



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2016 –

**L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE DÉDIÉE AUX CRISES SANITAIRES
(PLAN BLANC) EST-ELLE TOUJOURS D'ACTUALITÉ FACE AUX
NOUVELLES MENACES ?**

– Groupe n° 9 –

- **BATY Benoît**
- **BLOCH Cléa**
- **CLAVIER Jean-Baptiste**
- **FRÉMIN Nathalie**
- **HAVAS Pauline**
- **HERMENIER Karelle**
- **LEBLOND Chloé**
- **MONDIN Clémentine**
- **VERGÉ Lionel**

Animateur

VAN DER LINDE Christophe

S o m m a i r e

Introduction	1
1 La structuration progressive de la réponse face aux situations sanitaires exceptionnelles et l'actualité de la menace terroriste invitent à repenser l'organisation hospitalière dédiée aux crises.....	5
1.1 Les établissements de santé pourraient se rapprocher du modèle intégré de gestion des SSE développé au niveau institutionnel	5
1.1.1 La gestion des SSE devrait prendre en compte la diversité des risques qui pèsent sur le système de santé français	5
1.1.2 La structuration du Plan blanc autour d'un dispositif intégré et graduel permettrait de poursuivre le développement d'une « culture de crise »	8
1.2 Les spécificités de la nouvelle menace terroriste doivent en outre être intégrées dans l'organisation hospitalière dédiée aux crises	10
1.2.1 Les événements du 13 novembre 2015 ont montré la nécessité de prévoir une organisation hospitalière spécifique en cas d'attentats par armes à feu avec de nombreuses victimes	10
1.2.2 La menace terroriste met plus généralement en évidence d'autres faiblesses de la réponse hospitalière aux SSE	13
2 Le principe d'une réponse intégrée et modulable suggère alors de revoir la préparation et le pilotage du dispositif des établissements de santé dédié aux situations sanitaires exceptionnelles	16
2.1 La préparation des établissements de santé aux SSE devrait évoluer vers un dispositif plus complet et graduel tenant compte de la dimension territoriale de la crise	16
2.1.1 Le dispositif propre à chaque établissement doit assurer une vraie diffusion d'une culture de crise au sein de l'hôpital.....	16
2.1.2 La coordination de l'offre de soins en situation de crise passe par le développement des outils partagés et des coopérations	18
2.2 Au sein de ce dispositif hospitalier, la cellule de crise devrait être organisée rationnellement, de façon à constituer une interface efficace dans le pilotage de la réponse aux crises sanitaires	21

2.2.1 La cellule de crise joue généralement le rôle d'interface entre l'hôpital et les partenaires extérieurs	22
2.2.2 L'organisation et la composition exactes de la cellule de crise doivent être modulables pour s'adapter à toutes les SSE	23
Conclusion.....	26
Bibliographie.....	27
Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont aidés pour la réalisation de ce mémoire.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre animateur, Monsieur Christophe VAN DER LINDE, enseignant-chercheur à l'Institut du Management de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et ancien conseiller de la zone de défense et de sécurité Ouest, pour sa disponibilité et les précieux conseils prodigués.

Nous remercions également tous les professionnels interviewés¹ pour nous avoir consacré de leur temps et avoir partagé avec nous leur expertise sur le sujet.

Enfin nous remercions Mme Emmanuelle GUÉVARA, M. Christophe LE RAT et tout le personnel de l'EHESP en charge de la logistique et du bon déroulement de ce module interprofessionnel.

¹ Cf Annexe 2.

Liste des sigles utilisés

ANSP : Agence nationale de Santé Publique, aussi dénommée Santé Publique France

ANTARES : Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

BSPP : Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

CRAPS : Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DCD : DéCéDé

DG ARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

ESR : Etablissement de Santé de Référence

EPRUS : Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

GSM : Global System for Mobil

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

NRBC : Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques

NRBCE : Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques, Explosifs

ORSAN : Organisation de la Réponse du système de SANté en situations sanitaires exceptionnelles

ORSAN AMAVI : Accueil Massif de Victimes non contaminées

ORSAN BIO : BIOlogique

ORSAN CLIM : phénomène CLIMatique

ORSAN EPI-VAC : EPIdémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de VACCination exceptionnelle

ORSAN NRC : prise en charge d'un risque Nucléaire, Radiologique, Chimiques

ORSEC : Organisation de la Réponse de la SEcurité Civile

PBE : Plan Blanc Elargi

PCA : Plan de Continuité d'Activité

PDM : Plan Départemental de Mobilisation

PMA : Poste Médical Avancé

PRV : Point de Rassemblement des Victimes

PZM : Plan Zonal de Mobilisation

ROR : Répertoires Opérationnels des Ressources

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SINUS : Système d'INformation Numérique Standardisé

SSA : Service de Santé des Armées

SSE : Situations Sanitaires Exceptionnelles

UA : Urgences Absolues

UR : Urgences Relatives

ROR : Répertoires Opérationnels des Ressources

Introduction

Dans un discours prononcé à la suite des attentats du 13 novembre 2015, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Mme Marisol TOURAINE, affirmait : « *De cet évènement dramatique, les Français ont pu tirer une certitude renouvelée : celle de pouvoir compter, en toutes circonstances, sur l'excellence de notre système de santé. Un système en alerte permanente, des professionnels mobilisés, une organisation à toute épreuve.* »² Les retours d'expérience menés depuis les attentats de Paris ont en effet montré la réactivité des acteurs pré-hospitalier et hospitalier. Pourtant, dans le même temps, tous les établissements de santé ont été invités à actualiser leur Plan blanc pour prendre en compte le risque d'attentats par armes à feu avec de nombreuses victimes. Plus généralement, la récurrence d'attaques terroristes amène aujourd'hui le système de santé français à entrer dans un nouveau paradigme de la gestion de crise, où le caractère protéiforme de la menace oblige à une préparation permanente des acteurs.

La notion de crise relève pourtant a priori de la discontinuité, puisqu'elle se réfère à la survenue d'un moment décisif par définition « extra-ordinaire ». En matière de santé, les nouveaux textes parlent d'ailleurs de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE) pour désigner les crises. Cette évolution sémantique atteste de la volonté de prendre en compte l'ensemble des évènements qui déstabilisent de façon anormale l'offre de soins³. La crise met donc au défi les organisations en bouleversant leur quotidien. Elle suppose l'élaboration d'une réponse formulée sous la forme d'une décision, comme le rappelle l'étymologie du terme *krisis*. L'ensemble des réponses à la crise aboutit alors à un modèle de gestion de crise, qui s'organise en trois temps : l'avant-crise, la crise et l'après-crise. Bien que la survenue d'une crise relève de l'imprévu, il convient dans un premier temps de « *se préparer à être surpris* »⁴. En pratique, les dispositifs de planification des réponses à la crise doivent être élaborés et testés pour répondre à tous les risques. Ils doivent servir, dans un second temps, pendant la crise, afin d'en supporter les conséquences et de permettre un retour rapide à une situation normale. Dans un troisième temps, les retours d'expérience sont à leur tour utilisés pour améliorer ces dispositifs.

² [Intervention de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, « Organisation du retour d'expérience \(RETEX\) sur les attentats du 13 novembre 2015 », Mercredi 20 janvier 2016.](#)

³ Cf Annexe 4.

⁴ P. LAGADEC (2015), *Le continent des imprévus*. Paris : Manitoba / Les Belles Lettres, cité in *Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge médicale pré-hospitalière*. Ann. Fr. Med. Urgence 2016

Les établissements de santé entretiennent alors une relation paradoxale avec cette « culture de la crise ». Le terme de crise renvoie à l'origine à une sémantique médicale, puisqu'il désignait pour Hippocrate le moment décisif d'une maladie, celui à l'issue duquel le patient survit ou meurt. La crise est donc intrinsèque au secteur de la santé, et les établissements assurant des activités de médecine, chirurgie, et obstétrique (MCO) la gèrent au quotidien en prenant en charge la phase aiguë des pathologies. De même, l'environnement de stress et d'afflux de patients qui prévaut dans les services d'urgences est caractéristique d'une situation de crise. L'assimilation de la crise à l'hôpital tend cependant aujourd'hui à déborder sur le quotidien des établissements de santé, tant la référence à une « crise permanente de l'hôpital » est devenue un lieu commun. L'oxymore dévoile cependant les limites du développement d'une culture de crise à l'hôpital. La place des difficultés quotidiennes laisse ainsi peu de latitude à la préparation aux situations exceptionnelles, malgré les outils développés.

Le système de santé français s'est en effet doté depuis plusieurs années de dispositifs dédiés aux crises sanitaires, qui s'organisent à deux niveaux. Les opérateurs de santé sont en charge de préparer la réponse opérationnelle aux situations sanitaires exceptionnelles, au travers de la prise en charge des patients et du soutien logistique correspondant. L'article L.3131-7 du Code de la santé publique prévoit en effet que : *« 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 sanitaire exceptionnelle. »* Le déclenchement de ce Plan entraîne la réunion d'une cellule de crise au niveau de chaque établissement. La composition, l'organisation, l'équipement et le fonctionnement de cette cellule se révèlent décisifs lorsqu'il s'agit d'évaluer la réponse apportée à une situation de crise. Pour cette raison, il importe que les modalités de réunion de cette cellule soient bien connues et emportent l'adhésion des professionnels qui y participent. De leur côté, les autorités de tutelle et de contrôle supervisent et coordonnent les réponses des opérateurs, en s'appuyant sur le dispositif d'Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN).

Le renouvellement de la menace terroriste, associé à l'émergence de risques sanitaires nouveaux, vient alors interroger la pertinence et la cohérence des dispositifs hospitalier et institutionnel consacrés aux crises sanitaires. Si au niveau institutionnel, la planification aboutit à un modèle de gestion de crise relativement clair et partagé, les établissements de santé sont les premiers confrontés aux contraintes de terrain qui imposent une réflexion sur l'adéquation des dispositifs existants aux nouvelles menaces. Au-delà d'un

questionnement sur la pertinence des dispositifs développés par les tutelles et des Plans blancs élaborés au niveau de chaque établissement, il paraît nécessaire de s'interroger sur les modalités pratiques de fonctionnement de la cellule de crise, maillon essentiel pour assurer une réaction appropriée des équipes. Face au renouvellement des risques aussi bien sanitaires que sociétaux, il s'agit d'imaginer la « cellule de crise de l'avenir ». On peut dès lors se demander dans quelle mesure l'ensemble de ces dispositifs est adaptable à la mutation des risques auxquels le système sanitaire est exposé, et, le cas échéant, à quels ajustements il convient de procéder pour les sécuriser et les pérenniser.

Dans ce contexte, l'émergence de nouvelles menaces invite à une réflexion sur les structures hospitalières dédiées aux situations sanitaires exceptionnelles, celles-ci devant prendre en compte des risques nouveaux et évoluer vers un dispositif intégré (I). Le principe d'une réponse unique et graduée aux crises sanitaires implique une révision des modalités de préparation et de pilotage des dispositifs qui y sont consacrés, afin de mieux intégrer la dimension territoriale d'une crise et de favoriser une grande réactivité et un fonctionnement optimal de la cellule de crise (II).

1 La structuration progressive de la réponse face aux situations sanitaires exceptionnelles et l'actualité de la menace terroriste invitent à repenser l'organisation hospitalière dédiée aux crises

1.1 Les établissements de santé pourraient se rapprocher du modèle intégré de gestion des SSE développé au niveau institutionnel

1.1.1 La gestion des SSE devrait prendre en compte la diversité des risques qui pèsent sur le système de santé français

- A) Le système de santé français est confronté à une multiplicité de risques et de menaces de nature différente

Le terme de « situation sanitaire exceptionnelle » couvre d'abord un large spectre de risques sanitaires identifiés, qui peuvent nécessiter une mobilisation spécifique des administrations et des professionnels de santé :

- l'épidémie, qui renvoie à la propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population. Les épisodes saisonniers de grippe justifient ainsi chaque année l'adoption de mesures spécifiques prévues dans le plan blanc des établissements et dans le dispositif ORSAN⁵ ;
- la pandémie, qui désigne une épidémie caractérisée par « *la diffusion rapide et géographiquement très étendue d'un nouveau virus* »⁶. Lors de la dernière pandémie grippale de type H1N1, un arrêté ministériel du 4 novembre 2009⁷ invitait ainsi les préfets à recourir au Plan blanc élargi pour organiser les campagnes de vaccination ;
- les épidémies émergentes, qui imposent aujourd'hui une réactivité importante de la planification sanitaire. Par exemple, la réapparition du virus Ebola en 2014 a nécessité une adaptation du volet biologique/infectieux du Plan blanc⁸. De la même manière,

⁵ [Communiqué de presse de Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 20 février 2015.](#)

⁶ http://www.risques.gouv.fr/lexique/letter_p

⁷ [Arrêté du 4 novembre 2009 relatif à la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A \(H1N1\) 2009](#)

⁸ [Instruction DGOS/DIR/PF2/DGS/UOP/2014/306 du 7 novembre 2014 relative aux actions à conduire au sein de chaque établissement de santé dans le cadre de la préparation à l'accueil inopiné d'un patient cas suspect de maladie à virus Ebola.](#)

l'émergence rapide du virus Zika a obligé les professionnels de santé à se former et à assurer un suivi renforcé des femmes enceintes infectées.

