



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**LES MECANISMES DE RESILIENCE DES
ORGANISATIONS DE SANTE FACE AUX CRISES**

– Groupe n° 5 –

- **Laurent BLART**
- **Marion BOUSQUET**
- **Corinne CALARD**
- **Guillaume DESHORS**
- **Océane DURVIL**
- **Amandine LAURENT**
- **Benoît LETENNEUR**
- **Morgane MALACRIA**
- **Guillaume PERRIN**
- **Sandra POITEVIN**
- **Hélène VITRY**

Animateur :

Jacques ORVAIN

S o m m a i r e

Introduction.....	1
<u>1. Selon le modèle de l'improvisation organisationnelle, la résilience des organisations face aux crises suppose un dépassement du paradoxe apparent entre formalisation et liberté d'action laissée aux acteurs</u>.....	5
1.1. La crise est avant tout une "rupture d'équilibre" et prend en défaut les modes d'organisation routiniers.....	5
1.2. La résilience désigne la capacité d'une organisation de santé à absorber un événement exceptionnel sans céder	7
1.3. Les modèles de l'improvisation organisationnelle et du "Qui-Vive" proposent un dépassement de l'opposition entre les approches formaliste et organique ..	8
<u>2. L'enquête confirme les conclusions extraites des recherches théoriques et met en lumière l'intérêt d'un cadre formel renouvelé à l'aune des exigences de la gestion de crise</u>	10
2.1. Notre méthodologie de travail a veillé à valoriser les expériences de notre terrain d'enquête.....	10
2.1.1. Organisation générale de l'équipe	10
2.1.2. Méthodologie mise en œuvre pour la réalisation des entretiens.....	11
2.1.3. Un terrain d'enquête pluridisciplinaire	11
2.2. Les résultats font apparaître la difficulté à donner une définition générale de la crise mais permettent d'identifier des points clefs de la gestion de crise.....	12
2.2.1. Une définition spontanée de la crise par les personnes interrogées.....	12
2.2.2. Les crises se distinguent selon leur caractère généré ou subi	13
2.2.3. L'identification de la crise repose sur des critères variés.....	13
2.2.4. La gestion de crise se séquence en quatre étapes-types.....	14
2.2.5. Le cadre formel reste un élément structurant de la gestion de crise	15
2.2.6. La flexibilité des acteurs est une condition <i>sine qua non</i> de la gestion de crise.....	17
2.2.7. Le retour à la normale doit être inclus dans la gestion de crise	18
2.2.8. Les professionnels restent attachés à un niveau de formalisation des dispositifs élevé.....	19

<u>3. La complémentarité entre formalisation des dispositifs et flexibilité des organisations est une réelle plus-value pour une gestion de crise efficiente.....</u>	20
3.1. Une crise définie mais mal identifiée.....	20
3.2. Professionnels et auteurs se rejoignent sur la nécessaire complémentarité entre formalisme des dispositifs et flexibilité de l'organisation en situation de crise	20
3.2.1. La réponse à la crise passe par l'utilisation d'outils formalisés.....	20
3.2.2. L'improvisation organisationnelle permet d'apporter la complémentarité recherchée.....	21
3.3. L'amélioration de la résilience des organisations de santé repose sur la combinaison d'un cadre formel renouvelé et du développement de « compétences improvisationnelles »	22
3.3.1 Le cadre formel de la gestion de crise doit être sans cesse renouvelé et mieux intégrer la logique de subsidiarité.....	22
3.3.2 Une plus grande flexibilité des organisations de santé suppose le développement de compétences individuelles et collectives fondées sur l'autonomie et la coordination.....	23
Conclusion	27
Bibliographie	29
Liste des annexes.....	I
Annexe I : La grille d'entretien	II
Annexe II : Les entretiens	III
Annexe III : Tableau de codification ascendante.....	XXIII

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

Nous adressons nos remerciements à Monsieur Jacques ORVAIN, enseignant-chercheur à l'EHESP, animateur du groupe sur les mécanismes de résilience des organisations de santé face aux crises. Nous avons tous apprécié sa disponibilité.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont accepté de nous recevoir et de partager leurs expériences en répondant à nos questions. Ces échanges ont été fort intéressants et pertinents pour notre analyse du sujet et notre future prise de poste.

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CDA	Cellule Départementale d'Appui
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CRAPS	Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire
CUMP	Cellule d'Urgence Médico Psychologique
DD	Délégation Départementale
DH	Directeur d'Hôpital
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
IDF	Ile-de-France
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
NRBC	Nucléaire Radiologique Biologique Chimique
RETEX	Retour d'expérience
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Médicalisé d'Urgence et de Réanimation

Introduction

Les attaques terroristes que la France a connues ont relancé le questionnement sur l'exposition de notre système sanitaire à des risques exceptionnels ainsi que sur sa capacité à les absorber sans occasionner de désorganisations paralysantes. Si les risques sanitaires exceptionnels dépassent largement les seules attaques terroristes (risques naturels, accidents, etc.), ces dernières, par une double violence physique et symbolique, questionnent frontalement la résilience de notre système de santé.

Ces attaques surgissent dans un contexte social marqué par de fortes évolutions des besoins et attentes des populations. La rapidité de la circulation de l'information, le contexte de défiance entretenu à l'ère de la *post-vérité*, le niveau d'éducation moyen plus élevé de la population et une aversion au risque toujours croissante rendent plus complexe la gestion de situations exceptionnelles.

L'exigence d'hyper réactivité conjuguée à la demande de transparence impose une méthode de gestion de la crise qui participe encore davantage à l'écrasement du temps. Notre système sanitaire est ainsi confronté à des injonctions contradictoires multiples : il doit prémunir les populations de tous les risques, assurer leur parfaite information, garantir leur protection en situation de danger, assurer la qualité de la prise en charge de tous les usagers et tendre vers l'efficacité pour participer du bon usage des deniers publics.

La crise sanitaire ne peut se définir sans faire référence à la notion de situation sanitaire exceptionnelle (SSE). L'instruction ministérielle n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE tente d'en donner une définition : « *la SSE s'entend comme la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise* ».

La crise se distingue de la SSE en ce qu'elle échappe aux acteurs et possède une part d'imprévisibilité plus forte encore. La réponse apportée à la crise ne repose pas forcément sur des plans définis. Si la SSE n'implique pas forcément une rupture de la capacité de l'organisation à assurer ses missions, c'est cette rupture qui aboutit à une situation de crise. La crise correspond à la réalisation de ce risque de rupture qui induit à son tour un risque de déstabilisation en chaîne du système de santé. *In fine* la réalisation du risque peut menacer jusqu'au fonctionnement de la société. En synthèse, la crise peut se

définir comme le dépassement des capacités de l'organisation de santé à assurer ces missions.

La phase critique correspond aussi à un écrasement de la temporalité, c'est-à-dire à la réduction à sa plus simple expression des délais usuellement admis entre la réflexion, la décision et la mise en œuvre. Dès lors, la crise impose aux acteurs qui la vivent une réactivité très forte nécessaire à la préservation de l'essentiel et oblige à la redéfinition des priorités. La crise induit un glissement de paradigme dès lors que le contexte, par sa dimension exceptionnelle, rend caduc le cadre de l'action en situation nominale.

La notion de crise est également indissociable de la notion de risque, entendu comme un événement dommageable dont la probabilité de réalisation bien que diversement appréciée reste non nulle. L'intensité de la crise est le plus souvent fonction de la gravité du risque constaté ou supposé. La réalisation du risque doublée de l'incapacité de l'organisation à le contenir menace l'organisation elle-même, voire son environnement social.

La résilience, dans son acception physique originelle, renvoie à la capacité d'un matériau à encaisser les chocs. Ce concept a été repris dans de nombreuses disciplines telles les sciences économiques ou encore la psychanalyse. Elle désigne alors la capacité du sujet ou de l'organisation à absorber des chocs et à s'en relever. Appliquée aux organisations de santé, entendues ici comme toutes les institutions telles qu'établissements, agences, services, directions locales, régionales et nationales voire internationales qui participent au système sanitaire français, la résilience correspond à leur capacité à faire face aux SSE voire à la crise sans pour autant atteindre le point de rupture. La résilience désigne donc la faculté des organisations de santé à assumer un événement particulièrement anormal par son intensité, son imprévisibilité ou encore sa dynamique, sans porter préjudice aux activités de soins et sans mettre en péril sa capacité future.

La résilience des organisations de santé peut schématiquement se distinguer selon deux temporalités distinctes : en situation nominale où l'activité, mis à part des variations acceptables, correspond aux capacités de l'organisation ; et en situation exceptionnelle où ces mêmes capacités peuvent se révéler insuffisantes et prises en défaut d'efficacité.

En gestion nominale de l'offre de soins, l'introduction dans le domaine sanitaire de méthodes industrielles de gestion de la qualité et de maîtrise des risques a permis le développement de logiques de formalisation avancées. Il s'agit par des techniques éprouvées d'assurer la gestion des risques à travers des logiques de cartographie, de définition de *process* et de procédures, de contrôles internes et autres référentiels. Ces méthodes de gestion du risque ne peuvent se déployer efficacement que dans un contexte

stable et maîtrisé. Or, dans le contexte spécifique et inédit de la crise, ce management du risque peut apparaître inadapté.

Si cette approche formalisée présente des qualités avérées, elle fait toutefois prévaloir la mise en œuvre de procédures existantes. Elle peut participer dès lors à la réduction des capacités d'initiative et de réactivité pourtant essentielles dans la gestion de crise.

L'imprévisibilité de la nature exacte et du déroulement précis de la crise peut par ailleurs rendre pour partie inopérants certains modes opératoires définis dans un cadre formalisé : la résilience de l'organisation est donc soumise à sa capacité à réinventer ses processus. Si les méthodes formalisées de maîtrise des risques apparaissent parfaitement en adéquation avec un environnement stable, elles peuvent se révéler inadaptées à la conduite de l'activité en temps de crise. Ainsi, la résilience des organisations de santé doit être appréhendée dans un contexte particulier.

Dès lors, dans quelle mesure l'interaction entre formalisation de dispositifs et flexibilité des acteurs permet-elle une meilleure gestion des crises et l'amélioration de la résilience des organisations de santé ?

Selon le modèle de l'improvisation organisationnelle, la résilience des organisations face aux crises suppose un dépassement du paradoxe apparent entre formalisation et liberté d'action laissée aux acteurs (1). L'enquête confirme les conclusions extraites des recherches théoriques et plaide en faveur d'un cadre formel renouvelé à l'aune des exigences de la gestion de crise (2). La complémentarité entre formalisation des dispositifs et flexibilité des acteurs est une réelle plus-value pour une gestion de crise efficiente (3).

1. Selon le modèle de l'improvisation organisationnelle, la résilience des organisations face aux crises suppose un dépassement du paradoxe apparent entre formalisation et liberté d'action laissée aux acteurs

La crise mettant en défaut les modes d'organisation routiniers (1.1), elle appelle des mécanismes de résilience (1.2). Ce constat est à l'origine d'un paradoxe. Ces mécanismes se fondent en effet sur des outils préalablement formalisés mais ils doivent aussi laisser de la souplesse aux acteurs afin de s'adapter à la singularité de chaque crise. Le modèle de l'improvisation organisationnelle permet de formaliser le dépassement de ce paradoxe (1.3).

1.1. La crise est avant tout une "rupture d'équilibre" et prend en défaut les modes d'organisation routiniers

La notion de crise a évolué dans le temps et fait aujourd'hui l'objet de multiples interprétations. D'origine médicale puis étendue à la psychologie¹, la crise caractérise depuis le XVII^e siècle un moment critique, impliquant *de facto* une idée de trouble, de déséquilibre profond². De manière générale, la crise constitue une rupture d'équilibre, un débordement de la capacité d'action.

Selon Christophe Roux-Dufort³, cette rupture d'équilibre correspond à un double aspect complémentaire⁴ :

- évènementiel. Il concerne la nature de l'événement déclencheur et l'analyse des conséquences de la crise par ses manifestations extérieures. Cet aspect permet de développer les moyens susceptibles de réduire les conséquences de l'événement.
- processuel. Il s'agit d'aborder les causes de la crise, sa gestation et « *sa dynamique de développement* ». Elle n'est plus considérée comme imprévisible, mais comme un processus dont les phases d'installation et d'évolution sont souvent identifiables.

D'après Patrick Lagadec, « *une crise est une menace sérieuse affectant les structures de base ou les valeurs et normes fondamentales d'un système social, qui – en situation de forte pression et d'haute incertitude – nécessite la prise de décisions*

¹ KONINCKX G. et TENEAU G., *Résilience organisationnelle*, éd. De Boeck, 2010.

² *Ibid.*

³ ROUX-DUFORT C., *La gestion de crise*, éd. De Boeck, 2004.

⁴ PASSE E., « Crise et Improvisation Organisationnelle : les leçons de quatre études de cas », 2011, Université de Strasbourg, Ecole de Management.

cruciales »⁵. Il y aurait « 5 D » pour qualifier la crise : déferlement, débordement, divergences, déstabilisation et décrédibilisation. Il insiste sur la perte de repères, la situation d'un décideur submergé et l'incertitude omniprésente de la crise.

En outre, selon Christophe Van Der Linde, la crise est « *un état paroxysmique issu de la rupture d'un équilibre précédent. La crise est caractérisée par une dégradation soudaine du terrain, un changement rapide, un caractère d'urgence dans le traitement* »⁶. La crise naît d'une conjonction d'éléments : un événement particulier d'une certaine gravité, un dépassement des capacités d'action et une perte de repères.

La crise échappe aux dispositifs et aux schémas habituels d'une organisation. Plusieurs catégories⁷ de crise existent :

- la crise « *subie* », à savoir passive. Elle est déclenchée par un événement extérieur à l'établissement engendrant parfois une suractivité.
- la crise « *générée* », à savoir active. Elle est déclenchée dans la structure par elle-même en raison de facteurs internes, seuls à l'origine de l'événement.

A partir de ces éléments, Edmond Passe retient que la crise n'est pas simplement un événement, mais une situation s'expliquant à travers trois niveaux d'analyse :

- « *en quoi est-ce que l'événement survenu menace les activités de l'organisation ?*
- *en quoi est-ce que cette menace déstabilise l'organisation dans son ensemble ?*
- *en quoi est-ce que les réponses existantes sont-elles inefficaces ?* »⁸ :

D'après l'auteur, l'accent ne doit pas être mis sur les causes ni sur les origines de la crise, mais sur la situation qui crée la crise.

Enfin, la crise possède un cycle de vie reposant sur quatre étapes⁹ :

- La phase de gestation : la crise naît et se met en place. Elle n'est toutefois pas encore visible extérieurement, mais des signaux faibles existent.
- Ensuite, la crise s'amplifie jusqu'à provoquer un choc. Dans cette phase, les individus prennent conscience du danger et perdent leurs repères. L'identité de l'organisation est déconstruite. Ainsi, soit l'organisation demeure dans une position de fermeture invitant alors les individus à se renfermer sur eux-mêmes et à refuser

⁵ KONINCKX G. et TENEAU G. ; *Opcit.*

⁶ Entretien avec Christophe Van Der Linde, enseignant-chercheur à l'EHESP.

⁷ Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux universitaires, *Guide de la communication de crise*, 2009.

⁸ VAN DER LINDE C. ; *Opcit.*

⁹ VAN DER LINDE C. ; *Opcit.*

de voir la réalité ; soit elle est en position d'ouverture, les individus se regroupent et s'unissent pour trouver une solution. C'est donc le moment de mettre en place une stratégie et d'agir.

- En cas de réussite, la maîtrise de la crise s'amorce alors et un rebond devient possible : c'est la phase de régulation.
- Enfin, la période de détente est entamée. Elle vise à un retour à la normale.

1.2. La résilience désigne la capacité d'une organisation de santé à absorber un événement exceptionnel sans céder

La gestion d'une crise provoque des changements organisationnels porteurs de déstabilisation. A la suite de cet épisode chaotique, l'organisation tente de revenir à une situation stabilisée en enclenchant le processus de résilience.

L'approche physique de la résilience définit la capacité du matériau à retrouver sa forme initiale sans rupture de celui-ci. En psychologie, ce terme, repris par Boris Cyrulnik, désigne la capacité des individus à rebondir et à se projeter dans l'avenir en dépit de traumatismes. Dans les organisations de santé, la résilience peut être définie comme leur capacité à maintenir ou à regagner un état stable après une rupture d'équilibre ou un choc. Cette capacité repose sur des mécanismes de résilience dépendant de facultés individuelles et collectives des acteurs. Ces mécanismes s'appuient ainsi sur la mise en place d'outils et de méthodes performantes :

- Anticiper l'imprévu et définir des systèmes d'action pour organiser la réponse à la crise. L'élaboration de plans ciblés s'inscrit dans cette stratégie en ce qu'ils fixent les lignes directrices d'intervention, allègent la charge de travail au moment d'une crise et favorisent l'apprentissage des acteurs via la réalisation d'exercices¹⁰. Ces outils sont des « méta-routines »¹¹ retrouvées dans les démarches de gestion des risques.
- La gestion des imprévus peut être considérée comme un facteur de développement de l'intelligence collective car la crise réinterroge les méthodes et les outils en place et suscite une réflexion collective autour de l'objectif à atteindre.

La résilience d'une organisation dépend du comportement et de l'engagement des acteurs. Ces derniers s'impliquent collectivement dans leur action en apprenant et tirant

¹⁰ ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé*, janv. 2013.

¹¹ LOILIER T. et TELLIER A., *Gestion de l'innovation : Comprendre le processus d'innovation pour le piloter*, 2013. Les méta-routines sont des « procédures standardisées pour changer/améliorer les routines existantes et pour en créer de nouvelles ». Elles renvoient à la notion de capacité dynamique, à savoir une capacité organisationnelle induisant des reconfigurations.

des leçons des situations vécues. Ils agissent ensemble et font émerger une conscience collective qui « *vient du fait que des individus qui agissent en groupes relient leurs actions entre elles par un processus mental collectif* »¹². A travers cette conscience collective, l'organisation repère, identifie et s'adapte aux changements liés à la crise.

La flexibilité constitue le premier principe de la résilience, soit la qualité de ce qui plie sans rompre. La flexibilité est notamment « *un moyen de faire face à l'incertitude, (...) de répondre à des conditions nouvelles, de développer les capacités d'apprentissage en utilisant l'information additionnelle (...)* »¹³. Il s'agit donc pour l'organisation de s'adapter aux évolutions de la demande et de son environnement. Dans une situation de crise, la flexibilité se traduit ainsi par la créativité qui permet, à un moment, de convertir une contrainte en un avantage.

