

Quelle organisation hospitalière en cas de crise ?

T. BASTIDE

Points essentiels

- La typologie des crises sanitaires a fortement évolué depuis le début des années 2000, appelant à une modification de la préparation hospitalière.
- Le dispositif d'hôpital en tension, apparu en 2006, a pour objectif de permettre une veille efficace et une gradation de la réponse en cas de crise.
- La veille sanitaire repose sur un maillage d'indicateurs suivis localement, régionalement et nationalement.
- La réponse hospitalière est coordonnée par une cellule de crise présidée par le directeur d'établissement.
- Le plan blanc d'établissement, déclenché par le directeur en cas d'afflux de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, est un dispositif obligatoire pour tout établissement de santé.
- Les différents dispositifs de gestion de crise demandent une implication de l'ensemble des acteurs hospitaliers avant, pendant et après la crise.
- L'optimisation des dispositifs de gestion de crise demande une évaluation régulière de ceux-ci.
- Une préparation et une gestion efficace des crises passent par le développement d'une culture spécifique et d'une créativité permettant de faire face à l'imprévisible.

Correspondance : Théophile Bastide, Cadre de Santé, Service des Urgences, Hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise Paré, 75010 Paris. Tél : 01 49 95 64 54 - Fax : 01 49 95 89 64
E-mail : theophile.bastide@lrb.aphp.fr

Coordonnées personnelles : Tél : 06 63 46 29 59 - E-mail : theo.bastide@gmail.com

1. Introduction : de quelles crises parle-t-on ?

Aborder l'organisation hospitalière en cas de crise demande tout d'abord à définir ce que nous entendons par le terme « crise ». Période décisive ou périlleuse de l'existence, elle est définie par Patrick Lagadec¹ comme « une situation où de multiples organisations aux prises avec des problèmes critiques, soumises à de fortes pressions externes, d'après tensions internes, se trouvent projetées brutalement et pour une longue durée sur le devant de la scène » (1). Elle peut également se décrire dans son acception économique comme une phase de déséquilibre entre production et consommation. La crise sanitaire peut ainsi être entendue en tant qu'événement impactant potentiellement la santé publique d'une ou plusieurs populations, et susceptible de dépasser les moyens de fonctionnement courants des organisations intra et/ou extrahospitalières. Ce type de crise n'est bien évidemment pas d'apparition récente. De la peste noire touchant plus de 30 % de la population européenne au quatorzième siècle aux pandémies grippales des années 2000, les exemples d'événements potentiellement déstabilisateurs de nos structures médicales sont légion. L'hôpital est par ailleurs susceptible de se retrouver confronté à d'autres types de crises, qu'il a dû apprendre à gérer malgré leur distance avec le cœur de son activité : crises médiatiques, économiques, financières,... : si ces dernières ne font pas l'objet ici d'un développement spécifique, elles demandent là aussi une préparation et une organisation *ad hoc*.

Par ailleurs, aborder les crises sanitaires pose la question du seuil d'acceptabilité d'un événement, qui le fera ou non considérer comme constitutif d'une crise. Ce seuil dépend de l'évaluation qui sera faite de la criticité de l'événement, produit de sa gravité potentielle et de sa probabilité de survenue. Ainsi, il constitue un construit social éminemment subjectif, fortement dépendant du contexte et des habitudes des intervenants. Les difficultés d'aval quasi quotidiennes des services d'urgences, menant à des prises en charge insatisfaisantes en terme d'intimité et de bien-être psychique, constituent-elles une crise sanitaire, ou leur caractère quasi quotidien, « habituel », doit-il les faire considérer comme non critiques ? Comment différencier activité « normale » et hôpital « en tension » (2) ? Sans résoudre ici l'ensemble de ces problématiques, il sera nécessaire, tout au long de l'étude des modalités de gestion des crises, de toujours considérer la subjectivité de leur définition.

Si la notion de crise sanitaire n'est donc pas récente, la typologie de ces crises a subi de forts bouleversements en ce début de vingtième siècle, amenant chercheurs et organisations publiques à s'intéresser de manière plus aiguë à ce champ de travail. La mondialisation des échanges accélère considérablement la potentialité de développement des crises, sans que la diffusion pourtant large et mieux synchronisée des alertes sanitaires au point de vue mondial puisse toujours

1. Directeur de recherche à l'École Polytechnique, spécialiste des crises non conventionnelles.

y faire face de manière efficace. Par ailleurs, de nouveaux types de crises ont pu émerger, profitant d'un environnement hautement vulnérable aux risques difficilement appréhendables (3) : effondrement des Twin Towers et catastrophe de l'usine AZF en 2001, épisode caniculaire en 2003, crise de l'Anthrax, SRAS,... La fréquence de telles crises à retentissement sanitaire depuis 2001, associée à leurs profonds impacts politiques et sociologiques, a considérablement fait évoluer une culture du risque qui restait parfois théorique et peu écoutée par les décideurs hospitaliers. La médiatisation et la politisation du domaine des risques (recherche de coupables, refus de l'incertitude) finissent de rendre plus que nécessaires une gestion au plus près des crises, tant en extrahospitalier qu'au sein de nos hôpitaux.

