

Comprendre les plans de secours

Catherine Bertrand^{1,2}, Matthieu Langlois^{1,3}, Oscar Thabouillot^{1,4}, Henri Julien^{1,5}

Disponible sur internet le :

1. Société française de médecine de catastrophe (SFMC), 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France
2. CHU Henri-Mondor, Samu 94, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France
3. Hôpital de Bourg-Saint-Maurice, service d'anesthésie-réanimation, 139, rue du Nantet, 73700 Bourg-Saint-Maurice, France
4. 2^e Centre médical des Armées, service de santé des Armées, quartier des matelots, 78013 Versailles cedex, France
5. Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Correspondance :

Catherine Bertrand, SFMC, 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France.
catherine@bertrandthiffault.me, catherine.bertrand@outlook.com

■ Points essentiels

Les plans de secours permettent d'anticiper les principaux facteurs modulables d'une crise, tels que les procédures, les ressources humaines et la logistique, afin d'apporter une réponse opérationnelle structurée.

Planifier permet de réunir des acteurs variés autour d'objectifs et principes communs et ainsi d'apprendre à travailler ensemble avant la crise.

Les plans servent de cadres aux actions qui seront entreprises lors d'une crise. Ils doivent être connus tant des décideurs que des exécutants, car la connaissance de la doctrine permet une meilleure action collective.

Les plans servent de référence tout en sachant qu'il faudra parfois faire face à l'imprévu et innover, hors cadre.

Les plans doivent être révisés en permanence et testés lors d'exercices cadres et pratiques. Ils servent aussi de base de travail dans l'analyse post-crise.

Les plans doivent être accessibles en temps réel et donc numérisés sur des supports multiples.

■ Key points

Understanding emergency plans

Contingency plans enable us to anticipate the main factors that can change during a crisis, such as procedures, human resources and logistics, in order to provide a structured operational response. Planning brings together a variety of players around common objectives and principles, enabling them to learn to work together before a crisis strikes.

Plans provide the framework for actions to be taken during a crisis. They must be known by both decision-makers and implementers, as knowledge of the doctrine enables better collective action.

Plans serve as a point of reference, while recognizing that it will sometimes be necessary to deal with the unexpected and innovate outside the framework.

Plans need to be constantly revised and tested during framework and practical exercises. They also serve as a basis for post-crisis analysis.

Plans must be accessible in real time, and therefore digitized on multiple media.

Introduction

Les plans de secours ont un objectif opérationnel. Ils représentent des outils d'aide à l'organisation, au commandement et à la décision, du niveau stratégique au niveau opérationnel. Ils visent à préparer les acteurs, à ancrer des réflexes opérationnels et à limiter les risques préalablement identifiés. Le plan est cependant une conception théorique, il doit être adapté à la situation réelle, toujours différente et parfois inconnue. Les plans sont mis en œuvre sur le terrain par le Commandant des opérations de secours (COS) et le Directeur des secours médicaux (DSM), et à l'hôpital par le Directeur médical de crise (DMC) [1]. Se contenter de planifier expose à passer à côté de la cible. Improviser sans avoir anticipé, c'est générer des retards

à la décision, prolonger la situation de chaos et être facteur d'inefficacité. Des plans existent à tous les niveaux de décision comme au niveau local d'un hôpital. Les plans cadres sont rédigés au sein des ministères concernés (Santé, Intérieur, etc.). Le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) a un rôle de coordination interministérielle : il rédige les plans gouvernementaux. Les menaces et les risques évoluent et obligent à une adaptation permanente des plans de secours. Les nouveaux défis climatiques, infectieux et technologiques illustrent parfaitement l'importance de bâtir une préparation de la réponse aux crises tenant compte de leur complexité et transversalité. Il est donc indispensable non seulement de disposer de plans adaptés et adaptables, mais surtout de les connaître et que l'ensemble des acteurs du soin et du secours les maîtrise. L'objectif est de limiter les effets d'une crise sur l'organisation des secours et sur notre système de santé de façon à préserver les capacités pour les patients quotidiens. Les plans sont là pour nous aider à piloter les crises par la base méthodologique qu'ils assurent et les échanges interservices qui ont contribué à leur rédaction.

La Société française de médecine de catastrophe (SFMC) apporte son expertise depuis 1987 dans les fondements, la planification et l'organisation des secours en cas de catastrophe et de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) [2,3].