1.3. Les modèles de l'improvisation organisationnelle et du "Qui-Vive" proposent un dépassement de l'opposition entre les approches formaliste et organique

En management de projet, deux approches empiriques s'opposent. L'une préconise la formalisation qui repose sur une planification et un contrôle des dispositifs, et a vocation à réduire les risques (approche mécaniste). L'autre prône un management plus flexible centré sur l'adaptation au contexte (approche organique). La formalisation s'avère efficace dans un environnement stable axé sur des processus standardisés où la recherche du moindre risque est omniprésente, tandis que la flexibilité permet à l'organisation d'évoluer dans un contexte turbulent où le rapport au risque se trouve modifié.

Une conception intermédiaire cherchant à concilier ces deux approches s'est développée depuis les années 1980 : l'improvisation organisationnelle. En effet, faire preuve d'innovation pour s'adapter à ces bouleversements renvoie *a priori* à la gestion d'un paradoxe : d'un côté, formaliser pour réduire l'incertitude et les risques ; de l'autre, favoriser un modèle flexible pour encourager l'adaptation continue. L'improvisation organisationnelle permet l'articulation simultanée de la formalisation et de la flexibilité dans le management de projet : elle signifie que « *l'équipe est capable de continuer à accomplir sa tâche même lorsque le contexte change* »¹⁴. L'organisation doit en ce sens créer un environnement favorable axé sur la définition d'une structure minimale, la

¹² VAN DER LINDE C. ; *Opcit.*

¹³ MAGGI B., « Critique de la notion de flexibilité », *Revue française de gestion*, n° 162, p. 190, 2006.

¹⁴ CHEDOTEL F., « L'improvisation organisationnelle : concilier formalisation et flexibilité d'un projet », *Revue française de gestion*, 2005, pp. 123-140.

mobilisation de la mémoire organisationnelle, ainsi que l'incitation des intervenants à agir et à expérimenter d'une façon efficace.

L'organisation doit tout d'abord instaurer une structure minimale chargée de la mise en place d'une équipe semi-autonome pour laquelle le décisionnaire fixe des objectifs, tout en lui laissant certaines marges de manœuvre. Il est alors essentiel que les comportements reposent sur la confiance, la transparence et la responsabilité.

La mémoire organisationnelle doit ensuite être mobilisée. Elle associe l'utilisation d'outils simples (protocoles, personnes-ressources, numéros d'urgence)¹⁵ rapidement mobilisables et ajustables, avec la capacité d'interprétation de chaque acteur conformément à son expérience.

Enfin, il est nécessaire de mettre en place un environnement favorisant la capacité de l'équipe à improviser et mettre en œuvre les actions adéquates visant l'interaction entre les individus : *« l'improvisation devient organisationnelle lorsqu'elle résulte d'un ensemble d'acteurs, ce qui la distingue de la somme des improvisations individuelles »*¹⁶. Ces interactions font émerger de nouvelles pratiques légitimes et partagées. Trois types d'interactions structurent l'improvisation organisationnelle¹⁷ : les interactions discursives entre acteurs (lors d'échanges informels), les interactions de traduction (mise en commun des attentes et des besoins des différents groupes d'acteurs) et des interactions fondées sur l'expérience qui induisent une sélection de nouvelles pratiques.

En définitive, ces moyens permettent à l'équipe projet d'acquérir des compétences spécifiques dites *« compétences improvisationnelles »*¹⁸. Il s'agit pour les professionnels d'identifier la crise et de se mobiliser collectivement pour agir rapidement. Cependant, les décisions prises dans l'urgence sans avoir été préalablement évaluées sont vectrices d'incertitude qui est une source de stress supplémentaire pour les équipes. L'organisation met ainsi des outils à disposition des acteurs pour gérer l'imprévu et développe en parallèle une politique de l'improvisation basée sur la confiance, la coopération et la diffusion d'un apprentissage par l'erreur. Cela implique *« non seulement de tolérer les erreurs lorsque l'équipe a échoué dans sa démarche d'improvisation organisationnelle malgré des efforts importants, mais aussi de les considérer comme des opportunités d'exploration »*¹⁹.

¹⁵ KONINCKX G. et TENEAU G. ; *Opcit.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ ADROT A. et GARREAU L., « Interagir pour improviser en situation de crise », *Revue française de gestion*, 2010.

¹⁸ KONINCKX G. et TENEAU G. ; *Opcit.*

¹⁹ KONINCKX G. et TENEAU G. ; *Opcit.*

Ces éléments sont à rapprocher du concept du « Qui-Vive organisationnel »²⁰, qui s'inscrit dans la continuité de la théorie de l'improvisation organisationnelle en prônant également une conciliation entre flexibilité et formalisation. Il s'agit d'orienter les acteurs vers une réflexion commune autour d'un risque précis qui aboutira à la création d'outils simples (les méta-routines) leur laissant une certaine autonomie. La notion du « Qui-Vive organisationnel » est par ailleurs voisine du concept de « *Mindfulness* »²¹ en ce qu'il invite l'organisation à travailler sur l'attention portée aux signaux d'alerte, mais s'en distingue par l'absence d'outils de gestion. Il s'agit donc d'un schéma de grande improvisation des équipes.

2. L'enquête confirme les conclusions extraites des recherches théoriques et met en lumière l'intérêt d'un cadre formel renouvelé à l'aune des exigences de la gestion de crise

Afin de mener à bien notre projet, une méthodologie de travail collective a été élaborée (2.1). Nos entretiens nous ont permis de mettre en évidence des points clés de la gestion de crise (2.2).

2.1. Notre méthodologie de travail a veillé à valoriser les expériences de notre terrain d'enquête

2.1.1. Organisation générale de l'équipe

La période de l'étude étant courte, le groupe s'est réparti les tâches à réaliser pendant l'ensemble de la période. Plusieurs séances de travail ont lieu en présentiel, d'autres à distance. Des points réguliers d'avancement ont été réalisés avec l'animateur.



²⁰ ORVAIN J., « Le Qui-Vive organisationnel : une forme de structuration du lien attention-action », *Management*, 2014, vol. 17, p. 347.

²¹ *Ibid.*

2.1.2. Méthodologie mise en œuvre pour la réalisation des entretiens

Afin de répondre à la problématique qui a été posée, il a été nécessaire de procéder à un recueil d'informations auprès des organisations de santé. Pour cela, une enquête sous forme d'entretiens semi-directifs a été réalisée. En effet, ce type d'entretiens permet d'avoir des réponses approfondies tout en suivant un support guide se présentant sous forme de « check-list » de l'ensemble des thèmes à aborder. L'enquêté peut s'exprimer librement à l'intérieur de chaque thème.

2.1.3. Un terrain d'enquête pluridisciplinaire

Afin d'avoir un panel le plus représentatif possible, plusieurs acteurs de fonctions et d'organisations différentes ont été interrogés. Une liste de personnes ressources nous a été fournie par notre animateur permettant une prise de contact plus aisée et rapide. Pour avoir des personnes de secteurs géographiques et d'expériences différents, d'autres contacts ont ensuite été pris en dehors de cette liste. Au total, douze entretiens ont été réalisés (tableau n° 1). Pour des raisons logistiques, trois entretiens ont été effectués par téléphone.

Tableau 1 : Liste des organisations de santé interrogées

Fonction et établissement des personnes interrogées	Région
Directeur d'hôpital, CH Paray le Noyal	Bourgogne
Enseignant-chercheur, EHESP	Bretagne
Deux cadres, ARS Bretagne	Bretagne (dont un par téléphone)
Deux directeurs des soins, CHU Rennes	Bretagne
Cadre de santé, CHU Nantes	Bretagne
Lieutenant-colonel sapeur-pompier	Digne-les-Bains (par téléphone)
Cadre supérieur du SAMU	Ile-de-France
Directrice de la formation et de la vie associative, FEHAP (<i>ex-responsable qualité national à la Croix Rouge française</i>)	Ile-de-France
Ingénieur d'études sanitaires, délégation départementale de Seine-et-Marne de l'ARS IDF	Ile-de-France (par téléphone)
Cheffe de la réserve sanitaire, Santé Publique France	Ile-de-France

En vue d'enrichir notre enquête, nous avons envisagé d'interroger des acteurs d'établissements médico-sociaux. Toutefois, cela n'a pu être possible en raison de l'indisponibilité des interlocuteurs.

Notre grille d'entretien répond à la problématique. Ainsi, nous l'avons constituée autour de six thématiques et six questions associées comme le montre le tableau n° 3. Les réponses attendues sont qualitatives.

Tableau 3 : Questions principales de la grille d'entretien

Thématique	Questions associées
Descriptif de la crise	Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ?
Identification de la crise	Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? (ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?)
Etapes de la gestion de la crise	Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ?
Gestion formalisée de la crise	Grâce à quoi avez-vous géré la crise ?
Flexibilité	Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?
Retour à la normale	S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? Quels enseignements ?
Question finale	Sur une échelle de 1 (flexibilité totale) à 10 (formalisation absolue), où placeriez-vous la gestion d'une crise?

A l'intérieur de chaque question, des demandes de précisions ont été préparées en vue de réorienter l'entretien si besoin (voir le questionnaire complet en Annexe I).

L'entretien a été conclu par une question chiffrée afin de faire évaluer par l'interlocuteur la part d'improvisation et de formalisation lors de la gestion d'une crise. La note 1 correspond ainsi à l'improvisation absolue et la note 10 à la planification totale.

Les grilles ont fait l'objet d'une analyse approfondie par thématique en vue de rédiger une synthèse des réponses.

2.2. Les résultats font apparaître la difficulté à donner une définition générale de la crise mais permettent d'identifier des points clés de la gestion de crise

2.2.1. Une définition spontanée de la crise par les personnes interrogées

Certaines personnes interviewées ont spontanément défini leur propre notion de la crise avant de répondre à nos questions. Ainsi, il nous semble pertinent de mentionner les définitions formulées pour les confronter à notre notion théorique de la crise :

- « *épisode aigu dans lequel les ressources traditionnelles et les procédés normaux d'action sont partiellement ou totalement invalidés et dans lequel il faut de façon urgente et extrêmement coordonnée faire face à un ou une série d'évènements en chaîne* » ;
- « *lorsque les besoins dépassent les moyens et les capacités de production maximales sont dépassées* » ;
- « *événement où les solutions ne sont pas évidentes et nécessitent une phase de raisonnement tactique (origine du problème, impacts possibles), puis analyse* » ;

- « *tension forte entre l'offre et le besoin, pas forcément identifiée de la même manière selon les personnes ; besoin dans un délai rapide de ressources sanitaires sur un délai court pour faire face à une situation de tension du système à cause d'un problème* » ;
- « *phénomène qui met l'organisation dans une organisation exceptionnelle, qui oblige l'organisation à sortir d'un schéma habituel, routinier* ».

Les propos des interviewés nous montrent que la frontière entre les définitions de la crise et de la situation de crise exceptionnelle (SSE) est floue. Un seul interviewé a différencié ces deux notions. Selon lui, la SSE peut être réglée par l'existence de dispositifs formalisés (tel que le plan blanc) alors que la crise est un « *événement inconnu et imprévu* » (panne informatique d'une durée de neuf jours où aucun élément n'avait été formalisé en amont pour une telle durée).

Tous s'accordent néanmoins sur trois points précis : le caractère exceptionnel de la situation de crise, le dépassement des moyens humains et matériels habituellement mobilisables, ainsi que le constat de capacités routinières d'adaptation insuffisantes.

2.2.2. Les crises se distinguent selon leur caractère généré ou subi

Les interviewés ont décrit différentes crises. Face à la variété de ces dernières, nous les présenterons en deux catégories, selon leur origine.

D'une part, les crises dont l'origine est interne (« générée ») à l'établissement :

- blessure par arme à feu d'un directeur dans l'établissement par un salarié licencié ;
- décès d'un enfant hospitalisé du fait d'une négligence présumée d'un infirmier ;
- suicide d'un agent au sein de l'équipe du SAMU ;
- fuite d'eau aux urgences pédiatriques ;
- pannes majeures (informatique, électrique et téléphonique).

D'autre part, les crises dont l'origine est externe (« subie ») à l'établissement :

- attentats terroristes du 13 novembre 2015 ;
- accident de bus transportant des personnes de nationalités étrangères ;
- incendie d'une installation classée pour la protection de l'environnement ;
- phénomènes météorologiques (tempête de neige, inondations) ;
- épidémies (grippe saisonnière, suspicion du virus Ebola).

2.2.3. L'identification de la crise repose sur des critères variés

L'analyse des discours nous a permis d'identifier les critères communs suivants :

- la gravité, l'ampleur, la cinétique, la nature et l'origine (nombre de patients accueillis, nombre de blessés, nature des blessures) ;

- le flux des urgences et la capacité d'accueil en lits de l'établissement ;
- l'alerte d'autres acteurs de l'organisation (direction, SAMU, cellule d'ordonnancement des lits...).

D'autres critères moins répandus ont été mentionnés :

- la mise en danger des patients ou des professionnels ;
- l'impact sur l'établissement et sur sa notoriété.

Cependant, trois interviewés considèrent qu'il n'existe pas de critères d'identification d'une crise en raison du caractère subjectif de cette dernière : *« Il n'y a pas de critères d'identification d'une crise. Chaque personne a sa propre interprétation, par exemple, pour certains, c'est l'inconnu qui engendre le sentiment de crise. »*. L'un d'eux a suivi la procédure classique du plan blanc. Un autre évoque, comme seul critère, une désorganisation de l'établissement : *« dès lors que l'on sort de l'organisation routinière et des capacités d'adaptation autour d'un fonctionnement normal de l'organisation, c'est la crise. »*.

Nous avons ensuite interrogé les interviewés sur l'efficacité des critères qu'ils avaient mentionnés. Les réponses montrent que les critères d'identification ont permis généralement de déceler la situation critique sous une durée assez courte. Une seule exception a été évoquée, celle où les signaux faibles n'ont pas été détectés par les agents. Seule la venue du directeur six heures plus tard a permis le déclenchement du plan blanc : *« Jusqu'à mon arrivée, personne ne s'est posé la question d'ouvrir le plan blanc alors que tout y était inscrit, car l'organisation n'était pas trop bousculée. »*.

2.2.4. La gestion de crise se séquence en quatre étapes-types

Nos échanges permettent de distinguer quatre étapes dans le processus de gestion de crise :

- La mise en alerte de l'organisation à partir des signaux faibles repérés ou de l'information transmise. A titre d'exemple, le SAMU informe le cadre de santé du service des urgences d'une arrivée massive de victimes d'un attentat. Après confirmation de l'alerte, celui-ci relaye l'information à destination de la direction, des équipes et du réseau d'aval.
- La montée en puissance de l'organisation qui cherche à répondre à l'accroissement du besoin. C'est la phase d'instauration d'une stratégie d'action : mobilisation des ressources disponibles (humaines, spatiales, matérielles), mise en place de la cellule de crise si nécessaire,

déclenchement des procédures adaptées (plan blanc, plan bleu...). Par exemple, les urgences libèrent leurs box pour accueillir l'afflux de victimes.

- La mise en œuvre de la stratégie retenue : c'est le temps de l'action et de la régulation de la crise. Le pilotage prend son sens à travers la coordination des acteurs et la priorisation des actions. Ainsi, aux urgences peut s'opérer un tri entre les urgences absolues et les urgences relatives, tandis que sur place le « *damage control* »²² permet la stabilisation provisoire de l'état de santé des victimes. Un seul pilote est nécessaire, même si ce pilote n'est pas forcément le supérieur hiérarchique.
- La fin de la crise, qui comporte deux aspects : d'une part, la levée de la crise et des procédures déclenchées. D'autre part un travail de *reporting*, à froid et à chaud, notamment au travers des retours d'expériences ("RETEX") qui permettent l'évaluation de la gestion de la crise dans son ensemble. Ce RETEX peut mener à la définition d'un plan d'action dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, ainsi qu'à l'acquisition d'une culture de la crise. Cette acculturation encourage la sensibilisation de l'ensemble des équipes dans son rôle de « lanceur d'alerte »²³.

En complément de ces étapes formalisées, certains interlocuteurs ont une vision de la gestion de crise différente. Par exemple, un de nos interlocuteurs²⁴ affirme qu'« *il n'existe pas de modélisation type, cela dépend de la crise* ». Par conséquent, l'encadrement et l'équipe de direction incitent à la prise d'initiative et l'autonomie des professionnels de terrain. A contrario, la chargée de mission au pôle qualité d'une ARS défend l'idée selon laquelle : « *en gestion de crise, il faut suivre les ordres et respecter les procédures* ».

2.2.5. Le cadre formel reste un élément structurant de la gestion de crise

Si la flexibilité et la créativité des acteurs et des organisations sont nécessaires pour une réponse adaptée à la crise, les outils formels restent indispensables. Les outils et procédures formels correspondent à des ressources instrumentales mises en place au niveau à la fois zonal, départemental, voire local (à l'échelle d'un ou plusieurs établissements de santé).

²² Le terme *damage control* est une doctrine de soins qui vise à préserver les fonctions vitales pour assurer la survie du patient sans prendre en charge l'ensemble de ses problèmes.

²³ Responsable du service *Veille épidémiologique et gestion des alertes sanitaires*.

²⁴ Cheffe de la réserve sanitaire à Santé Publique France.

Les cellules régionales d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS), placées au sein des ARS, favorisent d'abord la coordination régionale et interzonale entre les organisations de santé. Ces cellules régionales sont appuyées par des cellules départementales d'appui (CDA) qui assurent la transmission ascendante des informations.

Les schémas (ORSAN, *etc.*) et plans (blancs, *etc.*) sont des « *guide-line* »²⁵ constitués de différentes annexes adaptées à chaque type de risques (canicule, NRBC, grand froid, *etc.*). Au sein du plan blanc notamment, les rôles et les responsabilités de chacun sont définis et ensuite déclinés sous la forme de fiches « *reflexes* »²⁶ ou fiches « *mémoires* »²⁷. La mobilisation des personnels est incluse dans ces dispositifs au moyen de listes de rappel automatique des personnes-ressources²⁸.

La mise en place d'une cellule de crise garantit le pilotage stratégique et opérationnel de la gestion de crise (logistique, centralisation de l'information, communication).

D'autres outils complémentaires ont été mentionnés pour l'aide à la décision des acteurs, tels la mallette de garde, les espaces collaboratifs à l'image d'une « *cellule de traitement des situations complexes* »²⁹ ou encore « *des méthodes de raisonnement tactique* »³⁰ (objectifs - moyens - exécution), il n'existe pas d'outils d'aide à la décision.

