



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : 2007

Date du Jury : **septembre 2007**

**L'organisation et le maintien de
l'opérationnalité des acteurs
dans la gestion de crise :
une contribution du
Directeur des soins.**

Christine CONDUCHÉ

Remerciements

Je remercie tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail :

Thierry, Arthur et Louis

Mes amis et collègues

Tous ceux qui ont bien voulu répondre à mes questions

Et

L'équipe médicale et soignante du service des Urgences de Montauban pour son amical soutien

« Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible,
mais de s'entraîner à lui faire face ».
Patrick LAGADEC

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 Une approche conceptuelle et réglementaire	5
1.1 La notion de crise.....	5
1.1.1 La sémantique	5
1.1.2 Les multiples définitions de la crise	5
1.2 Une réalité des nouveaux risques à travers la typologie des crises.....	7
1.3 L'émergence d'une réglementation suite à une succession de crises.....	8
1.3.1 Une réponse de planification face aux évènements.....	9
1.3.2 Une superposition de plans selon la nature du risque	9
1.4 La déclinaison territoriale de la gestion de crise	12
1.4.1 Le niveau national	12
1.4.2 Le niveau zonal	12
1.4.3 Le niveau départemental.....	13
1.4.4 Le niveau local.....	14
1.5 La gestion de crise : Un nouveau paradigme	15
1.5.1 Une exigence sociétale	15
1.5.2 Une démarche et une exigence managériale	16
1.5.3 Une démarche qualité	16
1.5.4 Une démarche d'anticipation.....	17
1.6 La notion d'exercice.....	17
1.7 Le concept de culture.....	18
2 L'étude de terrain	19
2.1 La méthodologie de recherche	19
2.1.1 Les entretiens	20
2.1.2 La population interrogée.....	20
2.1.3 Les limites de l'enquête	21
2.2 Les résultats des entretiens.....	21
2.2.1 Une absence de culture de crise liée à un défaut de formation initiale.....	22
2.2.2 Une formation continue à la gestion de crise encore balbutiante	23
2.2.3 Une politique de gestion de crise à instaurer.....	25

2.2.4	La rédaction des plans à structurer	28
2.2.5	L'appropriation des plans pour l'opérationnalité des acteurs.....	30
2.2.6	Les exercices dans le maintien de l'opérationnalité :	32
2.2.7	La formation au service de l'opérationnalité.....	34
2.2.8	Les nouveaux risques	35
2.2.9	La validation des hypothèses	36
3	La contribution du directeur des soins au management de la gestion de crise.....	39
3.1	Participer à la construction du projet stratégique.....	40
3.1.1	L'engagement volontariste des directeurs.....	40
3.1.2	Une inscription de la gestion de crise dans le projet de soins	41
3.1.3	La participation à la création d'une structure dédiée et pérenne de gestion de crise.....	41
3.2	Développer une politique de formation et d'exercice	42
3.2.1	La formation comme processus du développement des compétences	42
3.2.2	Le développement des exercices comme vecteur d'évolution et d'acculturation.	43
3.3	Construire une stratégie managériale	44
3.3.1	Une politique des ressources humaines	44
3.4	Instaurer une politique de communication.....	45
3.4.1	Renforcer l'encadrement dans un rôle de relais de l'information	45
3.4.2	Instaurer un système de référent au sein des unités	46
3.4.3	Développer des outils de communication.....	46
3.5	Collaborer à l'avenir	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AP HP	Assistance Publique
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre de santé supérieur
CUMP	Cellule d'Urgence médico psychologique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires Sociales
DESUS	Département des Situations d'Urgence Sanitaire
DG	Directeur général
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
IDE	Infirmière diplômée d'état
INVS	Institut de veille sanitaire
NRBC	Nucléaire Radiologique Biologique Chimique
PAGUS	Plan d'Action relatif à l'alerte et à la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire
PIRANET	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine des systèmes d'information
PIRATAIR – INTRUSAIR	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine de l'espace aérien
PIRATE-EXT	Plan d'Intervention concernant les prises d'otage de français à l'étranger
PIRATE-MER	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine maritime
PIRATOME	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine nucléaire et radiologique
PIRATOX	Plan d'Intervention spécialisé dans le domaine chimique et toxique
PMA	Poste Médical Avancé
PPI	Plans Particuliers d'Intervention
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSS	Plans de Secours Spécialisés
RNSP	Réseau National de la Santé Publique
RSI	Règlement Sanitaire International

SAU	Services d'Accueil et d'Urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SGDN	Secrétaire Général de la Défense Nationale
SIDA	Syndrome d'immuno déficience acquise
SIDPC	Service Interministériel de Défense et de Protection Civile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service médicale d'urgence et de réanimation
SRAS	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
T2A	Tarifification à l'activité

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, une succession de catastrophes naturelles et d'actes de terrorisme tant internationaux que nationaux, a montré que les populations, les équilibres socio-économiques et les infrastructures sont fragiles et vulnérables. Ces événements néfastes à la sécurité des personnes ont introduit l'idée que « le risque zéro n'existe pas » et ont révélé une nette insuffisance de prévention et un manque d'organisation dans le système de gestion de crise.

Néanmoins, ces événements conjugués à l'émergence de nouvelles pathologies (SRAS, grippe aviaire) et aux bouleversements climatiques (inondations - canicule) ont obligé les pouvoirs publics à organiser des réseaux d'alerte et d'analyse des risques sanitaires menaçant les populations civiles.

Si cette prise de conscience en France semble tardive comparée à certains de nos voisins européens, elle trouve une explication dans un déficit de recherche en santé publique ainsi qu'une moindre culture du risque et de la gestion de crise intégrée par tous.

Toutefois, ces récents phénomènes ont également conduit à la mise en place d'un certain nombre de réglementations, et d'organisations visant à structurer une réponse territoriale de la gestion des risques et des crises en France. Ainsi, des plans nationaux (plan pandémie grippale) et des plans locaux (plan blanc) sont créés plaçant les établissements de santé en première ligne dans la prise en charge de la population dans un contexte de crise sanitaire. Cette multiplicité de plans reflète la volonté des pouvoirs publics d'assurer la maîtrise des phénomènes sanitaires et illustre la culture dans laquelle doivent s'inscrire les établissements de santé français.

C'est pourquoi, depuis quelques années, le cadre juridique de gestion de crise hospitalière est régulièrement renforcé. D'abord, par la loi de santé publique du 9 Août 2004 puis par la loi du 7 Mars 2007 qui oblige chaque établissement de santé à se doter d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc ». Cette volonté prégnante des autorités est renforcée par le référentiel de certification afin que les établissements de santé s'engagent dans la préparation d'une gestion de crise éventuelle. De plus, cette législation est complétée par l'attribution aux établissements d'importants stocks de matériels dédiés à des risques potentiels.

Par ailleurs, d'importants efforts de formation et de sensibilisation des personnels de santé aux risques NRBC ou à la grippe aviaire ainsi que des exercices d'entraînement à la gestion de crise, ont été entrepris dans l'objectif d'obtenir une meilleure réactivité des professionnels et d'amorcer une culture de la gestion de crise.

Malgré une architecture réglementaire et évolutive en fonction des situations rencontrées, l'enjeu de l'efficacité du dispositif réside dans la capacité des acteurs hospitaliers à intégrer la culture de la gestion de crise et à adopter un nouveau mode de management dans cette gestion pour faire face aux nouvelles menaces. L'autre enjeu repose sur la formation et l'entraînement au cours d'exercices pratiques de l'ensemble des acteurs hospitaliers à gestion de crise.

Force est de constater, qu'aujourd'hui certains établissements de santé ne possèdent pas de plan blanc et d'autre part que leur plan pandémie grippale n'est pas toujours une annexe du plan blanc, alors même qu'il fait l'objet d'un plan gouvernemental avec des mises à jour régulières depuis 2004.

Notre expérience de cadre de santé d'un service de SAMU et d'urgence nous a permis de prendre conscience des difficultés rencontrées dans l'organisation et l'opérationnalité des professionnels de l'hôpital dans la gestion de crise. Cette problématique s'appuie sur plusieurs constats.

Tout d'abord, si les responsables d'établissement ont conscience que la gestion des risques doit être intégrée dans les projets d'établissement pour lui donner une dimension institutionnelle, la gestion de crise rentre rarement dans le cadre de ce programme de gestion globale et coordonnée des risques et n'est pas non plus incluse dans la politique de l'établissement. D'autre part, la rédaction des plans est encore très souvent confiée aux médecins des SAMU et des services d'urgence considérés comme les spécialistes de la gestion de crise.

De plus, les personnels d'encadrement et les autres professionnels sont insuffisamment associés à l'élaboration des plans alors même qu'ils sont les principaux acteurs des scénarios. Le plan d'action corrélé au niveau d'alerte, à l'environnement et à l'organisation de l'établissement prévoit plusieurs scénarios organisationnels qui nécessitent la connaissance et l'expertise de tous les acteurs. C'est l'hôpital dans son intégralité qui doit se préparer en continu à faire face à une situation de crise.

Pour ce faire, la politique de communication, de formation des établissements doit être renforcée pour une meilleure connaissance et appropriation de l'organisation locale prévue. Or, certains se limitent encore trop souvent à de simples séances d'information sur le sujet. De même, rares sont ceux qui ont mis en place des exercices d'entraînement qui pourraient faciliter la validation et le réajustement des organisations ainsi que l'apprentissage des acteurs et le développement d'une culture de crise.

Cependant, la problématique de la gestion des nouveaux risques interroge les professionnels à double titre ; parce qu'il peut s'agir d'ennemi virtuel et que l'inconnu génère de la peur et des doutes. Ceci explique la mobilisation variable des professionnels autour de cette question. Notre expérience nous a montré que les professionnels des

SAMU et des services d'urgence sont plus impliqués que les autres acteurs de l'hôpital dans la gestion de crise alors qu'elle est l'affaire de tous.

Ainsi, ces constats nous ont conduits à définir la question de départ et à poser des hypothèses de travail à valider ou à infirmer.

La question de départ :

Pourquoi est-il difficile d'organiser et de maintenir l'opérationnalité des acteurs dans la gestion de crise ?

Les hypothèses de travail :

- Les acteurs hospitaliers ont insuffisamment intégré la culture de la gestion de crise,
- La démarche d'élaboration et d'appropriation des plans par les professionnels est insuffisamment formalisée dans les établissements,
- Les nouveaux risques restent virtuels et incertains pour les professionnels.

En tant que futur membre de l'équipe de direction, nous nous interrogeons sur la manière d'organiser et d'assurer le maintien de l'opérationnalité des professionnels pour répondre à une crise éventuelle. En effet, le directeur des soins est un acteur de santé publique, qui doit contribuer à la mise en œuvre des dispositifs initiés par l'état. Il est garant de la qualité des soins dans l'établissement où il assure ses missions telles qu'elles sont précisées dans le décret du 19 Avril 2002 et en particulier il collabore à la gestion des risques. Le management de l'équipe de direction, en particulier du directeur des soins est déterminant dans la mise en place d'une politique de gestion de crise.

Le sujet de cette étude a été volontairement restreint à la crise suite à un événement à caractère exceptionnel extérieur à l'établissement et nous n'aborderons pas la crise découlant d'une situation critique de régulation des urgences hospitalières, ni d'un accident qui a des conséquences fortes sur le fonctionnement de la structure

La méthodologie retenue pour cette étude est de définir dans une première partie les notions de crise, de nouveaux risques, de gestion de crise, de culture, d'exercice puis de présenter l'organisation territoriale et les outils de la gestion de crise.

Ensuite dans une seconde partie, nous confrontons les hypothèses retenues à une investigation du terrain faite par une enquête auprès des différentes catégories professionnelles et niveaux hiérarchiques dans quatre centres hospitaliers.

Notre objectif est de montrer l'existence ou pas d'une culture de crise et de mettre en évidence les freins et les facteurs favorisant la mise en place de la gestion de crise au niveau stratégique dans l'élaboration du projet, au niveau organisationnel dans sa déclinaison sur l'établissement et au niveau opérationnel dans son niveau d'appropriation par les professionnels. Nous montrerons si le caractère incertain des nouveaux risques ainsi que la formation initiale et continue des acteurs hospitaliers pèsent dans l'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs dans la gestion de crise. Enfin dans la dernière partie, nous proposerons des axes de travail pour participer à la mise en place d'un dispositif de gestion de crise afin de relever les défis sanitaires du XXI^{ème} siècle.

1 Une approche conceptuelle et réglementaire

1.1 La notion de crise

Nos sociétés en connaissent de multiples : crises internationales, sociales, financières, accidents matériels, accidents d'environnement, catastrophes naturelles, attentats terroristes.

La notion de crise s'est répandue sur un très large éventail de champs disciplinaires, de la Médecine hippocratique à la psychologie, en passant par l'économie. Elle définit une idée large, complexe, et très souvent galvaudée.

1.1.1 La sémantique

A l'origine, le mot grec *krisis* signifie l'heure de vérité, le dénouement, la décision.