2. La notion d'hôpital en tension : graduer la réponse hospitalière

Depuis la loi de Santé Publique du 9 août 2004, tout établissement de santé se doit d'être 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 » (4). L'ensemble fait l'objet d'obligations et recommandations précises en matière d'organisation hospitalière : modalités de déclenchement du plan, constitution de la cellule de crise, maintien du personnel, etc.

Néanmoins, le plan blanc constitue un dispositif lourd et complexe à mettre en œuvre, et toutes les situations de crise ne nécessitent pas son déclenchement, qui risquerait de « dévaluer la démarche de gestion de crises réservée aux situations exceptionnelles » (5). Par ailleurs, il était nécessaire de faire reposer les dispositifs de gestion de crise sur une plate-forme de veille rigoureuse et fiable, afin d'optimiser réactivité et adaptation au plus juste de la réponse à la crise rencontrée. Répondant à ces besoins, la notion d'établissement de santé en tension est apparue le 14 septembre 2006 à l'occasion de la publication de la circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 par le ministère de la Santé et des Solidarités (5). L'annexe apposée à cette circulaire établit ainsi un certain nombre de recommandations de fonctionnement pour les établissements de santé, en termes de veille sanitaire et d'éléments opérationnels de gestion de crise, éléments que nous nous proposons ici d'analyser au regard du contexte actuel.

3. Veille hospitalière et indicateurs de tension : comment détecter la crise ?

3.1. Indicateurs de tension

Pouvoir réagir efficacement en cas de crise demande à pouvoir, sinon l'anticiper, du moins à être capable de la détecter le plus rapidement après son apparition et pour cela disposer d'indicateurs fiables et pertinents dont la surveillance et

l'analyse quotidiennes permettront le développement d'une force de réaction importante.

Trois grands types principaux d'indicateurs peuvent être suivis (6) :

- les données d'activité des services d'urgences ;
- les données d'activité des SAMU ;
- les données de disponibilité des lits des établissements.

Au sein de chaque établissement, le choix des indicateurs se fera en fonction du contexte et des problématiques courantes du site. Néanmoins, certaines recommandations peuvent être émises vis-à-vis de ce choix : ils se doivent d'être fidèles et représentatifs du critère à mesurer, rentables en terme de coût/efficacité et compatibles avec les autres indicateurs mis en place (7). Conditions de la réaction en cas de crise, ils doivent être compris (méthode de calcul, facteurs dont ils dépendent,...) par l'ensemble des personnes amenées à les analyser et les comparer, afin de permettre une analyse partagée des problématiques rencontrées.

À titre d'exemple, l'annexe à la circulaire du 14 septembre 2006 propose, entre autres, les indicateurs suivants (5) :

- nombre total de passages aux urgences ;
- nombre d'hospitalisations à partir des urgences ;
- nombre de patients de plus de 75 ans et de moins de 3 ans, voire de moins de 1 an ;
- nombre de patients présents aux urgences en attente d'examen ;
- nombre de patients en attente de place dans un lit d'hospitalisation ;
- occupation de l'unité d'hospitalisation de très courte durée ;
- taux d'occupation par service ;
- nombre de lits disponibles ou « libérables » dans l'établissement.

À partir d'un choix ciblé d'indicateurs, la situation de tension sera « étudiée au regard de la convergence entre une activité soutenue et une capacité d'accueil restreinte, une pathologie spécifique, une capacité restreinte en personnel » (5). Par ailleurs, certains éléments associés devront être pris en compte : fermetures de lits, périodes de congés, allongement de la durée moyenne de séjour, afin de contextualiser la situation en termes de temporalité et de possibilités de résolution.