Selon nos interlocuteurs, ces outils ne peuvent être opérationnels et efficaces que sous plusieurs conditions :

- l'implication des acteurs de terrain dans la rédaction des plans et des procédures de gestion de crise pour une appropriation rapide des lignes directrices à appliquer³¹ ;
- la validation par la direction des procédures suivies afin de leur apporter la légitimité nécessaire ;
- un accompagnement du personnel par des formations et par la simulation d'exercices de crise (chaîne de décontamination, hôpitaux de campagne..) afin d'évaluer sur le terrain « *la plasticité individuelle* »³² des agents ;
- la communication entre les équipes afin d'éviter la perte d'information.

²⁵ Directeur d'hôpital.

²⁶ Directeur des soins dans un CHU.

²⁷ Responsable du service *veille épidémiologique et gestion des alertes sanitaires*.

²⁸ Directeur des soins dans un CHU ; Responsable du pôle régional de défense sanitaire en ARS.

²⁹ Cadre de santé du service des urgences d'un CHU.

³⁰ Entretien avec un responsable du service *veille épidémiologique et gestion des alertes* de la direction départementale de l'ARS Île de France.

³¹ Directrice de la formation et de la vie associative de la FEHAP, l'implication permet de « *produire du sens autour des outils* ».

³² Christophe Van Der Linde, enseignant-chercheur à l'EHESP.

Nos entretiens montrent néanmoins qu'il est essentiel de laisser la possibilité aux acteurs d'avoir une part d'autonomie et d'initiative dans l'application des outils formels afin de « *ne pas rester prisonnier du plan qui n'est qu'un outil qui peut ne pas être adapté à la situation. On n'applique jamais tel quel un plan* »³³. De plus, la flexibilité des acteurs se traduit également par leur capacité à s'approprier les outils formalisés afin de « *construire leur propre mode de fonctionnement* »³⁴.

2.2.6. La flexibilité des acteurs est une condition *sine qua non* de la gestion de crise

Les personnes concernées réagissent différemment en situation de crise. Celle-ci suppose à la fois d'intégrer des informations, de canaliser ses émotions et d'agir efficacement dans un délai restreint. L'exigence de « *réflagir* »³⁵ permet de comprendre cet enchaînement complexe et rapide. En effet, les réactions sont propres à chaque individu. La crise peut ainsi être « *très perturbante pour certains agents* » qui n'ont pas les capacités intrinsèques pour agir en situation de stress et canaliser leurs émotions ainsi que les capacités de « *se reconstruire* », « *se relever* » et « *s'investir au maximum sans aller jusqu'à l'épuisement* ». Certains professionnels habitués à la gestion de l'imprévu au quotidien (agents des SAMU-SMUR) ont au contraire l'habitude de travailler avec une « *pression résiduelle* », ce qui leur permet, en situation de crise, de conserver leurs réflexes pour prendre des initiatives adaptées. De surcroît, certains agents révèlent des compétences particulières et inattendues en situation d'urgence, telles le sang-froid, la gestion du stress, la complexité et la fatigue, la capacité à diriger. Autrement dit, les professionnels sont inégaux dans leurs capacités de résilience.

La flexibilité individuelle des acteurs peut donc générer des réactions trop rapides et mal coordonnées. Le rôle de l'encadrement est alors fondamental. Il se positionne en médiateur pour gérer le stress et les éventuelles tensions afin d'aider les équipes à « *aller à l'essentiel* ».

Il ressort des différents entretiens que la flexibilité n'aboutit à du glissement de tâches que sur certaines fonctions, et de manière marginale. Ainsi, les personnels médicaux et paramédicaux réfutent tout glissement de tâches qui nécessiterait de sortir de leurs champs de compétences respectifs. En revanche, sur les fonctions support et en particulier

³³ Responsable du pôle régional de défense sanitaire en ARS.

³⁴ Cadre supérieur du SAMU.

³⁵ Il s'agit du « *traitement simultané de l'information et de l'action, recueil rapide d'un maximum d'informations sur la situation et son environnement et décider des moyens à engager* », selon le major sapeur pompier de Paris, et évoqué par un enseignant-chercheur à l'EHESP.

logistiques, le glissement s'opère plus facilement : ainsi un cadre administratif a pu brancarder des patients, ou un jardinier a pu être chargé de l'orientation des usagers et de leurs familles.

2.2.7. Le retour à la normale doit être inclus dans la gestion de crise

Le retour à la normale d'une organisation est primordial pour que les acteurs se réapproprient les repères de l'organisation. Il s'agit d'une phase de la crise qui ne doit pas être négligée, notamment par l'organisation de débriefings et de RETEX. C'est la phase finale de la résilience, qui peut s'avérer plus ou moins longue selon la nature et la gravité de la crise. Les personnes interviewées s'accordent sur le fait que ce débriefing doit se tenir à chaud, immédiatement après la fin de la crise, et à froid, suffisamment longtemps après la sortie de crise « *pour qu'il y ait une bonne prise de distance sur l'évènement* ». C'est d'une part le moment opportun pour laisser un « *temps d'inertie* » aux équipes, c'est-à-dire « *prendre un temps pour soi, et se rassembler* ». Le but est d'autre part de réfléchir, de prendre conscience collectivement des axes à consolider et à améliorer pour les prochaines crises. « *L'apprentissage par l'erreur* » permet ainsi à l'équipe de tirer les leçons de la gestion de crises.

Le recours à un RETEX ou un débriefing dépend à la fois des acteurs et de l'impact de la crise. En effet, suite à une crise aigüe, une inondation de faible gravité, par exemple, un simple débriefing des équipes suffit dans certains établissements. Toutefois, lorsque la crise est plus déstabilisante, notamment psychologiquement, d'autres mesures peuvent être déployées à l'instar d'un plan d'actions pluridisciplinaire (cellule psychologique, plan de formation, etc.).

Plusieurs enseignements de la crise ressortent de nos entretiens.

- D'abord, la nécessité, pour les équipes, de bien se connaître et d'établir une confiance mutuelle. En effet, « *il n'y a pas d'efficience dans une équipe s'il n'y pas de confiance au sein de celle-ci* ». Ainsi, cela suppose que les référentiels utilisés soient les mêmes pour qu'un langage commun émerge et favorise la bonne cohésion du groupe durant la crise.
- De plus, il est essentiel que les professionnels puissent s'entraîner périodiquement car chaque exercice remet en cause les schémas et plans qui sont posés et permet l'amélioration des compétences des équipes.
- Le retour à la normale est facilité par le bon état initial de l'organisation. Dans ce cas, les capacités réparatrices sont plus fortes. Toutefois, « *une crise qui se déclare*

sur un appareil malade va diminuer sa capacité à y faire face ». Cela se manifeste par une moindre capacité à mobiliser ses ressources et *in fine* à rebondir.

2.2.8. Les professionnels restent attachés à un niveau de formalisation des dispositifs élevé

Lors de nos entretiens, nous avons décidé de poser la question de l'attribution d'un chiffre révélant la part de formalisation et d'improvisation dans la gestion de crise. Plus la note est proche de 1, plus le degré d'improvisation et donc d'initiative est forte : à l'inverse, plus la note est proche de 10, plus la gestion de la crise dépend d'outils formalisés.

Les interlocuteurs nous ayant répondu ont donné une note de 5 à 7. Malgré la différence de fonctions et d'organisations, la proportion de formalisation et d'improvisation est donc d'abord perçue d'une manière proche par l'ensemble des acteurs concourant à la gestion de crise. Ensuite, nous remarquons l'absence d'une note extrême, ce qui témoigne de la nécessité d'un équilibre entre les deux approches. Enfin, l'un des interviewés membre de la direction du CHU de Rennes³⁶ précise que cet arbitrage entre formalisation et improvisation est évolutif. Trois facteurs ont été mentionnés comme concourant à la formalisation : les ajustements résultant des retours d'expérience, l'ancienneté dans la structure de l'acteur interrogé, la tendance des professionnels en situation de stress à reproduire « *les actions qu'ils maîtrisent* » et les « *routines qui les rassurent* ». Il précise par ailleurs que la formalisation totale (note de dix) n'est pas un objectif car « *chaque crise oblige à une adaptation spécifique* ».

³⁶ Directeur des soins du CHU de Rennes.

3. La complémentarité entre formalisation des dispositifs et flexibilité des organisations est une réelle plus-value pour une gestion de crise efficiente

La confrontation entre la théorie et le terrain nous permet ici à une discussion sur deux points puis à des recommandations. Si les personnes interviewées s'accordent avec une définition minimale de la crise, il leur est paradoxalement difficile voire impossible d'identifier ses prémices (3.1). En revanche, professionnels et théoriciens s'entendent sur la nécessité d'une complémentarité entre outils formalisés et liberté d'action des acteurs (3.2). L'amélioration de la résilience des organisations de santé dépend de la combinaison de deux facteurs : un cadre formel renouvelé au prisme de la subsidiarité et le développement de « *compétences improvisationnelles* » (3.3).

3.1. Une crise définie mais mal identifiée

A ce stade de notre travail, nous remarquons que la définition de la crise proposée par les professionnels, même si elle n'est pas uniforme, présente des points communs : le caractère exceptionnel, le dépassement des moyens humains et matériels et les capacités d'adaptation routinières insuffisantes. Ces éléments sont corroborés par les auteurs, plus précisément lorsque Patrick Lagadec parle d'une « *affectation des structures de base* » ou lorsque Christophe Van Der Linde évoque une « *dégradation soudaine du terrain* ». Un mot-clef résume à notre sens la crise : « *rupture d'équilibre* ». Cependant, l'identification de la « *rupture d'équilibre* » dépend de la subjectivité des acteurs.

Si la crise est facilement définie, la phase de gestation évoquée par la théorie est en pratique difficilement identifiable par les organisations. En effet, lorsque la crise est externe (« *subie* »), les signaux faibles sont inexistants. En revanche, lors d'une crise interne (« *générée* »), les signaux précurseurs existent mais ne sont souvent pas repérés. Le manque de sensibilisation à la gestion des risques et de personnes-ressources (par insuffisance de temps ou d'expérience) en sont à notre sens des facteurs contributifs.

3.2. Professionnels et auteurs se rejoignent sur la nécessaire complémentarité entre formalisme des dispositifs et flexibilité de l'organisation en situation de crise

3.2.1. La réponse à la crise passe par l'utilisation d'outils formalisés

La crise vue comme « *rupture d'équilibre* » nécessite une réponse adaptée de l'organisation, ce qui passe par l'utilisation d'outils formalisés.

Les professionnels utilisent des outils formalisés précis : CRAPS, cellules de crises, schémas, plans, fiches reflexes, exercices. Parmi les trois modèles classiques de management de projet, Frédérique Chédotel¹ met également en évidence la formalisation des dispositifs en s'appuyant sur deux d'entre eux : l'un « séquentiel » et l'autre de « compression ». L'inadéquation du modèle « flexible » aux situations rencontrées va également dans ce sens.

Le premier suppose que la « plupart des problèmes sont prévisibles » et doivent être « planifiés a priori ». L'incertitude peut même être réduite à l'aide d'outils standardisés ayant pour objet de « rationaliser le processus d'innovation ». La chargée de mission du pôle qualité d'une ARS défend ainsi l'idée « que lors d'une gestion de crise, il faut suivre les ordres et les procédures », exprimant un raisonnement conforme au modèle « séquentiel ».

Le second modèle de « compression » suppose de « raccourcir les délais d'innovation en réduisant la durée de chaque étape et en créant des chevauchements dans leur exécution ». C'est le cas de la méthode du *damage control* qui consiste à réduire le temps des soins à un niveau minimum pour assurer la survie du patient au détriment de sa prise en charge globale.

A contrario, le modèle flexible prône une approche adaptative dans un contexte turbulent. Dans ce cadre, seule l'improvisation est requise car « il s'agit d'intégrer le plus vite possible toute nouvelle information au projet » afin d'adapter la production en continu. Ces situations totalement improvisées n'ont toutefois pas été rencontrées lors de notre enquête, ce qui nous amène à conclure que ce modèle ne s'applique pas aux organisations de santé.

3.2.2. L'improvisation organisationnelle permet d'apporter la complémentarité recherchée

L'enquête nous montre que les outils cités par les professionnels sont davantage des « guidelines » que des modes opératoires précis, ce qui assure une certaine flexibilité aux acteurs. Ainsi, un cadre des urgences nous explique que « la gestion de crise est, dans ses grandes lignes standardisée ; pour le reste, la crise dépendant des faits, il y a un fort besoin de créativité ». Au niveau de l'établissement de santé, la flexibilité laissée aux professionnels apparaît donc nécessaire pour deux raisons : d'une part, parce qu'elle favorise la réponse des organisations de santé au plus près des besoins des usagers. D'autre

part, elle permet d'adapter la réponse à la singularité de chaque crise. Ces arguments nous invitent à nuancer le recours au tout-formalisme et à nous orienter vers une voie intermédiaire : celle de l'improvisation organisationnelle.

Selon la théorie, la semi autonomie des équipes est le premier élément caractéristique de l'improvisation organisationnelle. Elle implique une prise d'initiative des professionnels de terrain qui doivent cependant agir de manière coordonnée. Lors de notre enquête, un de nos interlocuteurs évoquait « *l'autonomie drivée* » des agents des urgences dans la mesure où ils sont autonomes dans l'exécution de leurs tâches tout en suivant la ligne directrice de l'encadrement.

La seconde caractéristique réside dans l'intelligence collective de l'organisation : en temps de crise la structure doit être elle-même créative et innovante. Ainsi, la direction d'un CHU a rédigé une procédure d'hébergement solidaire en période de grippe hivernale pour répondre à l'impossibilité du retour à domicile de certains patients accueillis aux urgences.

Enfin, la conscience collective est le troisième attribut de l'improvisation organisationnelle. Elle apparaît au cours de nos entretiens à travers la thématique du glissement de tâches. Nos interlocuteurs ont unanimement évoqué l'existence d'un glissement descendant en période de crise pour des fonctions logistiques et administratives. Ce type de solidarité nous a été expliqué au nom de l'adhésion de tous aux objectifs de l'organisation. Un directeur de CHU a ainsi pu transporter des médicaments ou déplacer des brancards lors des attentats du 13 novembre 2015 à Paris.

3.3. L'amélioration de la résilience des organisations de santé repose sur la combinaison d'un cadre formel renouvelé et du développement de « compétences improvisationnelles »

3.3.1 Le cadre formel de la gestion de crise doit être sans cesse renouvelé et mieux intégrer la logique de subsidiarité

Si un cadre formalisé ne paraît pas parfaitement adapté à la gestion de crise, il reste illusoire de laisser les acteurs libres de toute improvisation. L'absence ou la faiblesse du

cadre formalisé occasionne un risque de désorganisation et de mise en danger des acteurs. Ce cadre participe également de la promotion d'un langage professionnel commun, partagé par les acteurs de manière à faciliter les échanges.

Le besoin de formalisation doit néanmoins être envisagé au travers du prisme de la subsidiarité. La subsidiarité induit trois approches :

- la formalisation de cadres d'action au plus proche des acteurs ;
- une approche fonctionnelle plutôt qu'organique (partir du processus et non de l'organisation) ;
- co-construction du cadre formel dans une logique d'association de tous les acteurs.

Concrètement, cela doit inviter les organisations à formaliser les processus de la prise en charge et d'y associer les ressources nécessaires. Ainsi, il s'agit de constituer une base de principes d'actions et de « prêt à l'emploi » pouvant être mobilisés de manière différenciée au gré des réalités. A titre d'exemple, une bonne pratique consiste en la formalisation d'un document de regroupement des compétences qui permet d'y accéder en permanence. Certains principes cardinaux peuvent utilement être rappelés dans un document aide-mémoire, tels l'unique responsable de la gestion de crise. Ces éléments participent à la « *mémoire organisationnelle* » à l'origine de « *méta-routines* ».

3.3.2 Une plus grande flexibilité des organisations de santé suppose le développement de compétences individuelles et collectives fondées sur l'autonomie et la coordination

La résilience des organisations suppose de mobiliser des compétences communes à tous les échelons. Elles regroupent à la fois des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être en situation que le manager et l'organisation doivent posséder ou développer. La numérotation ci-dessous suit la chronologie des étapes identifiées de la gestion de crise.

Compétence 1 : Savoir identifier la crise. Il s'agit de repérer les signaux faibles lors d'une crise « *générée* ». La formation contribue d'une part à maintenir ou accroître le niveau de vigilance nécessaire des managers et des agents. D'autre part, l'installation de dispositifs de détection automatique permet de déceler la nature et l'origine de l'événement déclencheur et donc d'en limiter les impacts en amont.

Compétence 2 : Savoir être réactif et rapide. Cela suppose en premier lieu que les acteurs sachent gérer leur stress et surtout le stress des autres, parfois même celui de leur supérieur. En deuxième lieu, l'organisation doit pouvoir maintenir une capacité de

solidarité et d'entraide et les développer en temps de crise. Cette nécessité est plus forte qu'en situation routinière puisque le collectif doit agir plus rapidement et dans un contexte plus tendu. En troisième lieu, l'organisation gagne à automatiser certaines tâches à l'instar du rappel automatique par un système d'information sur ordre du responsable des opérations. Plus généralement, l'organisation doit favoriser les capacités d'agilité intellectuelle et de rapidité des acteurs pour mobiliser les outils existants et s'appuyer sur ces derniers pour déployer un cadre d'action inédit propre à permettre la gestion de la crise vécue.

Compétence 3 : Savoir communiquer et être relai d'information. Cette compétence concerne tous les agents, et en particulier les managers. Ceux-ci se trouvent dans une position intermédiaire de pivot car ils doivent recevoir les informations, les traiter puis les transmettre dans un sens à la fois ascendant et descendant. Cette communication doit avoir lieu pendant toutes les étapes de la crise et doit se poursuivre au-delà, par exemple sous la forme de remerciements. Selon l'ampleur de la crise, la communication peut être seulement interne ou interne et externe.

Compétence 4 : Savoir se positionner en tant que ou par rapport à un pilote unique. Pour le manager, il s'agit d'être capable de définir une stratégie d'action pour répondre à la crise. Cette compétence nécessite de savoir prioriser les actions stratégiques ainsi que de les déléguer aux agents compétents. Le décideur peut éventuellement s'appuyer sur une cellule de crise si celle-ci doit être constituée. Il lui appartient de plus d'anticiper les événements à venir : il doit ainsi analyser et synthétiser en temps contraint et être en mesure de prendre des décisions parfois difficiles en situation d'inconfort (délais raccourcis, stress, *etc.*). Les agents sont quant à eux invités à faire preuve de souplesse, d'adaptabilité et d'autonomie mais également de capacité d'initiative, voire de créativité. Face à une situation exceptionnelle, certains d'entre eux peuvent de leur propre initiative contacter leur réseau pour solliciter leur expertise.