Que ce soit l'étymologie grecque ou latine ou encore l'idéogramme chinois, la crise revêt le sens de passage de la santé à maladie, d'opportunité et celui de menace, de danger.

D'après l'académie française, le concept de crise a au moins sept sens différents qui renvoient à un concept de passage.

Il peut s'agir d'un moment dans l'évolution de la maladie, d'un accident qui atteint une personne en bonne santé apparente ou de l'aggravation brusque d'un état chronique. C'est parfois aussi une réaction manifestant une brusque émotion ou une phase difficile dans la psychologie d'une personne, qui peut apparaître à certains âges de la vie en relation avec les transformations physiologiques.

La crise est aussi un état momentané d'exaltation ou de désarroi.

C'est aussi, une période troublée que traverse un pays, une société ou une de ses composantes.

Enfin, la crise est au théâtre le moment où le conflit des passions atteint son paroxysme.

Ainsi, le terme « crise » s'utilise dans le champ médical, mais également hors de ce domaine, où il désigne l'idée de trouble, des situations de déséquilibre profond, voire de désordre économique, politique, géopolitique, climatique. Il désigne un moment clé où il faut prendre des décisions.

1.1.2 Les multiples définitions de la crise

Dans notre société contemporaine et depuis les années 1990, la crise revêt le plus souvent une notion de rupture dans l'ordre du monde.

Aujourd'hui, la crise est devenue un objet de sciences.

Les experts définissent la crise différemment mais s'accordent à dire que c'est la conjugaison de trois caractères d'un événement qui produisent la crise. Un événement étant défini comme la réalisation d'un risque identifié ou peu probable.

Ces caractéristiques sont:

- Un événement exceptionnel,
- Un événement qui dépasse nos capacités d'action,
- Un événement qui provoque une perte de repères.

Dans un colloque à la DHOS sur la gestion de crise, Jean-Marie FESSLER explique que « *la crise est une situation qui menace les priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction, en générant du stress et des résistances profondes. Il rajoute que la crise est un événement inattendu ou non contrôlé, généralement médiatisé et que c'est avant tout un phénomène social* ».

D'après Christian REGOUBY, il est indispensable de distinguer la crise de l'urgence. Il définit « *la crise comme une situation d'accélération d'un événement qui déborde les capacités habituelles de l'organisation. Elle menace les priorités et les missions de cette organisation. La crise se définit comme un état paroxystique issu de la rupture d'un état d'équilibre précédent. Elle résulte soit d'un événement catastrophique, soit d'un dysfonctionnement d'une organisation* ».

Patrick LAGADEC explique que la crise déstabilise les modèles d'organisation selon trois modalités¹.

- Déferlement : *la crise suscite une somme de difficultés qui tend à déborder les capacités de réplique. La catastrophe d'AZF en septembre 2001 illustre clairement ce point. En effet, les professionnels de la Médecine de catastrophe ont été débordés par les bénévoles, les volontaires qui ont désorganisés et retardés l'accueil et les soins des victimes.*
- Dérèglement : *la crise menace le fonctionnement même des systèmes impliqués. On ne sait plus qui fait quoi, avec qui ? Pour reprendre l'exemple précédent, des photos de la catastrophe montrent des médecins du SMUR dans des fonctions de brancardage et non pas de tri comme le prévoit leur mission.*
- Divergence : *la crise ébranle les références les plus essentielles d'un système, les choix collectifs fondamentaux des acteurs concernés.*

¹ GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E, 2002, Traité des nouveaux risques, .Paris : Gallimard pp 221 222

LAGADEC nous confirme que ces trois modalités se renforcent entre elles. De plus, il ajoute qu'il n'y a pas de crise sans problème aigu, mais tout défaut de préparation individuelle et collective aggrave considérablement les difficultés et peut les transformer en drame. La crise apparaît ici comme un construit dont la préparation et l'anticipation à sa gestion sont un gage de réussite dans la diminution des conséquences.

Enfin dans son rapport,² Le Pr. GIRARD indique que le mot crise « a fait son retour dans le domaine de la santé récemment pour désigner non plus seulement des états critiques individuels mais des situations de trouble, de mise en cause du système de prise en charge sanitaire ou des situations de désordre au sein de la société ou du système de production dues à des menaces pour la santé ».

Cette approche de la crise comme enjeu de santé publique, nous oblige à cerner les différents types de crise auquel nous pouvons être confrontés pour anticiper et adapter nos réponses.

1.2 Une réalité des nouveaux risques à travers la typologie des crises

Pour anticiper et gérer la crise, nous devons identifier et analyser les risques ou menaces sanitaires qui pèsent sur la population ou que celle-ci est susceptible de rencontrer.

Aujourd'hui, nous parlons de « nouveaux risques ».

Parmi les crises ayant des implications sanitaires nous distinguons les crises d'origine³ :

- naturelle liées aux phénomènes naturels (inondation, intempéries, séisme...),
- technologique liées à des systèmes techniques créés par l'homme (défauts de fonctionnement ou de maintenance ...),
- transport de toutes natures (ferroviaire, routier, ...),
- sociopolitique liées à notre organisation sociale ou politique (actes de terrorisme ...).

Après avoir identifié l'origine de la crise, il convient de connaître leurs conséquences pour élaborer des stratégies d'anticipation efficaces. Nous retiendrons quatre conséquences majeures dont il faut tenir compte dans les dispositifs d'anticipation :

- médiatiques lorsque les médias s'emparent de l'événement quel que soit sa gravité,

² GIRARD J.F Rapport de la mission d'expertise de la veille sanitaire .Août 2006. 101 p.

³ VAN DER LINDE C. Enseignement ENSP, module « gestion de crise » le 22 Mai 2007

- scientifiques lorsque l'incident révèle soit des défaillances médicales, soit les méfaits d'un produit ou d'un traitement,
- sociales lorsque l'événement débouche sur des grèves ou le mouvement d'une partie de la population,
- politiques lorsque l'évènement engendre une crise gouvernementale ou ministérielle.

A ce propos, le chercheur Patrick LAGADEC affirme que les « *crises ont muté* » car nous devons faire face aujourd'hui « *aux effets de surprise, à l'impensable, à la complexité extrême, à l'accélération et à la globalisation, toutes choses auxquelles notre culture, notre mode de penser et d'agir ne nous préparent pas forcément* ».

D'évidence, il nous faut convenir de ce postulat qui concerne à la fois les citoyens, les autorités publiques et les professionnels de la santé.

Le chercheur dresse une typologie des crises en fonction de notre capacité à agir et définit trois types :

- *La montée en puissance d'un phénomène (évènement météorologique, épidémie récurrente)* : sur lequel l'information est connue, auquel on a le temps de se préparer et auquel il est possible de faire face. L'administration fonctionne bien face à ce type de crise.
- *Le dérapage (ouragan Katrina à la nouvelle Orléans)*: seule une faible part de l'information est connue, le reste doit être anticipé par la mobilisation des personnes.
- *Les mutations (attentats du 11septembre 2001)* : Ceux sont des phénomènes quasi imprévisibles, voir impensables. Les plans ne suffisent plus et il faut développer une capacité de réflexion stratégique et de pilotage.

Cette typologie doit être prise en compte dans notre réflexion pour nous préparer à anticiper une crise.

1.3 L'émergence d'une réglementation suite à une succession de crises

De 2000 à 2006, une succession d'événements catastrophiques majeurs, naturels ou provoqués, l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, l'apparition du SRAS en 2003, la gestion de la crise de la canicule, la pandémie de grippe aviaire, et l'épidémie de Chikungunya ont montré les carences du dispositif de gestion des situations de crise et ont imposé de fait la nécessité d'une organisation rigoureuse et d'une coordination de l'action et des moyens. Dès lors l'accélération et le renforcement de la démarche de planification se sont imposés.

1.3.1 Une réponse de planification face aux évènements

La gravité de ces épisodes a conduit le gouvernement à prévoir des structures spécifiques d'intervention et à prendre en charge en amont la gestion des problèmes sanitaires. C'est ainsi que les pouvoirs publics ont impulsé l'élaboration de « plan » d'intervention susceptible d'être déclenché en cas de crise collective.

Ces plans ont été véritablement structurés par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique qui prévoit la mise en place au sein de chaque région d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) comportant un Plan d'action relatif à l'Alerte et à la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire (PAGUS), afin de mieux répondre aux menaces sanitaires.

De plus, la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile s'inscrit dans une démarche globale de protection des populations, allant de la prévention des risques à l'organisation des secours jusqu'au retour à la vie normale après une crise. La sécurité civile devient une composante majeure de la politique générale de sécurité intérieure et de défense civile et repose sur l'engagement de chacun (notamment au niveau des collectivités territoriales).

1.3.2 Une superposition de plans selon la nature du risque

Les plans de secours ont pour objectif d'organiser les actions et les moyens afin de faire face à la survenue d'évènements majeurs. Ils traitent de prévention et de gestion opérationnelle de crise et doivent permettre aux structures de s'adapter et de réagir avec rapidité et efficacité pour faciliter la continuité des activités.

Les plans résultent de plusieurs textes juridiques, il en existe différents types qui se superposent en fonction de la nature et de l'ampleur du risque.

1.3.2.1. Les plans de secours

On note tout d'abord les Plans d'Organisation des Secours (plans ORSEC). Les plans de secours ont pour objectif d'organiser les actions et les moyens destinés à faire face à la survenue d'un événement de grande ampleur. Datant de 1952, ils constituent depuis la loi du 13 août 2004 « le dispositif global d'organisation interservices » permettant de faire face à tout type d'évènements majeurs. Celui-ci vise la protection générale des populations. Il comprend des dispositions générales applicables en toutes circonstances et des dispositions propres à certains risques particuliers. Le plan ORSEC s'articule désormais autour d'une gestion de crise commune et simplifiée assortie d'un recensement et d'une analyse préalable des menaces des risques qui compléteront les dispositions générales des plans d'urgence spécifiques.

Ils doivent permettre aux structures de s'adapter et de réagir avec rapidité et efficacité lors d'une crise et les aider à poursuivre leurs activités.

1.3.2.2. Les plans d'urgence spécifiques

Ces derniers sont classifiés en trois catégories : le plan rouge, les Plans Particuliers(PPI) d'Intervention et les Plans de Secours Spécialisés(PSS).

➤ **Le plan rouge**

Le plan rouge est un dispositif d'acheminement pré-hospitalier destiné à porter secours à de nombreuses victimes. Il comporte l'ensemble des « procédures de secours d'urgences qui doivent être engagées en vue de remédier aux conséquences d'un événement entraînant ou pouvant entraîner de nombreuses victimes ». Celui-ci précise les responsabilités des différents intervenants de la chaîne médicale de secours (SDIS, SAMU, SMUR, CUMP).

➤ **Les Plans Particuliers d'Intervention**

Dans les PPI, les lieux et les risques sont connus à l'avance. Les PPI sont établis pour « faire face aux risques particuliers liés à l'existence ou au fonctionnement d'ouvrages ou d'installations dont l'entreprise est localisée ou fixe » comme par exemple les installations classées, nucléaires, les aménagements hydrauliques, industriels.

➤ **Les plans de Secours Spécialisés**

Les PSS sont établis à la demande du préfet lorsqu'il existe des risques technologiques ne répondant pas aux critères d'un PPI ou spécifiques à un département (annonce de crues, inondations, électro secours, hébergement, eau potable, autoroute...). Il s'agit de plans d'alerte et de secours aux populations élaborés sous l'égide du Service Interministériel de Défense et de Protection Civile (SIDPC).

1.3.2.3. Les plans gouvernementaux

Pour faire face aux menaces et actions terroristes, des plans gouvernementaux dits « pirates » ont été élaborés sous l'égide du secrétaire général de la défense nationale (SGDN) et peuvent être déclenchés par le Premier ministre en cas d'acte terroriste suspecté ou avéré⁴. Parmi ceux-ci, on distingue un plan de vigilance, de prévention et de protection généraliste (le plan gouvernemental « Vigipirate ») et des plans gouvernementaux d'interventions spécialisés par grands types de menaces (PIRATOX, BIOTOX, PIRATOME, PIRATAIR, INTRUSAIR, PIRATE-MER, PIRANET, PIRATE-EXT).

⁴. Circulaires n°700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002 et n°800/SGDN/PSE/PPS du 23 avril 2003 relatives respectivement aux matières chimiques et aux matières radioactives.

1.3.2.4. Les plans sanitaires spécifiques

La multiplication des crises sanitaires a entraîné l'émergence de plans sanitaires spécifiques tels que le plan variole, le plan de réponse contre une menace du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou le plan gouvernemental de prévention et de lutte contre la pandémie grippale.

➤ **Le plan canicule**

Suite aux événements de l'été 2003, le plan canicule ou « plan bleu » définit, au niveau local, les actions à mettre en œuvre pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule. Celui-ci comprend trois niveaux d'alerte progressifs : un niveau de veille saisonnière, un niveau de mise en garde et d'action (MIGA) déclenchés par les préfets de département sur la base de l'évaluation des risques météorologiques et sanitaires réalisés par l'INVS en concertation avec Météo France et enfin, un niveau de mobilisation maximale.

