



**EHESP**

---

**Filière Directeurs des soins**

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

---

**LE PLAN BLANC EN PSYCHIATRIE :  
ROLE ET STRATEGIE DU DIRECTEUR  
DES SOINS DANS L'OPERATIONALITE  
DES SOIGNANTS**

---

**Jacques Martin**

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier ici tous ceux qui nous ont aidé dans ce travail :

Enseignants,

Amis et collègues,

Toutes les personnes qui ont accepté de nous accorder du temps et de répondre à nos questions avec spontanéité et authenticité,

Les directeurs de soins pour leur disponibilité et leur soutien dans notre recherche.

« Il ne peut y avoir de crise la semaine prochaine, mon agenda est déjà plein »

HENRI KISSINGER

---

# Sommaire

---

---

## **INTRODUCTION** **1**

---

## **1 DU CONCEPT DE GESTION DE CRISE A L'ORGANISATION REGLEMENTAIRE DE REPONSES OPERATIONNELLES** **5**

---

<b>1.1</b>	<b>LE PLAN BLANC EN REPONSE A UNE SITUATION DE CRISE</b>	<b>5</b>
1.1.1	DEFINITION DE LA NOTION DE CRISE	5
1.1.2	LES DIMENSIONS DE LA CRISE	6
1.1.3	LA GESTION DE CRISE : UNE DEMARCHE QUALITE QUI REpond A UNE EXIGENCE SOCIALE	7
<b>1.2</b>	<b>LA SUPERPOSITION DES PLANS, CONSEQUENCE DE LA MULTIPLICITE DES RISQUES</b>	<b>7</b>
1.2.1	FACE AUX RISQUES, UNE NECESSAIRE DEMARCHE DE PLANIFICATION	7
<b>1.3</b>	<b>LES DIFFERENTS NIVEAUX DE COORDINATION DE LA GESTION D'UNE CRISE</b>	<b>9</b>
1.3.1	L'ECHELON NATIONAL	9
1.3.2	L'ECHELON ZONAL	9
1.3.3	L'ECHELON DEPARTEMENTAL	10
1.3.4	L'ECHELON LOCAL	10
<b>1.4</b>	<b>LE PLAN BLANC</b>	<b>11</b>
1.4.1	DEFINITION	11
1.4.2	LE DECLENCHEMENT DU PLAN BLANC	12
1.4.3	L'ORGANISATION DU PLAN BLANC	12

## **2 L'ENQUETE DE TERRAIN** **13**

---

<b>2.1</b>	<b>LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE</b>	<b>13</b>
2.1.1	LES OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES	13
2.1.2	LE PERIMETRE DU RECUEIL DES DONNEES	14
2.1.3	L'ANALYSE DES DONNEES	14
2.1.4	LES LIMITES DE L'ENQUETE	14
<b>2.2</b>	<b>ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE</b>	<b>15</b>
2.2.1	LE PLAN BLANC : UNE EXIGENCE REGLEMENTAIRE INCONTOURNABLE	15
2.2.2	UNE ELABORATION « INTIMISTE »	16
2.2.3	UNE COMMUNICATION « LIGHT »	16
2.2.4	UNE GESTION DOCUMENTAIRE CONFIDENTIELLE	17
2.2.5	UNE PERCEPTION MINOREE DU RISQUE DE PLAN BLANC AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	18

2.2.6	L'ABSENCE D'APPROPRIATION PAR LES ACTEURS DU PLAN BLANC	19
2.2.7	UNE ABSENCE DE CULTURE DE GESTION DE CRISE	21
2.2.8	LA VALIDATION DE L'HYPOTHESE	22

### **3 LA CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS A L'APPROPRIATION PAR LES SOIGNANTS DE LEUR RÔLE** **23**

#### **3.1 PLACER LE PLAN BLANC AU SEIN D'UNE STRATEGIE MANAGERIALE D'ETABLISSEMENT** **23**

3.1.1	UNE EQUIPE DE DIRECTION ENGAGEE	23
3.1.2	UN AXE FORT AU SEIN DU PROJET D'ETABLISSEMENT	24
3.1.3	UN AXE DECLINE AU SEIN DES CONTRATS DE POLE	25
3.1.4	UN AXE S'APPUYANT SUR UNE POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES	25

#### **3.2 CONSTRUIRE UNE STRATEGIE D'ELABORATION ET DE SUIVI DU PLAN** **26**

3.2.1	INSTAURER UNE NECESSAIRE CO-PRODUCTION DU PLAN	26
3.2.2	INSTITUER DES REFERENTS AU SEIN DES POLES	28
3.2.3	DEVELOPPER UNE LARGE COMMUNICATION	28
3.2.4	STRUCTURER LA GESTION DOCUMENTAIRE	29
3.2.5	PREVOIR UNE INFORMATION EN CONTINU	29

#### **3.3 DEVELOPPER UNE CULTURE DE GESTION DE CRISE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT** **30**

3.3.1	REALISER DES AUDITS DE « NIVEAU DE CONNAISSANCE »	30
3.3.2	METTRE EN ŒUVRE UN PLAN DE FORMATION	30
3.3.3	PROGRAMMER DES EXERCICES	31

### **CONCLUSION** **33**

### **BIBLIOGRAPHIE** **35**

### **LISTE DES ANNEXES** **I**

---

## Liste des sigles et abréviations utilisés

---

<b>EPS</b>	: établissement public de santé
<b>NRBC</b>	: nucléaire, radiologique, biologique, chimique
<b>PRSP</b>	: plan régional de santé publique
<b>PAGUS</b>	: Plan d'action relatif à l'Alerte et à la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire
<b>COD</b>	: Centre Opérationnel de Défense
<b>DGS</b>	: direction générale de la santé
<b>DHOS</b>	: direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DÉSUS</b>	: département des situations d'urgences sanitaires
<b>HFD</b>	: Haut Fonctionnaire de Défense
<b>COGIC</b>	: centre opérationnel de gestion interministériel des crises
<b>ASN</b>	: Autorité de Sûreté Nucléaire
<b>Plan ORSEC</b>	: plan d'Organisation des Secours
<b>CUMP</b>	: Cellule d'Urgence Médico-psychologique
<b>PPI</b>	: Plans Particuliers d'Intervention
<b>SRAS</b>	: syndrome respiratoire aigue sévère
<b>INVS</b>	: Institut National de Veille Sanitaire
<b>PMA</b>	: Poste Médical Avancé
<b>CS</b>	: cadre de santé
<b>CSS</b>	: cadre supérieur de santé
<b>VAP</b>	: Valorisation de l'Activité en Psychiatrie
<b>UF</b>	: Unité Fonctionnelle
<b>CUMP</b>	: cellule d'Urgence Médico-psychologique
<b>PB</b>	: Plan Blanc
<b>CSIRMT</b>	: Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, et Médico-Techniques
<b>CH</b>	: Centre Hospitalier
<b>CHS</b>	: Centre Hospitalier Spécialisé

## Introduction

Dans le monde, mais également en France les situations de crise se multiplient. Leurs origines sont variées : aléas météorologiques (tsunami, canicule), accidents (passerelle du Queen Mary, explosion de l'usine AZF à Toulouse). De plus, de nouveaux risques apparaissent : grippe aviaire, SRAS, bioterrorisme. De ce fait, la gestion des situations de crise devient une préoccupation majeure.

Face à cette situation, le législateur a souhaité organiser et structurer la gestion de ces crises, tant au niveau national (plans pandémie grippale, biotox, canicule, grand froid), qu'au niveau local (élaboration des plans blancs). Un certain nombre de textes législatifs viennent donc préciser les obligations et le rôle des EPS mais également des différents acteurs participant à la gestion des crises. La loi du 9 août 2004 impose clairement à tous les établissements de se doter d'un plan blanc (y compris les établissements psychiatriques).

Bien évidemment, en cas de crise sanitaire les EPS se trouvent systématiquement en première ligne dans la prise en charge de la population. Prévoir et préparer la gestion d'une crise constitue donc une exigence de santé publique. Il faut préciser par ailleurs que tous les secteurs et activités de l'hôpital peuvent être considérés à risques, et donc être susceptibles de générer une situation de crise en interne (incendie, panne électrique, accidents thérapeutiques ou infectieux ...). Or accompagner une crise ne s'improvise pas. Les établissements de santé doivent aussi faire preuve de réactivité et de rapidité dans la réponse apportée face à une situation qui se déclare de façon inopinée et brutale. Ils doivent revoir en quelques heures toute leur organisation pour accueillir par exemple, blessés, ou intoxiqués. Cela suppose que chaque établissement dispose d'un plan lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens dont il dispose pour faire face à une situation d'urgence sanitaire. Il est donc essentiel que « chaque acteur selon son niveau d'exercice puisse identifier sa mission, son rôle, et son action dans ses domaines de compétences ou d'intervention, sachant que le fonctionnement normal de l'établissement est compromis voire inopérant »<sup>1</sup>.

Or, l'expérience vécue lors d'un plan blanc et un exercice NRBC montre qu'un grand nombre de soignants (y compris des cadres) ne se sont pas appropriés leur rôle et ne sont pas en mesure de faire preuve de réactivité et d'adaptation dans le cadre de l'organisation

---

<sup>1</sup> BERTRAND, X, séminaire « gestion de crise, plan blanc, schémas départementaux », 20 Juin 2005, PARIS

du plan telle que définie au niveau institutionnel. Par contre, un certain nombre d'entre eux fait preuve d'initiatives se situant en dehors du champ prévu.

Ils se présentent par exemple spontanément aux urgences lorsqu'ils apprennent l'accident par la radio, d'autres se trouvent désemparés lorsqu'ils doivent mettre en œuvre une mise à disposition de moyens matériels qui vient perturber l'organisation prévue des soins, ou d'autres encore expriment le refus de rester en service après leurs heures programmées de travail. Ce constat pose la question de l'opérationnalité des soignants dans le cadre d'un plan blanc organisé, structuré et décrit dans un document institutionnel.

J'ai réalisé ces observations au sein d'un centre hospitalier général, établissement très concerné par un accueil massif et en premier de recours de victimes. Mon projet me conduisant à occuper un poste de directeur des soins au sein d'un établissement public de santé mentale, je suis susceptible d'être à cette même problématique, peut être même majorée par la spécificité de ce lieu d'exercice. Les soignants se sentent encore moins concernés du fait d'une distanciation par rapport à la gestion des situations de crise souvent attribuée en première intention aux centres hospitaliers de premier recours.

Ce constat est corroboré par divers entretiens informels réalisés lors de rencontres professionnelles avec des agents (cadres, infirmiers) travaillant en établissement psychiatrique. Toutefois, le préfet peut décider la mise en œuvre d'un plan blanc élargi auquel sera associé directement un établissement de psychiatrie. D'autre part la crise peut être générée par un phénomène interne nécessitant le confinement ou l'évacuation de tout ou partie de l'établissement. Les établissements de santé mentale doivent donc se préparer efficacement à la gestion des situations de crise, notamment à travers la mise en œuvre d'un plan blanc. Par conséquent, la question de l'opérationnalité des soignants se trouve également posée.