Compétence 5 : l'apprentissage tiré du RETEX. L'accroissement de la résilience des organisations de santé dépend de leur capacité à apprendre de leurs expériences et à se réorienter en fonction des enseignements retirés. Le RETEX constitue en ce sens un outil clef, et doit être formalisé. La pratique doit être encouragée afin de rassembler les équipes et d'acter symboliquement que l'organisation et les équipes ont vécu une situation critique.

Il participe, par sa forte dimension affective, de la résilience des agents exposés. Le RETEX doit être organisé « à chaud », sitôt l'évènement terminé, mais aussi « à froid » afin de permettre une analyse plus dépassionnée. Il permet, par l'apprentissage par l'erreur, de déterminer des principes d'action et des « méta-routines ». L'organisation fréquente d'exercices et de mises en situation permet un retour régulier des expériences du terrain.

Conclusion

Notre système de santé se trouve confronté à de multiples facteurs de déstabilisation. Les SSE, les crises sanitaires d'origine naturelle, accidentelle ou terroriste sont autant de risques majeurs qui menacent l'équilibre des organisations de santé. Les crises occasionnent en effet une rupture d'équilibre et questionnent la résilience de nos institutions, tandis que la complexité de nos sociétés amène à une forte interdépendance des acteurs.

L'efficacité d'une gestion de crise implique rarement une seule organisation et suppose donc de fortes capacités de coordination et de travail en réseau. Elle invite à privilégier des logiques transversales complémentaires de l'approche organique traditionnelle. La « rupture d'équilibre » induite par la crise oblige à passer d'une gestion nominale ou routinière à une gestion *ad hoc*. Le sous-dimensionnement de la capacité à soigner en temps de crise et le changement de paradigme entretiennent ce risque de rupture. La préservation voire le renforcement de la résilience de l'organisation de santé dépend donc de sa capacité à gérer cette rupture d'équilibre et de la rapidité avec laquelle elle déploie un mode d'organisation dédié à la crise vécue. Cela suppose de la créativité qui n'est pas nécessairement entretenue par un cadre formalisé adapté à une activité récurrente et maîtrisée.

Ainsi, la gestion de crise implique une capacité de l'organisation et de ses acteurs à l'improvisation. Cette dernière gagne à être soutenue et stimulée par une formalisation fondée sur le principe de subsidiarité. La crise ramène les acteurs aux enjeux essentiels du service public et déplace le curseur d'aversion aux risques. La prise en charge d'un événement critique invite ainsi les acteurs à identifier l'essentiel de la mission de service public. Cela peut notamment reposer sur la permanence de « méta-routines » permettant de cadrer l'action en temps de crise en la raccrochant à des principes et micro-procédures mobilisables indépendamment les unes des autres. Il s'agit, tel le jazz, de permettre une interprétation sur la base de plusieurs partitions existantes.

En définitive, l'amélioration de la résilience des organisations de santé passe par leur capacité à formaliser un cadre d'action souple et adaptable, à apprendre de leurs erreurs, à accepter un décrochage de mode de gestion autorisant l'improvisation

individuelle et collective. En somme, les présentes préconisations inspirées du modèle de « l'improvisation organisationnelle » et des retours de professionnels visent une conciliation opérationnelle de ces deux approches (formaliste et organique) *a priori* paradoxales. Toutefois la réussite de l'organisation repose sur son intelligence de situation et sa capacité à naviguer entre les deux logiques au gré des événements et de leur contexte.

Bibliographie

Ouvrages

KONINCKX G., TENEAU G., *Résilience organisationnelle*, 2010, éditions De Boeck

LOILIER T., TELLIER A., *Gestion de l'innovation : Comprendre le processus d'innovation pour le piloter*, 2011

ROBERT B., *Nouvelles pratiques pour le pilotage des situations de crise : dix ruptures pour passer d'une logique de procédure à l'apprentissage de la surprise*, 2002

ROUX-DUFORT C., *La gestion de crise*, éditions De Boeck, Belgique, 2004

Articles de périodique

ADLER S. P., BORYS B., « Two types of bureaucracy: enabling and coercitive », *Administrative Science Quarterly*, 1996, Vol. 41, pp.61-89

ADROT A., GARREAU L., « Intégrer pour improviser en situation de crise », *Revue française de gestion*, 2010.

CHEDOTEL F., « L'improvisation organisationnelle : concilier formalisation et flexibilité d'un projet », *Revue Française de Gestion*, 2005, 1(154), pp. 123-140.

DIETRICH A., « La discipline, dimension oubliée de l'action en contexte extrême ? L'exemple des sapeurs-pompiers de Paris », *Revue française de gestion*, 2016, p.95 à 110.

MAGGI B., « Critique de la notion de la flexibilité », *Revue française de gestion* (n°162) p.190, 2006.

ORVAIN J., « Le Qui-Vive Organisationnel : une forme de structuration du lien attention-action », *Management*, 2014, 17(5), pp. 346-370.

ORVAIN J., CHEDOTEL F., RUILLER C., « Capabilities building through distributed monitoring », 2017, in *European Group for Organizational Studies*.

Thèses

GHOSH M., SOBEK D., *Effective Metaroutines for Organizational Problem Solving*, Mechanical and Industrial Engineering Department, Montana State University, 2015.

PASSE E., « Crise et Improvisation Organisationnelle : les leçons de quatre études de cas », 2011, Université de Strasbourg, Ecole de Management

Documents juridiques

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE : *Instruction n° DGS/DUS/SG MAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*, 2014, Journal Officiel, n°2014-153

Guides

Guide méthodologique *Les principes de l'organisation de l'offre de soins en situation exceptionnelle*, 2014

CONFERENCE DES DIRECTEURS GENERAUX DES CENTRES HOSPITALIERS REGIONAUX UNIVERSITAIRES, *Guide de la communication de crise*, 2009.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé*, 2013.

Liste des annexes

Annexe I : La grille d'entretien

Annexe II : Les entretiens

Annexe III : Le tableau de codification ascendante

Annexe I : La grille d'entretien

Entretien fonction, organisation

Date, heure

Idée	Question
Descriptif de la crise	1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i>
Identification de la crise	2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ? <i>En quoi votre expérience vous aide-t-elle pour identifier la crise ?</i> <i>Existait-il à l'époque des dispositifs de détection d'une crise ?</i>
Etapas de gestion	3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? <i>Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</i>
Gestion formalisée de la crise	4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ? <i>Sur quels outils formels vous êtes-vous appuyé pour gérer la crise ?</i> <i>Avez-vous anticipé cette crise, et si oui grâce à quelles actions (formations...) ?</i>
Flexibilité	5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ? <i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i>
Retour à la normale	6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ? <i>Comment est-on revenu à la normale ? Quelle analyse avez-vous fait de la crise ? Quels enseignements en ont été tirés ?</i>
Question finale	Echelle de 1 (improvisation totale) à 10 (formalisation totale)

Annexe II : Les entretiens

Entretien cadre de santé, CHU

Idée	Question
<p>Descriptif de la crise</p>	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i></p> <p>Poste occupé lors des crises : cadre de santé du service d'accueil des urgences, chargé de l'ordonnancement des lits du CHU Nantes (17 ans d'expérience)</p> <p>1^e situation (crise aigue) : une fuite d'eau aux urgences pédiatriques durant un après-midi avec une forte activité</p> <ul style="list-style-type: none"> - départ dans un box, diffusion dans trois autres box et les couloirs rendant ces derniers inutilisables et entraînant l'évacuation - un seul pilote a géré la crise (le médecin gestionnaire de crise est un médecin militaire) - création d'un circuit enfants jusqu'au SAUV (service d'accueil des urgences vitales) : installation de pancartes signalétiques du circuit - travail réalisé sans stress, bonne organisation, équipes coordonnées (y compris les agents de sécurité de l'hôpital) - fin de la crise : un jour et demi après déclenchement - déplacement du Directeur Général (DG) CHU aux urgences pour féliciter les équipes <p>2^e situation (crise chronique) : la période hivernale</p> <ul style="list-style-type: none"> - afflux massif de patients aux urgences et fort taux de programmation en chirurgie (réticences de la DG CHU de déprogrammer pour assurer/accroître la rémunération / choix de la DG CHU mal vécu - accent mis sur la collaboration entre les services : la crise concerne <i>tous</i> les services, les patients ne sont pas les patients des urgences, mais de tout le CHU / le service de chirurgie freine à rendre disponible leurs propres lits - prise de risques aux urgences par les seniors aguerris : le renvoi des personnes âgées à domicile > choix à faire, nécessité de résonner en termes de parcours et de trajectoire (accès aux SSR et EHPAD), le médecin urgentiste connaît peu ou mal le soin à domicile (envisager les alternatives à l'hospitalisation) - retex : crise bénéfique pour l'évaluation de l'insuffisance des indicateurs utilisés à l'hiver 2016, indicateurs repensés pour 2017 (ex. désengorger les lits de SSR ; fédérer tous les acteurs intervenant dans le parcours du patient). <p>-</p>
<p>Identification de la crise</p>	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?</p> <p>Critères d'identification d'une crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le flux des urgences - la cellule d'ordonnancement : référencement général des lits (données transmises aux directions du CHU Nantes, en cas de baisse de l'offre de lits, notamment veille de week-end prolongé, message d'alerte pour anticiper une situation tendue et demande de libérer des lits) - l'indicateur <i>urgence</i> : tableau indiquant le nombre de patients à 8h et à 18h, le flux des patients et la durée d'hospitalisation <p>Constat : améliorer les critères d'alerte d'une crise, critères à son sens insuffisant pour lancer « Hôpital en tension »</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration de l'organisation du bip - sollicitation du SAMU : existence d'un protocole non respecté - réflexions sur la gestion du stress. <p><i>En quoi votre expérience vous aide-t-elle pour identifier la crise ?</i> Expérience de 17 ans en tant que cadre de santé, 4 ans d'expérience au CHU Nantes permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aisance dans la fonction, avoir une certaine légitimité du fait de son expérience, s'appuyer sur les « anciens » - bonne connaissance de l'organisation des services, des personnels et des outils disponibles. <p><i>Existait-il à l'époque des dispositifs de détection d'une crise ?</i> « Tout dépend de la situation, on trouve l'idée sur place, on ne peut pas préétablir. »</p>
<p>Etapas de gestion</p>	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etape 1 : identification de la crise (indicateurs : alerte de la direction ; nombre de patients de 6 à 18h ; durée moyenne de prise en charge → les critères sont souvent <u>improvisés</u> selon les circonstances) • Etape 2 : information de la direction et mobilisation de la cellule de crise. <u>Formalisée</u>

	<ul style="list-style-type: none"> • Etape 3 : mesures immédiates (« <i>souppes de sécurité</i> ») : ouverture des lits gigognes plus rapide que prévu, ouverture des hôpitaux de semaine le week-end, renfort de personnels, appel direct au privé sans passer par la procédure, arrêt de l'activité chirurgicale, déprogrammation, diminution de certaines activités, doubler des chambres seules suffisamment grandes pour un second lit. Peu nombreuses. <u>Improvisées.</u> • Etape 4 : réunion deux fois/semaine avec la direction. <u>Formalisée.</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Décision de déclenchement du plan blanc ou non ◦ appel aux établissements privés ◦ prise de contact avec l'ARS (pour qu'elle envoie des signaux d'alarmes au SSR et EHPAD) par le directeur • Etape 5 : gestion dans la durée de la crise. Ce n'est pas sur l'afflux des blessés qui gêne, mais les difficultés de suivre les blessés dans la durée, lorsque la crise dure. C'est la durée qui gêne le plus, les professionnels ne tiennent pas en tension sur la durée (appel à l'ouverture de postes temporaires). Lorsque la crise s'installe, les professionnels s'épuisent et ont l'impression que la direction ne fait rien : « pourquoi on n'est pas en plan blanc ? » ; « ils sont au courant la direction ? » ; à leur niveau, sentiment d'épuisement. <u>Improvisation.</u>
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ? Sur quels outils formels vous êtes-vous appuyé pour gérer la crise ?</p> <p>La gestion de crise est, dans ses grandes lignes, standardisée ; pour le reste, la crise dépendant des faits (car de personnes âgées qui tombe dans la Loire diffère d'une bombe dans une école maternelle), il y a un fort besoin de créativité, d'autant plus que la structure est grande (signaux d'alerte envoyés à la direction, les médecins ne s'y retrouvent pas, les réponses ne sont pas suffisantes, d'où la nécessité d'être créatif).</p> <ul style="list-style-type: none"> • création et rédaction avec la direction d'une procédure d'hébergement solidaire, pour les personnes qui viennent aux urgences sans problématique médicale mais dont le retour à domicile est impossible (problématique sociale) : les garder temporairement aux urgences. Ex : sollicitation du service gynéco pour accueillir une personne âgée de 40/50 ans qui devrait être dans une MAS (problématique sociale, retour à domicile impossible, maladie neurodégénérative). • Création d'une cellule d'ordonnancement (commune pour les services d'UHCD, de médecine interne, des maladies infectieuses, des urgences) centralisant les lits disponibles et assurant le placement dans l'ensemble de l'hôpital. • Création d'une cellule de traitement des situations complexes, gérée par une cadre : étendue en dehors du PHU <p>Avez-vous anticipé cette crise, et si oui grâce à quelles actions (formations...)? Gérée en amont → ex : ouverture de lits supplémentaires et dégagement de ceux existant à l'approche de l'hiver, modification des plannings. Se base sur plusieurs éléments (Expérience personnelle, connaissance des équipes et des organisations).</p>
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ? <i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i> <i>Quelle part d'initiative pour elle et pour les autres personnels ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - crise/grand afflux, encourage une certaine prise d'initiative des acteurs de terrain (ex. initiative d'un infirmier de pousser son chef à sortir un patient d'un box pour en mettre un autre) - initiative mesurée mais grande autonomie des acteurs (« <i>Je dirige et je recadre, mais ils sont autonomes (...)</i> Un cadre est un bon cadre si son équipe sait fonctionner sans lui. ») <p><i>Flexibilité, innovation, créativité de tous les acteurs (encadrement et terrain) ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - se constituer leurs réseaux (ex. annuaires) : prendre contact, sans engagement du moins avec le secteur privé - la créativité est limitée, pas la solidarité entre les acteurs - formation des IDE au <i>damage control</i> - flexibilité à son sens limitée (les professionnels se fient plutôt à leur organisation) <p><i>En crise aigue (seulement), les glissements de tâches ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - un glissement de tâches descendant (pas de responsabilités à une personne qui n'en a pas l'habitude) : « <i>Qui peut le plus peut le moins</i> » - un glissement de tâches important pour les personnels technique et administratif et limité pour les personnels médicaux et paramédicaux. <p><i>En période de crise, c'est vraiment le meilleur moment dans lequel les compétences particulières vont se révéler ?</i> Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> - découvrir un professionnel sous un autre jour, positivement et négativement - gestion du stress et des tensions (médiateur) - aller à l'essentiel - initiatives d'organisation, lanceur d'alerte, aller chercher de l'aide - capacité d'adaptabilité.
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ? <i>Comment est-on revenu à la normale ?</i></p>

	<p><u>Le retour à la normale d'une crise aigüe</u> : débrief, les équipes en reparlent et en tirent les conclusions (test d'adaptabilité validé pour l'inondation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - le professionnel qui se fait agresser : plan d'amélioration de la qualité et gestion des risques ; travail avec les directions, actions, accompagnements pour protéger les personnels, partie prenante de la direction, installation de caméra de surveillance, plan de formation OMEGA (canadien, pour contenir la violence physique et psychique, enlever la tension au sein même des équipes) - la grève : (très suivie par tous, contre la direction et les cadres) <ul style="list-style-type: none"> · Une partie de l'équipe revient vers elle avant la fin du conflit car ils en ont marre. Elle se raccroche à la majorité des agents qui vont revenir. Les agents les ont épuisé sur les assignations (« je ne sais pas si je suis en grève demain »), bâtons dans les roues pour l'organisation des plannings pendant la grève. Volonté de nuire qui laisse des traces · Le chef de service les a vu pendant la grève, puis réunion de sortie de crise : constat d'une volonté de travailler dans le même sens · Avec le recul, la grève a été une bonne chose car elle a « permis » aux extrêmes de perdre beaucoup, de révéler leurs personnalités pour les autres. <p><i>Quelle analyse avez-vous fait de la crise ? Quels enseignements en ont été tirés ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour la fuite d'eau, rien de fait, nouvelle fuite. Travaux de vétusté. - Crise de la fuite d'eau : révélation d'une réelle solidarité qui a fait du bien aux équipes - Accepter le temps d'inertie après la crise : prendre du temps pour soi après la crise, besoin de se rassembler, surtout après la crise (ex. machine à café) - Etre disponible pour les patients - Etablir de véritables protocoles de situation sanitaire exceptionnelle : diagnostic rapide, entraînant une priorisation des actions à mener.
Question finale	<p><i>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification, utilisation de procédures formalisées)</i></p> <p>entre 6 et 7 pour le structuré et une part d'adaptabilité et d'improvisation > nécessité d'avoir les bases de poser, les professionnels sont beaucoup plus à l'aise mais ne doit pas être paralysant pour eux. L'improvisation dépend aussi des personnels présents le jour de la crise (IAO / MAO).</p>

Entretien - Ingénieur d'études sanitaires DD - ARS

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i></p> <p>Poste occupé lors des crises : Ingénieur d'études sanitaires – Responsable du service veille épidémiologique et gestion des alertes sanitaires. Egalement pompier volontaire.</p> <p>Crises : Préfère parler de situations sanitaires exceptionnelles (terminologie ARS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attentats de la région parisienne en 2015 (traques des frères Kouachi + 13 novembre) : question de dégâts collatéraux car qui peut PEC blessures de guerre • Inondations fin mai début juin 2016 : problème d'évacuation des EHPAD : nécessite vecteur d'évacuation et lieu d'approche <p>Il y a crise lorsque besoins > moyens Planification : prévoir l'imprévisible. Ex : déclenchement de COD, parfois de prévention.</p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?</p> <p>La codification permet à l'ARS de catégoriser selon les critères (nombre de blessés, type de blessure : ex blessure de guerre) des grandes crises (tueries de masse, afflux de masse de victimes...), à partir desquelles on enclenche la gestion de crise. Cela requiert du personnel formé et intéressé à gérer ces situations.</p> <p><i>*En quoi votre expérience vous aide-t-elle pour identifier la crise ?</i></p> <p>Expérience personnelle antérieure lui a fourni une méthode de raisonnement tactique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expérience personnelle antérieure lui a fourni une méthode de raisonnement tactique (pompier volontaire)
Etapas de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <p>Historique des plans de gestion de crise (ORSEC...). Aujourd'hui, ces plans se déclinent surtout en résultats à atteindre (changement de focale, avant c'était un recensement des moyens) ce qui laisse plus de flexibilité aux acteurs.</p> <p>Ex attentats :</p> <p>1- Le signal : blessure par armes de guerre.</p> <p>2- La montée en puissance : s'organiser pour faire face au besoin. Adaptation du système de santé au blessures de guerre, au caractère multi-site de l'attentat=>SAMU, personnel de l'APHP.</p> <p>3- Répondre à la demande</p>