Si les établissements de santé sont donc soumis aux risques inhérents à leur domaine d'activité, la survenue d'une « situation sanitaire exceptionnelle » peut cependant aussi être la conséquence d'autres types de menaces :

- l'aléa climatique. La survenue d'une période de grand froid peut susciter une SSE de manière aussi bien directe qu'indirecte. D'une part, certaines maladies sont directement liées au froid et peuvent affecter les populations vulnérables (hypothermie, gelures...). D'autre part, les maladies cardiovasculaires et respiratoires préexistantes peuvent être accrues par la froid. Enfin, d'autres risques indirects existent tels que le risque d'intoxication au monoxyde de carbone à la suite de dysfonctionnements d'appareils de chauffage. A l'inverse, une canicule peut conduire à une situation d'urgence sanitaire en exposant les personnes fragiles (personnes âgées, nourrissons, personnes malades) à l'hyperthermie et à la déshydratation. Ainsi, la canicule survenue à l'été 2003 a été à l'origine de 15 000 décès.
- les accidents (de la circulation, ferroviaire, aérien, ou encore catastrophes naturelles) peuvent être à l'origine d'un afflux massif de victimes polytraumatisées nécessitant une prise en charge très rapide, mais aussi d'un afflux de patients de type Nucléaire-Radiologique-Bactériologique-Chimique-Explosifs (NRBCE) .
- la menace terroriste. Elle se manifeste notamment par le risque d'attaques par armes à feu, faisant de nombreuses victimes, comme les attentats du 13 novembre 2015. L'hypothèse d'un attentat par des moyens NRBCE n'est en outre plus écartée depuis le début des années 2000. Pour cette raison, les plans blancs intègrent des annexes NRBCE depuis 2006. Enfin, le développement du cyberterrorisme menace la sécurité des systèmes d'information utilisés dans le domaine de la santé.

La préparation des établissements de santé à l'ensemble de ces risques suppose donc que les dispositifs évoluent avec les nouvelles menaces, comme le montre la réflexion autour de la création d'un volet « attentat par armes à feu » intégré aux Plans blancs d'établissement.

B) La réponse à une crise sanitaire doit en outre s'adapter à son étendue

L'ampleur des crises sanitaires n'est en ce sens pas uniforme : le nombre de victimes et la lourdeur de la prise en charge sont notamment très dépendants du type de crises. Lors

de la survenue d'une maladie très contagieuse comme Ebola ou d'un virus comme Zika, ou encore dans le cas d'une épidémie de grippe importante, de larges pans de la population peuvent être touchés (y compris parmi le personnel hospitalier). Deux millions de personnes avaient par exemple été touchés par la grippe saisonnière au moment du déclenchement du dispositif ORSAN EPI-VAC en 2015⁹. Cette situation est susceptible d'affaiblir l'offre et d'augmenter la demande de soins sur le territoire concerné de façon prolongée. A l'inverse, en cas d'attentat par armes à feu, le nombre de victimes est certes plus limité mais leur prise en charge doit avoir lieu en urgence absolue, avec une stabilisation quasi-immédiate de l'état des patients et un passage au bloc opératoire très rapide. Ce type de SSE nécessite par ailleurs un accompagnement psychologique pour les blessés, les impliqués et les proches.

Des moyens variables seront donc mobilisés par le système de santé en fonction de l'ampleur de la crise. Le renforcement de l'offre de soins peut d'abord s'avérer nécessaire. Lorsque la crise se prolonge et que les personnels sont eux-mêmes infectés, le recours à la réserve sanitaire permet ainsi de mobiliser en urgence des ressources humaines, comme ce fut le cas en 2016 dans certains départements d'Outre-mer touchés par le virus Zika¹⁰. Dans le cas d'un attentat, des besoins chirurgicaux importants peuvent aussi conduire à la réquisition de blocs opératoires, y compris dans les cliniques privées n'ayant pas de service d'urgence. Cette réquisition peut avoir lieu au moyen d'une déprogrammation de l'activité ou au travers du rappel des agents. Des ressources « expertes » peuvent encore être utilisées pour des besoins spécifiques. Les établissements de santé de référence (ESR) sont par exemple en charge d'apporter une expertise technique aux établissements de santé de leur zone de défense, pour la préparation et la gestion des SSE, notamment pour les risques NRBC. En matière d'attentats, les professionnels du champ de la santé mentale (psychiatriques ou psychologiques) doivent être rapidement disponibles pour prendre en charge les victimes et les impliqués en état de choc, ainsi que leurs proches. La réserve sanitaire travaille d'ailleurs actuellement à augmenter ses moyens dans ce domaine.

Confronté à des menaces multiples et d'ampleur variable, le système de santé doit alors s'organiser pour faire face à tout type de crise.

⁹ [Communiqué de presse de Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 20 février 2015.](#)

¹⁰ [Arrêté du 21 avril 2016 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire](#)

1.1.2 La structuration du Plan blanc autour d'un dispositif intégré et graduel permettrait de poursuivre le développement d'une « culture de crise »

A) L'organisation étatique face aux SSE s'est récemment structurée autour d'un dispositif continu, modulable et graduel

Créé en 2014, le dispositif ORSAN constitue la déclinaison dans le domaine sanitaire du modèle étatique de gestion de crise¹¹.

D'une part, il représente le volet sanitaire de l'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (ORSEC), qui est le dispositif général de gestion de la crise par l'Etat. Ce dernier assure une réponse intersectorielle, continue et graduelle en matière de secours à personnes. La montée en puissance d'ORSEC est ainsi prévue au travers de la distinction de trois niveaux d'alerte et l'intervention de quatre niveaux d'administration (communal, départemental, zonal et national). Le dispositif est organisé autour d'un système de base de gestion de crise et de dispositions spécifiques propres à certains risques particuliers préalablement identifiés. Dans ce cadre, le dispositif ORSAN permet au Préfet, conseillé par le DG ARS, d'organiser la réponse sanitaire à la crise.

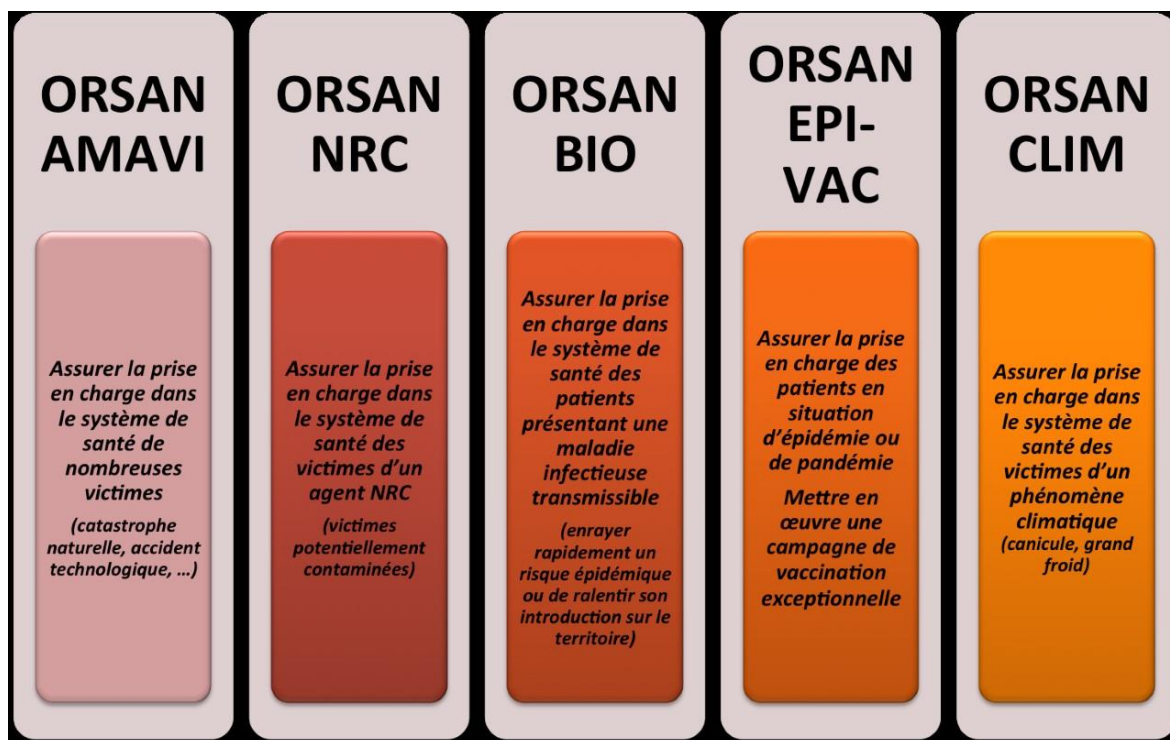
D'autre part, la logique continue et graduelle du dispositif ORSEC a été reprise par le dispositif ORSAN¹². Ce dispositif intégré prévoit les mesures organisationnelles nécessaires pour que le système de santé puisse faire face à tous types d'événements exceptionnels. Il doit ainsi permettre de formuler des réponses adaptées, afin d'optimiser la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels, tout en garantissant la continuité et la qualité des soins des patients indirectement impliqués dans l'événement. Il se compose plus précisément :

- d'un schéma de planification. Ce schéma ORSAN est l'outil central de planification de la réponse du système de santé en cas de crise. Il est élaboré à partir du projet régional de santé et assure une coordination régionale des dispositifs existants dans les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social ;
- des mesures d'attribution et de gestion des moyens de réponse ;
- et des mesures d'orientations relatives à la formation des professionnels de santé.

¹¹ Cf Annexe 5.

¹² Cf Annexe 6.

L'adaptabilité du dispositif aux mains du DG ARS et du Préfet doit alors garantir une réponse optimale et précise à chaque crise sanitaire. Le plan ORSAN a par exemple été utile pour l'épidémie saisonnière de grippe de l'hiver 2014-2015¹³ comme pour les attaques terroristes du 13 novembre 2015. Le dispositif comprend à ce titre cinq volets spécifiques :



Lorsque le système de santé ne peut plus agir seul, le dispositif ORSAN prévoit en outre que l'Etat peut mobiliser des ressources supplémentaires. Le plan départemental de mobilisation (PDM, ex-Plan blanc élargi) permet au Préfet de département de mobiliser des ressources sanitaires situées dans le département, par des conventions préalablement établies ou par réquisition. De la même manière, le plan zonal de mobilisation (PZM) organise le suivi et la mobilisation des moyens sanitaires zonaux, ainsi que la régulation des moyens nationaux attribués en renfort.

B) Le caractère partiel et formel de l'organisation « Plan blanc » ne favorise à l'inverse pas l'acculturation de l'hôpital à la gestion de crise

L'organisation hospitalière dédiée aux SSE repose principalement mais pas exclusivement sur le déclenchement du Plan blanc. A l'échelle locale, le plan opérateur du dispositif ORSAN est ainsi pour l'hôpital le Plan blanc. Pour gérer un surcroît d'activité, les établissements disposent néanmoins également du dispositif « Hôpital en tension », qui est

¹³ [Communiqué de presse de Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 20 février 2015](#)

plus ou moins formalisé dans les hôpitaux. Ce dispositif interne est utilisé pour une situation qui perturbe le fonctionnement de la structure mais n'implique pas nécessairement le déclenchement du Plan blanc, réservé aux situations jugées « exceptionnelles ». Il peut donc servir en cas d'afflux aux urgences ou d'épidémies de grippe. Dans le cas où les mesures prises ne permettent pas de faire face à la situation, le Plan blanc peut être déclenché.

La nécessité de développer une « culture de crise » à l'hôpital se heurte en outre à la difficulté d'appropriation des outils par les agents. En situation de crise, les responsables d'établissement doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes réactives. Cela passe par l'opérationnalité, la connaissance et l'expérimentation des procédures. Pour susciter l'adhésion des équipes, les outils doivent donc correspondre à leurs besoins et logiques d'action. Le Plan blanc se présente donc, en principe, sous la forme de fiches opérationnelles par fonctions et comporte une annexe sur les risques liés aux accidents NRBC. Dans les faits, la formalisation du plan blanc est souvent trop théorique et ne s'avère pas toujours adaptée aux exigences concrètes du terrain.

L'évolution de la réponse aux SSE met donc en évidence les limites actuelles du Plan blanc comme dispositif propre à diffuser une « culture de la crise » à l'hôpital.

1.2 Les spécificités de la nouvelle menace terroriste doivent en outre être intégrées dans l'organisation hospitalière dédiée aux crises¹⁴

1.2.1 Les événements du 13 novembre 2015 ont montré la nécessité de prévoir une organisation hospitalière spécifique en cas d'attentats par armes à feu avec de nombreuses victimes

- A) La prise en charge des victimes d'attentats par armes à feu répond d'abord à des techniques spécifiques inspirées des méthodes appliquées en opérations extérieures

¹⁴ Les développements ci-dessous s'appuient notamment sur la compilation des retours d'expérience opérée par les Annales françaises de médecine d'urgence : Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge médicale pré-hospitalière. Ann. Fr. Med. Urgence 2016

Les attentats qui se sont déroulés à Paris en 2015 constituent une nouveauté par le nombre de victimes et la nature des blessures. Les actes terroristes du 13 novembre 2015 ont causé près de 400 blessés dont le polytraumatisme et la nature des lésions (plaies par balle) les assimilent à des blessés de guerre. Le Service de santé des armées (SSA) a d'ailleurs souligné les similitudes avec les opérations extérieures¹⁵.

La survenue d'attentats par armes à feu implique en effet une prise en charge spécifique. Face au nombre de victimes, à la gravité des lésions et aux menaces encourues, les médecins doivent privilégier le transfert hors de la zone de danger, afin d'orienter les victimes vers les blocs opératoires hospitaliers. Il s'agit donc d'effectuer en pré-hospitalier des soins de première nécessité, au travers de protocoles simples, destinés à prioriser les actions utiles à la survie du patient et à ne pas retarder les évacuations¹⁶.