Une attention particulière sera portée sur le nombre et la qualité des indicateurs suivis. En effet, il reste primordial de s'assurer de la faisabilité du suivi régulier (en fonction des indicateurs : horaire, quotidien, hebdomadaire,...) des indicateurs choisis et de la possibilité d'une analyse fine selon un échéancier choisi par l'ensemble des acteurs. Un trop grand nombre d'indicateurs mal suivis entraînerait ainsi une mauvaise appréciation des tensions, au risque de retards dans l'action. Si certaines données, comme celles d'activité des services d'urgence, peuvent être

dans l'ensemble assez facilement collectées quand les services sont informatisés, d'autres comme la disponibilité des lits sont encore très dépendants de leur renseignement par les professionnels, peu automatisés, et donc peu fiables.

3.2. La veille d'établissement : la cellule de veille de l'activité de l'établissement

La circulaire du 14 septembre 2006 introduit la notion de Cellule de veille de l'activité de l'établissement, émanation de la Commission des admissions et des soins non programmés (8). Les membres de cette cellule sont prédefinis par le Directeur d'établissement, mais elle inclura, entre autres, le Directeur ou son représentant, ainsi que le médecin responsable du service d'accueil des urgences. Elle doit avoir à sa disposition un tableau de bord précis établi à partir des indicateurs déterminés précédemment. Elle travaille, conjointement avec la Commission des admissions et des soins non programmés, à la constitution des indicateurs, à l'analyse régulière de l'activité et à la formalisation des mesures à mettre en œuvre en cas de tension.

Chaque établissement a, depuis la parution de la circulaire en 2006, pu l'interpréter en fonction de son contexte et de ses moyens, ceci menant à une grande disparité dans sa mise en œuvre. Si l'opérationnalité des cellules de veille n'est pas toujours effective, le principe général reste celui d'un suivi quotidien de l'activité avec un lien Direction – Service des urgences – Services d'aval, permettant une visibilité plus ou moins précise de l'activité.

3.3. La veille régionale : le rôle des serveurs régionaux de veille et d'alerte

Éléments clés de la veille et de l'alerte en cas de tension hospitalière, dont le besoin s'est ressenti de manière éminemment critique après l'épisode de la canicule en 2003, les serveurs régionaux de veille et d'alerte permettent, sur la base de cahiers des charges ministériels, de suivre l'activité des services d'urgence, des SAMU/SMUR et des disponibilités en lits d'aval, mais également des décès survenus dans les établissements (5). Ils permettent, selon le degré d'avancement de leur fonctionnement et de leur utilisation, un suivi, une coordination et un pilotage de l'activité des établissements de santé au niveau départemental voire régional, et ainsi d'anticiper des mesures d'action. Sans réelle unité au point de vue national, ils permettent néanmoins d'alimenter le ministère de la Santé en indicateurs agrégés.

À titre d'exemple, le CERVEAU, ou Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences d'Île-de-France, repose sur un partenariat établi depuis 2005 entre de nombreux intervenants : l'ex-Agence Régionale d'Hospitalisation, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, les SAMU, l'Institut National de Veille Sanitaire,... Basé sur les données fournies par plusieurs logiciels (disponibilité des lits MCO/SSR/ Réanimation, activité des urgences,...), il permet d'évaluer quotidiennement « l'activité des urgences sur la région, par site, pour les adultes

et les enfants, et par 24 heures, de mesurer l'importance des épidémies saisonnières, de mesurer les tensions dans le système de soins » (9).

4. La cellule de crise

Qu'il y ait plan blanc ou non, toute alerte dont le seuil de criticité est élevé ou toute annonce d'événement exceptionnel doit entraîner l'activation d'une cellule de crise, initialement dans une configuration restreinte afin de ne pas retarder sa mise en place. Ainsi, si une situation de tension a été confirmée par la cellule de veille sur la base des critères préalablement déterminés et du contexte général de l'établissement, cette cellule se transforme en cellule de crise restreinte (5). La composition de cette cellule de crise restreinte, à l'instar de la cellule de veille, doit avoir été préalablement établie : Directeur, administrateur de garde, coordonnateur général des soins, président de la Commission Médicale d'Établissement, chef de service et cadre des urgences, etc... Cependant, il est souhaitable que cette composition soit modulable et évolutive, en fonction de la situation de tension. Si la situation se prolonge, le Directeur de l'établissement réunit l'ensemble des membres de la cellule de crise.

La cellule de crise restreinte aura pour première mission de vérifier la véracité et la criticité de la crise, d'un point de vue local mais aussi départemental et régional. Elle devra dans un même temps établir rapidement un état exhaustif des lits éventuellement non recensés et potentiellement occupables : non déclarés, réservés, services fermés, etc...