➤ **Le plan blanc**

En outre, l'article L. 3110-7 du Code de santé publique issu de la loi du 9 août 2004 et de la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 dispose que « chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ».

Le plan blanc est un plan d'urgence adapté à chaque établissement de santé et qui relève de la responsabilité du directeur.

➤ **Le plan blanc élargi**

Le plan blanc doit s'inscrire dans le cadre du plan blanc élargi qui vise à coordonner l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement de grande ampleur qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

Ainsi, l'avènement des nombreuses crises sanitaires qui ont profondément marqué l'opinion publique et les différentes institutions, ont abouti à de nombreux travaux ayant pour objet l'amélioration de la gestion des risques et l'anticipation d'une organisation en cas de crise. En dépit de l'empilement des différents dispositifs législatifs et institutionnels, l'architecture renouvelée des différents plans, nationaux, zonaux et départementaux, doit permettre de mieux anticiper et de conduire l'action par une lecture commune et simplifiée.

L'efficacité de ces dispositifs reste conditionnée par la cohérence de multiples facteurs (réactivité, disponibilité des moyens, communication, anticipation). Elle s'appuie, en France, sur une organisation administrative déclinée sur un mode territorial.

1.4 La déclinaison territoriale de la gestion de crise

1.4.1 Le niveau national

Récemment la cellule gestion des risques de la DHOS a rejoint la DGS. Cette nouvelle cellule est chargée de proposer une politique de santé publique et d'assurer la qualité du système et en particulier la gestion et la coordination des actions entreprises dans le domaine de la gestion des risques. Le DÉSUS assure la gestion des alertes sanitaires au niveau national.

Chaque ministère est doté d'un service supervisé par un Haut Fonctionnaire de Défense (HFD). Le HFD est le conseiller du ministre pour toutes les questions relatives aux mesures de défense qui incombent à celui ci en application du décret 2007-207 du 19 février 2007. Il anime et coordonne la préparation de ces mesures et contrôle leur exécution.

En gestion de crise, il assure et organise :

- La continuité de l'action gouvernementale en situation dégradée,
- Le traitement et exploitation des données du centre opérationnel de gestion interministériel des crises (COGIC),
- La contribution à la couverture de certains besoins sanitaires et sociaux,
- L'animation d'un plateau technique équipé de moyens de transmission spécialisés et sécurisés au sein du COM Ségur,
- Le suivi des évolutions en cas de crise.

L'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) a pour mission d'organiser une veille permanente en matière de radioprotection sur le territoire national, d'en assurer le contrôle et le respect des règles (loi n°2006-686 du 13 juin 2006). Elle est associée à la gestion des situations d'urgence.

1.4.2 Le niveau zonal

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

Dans chaque zone de défense, l'Etat est représenté par un préfet de zone qui est le préfet de département situé dans le chef lieu de la zone (hormis Paris, où il s'agit du préfet de police). Il assure la coordination avec les autorités militaires des mesures de défense civiles et militaires ainsi que la cohérence des plans de protection avec les plans militaires de défense.

Le SAMU zonal en lien avec le délégué de zone participe à la réponse zonale des risques exceptionnels. Par ailleurs, il contribue à l'application du plan de formation national au niveau zonal (ex : formation NRBC). En cas de crise, le délégué de zone en lien avec le SAMU zonal recense les moyens disponibles et élabore un programme d'action prévisionnel. Il assure les remontées d'informations des niveaux déconcentrés vers les services de l'administration centrale.

En outre, il a été désigné pour chaque zone de défense un ou des établissements de santé de référence capables de gérer une situation sanitaire exceptionnelle. L'établissement de santé de référence est chargé de coordonner et de mettre en application le suivi et l'évaluation des directives de l'administration centrale, en apportant une assistance technique aux délégués de zone. Il assure un rôle de conseil, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique et de formation des personnels aux risques NRBC.

1.4.3 Le niveau départemental

L'échelon départemental recouvre le champ de l'anticipation et de la gestion de crise. Le préfet de département prépare les plans ORSEC départementaux et coordonne les moyens de secours publics dans les départements. Le représentant de l'Etat dans le département mobilise les moyens de secours relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics en cas d'accident, sinistre ou catastrophe⁵. Si nécessaire, en situation de crise, le préfet de département active le centre opérationnel de défense (COD), cellule opérationnelle préfectorale regroupant sur un même site l'ensemble des acteurs du département impliqués.

La DDASS joue un rôle opérationnel et agit sous l'autorité du préfet de département. Elle déclenche, en cas de crise, la mise en place d'une cellule d'appui qui est le prolongement de la cellule de prévention et de gestion des risques. Son rôle est de proposer au préfet, en liaison avec le COD, des actions et des mesures en vue de la résolution de la crise et de participer à leur mise en œuvre.

Sur la base du recensement à l'échelon départemental, le représentant de l'Etat peut procéder aux réquisitions de tous biens et services notamment en direction des

⁵ Loi n° 2004- 811 de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004

professionnels de santé, des établissements de santé, et des établissements médico-sociaux si l'afflux de victimes ou la situation sanitaire le justifie⁶.

1.4.4 Le niveau local

Les établissements de santé publics et privés et les établissements sociaux et médico-sociaux sont tenus d'élaborer un plan blanc pour les uns et un plan bleu pour les autres. Il s'agit de se doter d'un dispositif de crise mobilisant immédiatement les moyens de toute nature dont ils disposent en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Arrêté par l'instance délibérative de l'établissement, sur proposition de son directeur ou de son responsable, après avis des instances consultatives, le plan blanc doit tenir compte des actions mises en place sur le terrain par les équipes médicales et doit permettre d'assurer le fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins. Le directeur d'établissement est seul responsable de la mise en œuvre du plan blanc au sein de sa structure et de la prise en charge des patients confiés par le SAMU ou se présentant spontanément dans son établissement.

Pour chaque établissement, doivent être prévus :

- l'activation d'une cellule de crise, véritable organe de commandement du plan blanc,
- les modalités d'adaptation de l'établissement à l'afflux de victimes : circulation à proximité et dans l'enceinte de l'établissement, libération de lits, accueil des victimes des familles et des autorités,
- le maintien du personnel sur place et le rappel d'autres professionnels,
- les systèmes d'information et de communication.

Le plan blanc est constitué de fiches réflexes décrivant la séquence des décisions à prendre et de fiches annexes relatives aux risques NRBC.

Il convient de noter que tous les établissements de santé ne jouent pas le même rôle dans la gestion d'un afflux de victimes. Le plan blanc doit s'inscrire dans le cadre du plan blanc élargi qui vise à coordonner l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement de grande ampleur qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

⁶. Article L. 3110-8 du CSP et décret du 30 décembre 2005.

1.5 La gestion de crise : Un nouveau paradigme

« Gérer la crise » est d'un certain point de vue contradictoire dans les termes. On ne gère pas le trouble, on s'efforce d'éviter qu'il se produise, d'en minimiser les effets ou de rétablir l'ordre. »⁷

« La sagesse ne consiste pas à prendre indifféremment toutes sortes de précautions, mais à choisir celle qui sont utiles et à négliger les superflues »⁸

La préparation à la gestion de crise repose sur l'appropriation d'une culture et d'une démarche par les professionnels afin de ne pas répondre uniquement à des impératifs réglementaires à travers la rédaction des plans mais bien d'intégrer la nécessité d'anticiper la gestion de crise comme une obligation vis-à-vis de nos concitoyens et comme une réponse de service public. En effet, cette mission est une exigence forte de la population. Néanmoins, elle ne s'inscrit pas dans la même temporalité que les autres missions de l'hôpital. La survenue incertaine d'une crise nécessite que l'on s'y prépare.

1.5.1 Une exigence sociétale

Depuis l'affaire du sang contaminé dans les années 1990, la multiplication des situations de crise est indéniable. Il existe plusieurs explications à ce phénomène.

D'abord, la peur du risque et l'exigence de qualité et de sécurité exacerbée provoquent des réactions exagérées, parfois irrationnelles devant tout dysfonctionnement alors que des moyens d'alerte existent.

Ensuite, la méfiance de la société face à la perte de repères fondamentaux provoqués par la mondialisation renforce la peur du risque.

Cette crainte trouve de multiples raisons : une science sans réponse rapide face aux nouvelles pathologies (SRAS, SIDA), une réglementation abusive, une perte de crédibilité des scientifiques et intellectuels. Mais ne sommes-nous pas à l'origine de ces risques, débordés par nos œuvres techniques, sociales et culturelles ?

Aussi, la société bien que génératrice de risques, réclame leur prise en compte par les pouvoirs publics. La réponse à une crise est un enjeu majeur de gouvernance, un axe central des exigences de l'opinion publique à l'égard des décideurs. En effet, le défaut de planification face aux risques sanitaires aurait des conséquences humaines, sociales et politiques désastreuses vis-à-vis de la population. Aussi, il appartient aux décideurs d'anticiper des modes de gestion des situations d'exception et de crises d'aujourd'hui et non d'hier.

⁷ GIRARD J.F Rapport de la mission d'expertise de la veille sanitaire .Août 2006

⁸ ROUSSEAU Jean-Jacques

1.5.2 Une démarche et une exigence managériale

« *Le plan blanc hospitalier est le cœur de la gestion de crise* » postule J .Robert CHEVALLIER et déclare « *il faut considérer la gestion de crise comme un thème de management à part entière* »⁹.

Dans l'organisation territoriale de la gestion de crise, en cas de menaces sanitaires graves, l'action maîtresse des établissements de santé est de se préparer à prendre en charge un afflux de blessés en maintenant son fonctionnement habituel dans la mesure du possible. Autrement dit, les établissements doivent élaborer un plan blanc encore appelé plan de gestion de crise. Cette exigence réglementaire est appuyée d'un guide d'aide méthodologique à la rédaction des plans pour aider les directions des institutions.

Mais la gestion d'une crise ne peut être réduite à l'application de procédures préalablement établies, elle nécessite la constitution d'une cellule de crise composée d'acteurs entraînés à prendre des décisions urgentes, sous l'autorité du directeur d'établissement. La gestion d'une crise à caractère exceptionnel réclame des capacités managériales de la part des décideurs.

1.5.3 Une démarche qualité

C'est seulement dans la deuxième version de la procédure d'accréditation de septembre 2004, que la gestion des crises apparaît comme un critère d'évaluation des établissements. La référence 14 pose comme principe que « chaque établissement a une gestion des risques organisée et coordonnée » puis précise dans la référence 14e que la gestion d'une éventuelle crise est organisée et dans la référence 14f que l'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place. Désormais, la gestion de crise est inscrite comme indicateur de qualité dans le management des établissements. Il faut comprendre que le risque exceptionnel est imprévisible mais son caractère inattendu nous oblige à anticiper et à organiser une réponse à la crise tout en veillant à ne pas compromettre la poursuite des missions de l'institution.

L'intégration du plan blanc dans une démarche qualité revient à le rendre indissociable de la pratique régulière d'exercice d'évaluation. En effet, il est à noter que l'évaluation des modalités de réaction face à une situation de crise fait partie d'une démarche qualité et rentre dorénavant dans le processus d'accréditation.

⁹ CHEVALLIER J.R, « Plus je m'entraîne plus j'ai de la chance » *Entreprise Santé*, n°60, Nov- Déc. 2005

1.5.4 Une démarche d'anticipation

« Gérer la crise, c'est d'abord ...Anticiper »¹⁰

S'il est impossible à priori de définir la meilleure manière de gérer une crise, une démarche de préparation s'avère en revanche nécessaire. En effet, il vaut mieux réfléchir a priori car travailler dans un contexte de forte perturbation est synonyme d'improvisation, de stress, de perte de repères. Or, l'organisation habituelle ne fonctionne pas face à une crise. Il nous faut donc revoir nos modes d'organisation.

L'ANAES en 2003 propose des principes méthodologiques pour la mise en place d'un dispositif d'anticipation d'une crise.

Anticiper la crise, c'est se préparer. Cette préparation réclame l'élaboration d'un plan, l'outil indispensable car il fixe les règles d'un nouveau fonctionnement et l'entraînement des équipes par la simulation d'une crise.

1.6 La notion d'exercice

Au cours d'un exposé sur les exercices, le Dr AMMIRATI débute par cette phrase « *On apprend en faisant* »¹¹.

Elle présente la démarche pédagogique des exercices d'entraînement dans le cadre du plan blanc et explique que les exercices comprennent deux phases :

- La phase d'application :
 - Transfert de connaissances
- La phase d'évaluation :
 - Stratégie (organisation générale)
 - Système de prise de décision
 - Application des décisions

Les exercices sont la partie pratique de la formation. Ils permettent aux professionnels de s'approprier pleinement le plan blanc à travers l'acquisition des principes de raisonnement (Phase de transfert de connaissances). Cette première phase concerne tous les professionnels alors que la deuxième phase est dirigée vers les acteurs impliqués dans la mise en place de la gestion de la crise.