Ces exigences impliquent une réponse *ad hoc* reposant sur les techniques du *damage control*. Cette méthode consiste à limiter les soins aux gestes de sauvetage pour prendre en charge le maximum de blessés. Il s'agit de conjuguer étroitement les actions de réanimation et de chirurgie, selon une temporalité spécifique pour le meilleur pronostic vital et fonctionnel du patient en arrêtant les hémorragies, en luttant contre les troubles de coagulation et en transfusant précocement¹⁷. Ces pratiques peuvent aussi s'avérer nécessaire au sein des hôpitaux, dans les zones tampons mises en place en cas d'occupation des blocs. Afin de systématiser son utilisation, des consignes récentes du ministère imposent aux hôpitaux d'intégrer dans leur Plan blanc les techniques du *damage control*, au travers de la formation des acteurs et du dispositif de prise en charge prévu dans la nouvelle annexe concernant les attentats par armes à feu.

La mise en œuvre de ces techniques s'accompagne d'une forme spécifique de prise en charge. Pour les accidents classiques, les blessés sont extraits vers un point de rassemblement des victimes (PRV), puis sont triés et orientés si besoin vers un poste médical avancé (PMA), avant l'évacuation vers les établissements de santé¹⁸. Pour les victimes d'armes lourdes, les urgences absolues (UA) sont nombreuses et doivent être opérées rapidement. Elles ne passent donc plus nécessairement par les PMA et partent des PRV vers les établissements qui ont les plateaux techniques correspondants.

¹⁵ Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge médicale pré-hospitalière. Ann. Fr. Med. Urgence 2016

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Cf Annexe 7.

B) L'efficacité du dispositif d'offre de soins repose en outre sur la grande réactivité des acteurs

Le nombre de victimes et la nature de leurs blessures obligent à une prise en charge pré-hospitalière par le SAMU et les services de secours. Lors des attentats du 13 novembre 2015, le plan rouge alpha a été déclenché par la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP). Il comprend schématiquement un ramassage, un triage médicalisé et une évacuation rapide des victimes vers les hôpitaux les plus adaptés à leur pathologie, ce qui implique une bonne communication et coopération entre les services. Aussi, la prise en charge pré-hospitalière doit dans la mesure du possible cibler les moyens disponibles nécessaires tant au sein de la zone touchée qu'en dehors ; la régulation zonale du Samu, en contact avec la Direction générale de la santé (DGS) et le Service de santé des armées (SSA), assume un rôle central pour répondre à ces différents besoins d'hospitalisation.

La réponse hospitalière face à un afflux de victimes par attentat implique également une grande réactivité des équipes. Les ressources humaines et matérielles doivent être très rapidement mobilisées et un système de filtrage doit être mis en place dans le sas des urgences. Il convient à ce titre de distinguer deux types de flux : les arrivées spontanées de victimes et le flux régulé par le Samu. Les arrivées spontanées des victimes affectent directement les hôpitaux situés à proximité immédiate du lieu d'un attentat. Elles compliquent la réponse que ces établissements peuvent apporter, en provoquant de façon concomitante la réception de l'information sur l'existence d'une SSE, le déclenchement d'une organisation de crise et la prise en charge des premières victimes. Le 13 novembre 2015, alors que l'alerte a été lancée par le SAMU vers 21h40, l'hôpital Saint-Louis a ainsi reçu son premier patient à 21h42, contre 22h35 pour l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, labellisé pour la prise en charge de traumatisés sévères. Le temps de préparation des hôpitaux de proximité est donc considérablement réduit, ce qui suppose une adaptation des dispositifs de gestion des SSE pour être capable de répondre aux premières demandes de prise en charge, avant même de pouvoir mettre en place une organisation de crise.

1.2.2 La menace terroriste met plus généralement en évidence d'autres faiblesses de la réponse hospitalière aux SSE

A) L'afflux de personnes suppose une adaptation du dispositif d'accueil à l'hôpital

La qualité de la prise en charge des impliqués et de l'entourage des victimes peut encore être améliorée. Les attentats de Paris ont révélé à ce sujet certaines insuffisances dans la réponse sanitaire apportée à la crise.

D'une part, sur le volet pédiatrique, l'offre de soins est plus limitée quant à la réponse aux urgences sanitaires. Les difficultés suite aux attentats comme l'hypothèse d'actes de terrorisme ciblant spécifiquement les écoles soulignent la nécessité d'améliorer la préparation et l'organisation en ce domaine. Dès lors, des scénarios d'afflux des victimes pédiatriques doivent être anticipés et testés. Par ailleurs, un transfert de personnel doit pouvoir être préparé.

D'autre part, sur le volet médico-psychologique, les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) ont montré leurs limites. Mises en place en 1995 à la suite de l'attentat du RER B, elles doivent offrir une prise en charge psychologique pour les blessés psychiques dans les situations d'urgence. En 2015, lors des attentats de janvier et de novembre, un dispositif spécifique de prise en charge hospitalière, complémentaire à celui qui a été assuré par les CUMP, a cependant dû être créé à Paris, à l'Hôtel-Dieu. Il a permis la mobilisation de psychiatres et d'urgentistes ainsi que la mise à disposition de locaux adaptés. L'accueil des personnes concernées par les services hospitaliers a cependant été très irrégulier, ce qui peut témoigner d'un défaut d'organisation en amont. Par ailleurs, les retours d'expérience des attentats ont souligné qu'il demeure nécessaire de rester vigilant sur la capacité de ce dispositif à s'inscrire dans la durée avec des ressources en personnel suffisantes. Il n'a pas non plus été possible de répondre à l'ensemble des demandes concernant la prise en charge de blessés psychiques, notamment les impliqués et les personnes endeuillées. Il faut toutefois noter que les difficultés liées à la demande de soins psychotraumatologiques ne sont pas uniquement conjoncturelles et ne dépendent pas des seuls acteurs de la gestion de crise.

Enfin, l'accueil et l'information de l'entourage peuvent également être améliorés. Les ressources mobilisées pour l'accueil téléphonique se sont montrées insuffisantes au regard de l'ampleur de la demande. De plus, les informations, notamment sur l'identification des victimes, ont tardé à remonter aux établissements.

L'hôpital doit en outre continuer à garantir la continuité des soins courants dans des conditions sécuritaires convenables. La réponse hospitalière à une SSE touche fortement l'activité des établissements par l'intermédiaire notamment de l'arrêt des programmes possible en cas de déclenchement du Plan blanc, ce qui invite à prêter attention à la période de sortie de crise afin d'être en mesure de pouvoir reprendre au plus vite l'activité normale de l'hôpital. Par ailleurs, la forte mobilisation des moyens sanitaires lors d'une crise n'empêche pas les hôpitaux de prévenir le risque de sur-attentat et de garantir la continuité des soins courants. Organiser en plus de la gestion de la crise le circuit normal des urgences apparaît néanmoins complexe dans des territoires où l'offre de soins n'est pas aussi importante qu'en agglomération parisienne. Cela rend nécessaire le recours à l'ensemble des moyens sanitaires disponibles sur le territoire de santé.

B) L'ampleur de ces crises sanitaires nécessite une bonne coordination des moyens entre les acteurs

Au sein de l'hôpital, la mobilisation des moyens humains et matériels doit faire l'objet d'un pilotage adapté aux besoins évolutifs de la crise, conformément au Plan blanc¹⁹. Les nouvelles menaces rendent indispensable cette progressivité et la nécessité de maîtriser l'investissement en moyens humains et matériels, compte tenu du risque d'attentat multi-sites ou de sur-attentat.

Sur les moyens humains, la pertinence du rappel des personnels doit être interrogée au regard des informations disponibles, du lieu de résidence des agents et de la durée prévisible de la crise. Le délai lié au rappel des professionnels peut être amélioré, par une présentation très visuelle de la chaîne d'alerte (qui et comment alerter) ainsi que par un serveur d'alarme dit de « nouvelle génération » qui contacte directement les agents sélectionnés. Les nouvelles menaces soulignent en outre l'importance de gérer au mieux les ressources humaines, afin de garder des moyens disponibles en cas de crise particulièrement longue.

Sur les moyens matériels, les retours d'expérience à la suite d'exercice Plan blanc des hôpitaux ont posé la question du réapprovisionnement en médicaments et dispositifs médicaux ainsi que des boîtes d'instruments dans le cadre du *damage control*. Un diagnostic

¹⁹ Circulaire du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

et un suivi de l'utilisation des équipements doit ainsi être mis en place et coordonné par les ARS qui pourront conduire si nécessaire le réassortiment.

Au sein de l'ensemble du système sanitaire, l'organisation de la réponse à la crise suppose un dialogue efficace et structuré entre les acteurs. A Paris, le plan « Camembert »²⁰ permet de faire face à des événements multiples. Il s'appuie sur un protocole d'appui réciproque entre les 8 SAMU et les 38 SMUR de la région Ile-de-France, qui garantit un dialogue permanent entre eux.

Les attentats du 13 novembre ainsi que les différents exercices de gestion de crise conduits par les établissements de santé ont montré que le dialogue entre les acteurs doit encore être amélioré. En pratique, il est nécessaire de mieux définir les missions de chaque échelon (établissement, tutelle, ministère) et de chaque acteur, afin de se prémunir du risque de doublon (entre Samu et ARS notamment, en matière de gestion de lits ou d'équipes mobiles). Par ailleurs les exercices ont montré l'importance du partage d'informations.

Dans un contexte de risque terroriste accru, le système de santé doit donc être prêt à répondre rapidement et de façon coordonnée à des événements qui entraînent un afflux de patients en nombre et/ou souffrant de pathologies ou de traumatismes spécifiques. L'organisation et la gestion des SSE à l'hôpital doit en ce sens s'adapter.

²⁰ Cf Annexe 8.

2 Le principe d'une réponse intégrée et modulable suggère alors de revoir la préparation et le pilotage du dispositif des établissements de santé dédié aux situations sanitaires exceptionnelles

2.1 La préparation des établissements de santé aux SSE devrait évoluer vers un dispositif plus complet et graduel tenant compte de la dimension territoriale de la crise

2.1.1 Le dispositif propre à chaque établissement doit assurer une vraie diffusion d'une culture de crise au sein de l'hôpital

- A) La préparation interne des réponses aux SSE pourrait être améliorée par un outil de planification continu

L'amélioration du « Plan blanc » doit permettre d'en faire l'outil de planification unique de gestion des situations exceptionnelles. La diffusion d'une « culture de crise » à l'hôpital passe en ce sens par la simplification du dispositif de réponse aux événements qui perturbent l'activité quotidienne des établissements. Le modèle de gestion de crise de l'hôpital semble en effet en décalage avec la réalité de terrain.

La diversité des plans à déclencher en cas de surcroît non programmé de l'activité (Hôpital en tension, Plan blanc) ou en cas d'affaiblissement des moyens mobilisables (Plan de Continuité de l'activité) suggère une certaine discontinuité dans les réponses. Elle pose d'ailleurs la question des critères de déclenchement de chaque dispositif. Lors de la crise de la canicule en 2003, certains établissements n'ont ainsi pas déclenché leur Plan blanc, alors que les conditions semblaient pourtant réunies.

Dans les faits, la différence de degré des perturbations n'entraîne pourtant pas une différence de nature dans les réponses apportées, qui s'appuient sur la mobilisation des équipes, la mise en place de procédures dégradées, la déprogrammation et la libération accélérée des capacités d'accueil et d'opération. Le pilotage de chaque dispositif associe toujours des membres de l'équipe médicale, soignante et administrative, sous la responsabilité du directeur général. Une certaine continuité se dégage même des dispositifs : lorsqu'il est formalisé, le plan « Hôpital en tension » prévoit comme mesure ultime le

déclenchement du Plan blanc. Il existe donc un continuum de réponses aux perturbations de l'activité de l'hôpital.

Dès lors, l'unification de la gestion de ces difficultés autour d'un « Plan blanc intégré » permettrait de faire correspondre l'organisation formelle des réponses avec la pratique. Elle faciliterait l'appropriation du dispositif par les acteurs, tout en s'adaptant à la diversité des cas.

Le nouveau dispositif inclurait la veille continue des activités de l'hôpital et une montée en puissance progressive des moyens mis en œuvre. Le développement d'un dispositif graduel et modulable de gestion des SSE doit permettre aux hôpitaux de s'adapter à un nouveau paradigme et d'intégrer les limites pratiques à la mise en place de réponses à la crise.

En premier lieu, le nouveau paradigme en vigueur pour la gestion des risques et des crises invite les établissements de santé à être prêts à faire face, à chaque instant, à la survenue de toute situation exceptionnelle. Dans ces conditions, une veille continue de l'activité programmée et non programmée, ainsi que des disponibilités en lits, s'avère nécessaire pour détecter ces situations et disposer des informations permettant de les dépasser. Dans les faits, les établissements assurent déjà ce suivi, au travers de la gestion des lits et des activités (urgences, hospitalisations, blocs). Il s'agirait donc simplement d'intégrer ces fonctions au premier niveau du dispositif, qui consisterait dans la surveillance continue de l'activité.

En second lieu, le caractère modulable et progressif du dispositif s'adapterait aux contraintes temporelles inhérentes à la mise en place d'une réponse à la crise. Lors des attentats du 13 novembre 2015, le Plan blanc de l'AP-HP a ainsi été déclenché à 22h34, alors que l'alerte a été donnée vers 21h40, la réunion effective d'une cellule de crise opérationnelle nécessitant un délai quasi-incompressible d'une trentaine de minutes. Dans ce laps de temps, des premières réponses sont parfois nécessaires. Elles doivent être prévues et formalisées dans le Plan blanc, en déterminant le rôle des personnels présents physiquement à l'hôpital. Des systèmes de pré-alerte par bouton-poussoir au niveau des services des urgences sont en ce sens développés.