Elle décidera ensuite des actions graduées à mettre en place en prenant en compte les procédures établies visées par les instances de l'établissement : augmentation des capacités en lits, augmentation des moyens, avec toujours comme principe de graduer la réponse en fonction de la situation rencontrée. Elle pourra ainsi organiser, selon le contexte :

- des sorties ou transferts anticipés ;
- des réouvertures de lits ;
- un rappel ponctuel de personnel ;
- la mise en place de renforts du personnel par les étudiants présents ;
- une déprogrammation ponctuelle. Cette mesure fait partie du plan blanc des établissements de santé, mais « des mesures circonstancielles de déprogrammation peuvent être prises de manière ponctuelle en dehors du déclenchement du plan blanc » (5), en respectant certaines limites.

5. Le déclenchement du plan blanc

Malgré toutes les mesures prises précédemment, l'évolution de la situation ne doit pas retarder le déclenchement à bon escient du plan blanc, « si la situation de tension se conjugue à une activité soutenue et une capacité d'accueil

restreinte » (5). Le décret du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave (10) définit le contenu du plan blanc d'établissement :

- les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- les modalités de communication interne et externe ;
- un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- un plan de confinement de l'établissement ;
- un plan d'évacuation de l'établissement ;
- des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Déclenché par le Directeur d'établissement, le plan blanc d'établissement doit être évalué et révisé chaque année. Il permettra ainsi la mise en œuvre d'une organisation spécifique et la mobilisation de moyens humains et logistiques. Le préfet (qui peut lui-même demander ce déclenchement), le SAMU et l'Agence Régionale de Santé sont informés immédiatement : situation inaugurale, moyens mis en œuvre, évolution de la situation.

Le préfet pourra alors, si l'afflux de patients ou la situation sanitaire le justifie, déclencher le plan blanc élargi (4), élaboré au niveau départemental et articulé avec les plans blancs d'établissement. Il permet une coordination départementale de l'ensemble des moyens humains et matériels nécessaires à la gestion d'une crise sanitaire, en s'appuyant notamment sur les Répertoires Opérationnels des Ressources (11) qui recueillent l'ensemble des moyens sanitaires intra et extrahospitaliers sur une région donnée. C'est également dans le cadre du plan blanc élargi que le préfet pourra « requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice » (4).

6. Principales mesures de gestion de crise

6.1. Maintien et rappel du personnel

Avant toute chose, il conviendra d'avoir analysé la situation de manière précise afin d'anticiper les besoins à courte, moyenne et longue échéance. Ceci permettra de définir un besoin en matière de maintien du personnel, voire de rappel de manière graduée. Un rappel trop large de personnel risquerait en effet, en privilégiant le court terme, de diminuer les capacités de réponse à moyen ou long terme.

Avant tout rappel, le Directeur de l'établissement décidera du maintien du personnel en place au-delà des horaires habituels. La jurisprudence permet ainsi au Directeur « de maintenir ou de rappeler certains de ses agents par référence notamment au principe de continuité du service public, ainsi que par assimilation au droit de grève » (5). À ceci s'ajoutera la réquisition de personnel permise au préfet dans le cadre du déclenchement du plan blanc élargi.

Les modalités de rappel doivent avoir été préétablies lors de la rédaction du Plan blanc d'établissement : lieu du rappel, message, personnel dédié au rappel, contreparties en termes de récupération, etc. Les numéros personnels des agents doivent être mis à jour de manière régulière par les personnes désignées par le Directeur (idéalement tous les six mois), et les fichiers disponibles immédiatement au niveau de la cellule de crise, tout en respectant la réglementation en matière de confidentialité et de déclaration des fichiers à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). La procédure de rappel étant potentiellement chronophage (appels sans réponse, numéros non à jour,...) des rappels automatisés type SMS augmentent la rapidité du rappel, tout en permettant de libérer du personnel pour d'autres missions : ils doivent donc avoir été étudiés en termes de coût/efficacité pour l'établissement. On veillera également à prévoir les modalités d'accueil ou de maintien des enfants du personnel dans les crèches ou centres de loisirs de l'établissement, et une attention particulière sera apportée à l'information du personnel sur les modalités de rappel, afin de lever les réticences (confidentialité, utilisation de leur numéro à d'autres fins que le plan blanc,...) et les incompréhensions possibles à la réception du message (suspicion de canular, etc.). Enfin, la procédure de rappel sera soumise aux différentes instances de l'établissement avant mise en œuvre.

6.2. Sécurisation de l'établissement, gestion des circulations

Fortement impacté par l'architecture de l'établissement, ce domaine peut constituer l'une des problématiques les plus complexes à résoudre en amont de la crise. L'hôpital se doit en effet de pouvoir accueillir les patients selon des circuits potentiellement différenciés (urgences relatives, urgences absolues, impliquées/non impliquées,...), mais également le personnel, les familles, médias, etc. L'ensemble des circuits devra ainsi être étudié en amont, en fonction des événements déclencheurs et des risques les plus fréquents, tout en respectant les mesures d'hygiène et de sécurité nécessaires.