Pourquoi élaborer un plan ?

Les acteurs du secours ont besoin d'un cadre d'emploi et de procédures. La faible fréquence des catastrophes et des crises oblige à se préparer et à disposer d'aides cognitives pour plus d'efficacité lorsque ces situations arrivent. De plus, l'aspect émotionnel est souvent très impactant, y compris pour des spécialistes du secours [4]. Les plans de secours sont conçus pour accompagner et aider les acteurs. Ils ont aussi pour intérêt de créer du lien vertical entre les niveaux stratégiques, tactiques et opérationnels, mais aussi un lien transversal créant de la fluidité et de la synergie entre les différents services du secours (police, gendarmerie, SDIS, Samu, associatifs, etc.). Pour cela, il est important qu'ils soient construits, à la fois sur les expériences des crises passées, mais aussi à partir d'une anticipation des crises et des risques futurs. Les catastrophes ou les SSE constituent par définition une inadéquation entre les besoins et les

Glossaire

AMAVI	Accueil massif de victimes
BSPP	Brigade de sapeurs-pompiers de Paris
CESU	Centres d'enseignement des soins d'urgence
COPG	Commandant des opérations de police et de gendarmerie
COS	Commandant des opérations de secours
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique
DMC	Directeur médical de crise
DPS	Dispositifs prévisionnels de secours
DSM	Directeur des secours médicaux
DSIS	Directeur des secours incendie et sauvetage
EPI CLIM	Épidémiologie, CLIMatique
NRC	Nucléaire, radiologique, chimique
NRBC	Nucléaire, radiologique, biochimique, chimique
ORSAN	Organisation de la Réponse du système de SANTé
ORSEC	Organisation de Réponse de la SÉcurité Civile
ORSEC NoVi	ORSEC Nombreuses Victimes
PMA	Poste médical avancé
POI	Plan d'opération interne
PPI	Plan particulier d'intervention
PSS	Plan de secours spécialisé
REB	Risque épidémiologique et biologique
RetEx	Retours d'expériences
SFMC	Société française de médecine de catastrophe
SGDSN	Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale
SINUS	Système d'information numérique standardisé
SIVIC	Système d'information pour le suivi des victimes
SSA	Service de santé des Armées
SSE	Situations sanitaires exceptionnelles

moyens. Les plans aident les acteurs à s'adapter à des situations, par définition dégradées, et qui mettent sous tension les organisations et les hommes. Un bon plan est celui qui simplifie ces situations complexes et rassure les opérateurs du secours en leur offrant un cadre qui est adapté à la situation réelle par la direction opérationnelle des secours.

Si l'on considère que le plan est une suite ordonnée d'opérations prévues pour atteindre un but, il faut néanmoins garder à l'esprit que la planification ne se déroule pas toujours comme prévu. Le plan part d'un événement dans un contexte jusqu'au retour à une situation normale. Le temps qui s'écoule entre ces deux moments comporte des aléas nécessitant des adaptations permanentes. Le rôle de la direction opérationnelle sur le terrain, des cellules de crise, est de coordonner et ajuster les actions. Il est important de rappeler que les plans ne sont pas destinés à être strictement appliqués, mais que ce sont des « boîtes à outils » dans lesquelles on trouve les outils de la gestion de la crise en cours.

Les plans : comment et par qui ?

Le plan et sa conduite relèvent de l'autorité naturelle : Maire, Préfet du département, de la zone, directeur d'établissement industriel ou de santé. En fonction de l'amplitude de la crise, de sa gravité, le plan est conçu et opéré au niveau du premier ministre, au niveau d'une des sept zones de défense métropolitaines, au niveau départemental ou au niveau de l'établissement. Plus les capacités de prises en charge sont rares et spécifiques (lits de grands brûlés, laboratoires P3 [il s'agit d'un « laboratoire » d'analyse dans lequel sont analysés des agents pathogènes de classe 3, des micro-organismes qui peuvent provoquer une maladie grave chez l'homme], produits de santé, antidotes, équipements de protection pour les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques [NRBC]), plus le niveau de préparation doit être élevé.