B) Cette simplification favoriserait la diffusion d'une culture de crise parmi les équipes hospitalières

Tous les professionnels hospitaliers doivent être formés à la gestion des SSE.

Cette préparation passe par l'information et la sensibilisation sur le Plan blanc et le PCA. Chacun doit ainsi avoir une idée de la situation de crise à l'hôpital et savoir ce qu'on attend de lui. Cela implique la rédaction de plans de manière plus simple et opérationnelle, essentiellement sur la base de chaînes de décision et d'information et de fiches-réflexes. L'accès à ces informations doit être facilité (version dématérialisée et exemplaire papier disponible au sein de chaque service). L'acquisition de savoir-faire particuliers par les personnels hospitaliers est également un élément structurant de la réponse aux situations de crise. Elle ne doit pas être réservée aux personnels soignants. Tous les professionnels font en effet partie intégrante de cette réponse, qu'il s'agisse de l'organisation de moyens mis en œuvre, de la prise en charge soignante ou du soutien logistique. En ce sens, un des leviers mobilisables pourrait être le processus de certification des établissements, qui prend désormais en compte la gestion des situations de crise²¹.

La réalisation d'exercices contribue également à la diffusion d'une « culture de crise ». Ceux-ci peuvent prendre trois formes et répondent à différentes finalités:

- exercices sur table ou exercices « cadres » pour identifier les problèmes et tester la faisabilité des solutions envisagées ;
- exercices situationnels pour tester la prise en charge des professionnels ;
- entraînement réel afin de créer une cohésion de groupe.

La planification des exercices doit ainsi répondre à des objectifs clairs et partagés entre les acteurs. L'exercice doit être réalisé à partir d'une procédure écrite stabilisée, dans le but de l'éprouver et d'en favoriser la connaissance par l'ensemble des acteurs. Les retours d'expérience constituent une dimension fondamentale des exercices. Ils sont l'occasion d'analyser l'ensemble du processus, y compris les points positifs. Il convient aussi de veiller à mobiliser largement les équipes : un des facteurs clés de succès de la démarche réside bien dans la confrontation des solutions conceptualisées avec la réalité et les logiques d'action des opérateurs de terrain, selon une approche *top-down* mais aussi *bottom-up*.

2.1.2 La coordination de l'offre de soins en situation de crise passe par le développement des outils partagés et des coopérations

²¹ [INSTRUCTION N°DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des SSE – Annexe 5](#)

A) La diffusion d'outils partagés est indispensable à la bonne circulation de l'information en cas de crise

En temps de crise, l'efficacité de la réponse dépend de façon cruciale de la collecte et de la bonne circulation de l'information.

Les dysfonctionnements du système d'information constatés lors des attentats soulignent la nécessité de développer une politique d'identitovigilance dédiée aux SSE. Dans un contexte de crise, celle-ci présente un triple intérêt : assurer la qualité et la sécurité des soins, suivre la prise en charge du patient et recueillir l'information sur les victimes pour les autorités et les proches. Or, l'urgence qui caractérise la crise affecte l'efficacité des procédures d'identitovigilance, notamment lorsque l'état du patient rend leur identification difficile. Des outils spécifiques doivent donc être développés.

Sur le plan pré-hospitalier, plusieurs initiatives ont déjà été lancées. Le principal outil utilisé par les secouristes est aujourd'hui le Système d'INformation Numérique Standardisé (SINUS), créé en 2010²². Il consiste à placer sur les victimes un bracelet comportant un code-barres rattaché à une base de données. Les personnels de secours et de santé peuvent y inscrire l'identité des victimes, leur état vital (DCD, UA, UR, impliqué), ainsi que le lieu de leur prise en charge. Ce dispositif parisien est en cours de déploiement dans toute la France, en priorité dans les zones accueillant l'Euro 2016. Il est complété par d'autres systèmes développés par les SAMU.

Sur le plan hospitalier, le système de dénomination selon le sexe et l'ordre d'arrivée initialement prévu a été remplacé par un système de pré-admission utilisable en cas d'afflux massif de victimes. Des bracelets pré-identifiés pourront ainsi être apposés sur les victimes régulées ou non-régulées, lors de leur entrée à l'hôpital.

La question de l'identitovigilance démontre plus largement le besoin de développer l'interconnexion des systèmes d'information et de communication, pour favoriser le dialogue entre les acteurs.

D'une part, la qualité des échanges repose sur un système de communication simple et fiable. Les attentats du 13 novembre 2015 ont à ce titre souligné que le recours aux moyens courants de communication (téléphones fixes et GSM personnels ou de service) était plus instinctif, lorsque le fonctionnement et la sécurité des réseaux le permettent. Il apparaît néanmoins nécessaire de préparer les équipes hospitalières à l'utilisation d'outils adaptés

²² [Arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé SINUS](#)

aux situations de crise, comme le réseau ANTARES (Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques et Aux Secours) pour la régulation pré-hospitalière (en lien avec l'hôpital).

D'autre part, la coordination efficace des moyens suppose d'organiser le partage d'informations, notamment entre l'ARS et l'hôpital. S'agissant des données à transmettre, la mise en cohérence des supports utilisés par les ARS lors des entraînements est souhaitée par les établissements. Ces supports doivent cependant être élaborés par type de crise. En cas d'attentats par armes à feu, il importe par exemple de connaître la capacité d'accueil des blocs en flux plutôt que le nombre de places disponibles. S'agissant par ailleurs des outils, les exercices réalisés ont montré l'utilité des applications partagées pour fournir des informations rapides. L'alimentation régulière par les établissements des Répertoires Opérationnels des Ressources (ROR), qui sont déployés par les ARS²³, est donc aujourd'hui mise en avant.

B) L'organisation de la réponse aux SSE nécessite le développement des coopérations sur la base de rôles clairement définis

La dimension souvent territoriale des crises rend inappropriée une gestion en vase clos des SSE, en particulier lorsque les patients sont nombreux. Une coordination doit donc être organisée en prenant en compte les capacités de chacun.

En premier lieu, la multiplicité des acteurs qui interviennent dans la prise en charge des patients suppose une répartition des rôles conforme aux responsabilités de chacun, mais aussi aux circonstances de la crise. Celle-ci contraint en effet parfois les modalités de réponse du système de santé. En cas d'attentats par armes à feu, les hôpitaux situés à proximité immédiate des lieux de l'incident supportent, dans un délai très limité, l'afflux des victimes arrivées par leurs propres moyens, ainsi que les urgences absolues les plus graves. Les autres acteurs du système de santé doivent dès lors réagir rapidement pour suppléer à cette réponse de première nécessité. Pour ce type d'attentats, les établissements de santé labellisés pour recevoir des traumatisés sévères et les hôpitaux militaires peuvent être mis à contribution. Les établissements de santé ne recevant pas des urgences ou les cliniques privées peuvent cependant aussi être associés, soit pour prendre en charge le flux déporté de l'activité quotidienne des établissements impliqués, soit pour recevoir directement dans leurs blocs

²³ [INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015 relative au déploiement de Répertoire Opérationnel de Ressources \(ROR\) interopérable dans chaque région d'ici la fin d'année 2015](#)

les blessés. Le rôle de régulation du SAMU s'avère en ce sens fondamental. Enfin, les ESR ont un rôle particulier pour la préparation et la gestion des SSE. En cas de crise, ils apportent leur expertise à l'ARS et leur appui aux établissements de la zone de défense et de sécurité. Un tel maillage territorial, effectif à Paris au moment des attentats, s'avère cependant plus complexe à organiser dans le reste de la France.

En second lieu, la gestion de la coordination des acteurs est donc nécessaire. En temps de crise, une centralisation du pouvoir doit à ce titre prévaloir, comme le souligne au niveau de l'Etat le rôle du Préfet de département en tant que directeur des opérations. Sur le plan sanitaire, même si le Préfet dispose in fine du pouvoir de décision si la situation dépasse le cadre purement sanitaire, l'ARS joue un rôle important en tant qu'animateur de réseau. Elle est d'ailleurs représentée au niveau de la cellule de crise préfectorale. Elle a en charge la supervision des réponses apportées par les établissements. A partir de l'information qu'elle collecte, les plans départementaux et zonaux de mobilisation peuvent être utilisés, sous la responsabilité respective des Préfets de département et de zone. Le recours aux moyens nationaux de l'Agence nationale de santé publique (ANSP ou Santé Publique France, ex-EPRUS) peut aussi être demandé par l'ARS.

Si la coordination en temps de crise se fait donc à l'initiative des tutelles, elle pourrait à terme découler du développement des coopérations territoriales entre les acteurs de terrain. A ce titre, même si le décret sur les Groupements Hospitaliers de Territoire²⁴ ne prévoit pas formellement de coopération en matière de gestion des SSE, la logique de mutualisation des moyens qu'il met en œuvre aura sans doute une incidence sur les réponses que pourront apporter à l'avenir les établissements de santé.

L'évolution de l'organisation hospitalière dédiée aux SSE devrait donc accentuer l'adaptabilité de la réponse aux SSE et développer le dialogue entre les acteurs. Ces logiques supposent alors de revoir la logique d'organisation de la cellule de crise.

2.2 Au sein de ce dispositif hospitalier, la cellule de crise devrait être organisée rationnellement, de façon à constituer une interface efficace dans le pilotage de la réponse aux crises sanitaires

²⁴ [Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire](#)

2.2.1 La cellule de crise joue généralement le rôle d'interface entre l'hôpital et les partenaires extérieurs

- A) En tant que centre de décision, elle doit organiser la réponse opérationnelle interne en fonction des informations dont elle dispose

Depuis la circulaire du 3 mai 2002²⁵, chaque établissement doit ainsi prévoir une organisation spécifique relative à la gestion de crise, qui se traduit notamment par la mise en place d'une cellule de prévention et de gestion de crise. Parfois nommée cellule de veille, elle se transforme en véritable cellule de crise en cas de survenue d'une SSE. Sous l'autorité du directeur d'établissement, elle est le véritable organe de commandement du Plan blanc et s'appuie sur une expertise médicale, administrative et logistique.

La cellule de crise doit d'abord collecter l'information sur la situation sanitaire et anticiper son évolution. Elle recense les informations utiles concernant les personnels et les capacités d'accueil (en UA et UR) dans les services de soins et les blocs. Les autres services médico-techniques (pharmacie, laboratoires, imagerie...) mais aussi logistiques et administratifs dressent l'état des moyens disponibles ou mobilisables.

La cellule de crise organise ensuite le soutien logistique à la prise en charge médicale, en mobilisant toutes les expertises nécessaires. Elle organise l'augmentation du potentiel d'accueil hospitalier et s'assure de la bonne répartition des patients qui sont adressés à l'établissement. En cas d'afflux de personnes non régulées, elle supervise aussi la mise en place des dispositifs d'accueil et d'orientation prévus. Les malades dont l'état le permet sont soit dirigés vers des services moins impliqués, soit transférés vers d'autres établissements. Les admissions programmées non urgentes sont différées. Les blocs opératoires sont libérés et leurs programmes allégés. Le centre de transfusion sanguine peut être alerté. La cellule fait aussi prendre toutes les mesures nécessaires à l'augmentation des personnels mobilisés (maintien des personnels en poste, rappel des personnels ou transferts d'un service à l'autre), en tenant compte de la durée prévisionnelle de la crise. La cellule doit enfin suivre l'exécution de toutes ces mesures.

En tant qu'acteur central de la gestion de crise, la cellule anime et coordonne les autres cellules liées à une SSE. En situation de crise, de nombreuses cellules sont souvent nécessaires pour répondre aux exigences de l'urgence. Faisant intervenir de nombreux

²⁵ [Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes](#)

personnels, leur action doit d'être cohérente. Il appartient donc à la cellule de crise de coordonner et de donner des priorités en interne.

- B) En tant qu'interlocuteur unique de l'hôpital, la cellule de crise doit aussi organiser une communication et un dialogue efficace avec les autres acteurs de la crise

La cellule est l'acteur central de la gestion de crise en interne. Elle doit en ce sens constituer le point focal des échanges avec les partenaires institutionnels, notamment l'ARS. Elle assure la transmission des informations relatives aux capacités d'accueil de l'établissement et à l'état de la situation dans l'hôpital. L'ARS informe en retour régulièrement la cellule de l'évolution de la situation et des moyens pouvant être mobilisés.

La cellule de crise doit aussi être en communication permanente avec le SAMU. L'organisation spatiale de la cellule ainsi que la présence d'agents de liaison peuvent permettre de faciliter cette communication. Une attention spécifique doit être portée aux échanges directs du SAMU avec des acteurs extérieurs (ARS, Préfecture), qui doivent être très limités.

L'évolution des enjeux liés à la gestion de crise rend par ailleurs nécessaire la mise en place d'une cellule d'identité-vigilance adossée à la cellule de crise. L'identification des victimes (DCD, blessés, impliqués) relève en effet d'interlocuteurs particuliers comme le Parquet ou la Cellule Interministérielle d'aide aux Victimes.

Suite aux attentats du 13 novembre, une priorité a enfin été donnée à une prise en compte accrue de la problématique d'accueil et d'information des familles qui se présentent sur place ou téléphonent à l'établissement, par exemple par la mise en place d'un point accueil famille au sein de l'établissement. La gestion de celle-ci peut revenir également à une cellule spécifique mais reste pilotée par la cellule de crise.

