



## MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

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

**Haut fonctionnaire de défense**

**LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ  
LE MINISTRE DÉLEGUE À LA SANTE**

à

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

**MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PREFETS DE DEPARTEMENTS  
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et  
Sociales  
(pour exécution)**

**MADAME ET MESSIEURS LES PREFETS DE  
REGION  
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales  
(pour information)**

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

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

**Date d'application :** immédiate

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

## **Textes de référence :**

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

## **Textes abrogés**

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

## **Annexes**

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

# SOMMAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'objectif de cette circulaire est:

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

## 1 - Coordination zonale et départementale

### 1-1 – Le schéma départemental des plans blancs

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

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

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

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

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

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

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

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

Leur mission est d'apporter une assistance technique aux délégués de zone chargés des affaires sanitaires et sociales. Ils ont un rôle de conseil en cas de crise et sont alertés sans délai.

1. Au sein de ces établissements des services référents sont désignés et équipés pour assurer un rôle de conseil, porter un diagnostic, voire assurer une prise en charge thérapeutique dans certains cas, et former le personnel impliqué dans l'application de cette circulaire.

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

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

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

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

## **2 – LE PLAN BLANC**

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

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

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

### **2-1 La cellule de crise**

#### *2-1-1 Mission*

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

#### *2-1-2 Composition*

La composition type de cette cellule figure en annexe II.

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

## 2-2 Les principes directeurs du plan blanc

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

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

La cellule obtient toutes les indications utiles concernant les personnels et les lits disponibles et fait prendre toutes les mesures nécessaires à l'augmentation du potentiel d'accueil hospitalier. Les malades dont l'état le permet sont soit dirigés vers des services moins impliqués, soit transférés vers d'autres établissements. Les moyens de transports doivent être mobilisés en conséquence. Des circuits particuliers sont identifiés pour la sortie de ces patients en cas de risque NRBC. Les admissions programmées non urgentes sont différées.

Les blocs opératoires sont libérés et leurs programmes allégés. L'ensemble des autres services médico-techniques (pharmacie, laboratoires, imagerie...) mais aussi logistiques et généraux dressent l'état quantitatif et qualitatif des moyens disponibles ou des rappels de personnels possibles. Le centre de transfusion sanguine doit être alerté. La cellule est informée de toutes ces mesures.

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

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

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

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

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

- Le premier afflux, quasi-immédiat, concerne l'arrivée spontanée et par leurs propres moyens de personnes en situation d'urgence (personnes impliquées et victimes debout). Il peut être difficile de distinguer les urgences réelles des urgences ressenties et de cerner la nature du risque dont ces personnes peuvent être porteuses. Il s'agit de les accueillir et de leur donner les premiers soins, tout en limitant les risques de contamination, tant que ceux-ci ne sont pas identifiés. Il s'agit de circonscrire les risques encourus par les personnels et de ne pas rendre les structures rapidement inutilisables. La réflexion peut conduire à déterminer la mise en place de structures d'accueil à proximité de l'établissement, dans lesquelles les personnels reçoivent équipements et matériels appropriés et réagissent selon des protocoles préétablis, notamment en cas de risques NRBC.
- Le second afflux, régulé, concerne les personnes les plus gravement atteintes, qui ont reçu les premiers soins sur place et ont été conditionnées ("victimes couchées"). L'établissement dispose de plus de temps pour redéployer ses moyens.

Si les soins sont prioritaires et doivent être dispensés rapidement, la saisie des informations de base doit être immédiatement opérationnelle, surtout en cas de risques NRBC. Ces informations concernent l'identité, les coordonnées et les possibilités de rappel de la victime ou de sa famille. En tout état de cause, les protocoles nécessaires à cette saisie sont prévus ; ils peuvent s'avérer déterminants a posteriori

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

Dans la perspective d'un rappel du personnel, notamment en cas de catastrophe nocturne ou durant des jours fériés, une procédure téléphonique doit être prévue sur la base d'un message préétabli et simple. Une procédure reposant sur une démultiplication des appels semble la mieux adaptée pour toucher rapidement le personnel nécessaire

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

Les personnels inscrits sur la « liste rouge » des abonnés du téléphone, ne sont pas tenus réglementairement de communiquer leur numéro de téléphone. Toutefois, les conditions relatives à l'obligation de service légitiment la communication de cette information à l'établissement.