Ces constats nous amènent à poser la question de départ : « ***Pourquoi, au sein d'un établissement public de santé mentale, les soignants ont – ils des difficultés à s'approprier leur rôle dans le cadre du plan blanc ?*** »

Pour tenter d'y répondre, nous formulons les hypothèses suivantes :

- ↪ ***La communication relative au plan blanc ne permet pas aux soignants de s'approprier leur rôle.***
- ↪ ***Les plans blancs ne sont pas co – produits.***
- ↪ ***La spécificité du lieu d'exercice (psychiatrie) ne facilite pas l'appropriation par les soignants de leur rôle.***
- ↪ ***L'absence ou le nombre insuffisant d'exercices ne permet pas aux soignants de s'approprier leur rôle dans le cadre d'un plan blanc.***

Au sein de l'équipe de direction, le directeur des soins est plus particulièrement responsable de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins. Pour ce faire, il met en œuvre une stratégie de maintien et de développement des compétences des soignants afin de pouvoir proposer des prestations de soins de qualité et ce en toutes circonstances.

Le directeur des soins se montre donc particulièrement vigilant afin de permettre aux soignants d'être opérationnels dans le cadre d'un plan blanc durant lequel les repères habituels de fonctionnement sont bousculés, les capacités de réactivité et d'adaptation devant se situer au premier plan.

L'établissement peut très vite se trouver en situation de crise, obligé de fonctionner en « mode dégradé », éventuellement avec des effectifs réduits (les agents peuvent être concernés par la situation ayant généré le déclenchement du plan blanc ; voir par exemple le scénario de la grippe aviaire).

De plus, la durée du plan blanc peut varier de quelques heures à plusieurs jours. Cela nécessite une organisation qui doit être anticipée et adaptée aux différentes éventualités, au sein de laquelle chacun ait pu s'approprier son rôle et ses missions.

La problématique du directeur des soins concerne donc l'opérationnalité des soignants dans le cadre d'un plan blanc. Quel rôle et quelle stratégie mettre en œuvre ? Mon projet professionnel me conduit à occuper un poste de directeur des soins dans un établissement public de santé mentale dans le cadre d'une coordination générale des soins qui englobe également la démarche qualité, la gestion des risques et la relation aux usagers. Ainsi, l'organisation, l'évaluation et le réajustement de la réponse que peut apporter l'établissement en cas de plan blanc feront ils partie de mes missions.

Nous allons dans un premier temps définir les notions de crise et décrire l'organisation mise en œuvre en France afin de pouvoir faire face à des situations de crise sanitaire. Puis dans une seconde partie, nous analyserons les résultats de l'enquête conduite sur le terrain afin de les confronter aux hypothèses de départ. Enfin, nous proposerons dans une troisième partie des actions permettant aux soignants de s'approprier leur rôle dans le cadre d'un plan blanc.

# 1 DU CONCEPT DE GESTION DE CRISE A L'ORGANISATION REGLEMENTAIRE DE REPONSES OPERATIONNELLES

## 1.1 Le plan blanc en réponse à une situation de crise

Le plan blanc est nécessairement lié à la gestion d'une situation de crise. En effet, il constitue le cadre d'une réponse permettant de faire face à un évènement qui menace les priorités et les missions de l'établissement de santé. Mais de quoi parle-t-on lorsque que l'on évoque une crise ?

### 1.1.1 Définition de la notion de crise

Le concept de crise est largement utilisé dans différents champs : médical, politique, économique, climatique, psychologique. Il désigne généralement un déséquilibre profond, un moment crucial où il faut savoir prendre des décisions. Le nombre et la fréquence des crises dans le domaine sanitaire, leur médiatisation ainsi que la préoccupation du public sur tout ce qui touche la santé impliquent que toutes les institutions et acteurs de santé considèrent comme une obligation la préparation au management d'une situation de crise.

Mais, précisons la notion de « situation de crise ». On peut considérer que l'on se trouve face à une crise lorsqu'il y a rupture face à l'organisation de l'établissement, mais également face aux capacités habituelles d'accueil, ce qui peut menacer les priorités et missions de l'institution en question. La crise peut donc se définir « comme un état paroxystique issu de la rupture d'un état d'équilibre précédent »<sup>2</sup>

Jean Marie FESSLER<sup>3</sup> décrit quant à lui la crise comme une « situation qui menace les priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress ». La notion de surprise constitue un élément important à prendre en compte, car ne s'agissant pas de quelque chose d'attendu ou de programmé, la crise vient naturellement impacter le fonctionnement usuel de l'institution. La nature même de la crise provoque également de la surprise chez les décideurs, et il est possible de considérer que les « crises à venir sont inimaginables »<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Christian REGOUBY, Se préparer au management d'une crise, *Cahiers Hospitaliers*, N°243, Mars 2008

<sup>3</sup> Jean Marie FESSLER, La gestion de crise, *Gestions Hospitalières*, N° 439, Octobre 2004, page 620

<sup>4</sup> Christian REGOUBY, Op.cit.

Patrick LAGADEC affirme ainsi que les crises ont muté, car « nous devons faire face aujourd'hui aux effets de surprise, à l'impensable, à la complexité extrême, à l'accélération et à la globalisation »<sup>5</sup>

Dans la notion de crise, on retrouve trois facteurs qui peuvent se conjuguer entre eux :

- ↳ Un évènement exceptionnel,
- ↳ Un évènement qui dépasse nos capacités d'action,
- ↳ Un évènement qui provoque une perte des repères.

Patrick LAGADEC<sup>6</sup> affirme par ailleurs « qu'il n'y a pas de crise sans problème aigu, mais tout défaut de préparation individuelle ou collective aggrave considérablement les difficultés et peut les transformer en drame ». Ainsi ne convient-il pas tant de se préparer à gérer tel ou tel type d'évènement, mais plutôt à gérer une situation dans un cadre « hors norme » en faisant preuve de capacités de réaction.

### 1.1.2 Les dimensions de la crise

L'ampleur d'une crise peut être évaluée selon la gravité de la situation qui l'a provoquée :

- ↳ Incident mineur (victimes légèrement atteintes, dégâts matériels peu importants),
- ↳ Incident majeur ou accident grave (victimes gravement atteintes, un décès, dégâts matériels importants, présence médiatique),
- ↳ Evènement catastrophique (nombreuses victimes, plusieurs décès, destruction totale ou partielle d'un site, impact majeur sur le personnel, campagne médiatique).

La survenue d'une crise est la plus souvent imprévisible. Au plus connaît – on l'existence d'un risque externe ou interne, mais on ne sait pas à quel moment ce dernier passera du stade du probable au stade de la réalité (voir par exemple la gestion du risque concernant la grippe aviaire, ou la gestion du risque incendie au sein d'un établissement).

La crise est imprévisible, mais elle est également, du moins peut – on le souhaiter, relativement rare. Lorsqu'elle se produit, elle vient percuter l'organisation complexe des établissements de santé, aussi bien dans la production des soins que dans la production des services logistiques. La crise conduit à « un dépassement de la capacité d'action par rapport aux conditions habituelles et compromet l'organisation de la structure et ses missions dans leur ensemble »<sup>7</sup>. Pour autant les établissements de santé doivent continuer à fonctionner afin d'assurer la continuité des soins des patients déjà hospitalisés tout en assurant leur rôle dans le cadre de la gestion de la crise (accueil de victimes en nombre par exemple).

---

<sup>5</sup> HENRY C, LAGADEC P, GODARD O, MICHEL E, « traité des nouveaux risques », Paris, Editions Gallimard, 2002, 620 pages

<sup>6</sup> Patrick LAGADEC, Op. cit.

<sup>7</sup> PILLET – MOREELS, C, Les mots pour le dire, *Entreprise Santé*, N° 60, Novembre – Décembre 2005, page 15

La crise constitue également un déclenchement d'énergie. « Et toute énergie peut être destructrice ou, au contraire, constructive »<sup>8</sup>. La crise constitue un risque pour l'institution, elle révèle la qualité et la solidité de son organisation, la qualité de son management. Pour faire face à la crise, l'établissement doit mobiliser beaucoup d'énergies, et selon l'issue, cela peut renforcer le « corps » culturel de l'institution ou au contraire le fragiliser.

### **1.1.3 La gestion de crise : une démarche qualité qui répond à une exigence sociale**

Face à la multiplication inexorable des crises, personne ne peut plus penser qu'il sera épargné. Tôt ou tard, chaque acteur se trouvera confronté à une situation de crise. La société réclame maintenant la prise en compte des risques par les pouvoirs publics. Le défaut de planification des risques sanitaires pourrait avoir des conséquences humaines, sociales et politiques désastreuses vis-à-vis de la population.

Par ailleurs la capacité à gérer des crises apparaît maintenant comme un critère d'évaluation des établissements de santé dans la procédure d'accréditation (version 2). La référence 14 pose comme principe que « chaque établissement a une gestion des risques organisée et coordonnée ». Le critère 14e prévoit que « la gestion d'une éventuelle crise est organisée », et le critère 14f que « l'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place », en précisant notamment que l'établissement dispose d'un plan blanc actualisé, et que chaque professionnel concerné connaît les modalités de mise en œuvre. La capacité à gérer une situation de crise constitue dorénavant un indicateur de la qualité du management de l'établissement. Ainsi l'élaboration d'un plan blanc s'inscrit-elle dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

## **1.2 La superposition des plans, conséquence de la multiplicité des risques**

### **1.2.1 Face aux risques, une nécessaire démarche de planification**

La multiplication d'évènements marquants (l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, l'apparition du SRAS, la canicule de 2003, le risque de pandémie de grippe aviaire ...) a conduit le gouvernement à impulser une politique d'élaboration de plans d'intervention susceptibles d'être déclenchés en cas de crises collectives.

La loi de santé publique du 9 Août 2004 prévoit dans chaque région l'élaboration d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) comportant un Plan d'action relatif à l'Alerte et à la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire (PAGUS). Elle intègre le dispositif de crise dans le concept

---

<sup>8</sup> Christian REGOUBY, Op.cit, page 21

de plan blanc : « chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc ».

La loi du 13 Août 2004<sup>9</sup> relative à la modernisation de la sécurité civile consacre quant à elle une démarche globale de protection des populations, allant de la prévention des risques à l'organisation des secours jusqu'au retour à la vie normale après une crise.

L'élaboration de plans d'organisation des secours permet la mise en œuvre des moyens nécessaires pour faire face aux catastrophes de toute nature. Ils résultent de plusieurs textes juridiques et se superposent selon l'ampleur et la nature du risque.

#### A) Les plans de secours

Les plans d'Organisation des Secours (plans ORSEC) constituent depuis la loi du 13 Août 2004 « le dispositif global d'organisation interservices » permettant d'organiser les actions et les moyens destinés à faire face à la survenue d'un évènement de grande ampleur, ceci afin d'assurer la protection générale de la population. Les plans ORSEC permettent aux structures de s'adapter et de réagir avec rapidité lors d'une crise, et de les aider à poursuivre leurs activités.

#### B) Les plans gouvernementaux de la famille « Pirate » (Vigipirate, Biotox, Piratox, Piratome, Piratair)

Ces plans, déclenchés en cas de besoin par le premier ministre, permettent de faire face aux menaces et actions terroristes.

#### C) Les plans d'urgence spécifique

##### ↳ Le plan rouge :

Il définit, sous l'autorité du préfet, l'organisation des opérations de secours sur le terrain, dès lors que l'on se trouve face à de nombreuses victimes.

