

Mise en place et modalités d'organisation d'un Plan blanc à l'échelle d'un établissement de santé

How to prepare hospitals to respond in crisis? Organization of healthcare disaster planning

C. Ammirati · M. Slama · B. De Cagny · C. Amsallem · C. Boyer · T. Lion · G. Du Chaffaut

Reçu le 10 septembre 2011 ; accepté le 1^{er} octobre 2011
© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Résumé Le Plan blanc est une disposition réglementaire ayant pour objectif d'adapter l'organisation quotidienne d'un établissement de soins à une situation d'exception tout en préservant la qualité des soins aux patients déjà hospitalisés. Il permet de faire face à un afflux de patients ou à un danger menaçant l'institution. Une réflexion institutionnelle doit être menée avec la mise en place d'un comité de pilotage technique dont la mission est l'élaboration d'un document opérationnel régulièrement réévalué en fonction d'exercices ou des retours d'expériences. Ce document décrit l'organisation du Plan blanc comprenant les motifs de déclenchement du plan, l'organisation de la cellule de crise et du rappel du personnel, l'accueil des victimes aux urgences (triage) et dans les services (déprogrammation de soins), l'accueil des familles et la communication en interne et en externe. Une formation annuelle par une mise en situation doit être proposée pour permettre à chaque agent de s'approprier la stratégie de son secteur. *Pour citer cette revue : Réanimation 20 (2011).*

Mots clés Plan de catastrophe · Triage · Service d'urgence · Soins critiques/organisation et administration · Hôpital/organisation et administration

Abstract The disaster plan is a regulatory requirement. Its aim is to adapt the daily organization of a care centre in case of an extraordinary situation while preserving the quality of care for inpatients. It allows to cope either with numerous patients or with any risk endangering the hospital. An institutional procedure should be developed with the creation of a technical pilot committee whose purpose is to prepare an operational document. These guidelines should be often reevaluated according to practices or feedbacks. The procedure describes the disaster plan organization, including the crisis management unit, staff recall, admission of patients in emergency medical unit (triage) and in wards, cancellation of hospitalizations, reception of close relatives, internal and external communication. An annual training with pre-written crisis scenarios must be provided to each professional to master his own unit strategy. *To cite this journal: Réanimation 20 (2011).*

Keywords Disaster planning · Triage/organisation · Emergency service · Critical care/Organisation & administration · Hospital/organisation and administration

Introduction

Le Plan blanc est défini par l'organisation interne de chaque établissement de santé lui permettant de faire face à un afflux de patients ou à un danger menaçant l'institution. Les retours d'expérience en France comme à l'étranger prouvent que l'établissement de santé peut se retrouver en première ligne : catastrophe proche d'un établissement de santé, accident de grande ampleur, crise sanitaire ou terrorisme [1–3]. Réglementairement, tout établissement de santé, public ou privé, siège ou non d'un service d'urgence, doit avoir planifié ses actions face à de telles situations. Il s'agit d'une réponse institutionnelle faisant partie des critères d'accréditation et non d'une organisation spécifique d'un service d'urgence [4]. Un guide « Plan blanc et gestion de crise », élaboré

C. Ammirati (✉) · C. Amsallem · C. Boyer · T. Lion
Service de médecine d'urgence,
CHU Amiens-Picardie, place Victor-Pauchet,
F-80054 Amiens cedex, France
e-mail : ammirati.christine@chu-amiens.fr

M. Slama · B. De Cagny
Service de réanimation,
CHU Amiens-Picardie, place Victor-Pauchet,
F-80054 Amiens cedex, France

G. Du Chaffaut
Direction des risques et de la qualité,
CHU Amiens-Picardie, place Victor-Pauchet,
F-80054 Amiens cedex, France

par des professionnels de terrain est joint à la circulaire du 14 septembre 2004 [5]. Une partie est consacrée à « l'hôpital en tension », situation de difficulté d'accueil courante dans les établissements de santé, qui nécessite des mesures correctives, mais pas de déclenchement de Plan blanc [6].

Objectifs

L'objectif général d'un Plan blanc est d'adapter l'organisation quotidienne d'un établissement de soins à une situation d'exception, tout en préservant la qualité des soins aux patients déjà hospitalisés. Les principes d'action sont les suivants :

- mettre en place un lieu d'accueil pour permettre un tri médical et prioriser les soins ;
- adapter les moyens humains et logistiques en optimisant l'accueil ;
- orienter les patients vers des services adaptés (dans l'établissement ou lors de transferts régulés) ou vers leur domicile ;
- favoriser l'information des familles et la communication interne et externe ;
- coordonner les actions.