De cette manière, il est possible d'accoutumer le personnel à une stricte application des procédures établies. Mais les exercices peuvent répondre également à un objectif

¹⁰ PARENT B., ENSP, Session « Communication et gestion de crise », janvier-février et juin 2007, filière directeur des soins, p11

¹¹ Dr Christine AMMIRATI, praticien hospitalier –SAMU-CESU AMIENS, Exposé du 11 juin 2005 à la DHOS sur la démarche pédagogique : les exercices

d'évaluation du plan afin de valider ou réajuster les procédures. Il est bien évidemment que l'objectif de l'exercice est défini préalablement.

Au-delà de l'apprentissage et de l'analyse des comportements des acteurs, les exercices viennent dédramatiser le contexte de crise, diminuer l'impact émotionnel et ainsi éviter des dysfonctionnements.

Au-delà de l'aspect pédagogique de l'exercice, nous retiendrons qu'il permet également de tester et de réévaluer l'opérationnalité du plan à travers des situations connues ou probables en fonction du contexte de l'établissement. L'organisation des exercices est de la responsabilité du directeur qui peut se faire aider par un audit interne ou externe. A ce propos, le ministère travaille actuellement sur un guide d'évaluation des plans blancs dans l'esprit de celui créé pour évaluer l'état de préparation des établissements à une pandémie grippale.

1.7 Le concept de culture

Nous abordons le concept de culture comme niveau d'appropriation de la crise souhaitable par les professionnels hospitaliers.

Or, ce concept est extrêmement large et difficile à appréhender. La culture est synonyme de valeurs partagées. Dans la littérature managériale, ce terme est apparu pour la première fois en 1983. Il exprime un élément stable qui est le reflet des acquis d'un passé commun. Dans l'entreprise, la culture est souvent implicite et traduit ses usages, ses traditions.¹²

Mais nous préférons retenir la définition faite par le sociologue Emile PIN qui traduit le concept de culture à travers la notion du savoir. Il s'agit de « *La somme et la structuration de tous les savoirs, les savoir-faire et les savoir-vivre de tous les hommes vivant dans une société* ». Cette définition éclaire le concept de culture à travers des niveaux de savoirs donc à partir de la connaissance.

- *La notion de savoir, base de la culture,*
- *La notion de savoir-faire, déploiement de la connaissance*
- *L'existence de normes, de règles, de valeurs,*
- *L'appartenance à un groupe,*
- *L'autonomie du groupe par rapport aux autres membres de la société*¹³

¹² OHANA P : Les 100 mots clés du management des hommes ; p62 -63

¹³ HUBINON Myriam .Management des unités de soins, p196

2 L'étude de terrain

Dans cette deuxième partie, nous allons explorer la réalité du terrain en rendant compte d'une enquête menée auprès de centres de formation et de centres hospitaliers occupant une place différente dans le dispositif d'organisation sanitaire. Cette étude a pour objectif de connaître les facteurs favorisant les freins à la culture de gestion de crise et l'appropriation de cette démarche par les professionnels soignants.

Notre réflexion portera sur le niveau stratégique du pilotage, le niveau organisationnel menant à la rédaction et la préparation à la mise en œuvre des plans, et le niveau opérationnel en ce qui concerne l'appropriation des outils par les professionnels.

Le postulat que nous posons concerne l'insuffisante culture de gestion de crise des acteurs hospitaliers, l'absence de formalisation dans l'élaboration et l'appropriation des différents plans. Nous nous intéresserons par ailleurs au caractère virtuel et incertain des nouveaux risques interférant dans l'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs dans la gestion de crise.

Après avoir présenté la méthodologie de l'enquête et ses principaux résultats, nous concluons par nos enseignements.

2.1 La méthodologie de recherche

Nous avons utilisé des données documentaires, des travaux d'experts et de professionnels intervenant dans la gestion de crise au niveau national, zonal, départemental et local. Dans un premier temps, au cours de notre cursus de formation, un travail en interfilialité sur le thème de la gestion de crise, nous a permis de rencontrer des professionnels et ainsi d'appréhender les modalités d'organisation territoriale et leur positionnement quant aux axes de développement attendus dans la déclinaison hospitalière de la gestion de crise.

Cette première approche est complétée par une étude de terrain. Nous avons choisi d'effectuer des entretiens auprès de professionnels de structures hospitalières différentes avec l'idée d'identifier si le type d'établissement interférait dans nos hypothèses ou si les outils qu'ils utilisent et les difficultés qu'ils rencontrent s'inscrivent dans une problématique générale. Si tel est le cas, nous pourrions proposer des actions transférables à tous les hôpitaux.

Ces entretiens ont été retranscrits en respectant les propos des personnes interrogées de manière à conserver l'authenticité du discours.

Puis, en fonction du domaine d'investigation et de la catégorie professionnelle des interviewés, nous avons réalisé une grille d'analyse pour retenir les informations ou idées pertinentes avec le thème exploré.

2.1.1 Les entretiens

Nous avons choisi de mener des entretiens semi directifs qui permettent à la personne interrogée de s'exprimer spontanément dans un cadre fixé par l'interviewer. Cette technique facilite la reformulation et favorise le recueil de réponses adaptées à notre objet de recherche. De plus, les entretiens nous ont permis de constater que la gestion de crise est une vraie préoccupation des décideurs et de l'encadrement. Leurs interrogations portent essentiellement sur leur capacité à gérer une crise, mais également sur l'articulation de cette nouvelle exigence dans un paysage hospitalier contraint et en profonde mutation. Cette perception a pu être dégagée au-travers des entretiens ce que n'aurait pas permis un autre mode de recueil.

L'objectif de ces entretiens est de mettre en évidence:

- Le déficit de culture de crise des acteurs hospitaliers,
- Les modalités de mise en œuvre, les freins et les éléments facilitateurs de la démarche d'élaboration et d'appropriation des plans,
- L'impact des nouveaux risques sur la motivation des professionnels.

2.1.2 La population interrogée

Comme nous l'avons déjà précisé, les entretiens ont intéressé le domaine de la formation et de la gestion hospitalière. En effet, en raison d'une apparition récente de la gestion de crise à l'hôpital, nous nous sommes d'abord interrogés sur l'existence d'un enseignement en formation initiale des professionnels.

Nous avons donc interrogé le responsable du module « gestion et communication de crise » à EHESP dans le cadre de la formation des directeurs d'hôpitaux et des directeurs de soins. Ensuite, nous avons contacté un cadre enseignant en institut de formation des cadres de santé et un directeur des soins responsable de formation en institut afin de savoir si la gestion de crise était abordée dans les formations initiales.

La suite des entretiens a été réalisée auprès des professionnels de santé dans quatre centres hospitaliers dont un CHU, un CHR, un CH de l'Assistance Publique et un CH.

Les acteurs interrogés appartiennent à toutes les strates hiérarchiques : directeur général, directeur adjoint en charge des plans, directeur des soins, cadre supérieur de santé, cadre de santé et infirmiers. Toutes les catégories de professionnels n'ont pas été interrogées dans chaque établissement.

En effet, nous recherchions à avoir une vision générale du développement de la démarche d'anticipation de la gestion de crise dans les établissements et non à établir un comparatif entre les établissements.

2.1.3 Les limites de l'enquête

Conscient que tous les acteurs de l'hôpital sont concernés par la gestion de crise, le choix a été fait de limiter notre recherche auprès des infirmiers pour le niveau opérationnel. En effet, le temps imparti pour ce travail ne permet pas de vérifier nos hypothèses auprès de chaque catégorie d'acteurs (aide soignante, manipulateur en radiologie, brancardier ...)

D'autant que la majorité des propositions d'actions viseront tous les acteurs hospitaliers au regard de leur compétence et de leur niveau d'action dans l'institution.

La grille d'entretien est présentée en annexe 1. Nous avons élaboré des questions en regard des thèmes dégagés par nos hypothèses, puis nous avons ciblé la population à interroger.

D'autre part, il nous a paru plus pertinent dans un premier temps de vérifier directement auprès des responsables de formation initiale le contenu de l'enseignement à la gestion de crise avant de recueillir l'avis des acteurs du terrain sur leurs besoins en formation. Ainsi, nous avons une vision actuelle du niveau de formation initiale des acteurs.

Ensuite, nous avons classé les questions par catégories professionnelles et par niveau hiérarchique (niveau stratégique, fonctionnel et opérationnel).

Nous définissons deux thèmes autour du premier objectif de recherche : la formation des acteurs (responsable de formation) et la politique de gestion de crise (directeur général et directeur des soins).

Le second objectif est recherché auprès des responsables de la démarche d'élaboration et d'appropriation des plans (directeur général, directeur des soins, cadre supérieur de santé, cadre de santé)

Pour terminer cette recherche, nous étudions les freins et les éléments facilitateurs de la mise en œuvre d'une gestion de crise au niveau opérationnel (cadre supérieur de santé, cadre de santé et infirmier).

Le nombre d'entretiens réalisés et les lieux n'étant pas représentatif, les réponses apportées ne sont pas généralisables et n'ont de valeur que dans le contexte de l'étude.

2.2 Les résultats des entretiens

L'analyse des entretiens est faite à partir d'une grille reprenant les propos émis par les personnes interrogées. Ils sont regroupés par thème pour chaque catégorie professionnelle et confrontés à nos lectures pour dégager les axes principaux répondant à notre questionnement.

Le premier objectif de ces entretiens est de comprendre si la culture de gestion de crise a pénétré le monde hospitalier et pourquoi ?

D'après Christian REGOUBY¹⁴, « dans un environnement où les ruptures et les crises sont devenues systémiques, la capacité des dirigeants et des agents à assurer la pérennité et le développement des établissements de santé publique passe par la mise en place d'une révolution culturelle et managériale. C'est une prise de conscience et une formation en profondeur de l'ensemble des agents à un nouveau savoir être dont il est question ».

Notre enquête sur le terrain nous a permis de mettre en évidence les points suivants.

2.2.1 Une absence de culture de crise liée à un défaut de formation initiale

A travers nos lectures et nos entretiens avec des experts, il émerge globalement que les acteurs hospitaliers n'ont pas intégré la culture de la gestion de crise même s'ils répondent mieux aux injonctions réglementaires d'élaboration de plan.

Ce changement culturel n'est pas la panacée d'une catégorie de professionnels mais il les concerne tous. Or, la culture ne se décrète pas puisqu'elle fonde sa base sur le savoir. De plus, c'est le déploiement de cette connaissance qui construit un savoir faire partagé par la communauté hospitalière. La culture de la crise prend appui sur la formation des acteurs.

2.2.1.1. La formation initiale des directions des établissements de santé

Jusqu'en 2005, la formation des directeurs d'hôpitaux ne comportait aucun enseignement à la gestion de crise. Au regard des besoins des dirigeants et des crises successives, l'EHESP a conçu un module de formation d'une durée de quatre jours « à la gestion et communication de crise » comprenant la méthodologie de rédaction d'un plan, le développement d'exercices de mise en situation de crise, les modalités de mise en place d'une cellule de crise et la stratégie de communication. C'est seulement en 2007, qu'un enseignement obligatoire d'une durée d'un jour et demi apparaît dans le parcours de formation personnalisé des directeurs des soins. Un « training » facultatif à la communication de crise est également proposé.

Le responsable de ce module d'enseignement également chercheur en gestion et communication de crise, considère que les directeurs de soins comme les directeurs généraux seront amenés à déclencher un plan blanc dans leur carrière. Aussi, au regard de cette lourde responsabilité, la formation initiale lui paraît insuffisante et le dispositif de formation non adapté.

¹⁴ REGOUBY C., janvier 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », Gestions Hospitalières, n°462 ,pp21
Christian REGOUBY est expert et formateur en management des situations sensibles, de communication de crise et cellules de crise

D'après lui, la formation actuelle est basée sur le savoir et ne permet pas une véritable appropriation de compétence.

2.2.1.2. La formation initiale de l'encadrement de santé

La formation des cadres de santé ne comporte pas aujourd'hui d'enseignement à la gestion de crise. Mais le cadre formateur interrogé reconnaît que certains étudiants souhaitent parfois aborder ce sujet. En général, un enseignement optionnel leur est proposé qui concerne le plus souvent les divers aspects du plan blanc.

2.2.1.3. La formation initiale des infirmières

Le programme officiel des études d'infirmières actuel et futur ne possède pas d'enseignement à la gestion de crise. Le projet pédagogique de l'institut interrogé ne comprend pas de module spécifique à la gestion de crise, mais elle est abordée dans un travail autour de la grippe aviaire, du plan canicule et du plan blanc complété d'un enseignement aux gestes d'urgence.

Depuis 2005, la grippe aviaire est abordée dans un enseignement réactif en fonction du contexte et par l'introduction des nouvelles mesures dès leur diffusion. Le plan canicule fait l'objet d'une information à chaque promotion d'élèves de 3ème année. De plus, elles sont intégrées dans le dispositif hospitalier en cas de déclenchement du plan canicule. Les responsabilités confiées aux étudiants dépendent de leur niveau de formation.