En amont des crises, la construction des plans de secours repose sur l'anticipation. La phase préalable consiste à créer un groupe de pilotage qui analyse les risques contextualisés à un environnement géographique et sociétal défini. Les risques peuvent être naturels (tempêtes, cyclones, canicule, inondations, incendies, etc.), technologiques (accidents industriels, rupture d'alimentation énergétique, coupure de communications, etc.), terroristes (bombes, voitures béliers, tueries de masse, cyberattaques, etc.), infectieux (anthrax, SRAS, grippe aviaire, Chikungunya, dengue, Ebola, pandémies, etc.). Leur cinétique peut être rapide ou lente, brève, voire longue comme ce fut le cas lors de la pandémie COVID-19.

Les règles d'engagement, la structure de commandement, les moyens humains et techniques nécessaires sont planifiés selon une gradation cohérente, fonction de l'analyse de scénarios plausibles de référence, dont on anticipe les conséquences. Les premières mesures sont les plus importantes : qui alerter ?

Qui doit-on prévenir ? Que sait-on par avance du contexte, des signaux d'alerte ?

On peut distinguer des plans capacitaires qui donnent la priorité aux moyens nécessaires, des plans fonctionnels qui donnent priorité aux missions à accomplir, les deux aspects pouvant être réunis dans le même texte. La description des organes de coordination comme les cellules de crise y est consignée. Chaque entité actrice impliquée dans le plan dispose de sa feuille de route, appelée fiche action ou réflexe. Ces fiches sont soumises à une actualisation permanente en fonction des enseignements tirés des tests, exercices ou retours d'expériences (RetEx) de situations réelles. Différents outils l'accompagnent, tels que des annuaires opérationnels, électroniques et multiclassés. Le plan doit être dynamique et être un continuum, de la prévention, la préparation, la réponse à la crise jusqu'au retour à une situation normale, anticipant tous les aspects de la réponse à la crise.

Citons par exemple, les plans de secours contre des risques particuliers :

- le Plan d'opération interne (POI) quand l'événement reste circonscrit à la structure (centrale nucléaire, site Seveso, plan Blanc d'un établissement de santé, etc.) ;
- le Plan particulier d'intervention (PPI) établi pour faire face aux risques particuliers liés à l'existence ou au fonctionnement d'ouvrages ou d'installations localisées et fixes, installations classées, lieux de stockage, comme les sites Seveso de statut haut et bas. Dans ce cas, des mesures d'information et de protection sont prévues au profit des populations pouvant être impactées ;
- le Plan de secours spécialisé (PSS) établi pour faire face aux risques technologiques qui n'ont pas fait l'objet d'un PPI soit parce que la localisation n'est pas connue alors que le risque l'est (transport de matières dangereuses) ou parce que la localisation est connue mais avec plusieurs types de risques (plan des aéroports).

L'alerte

L'alerte est une étape essentielle. Il importe de connaître les circuits d'information internes et externes à la structure et les différentes voies et techniques de communication.

La sirène

À l'échelon national, la sirène a été longtemps l'unique outil de diffusion de l'alerte des intervenants comme des populations. L'alerte est désormais diffusée via de multiples canaux. Depuis juin 2022, Fr-Alert permet d'adresser des messages d'alerte (type SMS) aux personnes concernées (géolocalisées) sur les téléphones GSM.

Apports des dernières technologies

La téléphonie filaire, satellitaire, GSM, radio tactique, relayée, courriels, logiciels de rappel, téléconférences, réseaux sociaux, groupes WhatsApp, média sont les moyens les plus utilisés

actuellement pour communiquer. Dans l'idéal, l'alerte doit être sélective et ne toucher que les personnes concernées. Elle doit être compréhensible et assortie de consignes préalablement testées, à partir d'un répertoire téléphonique opérationnel qui doit être unique, pour éviter les doublons et faciliter les mises à jour, multiclassé, pour ne mettre à jour l'adresse qu'une seule fois, doublé d'un tirage papier par sécurité. L'outil doit être fonctionnel, simple, comprenant une base de données mises à jour automatiquement par les opérateurs, des messages pré-enregistrés, un automate d'appel d'envois simultanés avec renouvellement automatique de l'appel, un suivi des appels (« a décroché et reçu le message », « occupé », « absent », répondeur, etc.), plusieurs numéros possibles pour un même correspondant selon le nycthémère (filaire, GSM, etc.). L'envoi se fait sur un réseau prioritaire et sécurisé, d'un bout à l'autre de la chaîne, desservi par des centraux différents, permettant la simulation et les essais, une traçabilité et un archivage des informations et des décisions. Bien entendu, il faut prévoir les modes dégradés et se conformer à la réglementation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les mêmes procédures s'appliquent au moment de la levée de l'alerte et du plan.