6.3. Gestion de la communication, des familles et des médias

Point essentiel du dispositif, la gestion des médias revêt une particulière criticité dans notre environnement actuel. Elle doit avoir fait l'objet d'une organisation préalable clarifiant les circuits de l'information (un canal unique sera privilégié), prévoyant des locaux dédiés à la réception des journalistes. Le Directeur aura désigné les personnes missionnées pour informer. Les acteurs de la cellule de crise seront ainsi si possible formés à la communication de crise, et certaines trames ou grands principes de messages travaillés en amont. L'établissement préalable d'un

réseau efficace et de relations de confiance avec les principaux médias permettra également, lors de la survenue de la crise, d'apaiser des relations qui sont toujours complexes lors de tels événements (12).

On veillera également en parallèle à prévoir des modalités d'information des familles et des proches, adaptées à l'ampleur de l'événement : locaux dédiés avec prise en charge psychologique, étude de la nécessité d'un numéro vert,... Ces modalités de communication et d'accueil seront communiquées le plus largement possible, en particulier aux médias et aux autorités, afin de définir des canaux simples facilitant la recherche de renseignements par les familles, mais également le travail des professionnels.

6.4. Accueil et prise en charge des victimes aux urgences et dans les services d'hospitalisation

Dépendant largement du motif du déclenchement du plan blanc (afflux massif de victimes, afflux en faible nombre mais grande gravité, événement de type NRBC, etc.) et du contexte de chaque site, l'ensemble des organisations qui doivent être pensées et formalisées en amont ne peut être détaillé ici. Le principe général de ce travail de grande ampleur reste de réfléchir à l'accueil et à la prise en charge des victimes à partir de scénarii plus ou moins prévisibles ou critiques : emplacement et fonctionnement de la zone d'accueil et de tri, modalités d'identification et de prise en charge, abandon possible de tout ou partie du logiciel de soins informatisé, signalétique, circuits patients,... Les différentes modalités de prise en charge seront travaillées avec les experts du site hospitalier (réanimateurs, infectiologues,...) et selon les recommandations en vigueur, en veillant à faire participer à ce travail l'ensemble des services, selon leurs spécificités. Condition *sine qua non* d'une bonne adhésion au dispositif choisi en termes de fonctionnement modulaire ou dégradé, ce travail commun permettra également, s'il est renforcé d'une communication ciblée, une mise en œuvre concertée et non conflictuelle lors de la survenue de la crise.

Les aspects logistiques de la prise en charge des victimes seront également analysés et prévus avec l'ensemble des services supports : lingerie (fourniture de linge plat, de tenues pour le personnel, etc.), magasins (fourniture de matériel en sus, constitution éventuelle de stocks spécifiques plan blanc pour le matériel peu courant), pharmacie (kits préconstitués, fourniture d'oxygène médical, antidotes,...), gestion des déchets, mais aussi acheminement de brancards ou fauteuils supplémentaires, etc.

Enfin, une attention particulière sera portée sur la prise en charge psychologique des victimes. Celle-ci se fera éventuellement en lien avec la CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) rattachée au SAMU d'appartenance (13), mais, en dehors de la mise en place de celle-ci, une organisation pourra être prévue en tenant compte des moyens internes du site hospitalier (présence de psychiatres, psychologues, infirmiers avec une expérience psychiatrique,...).

6.5. Spécificités des événements de type Nucléaire, Radiologique, Biologique ou Chimique (NRBC)

Depuis 2002 (14), les spécificités NRBC doivent faire l'objet de dispositions au sein du plan blanc d'établissement. Si tous les établissements, selon leurs contextes et leurs moyens, ne peuvent correctement accueillir et prendre en charge ce type de victimes, tous se doivent d'avoir réfléchi à leur implication dans ces crises sanitaires, en lien avec leur Zone de Défense de rattachement. Par ailleurs, si tous les sites hospitaliers ne disposent pas à l'heure actuelle de structures et de matériels permettant une prise en charge adaptée des victimes, ils peuvent s'aider de la note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière (15) validée par la Direction générale de la Santé le 4 mai 2012, qui recommande la construction et l'utilisation d'unités fixes et établit un certain nombre d'objectifs en termes de structure et de débit de décontamination, en fonction du contexte de chaque établissement.

