le maintien en condition opérationnelle des tenues et des cartouches et leur réapprovisionnement ; identifier et tenir à jour un état des moyens des administrations, collectivités et opérateurs ; disposer d'un personnel formé au NRBC.
- Tenir constamment à jour la liste des responsables de sécurité et de secours (annuaire).
- Tenir constamment à jour la liste des correspondants opérationnels publics et des auxiliaires privés des services de secours et de soins et des bénévoles (annuaire).
- Organiser des liaisons opérationnelles avec ces correspondants et auxiliaires et en garantir en permanence le fonctionnement.

### **Protéger**

- Décliner, en concertation avec les pouvoirs publics, les procédures d'intervention en cas d'attentat ou de suspicion d'attentat en fonction des différentes menaces ; les tenir à jour.
- Etablir la liste des centres de secours dont le renforcement doit être prévu afin d'assurer une capacité d'action permanente.

## **III – Bâtiments publics sensibles et lieux recevant du public**

### **Planifier**

- Elaborer le plan de stationnement et de circulation

### **Prévenir**

- Assurer la maintenance de toutes les installations techniques de sécurité et garantir leur parfait fonctionnement.
- Se doter de systèmes de ralentisseurs adaptés à l'entrée des sites.

\* \* \*

## Annexe XIV

### Message faxé pour la mise en « alerte plan blanc »

Autorité d'origine : Direction générale Paris, le .....  
heure .....

**Destinataires pour action :**

**Hôpitaux accueillant les urgences  
SAMU 75, 92, 93, 94  
AGEPS – SCA/SMS**

**Autres destinataires :**

**Objet : Mise en « ALERTE PLAN BLANC »**

**Texte :**

1 - Suite à .....

la direction générale de l'AP-HP décide de déclencher l'alerte plan blanc des hôpitaux accueillant les urgences

2 - Vous demande d'**accuser réception du présent message par mail au :**

[crise.siege-aphp@sap.aphp.fr](mailto:crise.siege-aphp@sap.aphp.fr)

3 - Vous demande d'**activer votre propre cellule locale de crise**

4 - Vous demande de **confirmer** la convocation de votre cellule locale de crise par télécopie au :

**Fax : 01 40 27 46 02**

5 - Le niveau d'ajustement du déclenchement du plan blanc vous sera précisé par télécopie dans les meilleurs délais possibles

Nom du rédacteur : .....



## Annexe XVI

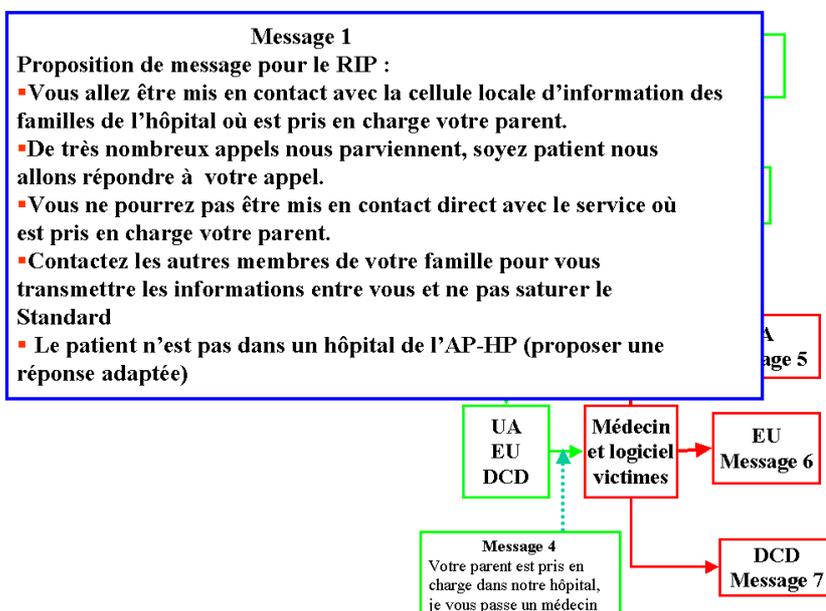
### Message faxé pour la « levée générale » du plan blanc

<b>Autorité d'origine :</b>	Direction générale	Paris, le .....
		heure .....
<b>Destinataires pour action :</b>		
<b>Hôpitaux accueillant les urgences</b> <b>SAMU 75, 92, 93, 94</b> <b>AGEPS – SCA/SMS</b>  <b>+/- Hôpitaux SSR et SLD</b>		
<b>Autres destinataires :</b>		
<b>Objet :</b>	<b><u>Levée générale du « PLAN BLANC »</u></b>	
<b>Texte :</b>	Suite à la mise en « alerte plan blanc » et compte tenu de l'état actuel de la situation, <b>la direction générale de l'AP-HP décide la levée générale du plan blanc</b> au sein de son établissement	