2.2.2 L'organisation et la composition exactes de la cellule de crise doivent être modulables pour s'adapter à toutes les SSE

- A) La cellule de crise hospitalière pourrait être composée autour d'un noyau dur de fonctions-clés sur lequel s'agrègent des ressources expertes mobilisables selon les circonstances

La cellule de crise doit rassembler les principaux responsables de l'établissement,

afin de coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. Le Plan blanc en fixe la composition précise, suivant les responsabilités de chacun déclinées en fiches opérationnelles.

En ce sens, la circulaire du 3 mai 2002²⁶ organise la composition de la cellule de crise selon une logique de métier²⁷. Elle distingue ainsi 8 fonctions précises : direction, coordination médicale, gestion des personnels, fonction économique et logistique, fonction intérieure (sécurité), accueil, hygiène et sécurité, fonction spécifique NRBCE. Ce modèle d'organisation ne facilite cependant pas l'adaptabilité de la cellule, qui doit accompagner une gestion intégrée et permanente des SSE.

L'organisation de la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire (CRAPS) au niveau de l'ARS²⁸ fournit à l'inverse un bon modèle de composition de cellule de crise selon une logique de mission²⁹. Elle repose ainsi sur cinq composantes :

- une composante décision, « *en charge d'arrêter les décisions stratégiques majeures [...] aux fins d'orienter la réponse aux situations exceptionnelles en cours* » ;
- une composante situation / opération, qui « *assure la compilation et le reporting des informations de terrain recueillies, à destination des autorités décisionnelles, ainsi que vers l'échelon national* » ;
- une composante communication, en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie de communication ;
- une composante expertise, destinée à produire une expertise, en fonction de l'évènement, en vue de contribuer à la mission d'aide à la décision ;
- une composante support (logistique, informatique, ressources humaines, etc), capable de renforcer son action selon les besoins.

Cette structure dynamique doit assurer le fonctionnement efficace de la cellule, ainsi qu'une mobilisation des professionnels en cohérence avec la nature et la gravité de la situation.

Il conviendrait toutefois de prendre en compte les besoins spécifiques d'une cellule de crise hospitalière, avec la dimension plus opérationnelle qui en découle, comme le rappelle la mise en place dans certains hôpitaux d'une cellule dédiée aux missions d'aide

²⁶ [Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes](#)

²⁷ Cf également Annexe 9.

²⁸ [INSTRUCTION N°DGS/DUS/CORRUS/2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles](#)

²⁹ Annexes 10 et 11.

aux victimes, en lien direct avec la cellule de crise. Elle est composée de médecins légistes et d'agents du bureau des entrées.

- B) Le fonctionnement pratique de la cellule de crise devrait aussi prendre en compte cette exigence d'adaptabilité dans le pilotage de la crise

Les règles de fonctionnement de la cellule de crise prévoient impérativement la montée en puissance du dispositif et son ajustement à des circonstances rapidement évolutives. La fonction du chef en tant qu'interlocuteur unique et privilégié de l'ARS doit être clairement définie et reconnue par l'ensemble des acteurs. La composition de la cellule de crise doit également pouvoir être réajustée à tout moment en fonction de l'évolution de la situation, et ses membres éventuellement remplacés en cas de crise prolongée.

Concernant la logistique propre à la cellule de crise³⁰, deux modes d'organisation des locaux coexistent dans les établissements : d'une part, celui d'une salle de crise permanente dédiée uniquement à cette fonction, et d'autre part, celui d'une salle de réunion polyvalente. Si l'idée d'une salle de crise permanente peut séduire en ce qu'elle évite les délais d'installation inévitables lorsqu'une salle polyvalente est mobilisée pour faire office de cellule de crise, certains interlocuteurs soulignent qu'il est nécessaire que la salle de crise soit souvent utilisée et son équipement fréquemment éprouvé, ce qui penche en faveur de la mobilisation d'une salle multi-fonctions. En effet, il paraît important que les membres de la cellule de crise utilisent un matériel qu'ils connaissent et maîtrisent. Un espace suffisamment vaste pour accueillir confortablement les membres de la cellule, permettant les allées et venues, équipé de tous les moyens de communication (informatique, téléphonie, etc.), est en tout cas indispensable. L'ergonomie de cette salle doit faciliter le travail d'équipe mais, également, si possible, comporter des espaces plus isolés permettant par exemple aux membres de répondre à un appel téléphonique en aparté ou de se mettre à l'écart temporairement à des fins de réflexion. Certains CHU ont choisi d'installer la salle de gestion de crise à proximité de celle du SAMU afin de favoriser les transmissions et la communication avec les acteurs de la phase pré-hospitalière. Le cas échéant, les liaisons doivent permettre un contact simple et rapide avec le SAMU.

³⁰ Cf Annexe 12.

Conclusion

L'émergence de nouvelles menaces, tant sanitaires que sociétales, met donc en évidence la nécessité d'une solide préparation des acteurs concernés par la gestion de crise. Ce travail doit notamment permettre d'anticiper les situations sanitaires exceptionnelles et de leur apporter une réponse proportionnée à la gravité de l'incident et susceptible de s'adapter rapidement aux circonstances.

L'ampleur et le caractère récurrent de ces menaces invitent alors aujourd'hui les établissements de santé à tendre vers un dispositif intégré et permanent de gestion de crise. Le fonctionnement des cellules de crise, tant en interne que dans leur rôle d'interface avec l'extérieur, peut être amélioré. Leur évolution doit en outre favoriser une communication plus étroite entre les établissements, leurs tutelles et les autres acteurs concernés. A ce titre, le partage efficace de l'information passe par l'élaboration d'outils communs. Surtout, la formation et la sensibilisation des personnels hospitaliers est nécessaire pour acquérir et maintenir une bonne connaissance de l'organisation dédiée aux crises.

La diffusion d'une « culture de crise » à l'hôpital représente finalement une véritable nécessité. Le développement d'une veille continue de l'activité suggère ainsi d'inscrire la gestion de crise dans le quotidien des établissements de santé. L'enjeu que représente cette interpénétration entre la gestion d'une situation normale et celle d'une situation exceptionnelle ne doit toutefois pas être négligé. Prise négativement, cette interdépendance pourrait faire craindre une incapacité à gérer la crise, tant certains établissements ou certains services (urgences) éprouvent aujourd'hui des difficultés à faire face à leur activité quotidienne. Prise positivement, elle laisse espérer une amélioration de l'aptitude des établissements hospitaliers à remplir leur mission, en temps normal comme en situation de crise. La capacité des acteurs à coopérer en situation critique peut ainsi parfois déboucher sur des partenariats plus pérennes, tandis que le caractère fondamental des échanges en temps de crise exige une bonne connaissance des différents acteurs impliqués, qui repose sur des relations régulières et prolongées.

Bibliographie

Revues

Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015, Prise en charge médicale pré-hospitalière, Ann. Fr. Med. Urgence, 2016, 217 p.

Textes de référence

- *Codes :*

Code de santé publique

Code de la sécurité intérieure

- *Lois :*

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118

- *Décrets :*

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°0101 du 29 avril 2016

Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles, JORF n°0007 du 9 janvier 2013 page 716

Décret n°2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régional de santé, JORF n°0077 du 1 avril 2010 page 6280

Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°159 du 9 juillet 2005 page 11294

- *Arrêtés :*

Arrêté du 6 avril 2016 portant organisation de la direction générale de la santé, JORF n°0085 du 10 avril 2016

Arrêté du 21 avril 2016 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire, JORF n°0099 du 27 avril 2016

Arrêté du 4 juin 2013 relatif aux modalités de distribution de certains produits pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, JORF n°0133 du 11 juin 2013 page 9665

Arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé SINUS

Arrêté du 4 novembre 2009 relatif à la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A (H1N1) 2009, JORF n°0258 du 6 novembre 2009 page 19179

- ***Circulaires ministérielles***

Circulaire n°5567/SG du 2 janvier 2012 relative à l'organisation et la structuration gouvernementale pour la gestion des crises majeures

Circulaire n°750/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la découverte de plis, colis, contenants et substances suspectés de renfermer des agents radiologiques, biologiques ou chimiques dangereux.

Circulaire n°800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives

Circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques

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.

Circulaire n° DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

- **Instructions**

Instruction ministérielle du 8 juin 2015 relatif à la responsabilité des préfets en cas de crise

Instruction ministérielle du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé

Instruction n° DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015 relative au déploiement de Répertoire Opérationnel de Ressources (ROR) interopérable dans chaque région d'ici la fin d'année 2015

Instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Instruction n° DGOS/DIR/PF2/DGS/UOP/2014/306 du 7 novembre 2014 relative aux actions à conduire au sein de chaque établissement de santé dans le cadre de la préparation à l'accueil inopiné d'un patient cas suspect de maladie à virus Ebola

Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Instruction n° SGMAS/HFDS du 20 avril 2010 relative aux principes d'organisation et de fonctionnement de la mission de veille et d'urgence sanitaire dans les ARS

Rapports

Ministère des affaires sociales et de la santé, Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles, 2014, 47 p.

DGS, Note technique de cadrage relative à décontamination hospitalière, 2012

Ministère des affaires sociales et de la santé, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plan blancs des établissements de santé, 2006, 182 p.

Ministère des affaires sociales et de la santé, Guide de l'établissement de santé en tension, 2006, 26 p.

Communiqués de presse

Communiqué de presse de Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 20 février 2015

Discours

Intervention de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, « Organisation du retour d'expérience (RETEX) sur les attentats du 13 novembre 2015 », Mercredi 20 janvier 2016.

Webographie

Ministère de la santé : <http://social-sante.gouv.fr/>

Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Prévention des risques majeurs : http://www.risques.gouv.fr/lexique/letter_p

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche méthodologique

Annexe 2 : Liste des personnes interviewées

Annexe 3 : Grilles d'entretien

Annexe 4 : Schéma sur les conséquences de la survenue d'une SSE en matière d'offre de soins

Annexe 5 : Schéma général d'organisation de la gestion de crise

Annexe 6 : Schéma récapitulatif des niveaux de posture opérationnelle

Annexe 7 : Organisation de la réponse des acteurs pré-hospitaliers en cas d'incidents faisant de nombreuses victimes

Annexe 8 : Le plan Camembert

Annexe 9 : Personnel présent à la cellule de crise du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière / Charles Foix

Annexe 10 : Modalités d'organisation de la CRAPS

Annexe 11 : Schéma de la structuration de la CRAPS en ARS

Annexe 12 : Outils dédiés à la gestion des SSE en ARS

Annexe 1 : Fiche méthodologique

Le rapport réalisé est issu d'un travail collectif inter-filières de l'EHESP sous la responsabilité de M. VAN DER LINDE. Les travaux préparatoires ont été initiés en amont de la période dédiée au module interprofessionnel afin d'anticiper les contraintes de calendrier.

Lors de la première semaine, nous avons mis en commun les connaissances des différents membres du groupe et engagé une réflexion afin de cadrer le sujet. Il a en effet été nécessaire de mener un effort de problématisation pour en déterminer précisément les contours. A ce titre, après discussion, nous avons décidé de ne pas travailler sur le Plan bleu qui concerne le secteur médico-social de façon à nous concentrer sur l'organisation hospitalière. Une bibliographie nous a été transmise par M. Van Der Linde et les lectures ont été réparties.

A partir des éléments dégagés de nos lectures, nous avons procédé à un état des lieux en divisant la réflexion en trois thématiques :

- un premier axe ayant pour objet de réaliser un bilan de l'existant et de recenser les points d'achoppement des dispositifs actuels afin de dégager des pistes d'amélioration ;
- un second axe sur les nouvelles menaces et principalement la prise en charge des victimes d'attentats, notamment à partir d'un retour d'expérience du 13 novembre 2015 ;
- un dernier axe portant sur le recueil des observations des acteurs extérieurs à l'hôpital (tutelles, ARS, préfectures....).

A l'issue de ces lectures, nous avons élaboré une grille d'entretien commune (cf. annexe 3) pour préparer les rencontres de la semaine suivante. Cette grille a ensuite été déclinée de manière plus spécifique pour s'adapter au mieux à l'interlocuteur.

Lors de la seconde semaine, nous avons réalisé des entretiens avec plusieurs spécialistes de la gestion de crise ainsi que différents interlocuteurs du domaine sanitaire. Environ une quinzaine d'intervenants, travaillant aussi bien au niveau des tutelles (Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Agences régionales de santé) qu'au niveau des établissements de santé (Centres hospitaliers universitaires de différentes villes) ont été sollicités pour répondre à nos interrogations. Afin de disposer d'une vision exhaustive, nous avons également sollicité d'autres interlocuteurs concernés comme la responsable de la

réserve sanitaire ou encore le chef d'Etat-major d'une zone de défense. Les entretiens ont été réalisés de préférence sur site, et le cas échéant par téléphone. Ces entretiens semi-directifs ont systématiquement été réalisés en binôme et ont fait l'objet d'un compte rendu transmis à tous les membres du groupe. Cette enquête de terrain a constitué une part importante de nos recherches.

Enfin, la dernière semaine a été consacrée à la rédaction commune du rapport. Afin d'assurer la cohésion de notre travail une lecture et une analyse croisées ont été effectuées. Une dernière relecture de notre dossier par notre animateur a clôturé ces semaines d'enquête.

NB : En raison de la sensibilité des informations qui ont été partagées au cours des entretiens, nous avons fait le choix d'anonymiser les exemples mobilisés et de ne pas reproduire les comptes rendus des entretiens en annexe.