Les principaux plans de secours

Les plans gouvernementaux [5]

Les plans gouvernementaux sont des plans élaborés par les services du premier ministre dans le cadre de menaces ou d'attaques utilisant des moyens d'agression spécifiques ou affectant des milieux particuliers :

- la planification antiterroriste : Vigipirate, plan PIRATAIR-INTRUSAIR, plan PIRATE-MER, plan PIRATES MOBILITÉS TERRESTRES, plan PIRANET, plan NRBC ;
- le plan pandémies : les plans relatifs à des épidémies ont été regroupés en un seul et même plan en 2023 (grippe, Ebola, variole) ;
- le plan national de réponse « ACCIDENT NUCLÉAIRE OU RADIOLOGIQUE MAJEUR » ;
- le plan de préparation aux risques dans le secteur de l'électricité de la France (2022) et plan national de continuité électrique (2009).

Le dispositif ORSEC

Le dispositif ORSEC (Organisation de Réponse de la Sécurité Civile) est un plan national général qui définit l'organisation des secours lors d'évènements calamiteux d'origine humaine ou naturelle, qui mettent en péril de nombreuses vies humaines ou des biens importants, alors que les moyens ordinaires de secours risquent de se trouver insuffisants. Il se décline au niveau départemental, zonal et maritime sous l'autorité du Préfet.

C'est une boîte à outils qui s'articule désormais autour d'une organisation de gestion de crise commune et simplifiée, assortie

d'un recensement des risques : « tronc commun » ORSEC et pochettes spécialisées de dispositions spécifiques propres à certains risques préalablement identifiés.

Le plan ORSEC Nombreuses Victimes (ORSEC NoVi) préhospitalier

La spécificité de la France est de réunir par le plan ORSEC NoVi, les acteurs de terrain que sont les sapeurs-pompiers, les Services mobiles d'urgence et réanimation (Smur), les forces de sécurité intérieure et les Associations agréées de sécurité civile (AASC) dans un concept de chaîne médicale préhospitalière des secours et des soins, hiérarchisée, afin de remédier aux conséquences d'un événement pouvant entraîner de nombreuses victimes. Le Préfet est le Directeur des opérations (DO) et s'appuie sur le terrain sur le COS, lequel commande deux chaînes de réponses : l'une pour les opérations de sauvetage sous l'autorité du Directeur des secours incendie et sauvetage (DSIS) et l'autre pour la chaîne médicale sous l'autorité du DSM. Pour tout événement le nécessitant (événement terroriste), le Commandant des opérations de police et de gendarmerie (COPG) assure l'autorité menante, le COS devenant l'autorité concourante [6,7].

Le DSM a la responsabilité d'un ou plusieurs postes médicaux avancés (PMA) qui permettent le tri, les soins d'urgences indispensables pour les victimes avant leur orientation par la régulation médicale du Service d'aide médicale urgents (Samu). Ces postes médicaux peuvent être virtuels lorsqu'une évacuation accélérée vers l'établissement de santé s'avère nécessaire. Plusieurs plans peuvent être déclenchés, simultanément ou successivement, et doivent pouvoir s'imbriquer grâce à un schéma organisationnel unique mais progressif.

Le plan ORSAN Accueil Massif de Victimes (AMAVI) hospitalier

Le dispositif ORSEC s'articule avec le dispositif ORSAN (Organisation de la Réponse du système de SANTé en SSE) qui est sous la tutelle du ministère de la Santé et des Agences régionales de santé (ARS) réunissant ainsi le secteur libéral, préhospitalier, hospitalier et médicosocial.

Le Samu-SAS (Service d'accès aux soins) - centre 15 est en interface des deux dispositifs ORSEC-ORSAN.

La préservation de la santé des personnes victimes de l'évènement s'inscrit au sein de l'organisation du dispositif ORSAN et ses cinq plans : ORSAN AMAVI (accueil massif de victimes), ORSAN CUMP (Cellule d'urgence médico-psychologique), ORSAN EPI CLIM (ÉPIDémique, CLIMatique), ORSAN NRC (Nucléaire, Radiologique, Chimique), ORSAN REB (Risque Épidémique et Biologique), qui définissent le parcours de soins des patients tout en garantissant la qualité et la préservation des soins des personnes non impliquées [8].