	<p>4- Le retour à la normale qui peut prendre des semaines, des mois, jusqu'à 1 an (pollution)</p> <p>5- Le retour d'expérience qui fait partie intégrante de la gestion d'une crise :</p> <p><u>a. damage control</u> : constat d'une meilleure prise en charge dans les hôpitaux militaires (garrot sur le terrain, régulation SAMU, trauma center avec opérations successives pour parer au plus pressé : réouverture des corps pour réopérer), d'où adaptation des hôpitaux civils</p> <p><u>b. Sur-attentats</u> : pour qu'il n'est pas de sur-attentat pour des personnes déjà blessées (pas de transport des morts sans vérifier qu'ils n'ont pas été minés).</p>
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ?</p> <p>Outils formalisés : En ARS de niveau régional, il y a la CRAPS (cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire), outil à la main du DG ARS. Des cellules départementales d'appui (mini-CRAPS) ont été « officieusement » maintenues comme en Ile-de-France pour faire la communication et le transfert d'information à la région. La CRAPS fait le lien avec l'AP-HP et son siège, a une vision et un rôle de coordination régionales, gère en extra-zonal pour la répartition des places, et a un rôle d'alerte également. Ex : Si on évacue un hôpital, il faut identifier l'ensemble des patients et des places disponibles (neuro-chirurgie, réanimation etc.) ce qui ne peut se gérer au niveau du département, il faut qu'il y ait une vision générale au niveau de la région pour effectuer une répartition efficace.</p> <p><i>Avez-vous anticipé cette crise, et si oui grâce à quelles actions (formations...) ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Problème de personnel formé et intéressé car ce ne sont pas les chargés de plans qui gèrent la crise mais bien le personnel. On a un décideur (Délégué Départemental ARS), des fois un chargé de plan mais rare et ensuite c'est le personnel comme dans les EHPAD c'est le directeur directement. Donc ARS gère la crise en coordonnant. Il faut libérer du temps pour former le personnel de la structure en prise avec la crise • Formation de ces personnels : Au niveau régional, pas de formation spécifique mais : <ul style="list-style-type: none"> - chaque cadre qui est d'astreinte à au moins une <u>½ journée de formation</u> pour la réglementation. faire des exercices. - <u>Faire des fiches « mémoire »</u> recto-verso pour point de rassemblant des victimes la lire en 2 min sur une thématique avec actions à mener, numéro de téléphone à contacter, code d'accès, informations utiles en cas de canicule par ex. Cela permet aussi d'accoutumer les gens à la crise. - <u>Amener son personnel avec soi</u> en COD/ avec le SAMU/ décontamination pour lui permettre de connaître le rôle de chacun dans la gestion de crise et d'en rencontrer les acteurs
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?</p> <p><i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise d'initiative. Les outils formalisés ont des outils (« le tournevis ») mais c'est l'intelligence humaine (agent) qui permet de l'utiliser de façon à répondre à la crise (« utilisation du tournevis »). • « Réflagir » : situation initiale par rapport à la crise → objectif prioritaire → moyen pour atteindre cet objectif → exécution. Ex : hôpital alimenté par groupe électrogène → objectifs : amener un groupe de secours, veiller à l'alimentation en fioul du groupe installé → contact au fournisseur d'électricité à la DDT (réquisition d'un semi-remorque avec groupe électrogène). • Glissement de tâches : Oui. <p>Les missions secondaires sont assurées par d'autres agents pendant la crise</p> <p>priorisation des tâches pour lutter contre le glissement.</p>
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p><i>Décalage de retour à la normale ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour attentat : semaines (sortie soins intensifs). • Pour inondation : jusqu'à un an voire davantage. <p><i>Quels enseignements en ont été tirés ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau de l'organisation : MEP d'un RETEX interne suffisamment longtemps après pour qu'il y ait une bonne prise de distance, questions aux personnes qui ont géré la crise et connaître leurs impressions et de là RETEX et feuille de route avec propositions concrètes pour en tirer des conséquences. Il faut être capable de dire qu'on s'est trompé et comprendre pourquoi on a agit comme cela et pas autrement ce qui permet de tirer davantage de conséquences. • MEP de formations. • Travailler sur des guides pour permettre évacuation en situation d'inondation que les établissements s'adaptent voire les établissements créent leur propre guide.
Question finale	<p><i>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification, utilisation de procédures formalisées) : 5</i></p>

Entretien Lieutenant-colonel sapeur-pompier

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ?</p> <p><i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i></p> <p><i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i></p>

	<p><i>Quel poste occupiez-vous ?</i></p> <p>Quelques crises qui ont marqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - feux de forêt tous les ans plus ou moins grande importance, inondations (Var, Gars) : partir avec des colonnes de renforts pour donner coups de main aux départements sinistrés - déraillement de train avec rocher qui s'est décroché, crash aérien --> divers événements climatiques et technologiques <p>Poste occupé: 35 ans d'expérience</p> <p>tous les postes : gestion d'une opération c'est toujours une chaîne opérationnelle avec différents postes et l'exécutant au plus haut niveau de l'échelle COS (chef des opérations)</p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?</p> <p>Pas de critère d'identification d'une crise</p> <p>Chaque personne à sa propre interprétation (exemple : pour certains c'est l'inconnu qui engendre le sentiment de crise)</p> <p>Pas d'uniformité, pas d'homogénéité au niveau de la sécurité civile : d'ailleurs on ne parle pas de crise mais d'opération de secours de grande ampleur</p> <p>La notion de crise est employée lorsque le système intervenant est plus large que la sécurité civile</p> <p>La crise : événement où les solutions ne sont pas évidentes et nécessitent une phase de raisonnement tactique (origine du problème, enjeux/impacts possibles) puis analyse</p>
Étapes de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <p>*avant la crise : formation, se préparer, travailler sur la cohésion des équipes, les doctrines opérationnelles référentielles, plans de secours</p> <p>*pendant la crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - phase de montée en puissance au moment de la connaissance de l'événement : confirmation, dimensionnement, évaluation (infos terrain) - phase de réflexion et anticipation (imaginer les scénarios qui peuvent se développer au travers de cette crise pour trouver la riposte adaptée) - phase de solution : 2 cas possibles : la solution permet un retour à la normale ou la solution n'est pas adaptée et il faut réfléchir de nouveau <p>En fonction de la nature de l'événement : sectorisation (géographique, fonctionnelle : environnement humain par ex)</p> <p>*phase après crise : retex, communication, formation en cas de besoin suite à la cellule de la crise</p>
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ?</p> <p>*outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - outils formalisés (ex SITAC (schémas, logigramme)) - entraînements sur des exercices avec d'autres acteurs, - exercices de simulation <p>Les exercices permettent d'anticiper les réactions pendant une vraie crise.</p> <p>Partage des outils entre acteurs également important pour meilleure réponse.</p> <p>Pour gérer crise : garder son calme, son sang froid</p>
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?</p> <p><i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <p>*réactions acteurs : peuvent être interpellés mais c'est très "personne dépendante", certains choix sont difficiles à faire : prise de risques, doutes parfois (mais positif car permet de garder l'esprit ouvert)</p> <p>*autonomie : doctrine au niveau national mais toujours un temps pour répartir les rôles de chacun fait par le commandant de secours : définition des compétences des cadres, du nombre de cadres dont il a besoin, Post de Commandement s'organise</p> <p>*glissement de tâches : marginal car c'est très déstabilisant pour les équipes</p> <p>notamment sur le crash de l'airbus: réflexion avant d'aller sur le terrain, car une fois que les gens sont en place c'est dur de revenir dessus, il vaut mieux perdre du temps avant pour ne pas être perturbé pendant l'opération</p>
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p>*Délais de retour à la normale variable</p> <p>*Après la crise : retex à chaud et à froid (dans le mois qui suit)</p> <p>*Enseignements : la confiance, en effet pas d'efficacité dans une équipe si il n'y a pas de confiance au sein de celle-ci suppose que les acteurs se connaissent, que les référentiels soient les mêmes</p>
Question finale	<p><i>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification, utilisation de procédures formalisées) :</i> 4</p> <p>Les procédures ne peuvent constituer qu'un socle de départ.</p> <p>Le reste n'est que de l'adaptation.</p>

Entretien - Directrice de la formation et de la vie associative FEHAP

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition de la crise = Episode aigu dans lequel les ressources traditionnelles et les procédés normaux d'action sont partiellement ou totalement invalidés et dans lequel il faut de façon urgente et extrêmement coordonnée faire face à un ou une série d'évènements en chaîne • Poste occupé : Responsable qualité national de la Croix Rouge française et de la mise en place du processus alerte sur les évènements indésirables graves et les situations de maltraitance (en lien avec service ressources humaines et service juridique) • Ex 1 de crise rencontrée <p>Dans 1 IME, 1 salarié licencié quelques mois plus tôt, qui revient sur son lieu de travail mécontent d'avoir été licencié, avec 1 carabine, et tire sur le Directeur. Il le blesse. Les enfants ne sont pas atteints. Situation de violence aigue. Ce qui était impressionnant c'est les différentes descriptions de cet évènement dans le cadre de la gestion de crise.</p> <p>Rapport de psychiatre qui raconte l'horreur (Directeur avec les oreilles en sang, parterre) versus cellule de crise : faits racontés par le directeur très distancié.</p> <p>⇒ Séquencement de la crise et les faits mêmes avaient une description très différente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ex 2 : décès d'un enfant dans un établissement accueillant des enfants avec des handicaps lourds, à cause d'une contention négligence d'un professionnel de santé qui lui a mis une coque pas adaptée, l'enfant s'est glissé entre les barres et en est mort. <p>On s'aperçoit d'une série de choses : 1) il y a faute professionnelle, 2) que cet infirmier avait l'objet d'une mesure disciplinaire mais pas suivie des faits 1 an plus tôt pour maltraitance, 3) et ceci survient dans 1 établissement où un procès de maltraitance sexuelle qui avait lieu 10 ans avant étant en cours de finalisation au même moment</p> <p>Ce qui était frappant c'était le séquencement des emboitements et des résonances et la nécessité d'accompagner les différents acteurs : Directeur, parents, enfants, presse, justice, police. Accompagnement de façon serrée car les acteurs s'oublient eux-mêmes. Ils gèrent, absorbent, suivent les consignes.</p> <p>« Personne n'a une résilience sans tuteur de résilience » (Boris Cyrulnik). Nécessité d'une armature claire et déjà diffusée, mais expliquée et réexpliquée, appropriée. Des interlocuteurs légitimes, qui travaillent vite et bien ensemble, sinon querelles d'égo. Il faut des process simples et clairs. Et un suivi qui rappelle au Directeur de dormir, de boire de l'eau (effet d'oubli des acteurs dans l'action)</p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?</p> <p>On a vu tout de suite que c'était une crise mais on n'a pas toujours vu toutes les dimensions de la crise. On a vu caractère aigu tout de suite mais la complexité pas toujours tout de suite. Avec le temps, on prend la mesure de l'épaisseur et de la gravité.</p>
Etapas de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapas de la gestion de crise <ol style="list-style-type: none"> 1) Collecter les informations, les objectiver, les rendre le plus exhaustif possible 2) Analyse pluridisciplinaire n°1 3) Collecte des faits à nouveau à partir des questionnements 4) Analyse pluridisciplinaire n°2 5) Alerte 6) Information de différentes natures, personnes concernées : professionnels, autorités de régulation, famille, justice, etc. 7) Gestion des émotions (parents, professionnels, personnes vulnérables) 8) Retour d'expérience (si ce n'est pas prévu tout de suite ça échappe. Dans la conscience des personnes qui vivent la crise : on oublie et on efface après.) 9) Mesures correctives qualité 10) Mesures systémiques (éventuellement, formation, discussion avec représentants du personnel sur les mesures correctives) 11) Mise en débat dans évènements desserrés sur l'urgence, sur qu'est-ce qu'on aurait pu faire autrement et comment font les autres 12) Créer une culture de l'alerte partagée sur le lieu de la crise et de préférence sur le territoire. (CRIF, ASE, établissement doivent partager même culture.) Il faut partager réflexes internes avec les régulateurs, ou dans plus grand établissement avec DRH, représentants de personnel, cadres
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ?</p> <p>Les protocoles doivent avoir une portée politique et opérationnelle : devenir THE Outil. Ex. DG le diffuse après validation du CA. Dans le contenu, il peut s'agir d'un process classique.</p> <p>Culture + maturation. L'anticipation était 1) construire l'outil, 2) avec légitimité politique, 3) construire avec</p>

	portée opérationnelle, 3) formation avec les directeurs à l'utilisation de ce protocole Il faut produire du sens autour des outils. Les gens restent dans leurs bulles et ne font pas confiance aux émetteurs de la procédure ou aux réceptacles de l'alerte. La crise pourrait être anticipée et on pourrait en tirer des enseignements, mais on ne le fait pas. Ils alertent quand on est déjà au cœur de la crise et plus facilement au quand ils ne sont pas concernés.
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ? <i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les réactions c'est l'action et parfois trop rapides. 2) Réactions de grande mobilisation d'énergie. Grande ténacité. Inégale capacité à synthétiser ce qui se passe et à transmettre. Ce n'est pas la crise qui fait ça. Capacité de travail en commun. Beaucoup d'émotions canalisées et à certains moments, incapacité de prendre sur soi. 3) Procédures cadrées au niveau de la justice, bien organisée en amont. Expérience qui s'est construite en termes de gestion de crise communicationnelle. Parfois déni d'une partie de la réalité. Inégale capacité à suivre dans le temps 4) et ensuite on apprend. La crise enseigne. <p>Glissement de tâches : non, les gens habitent plus intensément leurs missions. Ils deviennent un super directeur, super médecin, super psychologue. Au plus haut et au plus aigu de leurs compétences. La crise montre vite qu'on ne peut pas faire tous les métiers, on ne peut pas tout faire. Des gens jusqu'au bout de leur sujet, un certain courage. Par contre, des glissements et des erreurs sont fréquents dans la communication. Des gens qui parlent aux parents, à la presse. En France, on ne tire pas les enseignements dans le temps. Deux fragilités : on ne dit pas et on ne suit pas.</p>
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p>Cela dépend des acteurs, de la gravité et de la nature de la crise. Tout le monde n'est capable de résilience ou égal à la résilience. La résilience dépend de la robustesse, de la santé interne. En bonne santé, les capacités réparatrices sont plus fortes. Une crise qui arrive sur un appareil malade : la capacité de mobiliser les forces de résilience qui va être moindre, il est difficile de chercher les tuteurs de résilience. Cela peut prendre beaucoup de temps si les crises précédentes ne sont pas résolues. Crises qui s'enlissent et qui pourrissent. Des organisations peuvent être mises en place comme une cellule d'urgence médico-psychologique dans certains endroits. Mais beaucoup d'établissements n'ont pas les moyens et la culture pour le faire. Quand les moyens existent, les acteurs peuvent avoir peur d'y avoir recours, une méconnaissance et pas un réflexe : ils s'enlissent dans leur propre silence (pas d'extériorité). Les lieux ressources n'existent pas toujours et quand ils existent on ne s'en saisit pas toujours.</p>

Entretien - Cadre supérieur du SAMU

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>*S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - attentats du 13 novembre 2015 - suicide d'un agent au sein de l'équipe du SAMU. <p><i>*L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> vite identifiée comme une véritable de crise => jamais été vu auparavant au sein de l'équipe compte-tenu du renouvellement important des équipes du SAMU sur le terrain. <i>*Quel poste occupiez-vous ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ancien cadre supérieur du SAMU - Actuellement responsable qualité gestion des risques
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ? <i>*en quoi votre expérience vous aide-t-elle pour identifier la crise ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - déjà vécu des expériences liées à des catastrophes inattendues. Face à cela, il a compris rapidement que les attentats étaient une véritable crise compte tenu du turnover important des équipes. - Critères d'identification : "prise rapide des informations" auprès des officiers pompiers, auprès de la police et des médias. A partir de ces informations et de leur regroupement, il s'agit de dresser un schéma du temps d'investissement que cela va nécessiter. <p><i>*existait-il à l'époque des dispositifs de détection d'une crise ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - alertes auprès du SAMU se font par les autorités sur place => organisation zonale et départementale. - à l'hôpital : mettre en place des indicateurs=>liés à une "anormalité" de l'activité =>gravité, le nombre de patients heures, nombre d'agents présents, nombre d'agents pas en poste, ce de façon continue - autre de détection : au sein d'une équipe les rivalités habituelles en mode de fonctionnement normal s'effacent et que de façon instantanée, ces rivalités cessent =>il faut que "l'encadrement n+2 soit dans tous les jours", sinon il est très difficile de les détecter cela. Seuls les cadres de proximité peuvent