##### ↳ Les Plans Particuliers d'Intervention (PPI), et les Plans de Secours Spécialisés

Ces plans sont préparés par les préfecture pour faire face à des évènements susceptibles de se produire dans l'environnement de l'établissement, du fait de la présence d'une installation nucléaire, d'une usine classée Seveso, ou pour prendre en compte des risques naturels.

#### D) Les plans sanitaires spécifiques

Des plans sanitaires spécifiques sont élaborés en réponse aux nombreuses crises sanitaires (plan variole, plan de lutte contre le SRAS, ...). Deux plans impactent particulièrement l'organisation hospitalière :

---

<sup>9</sup> Loi n°2004-811 du 13 Août 2004 de modernisation de la sécurité civile

↳ Le plan canicule :

Il définit les actions préventives à engager pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.

↳ Le plan gouvernemental de prévention et de lutte « pandémie grippale » :

Depuis 2004, ce plan mobilise les acteurs et établissements de santé. Deux organisations spécifiques doivent être mises en place à l'hôpital pour gérer un tel évènement :

- un contrôle d'accès sanitaire à l'entrée de chaque établissement,
- l'identification dans chaque établissement de santé d'une zone dite à haute densité virale (pour prendre en charge les patients grippés), et d'une zone à basse densité virale (pour assurer la prise en charge des autres patients).

L'ensemble de ces plans s'appuie en France sur une organisation administrative territoriale.

### **1.3 Les différents niveaux de coordination de la gestion d'une crise**

#### **1.3.1 L'échelon national**

La gestion des risques exceptionnels et, notamment, des risques NRBC constitue un sujet interministériel coordonné par les services du Premier ministre. C'est à cet échelon que sont élaborés les différents plans gouvernementaux (Vigipirate, Piratox, Biotox, ...). Ces plans sont déclenchés par le Premier ministre.

Au niveau du ministère de la santé se met immédiatement en place une cellule de crise en cas d'évènement sanitaire grave. La DGS et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) travaillent en collaboration selon la nature de la crise ou du risque potentiel.

D'autre part, un Haut Fonctionnaire de Défense (HFD) conseille, au sein de chaque ministère, le ministre pour toutes les mesures de défense qui lui incombent. En gestion de crise, il assure et organise entre autre la contribution à la couverture de certains besoins sanitaires et sociaux et le traitement et l'exploitation des données du centre opérationnel de gestion interministériel des crises (COGIC).

L'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) est également associée à la gestion des situations d'urgence, car elle assure une veille permanente en matière de radioprotection sur le territoire national.

#### **1.3.2 L'échelon zonal**

La zone de défense est « une circonscription territoriale suprarégionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'Etat, d'un évènement calamiteux ou d'une situation de crise dont l'importance implique la mise en œuvre de moyens dépassant le niveau

départemental »<sup>10</sup>. La France métropolitaine est divisée en sept zones de défense auxquelles s'ajoutent trois zones outre-mer.

L'état est représenté dans chaque zone de défense par un préfet de zone qui est le préfet de département situé dans le chef lieu de la zone. Le SAMU zonal participe à la réponse zonale des risques exceptionnels. Il coordonne l'ensemble des SAMU de la zone en cas de risque NRBC.

De plus est désigné dans chaque zone de défense un établissement de santé de référence capable de gérer une situation sanitaire exceptionnelle.

### **1.3.3 L'échelon départemental**

Ce niveau recouvre le champ de l'anticipation (élaboration des différents plans) et de la gestion de la crise (déclenchement des plans, mise en place des cellules de crise et de veille, mobilisation des moyens, communication). Le préfet de département prépare les plans ORSEC départementaux. A ce titre il prévoit les mesures de sauvegarde et coordonne les moyens de secours publics dans le département. La loi du 9 août 2004<sup>11</sup> précise que « si l'afflux de patients ou de victimes le justifie, le représentant de l'état dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services dans le cadre d'un dispositif dénommé plan blanc élargi ». Si nécessaire, le préfet de département active le Centre Opérationnel de Défense (COD), cellule opérationnelle regroupant sur le même site tous les acteurs concernés du département.

La DASS joue un rôle opérationnel. Elle propose au préfet, en liaison avec le COD, des actions et des mesures pour résoudre la crise.

### **1.3.4 L'échelon local**

Au niveau local, les établissements de santé publics et privés doivent élaborer un plan blanc, et les établissements médico-sociaux un plan bleu. Ces plans permettent de mobiliser immédiatement les moyens dont ils disposent pour gérer un afflux massif de patients ou de victimes, pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

---

<sup>10</sup> Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 Septembre 2006

<sup>11</sup> Loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique

## 1.4 Le plan blanc

### 1.4.1 Définition

La loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique impose la rédaction d'un plan blanc à tous les établissements de santé, pour faire face à un éventuel afflux de victimes dans l'institution ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle : « Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation exceptionnelle »<sup>12</sup>. Le décret n° 2005-1764 du 30 Décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace grave précise les éléments contenus dans le plan blanc. Les textes de 2006 ont porté l'accent sur la gestion de crise pour dépasser le concept d'afflux de victimes, en prenant en compte le « dysfonctionnement interne, le circuit de veille ou d'alerte au sein de l'établissement, l'analyse rigoureuse des risques spécifiques liés au contexte dans lequel se situe l'établissement »<sup>13</sup>.

Il s'agit donc d'un plan d'urgence adapté à chaque établissement de santé, et qui relève de la responsabilité du directeur. Il permet la mise en œuvre d'une organisation spécifique et la mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques.

L'objectif est de permettre à tout établissement de santé de faire face à une situation exceptionnelle en maintenant une continuité des soins et en préservant la sécurité des patients et des personnels.

Ce dispositif d'accueil hospitalier « répond à une triple exigence : opérationnelle, managériale et sociétale »<sup>14</sup>. Il prend en compte un spectre de menaces très variées, aussi bien de nature terroristes, industrielles qu'environnementales (annexe NRBC) ou encore internes à l'établissement.

Les actions déclinées dans le plan prévoient les situations suivantes :

- la prise en charge de victimes en nombre
- l'accueil spécifique de patients potentiellement contaminés,
- l'évacuation ou le confinement de tout ou partie de l'établissement,
- le fonctionnement en cas de défaillance des réseaux vitaux (énergies, télécommunications, fluides).

---

<sup>12</sup> Code de la Santé Publique, art.L.3110-7 créé par l'art. 20 de la loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique

<sup>13</sup> Patrick CAMPHIN, « face à la crise : le plan blanc d'établissement », *Cahiers Hospitaliers*, n°243, Mars 2008, page 11

<sup>14</sup> François GALARD, Christophe VAN DER LINDE, « l'évolution des plan blancs et des plans blancs élargis », *Gestions Hospitalières*, n°462, Janvier 2007, page 8

Le plan blanc est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement, sur proposition de son directeur, après avis des instances consultatives. Il est constitué de fiches réflexes décrivant la séquence des décisions à prendre et de fiches annexes relatives aux risques NRBC. D'autre part, le plan blanc s'inscrit dans le cadre du plan blanc élargi qui vise à coordonner l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un évènement de grande ampleur qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

#### **1.4.2 Le déclenchement du plan blanc**

Le déclenchement du plan blanc est un acte réglementaire réalisé par le directeur de l'établissement en cas :

- d'évènement catastrophique brutal,
- de situation de crise consécutive au dépassement des mesures anticipées prises en dehors du cadre du plan blanc.

Il en informe le préfet, le DDASS, le service d'aide médicale urgente territorialement compétent et le DARH. Il peut être amené à le déclencher à la demande du préfet. Sa levée est prononcée par le directeur.

#### **1.4.3 L'organisation du plan blanc**

Le directeur en assure le pilotage. Il s'appuie sur une cellule de crise composée de professionnels représentant les différentes logiques institutionnelles (médicale, soignante, logistique, ...). Il s'agit du véritable organe de commandement du plan blanc. La cellule de crise, seul lieu de décision, est le point de convergence de toutes les informations. Elle assure les liens nécessaires avec les autorités publiques. Elle permet de coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs.

Les modalités d'information du personnel sur le déclenchement du plan blanc sont préétablies. Les modalités et conditions du maintien et de rappel du personnel sont précisées.

Les axes de circulation des patients et des véhicules sont prévus. Des aires de stationnement sont individualisées pour le personnel, les familles, les médias et les autorités.

L'accueil des victimes aux urgences est organisé et doit s'inspirer de l'organisation d'un PMA (poste médical avancé). Des locaux doivent être réservés à l'accueil des familles. Les points de rendez-vous « médias » sont gérés par le chef d'établissement ou le responsable de la communication.

Le plan blanc est assorti d'annexes NRBC de façon à faire face à un afflux de victimes potentiellement contaminées. Tous les établissements peuvent être concernés et doivent se préparer à établir un circuit d'entrée sécurisé ou à interdire l'entrée. Les annexes NRBC préparent l'accueil de ces victimes très spécifiques.

Les solutions que l'établissement apporte à la situation de crise sont adaptées à sa taille, à ses missions et au rôle qui lui est dévolu dans le plan blanc élargi.

## **2 L'ENQUETE DE TERRAIN**

Nous allons, dans cette deuxième partie, investiguer la réalité du terrain dans le cadre d'une enquête conduite dans trois centres hospitaliers spécialisés en santé mentale. Notre objectif consiste à identifier la méthodologie d'élaboration du plan blanc dans chaque établissement, son mode de diffusion auprès des agents et le type de communication mis en œuvre, l'appropriation par les divers acteurs de leur rôle en cas de déclenchement du plan ainsi que leur perception d'un risque compte tenu de la spécificité de leur établissement.

### **2.1 La méthodologie de recherche**

Nous avons tout d'abord conduit une phase exploratoire dans un premier centre hospitalier spécialisé afin de mieux cerner notre problématique de recherche, formuler une question de départ et identifier un certain nombre d'hypothèses. Nous avons également réalisé un entretien auprès de monsieur Bertrand Parent <sup>15</sup> afin d'approfondir notre thème de recherche. Puis après une phase d'étude documentaire (lecture du projet de soins, du projet qualité, de la politique de gestion des risques, du rapport de certification), nous avons conduit des entretiens semi-directifs à un niveau stratégique (directeur des soins, responsable qualité), organisationnel (cadres et cadres supérieurs de santé) et opérationnel (infirmiers).

Puis nous avons poursuivi notre recherche en organisant un recueil de données dans deux centres hospitaliers spécialisés de même taille (environ mille agents).

#### **2.1.1 Les outils de recueil de données**

##### **A) L'étude documentaire :**

La lecture et l'analyse de différents documents (projet de soins, projet qualité et gestion des risques, rapport de certification, plan blanc et ses annexes, projet médical, base documentaire intranet) permet de repérer le plan blanc au sein d'une démarche institutionnelle globale d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, de le situer dans la politique d'établissement et d'appréhender les modalités d'appropriation par les agents préconisées.