6.6. Déprogrammation

Problématique complexe dans un contexte hospitalier de tarification à l'activité et de flux tendus, la déprogrammation et ses modalités de mise en œuvre graduelle doivent avoir été préparées avec chaque service d'hospitalisation, sous la coordination et le pilotage de la Direction. Réelle démarche stratégique, la réflexion menant à sa construction doit également être menée au niveau des différentes instances : Commission médicale d'établissement, Directoire, Conseil de surveillance, Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,... (16) En effet, elle ne peut s'improviser sans risque de tensions inter-services, voire de risque médical, pour les patients déprogrammés. Il paraît ainsi souhaitable que chaque service ait pensé ses modalités de déprogrammation, en établissant une priorisation des interventions et hospitalisations, trame qui servira de support de réflexion lors de la survenue de la crise. Par ailleurs, si « la déprogrammation peut être accompagnée d'un regroupement d'activités » (chirurgie fonctionnelle, etc.) (5), une préparation au préalable de ce type de fonctionnements « dégradés » paraît nécessaire, sous peine de résistances et de perte d'un temps précieux lors de la crise.

Lors de la survenue de l'événement déclencheur, les modalités de déprogrammation s'adapteront à la durée prévisible de la crise, à la cinétique probable de l'événement, le processus étant étudié au cas par cas, au regard du rapport bénéfice/risque pour le patient déprogrammé, mais aussi pour les victimes de l'événement déclencheur (5). Le plan de déprogrammation de chaque secteur énoncera le nombre de lits mobilisables de manière graduelle. Il sera communiqué à la cellule de crise, qui disposera ainsi des possibilités d'hospitalisation et pourra ajuster la mise en œuvre du plan en fonction du contexte.

Enfin, un registre de déprogrammation précis devra être tenu afin de pouvoir constituer, dès la levée de crise, un plan de reprogrammation respectant les priorités médicales, tout en s'adaptant aux moyens humains et matériels disponibles.



7. Levée du plan blanc

Le moment de la levée du dispositif plan blanc est un moment particulièrement critique nécessitant une réflexion de tous. Une attention particulière devra être portée aux indicateurs ayant provoqué le déclenchement initial, d'un point de vue local mais également régional voire national. Il faudra également s'assurer de la reprise possible d'une activité normale suite aux différentes réorganisations mises en place : les critères de sécurité sont-ils réunis ? Le personnel et les moyens logistiques sont-ils prêts qualitativement et quantitativement à cette reprise ? Une communication large sur la levée du dispositif, souvent progressive, sera apportée à toutes les personnes sollicitées ou impliquées, mais également aux médias et aux tutelles. Le plan éventuel de reprogrammation sera mis en œuvre de manière raisonnée, en concertation avec la cellule de crise. Enfin, il sera nécessaire de réaliser un debriefing « à chaud », qui permettra de relever un certain nombre de problématiques à résoudre à court ou moyen terme, mais également de remercier l'ensemble des intervenants pour leur coopération.

8. Importance de l'évaluation des dispositifs

Part intégrante du processus de certification des établissements de santé (17), l'évaluation du dispositif de gestion de crise (hôpital en tension, plan blanc) est une étape incontournable du processus qualité de gestion des crises. Recommandés par les pouvoirs publics (18), les exercices et autres modalités d'évaluation sont ainsi les seuls moyens d'évaluer l'opérationnalité des procédures mises en place et ainsi de les optimiser afin d'apporter une réponse adaptée. Trois principales modalités d'évaluation sont possibles (19) :

- l'évaluation des documents formalisés par l'établissement : étape essentielle de l'évaluation, elle consiste en une évaluation des documents existants au regard des exigences réglementaires et du plan blanc élargi du département, afin de les faire correspondre de la manière la plus adaptée au contexte propre à chaque hôpital ;
- les exercices cadres, ou « exercices sur papier » : consistent à évaluer l'impact et l'efficacité d'un déclenchement de plan blanc sur l'ensemble des services : soins, accueil, communication, logistique,... Il pourra ainsi être demandé, à titre d'exemple, à chaque service de soins de donner sa disponibilité en lits à H0 H10 H24, ou au service de pharmacie d'estimer le temps de préparation d'un certain volume de médicaments, etc. Ces exercices ont pour avantage de pouvoir étudier chaque partie du dispositif de manière disjointe, d'être peu mobilisateurs car ils restent théoriques, mais de pouvoir étudier de manière précise les axes d'amélioration du dispositif. ;
- les exercices de simulation : demandant une grande préparation en amont, avec constitution d'un scenario précis, ils sont très mobilisateurs en moyens humains et matériels, mais aussi motivants pour les participants, à la condition

d'étudier des phases de gestion de crise préalablement bien préparées avec les équipes. Dans le cas inverse, le risque serait de mettre les professionnels en trop grande situation d'échec, ce qui serait potentiellement démobilisateur et improductif. Un debriefing à chaud sera impérativement réalisé, adjoint d'études diverses en matière de timing, de satisfaction, etc., afin de potentialiser l'effet qualité de tel exercices.