<p>Etapes de gestion</p>	<p>sentir cela.</p> <p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de la prise en charge du SAMU : la prise en charge en soins "n'arrive qu'au niveau 3" => nécessité de sécuriser les équipes avant de les faire intervenir comme en médecine de guerre, "on fait une médecine dégradée". Le médecin définit l'objectif thérapeutique et il stabilise le patient avant le transfert du patient aux urgences, puis au bloc chirurgical (ex technique utilisée pour préparer l'Euro 2016) => professionnels pas tous habitués - anticiper la relève des équipes et de prévoir les circuits logistiques aussi bien pour gérer la crise=> produits pharmaceutiques, matériels et transport. Une fois que les fonctions RH et logistiques traitées, vient la prise en charge médicale et paramédicale. - Nécessité de savoir gérer la crise et savoir préserver les capacités du quotidien. Mais, tout dépendra du type de crise. En NRBC, on ferme tout l'hôpital et on fonctionne en autonomie. Il faudra repenser la prise en charge des activités et ralentir si besoin l'activité mais toujours garder une "pression résiduelle" des équipes. - Toute crise=> déclenchement de la cellule de crise pas forcément par le chef d'établissement (ex ADG), « format unique », si une personne ressource est absente, son remplacement est prévu. Mais mobilisation est plus difficile de la DRH ou ses représentants qui ne se déplacent pas ou alors dans le cas d'un gros problème => le DS gère les RH - Sur le Groupement Hospitalier (GH) : plan AMAVI GH qui définit les rôles et les modalités de transport et l'organisation entre les 4 hôpitaux du groupe. - Préconisation : utiliser de façon plus régulière la cellule de crise pour des événements inattendus et mettre en place avec tous les membres de la cellule de crise de véritables outils afin que les Administrateurs De Garde (ex: ingénieur informatique) puissent piloter la cellule de crise sans nécessairement besoin du directeur d'hôpital => rendre autonome les personnes non compétentes. - Savoir anticiper la crise car toujours "une faille". Ralentir si besoin l'activité mais toujours garder une "pression résiduelle" des équipes.
<p>Gestion formalisée de la crise</p>	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ?</p> <p><i>*Sur quels outils formels vous êtes-vous appuyé pour gérer la crise ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de logiciel d'aide à la décision. Il existe cependant des méthodes de raisonnement tactiques. Au-delà des plans blancs généralistes (hormis les plans spécifiques type NRBC ou l'ancien plan rouge) => peu d'outils "figés" permettant d'anticiper au quotidien. - Sur le GH => plan blanc GH axé autour du site principal ayant le service des urgences, étant un des maillons par rapport aux autres hôpitaux du 92 => des plans de fonctionnement qui restent des principes et des concepts (en dehors des annexes particulières des plans blancs demandant des compétences techniques). Dès qu'on reste dans la relation du plan et du concept, cela oblige à avoir du discernement. - Des plans et des protocoles sont nécessaires pour avoir une ligne conductrice, un esprit, mais il faut permettre aux gens de penser. Il est nécessaire d'avoir des procédures mais chacune des équipes doit ensuite l'intégrer en travaillant dessus et en l'adaptant. Chaque équipe devrait construire son propre de fonctionnement et il saura ainsi l'appliquer. <p><i>*Avez-vous anticipé cette crise, et si oui grâce à quelles actions (formations...)?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • formation sur la prise en charge en situation exceptionnelle qui consiste en une journée de formation des professionnels qui a lieu 4 fois par an depuis 6 ans. • personnels concernés : médecins du SAMU, les IDE, les pédiatres (compétences spécifiques), les permanenciers et les ambulanciers. • Initiative du SAMU il y a 6 ans avant obligation des autorités à mettre en place ce type de formation (siège de l'AP-HP et ARS). • 4 ateliers : 1 : monter un Poste Médical Avancé (PMA), appelé aujourd'hui Point de Rassemblement des Victimes (PRV). Les secrétaires du SAMU peuvent jouer les impliqués –2. : mise en place d'un "hôpital de campagne". La salle de restauration des personnels sert alors de terrain d'entraînement – 3 : montage de la tente de décontamination NRBC : apprendre aux agents à s'habiller et se déshabiller avant et après décontamination de façon sécurisée et formation à la décontamination –4 : atelier transmission : les agents n'ont plus leur téléphone portable et ils doivent s'habituer à communiquer par radio. Ils doivent utiliser un nouveau dispositif de transmission de l'information, appelé ANTARES et utilisé par les pompiers, la police et les SAMU. Ce dispositif permet de pouvoir communiquer même si des cellules de crise communes n'ont pas été mises en place => les agents apprennent à communiquer de manière claire avec des messages concis et à expliquer efficacement les besoins. L'objectif est plus facilement recentré en fonction du type d'événement (accident routier, accident d'aéronef, attentats, accident climatique...). L'idée est de pouvoir transmettre efficacement lorsque les équipes arrivent sur le lieu d'un accident car cela peut être chaos. On ne peut pas faire les soins directement. Il faut sécuriser, sectoriser le lieu de l'événement pour pouvoir mieux organiser les soins. Cela ne peut se faire qu'en échangeant et transmettant les informations. Pour cet atelier, un observateur permet d'avoir une vision globale car "derrière le téléphone ou la radio, il peut y avoir de la perte d'informations". Depuis, ce type de formation est devenue obligatoire. Les personnels de direction ne sont pas impliqués dans l'exercice,

	<p>ils viennent observer ces exercices.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des difficultés de prise de conscience de l'importance de l'anticipation : <ul style="list-style-type: none"> • pour l'Euro 2016, il a été mis en place sur le site principal du GH qui accueille le service de urgences, une chaîne de décontamination NRBC. Le site n'avait pas rempli l'obligation d'installation de cette chaîne pourtant obligatoire lorsqu'un hôpital avec un SAU. Rien que le fait de devoir sécuriser le site par un système de fermeture de portes, "n'était pas dans l'esprit de direction", malgré les directives du siège. • Manque de l'anticipation concernant l'organisation des ressources humaines en cas de crise. En effet, en cas de déclenchement d'un plan blanc, il est parfois nécessaire de faire venir des personnels de l'extérieur pour renouveler les équipes et de demander aux personnes sur site de rester sur place afin de pouvoir gérer la crise. Avec un hôpital situé en ville : impossibilité pour les personnels rappelés d'accéder à l'hôpital (fermeture des voies de communication par les services de police et l'armée. Aussi, l'organisation des allers et venues des agents se fera de façon "spontanée", bien qu'une organisation doit être mise en place par la cellule de crise avec les autorités (lien cellule de crise avec la mairie de la ville, PRV, tri, récupération des équipes par les forces de l'ordre pour les relèvees).
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?</p> <p><i>*Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de surprise. Confirmation que l'homme peut se relever. Se relever est la partie la plus importante dans la résilience, c'est la capacité de se reconstruire => étonnant que les agents les plus anciens du SAMU ayant une certaine maturité professionnelle par rapport à d'autres collègues plus jeunes voulaient absolument partir en intervention. Il s'avère que les agents du SAMU ont toujours envie de "faire le travail jusqu'au bout". Ces agents ont des profils de sauveteurs tels que les pompiers, les policiers, les gendarmes ou les pilotes de chasse. Ils ont besoin de "se surpasser". - Profils des agents du SAMU et leur capacité d'adaptation : <ul style="list-style-type: none"> • s'adapter aux autres profils tels que les pompiers et la police. Par exemple, en fonction des situations, ils doivent travailler conjointement avec des pompiers et ou la police. A leur contact, les méthodologies du SAMU se profilent de la même manière". Ils doivent être en capacité de passer "d'une logique à une autre" en fonction des profils et personnes avec qui ils collaborent. • Font face à l'imprévu quotidiennement. Il existe chez eux une "mini pression fonctionnelle" qui fait qu'ils vont devoir toujours trouver des solutions. C'est grâce à cette "pression résiduelle" et qu'il n'y a pas de solution figée, que les professionnels peuvent prendre des initiatives adaptées. - Dans les services cliniques, les soignants sont souvent mobilisés pour remplacer des collègues absents. Par exemple, avec un IDE ils arrivent à faire le travail de 3 IDE, avec pour contrepartie une moins bonne qualité des soins. Mais => priorisation et hiérarchisation des soins à faire. La résilience des professionnels reste "assez bonne" contrairement à ce que l'on peut entendre dans les médias. - Attention, des limites à la résilience et la possibilité d'une rupture : <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'un objectif : cette mini pression ne peut fonctionner que si les professionnels "savent où ils vont" pour faire avancer les acteurs, leur esprit d'initiative et d'adaptation. Par exemple, à l'hôpital, "c'est sans arrêt dans des situations d'injonction contradictoires - faire mieux avec moins de moyens". Les professionnels sont donc sous pression résiduelle constamment et ce qui est le plus dur est de ne pas savoir ce que le service va devenir à cause par exemple, d'un manque de ressources médicales ou chirurgicales. Cela crée de l'incertitude chez les professionnels entraînant à terme une rupture de cette pression résiduelle bénéfique et par la même de l'épuisement... Dans certains cas il peut y avoir une véritable rupture dans la mesure où dans certains services, les professionnels partent travailler ailleurs la résilience n'a pas marché. • Nécessité d'un pilote : par exemple, en gestion de crise, "la fonction prévaut sur le grade". Cela est également le cas des ADG qui doivent gérer la crise, en l'absence du chef d'établissement. Ils sont amenés à diriger des équipes qui ne sont pas leurs collaborateurs ou ne sont pas de leur service.
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p><i>*Comment est-on revenu à la normale ?</i></p> <p>Le retour à la normale dépend de la crise. Pour le cas du suicide de l'agent, cela a mis pas mal de temps au sein de l'équipe. Deux choses essentielles : s'assurer que les fonctions RH et logistiques fonctionnent avant un retour à normal.</p> <p><i>* Quelle analyse avez-vous fait de la crise ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est nécessaire de bien gérer le retour à la normale. Les deux clefs du retour à l'équilibre sont : les fonctions logistiques et ressources humaines. Dans un hôpital avec une activité très spécialisée = simple de remettre à la normale le service de chirurgie (et ce d'autant plus, que l'hôpital est intégré dans le maillage de l'APHP avec des hôpitaux à proximité) => cas avec les GHT - Mais plus compliqué dans un hôpital de province avec un service de chirurgie général. <p><i>*Quels enseignements en ont été tirés ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer de nouvelles façons de faire et de nouveaux outils d'aide à la gestion de la crise. • Entraîner les professionnels qui ne sont pas forcément des professionnels de terrain comme les ADG à la gestion de crise de façon plus régulière, même pour des situations qui ne sont pas forcément

	<p>catastrophiques (ex. du cas d'une émanation de chlore dans la piscine de balnéothérapie => cellule de crise non activée, le directeur a géré seul. L'activation aura été bénéfique car : gestion de la problématique avec les différents acteurs de façon pluridisciplinaire, meilleure communication avec les acteurs (ici pompier, ARS...), meilleure transparence dans la gestion de l'événement, vérification du matériel.</p> <p>=>La cellule de crise reste un "concept" et ensuite sur cette base chaque situation différente peut être gérée. Ainsi, les ADG au fur et à mesure deviennent autonomes à une condition : définir des niveaux d'activation de la cellule en fonction du risque et de son impact sur les prises en charge en soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les services de prise en charge de première ligne, former les professionnels à la psycho trauma pour prendre en charge les victimes et étendre le champ d'intervention des cellules médico psychologique <p>=> Toute crise a un impact psychologique et ce, pour tous les services et malgré toute la résilience. Chaque professionnel doit pouvoir trouver un lieu où il peut parler. L'organisation ne sait pas ce qui se passe dans la vie des gens. Le dépassement de soi a donc des limites. Si on met une pièce métallique dans un bain d'eau chaude ou dans un bain d'huile, alors que la dureté extérieure semble la même, la pièce ne sortira pas de la même manière du bain. La dureté n'est qu'une couche de protection.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoir communiquer : manque ou la mauvaise communication sont facteurs de cas critique et entraînent une sur crise. Aussi, dans les milieux où l'information va très vite, il faut communiquer très vite et savoir dire "nous ne savons pas ". Par exemple, on peut prendre le cas d'un suicide d'un des agents de l'équipe. Très rapidement suite à cet événement, les informations relatives à ce suicide ont circulé et sont arrivées très rapidement jusqu'aux équipes du SAMU. Le cadre et le médecin chef on le plutôt possible communiqués sur l'événement auprès des équipes soit de façon individuelle ou par groupe, mais à chaque fois de façon adaptée. Les équipes et les personnes les plus fragiles ont été suivies longtemps après le suicide. - Savoir accompagner les équipes "tout au bout de la démarche jusqu'au processus de deuil" et bien prendre en compte l'impact psychologique d'une crise. - Réaliser des Retex sur la crise et réaliser un véritable retour de l'information aux équipes (débriefing systématique et retour aux équipes)
Question finale	<p>Chacune des problématiques n'ont pas été posées.</p> <p>Mais on peut retenir les éléments suivants :</p> <p>L'idée est "d'apporter de la culture de distanciation quotidienne des agents car la résilience et sa capacité est personnelle et a ses limites au niveau industriel et humain".</p> <p>Il faut toujours garder « une tension résiduelle au sein d'une organisation car elle permet aux agents d'agir et de prendre de bonnes initiatives.</p> <p>Il faut toujours un pilote un objectif sinon les professionnels ne savent plus pourquoi ils agissent et cela peut remettre en cause cette « mini tension » et leur capacité de résilience.</p> <p>Face à la crise, les agents créent du « lien social », la crise est un moment de socialisation entre les équipes.</p> <p>La meilleure solution pour gérer la crise est de l'anticiper, car malgré tout ce que l'on prévoit, il y aura forcément une « faille ».</p>

Entretien - Directeur des soins CHU

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ?</p> <p>Panne d'électricité de 40 min sur le site principal de MCO (CHU Clermont-Ferrand) le 20 juillet 2016. Suite à un essai, lors de la reconnexion à l'alimentation générale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • réactivité des professionnels • inquiétude des professionnels et des patients ->communication/relais d'information est essentielle (rassurer) pour que l'organisation reste efficace. • 40 min dans le noir, le groupe électrogène n'a pas pris le relais. Tout a dû être redémarré en manuel. • On ne se pose pas les mêmes questions aux mêmes endroits (Urgences -> inquiétude + pas de puits de lumière ; au bloc -> OK car onduleurs ; ascenseurs : sécurité est intervenue immédiatement pour sortir les gens des ascenseurs). • Réaction : débriefing, convocation CHSCT <p>Panne de téléphone durant 24h : les trois câbles de fibres ont été coupés. Le standard, l'accueil s'en est rendu compte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usage téléphones personnels ; numéro en interne identifiés joignables • Mise en place ensuite d'une cellule de crise. • Mise en place de relais • Réaction : plan de crise coupure de téléphone. <p><i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i></p> <p><i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> · appel DGA pour aller aux urgences : « panne d'électricité vient avec moi on part aux urgences » · pas remarqué initialement car ordinateurs sous onduleurs. · points de vigilance : sauvegarde des données cloud ; IRM à arrêter. <p>ARS= prévenir pour tout élément indésirable. <i>Quel poste occupiez-vous ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · DS/CGS CHU Clermont (panne électricité) · CGS CHU Rennes (panne téléphone) · formation d'infirmière, cadre de santé puis DS.
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> · Niveau de mise en danger du patient et ou professionnels en poste · Impact sur l'image de l'hôpital et sa notoriété (via le biais financier). ex : suicide <p><i>En quoi votre expérience vous aide-t-elle pour identifier la crise ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · mise en alerte/ sensibilisation à l'urgence (parcours infirmière & cadre)/ expérience des garde des autres directeurs · La marche à suivre (procédure) ne vous dira pas comment vous allez réagir/ se comporter avec les autres acteurs, les familles... <p><i>Existait-il à l'époque des dispositifs de détection d'une crise ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Non pour la hausse des températures dans les locaux informatique car pas d'astreintes de nuit c l'informatique. · pour la panne d'électricité : non car la pièce défectueuse n'avait jusque-là jamais lâché (à la fois a CHU Rennes et dans les autres structures publiques/privées où elle est utilisée), donc absolument pas prévisible.
Etapas de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> · Mise en alerte : services de terrain (jour) + standard téléphonique (nuit, qui n'a pas qu'un rôle de transmission, mais qui a aussi un rôle d'information). <u>Formalisé</u> · alerte confirmée : important de dire « je vais venir, vous faites ça pas ça », appel à la police (qui contacte le parquet qui décide de l'autopsie ou non) avant la famille (en cas de suicide). · appel des personnes ressources ; appel des personnes liées à l'expérience : <u>improvisation</u> · Mise en place des actions. Un seul pilote = un seul qui donne les ordres, à tout moment « Dans une crise, la décision prise est, sur le moment, la bonne. Le reste est histoire c débriefing ». · Suivi des actions. Ne pas oublier de tracer les éléments (rythmer, heuro-dater... pour reprendre les situations à froid) · Fin = Lever la crise, reporting à chaud, remercier les personnes, débrief
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ? <i>Sur quels outils formels vous êtes-vous appuyé pour gérer la crise ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Malette de garde avec procédures et personnes à contacter. A prendre connaissance e début/avant la première garde. On ne s'y réfère toutefois pas en permanence. Contient le guide de l'APHP sur les gardes, les plans de crise améliorée des retours des directeurs. Le partage avec les autres est essentiel. <p><i>Avez-vous anticipé cette crise, et si oui grâce à quelles actions (formations...)?</i> Difficile d'anticiper</p> <ul style="list-style-type: none"> · En dehors des grèves dures, un afflux plan blanc on vide les lits et on déprogramme ; un afflux d'hôpital sous tension on ne fait pas la même chose : on vide moins et on déprogramme peu. · C'est la durée de la crise qui fait qu'on ne gère pas la crise de la même façon.
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ? <i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · <u>Adaptabilité</u> : principe fondateur service public + <u>prise d'initiative</u> en situation de crise sont de fait mais pas sous n'importe quelles conditions. · <u>Glissement de tâches</u> : pas au sens médical du terme (paramédical -> médical), mais brancarder bouger des chaises. · <u>Autonomie</u>: les techniciens électriques lors de la panne sont autonomes : « c'est leur valeur ajoutée, c'est leur métier ». Les autres gèrent les conséquences de la panne. L'important pour le décideur c'est de savoir ce qu'il se passe. <p>Compétences révélées :</p> <ul style="list-style-type: none"> · capacité à organiser · le sens de l'autorité naturelle, qui fait que les autres ne contestent pas une décision. · capacité d'entraide, de passer plus de temps en cas de situation difficile.
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <ul style="list-style-type: none"> · Remise en marche manuelle de l'alimentation électrique. · Débriefing (panne d'électricité) : DGA, DS, Qualité, cadre sup' des urgences, directeur des services

	<p>techniques. Oubli de la stérilisation de vérifier (pharmacie : produits coûteux, IRM... mais pas l'interruption de fonctionnement des autoclaves. Crise : 14-17h, puis de nouveau cellule de crise le lendemain pour le retour à la normale.</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseignements : pourquoi on n'avait pas identifié ce risque (panne d'électricité) ? Faut-il refaire la cartographie des risques : aide à mieux répertorier et analyser les risques, mais aussi aller plus loin que la crise elle-même... ? Réponse positive. <p>Redonne du sens à l'action de l'organisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> redonne du lien repérer des acteurs/ s'ouvrir à des acteurs auxquels vous n'aviez pas pensé on se voit sous un autre jour (directeur - agent) : solidarité. empathie des usagers selon la gestion de la crise (gestion rapide, maîtrisée et en toute sécurité) et selon sa gravité. reconnaissance du travail réalisé.
Question finale	<p>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification, utilisation de procédures formalisées</p> <p>7 (organisation en amont). 1 : improvisation totale + 10 standardisation.</p>