L'intégration dans le cursus des directeurs, d'un enseignement à la gestion de crise est somme toute une grande nouveauté mais toujours inexistante pour les autres professionnels. La jeunesse de la formation des décideurs explique que la culture de crise n'a pas pénétré l'hôpital. Mais l'amorce de cette formation des directeurs augure de leur sensibilisation à la mise en place d'une politique de gestion de crise et des outils opérationnels tels que les plans.

2.2.2 Une formation continue à la gestion de crise encore balbutiante

2.2.2.1. Des directions d'établissement

Parmi les directeurs de soins interrogés, un seul a suivi un enseignement à la communication de crise dans le cadre d'une formation continue destiné aux membres de la direction de cet établissement.

Aucun autre dirigeant interrogé n'a bénéficié d'une formation à la gestion de crise.

2.2.2.2. De l'encadrement

L'ensemble des cadres interrogés déclare ne pas avoir bénéficié de formation à la gestion de crise et affirme que le plan de formation de leurs établissements ne contient pas cette thématique. Néanmoins, tous les établissements ont organisé une information sur la pandémie grippale conformément aux recommandations du ministère. Ainsi, tous les cadres ont reçu cette information. Deux établissements ont choisi l'encadrement comme vecteur d'information au sein des unités.

Il ressort des entretiens que seule l'information sur la pandémie grippale a fait l'objet d'une diffusion à tous les cadres. En effet, les formations NRBC ne sont pas encore dispensées ni auprès de tous les acteurs professionnels, ni dans tous les établissements. De même, le plan blanc n'est pas inclut dans la formation des cadres et un seul établissement dispense une présentation de son plan blanc à l'encadrement.

2.2.2.3. Des infirmières

Les infirmières interrogées reconnaissent ne pas avoir eu de formation à la gestion de crise, et ne pas l'avoir demandée. Mais elles s'accordent pour dire que l'information sur la grippe aviaire est source de réflexions, d'interrogations et de connaissances autour de la question de la crise *« l'unique formation que j'ai faite à l'hôpital, c'est sur la grippe aviaire. Elle dure une heure et m'a fait réfléchir sur l'organisation de l'hôpital en cas de pandémie grippale et sur mon niveau d'implication dans la crise »*.

Deux infirmières déclarent n'avoir eu aucune information, ni présentation du plan blanc à leur arrivée dans l'établissement, ni ultérieurement. *« J'ai entendu parler du plan blanc, le jour de l'information sur la pandémie grippale, puis lors du recueil annuel de nos coordonnées pour sa mise à jour »*. Alors que l'une d'entre elles reconnaît avoir eu une information sur le plan blanc à son arrivée par le cadre du service.

Un établissement a priorisé la formation « pandémie grippale » aux personnels des services concernés par l'accueil des patients (SAMU, SAU, et REANIMATION) ; elle sera déployée aux autres services dans un deuxième temps. Ce même établissement a réalisé une évaluation de cette formation sous forme d'un « Quick-Audit » portant sur la connaissance des procédures auprès des personnels et recommence cet enseignement tous les ans compte-tenu d'un renouvellement de 20% des infirmières chaque année.

On peut affirmer que tous les établissements ont organisé uniquement la formation à la pandémie grippale au regard de son caractère obligatoire et du délai imposé par les autorités de tutelle. La formation NRBC moins contrôlée dans son déploiement n'a pas débuté dans certains établissements ni même dans l'établissement de référence de la zone de défense. Quant au plan blanc, la majorité des professionnels de terrain en n'ont aucune connaissance, seuls les cadres possèdent quelques informations et parfois

disposent du document électronique. Or, la culture de crise passe par la connaissance. En effet, « *vous n'êtes pas des professionnels de la crise, même si vous avez l'habitude de gérer l'urgence ; la crise arrive exceptionnellement, donc il faut mobiliser des moyens exceptionnels. Ainsi, tous les acteurs doivent connaître et être formés au plan blanc* ». ¹⁵

Après avoir établi le niveau de connaissance des acteurs hospitaliers à la gestion de crise, nous avons recherché l'existence d'une politique de gestion de crise dans les établissements.

2.2.3 Une politique de gestion de crise à instaurer

2.2.3.1. La gestion de crise une notion à clarifier

La gestion de crise est devenue une composante incontournable du paysage hospitalier qui doit se préparer à une crise potentielle. Il existe un grand flou face à cette notion chez les acteurs.

La gestion de crise est appréhendée par les professionnels à travers la typologie de la crise et dans la manière de gérer l'évènement. « *Il est plus facile de gérer un accident de plusieurs blessés avec un renfort de personnel pendant une journée que la pandémie grippale pendant plusieurs semaines avec une diminution des personnels* ».

Elle est parfois réduite à une simple réponse planificatrice et réglementaire. « *Nous n'avons pas de politique de gestion de crise mais un plan blanc* ».

Elle désigne le plus souvent de nombreuses situations allant de l'erreur de soins à l'afflux de victimes.

Enfin, elle est identifiée à travers son responsable dans l'organigramme de la direction.

Si les professionnels identifient clairement la gestion des risques en réponse à une politique, il n'en est pas de même pour la gestion de crise « *le risque d'être confronté à une crise est présent, mais sa gestion n'est pas une phase formalisée* ».

Certains connaissent l'existence d'une politique de gestion des risques, de sa cellule et de son programme mais indique qu'elle ne comporte pas de cellule de gestion des crises. Parfois, la cellule de crise du plan blanc est confondue avec une hypothétique cellule de gestion de crise, qui émanerait de la mise en place d'une politique de gestion de crise.

2.2.3.2. Une politique de gestion de crise embryonnaire

Globalement, les établissements ont mis en place une cellule qualité et gestion des risques. Néanmoins, la grande majorité n'a pas de politique de gestion de crise, ni

¹⁵ Propos recueilli auprès de Mr Bertrand PARENT, enseignant chercheur à EHESP LE 25 Mai 2007

d'anticipation, ni de procédure dégradée, pas de méthodologie, pas de moyen de communication formalisé. Si les directeurs reconnaissent qu'ils ont la responsabilité d'impulser une politique de gestion des risques incluant la crise, critère du manuel de certification, elle n'est pas encore mise en œuvre dans les établissements.

« Nous n'avons pas réellement de politique de la crise mais nous menons un travail autour du plan blanc, autour d'un dispositif de formation sur la pandémie grippale et nous avons pour objectif de mettre en place un système donnant en temps réel les disponibilités de lits, car cela reste un problème récurrent qui en période de crise est primordial, nous l'avons bien vu au moment de la canicule ».

« La crise face aux évènements exceptionnels est une nouveauté pour l'hôpital, AZF m'a fait réaliser que nous devons nous préparer, avant j'avais tendance à penser que c'était l'affaire des médecins urgentistes et du SAMU ».

Un seul des établissements interrogés a mis en place une politique de gestion de crise formalisée. *« La politique de gestion de crise est intégrée dans la politique de gestion des risques. Le niveau stratégique est sous la responsabilité du DGA et le niveau opérationnel est décliné par la direction qualité ».* Cette politique est portée et définie par le directeur général, elle trouve un écho favorable auprès du président de la CME et du directeur des soins qui s'impliquent dans cette stratégie.

Notre étude montre que les professionnels n'identifient pas clairement la notion de gestion de crise.

2.2.3.3. Une politique de gestion de crise incluse ou pas dans la gestion des risques

Certains pensent que la gestion des risques et la gestion des crises peuvent être communes alors même que la première n'est pas toujours maîtrisée au niveau opérationnel. Néanmoins, elle a souvent une structure organisationnelle définie avec un comité de pilotage et une cellule de gestion des risques. En effet, cette structuration peut servir de base et aider à la mise en place d'un dispositif de gestion de crise.

Nos entretiens confirment que la gestion de crise incluse dans la politique de gestion des risques est efficace, si le projet est porté par le DG et s'il en assure le suivi.

La gestion de crise doit être une politique institutionnelle gérée au sein de la direction.

Un autre établissement a une vision contraire et différencie la gestion de crise et celle des risques.

« Le risque et la crise sont différents, il n'est pas envisageable de confier le plan blanc à la gestion des risques car le niveau d'implication de l'hôpital et son retentissement sur celui-ci ne peut pas se gérer de la même façon car dans la crise, l'ensemble de l'hôpital est concerné ».

Quel que soit le choix de la politique, l'aspect institutionnel reste l'élément primordial de son efficacité. Cette politique doit être développée dans le projet d'établissement.

L'étude faite auprès de ces hôpitaux nous montre que nous sommes à l'aube d'une politique de gestion de crise. Néanmoins, elle est une préoccupation des dirigeants dans son aspect opérationnel et réglementaire. En effet, l'accélération des événements conduisant à une crise révèle la nécessité de s'organiser, mais la réponse reste encore trop souvent centrée sur les injonctions réglementaires.

La culture de la gestion de crise est naissante à l'hôpital. Si elle ne fait pas encore l'objet d'une réelle politique formalisée, on note chez l'ensemble des professionnels, le souhait d'intégrer cette nouvelle réalité à leur quotidien professionnel et une réelle volonté d'implication.

Mais il apparaît très clairement que la formation de tous les acteurs est insuffisante et parfois inexistante. La gestion de crise ayant été introduite récemment dans l'enseignement des directeurs d'hôpitaux, il paraît compréhensible qu'elle ne soit pas déclinée dans une politique institutionnelle sur le terrain. D'autant, que cette formation est jugée insuffisante par les experts de la crise, qui ont proposé au ministère la création d'un plateau de formation à la gestion de crise pour les professionnels de santé. Dans ce cadre, ils envisagent d'élaborer un module spécifique d'enseignement pour les directeurs basé sur des apprentissages à la prise de décision et à la communication en situation de crise et ce avant leur prise de poste. Cette formation s'adressera également aux responsables en activité.

Si l'on souhaite développer une culture de crise à l'hôpital, au-delà de la politique institutionnelle, le choix du relai se porte naturellement vers l'encadrement dont c'est la responsabilité. Or, aujourd'hui sans formation initiale et avec une formation continue limitée aux informations obligatoires et quelquefois à une diffusion du plan blanc, ils ne peuvent pas être mobilisés autour de cette question, ni se projeter et encore moins impulser une dynamique d'appropriation des plans et de culture de la crise auprès des équipes.

Une politique de gestion de crise balbutiante et une insuffisance de formation de tous les acteurs nous révèlent que la culture de crise pénètre à petits pas dans l'hôpital alors qu'il y a une nécessité reconnue et une volonté des professionnels à s'engager dans cette démarche.

Le deuxième objectif de cette enquête est d'appréhender l'élaboration des plans, pour mettre en exergue les éléments facilitateurs et les freins à leur appropriation et de repérer les outils qui garantissent l'opérationnalité des acteurs.

2.2.4 La rédaction des plans à structurer

Un plan est la préparation à une réponse opérationnelle réflexe d'une situation de rupture. Depuis la loi de santé publique du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique, les hôpitaux se sont engagés dans la rédaction du plan blanc, de ses annexes NRBC et pandémie grippale. Nous nous sommes intéressés à l'élaboration du plan blanc car il est l'outil réglementaire de la gestion de crise.

Tous les établissements visités ont rédigés leur plan blanc, un seul ne l'a pas finalisé. *« Ce travail que j'appelle un état d'avancement de la réflexion du plan blanc n'a pas été validé par le DG, ni diffusé. Je considère que nous n'avons pas réellement de plan blanc ».*

2.2.4.1. Le plan blanc comme outil opérationnel d'une politique institutionnelle

S'il est communément admis que le responsable des plans est le directeur général, leurs élaborations et leurs coordinations répondent à une organisation et une lisibilité différentes selon les structures. Cette volonté affichée de structurer dans l'établissement une politique de gestion de crise est le reflet de la politique du DG qui veut lui donner une dimension institutionnelle, gage d'une vraie dynamique et amorce d'une culture. A travers nos entretiens, nous retrouvons clairement ce principe. De plus, nous dégagons que le type d'établissement n'est pas déterminant dans la structuration d'une démarche de gestion de crise, ni dans le pilotage de la rédaction des plans. Mais nous avons clairement identifié que les établissements où la rédaction des plans est institutionnelle, définie et portée par le DG, coordonnée par un des membres de la direction, nous obtenons un outil adapté au contexte hospitalier. En l'absence d'une structuration du projet et d'une forte implication des dirigeants, l'outil s'avère peu ou pas opérationnel.

« Le plan blanc de l'établissement date de l'année 2000 et il est en cours de refonte. Mais les responsabilités en la matière n'étant pas définies, c'est le secrétaire général qui est interpellé chaque fois qu'il est question du plan alors même qu'il n'a aucune expertise dans le domaine. D'ailleurs, le réajustement a été confié à un élève directeur ».