---

<sup>15</sup> Bertrand PARENT : enseignant-chercheur, EHESP, département MATISS

## B) Les entretiens semi - directifs :

Nous avons choisi cette méthode de recueil de données car elle permet d'appréhender les opinions des différents acteurs en « permettant une expression en profondeur »<sup>16</sup>. A partir d'une grille d'entretien (annexe n° 1), nous avons proposé à nos interlocuteurs différents thèmes visant à :

- ↳ Connaître les représentations associées à la notion de gestion de crise,
- ↳ identifier leur connaissance du plan blanc d'établissement,
- ↳ repérer le mode d'élaboration et de diffusion du plan,
- ↳ appréhender les différents outils d'appropriation de leur rôle,
- ↳ mesurer leur perception du risque de déclenchement d'un plan blanc au sein de l'établissement.

Notre intervention s'est limitée à la reformulation des propos, ou à un questionnement visant à permettre à l'interlocuteur de préciser sa pensée.

### 2.1.2 Le périmètre du recueil des données

La recherche documentaire et les entretiens sont conduits dans deux centres hospitaliers spécialisés de taille quasiment identique. Dix-sept entretiens sont réalisés concernant :

- ↳ Au niveau stratégique : deux directeurs des soins, deux directeurs qualité et un ingénieur qualité
- ↳ Au niveau organisationnel : six cadres de santé (CS et CSS)
- ↳ Au niveau opérationnel : six infirmiers

### 2.1.3 L'analyse des données

La prise de note lors des entretiens tend à respecter le plus fidèlement possible les propos tenus par les interlocuteurs. Une grille d'analyse de contenu est ensuite construite, classant les propos par thèmes et par catégories professionnelles.

### 2.1.4 Les limites de l'enquête

Au niveau opérationnel, et compte tenu des contraintes de temps, nous avons volontairement limité la population interviewée aux infirmiers, alors que nous sommes conscient que l'ensemble des acteurs sont potentiellement concernés lors d'un déclenchement de plan blanc au sein d'un établissement.

---

<sup>16</sup> Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, 1990, Paris, DALLOZ, 1140 pages

Par ailleurs, l'échantillon des personnes rencontrées n'est pas représentatif qualitativement et quantitativement des professionnels travaillant au sein de l'hôpital, et le nombre limité d'entretiens ne permet pas de généraliser les résultats de notre étude.

## **2.2 Analyse des résultats de l'enquête**

### **2.2.1 Le plan blanc : une exigence règlementaire incontournable**

Les deux établissements enquêtés disposent d'un plan blanc rédigé, comportant par ailleurs des annexes NRBC en cours d'élaboration. Les entretiens réalisés au niveau stratégique montrent de manière uniforme que l'approche managériale de la gestion des situations de crise, et plus particulièrement du plan blanc, ne constitue pas une priorité d'établissement. Toutefois, chacun s'accorde à dire qu'il s'agit probablement là d'une erreur, car face au désordre généré par une situation de crise il faut opposer une organisation préalablement réfléchie et intégrée à tous les niveaux de l'établissement.

*« Le plan blanc est écrit car nous y sommes obligés par la loi, et il s'agit d'un indicateur pris en compte dans le cadre de la démarche de certification. Mais, franchement nous avons d'autres sujets beaucoup plus importants et urgents ».*

*« Oui le plan blanc est élaboré, mais il s'agit plus d'un exercice de style imposé, car vu la spécificité de notre établissement il y a peu de chances pour qu'il soit un jour déclenché »*

*« Actuellement le ministère nous sollicite fortement dans le cadre de l'annexe pandémie grippale, cela nous permet de revisiter le plan blanc, cela nous concernera –t-il un jour ? ».*

Le plan blanc apparaît donc comme l'outil règlementaire incontournable de la gestion de crise, car la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique rend obligatoire le plan blanc pour l'ensemble des établissements de santé (y compris pour les établissements ne disposant pas de service d'urgences). Toutefois, il ne s'agit pas d'un sujet prioritaire pour les CHS où s'est déroulée l'enquête. Les équipes de direction sont actuellement plus préoccupées par la situation financière des établissements, les difficultés de recrutement, et la mise à niveau des systèmes d'information afin de préparer au mieux la future valorisation de l'activité en Psychiatrie (VAP).

Or tous les établissements publics, privés ou associatifs sont potentiellement concernés par les crises, pour eux-mêmes ou pour leur rôle sanitaire et social. Ils peuvent constituer un recours dans de telles situations. Il convient donc de « considérer la gestion des crises comme un thème de management à part entière »<sup>17</sup>. Si le thème semble moins attractif que la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, il peut toutefois susciter de véritables intérêts collatéraux. Il

---

<sup>17</sup> Jean Robert Chevallier, séminaire sur la gestion des crises, DHOS, Juin 2005

contribue à créer du lien social, en dehors de tout enjeu de pouvoir, du fait de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, et de l'interdépendance des métiers.

### **2.2.2 Une élaboration « intimiste »**

L'élaboration du plan blanc est confiée à la direction de la qualité et de la gestion des risques. Il est écrit par une ou deux personnes (le directeur qualité et un attaché ou un ingénieur, voire par un élève – directeur lors d'un stage) en s'appuyant sur le guide méthodologique diffusé par le ministère. Ce comité restreint se rapproche des différentes directions fonctionnelles selon la problématique qui doit être traitée (médicale, logistique, systèmes d'information, soins, pharmacie ...).

*« Cette tâche a été confiée à un élève directeur qui a réalisé une première trame que j'ai ensuite reprise. Le document a fait l'objet de discussions en comité de direction avant sa présentation devant les instances ».*

De ce fait, les différents acteurs enquêtés, aussi bien à un niveau organisationnel qu'opérationnel, ne savent pas dire par qui et comment le plan a été élaboré.

*« Par la direction sans doute, au service qualité ? »*

*« Je ne sais pas du tout, le sujet n'a pas été abordé au niveau du secteur, ni du pôle d'ailleurs »*

*« Probablement par un des directeurs, mais je ne sais pas lequel ; de toute façon je n'ai pas été interpellé ».*

La réponse peut se comprendre pour les IDE qui se situent à un niveau opérationnel ; elle est par contre beaucoup plus surprenante de la part des cadres de proximité et des cadres supérieurs de santé, relais indispensables dans de telles démarches.

Or, le savoir se construit également à travers le processus d'élaboration du plan. Différentes étapes permettent collectivement et progressivement de créer de nouveaux schémas opératoires. Ainsi, dans le cadre d'un travail en groupes pluridisciplinaires représentant les différentes fonctions présentes au sein de l'établissement, il convient : d'analyser des situations concrètes, d'émettre des hypothèses, de confronter des idées, et d'élaborer une stratégie.

Il s'agit là d'une condition nécessaire pour créer de nouveaux schémas opératoires. Cela permet d'acquérir un savoir nouveau, d'augmenter les capacités d'anticipation et les performances d'adaptation.

La gestion d'une situation de crise par un établissement de santé est l'affaire de tous et pas seulement de tels ou tels acteurs spécialisés dans la gestion des risques ou la démarche qualité. Le mode même de rédaction du plan doit intégrer la nécessaire approche pluridisciplinaire du sujet, condition sine qua none d'un début d'appropriation par les acteurs de leur rôle. .

### **2.2.3 Une communication « light »**

Les deux tiers des acteurs interrogés au niveau organisationnel et opérationnel (infirmiers et cadres) ne peuvent dire comment le plan blanc leur a été présenté. Les IDE affirment ne pas avoir bénéficié d'une communication particulière, sauf pour ceux qui ont suivi la formation obligatoire concernant la pandémie grippale au cours de laquelle un bref rappel du plan blanc fut réalisé.

Dans les deux établissements le plan a été présenté aux instances, en réunion de cadres supérieurs de santé et aux médecins chefs de service. Il n'a pas fait l'objet d'un article dans la revue de l'établissement, et aucune opération de communication à l'ensemble des agents ne fut organisée. Le plan blanc est soit diffusé sur l'intranet (dans une version résumée) pour l'un des établissements, ou envoyée dans chaque UF en version papier et conservée le plus souvent dans le bureau du cadre ou dans le bureau infirmier pour l'autre établissement.

Aucun des infirmiers ou cadres interrogés n'avait lu le plan blanc de l'établissement et ne pouvait donc préciser ce que l'on attend d'eux ou quel est leur rôle en cas de déclenchement.

*« Je ne sais pas trop ; si cela devait arriver demain, je ne sais pas ce qu'il se passerait »*

*« Il existe, dans la valise de garde, des procédures à appliquer »*

*« Les cadres nous diront ce qu'il faut faire »*

Les cadres de santé ne peuvent donc pas s'approprier le plan s'ils ne bénéficient pas d'une information adaptée. Ils reconnaissent devoir jouer un rôle primordial dans l'information, la formation et la mobilisation des équipes, mais ils s'estiment eux-mêmes insuffisamment renseignés et ne possédant pas les outils adaptés (power point de présentation, « fiches acteurs »). D'autre part, ils évoquent le difficile contexte actuel (difficultés de recrutement générant de fortes tensions sur les plannings et sur les conditions de travail) qui ne leur permet pas d'aborder actuellement le sujet avec les équipes.

Les cadres supérieurs de santé, assistant le médecin responsable de pôle, affichent également un niveau de méconnaissance du plan, se sentent peu concernés par le sujet tout en reconnaissant la nécessité d'une approche collective de la crise.

*« Si cela doit arriver, il faut pouvoir compter sur tout le monde, mais en même temps il faut que cela soit organisé »*

Ils pensent par ailleurs que l'intranet n'est pas forcément le meilleur support de communication pour aborder le sujet.

*« Je sais qu'il y a un chapitre sur le plan blanc, mais il est noyé parmi beaucoup d'autres informations. Les agents n'ont pas encore le réflexe intranet »*

#### **2.2.4 Une gestion documentaire confidentielle**

Au regard des entretiens conduits, il semble que l'accès à l'information concernant le plan blanc n'aille pas de soi. Dans le premier établissement, les infirmiers pensent, mais sans en être sûrs, que le document se trouve dans le bureau du cadre. Il ne fait pas parti des documents rangés

dans leur bureau et qu'ils sont amenés à consulter régulièrement (comme par exemple le classeur hygiène, ou les notes de service, ou le document relatif à la gestion du temps). De ce fait la lecture et la connaissance de ce document ne sont pas facilitées.

Dans le second établissement, un power point concernant le plan blanc se trouve sur l'intranet. Il ne s'agit que d'une présentation générale, qui n'inclut pas les différentes fiches de procédure. Les agents n'ont donc aucune possibilité de connaître ce qui est attendu d'eux en cas de déclenchement. De plus la grande majorité des infirmiers et cadres interrogés avouent ne pas être allés consultés l'intranet sur ce sujet.

*« Le plan doit être sur l'intranet, mais je ne suis jamais allé voir ce qu'il contient »*

*« L'intranet, je n'y vais que très rarement, j'ai l'impression de perdre du temps, il y a beaucoup trop de menus et de sous-menus »*

La gestion documentaire ne paraît pas intégrée par les acteurs qui ont du mal à localiser l'information dont ils ont besoin. Que ce passerait-il par exemple si dans le cas d'une crise l'hôpital se trouvait privé d'électricité, et donc d'ordinateurs ? Aucun accès au plan blanc ne serait possible à partir des unités de soins. Les supports et leur localisation ne semblent donc pas pertinents pour un accès rapide et aisé des soignants au plan blanc.