Entretien – Directeur des soins CHU

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ?</p> <p>En fonction de DS, expérience lors d'une garde administrative d'un accident train-voiture à St Médard il y a 5-6 ans.</p> <p>Différencie les événements par niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> →1^{er} niveau, l'imprévu : élément ponctuel dans l'organisation des parcours et circuit des patients et qui peut provoquer une perte de chance pour un ou deux patients. Expérience d'une suspicion d'un patient atteint d'Ébola. →2^{ème} niveau, la crise saisonnière : prévisible, séquentielles et possibilité de mettre des dispositifs gradués pour y faire face. Expérience de la grippe saisonnière annuelle. →3^{ème} niveau : SSE qui équivaut à une crise. Quelques minutes après l'alerte, déclenchement du plan blanc. <p>-L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</p> <p>Cet événement à d'emblée était identifié comme une crise car alerte donnée par le SAMU.</p> <p>-Quel poste occupiez-vous ?</p> <p>DS.</p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?</p> <p>Pas d'outils qui permettaient à l'époque d'identifier/détecter la situation comme une crise. Dès le déclenchement du plan blanc, il s'agissait de suivre la procédure de gestion de crise, amorcée avec le plan blanc.</p>
Etapes de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <p>Les différentes étapes de la gestion de crise suite à une alerte donnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> →1^{ère} heure : on lance les grands principes de prise en charge des victimes/patients. Déclenchement du plan blanc et sécurisation de l'établissement. →2^{ème} heure : adaptation de la prise en charge aux profils des patients : urgences absolues (UA), urgences relatives (UR), nombre d'impliqués. Le niveau de résilience de l'établissement passera par sa capacité à s'adapter au volume de patients qui doivent être regroupé autour des compétences disponibles. Un filtre est mis en place devant l'entrée de l'établissement suivi d'un « damage control » des UA. L'équipe qui s'occupe de ce filtrage doit être pluridisciplinaire ; un espace dédié est identifié avec le matériel nécessaire à proximité. Transfert des victimes/patients vers les différentes salles de blocs opératoires (une vingtaine est disponible dans l'heure). L'impact sur le fonctionnement/circuit normal des urgences est faible, voire nul. →Ensuite : déprogrammation des opérations chirurgicales, ce qui contribue à la résilience de l'organisation ; sorties anticipées de patients ; Mise en place d'une Cellule Médico Psychologique (CUMP) placée loin du lieu de l'évènement afin d'éviter les mouvements de paniques.
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ?</p> <p>Identification de points carrefours : « damage control » ; cellule de gestion des lits et des place ; cellules de crise. Appui sur les autres CH et les cliniques privées.</p> <p>-Sur quels outils formels vous êtes-vous appuyé pour gérer la crise ?</p> <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> →Pour chaque compétence mobilisée, une fiche d'intervention est attribuée pour chaque métier dans la première heure. →Plan blanc avec fiches d'intervention →Rappel automatisé des agents

	<p>—>2 centres simulateurs de situation de crise : copié/collé de salles d'opérations + enregistrement vidéo pour établir une critique ensuite.</p> <p>—>3 ou 4 exercices par an (CHU ESR) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -SSE : 3 exercices de crise épidémique, puis considère qu'à chaque fois qu'il y a une suspicion de cas cela revient à un exercice, donc une dizaine de séquences au total -Exercices attentat : 3 en tant qu'établissement référent et 2 pour lesquels l'établissement était contributeur en mobilisant des équipes sur les lieux.
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?</p> <p><i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <p>Parfois nombre d'acteurs volontaires qui se mobilisent trop important. Il faut donc réguler ces afflux massifs de compétences (inutiles pour un moment T mais utiles pour une rotation ultérieure). La bonne gestion de la crise dépend du niveau de maturité collective des acteurs.</p> <p><i>-Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> —> Autonomie limitée des acteurs : les personnels restent cantonnés à exécuter les fiches d'intervention correspondant à leur fonction/poste les premières heures suivant l'évènement. Réduction de flexibilité au maximum. —>Ajustement des actions selon la remontée du terrain. La liaison ascendante doit être très opérationnelle et très codifiée. —>Jamais de glissements de tâches mais des pratiques qui ne sont pas courantes. Par exemple : un cadre administratif qui brancarde des patients.
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? Ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p><i>-Quels enseignements en ont été tirés ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> —>Globalement, chaque exercice remet en cause les schémas/plans qui sont posés. Il est primordial de maintenir des dispositifs d'entraînement et d'améliorations des compétences. —>Frustration de certains personnels qui restent sur place jusqu'à l'épuisement (qui peut être non ressenti). —>Un affichage de crise (avec des indications spécifiques) est prévu en dessous de l'affichage normal sur les panneaux. —>Mise en place d'un centre de regroupement des compétences lors des crises, ce qui améliore la réactivité des professionnels. —>Envois automatiques de messages aux chirurgiens à mobiliser qui leurs indiquent directement dans quelles salles de blocs opératoires ils doivent se diriger. —>Logiciel en cours d'achat permettant rappel automatique de la cohorte de professionnels de santé à mobiliser lors d'évènement de crise. —>Prise en compte des circuits de gestion de crise dans les futurs projets d'aménagement structurels ; création d'une entité « SSE » proche des centres de formation et des centres de simulation existants. —>Les premières heures sont primordiales ; les situations et réponses apportées ne sont jamais les mêmes. —>Conserver un lien étroit avec les ARS. Cela consolide la complémentarité des acteurs et le travail sur des outils communs. <p><i>-Comment est-on revenu à la normale ?</i></p> <p>Retour à la normale concernant la reprise d'activité du CHU :</p> <ul style="list-style-type: none"> —>En dessous de 10-15 patients, retour à la normale < 12heures. Si le nombre de patients est supérieur, cela peut prendre 24-48h. —>Réaménagement du temps de travail des personnes mobilisées lors de l'évènement mais généralement, elles sont présentes dès le lendemain matin donc facteur de danger dû à la fatigue. —>Énormes besoins des acteurs de la crise d'échanger/de dialoguer et de partager leur expérience que ce soit dans l'immédiat ou plus tard. <p><i>-Quelle analyse avez-vous fait de la crise ?</i></p> <p>Débriefing à chaud (immédiatement après l'évènement) pour écouter et remercier le personnel, puis à froid (dans le mois qui suit) pour pointer les carences et améliorer l'organisation de la gestion de crise.</p>
Question finale	<p><i>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification, utilisation de procédures formalisées)</i></p> <p>Afin d'y mettre une évolution particulièrement positive en ce qui concerne le niveau de maîtrise de la gestion de crise,</p> <p>il y a 3 ans : 2 ; il y a 18 mois : 5 et maintenant 6. En précisant que le 10 n'est ni une cible, ni un objectif pour un évènement puisque chaque crise oblige une adaptation spécifique ; chaque exercice apporte des ajustements qui ne correspondent pas forcément aux réponses à décliner pour la crise suivante.</p>

Entretien - Chargé de mission pôle qualité, ARS

Idée	Question
Descriptif de la crise	1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ?

	<p><i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> N'a pas vécu de crise en ARS car gérée par direction défense. Mais a du gérer la réponse lors des attentats de Paris du 13 novembre. Aucune perturbation du fonctionnement de l'organisation. Pas forcément de situation majeure car pas de connaissance de ce qu'il allait être demandé, sollicitation au fil de l'eau, allait crescendo <i>Quel poste occupiez-vous ?</i> Chargée de mission pôle qualité, ARS Bretagne, en astreinte administrative à ce moment là</p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ? Identification crise : événement qui arrive avec impact fort, événement qui toucherait population au delà d'une capacité de réponse. En système d'astreinte à l'époque pas de formation particulière : suite à cela rien de plus pour les astreintes, mais formation pour les directeurs</p>
Etapes de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ? Pas d'étonnement plus que ça, en gestion de crise il faut suivre les ordres et respecter les procédures. Manque d'informations sur les moyens mis en œuvre par les régions et qui était mobilisé en dehors de la région Bretagne.</p>
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ? Espace collaboratif. Important d'avoir des coordonnées pour contacter l'ensemble des services d'urgences et hospitaliers, en prévisionnel de remplacer les équipes, surtout outils pour contacter : espace collaboratif lourd, afin de mobiliser les bonnes personnes aux bons endroits. Pas de formation avant et même à ce jour.</p>
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ? <i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i> *Initiative : Pas de prise d'initiative en astreinte : respecter les procédures et les ordres du n+1 *Glissement de tâches : pas de glissement de tâche à son niveau</p>
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ? Mobilisation le soir de l'attentat et un peu le lendemain mais peu car la région n'était pas touchée directement, Ce qui lui a manqué : un fichier de base avec les numéros, qu'est ce qu'on peut demander pendant un attentat, les moyens dispos, ... Constats de manque et disfonctionnement pour répondre à la crise : rappel auprès des directions des établissements fait suite aux attentats, retex au sein de l'agence</p>
Question finale	<p><i>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification, utilisation de procédures formalisées)</i> Pas de réponse</p>

Entretien - responsable du pôle régional de défense sanitaire, ARS

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i> - incendie usine ICPE en Picardie (14 Juillet) : tension très palpable lors de cette cellule de crise, notamment du Directeur de cabinet + éclatement du principe du secret médical ; - tempête neige en mars 2013 dans l'Oise ; - inondation en 2014 ; - épisode Ebola (difficulté : se retrouver tout seul lors du déclenchement de la cellule de crise + expliquer ce qui allait être mis en place + pas de vision de médecins/professionnels de santé + volonté de la veille sanitaire à vouloir gérer la crise tout seul et à ne pas décentraliser la logistique ou d'autres fonctions).) - attentats du 13 Novembre 2015. *Différenciation entre crise et SSE : SSE est amenée à devenir crise (effet, nature de l'évènement, ampleur et origine de l'évènement font varier la capacité de la SSE à se transformer en crise) Poste occupé : - Responsable de défense et de préparation aux situations sanitaires exceptionnelles DD ARS Oise puis responsable du pôle régional de défense sanitaire ARS Bretagne ;</p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ? Il existe des outils formels de détection d'une crise ; par ex : guide pour les directeurs d'astreinte pour mise en place de la CRAPS (questionnaire reprend 4 grands principes d'identification : cinétique, ampleur, nature et origine)</p>

	Document avec des questions fermées qui évaluent si une situation prend une grande envergure dans sa gravité (crise). + Formation au déclenchement de la mise en place d'une cellule de crise (exercice de simulation pour dimensionner les décisions à prendre : convoquer les experts, armer une cellule de crise...).
Etapas de gestion	3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ? Ce qui vous a surpris : le stress de certains acteurs et du directeur de cabinet en cellule de crise
Gestion formalisée de la crise	4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ? Expérience aide aussi Outils formels : -les formations et les plans donnent des lignes de conduite. Mais principe clefs : ne pas rester prisonniers du plan. Ce n'est qu'un outil qui peut ne pas être adapté à la situation. On applique jamais tel quel un plan. Pour la planification : travail en amont avec les établissements de santé (+en interne avec l'offre de soins) pour élaborer les plans. Evaluation du degré de préparation + créer de l'homogénéité et de la culture dans la réponse à apporter en faisant participer les acteurs/professionnels dans des réunions de concertations (définitive commune de comptage et prise en charge des victimes par exemple) - retex. Remarques : Difficultés des organisations sanitaires : manque d'opérationnalité -Programmation triennale d'exercice de simulation de crise au moins 5 fois par an où les personnels des ARS s'exercent. Planification et échanges/interaction avec les personnels avec qui les crises seront gérées anticipation de certains scénarios
Flexibilité	5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ? <i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i> *réaction des acteurs face à la crise : stress, sidération, trop de bonne volonté, épuisement : bien surveiller * initiative : apprendre à accepter le déséquilibre *Glissement de tâches : oui c'est prévu (ex : cadre qui font du secrétariat dans la CRAPS)
Retour à la normale	6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ? Délais de retour à la normale dépendent de la crise retex, cellule de crise post accidentelle (suivi populationnelle, ...)
Question finale	Ce n'est pas le plan et la formation mais le travail et la communication ensemble qui font la culture de la gestion de crise - Notation gestion de crise 7/10 (planification à froid très solide mais insuffisamment partagée en interne provoquant de fait une nécessité de flexibilité opérationnelle)

Entretien directeur d'hôpital, CH

Idée	Question
Descriptif de la crise	1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i> Poste occupé lors des crises : DH et Directeur logistique Définition de la crise: "c'est un phénomène qui met l'organisation dans une organisation exceptionnelle, qui oblige l'organisation à sortir d'un schéma habituel, routinier." Situation sanitaire exceptionnelle: "pour moi pas de distinction car c'est également une organisation exceptionnelle qu'il faut mettre en place... avec comme différence la nature de la préparation, la capacité à se préparer diffère également." La notion de crise : " dépend de l'organisation, il y a des organisations qui ne travaillent que lors de crise, leur mission est de prendre en charge l'exceptionnel: ex: l'armée" Attention la crise peut être vécue de manière individuelle, par exemple pour un individu la panne de son ordinateur peut être une situation de crise. Exemple de crise: Crise N°1: Panne informatique complète de l'établissement durant 9 jours. Pas d'accès au dossier patient. Plus de liste de patients. Plus de liste de RDV patients. Plus de facturation.... Avec une incertitude majeure sur la récupération des données avant crise. Aucune formalisation préexistence de ce type de crise. <i>Au cours de la crise</i> Incertitude et stress chez l'ensemble des acteurs. Pas de réponse possible à durée sur la durée de la crise. Crise N°2: L'accident de bus. Pas d'afflux suffisamment important de victimes pour mettre à mal le fonctionnement de l'organisation. Pour autant autour de ce phénomène d'autres problématiques sont survenues:

	<ul style="list-style-type: none"> • Patients ne maîtrisant pas la langue • Une presse qui mettait la pression pour avoir des informations • Les gendarmes qui voulaient faire des auditions • Des traumatismes psychologiques <p><i>L'ensemble mis bout à bout, on était sur une forme de plan blanc, mais de façon très étonnante jusqu'à mon arrivée personne ne s'est posée la question d'ouvrir le plan blanc alors que tout était inscrit dans le plan. Car l'organisation n'était pas trop bousculée.</i></p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?</p> <p>L'indicateur fait écho à la définition: dès lors que l'on sort de l'organisation routinière et des capacités d'adaptation autour d'un fonctionnement normal de l'organisation. C'est la crise.</p> <p>C'est devoir reconfigurer l'organisation</p> <p>Pour moi je ne peux pas définir des indicateurs généraux</p> <p>Crise N°1 : pas immédiatement, car ce qui a créé la crise c'est la durée de l'évènement et pas forcément la nature de la panne qui peut arriver parfois. Pas d'appréciation d'emblée de la crise</p> <p>Crise N°2: Pas de reconnaissance des signaux faibles au départ</p> <p>Autres exemples pour éclairer :</p> <p>Lors de la mise en place d'un plan blanc tout était parfaitement organisé pour répondre à la crise sanitaire sauf qu'il neigeait et que la plupart des véhicules ne pouvait pas circuler. Donc malgré une formalisation il a fallu faire preuve d'adaptation à l'ensemble des étapes .Donc la crise est devenu le problème météo</p> <p>Lors d'un autre plan, la crise était l'afflux de trop de personnel</p>
Etapes de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <p>La première c'est l'identification et l'identification de la crise</p> <p>La seconde la structuration du dispositif de gouvernance de la crise</p> <p>La troisième: la définition du plan d'action</p> <p>La quatrième : le suivi de la crise</p> <p>Et la cinquième c'est l'évaluation de la crise a posteriori</p> <p>Crise N°1:</p> <p><i>"Ce qui m'a le plus surpris c'est la créativité, la capacité d'imagination, de construction des réponses des acteurs Ce qui peut être une aide: la cohésion et l'engagement de chacun autour des actions que l'on mettait en place"</i></p> <p>Pas d'aide modélisée, car dans cette crise pas d'outil de formalisation existant et pas d'application pour la gouvernance de la cellule de crise envisagée dans les situations sanitaires exceptionnelles.</p>
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ? Sur quels outils formels vous êtes-vous appuyé pour gérer la crise ?</p> <p>Dans un hôpital on peut parfois se préparer à la situation de crise car on a parfois pu modéliser un certain nombre d'évènements et donc s'y préparer. Avec l'ensemble des plans et particulièrement le plan blanc.</p> <p>La survenue d'un plan blanc pour moi c'est toujours une crise mais c'est plus facile dans la mesure où l'on avait anticipé ce n'est pas comme pour la panne informatique ou aucune réponse alternative avait été anticipée.</p> <p><i>"La nature des événements, plus ou moins prévisibles, a une incidence sur la qualité de la réponse et sur le niveau d'impact sur l'organisation de la crise."</i></p> <p><i>Il serait intéressant de voir la capacité d'une organisation à mobiliser la gestion de crise d'un événement inconnu, serait-il, aujourd'hui pertinent dans nos établissements d'avoir un "guide-line" préparé, entretenu pour appréhender une situation totalement inconnue ... est-ce que cela ne ferait pas sens?"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la crise n°1: pas de formalisation. L'importance de la communication pour la panne informatique: info presse locale et ARS • Dans la crise N°2 : pas d'observations des signaux faibles et donc pas d'application du plan blanc immédiatement.
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?</p> <p><i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stress • Créativité à tous les niveaux de l'organisation : ex les secrétaires ont pu reprendre la liste des appels inscrite dans leur téléphone (24h) pour rappeler les personnes et reprogrammer sur papiers les RDV pris. • Cohésion • Incertitude • Entraide
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p>Crise N°1</p> <p>10 jours après le fonctionnement ok mais pour retrouver l'ensemble des données et la ressaisie des informations perdues (36h) il a fallu 3 mois.</p> <p><i>Globalement : l'organisation n'est plus la même qu'avant, les crises sont des outils d'apprentissages, avec des</i></p>

	<p>degrés de modifications dépendant des impacts. Modification avec la formalisation de solutions alternatives de fonctionnement. Apprentissage également sur les notions de communication. Une réflexion autour des outils existants</p>
Question finale	<p>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification, utilisation de procédures formalisées) Voir réponse hypothèse 3</p>