2.2.4.2. Un comité de rédaction et des missions à définir

Les plans ne sont pas l'affaire de spécialistes ou uniquement des urgentistes mais ils doivent être élaborés en partenariat avec l'ensemble des acteurs.

Il ressort de nos entretiens que dans la majorité des établissements, la rédaction s'appuie sur le guide méthodologique distribué par le ministère. Ce travail est fait en partenariat entre la direction (directeur qualité ou autre directeur adjoint, DS), les médecins (du SAMU et des Urgences), et l'encadrement (cadre supérieur).

L'établissement de l'AP-HP utilise une trame spécifique des hôpitaux de l'AP-HP comme support à la rédaction. Parmi les quatre hôpitaux, aucun n'a inclus les cadres de terrain,

et les infirmiers dans le comité de rédaction. Dans deux cas, les médecins du SAMU et des Urgences n'appartiennent pas au comité de rédaction. Pour un établissement, le président de la CME et le responsable du SAMU sont consultés pour vérifier la cohérence des plans. Par ailleurs, un établissement considère que le champ des plans a remis en cause la catégorie des rédacteurs et a élevé le niveau de coordination au dessus des responsables du SAMU et des Urgences. Enfin, le dernier a confié à un seul membre de la direction la rédaction du plan blanc.

« Les rédacteurs ne sont pas identifiés et tout le monde pense que c'est l'affaire du secrétaire général, mais seul c'est une mission impossible ». « J'écris le plan blanc, alors que je ne fais pas partie de la cellule de crise, je me demande où cela mène. »

S'il n'existe pas un comité de rédaction du plan blanc identifié, cela laisse supposer que l'introduction des recommandations ministérielles comme les injonctions des tutelles risquent fort d'échapper à certains responsables et d'être prises en compte tardivement. *« Les modifications sont parfois faites seulement par les médecins sans concertation du groupe des rédacteurs »*. D'autant, que les injonctions extérieures sont nombreuses, elles viennent de partout (DGS, coordonnateur zonal, DDASS) et se contredisent parfois.

De même que les préconisations sont introduites de manière disparate en l'absence d'un comité de rédaction, la veille n'est pas exercée de manière rigoureuse.

Trois établissements sur quatre font une réactualisation annuelle ciblée sur la remise à jour des coordonnées des personnels uniquement.

Ce regard sur la rédaction du plan blanc met en évidence que les éléments qui facilitent ou freinent l'élaboration du plan blanc réside dans la structuration du projet.

Nous retiendrons comme élément facilitateur de structuration :

- La nécessité de son inscription dans la politique institutionnelle,
- La nécessité de la mise en place d'un comité de pilotage lisible par tous qui détermine la stratégie de gestion de crise,
- La création d'un comité de gestion de crise pérenne, connu de tous, composé de représentant des acteurs concernés et des experts dans le champ de la crise.

Leur mission serait la rédaction du plan blanc dans le cadre d'une démarche qualité, son réajustement avec l'introduction des injonctions et la mise à jour.

Un référent dans l'équipe de direction nommé par le DG est chargé de piloter le groupe de travail pour la rédaction des plans, pour leur évaluation, et leur remise à jour. Toutefois, il ne suffit pas de posséder un plan blanc bien conçu pour qu'il soit maîtrisé par le plus grand nombre.

Nous postulons que pour maintenir des acteurs opérationnels, ils doivent s'appropriier les outils de la crise.

2.2.5 L'appropriation des plans pour l'opérationnalité des acteurs

La préparation à la gestion de crise doit se faire au niveau d'une réflexion sur l'appropriation des plans de tous les acteurs à tous les niveaux.

Le guide d'élaboration des plans blancs des établissements de santé¹⁶, mentionne que le directeur aura pris comme mesure de «mettre dans le cadre du plan de formation diverses actions à caractère généraliste ou spécialisé à la gestion de crise (risques NRBC notamment)». Mais la formation au plan blanc doit être accompagnée d'un système de communication basé sur des relais de l'information.

2.2.5.1. La Communication du plan blanc

Dans trois établissements sur quatre, la transmission de l'information sur le plan blanc s'appuie sur les CSS. Mais eux-mêmes ne bénéficient pas toujours d'une présentation par les rédacteurs (un cas seulement), les autres reçoivent le plan blanc par messagerie électronique. Cette seconde méthode de communication ne facilite pas la transmission des informations, exigeant des CSS un travail de compréhension, de recherche en amont qui complexifie leur mission et ne garantit pas une transmission efficace.

Les nouveaux cadres des établissements ont rarement une présentation du plan et la remise du document écrit n'est faite que dans un seul établissement.

Les cadres ne peuvent pas s'approprier le plan blanc s'ils ne bénéficient pas d'une information adaptée. « *On nous en parle uniquement lorsqu'on nous demande de recenser les coordonnées des agents pour la mise à jour du plan. Il en est de même pour les équipes de soins qui n'ont aucune sensibilisation, ni explication* ».

Le plan blanc est diffusé auprès des équipes soignantes par les cadres des unités dans un seul établissement. Les équipes de soins des autres établissements n'ont ni information, ni présentation du plan. Néanmoins, les cadres reconnaissent être les relais de l'information sur le terrain. Ils s'accordent à reconnaître qu'une présentation des plans aux professionnels amorcerait leur mobilisation autour de cette question encore faut-il qu'ils aient eux mêmes l'information. « *Je n'ai aucune idée de l'articulation des étapes du plan blanc et je ne me projette pas dans ma propre opérationnalité* ». Les cadres sont les maillons indispensables dans l'accompagnement des équipes pour leur appropriation du plan blanc mais ils considèrent qu'ils manquent eux mêmes d'outils et de formations.

Le document du plan blanc est accessible par tous les professionnels sur l'intranet dans trois établissements. Or, nous pouvons dire à la lumière de nos entretiens que ce moyen d'information dans le cadre du plan blanc paraît peu attractif et peu opérationnel surtout pour les infirmiers. En effet, une infirmière reconnaît « *la connaissance du plan blanc doit*

¹⁶Ministère de la santé et des solidarités, 14 septembre 2006, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé p 39

être formalisée sinon nous ne nous y intéressons pas » et une autre dit « le plan blanc ce n'est pas notre quotidien, aussi il serait important que nous soyons formées, car je sais que le document est sur intranet, mais je ne suis jamais allée le chercher ».

Il apparaît que des relais d'information doivent être formalisés à tous les niveaux hiérarchiques. Ces relais nécessitent d'être pertinents et performants et doivent s'appuyer sur l'organigramme hiérarchique d'autant qu'une des missions de l'encadrement est la transmission d'information.

2.2.5.2. Une gestion documentaire peu adaptée

La gestion documentaire des établissements n'est pas adaptée à ces documents volumineux qui demandent des remises à jour régulières et une large diffusion.

L'encadrement préconise une réflexion autour du système de gestion documentaire et de remise à jour qui faciliterait et améliorerait l'accès aux informations. *« Nous recevons à chaque modification, la totalité du document, ce qui nous oblige à chercher ce qui a été modifié alors qu'il suffirait de recevoir seulement la partie modifiée ».*

Notre enquête révèle que les systèmes de remise à jour ne sont pas performants.

2.2.5.3. La formation au plan blanc

Les crises surviennent parfois car les acteurs ne savent ce qu'ils doivent faire. Par exemple, lors de l'épisode de la canicule, dans certains établissements, les conditions de déclenchement du plan blanc étaient réunies pourtant celui-ci n'a pas été activé entraînant une situation de crise).

Or, les plans sont des procédures fondamentales, élaborées pour venir en aide aux protagonistes le jour J. Il est donc important que le dispositif soit connu et compris par chaque acteur.

Le Dr AMMIRATI nous explique que *« comprendre c'est créer des nouveaux schémas opératoires, c'est acquérir un savoir nouveau, c'est augmenter les performances de discrimination, les capacités d'anticipation, les performances d'adaptation, enfin c'est appliquer en confiance »*¹⁷.

Nous avons vu précédemment qu'aucun professionnel ne suivait de formation à la gestion de crise dans le cadre de la formation continue.

Il apparaît alors nécessaire que l'établissement organise une formation interne sur le plan blanc pour tous les acteurs. Ce dispositif est vivement souhaité par tous les CSS, les CS

¹⁷ Dr AMMIRATI C., « la gestion de crise, plan blanc, schémas départementaux des plans blancs-clarification des concepts et des outils : la démarche pédagogique » Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Exposé, 20 juin 2005, Paris : ENSP, 2007, CD

et les infirmiers « *J'ai découvert lors de la réception du document ma mission en cas de crise, cela n'est pas très motivant, ni efficace en cas de crise* ».

Les infirmiers estiment que cette formation devrait être obligatoire à leur arrivée dans l'établissement et renouvelée. Une seule pense que cette formation doit être exclusivement faite aux IDE des urgences.

Un seul des établissements interrogés dispense une information et une formation sur le plan blanc aux cadres afin qu'ils la redéployent aux équipes.

Parmi les DS, l'un d'entre eux considère que l'investissement demandé aux établissements dans le cadre de la formation à la pandémie grippale est trop importante et il lui semble que l'énergie dépensée risque d'être inefficace à terme. Or, le développement d'une formation au plan blanc constituerait le même scénario. Aussi, la commande est trop lourde surtout en période de difficulté de recrutement. Les DS parlent de la formation et de l'opérationnalité des équipes, mais ne s'expriment pas sur la leur.

On retiendra que la formation au plan blanc est la condition essentielle dans l'organisation de l'opérationnalité des acteurs mais qu'elle peut se heurter à des difficultés de mise œuvre.

Toutefois, cette formation théorique doit être complétée par des exercices d'entraînement.

2.2.6 Les exercices dans le maintien de l'opérationnalité :

2.2.6.1. Une responsabilité de l'équipe de direction

Le DG doit être impliqué dans la dynamique de gestion de crise. Si sa responsabilité dans l'élaboration du plan blanc est clairement établie par un décret, il lui appartient de construire une stratégie politique qu'il présentera aux différentes instances.

L'exercice est une démarche pédagogique, un processus d'apprentissage. Mais elle requiert des moyens.

Il intéresse toutes les strates hiérarchiques, de l'équipe de direction aux acteurs de terrain. Les directions sont concernées à plusieurs titres.

En premier lieu, dans le cadre de son propre entraînement, chaque établissement convoque la cellule de crise pour rôder le dispositif et s'essayer dans la prise de décision dans un contexte de crise. Son entraînement renforce l'idée d'une culture partagée

Ensuite, elle prend part aux exercices sur le terrain.

Mais, dans notre enquête, une seule équipe de direction s'est entraînée lors d'un exercice programmé par le préfet du département.

Dans un autre établissement, un exercice global a été réalisé, « *mais les simulations séquentielles n'ont pas d'intérêt car nous savons que la cellule de crise fonctionne* ».

De façon générale, il est communément admis que nous devons nous préparer à une crise potentielle et qu'il est de la responsabilité du directeur de les organiser.

2.2.6.2. Un consensus partiel devant la nécessité des exercices

Sur les quatre établissements interrogés, un seul a réalisé des exercices (type NRBC) sur demande de la préfecture (un par an).

Les autres établissements n'organisent pas d'exercice autour du plan blanc, mais les CSS le souhaitent pour tester l'opérationnalité du plan et la réactivité des professionnels.

« En effet, l'épisode dramatique de la canicule nous a confronté à une situation jamais vécue auparavant et devant laquelle nous étions en grande difficulté et sans pilotage avec le sentiment d'être seule avec les professionnels ».

Les infirmiers interrogés n'ont jamais participé à des exercices sur le plan blanc, mais y voient un moyen de connaître l'outil.

Les cadres interviewés n'ont pas participé à des exercices alors même que cet aspect leur paraît incontournable pour tester la coordination, repérer les dysfonctionnements et les points à améliorer et créer une culture de la crise.

Les DS dégagent tout de suite les intérêts des exercices (tester la mise en route de la cellule de crise, la validité des numéros de rappel des personnels) et proposent des réajustements lors du « débriefing » après l'exercice.

De l'avis des dirigeants et de l'encadrement, les exercices sont un facteur d'appropriation des plans par les professionnels. Mais cette démarche d'apprentissage reste très peu utilisée.

2.2.6.3. Des difficultés de mise en œuvre autour des exercices

Toutes les personnes interrogées s'accordent à reconnaître que les exercices amélioreraient incontestablement l'opérationnalité des acteurs mais leur organisation est lourde à mettre en œuvre en terme de logistique et consommatrice de temps.

Or, la temporalité d'un exercice de plan blanc rajoutée à la survenue incertaine de la situation s'oppose à son caractère pédagogique.

La difficulté de mise en œuvre des exercices est quelquefois renforcée par des contraintes telles que des travaux de restructuration, des difficultés de recrutement et économiques.

Toutefois, nos entretiens montrent que les soignants (DS, CSS, CS) sont favorables à la réalisation des exercices.

Les cadres ne participent pas à des exercices alors que cet aspect pratique fait défaut à l'assimilation de la culture de crise.

2.2.7 La formation au service de l'opérationnalité

La situation de crise réclame des capacités d'adaptation et d'anticipation qui peuvent être apportées par la formation.