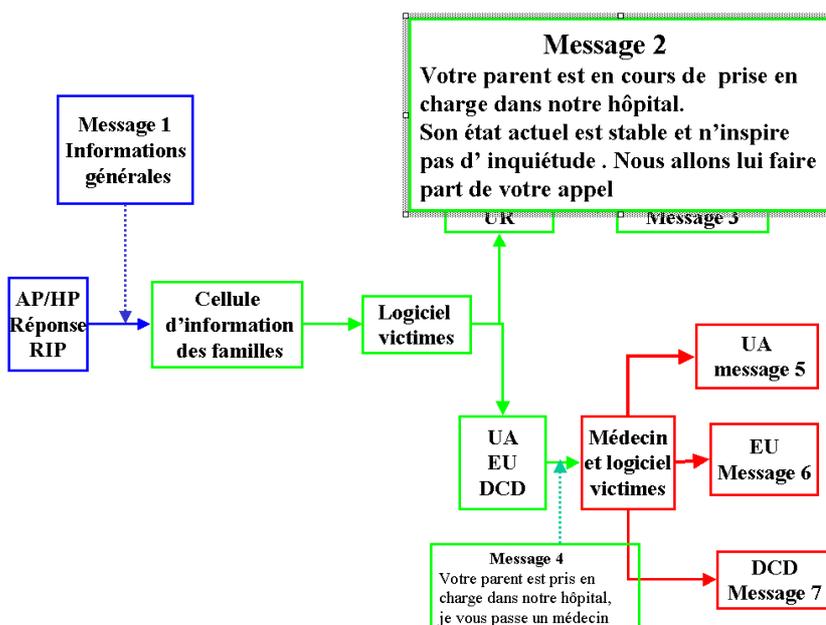
## Annexe XVII

### Schéma d'aide à la réponse téléphonique

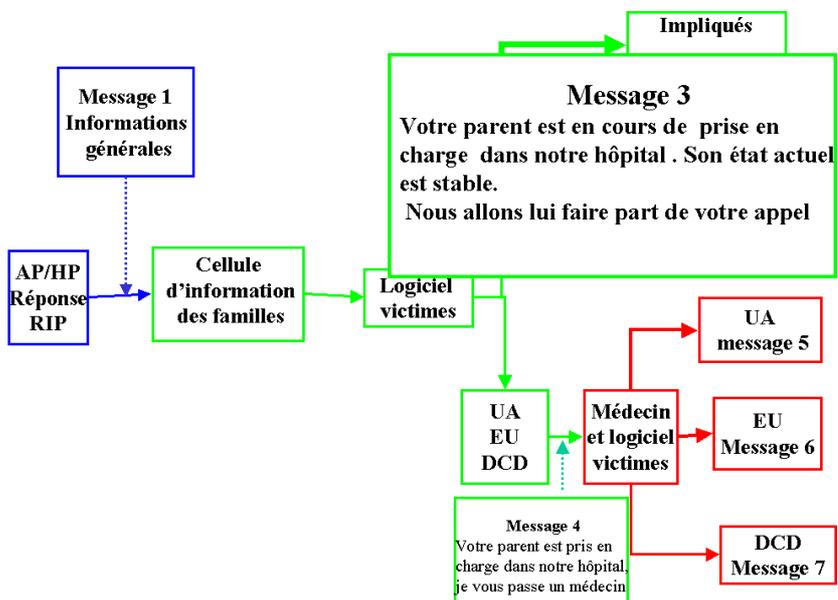
#### Message n°1



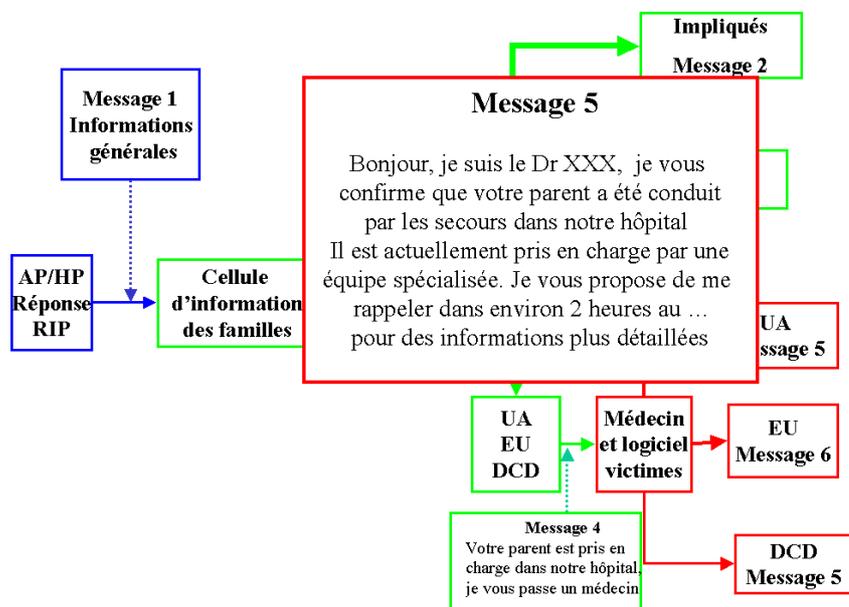
#### Message n°2



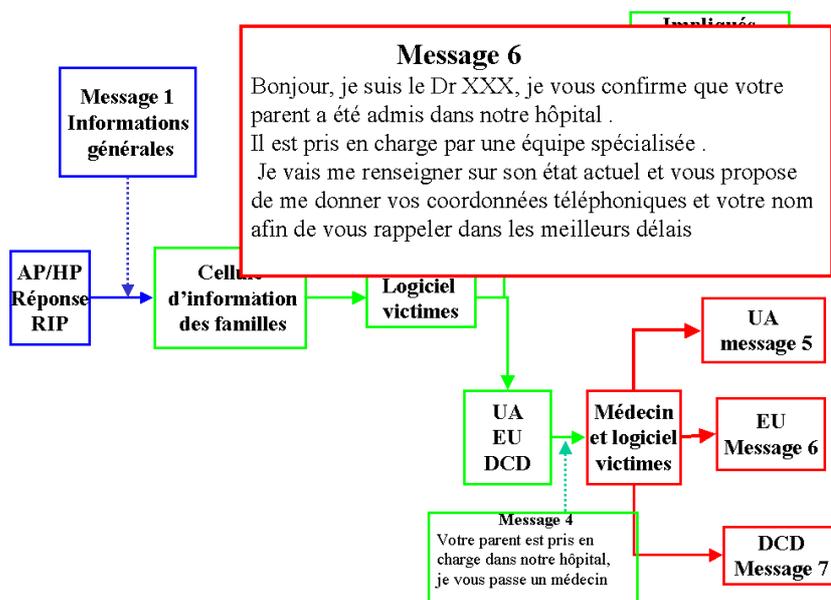
### Message n°3



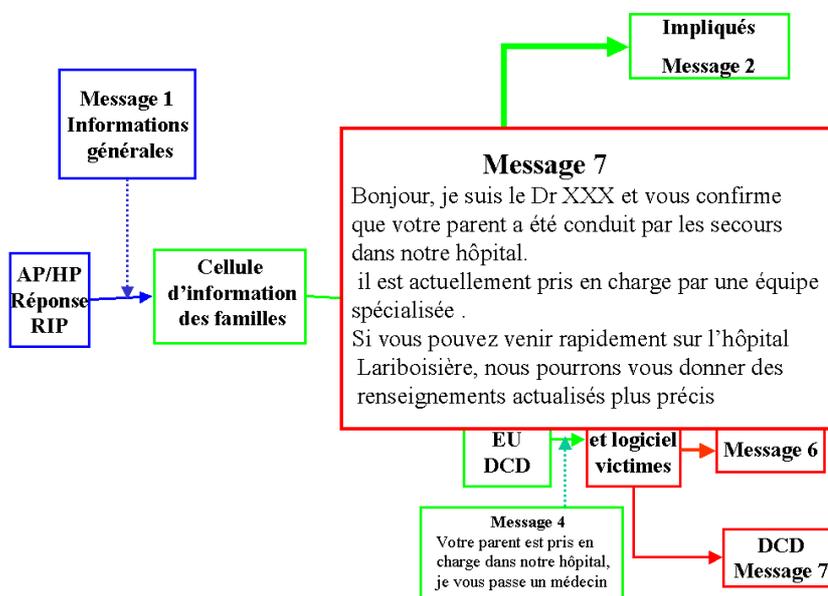
### Message n°5



## Message n°6



## Message n°7



## **Annexe XVIII**

### **Attributions des « référents crise » des hôpitaux**

#### **I - Le référent crise auprès du directeur**

- il assure le suivi et la mise en œuvre au niveau local des textes législatifs et réglementaires relatifs à la gestion de crise,
- il est chargé de l'élaboration et de l'actualisation du plan blanc local, en cohérence avec le plan blanc d'établissement,
- il est garant des conditions potentielles de fonctionnement de la cellule locale de crise,
- il travaille en collaboration étroite avec le responsable de la logistique de crise,
- il veille à la mise en place d'une politique de formation spécifique,
- il participe aux réunions du réseau de gestion de crise de l'établissement,
- il organise les actions d'information internes à l'hôpital,
- il participe aux échanges d'informations avec le siège,
- en tant que personne ressource, il peut participer, à la demande du directeur d'hôpital ou du siège, aux réunions pilotées par les pouvoirs publics en charge de ces questions.