### **2.2.5 Une perception minorée du risque de plan blanc au sein de l'établissement**

Pour que les acteurs s'approprient et s'impliquent dans un processus de gestion de crise tel le plan blanc, il est nécessaire qu'ils aient conscience d'un risque potentiel pour leur établissement qui rende probable le déclenchement du plan.

Or parmi les personnes enquêtées, douze estiment « peu probable » le déclenchement du plan blanc dans l'établissement, et cinq jugent cette possibilité « probable ».

Les causes citées du déclenchement se situent principalement à l'extérieur de l'hôpital : épidémies (la grippe aviaire est le plus souvent citée), accident majeur, aléas météorologique (canicule, inondation). Mis à part le risque incendie qui est très bien intégré par les acteurs (patients à risque, comportements déviants depuis la loi interdisant de fumer dans les locaux), aucun événement interne ne semble pouvoir conduire au déclenchement du plan. Or les risques se situent également au sein des établissements : intoxication généralisée, pannes techniques majeures, locaux devant être évacués en constituent quelques exemples.

Les acteurs se sentent protégés par la localisation et la configuration architecturale de leur établissement. Les hôpitaux sont construits sur un mode pavillonnaire ; les bâtiments sont donc bien séparés les uns des autres, limitant ainsi les possibilités de propagation d'un incendie. Les hôpitaux psychiatriques sont par ailleurs souvent construits à l'écart des grandes villes, (conception hygiéniste du XIX<sup>ème</sup> siècle) et leur localisation rurale ne favorise pas la perception par les agents d'un risque.

*« Que peut-il nous arriver ici ? »*

*« Nous ne sommes pas dans une zone à haut risque, ni dans une zone classée SEVESO »*

Les agents n'ont pas non plus assimilé le fait que leur établissement puisse être intégré dans un plan blanc élargi, et donc accueillir des victimes, des blessés ou des patients stabilisés provenant d'un autre établissement.

## **2.2.6 L'absence d'appropriation par les acteurs du plan blanc**

### **A) Méconnaissance du dispositif**

La notion de crise ne recouvre pas la même réalité selon les acteurs. Au niveau managérial et organisationnel, la crise renvoie à quelque chose d'inhabituel, soudain, correspondant à une catastrophe ou à un accident majeur, et auquel il faut répondre rapidement. Sont évoquées également la nécessité pour l'établissement d'accueillir un nombre important de victimes, ou encore des difficultés majeures de fonctionnement dues à un aléa extérieur.

Par contre, au niveau opérationnel, les infirmiers assimilent la crise à un problème qui se déroule au sein du service.

*« Parfois il faut gérer une crise au sein du service. Les réunions institutionnelles permettent alors de faire de la régulation »*

*« Quand le service est bloqué, une bonne gestion de crise par les psychologues permet de nous faire avancer »*

Lorsque pour recentrer les propos le plan blanc est évoqué, les infirmiers évoquent spontanément l'équipe qui se déplace en dehors de l'hôpital pour effectuer du soutien psychologique. Le plan blanc est d'une certaine façon assimilé à la CUMP, seul mode opératoire connu des IDE car ils sont régulièrement sollicités par les cadres pour intégrer cette organisation.

Par ailleurs, les cadres (y compris les cadres supérieurs) et les infirmiers ne connaissent absolument pas le contenu du plan blanc de leur établissement. Par déduction ils évoquent la mise en place d'une cellule de crise, sans en connaître la composition. Ils ne peuvent pas dire non plus si des locaux sont ciblés plan blanc, ni s'il existe des moyens matériels réservés à cet effet.

De même, ils pensent qu'en cas de plan blanc ou de plan blanc élargi, l'établissement ne sera concerné que pour l'accueil de personnes nécessitant des soins psychiatriques ou psychologiques. Aucun n'a imaginé par exemple l'accueil de résidents d'une maison de retraite voisine qui serait inondée.

Par contre tous évoquent la possibilité d'être maintenus sur poste ou d'être rappelés pour venir renforcer le dispositif habituel ou assurer la continuité des soins.

### **B) Pas de formation institutionnelle proposée**

La lecture des plans de formation des établissements met en évidence une absence d'offre de formation au plan blanc ou à la gestion des crises. Or comprendre permet d'acquérir des

savoirs nouveaux, alors que les crises surviennent parfois lorsque les divers acteurs ne savent pas ce qu'ils doivent faire. Les plans constituent ainsi des procédures primordiales qui permettent de venir en aide aux acteurs le jour venu. Pour cela, il est impératif que le dispositif soit connu et compris par tous.

Il convient donc d'organiser une offre interne de formation pluriannuelle, ouverte à l'équipe de direction, au corps médical, aux diverses catégories paramédicales, médico-techniques, techniques et logistiques de l'établissement. Cette proposition est d'ailleurs largement partagée par les cadres et les infirmiers.

Se former ensemble constitue déjà une expérience commune, une création de savoirs partagés.

### C) Pas d'exercices mis en oeuvre

Sur les deux établissements, une seule équipe de direction a organisé non pas un exercice, mais un test de mise en œuvre de la cellule de crise. L'exercice, en tant que processus d'apprentissage dans une visée pédagogique est seulement « envisagé », mais aucune date n'est encore fixée. Il s'agit pour ces deux établissements de trouver un « créneau favorable », or le contexte actuel ne s'y prête guère : difficultés budgétaires, climat social tendu, recrutements insuffisants pour faire face aux besoins.

L'exercice est décrit comme une méthode compliquée à mettre en œuvre, mais néanmoins incontournable. Il permet de mesurer l'écart entre ce qui est prévu dans les modes opératoires et ce qui se passe réellement sur le terrain. Un certain nombre d'éléments non prévus dans la procédure initiale peuvent se révéler nécessaires à prendre en compte. L'exercice permet par ailleurs de vivre une expérience commune dans une situation où les repères habituels sont bousculés.

L'exercice est considéré dans sept entretiens comme un élément primordial permettant d'améliorer l'appropriation du plan blanc par les agents tout en réajustant en cas de besoin les procédures initiales.

*« Seule une confrontation à la réalité nous permettra d'évaluer nos procédures. Je sais que nous devons organiser des scénarii afin d'impliquer les agents et pour qu'une prise de conscience s'amorce sur l'établissement »*

Un vieil adage nous rappelle qu' « on apprend en faisant ». Les exercices permettent d'identifier ce qui fonctionne bien et de repérer les dysfonctionnements tout en s'exerçant. Dans le cadre de l'exercice on distingue :

- ↳ Une phase d'application permettant le transfert des connaissances,
- ↳ Une phase d'évaluation de la stratégie (organisation générale), du système de prise de décisions, et de l'application des décisions,

↳ Une phase de débriefing, suivie d'une évaluation puis d'éventuels réajustements<sup>18</sup>.

Le guide d'aide à l'élaboration des plans blancs dans les établissements élaboré par le ministère prévoit d'ailleurs des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan, ainsi qu'une évaluation et une révision de ce dernier chaque année. L'existence d'un plan blanc sur le « papier » n'est pas une garantie suffisante. Il faut encore « que les mécanismes aient été effectivement mis en place, qu'ils fonctionnent, que chacun se les soit appropriés, ce qui suppose un travail d'apprentissage en profondeur sur les outils, les procédures, l'esprit de la démarche »<sup>19</sup>.

### **2.2.7 Une absence de culture de gestion de crise**

#### **A) Un vocabulaire non partagé**

La culture collective se construit à partir d'un langage commun, d'une réflexion et d'une expérience partagées.

L'enquête nous a permis de mettre en évidence que les différents acteurs n'accordent pas la même signification aux mots, ce qui rend difficile le partage de concepts communs. Les savoirs collectifs ne sont pas construits, ni donc partagés. Or, « Chaque individu ou groupe d'individus en fonction de sa situation, de sa perception personnelle, de son implication émotionnelle et de ses intérêts propres va développer une représentation singulière de la crise. Chacune de ces représentations va générer des comportements spécifiques »<sup>20</sup>.

S'il l'on veut être prêt à manager une situation de crise, « il faut apprendre à se donner une représentation partagée de la crise »<sup>21</sup>.

#### **B) Pas d'expérience commune**

L'absence de formation et d'exercices communs ne permet pas aux différents acteurs de vivre des expériences collectives. Or celles-ci sont nécessaires car constitutives d'une culture partagée. On ne peut gérer efficacement une crise sans système de communication et des procédures communes, mais l'essentiel est d'abord de développer un état d'esprit face à la crise. Cela peut se traduire par un travail sur les procédures dans une logique d'apprentissage collectif et de service aux utilisateurs. Le déclenchement d'un plan blanc en établissement psychiatrique vient percuter l'organisation habituelle des soins. Les acteurs perdent leurs points de repères d'autant plus facilement qu'ils ne peuvent se référer à une situation déjà vécue, même de manière factice.

---

<sup>18</sup> Christine Ammirati, *Plan blanc et gestion de crise*, séminaire sur la gestion des crises, DHOS, Juin 2005

<sup>19</sup> HENRY C, LAGADEC P, GODARD O, MICHEL E, Op.cit., p.244

<sup>20</sup> Jean Marie Fessler, Op.cit, p. 622

<sup>21</sup> Christian Regouby, Op.cit., p.17

Au – delà d'un certain seuil de turbulence, d'autant plus vite atteint qu'aucun entraînement à ces situations n'existe, les organisations connaissent une dynamique de désarticulation. « C'est d'abord la bunkérisation (chacun se préoccupe de mettre à l'abri son territoire et sa position). Le cloisonnement se fait par métiers, par territoires, par niveaux géographiques, par niveaux hiérarchiques. On observe ainsi une confusion dans l'exercice des responsabilités. Les systèmes de communications sont vite saturés par des messages peu utiles alors qu'il y a d'étonnantes pertes en ligne de messages cruciaux »<sup>22</sup>.

C) Une rupture entre le niveau managérial et les niveaux organisationnels et opérationnels

L'analyse des entretiens met en évidence une rupture entre les acteurs se situant à un niveau managérial (DS, directeurs-qualité, ingénieur) d'une part, et les équipes d'encadrement ainsi que les infirmiers d'autre part. Ces derniers manifestent très peu de connaissances sur le plan blanc et se sentent peu concernés, alors que les directeurs ont abordé le sujet en réunions de direction et ont lu les procédures relatives à la garde administrative. Ils ont conscience qu'une situation nécessitant le déclenchement du plan peut se produire durant une de leurs gardes ; ils devront donc gérer le pilotage du dispositif. Il ne semble pas exister de culture commune entre les différents acteurs, dont une grande majorité ne s'est pas approprié son rôle dans le cadre d'un plan blanc.

### 2.2.8 La validation de l'hypothèse

En introduction de notre travail, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- ↪ ***La communication relative au plan blanc ne permet pas aux soignants de s'approprier leur rôle.***
- ↪ ***Les plans blancs ne sont pas co – produits.***
- ↪ ***La spécificité du lieu d'exercice (psychiatrie) ne facilite pas l'appropriation par les soignants de leur rôle.***
- ↪ ***L'absence ou le nombre insuffisant d'exercices ne permet pas aux soignants de s'approprier leur rôle dans le cadre d'un plan blanc.***

Au regard de l'analyse des données recueillies, il apparaît que la communication mise en œuvre à propos du plan blanc n'est pas efficiente et que le mode d'élaboration du plan ne favorise pas son appropriation par les acteurs.