Annexe 2 : Liste des personnes interviewées

<u>Lieu</u>	<u>Personne Interviewée</u>	<u>Fonction</u>	<u>Contact</u>
Rennes (Préfecture)	BAUTHEAC Patrick	Chef de l'Etat major Interministériel de zone	Sur site
Rennes (ARS)	BAILLY Dr Christian	Conseiller sanitaire de zone à l'ARS zone Ouest Service zonal de défense et de sécurité	Sur site
Rennes (CHU)	ALGRAIN Brigitte	Directrice de la Qualité et des relations avec les usagers	Sur site
Paris (ARS)	GENTILE Michel	Conseiller sanitaire de zone à l'ARS IDF	Sur site
Paris (Ministère santé)	DENUX Valérie	Service de Santé des Armées - Intégrée au Secrétariat Général du Ministère chargé des Affaires sociales	Sur site

Paris (Ministère Santé)	PHILIPPE Jean-Marc	Conseiller médical du DGS pour les urgences et la sécurité sanitaire	Sur site
Saint-Denis (EPRUS/ANSP)	DE BORT Clara	Cheffe du pôle Réserve Sanitaire	Téléphone
Siège AP-HP	LEROY Christophe	Responsable de la cellule de crise à l'AP-HP	Sur site
Brest (CHU)	BALTUS Christophe	Directeur adjoint	Sur site
Nantes (CHU)	LAPOSTOLLE Benjamin	Directeur des Usagers, des Risques et de la Qualité	Sur site
Bordeaux (ARS)	GAULIN Alexandre	Conseiller de Défense et de Sécurité de Zone Sud-Ouest	Téléphone
Bordeaux (CHU)	NEGRE-LE-GUILLOU Florence	Directrice de la Qualité et de la Gestion des risques	Téléphone
Caen (CHU)	BONNIEUX Daniel	Directeur Adjoint SAMU	Téléphone

Caen (CHU)	COURTOIS Brigitte	Directeur chargé de la qualité et des droits des patients	Téléphone
------------	-------------------	---	-----------

Annexe 3 : Grilles d'entretien

A/ Questionnaire commun à tous les professionnels travaillant à l'hôpital

1 - La gestion de crise en interne à l'hôpital

- Contexte : risques et aléas
- Planification: élaboration des plans, formalisation des procédures, expériences ou exercices
- Mesures spécifiques par rapport aux risques dans le plan blanc
- Bilan: utilité?, fonctionne/fonctionne pas, forces/faiblesses

2 – La cellule de crise en interne

- Pourquoi : à quoi ça sert?
- Quand : critères de déclenchement, critères de sortie, durée, capacité à tenir sur la durée
- Qui : acteurs, missions/fonctions de chaque intervenant, qui décide, qui conseille
- Où : localisation/accessibilité, ergonomie/architecture (selon les fonctions)
- Quoi: logistique (moyens disponibles: équipement, moyens matériels et humains)
- Comment: Pilotage, organisation, fiches réflexes, gradation/adaptation à la crise
- Contre qui/Contre quoi : quels freins structurels?

3 – La gestion de crise avec l'extérieur

- Quels interlocuteurs (à quel niveau, hiérarchie, autres cellules de crise)
- Quelles relations ?
- Complémentarité des missions et rôle de chacun
- Quelles demandes des interlocuteurs? Quelles capacités d'y répondre?
- Quelles attentes envers les interlocuteurs? Quelles réponses

4 – Pistes d'amélioration et évolutions

- Nouvelles menaces (terrorisme : attentats, NRBC ; et autres)
- Nouvelles réponses (entraînement, organisation)
 - Groupes de travail en cours ?
 - Consignes/préconisations politiques
- Enjeux de la coopération et GHT
- Pistes d'amélioration

B/ Questionnaire commun à tous les professionnels travaillant en lien avec l'hôpital

1- Questions générales sur la gestion de crise (plutôt pour les extérieurs)

- Qu'entendez-vous par gestion de crise? (temps limité)
- A quoi sert la gestion de crise?
- Quand déclencher le processus de gestion de crise?
- A quoi sert une cellule de crise dans la gestion de crise ?

2 - La gestion de crise dans votre structure

- Votre rôle

- La gestion de crise en tant que tel

- Contexte
- Planification: élaboration des plans, formalisation des procédures, expériences ou exercices
- Mesures spécifiques
- Modes de déclenchement, gradation, adaptabilité des dispositifs
- Bilan: utilité?, fonctionne/fonctionne pas, forces/faiblesses

- La cellule de crise

- Pourquoi : à quoi ça sert?
- Quand : critères de déclenchement, critères de sortie, durée, capacité à tenir sur la durée
- Qui : acteurs, missions/fonctions de chaque intervenant, qui décide, qui conseille
- Où : localisation/accessibilité, ergonomie/architecture (selon les fonctions)
- Quoi: logistique (moyens disponibles: équipement, moyens matériels et humains)
- Comment: Pilotage, organisation, fiches réflexes, gradation/adaptation à la crise
- Contre qui/Contre quoi : quels freins structurels?

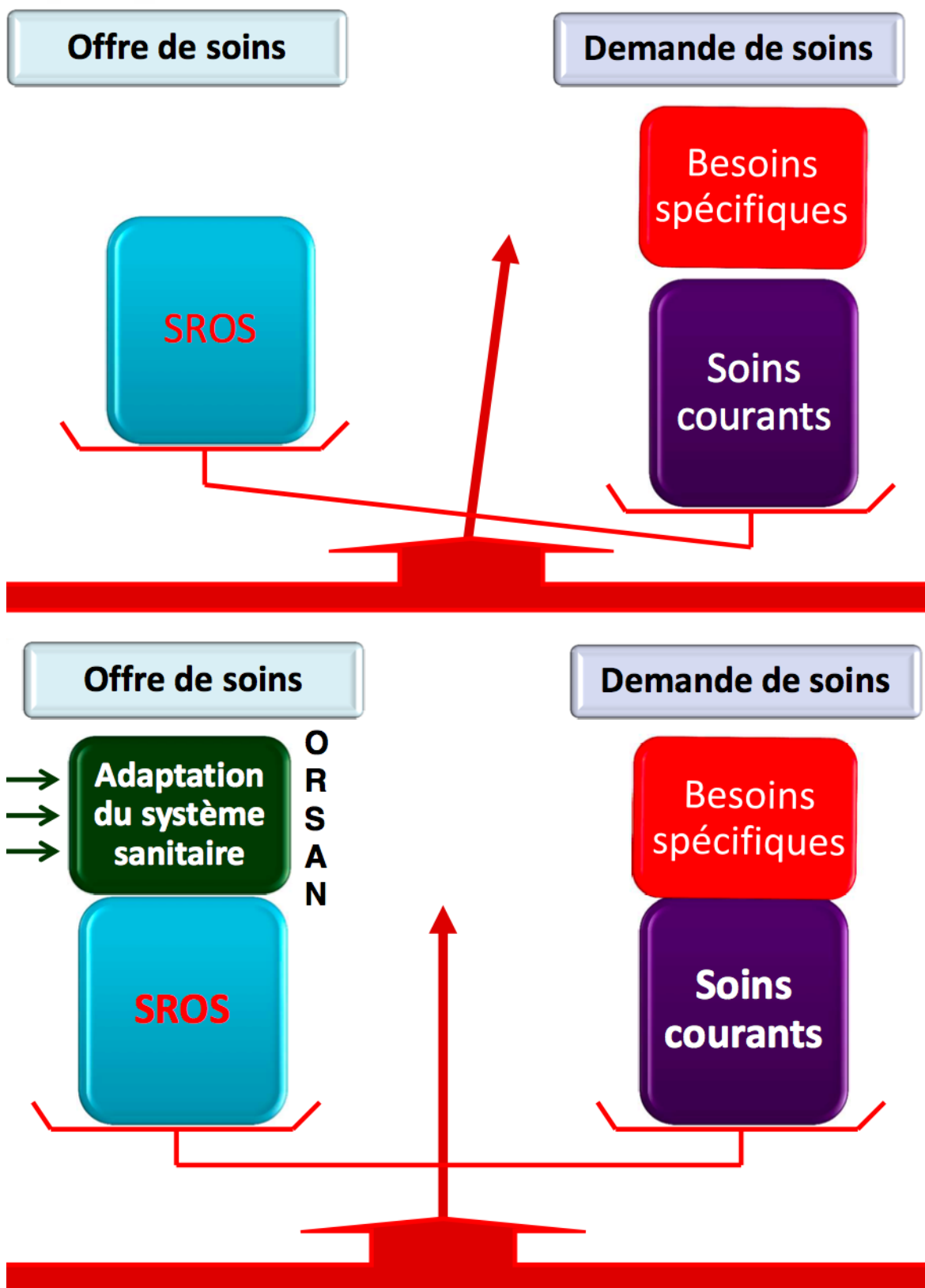
3 - La gestion de crise sanitaire / situation sanitaire exceptionnelle

- Quelle mode d'organisation dans votre structure?
- Quels interlocuteurs (à quel niveau, hiérarchie, autres cellules de crise)
- Quelles relations ?
- Complémentarité des missions et rôle de chacun
- Quelles attentes vis-à-vis de l'hôpital? Quelles capacités d'y répondre de la part de ces acteurs?

4 – Pistes d'amélioration de l'organisation hospitalière et évolutions

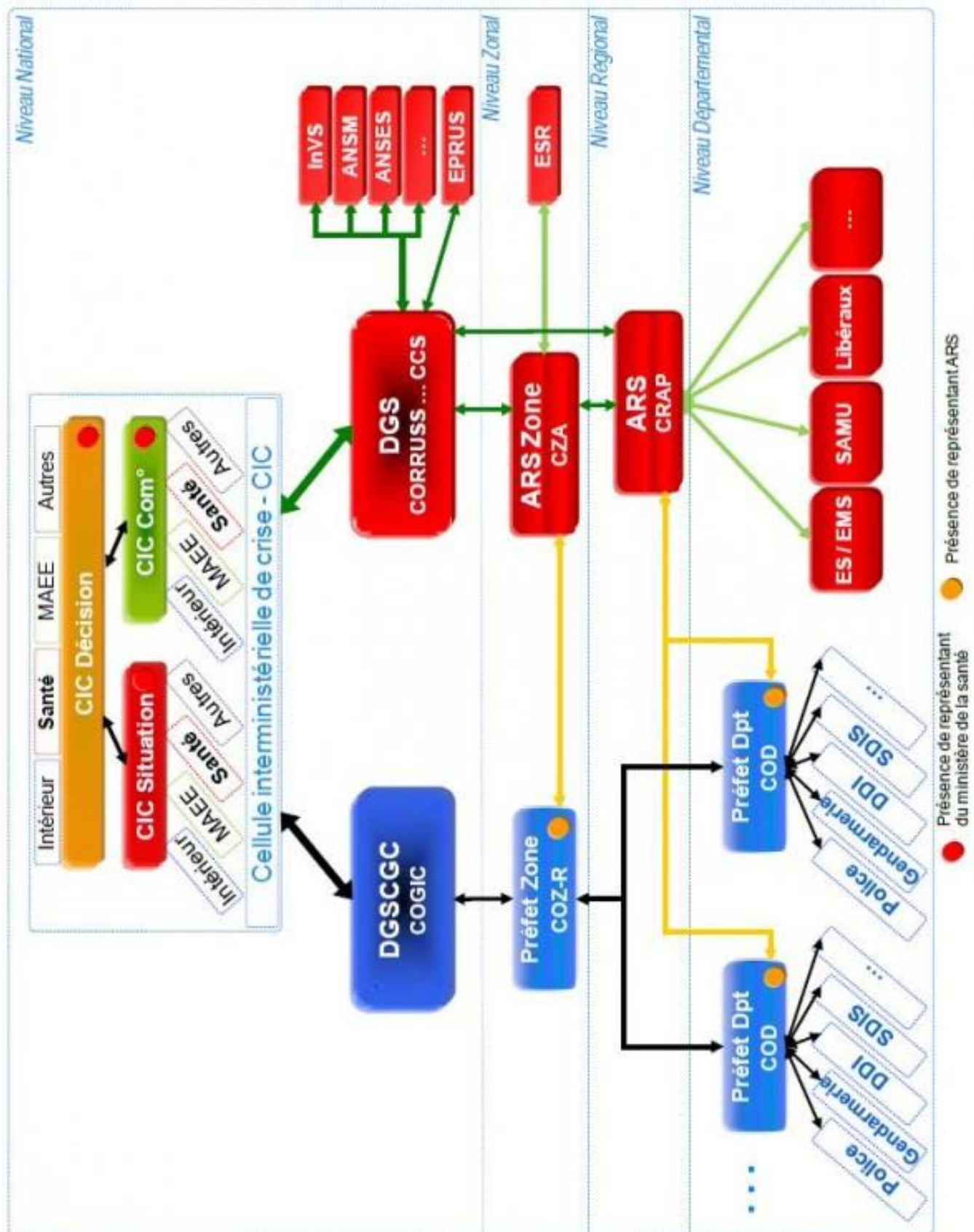
- Nouvelles menaces (terrorisme : attentats, NRBC ; et autres)
- Nouvelles réponses (entraînement, organisation)
 - Groupes de travail en cours ?
 - Consignes/préconisations politiques
- Enjeux de la coopération et GHT
- Pistes d'amélioration

Annexe 4 : Schéma sur les conséquences de la survenue d'une SSE en matière d'offre de soins