Phase de préparation

De la qualité de la phase de préparation du Plan blanc va dépendre son efficacité. Il semble indispensable de mettre en place un comité de pilotage technique institutionnel dans lequel sont représentées les logiques de l'établissement avec notamment un directeur (directeur des risques et de la qualité...), un représentant de la commission médicale d'établissement, le chef de service du service d'aide médicale urgente (Samu), et/ou des urgences, le directeur des soins (ou son représentant), un responsable de la logistique. Ce groupe de travail a comme objectifs :

- de mener les réflexions préalables (risques proches de l'établissement, retours d'expérience...) ;
- d'élaborer un document opérationnel en impliquant chaque secteur de l'établissement (urgences, hospitalisation, blocs opératoires, réanimation, pédiatrie, gériatrie, laboratoires, imagerie, logistique, ressources humaines...) ;
- d'évaluer la pertinence du document en le testant à l'aide d'exercices ;
- de réajuster le contenu en fonction des retours d'expérience ;
- d'assurer sa diffusion avec une formation des personnels.

Le raisonnement et la confrontation d'idées sur des risques réels envisageables par les acteurs de différentes disciplines facilitent l'élaboration d'une stratégie réaliste, adaptée à l'établissement. Des fiches d'aide à la décision

sont rédigées par chaque secteur et le plan doit être approuvé par les instances.

Modalités d'organisation

Déclenchement

Dès que le Samu ou les urgences ont une notion de dépassement aigu de moyens avec une probabilité forte de déclenchement de Plan blanc, le directeur ou son remplaçant doit être informé pour qu'il puisse alerter les membres de la cellule de crise. Cette préalerte permet d'anticiper la situation en attendant la confirmation de la demande (début d'organisation du service d'urgences, suspension des activités de blocs opératoires non débutées, installation de la cellule de crise...). La décision est prise par le directeur en fonction des éléments qui lui sont communiqués.

Cellule de crise

La cellule de crise d'un centre hospitalier devient le poste unique de commandement et l'ensemble des services relèvent de son autorité. Toutes les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée, les ordres donnés et diffusés en conséquence. L'organisation de cette cellule dépend de la taille de l'établissement, néanmoins les décideurs de toutes les logiques institutionnelles doivent s'y trouver.

Comme pour les services hospitaliers, une fiche d'aide à la décision est établie et précise les modalités pratiques d'installation de la cellule et les missions fonctionnelles. Au minimum, trois axes doivent être dégagés : axe « accueil et mouvement des patients », axe « logistique » et axe « communication » [5]. La désignation d'un coordonnateur de cellule qui fasse le lien entre les groupes fonctionnels et d'un « directeur des soins médicaux » intrahospitalier paraît indispensable [6]. Des mises au point régulières par le directeur général et une « main courante » visible de tous favorisent la communication.

Rappel des personnels

En fonction de l'ampleur de l'événement et des étapes, il peut exister plusieurs niveaux de mobilisation et/ou des rappels des personnels de certains secteurs hospitaliers. Cette mobilisation doit tenir compte de la durée prévisible du renforcement des moyens.

Accueil des patients

Dans le cadre de dépassement de moyens, « les soins d'urgence doivent bénéficier au plus grand nombre » [6]. Sur le terrain, les patients sont triés en trois catégories

par les équipes du service mobile d'urgence et de réanimation : urgences absolues (UA), qui concerne des patients nécessitant un traitement en moins de six heures et qui sont identifiés par un carton de couleur rouge, urgences relatives (UR), carton de couleur jaune, et urgences dépassées (UD). Au sein des UA, on distingue les extrêmes urgences (EU), par exemple le choc hémorragique des premières urgences (U1), par exemple fracture ouverte de fémur. Pour les UR, on différencie les deuxièmes urgences (U2) pouvant attendre un traitement jusqu'à 18 heures ou plus (par exemple fracture fermée d'humérus) et les troisièmes urgences (U3), blessés légers (parfois porteurs d'un carton de couleur verte). Les UD concernent les patients dont les lésions gravissimes n'offrent aucune chance de survie [6]. La catégorisation et les soins débutés à l'avant sont indiqués sur une fiche médicale de l'avant (FMA). L'organisation de l'accueil intrahospitalier repose sur les mêmes principes d'organisation qu'un poste médical avancé (PMA). Une zone de tri est délimitée et des zones sont dédiées en fonction de la gravité du patient : pronostic vital immédiatement engagé, soins et examens complémentaires avant hospitalisation ou soins simples avec retour à domicile. Dans la zone de tri, la catégorisation et l'orientation vers les zones dédiées sont réalisées par au moins un médecin expérimenté avec un infirmier, qu'il y ait eu ou non médicalisation à l'avant. Une orientation immédiate vers l'imagerie, le bloc opératoire ou la réanimation peut être décidée. Une sous-évaluation ou une surévaluation augmenterait la mortalité et une réévaluation à chaque maillon de la prise en charge est indispensable [7,8]. Pour les UA, il est recommandé d'utiliser des locaux conçus habituellement pour recevoir des patients en urgence, les UR et tout particulièrement les U3 pouvant être traitées dans des locaux de consultations. Malgré l'afflux de patients, l'identification et la traçabilité doivent être rigoureuses. La prise en charge médicopsychologique doit être également assurée.