Enfin, après la survenue d'une crise réelle, le retour d'expérience construit autour d'un debriefing à chaud mais également de séances d'analyse *a posteriori* avec l'ensemble des acteurs constitue une opportunité inévitable d'évaluation et d'amélioration des dispositifs mis en œuvre. Procédant ainsi d'une réelle mémoire des crises, le retour d'expérience permettra de construire l'avenir.

9. Limites des plans de crise, pistes de réflexion

Il est évident qu'une trop grande discordance entre les besoins humains et matériels nécessaires à la gestion d'un événement et les moyens à disposition de l'établissement limitera l'efficacité des plans et dispositifs préétablis. Cependant, d'autres types d'obstacles sont susceptibles de limiter l'efficacité de ceux-ci (20) :

- des signes de crise non perçus, évités, voire refusés : des systèmes d'alerte qui ne fonctionnent pas (indicateurs mal renseignés, mal choisis), ou mal analysés ou écoutés par la cellule de veille ;
- une cellule de crise difficile à réunir ou à mobiliser : ceci peut être dû à des outils ou procédures inexistantes ou défaillantes, mais également à une sensibilisation et une préparation insuffisantes ;
- des comportements humains peu maîtrisables : une cellule de crise « en crise », des personnels désorganisés, une mauvaise gestion des priorités,... : gérer les énergies émotionnelles est un véritable défi pour tout manager positionné en situation de crise (21). Toute crise est en effet une épreuve pour le lien social (22), et il faut connaître ses collaborateurs, savoir communiquer et diriger, accompagner les personnels. Ceci ne s'improvise pas et il est important pour cela de s'y préparer en faisant preuve de réflexivité, mais aussi en se formant spécifiquement à la gestion de crise ;
- des résistances internes à l'établissement : particulièrement visibles lorsqu'est abordé le sujet de la déprogrammation, ces résistances peuvent, en cas de crise, faire perdre un temps considérablement précieux à l'ensemble de la chaîne de commandement ;
- un problème de lisibilité des procédures et des plans : depuis le début des années 2000, on assiste à une multiplication des plans (canicule, froid, pandémie grippale,...) : il est nécessaire qu'ils disposent de lignes communes, soient cohérents entre eux et lisibles par les acteurs de terrain (23) ;
- des procédures trop complexes à mettre en œuvre et laissant peu de place à la créativité des intervenants, en particulier à celle de la cellule de crise. En effet,

comme nous l'expose Janek Rayer (24) : « Il s'agit moins d'imaginer l'inimaginable que de s'entraîner à lui faire face, à réagir personnellement et collectivement de façon créative à des situations hors norme. [...] il s'agit moins de tout analyser, disséquer, expliquer, faire rentrer dans des modèles, que de tenter de percevoir, de ressentir, de comprendre. La logique doit être complétée par l'intuitif, la connaissance par la perception – et par le partage de ces perceptions, avec des partenaires inhabituels. » Ainsi, non seulement on cherchera à établir des procédures simples d'utilisation et laissant des marges de manœuvre aux intervenants, mais on veillera à ce que la cellule de crise puisse autoriser la modification de ces procédures en les adaptant au contexte.

L'ensemble de ces obstacles, non exhaustif, amène à penser qu'une des clefs de l'efficacité de la préparation d'un établissement à la survenue d'un événement déstabilisateur est le questionnement continu sur ses propres pratiques et modes opératoires, en intégrant la surprise, l'étonnement, la créativité. Est-il possible de se préparer à des événements comme l'effondrement des Twin Towers, louragan Katrina ou l'explosion de l'usine AZF ? L'expérience montre que les équipes les mieux entraînées, les plans et procédures les plus élaborés, ne peuvent fonctionner sans une part d'improvisation et une marge de manœuvre laissée à l'autonomie des acteurs. Une bonne préparation aux crises réside ainsi dans l'analyse globale du domaine du « connaissable » (ce qui est prévisible, certain, calculable), mais également de l'« inconnaisable » (ce qui relève de l'inconnu, de l'imprévisible) (25). Les « Forces de Réflexion Rapides » que nous propose Patrick Lagadec, petits « groupes de réflexion stratégique travaillant en permanence pour ouvrir des questionnements et construire des propositions hors-cadres » (26), peuvent ainsi constituer un réel facteur de créativité constructrice. Ne se préparer qu'au prévisible serait omettre une part essentielle de la gestion de crise. Toute la complexité de la préparation réside dans l'équilibre à trouver entre programmation et improvisation, respect des procédures et créativité, « le fait d'avoir envisagé une situation et de l'avoir réglée « en théorie » ne garantissant nullement la pertinence et l'efficacité de la réponse » (27).