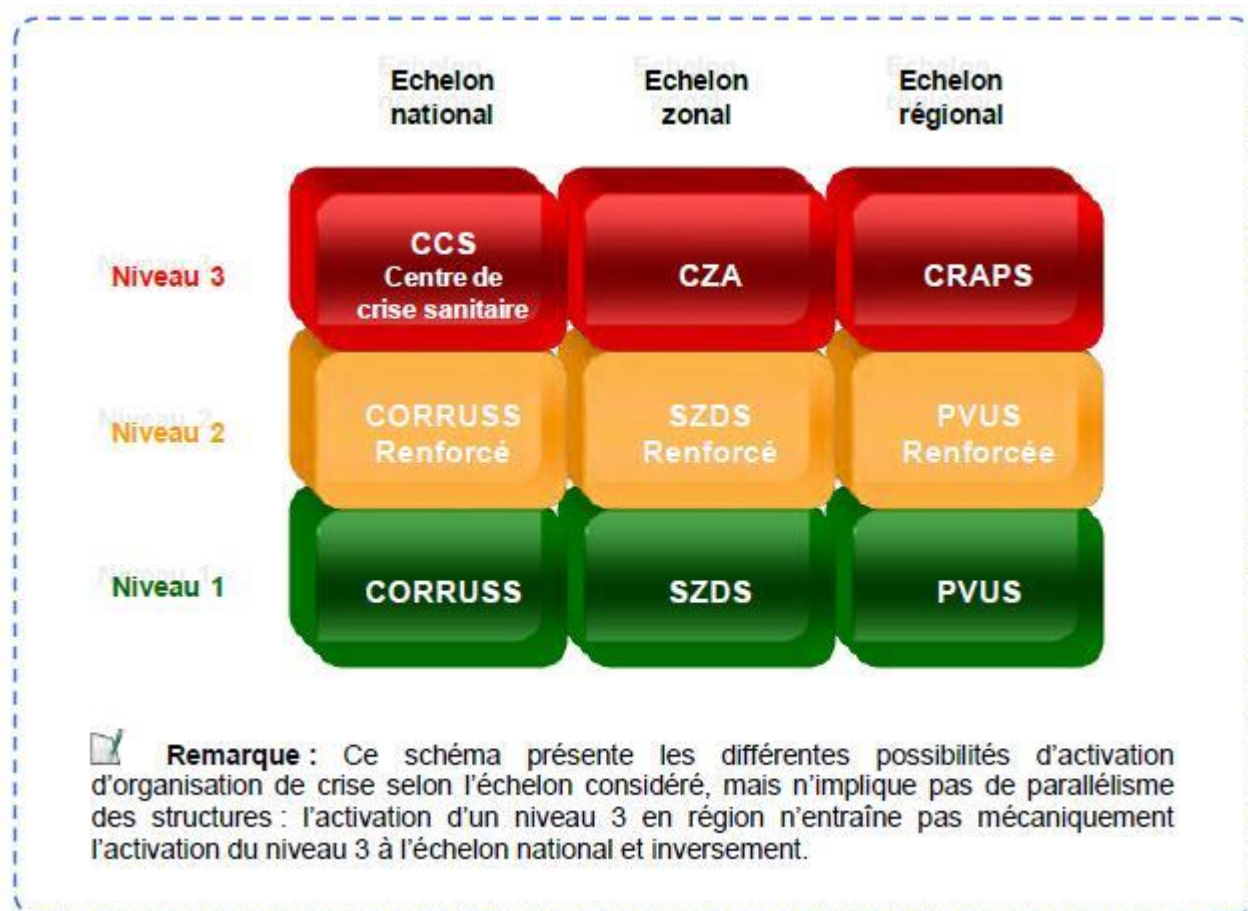
Source : Animateur

Annexe 5 : Schéma général d'organisation de la gestion de crise



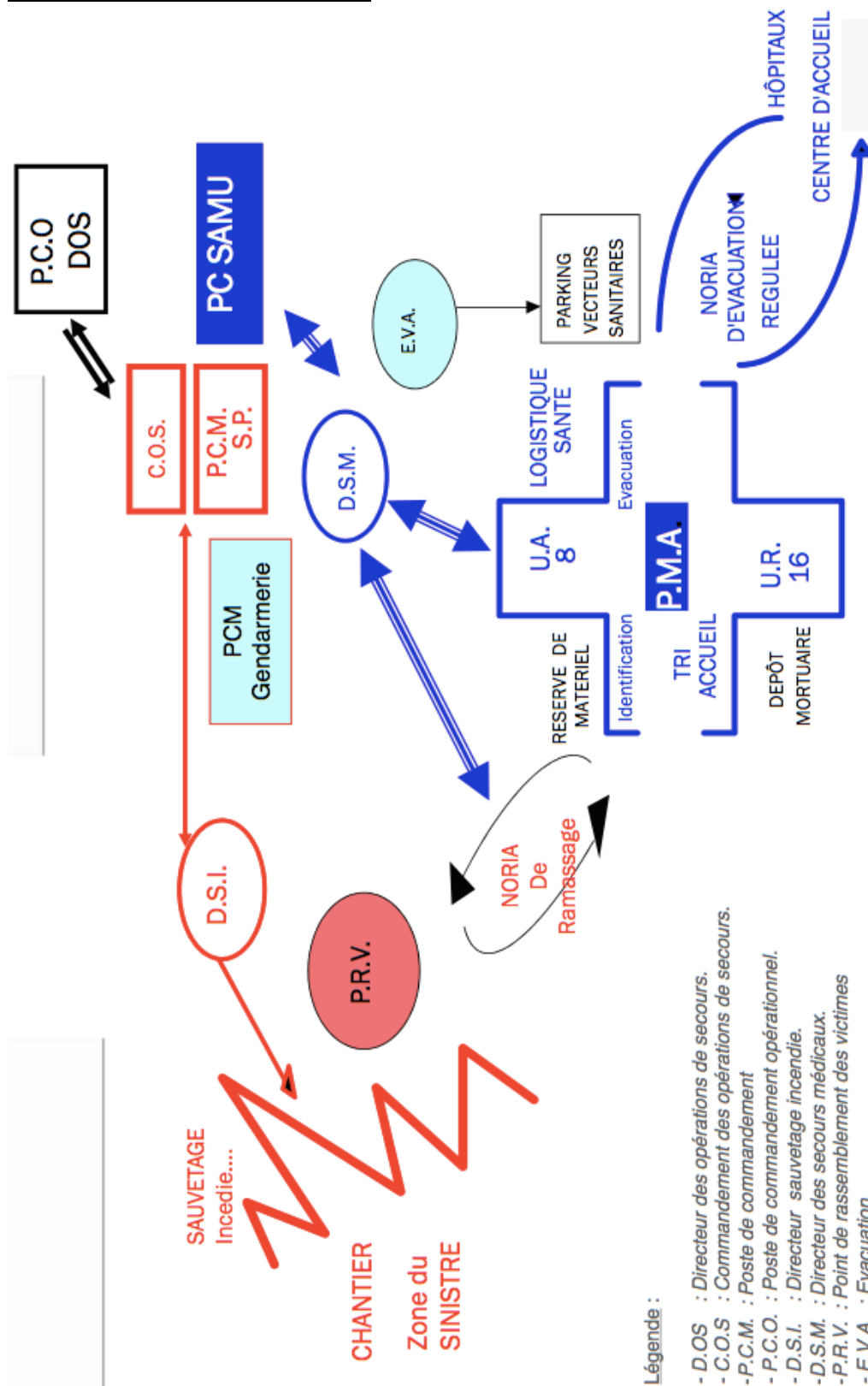
Source : INSTRUCTION N°DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Annexe 6 : Schéma récapitulatif des niveaux de posture opérationnelle



Source : INSTRUCTION N°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Annexe 7 : Organisation de la réponse des acteurs pré-hospitaliers en cas d'incidents faisant de nombreuses victimes



Source : Animateur

Annexe 8 : Le plan Camembert

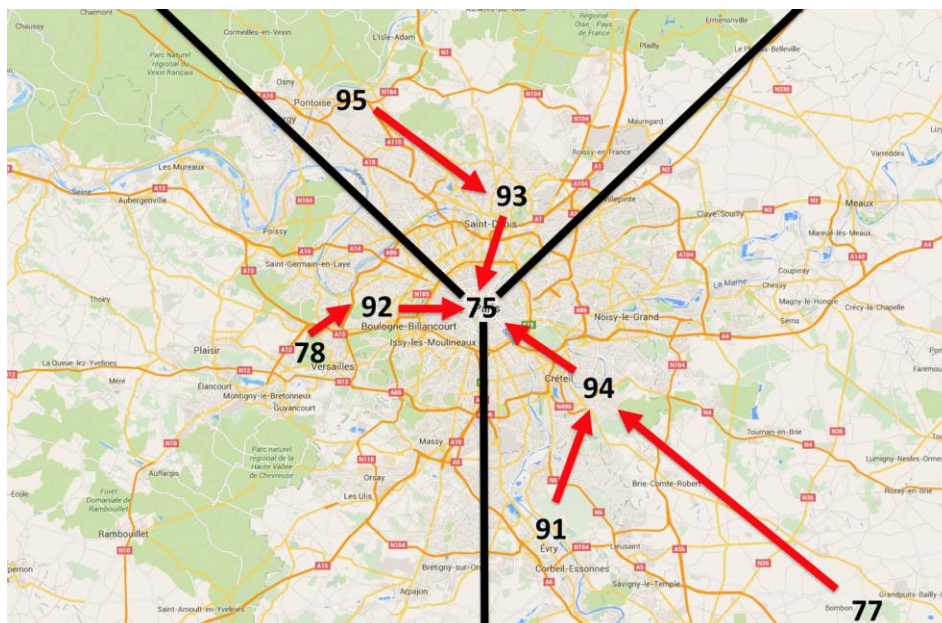


Fig. 1 Sectorisation des renforts Smur zonaux pour la stratégie du « Camembert ». Les numéros désignent les Samu départementaux de rattachement.

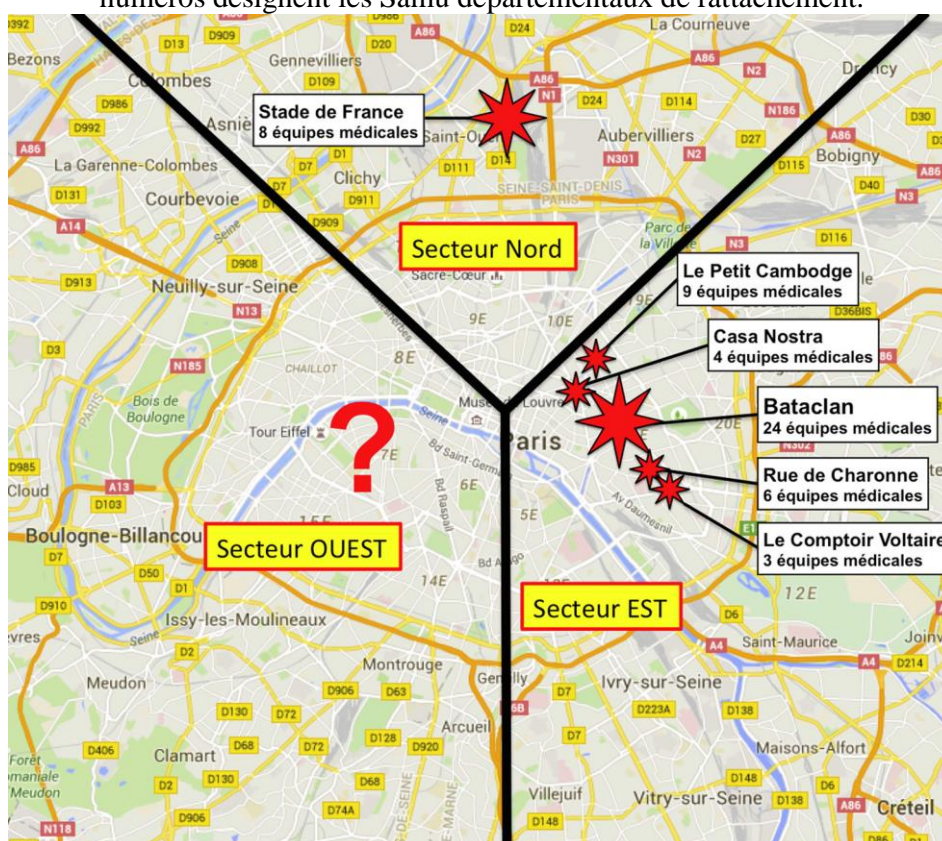


Fig. 2 - Sectorisation de Paris en « Camembert » et moyens médicaux

Source : Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge médicale pré-hospitalière. Ann. Fr. Med. Urgence 2016

Annexe 9 : Personnel présent à la cellule de crise du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière / Charles Foix

Tableau 1 Personnel présent en cellule de crise.		
Personnels présents	Fonctions	Effectifs
Directeur du groupe hospitalier Directrice adjointe Directrice de la qualité, gestion des risques et relations avec les usagers Directrice des services économiques et logistiques	Coordination de la cellule de crise et de la mise en œuvre du Plan Blanc Organisation des fonctions logistiques : approvisionnements (services cliniques, zone d'accueil des personnels), gestion de l'accueil physique des familles	3 1
Directrice et Directeur adjoint des affaires médicales Directeur des ressources humaines Coordinatrice générale des soins et Directeurs des soins	Mobilisation des ressources humaines médicales et non médicales	6
Directeur des investissements Directeur des équipements	Soutien technique à la cellule de crise (équipements, interventions techniques)	2
Responsable de la sécurité générale Administrateurs et directeurs de garde, ingénieurs	Sécurisation du site Soutien à la cellule de crise : réponse téléphonique aux familles, accompagnement des familles sur les lieux d'hospitalisation des victimes, gestion des flux logistiques...	1 8
Directrice adjointe de la communication Responsable du standard et des accueils	Communication Organisation de l'accueil téléphonique et physique des familles à la recherche de proches (mobilisation le 14 au matin)	1 1
Pharmaciens	Soutien logistique : médicaments, dispositifs médicaux, stérilisation	3

Source : Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge médicale pré-hospitalière. Ann. Fr. Med. Urgence 2016

Annexe 10 : Modalités d'organisation de la CRAPS

La CRAPS constitue la cellule de crise du siège de l'ARS et nécessite a minima la mise en place des composantes suivantes :

- composante décision,
- composante situation / opérations
- composante communication
- composante expertise,
- supports : logistique, informatique, ressources humaines.