Afin de concilier le caractère confidentiel de données personnelles et la possibilité d'être joint en cas de rappel, ces listes sont placées sous enveloppe scellée, à n'ouvrir que sur ordre du directeur. Le responsable de l'actualisation de ces listes est identifié et le protocole y afférent rigoureusement défini. Le rythme de mise à jour est semestriel..

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

#### *2-2-3 Les télécommunications et les liaisons informatiques*

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

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

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

#### *2-2-4 L'accueil des victimes*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *2-2-6 L'accueil des médias*

Il convient de concilier le droit à l'information des journalistes et la confidentialité des renseignements nominatifs. Un « point médias », distinct de la cellule de crise, accueille les journalistes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *2-2-9 Les stocks*

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

#### *2-2-10 La logistique*

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

Les transports ambulanciers et généraux font l'objet d'un protocole d'engagement gradué qui tient compte des procédures de désinfection et de décontamination, y compris en dehors des risques NRBC. La collaboration avec les entreprises de transport sanitaire est étudiée en concertation avec celles-ci.

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

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

#### *2-2-11 Le pré-équipement de locaux*

Chaque fonction précitée doit pouvoir s'exercer dans des locaux pré-équipés et adaptés à celle-ci.

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

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

## *2-2-12 Chambres mortuaires provisoires*

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

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

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

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

\* \* \*

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

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

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

## **3 - LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RISQUES SPECIFIQUES NRBC**

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

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

Les recommandations générales :

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

### 3-1 L'annexe spécifique concernant les risques biologiques

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

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

Cette procédure doit permettre aux établissements :

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

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

### 3-2 L'annexe spécifique concernant les risques chimiques

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

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

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

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

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

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

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

## **4 - LA FORMATION**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ANNEXE I**

### **Liste des établissements de santé de référence**

#### **Zone de défense Est**

Centre hospitalier universitaire de Nancy  
Hôpitaux universitaires de Strasbourg

#### **Zone de défense Nord**

Centre hospitalier universitaire de Lille

#### **Zone de défense Ouest**

Centre hospitalier universitaire de Rennes  
Centre hospitalier universitaire de Rouen