Mme PETON-KLEIN¹⁸ répond aux chefs d'établissements lors d'une conférence « *la formation à la gestion de crise doit faire partie de leur plan de formation et à ceux qui s'inquiètent de savoir s'ils pourront bénéficier de crédits spécifiques,* [elle ajoute] *qu'à cet instant cela n'est pas prévu, d'autant que la gestion des crises doit apparaître dans le plan de formation au même titre que les autres thèmes, il faut s'y mettre* ».

Or, notre expérience de formateur NRBC, nous amène à soulever la problématique de la mise à disposition des professionnels de terrain pour la construction du module de formation ainsi que sa dispensation auprès des équipes. Actuellement cette question est un frein à la déclinaison des formations alors que les professionnels sont prêts à s'engager comme formateur ou à suivre la formation. Toutefois, les établissements référents de zone bénéficient d'une formation NRBC par le comité de formation zonal et de la création de poste de formateur référent NRBC. Ces moyens devraient permettre de dispenser la formation au plus grand nombre. Ceci ne se vérifie pas dans l'établissement interrogé car le poste dédié sert à compenser un effectif de cadre. Un établissement a choisi la méthode du « e-learning » pour dispenser la formation à la pandémie grippale. Pour eux, une formation à la gestion de crise pour les cadres devrait être inscrite au plan de formation de l'établissement.

Toutefois, un cadre aborde la question des interrogations, et du vécu difficile générés par la diffusion de la formation sur la pandémie grippale. Les cadres doivent réexpliquer aux soignants certaines informations et être à l'écoute de leurs peurs. Cet aspect générateur de stress est à prendre en compte dans la conception de la formation. « *Plus les situations s'éloignent d'un savoir maîtrisé, plus les individus se rabattent sur des stratégies de raisonnement primitives* »¹⁹.

Le troisième objectif de l'enquête est de savoir si le caractère virtuel et incertain des nouveaux risques freine l'implication des acteurs dans la gestion de crise.

Quelle représentation ont les professionnels des nouveaux risques ?

¹⁸ PETON-KLEIN D, propos lors d'une table ronde sur la clarification des concepts et outils de gestion de crise du 20 juin 2005.

¹⁹ Dr AMMIRATI C., « la gestion de crise, plan blanc, schémas départementaux des plans blancs- clarification des concepts et des outils : la démarche pédagogique » Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Exposé, 20 juin 2005, Paris : ENSP, 2007, CD

2.2.8 Les nouveaux risques

Dans l'esprit des professionnels interrogés, nouveau risque équivaut à grippe aviaire. Ceci trouve une explication dans le fait que cette problématique est connue de tous les acteurs de l'hôpital grâce aux informations reçues. Cette question est largement documentée, commentée et la planification globale des mesures gouvernementales sont largement réitérées. De plus, les incertitudes devant ce risque sont largement exposées dans les médias, véhiculant ainsi de nombreuses interrogations.

2.2.8.1. La fin du virtuel

Les professionnels évoquent d'emblée la grippe aviaire. *«Un nouveau risque désigne surtout la grippe aviaire car avant nous n'en parlions pas».*

Un cadre parle de risque majeur et un autre insiste sur la réalité de ces nouveaux risques. *«Le risque majeur est celui de la pandémie grippale», «il n'est pas virtuel».*

Une IDE considère la grippe aviaire comme un nouveau risque et reconnaît le plan blanc comme une solution pour y faire face mais souhaite un pilotage des cadres.

« Je pense d'emblée grippe aviaire et plan, puis danger, situation de crise, panique. Nous n'avons pas l'habitude de travailler en situation de crise et j'appréhende de devoir le faire et d'avoir à gérer la panique des citoyens. Néanmoins, je connais l'existence du plan blanc et cela me rassure car nous serons guidés par nos cadres».

Certains sont dans l'évitement, position de repli car ils génèrent de la peur *«Quant au risque NRBC, j'avoue ne jamais y penser».*

«On ne parle pas de cela dans les services sauf pendant la formation à la grippe aviaire, puis on oublie. La grippe aviaire fait peur sur un plan personnel et professionnel et nous fait peur pour l'avenir». D'autres au contraire, considèrent que le risque existe et que tôt ou tard, nous serons amenés à lui faire face. *«Mais si je pense que cela peut arriver, il n'envahit pas mon quotidien».* *«Les nouveaux risques, je n'y pense pas à cause du quotidien mais je pense que cela peut arriver et qu'il est nécessaire de se former».*

Les nouveaux risques sont abordés également à travers les catastrophes naturelles ou bien les attentats et les accidents de grande envergure. Une seule personne a évoqué le risque NRBC en évoquant la formation qui doit être réalisée.

2.2.8.2. L'imminence de cette réalité incite des professionnels de terrain à réclamer une meilleure préparation

Devant ces nouveaux risques, les IDE réclament une présentation du plan blanc. Ils souhaitent avoir des informations sur les différents types de crise qui peuvent surgir et se préparer.

« Nous ne sommes pas assez préparés; la formation d'une heure sur la grippe aviaire est insuffisante si on parle de préparation ».

Les nouveaux risques sont synonymes de nécessité de préparation.

Il ne faut pas négliger les risques *« je les prends au sérieux »*.

« Ils réclament que l'on se prépare et que nous soyons formés ».

Les IDE souhaitent être formés au plan blanc, aux risques NRBC, à la gestion de crise en général. Elles considèrent que leur opérationnalité en cas de crise en dépend. Mais devant son incertitude, elles réclament des formations et des informations régulières.

Toutefois, les avis sont partagés, certaines pensent qu'il n'est pas nécessaire de former toutes les IDE. *« D'ailleurs d'après moi, former tout le personnel de l'hôpital me paraît utopique, car nous avons d'autres priorités et si cela arrive, nous improviserons »*, d'autres au contraire estiment que chaque professionnel doit être formé. *« Nous devrions être tous formés pour apprendre à faire des priorités »*.

Contrairement, à notre hypothèse de départ, les nouveaux risques sont intégrés avec un fort potentiel de probabilité par les acteurs. Ainsi, l'évitement sous entendu autour de la virtualité des risques n'est pas fondé et ce d'autant qu'au cours des entretiens, nous avons constaté l'intérêt des acteurs pour cette question et la prise de conscience de l'encadrement et des IDE sur l'importante nécessité de s'y préparer.

2.2.9 La validation des hypothèses

Nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Les acteurs hospitaliers ont insuffisamment intégré la culture de la gestion de crise,
- La démarche d'élaboration et d'appropriation des plans par les professionnels est insuffisamment formalisée dans les établissements,
- Les nouveaux risques restent virtuels et incertains pour les professionnels.

Notre étude a mis en évidence d'une part des facteurs favorisant et des freins susceptibles d'influer sur l'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs dans la gestion de crise.

Les facteurs favorisant :

- La volonté explicite d'engagement de la direction,
- L'engagement des professionnels à se former,

Les freins

- Un faible niveau d'acculturation des professionnels à la crise et à ses outils,

- Un déficit de formation initiale à la gestion de crise,
- Le manque de formalisation des structures dédiées à la gestion de crise et en particulier à l'élaboration et à la diffusion du plan blanc,
- Le déficit d'exercices d'entraînement,
- Une politique de communication autour des plans à instaurer,

Le point fort de cette étude est la prise de conscience de l'encadrement et des professionnels de la nécessité d'être et de rester opérationnel devant cette réalité.

Le point à améliorer concerne l'organisation et la réalisation des formations et plus encore des exercices d'autant que leurs financements restent à la charge des établissements.

3 La contribution du directeur des soins au management de la gestion de crise

Dans le contexte actuel, les établissements hospitaliers ont un impératif d'organisation face à la survenue d'une crise. Or, si l'actualité internationale et nationale nous rappelle l'évidence de la survenue d'une crise à conséquence sanitaire, l'ambiance interne des hôpitaux est plutôt centrée sur l'organisation en pôle d'activité, la T2A, l'EPRD et le retour à l'équilibre financier. De plus, les pouvoirs publics ne cessent de nous rappeler que «les hôpitaux publics coûtent trop cher, et qu'ils doivent se restructurer». Cela nous conduit à mener une réflexion sur la stratégie de mise en œuvre d'une politique de gestion de crise répondant à quatre impératifs: sociétal, managérial, opérationnel et économique dans un contexte de mutation de l'institution hospitalière.

*«Le directeur des soins exerce sous l'autorité du chef d'établissement des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. En outre, il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins. De plus, il favorise la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques. »*²⁰

De part ses missions, le directeur des soins contribue à la politique et à la mise en place d'un dispositif de gestion de crise dans un double objectif de soin à la population et de protection des personnels.

Comme nous l'avons vu précédemment, la réussite dans l'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs dépendent de plusieurs facteurs. Si le directeur des soins n'a pas de moyen d'actions sur certains freins (formation initiale des directeurs), il peut néanmoins proposer des actions :

- **participer à la construction du projet stratégique,**
- **intégrer la formation comme processus d'acculturation,**
- **développer une politique managériale autour de la crise,**
- **s'appuyer sur une politique de communication,**
- **collaborer à l'avenir : partenariat avec IFSI.**

Ces propositions seront à adapter au contexte de la structure.

²⁰ MINISTERE DE L EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE .Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002 portant statut du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal officiel n°95 du 23 Avril 2002

3.1 Participer à la construction du projet stratégique

Anticiper la gestion d'une crise sanitaire à caractère exceptionnel est un fait récent pour les hôpitaux. Les événements de septembre 2001 (attentats terroristes, explosion AZF), puis l'incidence des dérèglements climatiques (inondations, canicule) sont venus bousculés nos certitudes hospitalières et en particulier notre conception de projet dont l'échéance est connue comme le projet d'établissement. Or, intégrer l'incertitude de la crise dans un projet d'établissement est difficile à concevoir dans nos schémas habituels. En l'absence de « recette » à la gestion de la crise et face à la particularité de chaque contexte hospitalier, une réflexion pluridisciplinaire est à entreprendre pour dégager les actions à mener et celles à éviter.

Le caractère nouveau et particulier de cette démarche demande une solide volonté et implication de la direction.

3.1.1 L'engagement volontariste des directeurs

*L'engagement de la direction d'une structure est le principal moteur de changement.*²¹

Le directeur général est impliqué dans la façon de conduire le projet d'établissement et d'en définir les priorités. A ce titre, l'intégration d'une démarche de gestion de crise dans le projet d'établissement signe l'engagement des responsables.

L'implication de la direction exprime dans les faits sa détermination et donne la preuve de l'importance qu'elle attache à cette démarche ce qui constitue l'amorce d'un changement culturel.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière modifiée par la loi du 17 janvier 2002 a donné une place centrale au projet d'établissement avec une volonté de démocratiser l'hôpital et de faire participer les personnels. En outre, l'ordonnance du 2 mai 2005 sur la réforme de la nouvelle gouvernance a contribué à rénover sa conception en prévoyant que «*le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique et un projet social*». ²² Ce qui donne au projet d'établissement une place centrale et en fait un véritable outil de la politique de l'établissement

²¹ CROZIER M. L'entreprise à l'écoute, Apprendre le management post industriel. Paris : Inter éditions, 1989.

²² Ordonnance n° 2003-550 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

La décision d'inclure le projet de gestion de crise dans le projet d'établissement par une démarche qualité constitue sûrement la première étape de la création d'une nouvelle culture.

Au carrefour de plusieurs logiques, administratives, médicales et soignantes, le directeur des soins est attendu dans cette phase en raison de sa connaissance de l'organisation, de la coordination des soins, des modalités de transmission de l'information et des expertises soignantes dans le domaine de la crise. La première contribution est naturellement la déclinaison de ce volet du projet d'établissement dans le projet de soins.

3.1.2 Une inscription de la gestion de crise dans le projet de soins

Le projet de soins infirmiers est défini par la loi du 31 janvier 1991, et a été revu par le décret du 19 avril 2002 qui l'élargit aux soins paramédicaux en instaurant un projet de soins élaboré par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le projet de soins se présente comme un véritable outil managérial pour le directeur des soins. Il est en lien avec le projet médical et fait l'objet d'un travail en partenariat avec les cadres et les équipes soignantes.

Le projet de soins est porteur des valeurs de la direction des soins. Inclure dans ce projet un axe sur la gestion de crise est un signe fort pour développer une culture de gestion de crise. L'étape essentielle suivante est la communication du projet aux équipes par l'encadrement. Le directeur des soins a un rôle fondamental dans la diffusion du projet et dans la politique de communication mise en place auprès des professionnels.

3.1.3 La participation à la création d'une structure dédiée et pérenne de gestion de crise

Cette étude nous montre que l'organisation de la structure en charge de la rédaction des plans impacte leur réalisation. Elle a une efficacité opérationnelle variable selon que la gestion est centralisée ou pas. Longtemps, la crise et les plans furent l'affaire des seuls médecins de SAMU et urgentistes car ils possédaient une formation. En effet, lors de leur recrutement, les assistants urgentistes s'engageaient à obtenir un diplôme de médecine de catastrophe.