Selon l'ampleur de l'événement, l'optimisation de l'accueil dans les services passera par la sortie anticipée de certains patients, le transfert de patients vers d'autres services ou autres structures de soins et la déprogrammation. Dès le déclenchement du Plan blanc, le programme opératoire sera interrompu pour libérer les blocs opératoires et/ou des places de réanimation initialement prévues pour les patients en postopératoire. La cellule de crise est régulièrement informée et décide (ou est avertie) des mouvements de patients déjà hospitalisés et décide ou est avertie de l'orientation des patients entrants. « *Quand les capacités traditionnelles d'accueil des patients graves sont dépassées, les soins de réanimation doivent pouvoir être dispensés dans des locaux habituellement non prévus à cet effet, mais qui auront été identifiés au préalable* » [9]. Les déprogrammations, les priorités de réanimation posent des problèmes éthiques et ne se conçoivent qu'en concertation avec les responsables

médicaux, ces questions devenant de plus en plus importantes lorsque la crise sanitaire se prolonge. Dans cette situation, il peut être proposé la mise en place d'une cellule éthique multiprofessionnelle. Des réflexions ont été publiées dans le cadre de la pandémie grippale concernant la sélection des patients à l'admission en réanimation : « en cas d'afflux massif de patients, il est généralement admis que les ressources disponibles doivent pouvoir bénéficier au plus grand nombre de patients, grippés ou non grippés de façon équitable (principe éthique de l'utilitarisme) » [9].

Accueil des familles

Un endroit calme et aménagé est prévu en présence de personnels pouvant renseigner et prendre en charge les proches. La prise en charge psychologique est assurée. La présence de travailleurs sociaux est souhaitable. Un accueil téléphonique multiposte est mis en place avec des agents formés à cette mission. Les informations données à chacun de ces points sont vérifiées.

Communication

La communication avec les autorités et les médias est sous l'autorité du directeur. Les éléments de langage sont travaillés par la cellule communication. Il convient de prévoir les modes de communication interne pour que les personnels ne soient pas en quête d'informations : un défaut de communication est source de rumeurs particulièrement déstabilisantes, en particulier lors d'une crise sanitaire (intérêt de communication Intranet).

Annexes NRBC

Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC) sont déclinés dans les annexes du plan. Les principes généraux sont de protéger l'établissement, de protéger les personnels, de mettre en place des circuits dédiés.

Exercices-formation

Pour tester les stratégies préconisées et entraîner les personnels et les décideurs, un exercice annuel est indispensable. Il doit être considéré comme une évaluation de pratiques avec d'éventuelles mesures correctives diffusées. Une information constante doit permettre à chaque agent de s'approprier la stratégie de son secteur [10].

Conclusion

Le Plan blanc est un plan institutionnel pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle. Son efficacité dépend de

la qualité de la phase de préparation dans laquelle les acteurs doivent être impliqués. Le niveau d'activation dépend de l'ampleur de l'événement. Les exercices et les retours d'expérience permettent d'ajuster les axes stratégiques et de s'entraîner à l'adaptation. Les réflexions communes favorisent la mise en place d'une culture de crise facilitant les prises de décisions dans des situations parfois incertaines et qui soulèvent des questions éthiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- Gutierrez de Ceballos JP, Turegano Fuentes F, Perez Diaz D, et al (2005) Casualties treated at the closest hospital in the Madrid, March 11, terrorist bombings. *Crit Care Med* 33:S107–S12
- Lockey DJ, MacKenzie R, Redhead J, et al (2005) London bombings July 2005: the immediate prehospital medical response. *Resuscitation* 66:ix–xii
- Virenque C (2003) Quel avenir pour la médecine de catastrophe ? Les enseignements de la catastrophe de l'usine AZF de Toulouse. *Ann Fr Anesth Reanim* 22:1–2
- Code de la santé publique : articles 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 n° 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)
- Circulaire du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des Plans blancs des établissements de santé et des Plans blancs élargis, guide Plan blanc et gestion de crises, DHOS, 2004, 160 p
- SFMU (2009) Urgences et situations d'exception. SFEM éditions, 217 p
- Frykberg ER (2002) Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombing: how can we scope? *J Trauma* 53:201–12
- Hirshberg A, Scott BG, Granchi T (2005) How does casualty load affect trauma care in urban bombing incidents? A qualitative analysis. *J Trauma* 58:686–93
- Guery B, Guidet B, Beloucif S, et al (2008) Organisation de la réanimation en situation de pandémie de grippe aviaire. *Réanimation* 17:286–96
- Ammirati C, Bertrand C, Amsallem C, Pillet C (2007) Organisation et bilan des exercices en médecine de catastrophe. *SFMU Arnette* 80:795–805