Un exemple de l'articulation entre ORSEC et ORSAN a été l'attentat du Bataclan avec déclenchement du plan ORSEC NoVi suivi du plan ORSAN AMAVI. Si un acte malveillant ajoutait un risque NRC, le plan ORSAN NRC serait activé également.

Le plan Blanc, rôle du DMC

L'étape finale de prise en charge médicale se situe dans l'établissement de santé public ou privé qui déclenche, selon l'intensité de la crise, son plan Blanc (ou plan Bleu pour l'établissement médico-social) après avoir parfois expérimenté une période de mise en tension.

La circulaire d'application décline les modalités de mise en œuvre. Le plan Blanc est associé à un plan de sécurisation de l'établissement et un plan de continuité d'activité.

Le plan Blanc définit les modalités de transmissions de l'alerte et la circulation des informations internes et externes à l'établissement, prévoit les conditions d'accès avec les voies de circulation, recense les moyens, ressources logistiques et humaines nécessaires. Il met en place les mesures définies dans le dispositif ORSAN, notamment ORSAN NRC, REB et CUMP. Les mesures sont différenciées selon qu'il s'agit d'un établissement de ligne 1, 2 ou 3 selon la classification du Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé, publié en 2019 et en cours de révision [9].

Le DMC, en lien avec le Directeur de l'établissement, participe à l'élaboration de la réponse hospitalière, organise le triage et le parcours des patients admis. Il est à l'hôpital ce que le DSM est sur le lieu d'intervention. Les procédures d'identification et les liens SINUS (Système d'information numérique standardisé) - SIVIC (Système d'Information pour le suivi des VICTimes d'attentats et de SSE) - SI (Service Informatique) et Samu, sont indispensables dès l'entrée d'un patient dans l'établissement [10]. La doctrine générale des plans de secours et en particulier des plans d'organisation hospitaliers a beaucoup évolué ces dernières années, en ne décrivant plus des actions à faire, mais plutôt en définissant des objectifs à atteindre dans un temps imparti. Dans cet esprit d'anticipation, chaque établissement a prédéfini ses capacités d'accueil de patients selon le risque et les flux sont identifiés dans le dispositif ORSAN. Ceux-ci doivent également être connus du Samu départemental, du Samu de zone et des ARS [11]. La SFMC en sa qualité de société savante apporte aussi une expertise pédagogique pour une diffusion des plans et une formation des soignants [12].

Quelles évolutions ?

Le souci de simplicité est confronté à des nouveaux besoins qui obligent à innover de nouveaux dispositifs et à les adapter. Le rôle du groupe de pilotage et d'aide à la décision est d'identifier en amont les risques dans sa structure (y compris endogènes comme un risque d'incendie ou de rupture de fluides), les vulnérabilités. Certains risques n'ont pas encore été complètement analysés comme celui des cyberattaques, il fait l'objet d'une planification en cours.

Les dispositifs prévisionnels

Les dispositifs prévisionnels de secours (DPS) sont mis en place lorsque l'on peut anticiper qu'un événement puisse entraîner

une catastrophe comme par exemple les grands rassemblements. Il comporte des moyens médicaux et paramédicaux mis en place le plus souvent par des AASC (Association agréée de Sécurité Civile) ou des sociétés privées. L'évaluation des risques permet de prédire un ratio intervenants/public. L'organisateur est responsable de la sécurité du public et des participants. Les manifestations de plus de 1500 personnes doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire.

La sécurité des intervenants compromise

Les attentats sont une menace constante et les forces de sécurité intérieure deviennent des partenaires de terrain quotidiens [13]. La sécurité des intervenants est compromise par des dispositifs terroristes de type surattentat ou attentats multisites. Cette problématique a conduit à utiliser d'autres organisations tels que le plan Rouge alpha de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) qui vise à appliquer une stratégie de répartition des moyens adaptée à des événements se produisant simultanément à différents endroits.

L'hôpital doit se préparer à accueillir rapidement des victimes

Les lésions causées par des tueries de masse modifient la cinétique des évacuations qui doivent être accélérées pour que les victimes atteignent les blocs opératoires au plus vite, selon la stratégie du *damage control* [14].

Le plan « camembert » du Samu 75 divise Paris en trois parts (un tiers de Paris à partir du centre et un département de la petite couronne - 92, 93 ou 94). Les victimes sont alors orientées sans régulation vers les hôpitaux et structures de soins situés dans cette même zone géographique [15].