10. Conclusion

Se préparer à la survenue d'une crise à l'hôpital demande donc un investissement de grande ampleur de la part de l'ensemble des acteurs d'un établissement. Les multiples domaines demandant un cadrage précis des organisations à mettre en place et des missions de chacun, au sein du dispositif, ne doivent cependant pas faire oublier l'essentiel : la gestion efficace d'un événement critique passe par le développement en amont d'une réelle culture du risque et de la gestion de crise au sein de l'établissement. Celle-ci repose sur une analyse continue des risques prévisibles, mais également sur une sensibilisation et une préparation à la gestion de l'incertitude. Dans les systèmes complexes actuels « où l'imprévisible devient la règle », comme nous le rappelle Patrick Lagadec (1), il ne s'agit pas de se préparer

pour ne pas être surpris (cela n'est fonctionnel que pour certaines crises peu turbulentes), mais surtout de « se préparer à être surpris, s'entraîner à être créatif », sans quoi nos organisations seraient « fortement exposées à un risque élevé de sidération et d'effondrement ». Véritable défi pour nos organisations, ce changement profond de paradigme constitue la clef d'une organisation pertinente et fiable face à la crise.

Références

1. Lagadec P. La Gestion des crises. Outils de réflexion à l'usage des décideurs. Paris, Ediscience international 1992 : 326 p.
2. De La Coussaye J.E., Braun F. Hôpital plein, saturé : hôpital en tension ou plan blanc. La Revue des SAMU. 2011 ; 157-161.
3. Peton Klein D. Contexte général de la gestion de crise. Gestions hospitalières. 2004 ; 439 : 618-619.
4. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (J.O. 11 août 2004).
5. Annexe à la circulaire n° DHSO/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.
6. Observatoire Régional des Urgences PACA. Hôpital en tension : dispositif de la région PACA. 35 p.
7. Azema O. Quels indicateurs pour déclarer les Établissements de Santé en Tension et/ou en plan blanc. Urgences. 2010 ; 887-906.
8. Circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
9. Dumay M.F. Un système au service de la sécurité sanitaire. La Revue de l'ARHIF 2009 ; N° Spécial : 8-9.
10. 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 (J.O. 31 décembre 2005).
11. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (J.O. 23 mai 2006).
12. CHRU de Lille, Délégation à la communication. CHRU de Lille, « Faites entrer les médias ». Revue Hospitalière de France. 2005 ; 504 : 28-30.
13. Circulaire DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
14. Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.
15. Note technique de cadrage relative à la décontamination hospitalière. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 10 mai 2012.
16. Bernard M. La problématique de déprogrammation en établissement. Les cahiers hospitaliers. 2008 ; 20-1.
17. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2011 ; 111 p.

18. Circulaire DHOS/HFD/DGSNR n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique.
19. De Tiesenhausen H. Guide pour l'évaluation du dispositif de crise à l'hôpital. Rennes, Presses de l'EHESP. 2009 ; 94 p.
20. Lagadec P. Cellules de crise : les conditions d'une conduite efficace. Paris Éditions d'Organisation. 1995 ; 122 p.
21. Regouby C. Le défi des comportements dans la gestion de crise. Gestions hospitalières 2007 ; 462 : 21-6.
22. Fessler J.M. La gestion de crise. Gestions hospitalières. 2004 ; 439 : 620-3.
23. Peton Klein D. La multiplication des plans. Quelle lisibilité ? Gestions hospitalières. 2004 ; 439 : 629-30.
24. Lagadec P. Ruptures créatrices. Paris Éditions d'Organisation. 2000 ; 624 p.
25. Desroches A. Du management des risques à la gestion des crises. Gestions hospitalières. 2008 ; 477 : 411-2.
26. Lagadec P. La force de réflexion rapide aide au pilotage des crises. Préventique Sécurité. 2010 ; 112 : 31-5.
27. Derudas P., Deforges J.C. La gestion des phénomènes sanitaires. Le pragmatisme et la simplicité pour être efficace. Gestions hospitalières. 2007 ; 462 : 27-31.