Entretien cheffe de la réserve sanitaire, Santé Publique France

Idée	Question
Descriptif de la crise	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i></p> <p>Mobilisation de la réserve dans le cadre d'un évènement exceptionnel (par rapport au contexte) Notion de situation sanitaire exceptionnelle, renvoie à tensions entre capacités de l'offre et besoins. La réserve sanitaire (EPRUS, fondu dans SPF) fait du conseil en GRH de crise. Spécialiste des processus rapide pour répondre à la crise, travaille pour l'Etat en lien avec d'autres acteurs, min intérieur, santé, défense. Besoin dans un délai rapide de ressources sanitaires sur un délai court pour faire face à une situation de tension du système à cause d'un problème (épidémie, canicule, tensions particulières sur un territoire) il peut être fait appel à la réserve sanitaire. Elle est finalement positionnée comme un outil de la résilience du système de santé. Spécialiste des surtensions du système et capacité du système à revenir à la normal. Comment est ce que l'on aide le système à voir arriver les (bons) problèmes : Ex CH de Nice face à attentat, personne ne pense que les secrétaires des chirurgies vont « en chier » = zones de vulnérabilité inconnues en temps normal qui sous tension vont craquer bloquer le système. Ex, gestion des files d'attente des familles, la visite des familles pour reconnaître les corps. La réserve sanitaire fait un peu de la « balistique ». Quand on est dans la crise, on ne peut pas anticiper J3, J4.</p>
Identification de la crise	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise ? Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ?</p> <p>La crise c'est d'abord une tension forte entre l'offre et le besoin, pas forcément identifiée de la même manière selon les personnes. Ex : un cas de fièvre jaune en Guyane aura plus de conséquence actuelle qu'il y a 2 ans. L'identification de la crise implique une analyse contextuelle. La résilience face à la crise dépend de la manière dont le système va vivre la crise : s'il la subit ou s'il réagit bien s'il est glorifié ou si au contraire il ne l'est pas. <i>Dispositifs qui permettent d'identifier une crise ?</i> Il n'y en a pas, c'est une analyse pluridisciplinaire. Ex de l'agence nationale du médicament, à quel moment c'est une crise ? - Quand on en parle à la télé - Dès le premier mort</p> <p>Pas de définition, des outils valables en tout temps. Ce qui fait qu'on est en train d'entrer dans une crise c'est l'analyse des signaux. Par une analyse qui mélange les pharmaco épidémiologistes, les sociologues, le directeur de l'agence du médicament : on est en zone de risque ou zone de crise. Ex de la crise des pilules de 4^{ème} génération. La crise vient aussi du manque de discernement des autorités. Et ce n'est pas parce que leurs outils ne seraient pas assez sensibles. Il faut d'abord savoir ce que l'on cherche pour fixer la sensibilité du radar. C'est le retext qui va permettre d'apprendre à mieux discerner la crise.</p>
Etapas de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <p>Il n'existe pas de modélisation type, cela dépend de la crise. Ce que je remarque dans mon activité : un manque de discernement des acteurs par rapport aux évènements Chacun lit l'évènement par rapport à sa compétence. Ex de l'épidémiologiste, il n'a pas le réflexe nécessaire de mêler le triptyque acteur, environnement, évènement (ou situation). Souvent c'est parce que ces personnes se parlent, parce qu'il n'y a pas de culture organisationnelle de gestion et surveillance pluridisciplinaire et de retext pris des actions. L'établissement qui va le mieux gérer la crise c'est celui qui a un modèle de management et d'organisation où est commun et classique de se retrouver en transversal sur un sujet, de se retrouver en transversal peut comprendre pourquoi on a merdé. Si on est dans un établissement qui ne croit qu'en la procédure, qu'en la « procédurisation » à outrance, qui r</p>

	<p>fait pas de retex quand ça merde, ou peur de la crise peur de la hiérarchie, ça va pas bien se passer, l'établissement ne sera pas capable d'encaisser la crise en réagissant avec sa manières de faire.</p> <p>Ex d'un établissement avec modèle très centralisé, quand il n'est pas là, il n'y a plus rien qui va. Il a installé un jardin à la française. Au moment de la crise c'est un peu le bordel organisé, il faut pouvoir si besoin pouvoir parler au N+3</p> <p>Comment est ce que l'on habitue les personnels à ne pas obéir, à prendre des initiatives dans des conditions inhabituelles. Et si ce n'est pas une crise il ne faut pas l'engueuler.</p> <p>Est-ce que tout le monde a bien compris que l'objectif de la boite c'est de sauver des vies.</p> <p>La responsabilité de la boite peut reposer sur cette aide soignante. Est-ce que tout le monde a conscience de ça ? non !</p> <p>Le jour où tout le monde en a conscience...</p> <p>La plupart du temps, les personnels de l'hôpital ont vu quelque chose mais n'ont pas fait remonter.</p> <p>La crise informatique est un bon exemple = la résilience de l'hôpital à une crise de type attaque informatique va être très lié à la façon dont le système informatique a été monté au départ mais aussi beaucoup à la manière dont l'infirmier voit la tentative d'hameçonnage et fait remonter.</p> <p>Le problème c'est qu'au moment des crises, les pilotes ne sont pas au pilotage, statistiquement.</p> <p>Comment remonter dans la cabine de pilotage ?</p>
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous géré la crise ?</p> <p><i>Sur quels outils formels vous êtes-vous appuyé pour gérer la crise ?</i></p> <p>Pas d'outils formels : on s'appuie sur les outils habituels.</p> <p>A froid chaque directeur ait conscience des vulnérabilités de son établissement.</p> <p>(il pourra anticiper, s'il n'a pas conscience il va réagir trop tard).</p>
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?</p> <p><i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <p>Je vais répondre à votre question mais juste avant je vous donne un autre exemple :</p> <p>Dans nos travaux en ce moment sur nos réflexions sur la réserve sanitaires et capacité de surtension</p> <p>Réflexion sur les épidémies de grippe, ça fait tomber des hôpitaux, ils voient arriver des PA en état très dégradés, prise en charge longue, lourdeur.</p> <p>Plusieurs solutions en matière de prévention et de réponse, nous ce que nous disons ici : il serait plus pertinent de médicaliser les EHPAD dans lesquels la grippe s'installe pour ces EHPAD soient à un niveau digne d'un service de médecine, on maintient le résident qui devient un patient dans sa résidence soit avec pers hôpital soit avec HAD, pour éviter hosto des PS (perte de chance pour elles et risque de faire tomber CH). Il faut des outils, partir de combien de grippés dans un temps court, ou pour des gros EHPAD on invente un système de médicalisation de l'EHPAD pour qu'il n'y ait pas de crise.</p> <p>Objectif de SPF = que la crise ne s'installe pas.</p> <p>Mille hôpitaux, mille façons de faire différentes.</p> <p>Dans l'unité de l'EPRUS spécialisée dans la gestion de crise, jamais touché par la crise.</p> <p>J'aide les hôpitaux qui subissent des crises. J'ai un modèle d'organisation de mon équipe qui est adaptée à la gestion de crise.</p> <p>Ex : j'ai besoin d'envoyer un médecin de rennes à Lille sur un cas de SRASS, j'ai besoin d'avoir un processus rapide de résa de logistique (des systèmes d'information très robustes) avec contrôle <i>a posteriori</i>.</p> <p>Autonomie beaucoup plus grande (délégation de signature) que le moindre responsable d'unité dans santé publique France.</p> <p>Les réservistes ont un marge d'innovation très importante, marge d'autonomie très importante mais ils ont (c'est ça qui est bizarre, la bride courte).</p> <p>Le médecin de la réserve sanitaire a une obligation de réserve beaucoup plus importante qu'un médecin hospitalier classique. Ex quand on envoie de médecins réservistes à Mayotte dans un conflit social grave, il n'arrive pas pour monter des barricades et râler, il arrive au nom de l'Etat avec un mandat, rapport journalier de sa situation. Il répond à des ordres de l'EPRUS alors que dans un CH, la direction ne passe jamais aucun rôle à un médecin.</p> <p>La gestion de crise implique une application plus rigoureuse du principe de subsidiarité. Il faut l'avoir préparé il faut appliquer ce principe en temps commun !</p> <p>Ne pas être dans des histoires top down !</p>
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p>Cela dépend. Ex du démantèlement de Stalingrad. ARS Rouen nous appelle, j'ai une centaine de migrants qui arrivent demain dans ma région. Je ne sais si ces migrants sont malades.</p> <p>On est le 1^{er} aout, je n'ai personne pour faire ça. Si je ne le fais pas demain ce sera trop tard.</p> <p>La réserve envoie un médecin et un infirmier pendant deux jours dans la cité universitaire où ils sont hébergés et tous les migrants volontaires font contrôle sanitaire.</p> <p>Pour l'ARS ça risque de devenir une crise, ils s'en sont remis tt de suite.</p> <p>On a évité la crise, on les a aide à éviter la crise</p> <p>Attentats de Nice : les hôpitaux niçois qui bossent comme des fous pendant une semaine mais les services de psy voient arriver plein de personnes qui étaient juste un peu fragiles mais qui s'assumaient et la s'écroulent même sans avoir vu le camion. Pas des victimes directes de l'attentat, tombent comme des mouches au cours des semaines qui suivent. Les cellules d'urgence médico-psy (CUMP) sont parties depuis.</p>

	<p>Pas le cas la : on parle d'afflux massif de patients psy indirectement liés à un évènement. Il lui faut des délais pour recruter, car situation de tension entre les besoins et les moyens. La réserve sanitaire est intervenue jusqu'à fin décembre le temps de trouver des solutions structurelles de recrutement. Ce qui est rigide n'absorbe pas bien les crises. Il faut identifier les actions à faibles valeurs ajoutées que l'on peut standardisées. Ne pas être bloqué par des procédures Notion de rapport bénéfice /risque à appliquer à chaque <i>process</i>. C'est une vraie décision que nous prenons i dans notre équipe. Toujours de l'analyse bénéfice risque, c'est une décision du chef. Exemple de gestion des appels à candidature. « Importance du Retex !!! on constate où on en est ! »</p>
Question finale	<p>Sur une échelle de 1 (improvisation absolue, que nous avons aussi appelée "flexibilité") à 10 (planification utilisation de procédures formalisées) Absence de réponse</p>

Entretien Enseignant chercheur, EHESP

Idée	Question
<p>Descriptif de la crise</p>	<p>1. Pouvez-vous me parler d'une crise au sein de votre organisation qui vous a particulièrement marqué ? <i>S'il n'y a pas de crise, y a-t-il eu un imprévu qui a perturbé l'organisation ?</i> <i>L'avez-vous d'emblée identifiée comme une situation de crise, et si non sous quel délai ?</i> <i>Quel poste occupiez-vous ?</i> Expérience 1 : Inondation en Bretagne, un EHPAD, 1er reflexe préfet et ARS, on évacue. Peut-on évacuer des personnes aussi âgées ? Personne n'avait alors prévenu la cheffe d'établissement. Faible résilience de ces personnes, perte de repère plus facile. L'évacuation peut provoquer une perte de chan pour ces personnes. Avant d'évacuer on discute, niveau de l'eau, impact sur le bâtiment, problème de subsidiarité on s'oriente vers la directrice. Situation sanitaire exceptionnelle qui partait en crise mais qui a été bien gérée et qui est restée une situati sanitaire exceptionnelle. Expérience de crise 2 : Grippe : on n'a pas du tt été résilients. Raté en matière de communication, très couteux, pour avoir un rendu de 10 % de vaccinés. Conséquence d'une crise mal gérée = personne ne se vaccine. Pas de résilience car organisation trop centralisée, aucune initiative locale (pas de subsidiarité, on ne rend pas les ge intelligent), pas d'effet à obtenir (effet final recherché)</p>
<p>Identification de la crise</p>	<p>2. Quels sont vos critères d'identification d'une crise ? ou comment avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'une crise Qu'est-ce qui fait qu'on bascule ? Quand vos besoins dépassent vos moyens et que les capacités de production maximales exceptionnelle sont dépassées, quand on a besoin des autres. Pour un chef d'établissement, la crise c'est quand il doit se retourner vers le Préfet, vers l'ARS. On identifie facilement le dépassement des capacités ? En France, la crise est gérée au niveau local (commune) département, zone et national (pas au niveau de la région). Code de santé publique : dès lors qu'un événement de santé publique met en cause l'ordre public le DG A met ses moyens à dispo du Préfet. Voir les références exactes. C'est le préfet qui détermine si l'impact de la crise sanitaire peut porter atteinte à l'ordre public. <i>Est-il possible de prévenir la crise ? Si oui comment ?</i> Dimension médiatique : emballement médiatique/ réseaux sociaux. Mécanisme de prévention de crise : veille médiatique et veille des réseaux sociaux Communication pro active. Difficulté des plans sanitaires par rapports aux représentations individuelles, ce qui implique que les plans sanitaires se déroulent jamais comme prévu. Il faut réflagir : réfléchir et agir dans un cadre fixé Dispositifs de détection de la crise : le directeur doit anticiper pour accroître plasticité et accroître résilience. Prendre du recul. Signaux faibles : exemple d'un service d'urgences de signaux faibles qui disent que l'on va dépasser la capacité. Comment mesure-t-on les signaux faibles ? De plus en plus d'établissements passent en plans blancs, beaucoup plus qu'il y a 30 ans. Indicateurs à l'hôpital très claires : absentéisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attractivité du travail, qualité de travail • Rededications • Accidents du travail • Taux d'interimaires • Implication de du directeur à un niveau trop opérationnel

Etages de gestion	<p>3. Quelles sont les différentes étapes de gestion d'une crise ? ou Qu'est-ce qui vous a surpris ? Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous avez dû inventer, improviser ? Comment cela s'est déroulé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticipation = de quoi on parle (l'évènement etant la probabilité de réalisation d'un risque par rapport à un danger) • Planification pour que ces risques soient acceptables • L'évènement arrive, je déroule mon plan mais je sais que cela ne se déroulera pas comme prévu • Résilience : retour à la normale, il faut un certain temps pour l'établissement retrouve sont état normal de fonctionnement. Critère de résilience du plan blanc : comment j'organise le retour à la normale. Construire un Retex, identifier les erreurs, en en tirant les enseignements
Gestion formalisée de la crise	<p>4. Grâce à quoi avez-vous gérer la crise ?</p> <p>Adaptation de modes de production, amélioration des conditions de travail</p> <p>Résistance au stress = faire des exercices avec de vrais professionnels pour identifier la résilience individuelle, la plasticité individuelle</p>
Flexibilité	<p>5. Quelles ont été les réactions des acteurs face à la crise ?</p> <p><i>Initiative ? Priorisation des tâches par les agents ? Autonomie des acteurs ? Glissement de tâches ?</i></p> <p>Préfets = pas de soucis, ils ont l'habitude d'avoir cette gestion, il faut trancher</p> <p>Pompier : plus obtus, voulant appliquer le plan d'évacuation</p> <p>Deux médecins généralistes sont venus passer la nuit dans l'EHPAD</p>
Retour à la normale	<p>6. S'il y a eu un retour à la normale, sous quelle durée ? ou Quels enseignements, quelles nouvelles façons de faire, quels nouveaux outils ?</p> <p>On gagne ou on perd une réputation</p> <p>Capacité de résilience du dispositif : la crise s'arrête</p> <p>Il faut piloter en sachant que l'on a pas tout prévu.</p> <p>Formation des personnels = méthodes basiques</p> <p>Très perturbant car logiques tout à fait contradictoires entre la logique du droit commun ou tout est cadré, normé, tracé.</p> <p>Opposition des acteurs (Film <i>Mon Oncle d'Amérique</i>, d'Alain Resnais, centré sur l'histoire du médecin militaire Henri Laborit, grand médecin militaire)</p> <p>Stress peut générer agression, repli et fuite.</p> <p>Il faut accepter niveau de stress, comment on le canalise ?</p> <p>Le directeur doit être à la fois brutal et bienveillant ! Faire grandir ensemble dans la difficulté.</p> <p>Attention, quand on est stressé on reproduit les actions que l'on maîtrise. On s'enfonce dans des routines qui vont nous rassurer.</p> <p>Mécanisme de résilience = comment je calcule le coût d'après ? Comment on grandit ensemble step by step (retex)?</p> <p>Diversité des acteurs, administratifs, ingénieurs, médecins = cultures très différentes.</p> <p>Bien se connaître, définir l'effet à obtenir (un espace temps, un objectif, des moyens)</p>

Annexe III : Tableau de codification ascendante

Niveau de responsabilités	Compétences		
	Avant la crise	Durant la crise	Après la crise
Pilote/ chef d'organisation	Traiter les informations Analyser Anticiper Formaliser Communiquer	Traiter les informations Analyser Prioriser Anticiper Mobiliser (donner sens et perspectives) Déléguer (subsidiarité)	Analyser RETEX Formaliser Communiquer
Cellule stratégique		Traiter les informations Analyser Prioriser Innover Synthétiser Mobiliser (donner sens et perspectives) Communiquer Déléguer	
Encadrement intermédiaire	Traiter les informations (signaux faibles) Anticiper Formaliser Communiquer Mobiliser	Traiter les informations Communiquer Déléguer (subsidiarité) Prioriser Mobiliser	
Les opérateurs	Repérer les signaux faibles Communiquer	Prioriser S'entraider Improviser Faire preuve d'initiative Innover Communiquer	

A noter : les compétences listées dans ce tableau sont priorisées.

Thème n°5

Animé par : Jacques ORVAIN, enseignant-chercheur à l'EHESP

**Les mécanismes de résilience des organisations de santé
face aux crises**

*BLART Laurent (EDH), BOUSQUET Marion (ED3S), CALARD Corinne (EDS), DESHORS Guillaume (EDH),
DURVIL Océane (ED3S), LAURENT Amandine (EAAH), LETENNEUR Benoît (EDS), MALACRIA Morgane
(EDH), PERRIN Guillaume (EAAH), POITEVIN Sandra (ED3S), VITRY Hélène (IES stagiaire).*

Résumé :

Selon un chef d'établissement hospitalier, « dès lors que l'on sort de l'organisation routinière et des capacités d'adaptation autour d'un fonctionnement normal de l'organisation, c'est la crise. »

S'il est difficile de précisément définir la notion de crise, il est admis que celle-ci naît d'une rupture d'équilibre au sein des organisations de santé. Ces dernières, à cause d'un évènement exceptionnel par son intensité, sa gravité et sa dynamique se voient alors prises en défaut d'efficacité.

Les logiques traditionnelles de management de l'activité routinière des organisations de santé peuvent en effet apparaître inadaptées à la gestion de crise. En gestion nominale, les organisations de santé, marquées par une très forte aversion au risque, ont développé un formalisme exigeant destiné à garantir la meilleure qualité des soins. Or, les exigences de réactivité et d'adaptabilité s'accommodent difficilement d'une formalisation poussée. En plus de la rupture d'équilibre dont elle est synonyme, la crise révèle ainsi les difficultés des organisations de santé à changer de paradigme et à repenser un mode d'organisation adapté à l'évènement dans le contexte donné.

La résilience se nourrit donc de la capacité des organisations à concilier une maîtrise du risque permanente et l'agilité nécessaire à la gestion de crise.

Mots clés : Crise - Risque - Situation sanitaire exceptionnelle - Imprévu - Gestion de crise - Dispositifs formalisés - Flexibilité - Improvisation organisationnelle - Résilience - Métaroutines - Organisations de santé

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