Par ailleurs, nous sommes en mesure d'affirmer que l'absence d'expérience collective (exercices, formations) constitue un frein au développement d'une culture commune permettant aux agents de se situer (situer leur rôle) au sein d'un dispositif de gestion de crise tel que le plan blanc.

---

<sup>22</sup> HENRY C, LAGADEC P, GODARD O, MICHEL E, Op.cit., p.239

### **3 LA CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS A L'APPROPRIATION PAR LES SOIGNANTS DE LEUR RÔLE**

La multiplication des crises sanitaires et des catastrophes ou accidents majeurs rend la préparation à la gestion d'une crise et au pilotage d'un plan blanc incontournable. « Le directeur des soins exerce sous l'autorité du chef d'établissement des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques...De plus il favorise la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques »<sup>23</sup>. Compte tenu de ses missions, le directeur des soins participe donc à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique de gestion de crise au sein de l'établissement. L'appropriation par les agents de leur rôle dans le cadre d'un plan blanc suppose qu'un certain nombre de conditions soient réunies puis d'actions mises en œuvre.

#### **3.1 Placer le plan blanc au sein d'une stratégie managériale d'établissement**

##### **3.1.1 Une équipe de direction engagée**

La nature même de la crise ou de l'accident (imprévisibilité, intensité et rareté) peut conduire à ne pas inscrire sa gestion dans un mode managérial prioritaire visant à développer une culture, un état d'esprit, et une vigilance au sein de l'établissement. En effet, dans l'hôpital la temporalité ne s'exprime pas de la même façon selon les acteurs : soins (et donc soignants) dans l'urgence ou le court terme, projets (et donc dirigeants) qui nécessitent du temps (vision de moyen et long terme). Construire une stratégie managériale sur le long terme afin de faire face à un improbable risque à venir constitue une préoccupation constante qu'il convient de partager au sein de l'équipe de direction. Aucun établissement (y compris de santé mentale) ne saurait imaginer qu'il puisse être épargné par une situation conduisant au déclenchement du PB.

Chacun doit être clairement conscient que la gestion de crise devient une priorité incontournable « *dirigeants et cadres, nous devons placer au premier rang de nos priorités l'appropriation active d'une culture du risque* »<sup>24</sup>

Le directeur de l'établissement est seul responsable de la mise en œuvre du plan blanc au sein de son hôpital. Il doit réagir dans un temps très court alors que l'environnement général ne s'y prête pas forcément (week-end, nuit). Chaque membre de l'équipe de direction peut se trouver

---

<sup>23</sup> Décret N° 2002-550 du 19 Avril 2002, portant statut du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, journal officiel n° 95 du 23 Avril 2002

confronté à cette situation lors d'une garde administrative. Ce défi se relève d'autant mieux qu'il aura été préparé en amont au sein de l'établissement, collectivement et sous l'impulsion forte de toute l'équipe de direction. Cette dernière exprime sa détermination par la mise en œuvre d'une démarche-projet institutionnelle qui traduit l'importance qu'elle accorde à ce sujet. Ainsi, le premier changement culturel à opérer au sein de l'hôpital concerne l'équipe de direction. Cette démarche ne peut s'entendre que dans le cadre d'une transversalité et d'une collaboration dépassant les stricts champs de responsabilité de chaque direction fonctionnelle. Les processus concernant l'élaboration et la mise en œuvre d'un PB ne peuvent concerner uniquement la direction de la qualité et de la gestion des risques. Le directeur des soins participe activement à cette dynamique dans un double souci de soins de qualité aux usagers et de protection des personnels.

### **3.1.2 Un axe fort au sein du projet d'établissement**

Le projet d'établissement constitue un véritable outil traduisant la politique générale de l'établissement ainsi que ses orientations stratégiques. La loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière lui a donné une place centrale. Il se décline à travers divers domaines : médical, soins, ressources humaines, qualité et gestion des risques, finances, patrimoine et logistique, systèmes d'information. La thématique de gestion de crise et par conséquent la mise en œuvre d'un plan blanc constitue un axe fort qu'il convient de formaliser au sein de ce projet. Il s'agit là d'un acte déterminant traduisant une volonté institutionnelle de développer une culture de gestion de crise.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, le projet de soins élaboré sous l'impulsion et la responsabilité du directeur des soins constitue un outil au service du management. Il traduit les valeurs et les orientations du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il accompagne les changements règlementaires, le projet médical, l'évolution des pratiques professionnelles et des activités.

L'analyse du rôle des soignants en cas de déclenchement du plan blanc constitue un objectif permettant à la fois une réflexion sur la notion de gestion de crise à laquelle pourrait être confronté le CHS, mais également une contribution potentielle à la définition des modes opératoires et outils constitutifs du plan blanc. Le maintien de l'opérationnalité des soignants, l'amélioration de leurs pratiques professionnelles dans le cadre d'une situation inhabituelle venant percuter l'organisation de l'établissement constituent des enjeux que le DS traduit en stratégies mises en œuvre dans le cadre du projet de soins.

De la même façon, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) constitue une instance permettant de relayer une politique institutionnelle de soins.

---

<sup>24</sup> Jean Marie FESSLER, Op.cit., page 623

Elle constitue un vecteur pour le DS qui la préside, en relayant les informations mais également les réflexions institutionnelles. Elle participe à la diffusion des travaux et des actions réalisées dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du PB.

### **3.1.3 Un axe décliné au sein des contrats de pôle**

Depuis l'ordonnance du 2 Mai 2005, relative à la nouvelle gouvernance, les hôpitaux sont structurés en pôles d'activités. Ces derniers sont coordonnés par un médecin responsable de pôle. Il met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'Ets. Il élabore (avec le conseil de pôle) un projet de pôle comportant obligatoirement un volet relatif à la qualité et à l'évaluation des soins. Par conséquent, la gestion des risques se décline également au sein des projets de pôle. Ils formalisent la participation et le rôle de chacun des pôles au sein du dispositif relatif au plan blanc.

Dans le contrat de pôle, signé entre le médecin responsable de pôle, le directeur et le président de CME, des indicateurs viennent préciser les objectifs à atteindre, notamment dans le domaine de la gestion des risques (nombre de personnes formées, niveau de connaissance des agents, participation aux exercices et à la CUMP, mise à disposition de moyens).

Le contrat de pôle devient à la fois un des vecteurs traduisant une volonté institutionnelle forte visant à développer au sein de l'établissement une culture de gestion de crise, mais également un moyen contribuant à maintenir et développer l'opérationnalité des soignants en cas de PB. Le DS veille à la déclinaison au sein de ces contrats des objectifs et indicateurs de réalisation du projet de soins ciblés sur cette problématique.

### **3.1.4 Un axe s'appuyant sur une politique des ressources humaines**

#### **A) Les cadres de pôle**

Les cadres de pôle constituent des collaborateurs précieux pour le DS car ils sont entre autre garants de la déclinaison des différents projets institutionnels (dont le projet de soins) au sein du pôle. Ils sont des acteurs incontournables qui transmettent l'information et impulsent une dynamique (nomination de référents plan blanc, réflexion interne au pôle, organisation de la continuité des soins lors d'une situation de crise, élaboration de modes opératoires spécifiques). Le DS doit donc veiller à l'intégration et au développement de leurs connaissances et compétences dans ce domaine particulier. Il s'appuie sur ces collaborateurs pour la déclinaison organisationnelle du plan blanc dans chaque pôle. Il inclut dans leur profil de poste la participation au développement des compétences soignantes en situation dégradée. Cela constitue un des critères d'évaluation fixés par le DS dans le cadre de l'entretien annuel de bilan et d'évolution.

## B) Renforcer le rôle - relais des cadres de santé

Par ailleurs, les cadres ont pour mission de décliner auprès des équipes les différents projets institutionnels. Ils sont des vecteurs essentiels permettant le relais de l'information (ascendante et descendante) et la mobilisation des équipes. Ils constituent pour le DS un appui fondamental et un puissant levier de changement.

Le développement de la gestion de crise passe également par eux. Ils doivent donc être particulièrement bien informés du contenu du plan blanc et de ce qui est attendu de chacun des acteurs. En tant que managers d'équipes, ils doivent eux-mêmes se préparer à gérer des situations inhabituelles (rappels d'agents durant plusieurs jours, unité confinée, accueil en nombre de patients aux profils variés). « La préparation des décideurs et des managers à la gestion en situation d'exception fait partie des défis de bonne gouvernance que doivent relever les organisations hospitalières »<sup>25</sup>.

Les cadres de santé constituent donc une population cible pour les opérations de communication et dans le cadre des exercices de simulation d'un plan blanc. Ceci s'avère d'autant plus fondamental qu'ils participent à la garde opérationnelle les week-ends et jours fériés.

## C) L'accueil des nouveaux arrivants

Les agents d'un établissement disposent de l'accès à un nombre important d'informations à travers différents vecteurs : notes d'information, revues d'établissement, intranet, classeurs thématiques, réunions d'équipe... Pour autant, ils ne vont pas spontanément au devant de l'information sauf à en avoir besoin pour gérer une situation particulière. L'analyse des entretiens a montré que, bien qu'étant consultable sur l'intranet, le plan blanc n'en était pour autant pas connu des infirmiers.

Les journées d'accueil des nouveaux arrivants constituent une occasion pour aborder avec eux la gestion de risques de façon globale, et plus particulièrement la gestion d'une situation de crise au sein de l'hôpital dans le cadre d'un plan blanc.

Cette première sensibilisation devrait les inciter à ensuite aller chercher l'intégralité de l'information, ou à questionner leur cadre et collègues.

## 3.2 Construire une stratégie d'élaboration et de suivi du plan

### 3.2.1 Instaurer une nécessaire co-production du plan

Chaque plan blanc est le résultat d'une longue démarche préalable (donc pas de « copier-coller ») car chaque CH a un caractère singulier nourri par son histoire, son environnement et

---

<sup>25</sup> François GALARD, Christophe VAN DER LINDE, Op.cit., page 9

les personnes qui le composent. La localisation géographique du CHS, sa conception architecturale, sa culture sont autant d'éléments à prendre en compte. Le plan blanc est élaboré par un groupe pluridisciplinaire sous la responsabilité du directeur. La participation de chaque secteur de l'établissement est indispensable car chaque crise est singulière et n'est pas l'affaire uniquement des spécialistes. C'est au contraire l'affaire de tous dans l'hôpital. La gestion des risques et des crises nécessite des prises de conscience partagées et l'appropriation la plus large possible de règles et d'attitudes collectives.

Pour gérer efficacement un plan blanc, il convient de développer un état d'esprit face à la crise. Cela peut se traduire par un travail sur les procédures dans une logique d'apprentissage collectif et de service aux utilisateurs. Il est donc essentiel que les différentes catégories de personnels hospitaliers soient associées à l'élaboration du plan. Il s'avère également fondamental que « chaque acteur selon son niveau d'exercice puisse identifier sa mission, son rôle et son action dans ses domaines de compétence »<sup>26</sup>. Un comité de rédaction, très largement représentatif des différentes fonctions exercées au sein de l'hôpital est constitué.