#### **II - Le responsable de la logistique locale de crise**

- il est le coordonnateur local des actions logistiques pour les situations de crise,
- il veille, avec les cadres concernés, au stockage, au déstockage, à l'entretien et à la mise en œuvre des matériels dédiés aux situations de crise,
- il suit les formations aux risques et menaces spécifiques (NRBC, grippe aviaire, etc.),
- il veille à la formation des personnels concernés par les questions de logistique de crise,
- il participe à la programmation et à l'organisation des exercices d'entraînement du personnel,
- il travaille en réseau avec les responsables logistiques de crise des autres hôpitaux, afin d'harmoniser les pratiques et d'échanger les expériences,
- il participe aux réunions du réseau de gestion de crise de l'établissement,
- en tant que personne ressource, il peut participer, à la demande du directeur d'hôpital ou du siège, aux réunions organisées et pilotées par les pouvoirs publics en charge des questions de logistique de crise.

## Liste des ACRONYMES

<b>ACHA</b>	approvisionnement central hôtelier et alimentaire
<b>AGEPS</b>	agence générale des équipements et produits de santé
<b>AMU</b>	aide médicale urgente
<b>BIOTOX</b>	plan gouvernemental d'intervention en cas de menace ou d'acte terroriste de nature biologique
<b>BSPP</b>	brigade des sapeurs pompiers de Paris
<b>CERVEAU</b>	centre régional de veille et d'action sur les urgences (siège AP-HP)
<b>CD</b>	confidentiel défense
<b>CIP</b>	centre d'information du public (préfecture de police de Paris)
<b>CIRE</b>	cellule d'intervention régionale en épidémiologie (ARH)
<b>CORRUS</b>	centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
<b>CO-Victoria</b>	centre opérationnel de gestion de crises du siège de l'AP-HP
<b>COZ</b>	centre opérationnel de zone (préfecture de police de Paris)
<b>CUMP</b>	cellule d'urgence médico-psychologique
<b>CRRA</b>	centre de réception et de régulation des appels (SAMU)
<b>DCI</b>	détachement central interministériel (unité du RAID pour identification des engins suspects)
<b>DNS</b>	directive nationale de sécurité
<b>EMZ</b>	état-major de zone (préfecture de police de Paris)
<b>InVS</b>	institut national de veille sanitaire
<b>HFDS</b>	haut fonctionnaire de défense et de sécurité (ministère chargé de la santé)
<b>NRBC</b>	nucléaire, radiologique, biologique, chimique
<b>ORSEC</b>	organisation de la réponse de sécurité civile (depuis 2008)
<b>PBE</b>	plan blanc d'établissement
<b>PCA</b>	plan de continuité d'activité
<b>PIRANET</b>	plan gouvernemental d'intervention contre une attaque terroriste sur le système d'information
<b>PIRATOME</b>	plan gouvernemental d'intervention en cas de menace ou d'acte terroriste de nature N ou R
<b>PIRATOX</b>	plan gouvernemental d'intervention en cas de menace ou d'acte terroriste de nature chimique
<b>PMA</b>	poste médical avancé
<b>PPI</b>	plan particulier d'intervention
<b>PRV</b>	point de rassemblement des victimes
<b>PSM</b>	poste sanitaire mobile (défense civile)
<b>PSO</b>	plan de sécurité d'opérateur
<b>RAID</b>	recherche, assistance, intervention, dissuasion (police nationale)
<b>RIP</b>	renseignements dans l'intérêt des patients (siège AP-HP)
<b>SAMU</b>	service d'aide médicale urgente
<b>SCA</b>	service central des ambulances (AP-HP)
<b>SCB</b>	service central des blanchisseries (AP-HP)
<b>SERDEAU</b>	serveur régional de disponibilité en lits et activité sur les urgences
<b>SGDN</b>	secrétariat général de la défense nationale
<b>SINUS</b>	système d'information numérique standardisé (zone de défense)
<b>SMS</b>	sécurité, maintenance et services (AP-HP)
<b>SMUR</b>	service mobile d'urgence et de réanimation
<b>SRAS</b>	syndrome respiratoire aigu sévère
<b>UA</b>	urgence absolue
<b>U1</b>	première urgence
<b>U2</b>	deuxième urgence
<b>U3</b>	troisième urgence
<b>UMH</b>	unité mobile hospitalière (ambulance médicalisée)
<b>UMDH</b>	unité mobile de décontamination hospitalière (structure de campagne)
<b>UR</b>	urgence relative
<b>VIGIPIRATE</b>	plan gouvernemental de vigilance, de prévention et de protection face aux menaces terroristes
<b>VHF</b>	very high frequency (radiocommunication hertzienne)