Chacune de ces composantes est décrites ci-dessous selon trois axes : son **organisation**  , ses **missions**  , les interactions entre ARS et préfet  , les **productions** attendues  .

Composante décision



Elle est présidée par le Directeur général de l'ARS ou son représentant. Elle est rassemblée ponctuellement à échéance régulière ou à la demande du pilote de la gestion de crise (cf. infra).

Elle prend connaissance des éléments d'analyse et des propositions d'actions produits par la composante situation.



Elle est en charge d'arrêter les décisions stratégiques majeures relatives à son champ d'action, aux fins d'orienter la réponse aux situations exceptionnelles en cours.

Elle valide la stratégie de communication et les éléments de langage proposés par la composante communication



Elle propose des mesures de gestions au(x) préfet(s) concerné(s) relevant de son/leur action et valide les réponses stratégiques issues des demandes du/des préfet(s) impliqué(s).



Elle rend des arbitrages et décide des orientations à décliner dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de gestion.

Composante situation / opération

Elle est le centre névralgique de la cellule de crise et le point focal régional en lien permanent avec l'échelon national (CORRUSS/CCS) et les partenaires locaux :



- opérateurs sanitaires : SAMU, établissements de santé, établissements médico-sociaux, libéraux, pour recueil d'informations et transmissions d'instructions,
- autres partenaires : préfectures notamment, par le biais du représentant ARS en COD.

Son animation suppose la nomination d'un pilote en charge notamment du dimensionnement de la structure de crise, de la répartition des tâches et de l'animation des différentes composantes de la cellule de crise.



Elle assure la compilation et le reporting des informations de terrain recueillies, à destination des autorités décisionnelles, ainsi que vers l'échelon national (CORRUSS/CCS).

Elle met en application et décline les décisions arrêtées par la composante décision.



Elle assure l'information de l'autorité préfectorale sur les éléments de situation sanitaire (dont les éléments transmis au niveau national) et un retour d'information sur les actions réalisées.

Elle réceptionne les demandes d'appui et d'expertise formulées par l'autorité préfectorale et en assure le suivi.



Elle réalise les points de situation en vue d'apporter une aide à la décision à la composante décisionnelle et une visibilité au niveau national.

Elle assure la production et la transmission de communications, instructions et conduites à tenir aux partenaires sanitaires de sa région.

Elle tient la main-courante compilant ainsi l'ensemble des actions et points marquants de la période de gestion de crise (via une main courante régionale partagée en cours de développement dans l'outil SISAC).

Composante communication



Elle travaille en collaboration étroite avec la composante de situation / opération et avec la direction générale. Elle garde un lien privilégié avec le service de communication du ministère de la santé pour toute demande d'appui et stratégie de communication nationale éventuelle.



Elle est en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie de communication de l'ARS, dans le cadre de l'éventuelle communication nationale et assure la veille média et la réponse aux éventuelles sollicitations médiatiques, en lien avec l'échelon national (cellule communication de la CIC si activée) et les services de communication du Préfet.



Elle participe à la coordination des actions de communication en lien avec les services de communication de la préfecture.



Elle s'assure de la diffusion des messages officiels (CP, FAQ, supports de communication divers, ...) par le biais du point focal, sans préjudice des échanges d'informations en parallèle entre les communicants de l'ARS et ceux des partenaires concernés.

Composante expertise



Elle est rassemblée afin de produire une expertise sur un ou des domaine(s) spécifique(s) impacté(s) par l'évènement, en vue de contribuer à la mission d'aide à la décision dans les champs qui la/les concerne(nt).



Elle regroupe différents personnels de l'ARS selon les thématiques impactées par la situation de crise (thématiques sanitaires : offre de soins, santé/environnement, vaccination, mais aussi domaines non directement sanitaires comme les systèmes de sécurité informatiques SSI en cas de survenue de cyber attaques par exemple.).



Elle participe à la production d'indicateurs, de recommandations et avis, d'analyses au bénéfice de la composante situation / opération afin d'apporter une aide à la décision aux autorités de l'ARS.

Support(s) : logistique, informatique, ressources humaines, etc.



Afin de faciliter le fonctionnement de la cellule de crise, les fonctions supports renforcent leur action au bénéfice de l'ensemble des composantes de la cellule de crise, en application des dispositions du Plan de Continuité d'Activités (PCA) élaboré dans chaque ARS.



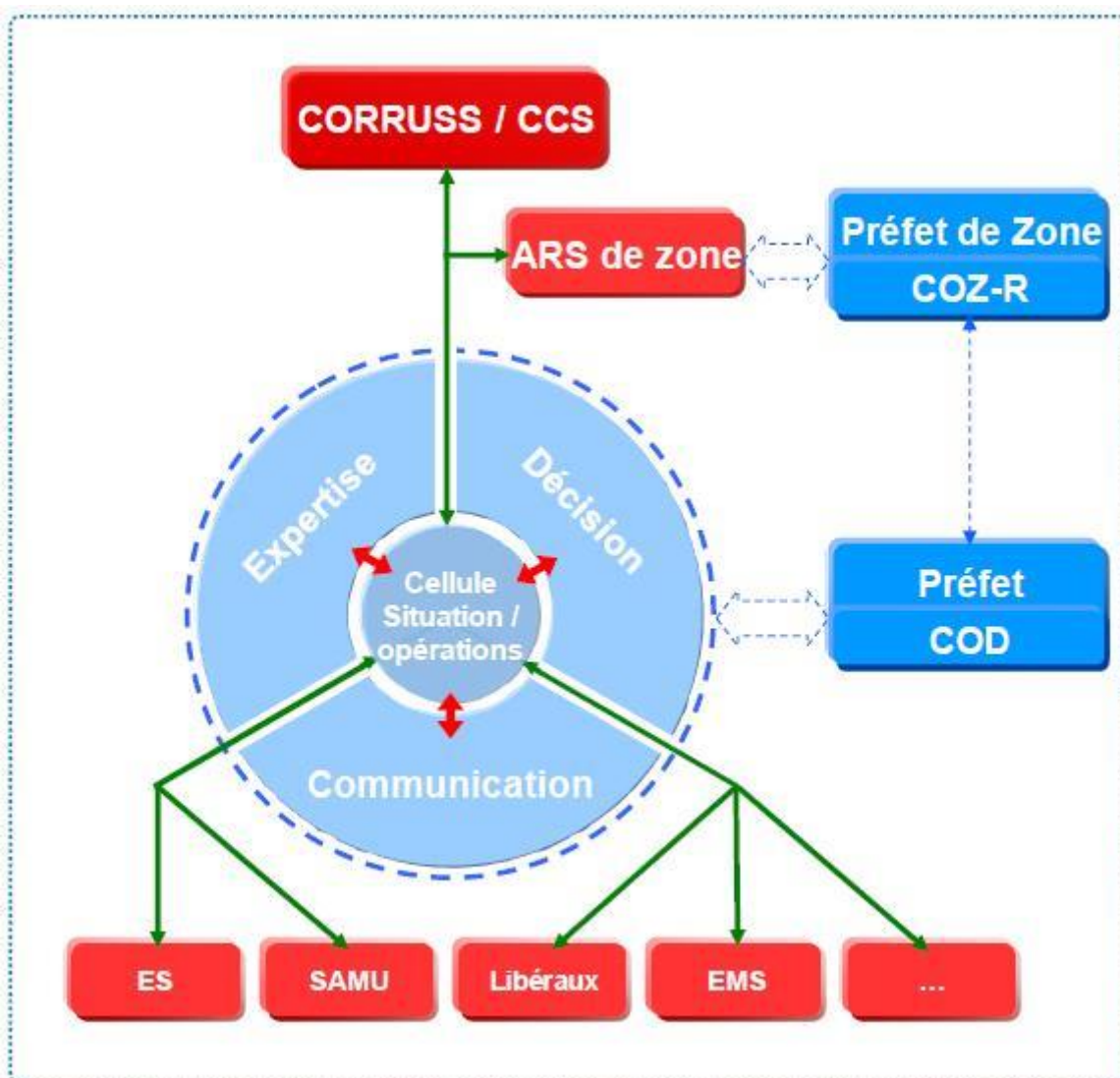
Organisées spécifiquement pour demeurer réactives et disponibles, ses missions sont de nature diverses et permettent le fonctionnement optimal de la cellule de crise sur les problématiques informatique, téléphonique, logistique, de ressources humaines, des services généraux et de sécurité notamment.



Ces services supports formalisent un planning pour assurer la mise à disposition de leur agents au profit du fonctionnement de la CRAPS dans la durée.
Le service des ressources humaines, quant à lui, formalise les plannings pour assurer la disponibilité de l'ensemble des agents qui participent à la CRAPS.

Source : INSTRUCTION N°DGS/DUS/CORUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Annexe 11 : Schéma de la structuration de la CRAPS en ARS



Source : INSTRUCTION N°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Annexe 12 : Outils dédiés à la gestion des SSE en ARS

La conduite opérationnelle de la gestion des situations exceptionnelles en ARS suppose l'armement d'une salle dédiée convenablement équipée, préalablement identifiée et pré-armée. De même, afin d'assurer une mobilisation rapide des personnels et d'anticiper une situation qui viendrait à perdurer, il aura été constitué, au préalable, une réserve de personnels de l'ARS pré-identifiés au sein des différentes directions susceptibles de participer à la gestion de crise sur un domaine ou une compétence particulière. A ce titre, elle réalise une procédure de rappel de ces personnels identifiés, en cas de besoin.

Ainsi, au titre des outils dédiés à la gestion des situations exceptionnelles, chaque ARS et ARS de zone veillera à maintenir opérationnel a minima les outils suivants :

- une salle dédiée à la crise et pré équipée en conséquence (prévoyant notamment des moyens d'audio et de visioconférence),
- un listing des agents mobilisables et de leurs contacts en cas de renfort de la structure de gestion de crise,
- des moyens de transmission opérationnels et testés régulièrement (téléphones, fax, boites mails, et moyens sécurisés type THEOREM notamment),
- des fiches réflexes fixant les premières actions à mener lors l'activation d'une organisation de gestion de crise,
- des annuaires de crise dûment mis à jour en interne pour les personnels de l'ARS et en externes afin d'assurer une parfaite connaissance des partenaires locaux présents sur son territoire (sanitaires : SAMU, ES, EMS, HAD, Libéraux, officines, etc.) et autres : préfecture, structures ordinales, associations, etc.), et de constituer un annuaire zonal partagé,
- des fiches de postes fixant clairement le rôle de chaque personne participant à la structure de gestion de crise,
- la liste et cartographie des moyens sanitaires de la région (ES, EMS, spécialités, personnels, etc.),
- des listes spécifiques : de patients à risques (dialysés, HAD, etc.), de sites sensibles notamment,
- une bibliothèque des plans de secours départementaux et des plans nationaux potentiellement activables,
- un kit de communication comprenant notamment les plans et outils de communication existants au niveau local et ou national. Point d'entrée unique dédié à la crise

Afin de garantir le fonctionnement normal de la gestion et du suivi des alertes quotidiennes, les ARS activent, dès la mise en action d'une CRAPS ou d'une CZA (niveau 3), un point d'entrée unique pour les échanges relatifs à la crise sanitaire en cours et différent de l'adresse générique « Alerte » du point focal régional déjà existante.

Source : INSTRUCTION N°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE DÉDIÉE AUX CRISES SANITAIRES (PLAN BLANC) EST-ELLE TOUJOURS D'ACTUALITÉ FACE AUX NOUVELLES MENACES ?

*a, BLOCH Cléa, BATY Benoît, CLAVIER Jean-Baptiste, FRÉMIN Nathalie,
HAVAS Pauline, HERMENIER Karelle, LEBLOND Chloé, MONDIN Clémentine,
VERGÉ Lionel.*

Résumé : La récurrence des crises et la multiplicité des risques, tant sanitaires (épidémies) que sociétaux (terrorisme), amènent aujourd'hui le système de santé français à entrer dans un nouveau paradigme de la gestion de crise. Le caractère protéiforme de la menace impose en effet une préparation permanente des acteurs. Dans cette perspective, la structuration progressive de la réponse publique face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et les retours d'expérience réalisés après les attentats du 13 novembre 2015 soulignent la nécessité de faire évoluer l'organisation hospitalière dédiée aux crises. L'amélioration du Plan blanc pour en faire un dispositif plus intégré et modulable de gestion des SSE doit s'accompagner de la diffusion d'une « culture de crise à l'hôpital » et d'une meilleure coordination territoriale de la réponse du système de santé. Cette organisation repensée pourrait finalement trouver son aboutissement dans la rénovation de la cellule de crise hospitalière, afin d'assurer une veille continue de l'activité et de renforcer la capacité des établissements de santé à piloter efficacement la réponse opérationnelle aux SSE.

Mots clés : *Crise – Plan blanc – Hôpital en tension – SSE – Terrorisme – Attentats – Damage control – ORSAN – Nouvelles menaces – Situations sanitaires exceptionnelles – Afflux de victimes – Cellule de crise*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