La réserve sanitaire

Le besoin en renfort en personnels a conduit à créer une réserve sanitaire qui est actuellement placée sous la tutelle de Santé publique France (SpF), assure des renforts préhospitaliers et hospitaliers comme ce fut le cas pour les épidémies de dengue, pour la pandémie COVID-19 ou pour tous les cas actuels d'hôpitaux en tension par manque de personnels. Il est important non seulement de mieux connaître cette ressource, d'instaurer la formation continue indispensable, mais aussi d'avoir une stratégie permettant une utilisation rapide et simplifiée de cette ressource.

La création d'un plan ORSAN CUMP

À la catégorie des blessures somatiques s'ajoute celle des blessures psychiques justifiant un plan ORSAN CUMP. Le soutien psychologique concerne non seulement les victimes mais s'adresse aussi à tous les intervenants de la crise. Il comporte un débriefing à chaud après l'évènement, une participation à un RetEx à distance, ainsi que la prise en charge médico-psychologique des cas les plus graves.

L'augmentation des besoins de formation

L'adaptation aux menaces comprend la formation des acteurs. Les personnels de santé les plus en interface bénéficient d'une douzaine de modules SSE délivrés par les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) et le Service de santé des Armées (SSA). Chaque établissement de santé doit veiller à former des référents et formateurs SSE qui font partie du groupe de pilotage plan Blanc.

La formation aux risques NRC et REB exige des entraînements répétés (sur une base au minimum annuelle) pour pouvoir effectuer les tâches de soins en tenues de protection, très contraignantes au plan physiologique. Lors des exercices de simulation, il est recommandé à des soignants de prendre le rôle des patients afin d'appréhender le besoin d'information indispensable pour limiter l'impact psychologique. Les représentations très fortes sur ces risques sont prises en compte dans les stratégies pédagogiques.

Enfin, une formation des DSM est assurée par les trois écoles des Hautes études de santé publique à Rennes, des Officiers sapeurs-pompiers d'Aix-en-Provence et du Val-de-Grâce à Paris ; celle des DMC est dispensée par les universités.

Qu'apprend-on des expériences passées ? [16,17]

L'absence de plan conduit à de la confusion et de l'inefficacité. Une situation de catastrophe peut conduire à une perte de contrôle, à un moment de sidération alors que des consignes doivent être données rapidement pour restaurer de la confiance. Un plan donne un ancrage rassurant pour le décideur et un certain nombre de repères qui, d'une certaine façon, lui permettent de libérer son esprit pour réfléchir, prendre du recul et innover devant une situation qui ne sera pas celle attendue.

« *Plans are worthless, planning is everything* » cette citation du Général Eisenhower met l'accent sur le point positif de conduire des échanges préalables avec des responsables, intervenants publics, privés et donc de s'habituer à travailler ensemble avant la crise. Cependant les plans doivent éviter d'être conçus selon un mode « *top down* » alors qu'il faudrait prendre l'avis d'autres acteurs que des autorités, de cultures différentes, ayant des cadres de référence différents afin de donner de la robustesse au plan, facteur d'efficacité et de résilience.

Les questions que doit se poser le décideur ne vont pas trouver de réponse écrite dans le plan mais tout ce qui aura été préparé facilitera le raisonnement qu'il aura à faire dans l'action.

La validité du plan dépend de celle des scénarios envisagés. Parfois les hypothèses de travail sont erronées. Ce fut le cas du plan pandémie grippale H5N1 qui a traité le cas d'un virus à haute létalité. De ce fait, le plan a été totalement inadapté à la situation vécue. Le plan suivant a occulté complètement la dimension éthique, facteur de déstabilisation sociétale durant la pandémie.

La situation peut être très chaotique et hors normes de par son ampleur. Ce fut le cas de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse. Deux mille cinq cents victimes ont été prises en charge. Une agilité fut indispensable pour s'adapter aux flux spontanés des blessés, quittant le site sans attendre les secours. Le PMA a été installé sur le parcours de la fuite naturelle des victimes et non sur le site. Le comportement des victimes, qui ont fait preuve d'une grande solidarité, a également étonné les sauveteurs.