L'élaboration du plan blanc hospitalier doit entraîner un processus de type « démarche qualité » garantissant des capacités mobilisables à tout moment et une réactivité sans faille. Cette démarche repose sur un certain nombre de principes pédagogiques :

- ↳ Afin de développer leur motivation, les participants doivent avoir une perception claire du but poursuivi et de leur compétence au sein du groupe,
- ↳ Les processus sont formalisés à l'aide d'une méthode de résolution de problème liée à l'analyse de la pratique professionnelle.

Une réflexion interne à chaque secteur d'activité de l'hôpital (pôles cliniques, services médico-techniques, logistiques et administratifs) visant à préciser le rôle et la contribution de chacun vient enrichir les travaux du groupe pluridisciplinaire de rédaction du PB. Cela permet la construction de savoirs partagés, tout en développant des expériences communes.

L'élaboration du document PB inclut la finalisation de procédures ou de modes opératoires. Selon les établissements ils prennent le nom de « fiches-réflexe », « fiches-action », « fiches-métier », ou encore « fiches-fonction ». On ne peut évidemment gérer efficacement une crise sans système de communication et des procédures communes, mais l'essentiel se situe « sur le côté humain et culturel de l'organisation : expérience capitalisée, connaissance des risques, implication et entraînement des équipes, culture d'anticipation, flexibilité mentale »<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, « Plan blanc et gestion de crise, guide d'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé » (annexe à la circulaire du 14 Septembre 2006), Septembre 2006, 184 pages

➤ <sup>27</sup> SFEZ M, TRIADOU P, DECHAMPS C. « Qualité et gestion des risques en établissement de santé ». Paris, Editions Lamarre, 2005, page 76

Le travail sur les procédures est quasiment toujours réalisé à froid, sous l'égide de l'analyse et de la raison, alors qu'en situation réelle intervient un facteur qui influence très largement les réactions des acteurs : le stress. Pour autant, les procédures sont utiles ; elles permettent de gagner du temps, surtout dans les premières heures en créant des conditions de travail efficaces pour les jours à venir. Elles rassurent également les partenaires internes et externes en montrant qu'une réponse organisée se met rapidement en place (cellule de crise, accueil téléphonique ...). Elles permettent aussi de faire travailler ensemble des services peu connectés habituellement (d'où également la nécessaire co-production du plan sur un mode pluriprofessionnels et interdisciplinaire).

### **3.2.2 Instituer des référents au sein des pôles**

Ces allers-retours entre les pôles et le groupe de rédaction sont facilités par la mise en place de « référents plan blanc » dans chaque secteur d'activité. Outre ce travail de lien, les référents jouent un rôle de relais dans le cadre d'une circulation d'informations ascendantes et descendantes. Ils contribuent à la mise à jour et à la disponibilité des documents dans les unités. Au sein des pôles cliniques, les référents peuvent être un soignant (infirmier ou cadre de santé) et un praticien hospitalier. Leurs connaissances et leurs compétences sont régulièrement réévaluées. Ils participent également à la rédaction des annexes au plan blanc, ainsi qu'aux divers réajustements de ce dernier.

### **3.2.3 Développer une large communication**

La communication constitue l'un des premiers leviers à activer afin que les agents connaissent le contenu du PB et le rôle qu'ils doivent jouer en cas de déclenchement. Elle se fait de la manière la plus large possible, en utilisant divers canaux.

Le plan blanc est bien évidemment exposé aux différentes instances de l'établissement. Puis il fait l'objet d'une présentation détaillée à l'encadrement supérieur et aux cadres (de santé, médico-techniques et logistiques) décrivant les objectifs puis les différentes phases du PB, les fiches-réflexe et enfin le rôle attendu de chaque catégorie de personnel. Les cadres sont chargés de relayer cette information (en collaboration avec les référents de pôle) au sein de chaque service. Il convient également de préciser que la forme et l'organisation du document doivent permettre une lecture aisée et rapide par les agents.

Parallèlement, une véritable communication institutionnelle destinée à l'ensemble des agents se met en place : article dans la revue interne de l'hôpital, réunions d'informations ouvertes à tous, article dans la lettre-qualité de l'établissement (si elle existe), informations lors des

journées d'accueil des nouveaux personnels (internes et paramédicaux), messages sur l'intranet, notes de service.

Cette phase de communication vise un objectif d'information, et donc de transfert de connaissances. Il s'agit d'une phase que l'on peut qualifier de « communication organisationnelle »<sup>28</sup>. Un entretien réalisé auprès de madame Cécile Kanitzer<sup>29</sup> montre que cette phase ne peut se suffire à elle-même. En effet, une opération de communication très large concernant le PB est mise en œuvre dans cet hôpital ; puis à distance une évaluation du niveau de connaissance des agents (questionnaire permettant de mesurer les connaissances des personnels : localisation du document, maîtrise du contenu, connaissance de leur rôle) est réalisée. Celle-ci montre des résultats décevants vis-à-vis des moyens déployés pour informer et communiquer avec les personnels. Il convient donc, au-delà d'un simple transfert de connaissances, de vérifier leur appropriation par les acteurs concernés (exercices, tests de niveau) en mettant en œuvre une communication managériale (transfert de connaissances, vérification des capacités de restitution et des niveaux d'appropriation par les agents).

### **3.2.4 Structurer la gestion documentaire**

Cette phase de communication s'accompagne d'une gestion documentaire rigoureuse. Celle-ci répond à plusieurs objectifs :

- ☞ Permettre, dans le cadre d'une procédure de gestion documentaire validée, une mise à jour régulière des documents diffusés au sein de l'hôpital : il est fondamental que les agents bénéficient de la dernière version du PB et de ses fiches-action.
- ☞ Rendre les documents (PB et fiches) accessibles à tous 24/24H toute l'année (même localisation dans toutes les unités fonctionnelles, avec les autres documents institutionnels).
- ☞ Utiliser l'intranet comme mode d'information complémentaire (il ne se substitue pas à la version papier).

### **3.2.5 Prévoir une information en continu**

Une démarche d'appropriation repose sur la répétition pédagogique des contenus (information continue), mais également sur leur mise en œuvre (exercices). La phase de communication ne doit donc pas se limiter à la période de diffusion initiale du PB. Il s'agit au contraire de maintenir une diffusion en continu et pluriannuelle. Ainsi tous les ans, lors d'une séance des différentes instances de l'hôpital, sont présentés les éventuels réajustements ou compléments au plan, le résultat des évaluations de niveau de connaissance, et le bilan des exercices réalisés.

---

<sup>28</sup> Bertrand Parent, enseignant-chercheur à l'EHESP, département MATISS

<sup>29</sup> Cécile Kanitzer, directrice des soins, CHS de Rouffach

Cette même démarche est répétée lors d'une réunion d'encadrement, et est relayée dans les services.

### **3.3 Développer une culture de gestion de crise au sein de l'établissement**

Mettre en oeuvre une culture commune au sein de l'hôpital suppose de développer un vocabulaire, une réflexion et une expérience très largement partagés par l'ensemble des acteurs. Le management de crise procède d'une culture à acquérir, d'un état d'esprit à renforcer et d'une vigilance permanente à avoir. Il faut apprendre à gérer collectivement des problèmes complexes dans un contexte inhabituel où les réactions et relations humaines entrent très largement en ligne de compte. Plusieurs actions permettent de développer cette culture (acquisition et partage de connaissances, expériences collectives, évaluations).

#### **3.3.1 Réaliser des audits de « niveau de connaissance »**

Des audits de niveau de connaissance peuvent être réalisés auprès des différents acteurs au sein des unités fonctionnelles, selon une planification pluriannuelle. L'expérience conduite au Centre Hospitalier de Rouffach montre l'intérêt d'un tel dispositif. Ces audits ont pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance des agents vis-à-vis du PB, (localisation du document, mode de déclenchement, mise en oeuvre et composition de la cellule de crise, déroulement, ...), dans le cadre d'une démarche pédagogique.

L'audit est réalisé à l'aide d'un questionnaire rempli par les agents (par l'intermédiaire de l'auditeur) présents dans l'unité le jour de l'enquête.

Les résultats sont ensuite analysés, restitués aux équipes et donnent lieu à d'éventuelles mesures correctives (réajustements, formations complémentaires).

#### **3.3.2 Mettre en oeuvre un plan de formation**

Les entretiens réalisés lors de notre enquête ont montré que les programmes de formation initiale des différents acteurs (à l'exception des directeurs et directeurs des soins récemment formés) n'abordent pas la problématique de la gestion de crise et de la mise en oeuvre d'un plan blanc. Ces entretiens ont également montré une aspiration des agents à développer leurs connaissances et compétences en suivant des formations relatives au plan blanc et à ses annexes.

Le directeur des soins, en collaboration avec le DRH, participe à la définition des axes du plan de formation de l'établissement. Il propose d'inscrire cette thématique en tant que formation institutionnelle transversale. La durée et les objectifs de la formation proposée sont adaptés aux catégories professionnelles en fonction de leur place dans le déroulement du PB. Le processus pédagogique mis en oeuvre permet l'apport de connaissances théoriques et pratiques.

La formation des personnels constitue une des actions préconisées dans le guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élaboré par le ministère.

### 3.3.3 Programmer des exercices

Le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année<sup>30</sup>. La contribution du DS à la politique institutionnelle de gestion de risques lui permet de repérer les risques auxquels est potentiellement confronté l'hôpital. Il peut ainsi proposer des thèmes d'exercices pertinents (certains sont incontournables : pandémie grippale, risques NRBC pour les établissements concernés).

Le degré de complexité des exercices proposés est adapté à l'expérience et au rôle de l'hôpital dans le plan blanc élargi. L'autoévaluation partielle ou complète du plan blanc constitue une absolue nécessité afin que chaque établissement puisse repérer ses points faibles et apporter des mesures correctives à son organisation.

Il convient d'engager une pratique continue d'entraînement non pas à des situations bien identifiées et répétitives (le rituel de l'exercice d'incendie par exemple), mais à des surprises pouvant conduire à une déstabilisation de l'organisation. Les exercices peuvent être thématiques (mise en œuvre de la cellule de crise, rappel des personnels, installation logistique et matérielle par exemple) ou scénarisés et donc plus globaux (par exemple : intoxication au monoxyde de carbone d'un nombre important d'individus se trouvant dans une salle des fêtes jouxtant l'établissement<sup>31</sup>).

« Considérant que l'expérience des autres ne fait pas ma propre expérience, et que les crises se déroulent rarement comme ce qui est prévu sur le papier »<sup>32</sup>, il est fondamental que les acteurs puissent être mis en action. Cela permet de mesurer la place laissée à l'initiative individuelle dans un cadre très largement prédéfini.

Un questionnaire précède la phase de réalisation des exercices :

- ↪ Quels sont les risques potentiels auxquels se trouve confronté l'établissement ?
- ↪ Quels sont les objectifs poursuivis ?
- ↪ Quel est le niveau de mobilisation des personnels souhaité ?
- ↪ Mobilise-t-on des participants (étudiants de l'IFSI par exemple) et des observateurs extérieurs ?
- ↪ Quelle graduation mettre en œuvre dans les exercices ?