#### **Zone de défense de Paris**

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

#### **Zone de défense Sud**

Assistance publique des hôpitaux de Marseille

#### **Zone de défense Sud Est**

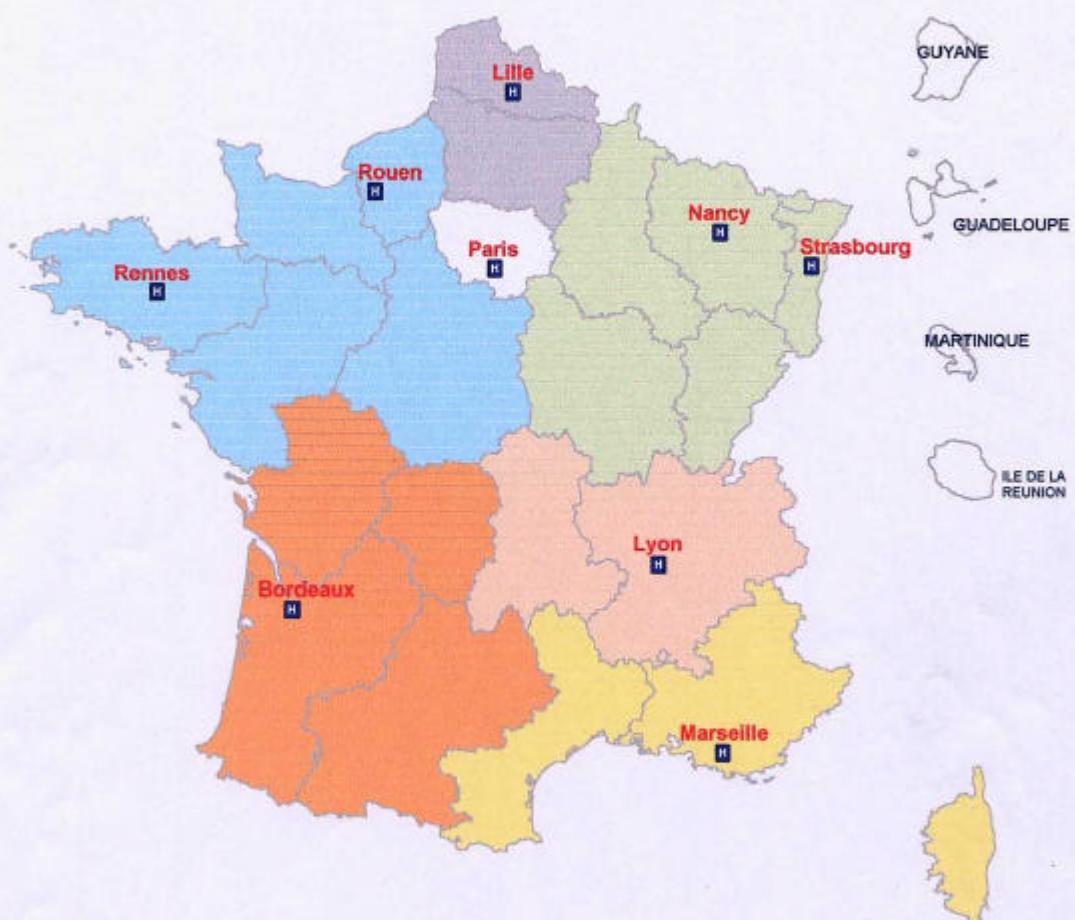
Hospices Civils de Lyon

#### **Zone de défense Sud Ouest**

Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

## ANNEXE II : ZONES DE DÉFENSE ET ETABLISSEMENTS DE SANTE DE REFERENCE

### Hôpitaux de référence



Hôpital de référence  
dans la zone de défense

4.12.2001 - HFD Santé

## **ANNEXE III**

### **FONCTIONS DE LA CELLULE DE CRISE**

1. Fonction « direction » :
  - ↳ Responsabilité générale du plan d’alerte
  - ↳ Relations avec les Autorités
  - ↳ Relations avec les médias
  - ↳ Secrétariat de la cellule de crise
2. Fonction « coordonnateur médical » désigné par la commission médicale d’établissement
  - ↳ Coordination avec le SAMU, le service d’accueil et d’urgences, le PC du centre de tri et, en tant que de besoin, avec le centre hospitalier le plus proche, détenteur d’un PSM2.
  - ↳ Mobilisation des personnels médicaux et rappels
  - ↳ Recensement des victimes
  - ↳ Activation du plateau technique en fonction de la situation.
  - ↳ Placement des victimes (coordinateur médical /soins infirmiers )
  - ↳ Coordination avec les cellules d’urgence médico-psychologique et les cellules d’aide aux victimes.
  - ↳ Adjonction de conseils médicaux à la cellule selon le type de risque (NRBC)
  - ↳ Adjonction du médecin du travail
  - ↳
3. Fonction « personnels » :
  - ↳ Mobilisation des personnels et rappels
  - ↳ Bilan des lits disponibles
  - ↳ Répartition des personnels
  - ↳ Placement des victimes (coordinateur médical / soins infirmiers)
  - ↳
4. Fonctions « économique » et « logistique » :
  - ↳ Installation du centre d’accueil des victimes
  - ↳ Installation du centre d’accueil des familles
  - ↳ Approvisionnements (pharmacies, laboratoires, blanchisserie, restaurations...) et équipements des centres d’accueil, des unités médicales, médico-techniques, logistiques et administratives
  - ↳ Maintenance des équipements, notamment biomédicaux
  - ↳ Liaisons informatiques
5. Fonction « intérieure » :
  - ↳ Standard
  - ↳ Police générale
  - ↳ Surveillance et gardiennage éventuels des installations
  - ↳ Transports ambulanciers et généraux
  - ↳ Chambre mortuaire
  - ↳ Chapelle ardente

6. Fonction « accueil » :

  - ↳ Gestion des victimes (coordonnées, traçabilité, dépôt des valeurs...)
  - ↳ Accueil des familles
  - ↳ Cultes
7. Fonction « hygiène, sécurité et conditions de travail » :

  - ↳ Hygiène
  - ↳ Médecine du travail
  - ↳ Médecine légale
8. Pour les risques spécifiques « NRBC » :

  - ↳ Mise en relation avec le préfet de zone et le centre hospitalier référent, selon la nature du risque.

## **ANNEXE IV**

### **GLOSSAIRE**

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