Conclusion

Les plans de secours sont un apport indispensable pour tous les acteurs du secours. Ils constituent un cadre dans la préparation comme dans la conduite opérationnelle. Les plans sont une aide structurelle technique et humaine pour répondre avec efficacité à l'ensemble des crises. Tout médecin qui, un jour, peut se retrouver impliqué dans une réponse à la catastrophe et à la crise, doit connaître ces plans et les valider au travers des exercices réguliers. Néanmoins les crises ou SSE (situations sanitaires exceptionnelles) sont par définition faites d'imprévus et de complexité qui mettront systématiquement les plans en défaut si leurs préconisations ne sont pas adaptées à la situation réelle par une direction opérationnelle réactive.

Il faut rendre plus agiles et simples les plans existants, en anticipant aussi l'avenir. La culture de planification est indispensable pour l'ensemble des acteurs que nous sommes, en connaissant leurs avantages et leurs limites. Cet article a pour unique objectif d'aider un médecin à oser ouvrir le classeur des plans de secours pour augmenter notre capacité de résilience collective [18]. Les soignants ont une place importante dans la chaîne de secours et de soins en réponse aux SSE et doivent être intégrés dans la rédaction des futurs plans de secours.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Julien H. Introduction à la médecine de catastrophe. Bull Acad Natl Med 2016;200(4-5):693-703, <https://www.academie-medecine.fr/introduction-a-la-medecine-de-catastrophe-2/>.
- [2] Noto R, Larcen A, Huguenard PH. Médecine de catastrophe. In: Collection Abrégés de médecine. Paris: Masson; 1987.
- [3] Julien H. Manuel de médecine de catastrophe. Paris: Lavoisier; 2017.
- [4] Ozel F. Time pressure and stress as a factor during emergency egress. Safety Sci 2001;38(2):95-107. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00061-8.

- [5] Circulaire du Premier ministre n° 6095/SG du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures. <https://www.sgdsn.gouv.fr/nos-missions/anticiper-et-prevenir/conduire-la-reponse-aux-crisis>.
- [6] Carles M, Levraut J, Gonzalez JF, Valli F, Bornard L. Mass casualty events and health organisation: terrorist attack in Nice. *Lancet* 2016;388:2349-50. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32128-6.
- [7] Carli P, Puidupin A, Braun F. Le damage control pré-hospitalier n'est pas le scoop and run. *J Eur Urgences Reanim* 2017;29(1):3-7. doi: 10.1016/j.jeurea.2017.02.003.
- [8] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/6/AFSP1617819D/JO/texte>.
- [9] Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé. Publié en 2019 et en cours de révision. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf.
- [10] Arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS). NOR: IOCD0930321A. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORTEXT000021873947>.
- [11] Jouffroy R, Puidupin A, Carli P, Vivien B. Organisation de la filière de soins du terrain à l'hôpital (Plan Blanc). *Bull Acad Natl Med* 2016;200(4-5):729-46. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/05/P.729-746.pdf>.
- [12] Julien H. *Vademecum de médecine de catastrophe et SSE. 50 questions essentielles*. 2^e éd. revue et corrigée Paris: Sauramps Médical; 2023.
- [13] Service médical du RAID Tactical emergency care during hostages' crisis: care principles and feedback. *Ann Fr Med Urgence* 2015;5:166-75. doi: 10.3166/afmu-2018-0084.
- [14] Service médical du RAID. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Gestion de l'attaque terroriste du Bataclan par les médecins d'intervention de la Police Nationale. *Ann Fr Med Urgence* 2016;6:3-8. doi: 10.1007/s13341-016-0664-6.
- [15] Jouffroy R, Nahon M, Delpech P, Puidupin A, Tourtier JP, Carli P, et al. Comment organiser les soins pré- et intrahospitaliers en cas d'affluence massive de patients ? *Med Intensive Reanim* 2015;24:557-72. doi: 10.1007/s13546-015-1100-4.
- [16] Young DL, Goodie AS, Hall DB, Wu E. Decision making under time pressure, modeled in a prospect theory framework. *Org Behav Hum Decis Process* 2012;118(2):179-88. doi: 10.1016/j.obhdp.2012.03.005.
- [17] Lagadec P. La question des plans. Entre points d'appui et pièges stratégiques, 2009, École polytechnique, cahier 2009-40, octobre 2009. <https://hal.science/hal-00422147/document>.
- [18] Hicks C, Petrosioniak A. The human factor: optimizing trauma team performance in dynamic clinical environments. *Emerg Med Clin North Am* 2018;36(1):1-17. doi: 10.1016/j.emc.2017.08.003.