Le DS contribue à la définition du programme pluriannuel d'exercices en veillant à instaurer une progression dans le temps plutôt que d'organiser des opérations spectaculaires très

---

<sup>30</sup> « Plan blanc et gestion de crise, guide d'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé » (annexe à la circulaire du 14 Septembre 2006), Septembre 2006, page 38

<sup>31</sup> Exercice mis en œuvre au CHS de Rouffach

<sup>32</sup> Jean Robert Chevallier, séminaire sur la gestion des crises, DHOS, Juin 2005

mobilisatrices (en temps et en énergie), épuisantes pour tous et qui risquent de lasser les bonnes volontés.

Cela suppose également de mettre en œuvre des pratiques de retour d'expérience sur l'apprentissage lui-même. Ces débriefings se déroulent très rapidement après l'exercice et permettent une analyse des différents processus : alerte, opérationnalité de la cellule de crise, circuit d'information et de décision, organisation de la logistique, chronologie et conséquence des décisions, réactivité et opérationnalité des soignants. Le fait d'avoir filmé l'expérience peut se révéler une aide précieuse et aboutir par la suite à la réalisation d'un outil pédagogique.

Bien évidemment, cette phase est suivie d'un réajustement éventuel du dispositif et d'une communication large des résultats auprès des personnels en renforçant les points positifs, et en hiérarchisant et analysant les éventuelles erreurs commises.

Le DS veille à ce que ces exercices ne compromettent pas la continuité et la sécurité des soins dispensés aux personnes hospitalisées. La crise qui vient percuter l'organisation habituelle ne doit en effet pas compromettre la mission première de l'établissement.

## Conclusion

En raison de la multiplication des crises sanitaires et des événements ou accidents catastrophiques en France et dans le monde, les établissements de santé, quelle que soit leur spécificité ou leur taille, doivent se préparer à gérer un jour ou l'autre une situation de crise. Au niveau national, les pouvoirs publics ont pris conscience de ce fait et ont élaboré un dispositif de textes législatifs organisant la gestion des crises aux échelons national, zonal, départemental et local.

Les établissements de santé mentale ont toute leur place dans ce dispositif. L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan blanc permettent aux acteurs de mettre en place rapidement un certain nombre de procédures visant à faire face à une situation inhabituelle venant percuter l'hôpital dans sa gestion quotidienne. Ces modes opératoires constituent des points de repères qui guident les agents dans le cadre d'une situation qui génère du stress et nécessite pour autant une forte réactivité. On ne peut en effet tout prévoir, et le plus important consiste sans doute à apprendre à se comporter face à la crise. Il convient de passer d'une culture du réel et de la prévision à une culture de l'imagination et de l'anticipation. « Dans un environnement où les ruptures et les crises sont devenues systémiques, la capacité des dirigeants et des agents à assurer la pérennité et le développement des établissements et institutions de santé publique passe par la mise en place d'une révolution culturelle et managériale »<sup>33</sup>.

Il revient à l'équipe de direction de piloter l'élaboration et la mise en œuvre du plan blanc, et elle ne pourra y parvenir sans promouvoir jour après jour une sensibilisation et une perspective d'anticipation auprès des personnels déjà très occupés par la gestion de leurs tâches quotidiennes.

Notre travail montre que dans les CHS enquêtés, la gestion d'une situation de crise et donc l'élaboration et la mise en œuvre du plan blanc et de ses annexes ne constituent pas une priorité managériale. La perception d'un risque pouvant conduire au déclenchement du PB est faible. Par ailleurs, la spécificité des établissements (dispensation de soins psychiatriques) de même que leur localisation et configuration semblent agir comme une protection face à une éventuelle situation de crise. Seuls les risques d'incendie ou d'épidémies (pandémie grippale) semblent être considérés comme menaçants pour les établissements (résultats à mettre en lien avec les formations obligatoires à l'incendie et à la pandémie grippale). L'absence de connaissances, réflexions et expériences partagées montre qu'une réelle culture de gestion de crise ne s'est pas encore développée.

---

<sup>33</sup> Christian REGOUBY, le défi des comportements dans la gestion de crise, *Gestion Hospitalières*, n°462, janvier 2007, page 21

Face à ce constat, le directeur des soins en collaboration avec les autres membres de l'équipe de direction, participe à l'élaboration d'une stratégie institutionnelle ayant pour objectif de maintenir opérationnels les soignants dans toutes les situations, y compris lors d'un plan blanc. Cela nécessite une forte volonté et mobilisation se traduisant au sein du projet d'établissement par la mise en œuvre d'un programme pluriannuel d'élaboration et de mise à jour du plan blanc, de sensibilisation et de formation des personnels, et enfin d'organisation d'exercices permettant des évaluations en situation. Cette stratégie se met en œuvre dans le cadre d'une approche transversale et pluridisciplinaire visant à impliquer tous les secteurs de l'hôpital.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages :

- SFEZ M, TRIADOU P, DECHAMPS C. 2005, « Qualité et gestion des risques en établissement de santé ». Paris, Editions Lamarre, 96 pages
- HENRY C, LAGADEC P, GODARD O, MICHEL E, 2002, « traité des nouveaux risques », Paris, Editions Gallimard, 620 pages
- DUPUY JP, 2002, « Pour un catastrophisme éclairé, quand l'impossible est certain », Editions du Seuil, 216 pages
- GRAWITZ, M, 1990, « Méthodes des sciences sociales », Paris, DALLOZ, 1140 pages

## Revues :

- Christian REGOUBY, mars 2008 « Se préparer au management d'une crise », *Cahiers Hospitaliers*, n°243,
- Patrick CAMPHIN, mars 2008, « face à la crise : le plan blanc d'établissement », *Cahiers Hospitaliers*, n°243,
- GALARD F et VAN DER LINDE C, janvier 2007, « l'évolution des plans blancs et plans blancs élargis », *Gestions Hospitalières*, n°462, page 8
- REGOUBY C, janvier 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions Hospitalières*, n°462, page 21
- François GALARD, Christophe VAN DER LINDE, janvier 2007, « l'évolution des plan blancs et des plans blancs élargis », *Gestions Hospitalières*, n°462, page 8

- Revue Droit et Santé, mars 2006, n° 10, pages 217 et 218
- PILLET – MOREELS, C, novembre – décembre 2005, « Les mots pour le dire », *Entreprise Santé*, n°60, page 15
- CHEVALLIER, JR, novembre – décembre 2005, « Plus je m'entraîne plus j'ai de la chance », *Entreprise Santé*, n°60, page 22
- GIMENEZ et FRAPAT, octobre 2004, « Risques exceptionnels et communication », *Gestions Hospitalières*, n°439, page 634
- COUTY E, octobre 2004, « La gestion des crises », *Gestions Hospitalières*, n°439, page 611
- Jean Marie FESSLER, octobre 2004, « La gestion de crise », *Gestions Hospitalières*, N° 439, page 620

#### **Comptes rendus de séminaires :**

- Christine Ammirati, « Plan blanc et gestion de crise », *séminaire sur la gestion des crises*, DHOS, juin 2005
- Jean Robert Chevallier, « Plan blanc et gestion de crise », *séminaire sur la gestion des crises*, DHOS, juin 2005

#### **Rapports :**

- ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004, 130 pages

## Mémoires :

- CONDUCHÉ C. L'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs dans la gestion de crise : une contribution du directeur des soins, EHESP, Septembre 2007, 50 pages
- VALLEE J.C. Favoriser les démarches d'appropriation de gestion des risques. Quelle contribution pour le directeur des soins ? EHESP, Septembre 2006, 63 pages

## Textes législatifs et réglementaires :

- **Ordonnance n° 2005 – 406 du 2 Mai 2005** simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel n° 102 du 3 mai 2005
- **Loi n° 2007-294 du 5 Mars 2007** relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, Journal Officiel n°55 du 6 mars 2007
- **Loi n°2004-811 du 13 août 2004** de modernisation de la sécurité civile, Journal Officiel n° 190 du 17 août 2004
- **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique, Journal Officiel n° 185 du 11 août 2004
- **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005** relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave
- **MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Décret N° 2002-550 du 19 Avril 2002**, portant statut du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, journal officiel n°95 du 23 Avril 2002
- **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 Septembre 2006** relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, septembre 2006, « Plan blanc et gestion de crise, guide d'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé » (annexe à la circulaire du 14 Septembre 2006), Paris, 184 pages
  
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE **Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002** relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes
  
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES **Arrêté du 30 décembre 2005** relatif à la liste des EPS de référence

---

# Liste des annexes

---

## **Annexe 1 :**

↳ Trame d'entretien semi directif

# GRILLE D'ENTRETIEN SEMI - DIRECTIF

## INTRODUCTION

- ↪ *Qu'évoque pour vous la notion de « crise » ?*
- ↪ *Lors de votre formation initiale, avez-vous abordé le thème de la gestion de crise ?*

## THEME : connaissance du plan blanc

- ↪ *Qu'évoque pour vous la notion de « plan blanc » ?  
(Pour quels risques, déclenchement, déroulement)*

## THEME : mode d'élaboration du plan blanc

- ↪ *Comment a été élaboré le plan blanc de l'établissement ?  
(Qui ? Quelle démarche ? Implication des acteurs concernés ?)*
- ↪ *Existe-t-il au sein des services (pôles) une réflexion concernant le rôle des différents acteurs susceptibles d'intervenir en cas de plan blanc ?*

## THEME : la communication interne relative au plan blanc

- ↪ *Comment a été diffusé le plan blanc au sein de l'établissement ?*
- ↪ *Quel est le mode de présentation du rôle des différents acteurs au sein du plan blanc ?*
- ↪ *Existe-t-il un document formalisé spécifique à l'organisation du plan blanc pour l'établissement ?*
- ↪ *Des réunions spécifiques (niveau unité, service, pôle, établissement ?) ont-elles été organisées ?*

## **THEME : positionnement des acteurs**

- ↵ *Pensez vous que l'organisation d'un plan blanc soit utile et pertinente pour l'établissement ?*
- ↵ *A quels risques l'établissement est-il le plus exposé ?*
- ↵ *Comment qualifiez vous la probabilité d'un déclenchement de plan blanc dans l'établissement ?*

<b>Probabilité nulle</b>	<b>peu probable</b>	<b>probable</b>	<b>très probable</b>

- ↵ *La gestion de crise (et donc du plan blanc) est-elle inscrite dans une stratégie managériale ?  
(Axe du projet d'établissement ? du projet de soins ? du projet qualité ? mise en œuvre d'une instance pérenne ?)*

## **THEME : outils d'appropriation du rôle des soignants dans le cadre d'un plan blanc**

- ↵ *Des « fiches – acteurs » sont-elles élaborées et diffusées ?*
- ↵ *Des exercices de déclenchement du plan blanc sont-ils organisés ?  
(Globaux ou partiels ? nombre et périodicité ? suivis de débriefing et d'évaluation ?)*
- ↵ *Des formations – actions sont-elles organisées ?  
(Périodicité ? Groupes pluridisciplinaires ? Axe du projet de formation ?)*

## **CONCLUSION**

- ↵ *Selon vous, qu'est-ce qui favoriserait une meilleure appropriation du plan blanc par les soignants ?  
(Outils ? démarche – projet ? communication ? exercices ? formation ?)*
- ↵ *Souhaitez vous rajouter quelque chose ?*