Aujourd'hui, l'élaboration des plans est facilitée par une aide méthodologique (le guide méthodologique d'aide à la rédaction des plans blancs diffusé par le ministère) et déportée vers une cellule pilotée par la direction. Or, la gestion de crise doit prendre en compte maintenant la réorganisation des hôpitaux, engagés dans la nouvelle gouvernance.

Aussi, la question se pose d'instaurer à la direction centrale une cellule permanente de crise avec un comité de rédaction des plans dans le cadre d'une mission transversale ou bien de la délocaliser au sein d'un pôle d'activité au risque de rajouter une difficulté de coordination supplémentaire. L'orientation qui ressort de nos lectures, et de nos

entretiens²³ est un comité central piloté par un membre de la direction nommé par le DG, composée de référents de chaque service et de chaque direction ayant une mission de relais. Ce groupe de travail a pour mission de rédiger les plans, de les tester, de les réévaluer et de faire de la formation. Le directeur des soins peut apporter sa contribution à deux titres. Premièrement, il a sa place dans la structure centrale car son expertise est à l'interface des unités de soins et de la direction. Il a une connaissance globale de l'organisation de l'hôpital, des soins, des services et des ressources humaines, permettant d'opérer des choix stratégiques et de prendre des décisions rapidement. Deuxièmement, il interviendra dans la politique de recrutement des référents paramédicaux du groupe de travail en élaborant avec les autres acteurs de terrain le profil de professionnel attendu pour cette mission. Il veillera à maintenir la cohérence des projets transversaux.

Au-delà de l'illusion d'une maîtrise totale de la crise suscitée par la formalisation du plan blanc, la capitalisation des expériences et le niveau de formation des personnels restent déterminants pour apporter une réponse efficace.

3.2 Développer une politique de formation et d'exercice

L'enjeu majeur pour le directeur des soins dans sa contribution à l'organisation et au maintien de l'opérationnalité des professionnels est sans nul doute celui du développement de compétences à travers la formation continue dans le domaine pratique et théorique. Il peut proposer que le contrat de pôle comprenne dans son plan de formation une formation à la gestion de crise (plan blanc, grippe aviaire).

3.2.1 La formation comme processus du développement des compétences

La formation à la gestion de crise est absente des programmes de formation initiale des acteurs de soins. Seules des séances de sensibilisation à la pandémie grippale et à la canicule ont lieu dans les IFSI. Confronté à cette réalité, le directeur des soins doit dans sa contribution à l'élaboration du plan de formation, proposer cette thématique comme axe afin de permettre aux professionnels de développer des compétences.

Cette formation comprend plusieurs volets:

- une formation générale à la crise servant de propos introductif,
- une formation aux soins d'urgence,
- une formation au plan blanc,
- une formation à la pandémie grippale,

²³ Propos recueilli auprès de Mr Bertrand PARENT, enseignant chercheur à EHESP le 25 Mai 2007

- une formation aux risques NRBC,
- des formations à des risques spécifiques en lien avec l'environnement de l'hôpital, (Centrale nucléaire, rivière ...).

Cette formation nécessite au préalable l'élaboration des plans.

Elle peut être dispensée par le comité de gestion de crise dans le cadre du Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU). Toutefois, le directeur des soins veille au développement d'une formation contributive à l'acquisition de savoir sans générer ni trouble, ni psychose chez les professionnels. Ce qui est tout autant délétère en période de crise qu'au cours du fonctionnement quotidien. Il contribue au choix des méthodes pédagogiques en concertation avec les autres acteurs car nous devons tenir compte des impératifs de qualité et de quantité dans ces formations. Le directeur des soins a un rôle dans la définition des axes du plan de formation en collaboration avec le directeur des ressources humaines. Avec l'encadrement de pôle, il décline les axes prioritaires et les catégories professionnels à former en tenant compte du « turn-over ». La mise en place de référent dans les services, oblige de prendre en compte leur formation. Cette formation est en cours d'étude au ministère de la santé et pourrait être dispensée par une plateforme de formation à l'EHESP.²⁴

Les apprentissages seront adaptés aux catégories professionnelles en fonction de leur place dans la gestion de crise.

Cette formation théorique sera complétée par une formation pratique permettant l'acquisition d'un principe de raisonnement en temps de crise.

3.2.2 Le développement des exercices comme vecteur d'évolution et d'acculturation

Ces exercices font désormais partie d'une obligation réglementaire et sont sous la responsabilité du chef d'établissement

Les professionnels confrontés à la gestion d'une crise s'accordent à reconnaître que l'expérience acquise est une aide fondamentale.

Comme nous l'avons dit dans la première partie, les exercices comprennent deux phases : le transfert de connaissance et la phase d'évaluation.

Le directeur des soins peut contribuer à la mise en place des exercices. Son positionnement et son implication dans la démarche de gestion des risques lui permettent d'identifier clairement les risques potentiels de l'établissement, puis de prioriser les thèmes d'exercices en maintenant les domaines incontournables tel que la grippe aviaire et le risque NRBC. Ces exercices sont intégrés au plan de formation institutionnel. 399

²⁴ ibidem

3.3 Construire une stratégie managériale

La stratégie est l'art de coordonner des actions pour atteindre un but.

Le rôle du directeur des soins est d'adapter son action pour induire le changement et participer à créer la culture de gestion de crise.²⁵

A partir d'une vision claire et structurée de l'avenir, le directeur des soins engage l'adhésion de tous, collaborateurs et professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Mais au-delà d'un nécessaire partage du projet, le directeur des soins doit développer une stratégie managériale adaptée. En effet, son rôle de « manager » est d'impulser, valoriser, enrichir et faire grandir les professionnels placés sous sa responsabilité. Il doit donner du sens à l'action pour créer la motivation des professionnels. Aussi, il convient selon nous que la stratégie managériale du directeur des soins passe par une politique adaptée des ressources humaines.

3.3.1 Une politique des ressources humaines

Le directeur des soins est le maître d'œuvre de la politique institutionnelle auprès des professionnels du soin. Il doit mettre en place en particulier un management des ressources humaines qui intègre cette dimension. Nous avons déjà abordé le rôle de l'encadrement dans le relais de l'information et dans la déclinaison sur le terrain des objectifs de la politique institutionnelle. Mais conduire sur le terrain une politique qui génère un changement ou une acculturation réclame des connaissances et des compétences de la part des cadres. Ainsi, nous retiendrons quatre axes dans le management des ressources humaines du directeur des soins susceptibles de favoriser l'impulsion et la conduite d'une politique de gestion de crise dans un but de développer l'opérationnalité des acteurs.

3.3.1.1. Politique de recrutement de l'encadrement

Dans le cadre de la réforme de la nouvelle gouvernance et en particulier de la mise en pôle, le texte précise que le choix des cadres de pôle est fait en collaboration entre le directeur des soins et le responsable du pôle. Or, cette concertation doit avoir lieu en amont autour de la création d'une fiche de poste des cadres de pôle. Au regard de leurs missions dans le pilotage des projets institutionnels sur les pôles, le directeur des soins veillera à l'intégration et au développement de leurs compétences en matière de communication et évaluera leur niveau de connaissance dans le domaine. Le directeur des soins s'appuiera sur l'encadrement des pôles pour la déclinaison organisationnelle du

²⁵ Propos recueilli auprès de Mr Roussel – Directeur des soins à l'hôpital NECKER

projet au sein de leur secteur de responsabilité. Enfin, ces compétences sont inscrites dans le profil de poste des cadres de proximité. Le directeur des soins doit s'assurer de leur capacité à conduire des projets institutionnels. Il a aussi la responsabilité de la mise en place d'outils au service du développement des compétences en matière de gestion de crise.

3.3.1.2. Politique d'accueil des nouveaux personnels

Nous avons déjà abordé l'importance du savoir dans le développement de la culture. Or, lors de nos entretiens, les professionnels considèrent ne pas être suffisamment informés sur le plan blanc et souhaitent cette information dès leur arrivée. Grâce à la présentation du plan blanc, outil concret, le directeur des soins a un moyen de faire reconnaître la gestion de crise comme faisant partie des missions hospitalières et invite le professionnel grâce à un apport de connaissances à prendre conscience de sa place dans ce dispositif.

3.3.1.3. Politique d'évaluation de l'encadrement

Dans la mesure où le choix se porte sur l'encadrement pour relayer l'information et déployer les formations autour de la gestion de crise, le directeur des soins intégrera cet aspect comme un critère dans l'évaluation des cadres de pôle et des cadres de proximité.

3.4 Instaurer une politique de communication

L'enquête montre que les professionnels de terrain sont peu impliqués dans la rédaction des plans. Nombreux sont ceux qui n'ont aucune connaissance du plan blanc de leur établissement. Or, le directeur des soins doit impliquer les professionnels en amont et donner du sens aux projets afin d'aboutir à un objectif commun et partagé.

Ce constat nous amène à concevoir une stratégie de communication afin que les professionnels puissent s'emparer du projet, connaître ses étapes et appréhender leur place dans le dispositif. Le développement de la communication autour de la gestion de crise doit favoriser la connaissance de son processus et permettre un changement dans les comportements. Or, les acteurs s'approprient les messages auxquels ils donnent du sens. C'est pourquoi, le directeur des soins doit contribuer à la mise en place d'une communication ascendante et descendante.

3.4.1 Renforcer l'encadrement dans un rôle de relais de l'information

L'encadrement dans l'institution se place au carrefour des décisions et de l'action. En effet, leur rôle est de coordonner et de décliner les projets institutionnels auprès des équipes. Ils sont des relais de choix au sein de l'établissement et participent ainsi à son évolution culturelle. Le rôle des relais est déterminé de façon convergente par les pilotes du dispositif. Les cadres sont les relais qui s'imposent ; cela relève d'un choix

institutionnel, stratégique. Le directeur des soins dispose d'un appui avec l'encadrement et d'un levier de changement. C'est pourquoi, naturellement le directeur des soins utilise l'encadrement dans la transmission de l'information descendante et ascendante.

La communication descendante consiste à la diffusion de l'information par les cadres d'unité aux professionnels afin qu'ils développent des connaissances et s'approprient le dispositif. Puis ils sont chargés de faire remonter les informations, les difficultés, les interrogations, les attentes et besoins des personnels. Cette communication ascendante permet de connaître les freins pour les lever et les éléments facilitateurs pour les développer.

3.4.2 Instaurer un système de référent au sein des unités

Un système de référent comme outil d'information et de formation dans le maintien de l'opérationnalité des acteurs.

Le domaine de la crise intéresse tous les professionnels. Dans un plan d'afflux de victimes, tous les services sont impliqués. C'est pourquoi, la transversalité de la formation est relayée sur le terrain par des référents « gestion de crise » sur le même principe que les référents en hygiène correspond à un facteur d'efficacité dans l'opérationnalité des professionnels.

Ce système fait appel à des professionnels (IDE par exemple) dans chaque unité pour maintenir le niveau de connaissances et de compétences des autres professionnels (habillage - déshabillage avec des tenues de protection dans le cadre NRBC). Sur la base du volontariat, ils font l'objet d'une sélection par l'encadrement. Volontairement, les cadres ne sont pas intégrés au dispositif de référent pour que l'aspect technique ne prenne pas le pas au détriment du management.

3.4.3 Développer des outils de communication

Devant la nouveauté, la complexité et le nombre d'outils de la gestion de crise, le directeur des soins en partenariat avec les cadres supérieurs, recherche des outils de communication faciles à mettre en œuvre et efficaces dans la diffusion des informations.

Il peut s'agir d'actions de sensibilisation destinées à l'ensemble des professionnels et organisées avec les experts de l'établissement. Ensuite, il lui appartient de définir une stratégie de diffusion des procédures et de mise à jour des documents dans les services. Par ailleurs, il profite des réunions d'encadrement pour échanger sur le déploiement des informations. Ces outils sont à compléter par des supports écrits telle qu'une plaquette d'information sur le plan blanc distribuée à chaque professionnel²⁶.

²⁶ Plaquette en cours de formalisation à l'hôpital NECKER

3.5 Collaborer à l'avenir

L'enquête pointe le déficit de formation initiale des professionnels de terrain. Aussi, il paraît nécessaire de développer un partenariat avec l'IFSI afin d'apporter l'aide des professionnels de terrain (cadres ou référents de service) aux formateurs et introduire dans le cursus des études d'infirmières une sensibilisation à la gestion de crise et une présentation du plan blanc de l'établissement et de ses annexes. Cette démarche est à élargir aux autres formations paramédicales : aides-soignants, ambulanciers, ...

Ce partenariat participe en outre à la reconnaissance des professionnels investis dans cette formation. Dans ce contexte, le directeur des soins propose aux directeurs des soins des écoles paramédicales de faire participer les étudiants aux actions de sensibilisation organisées par l'établissement. L'objectif de cette collaboration consiste à amorcer la culture de la crise chez les étudiants dès leur formation et permettre le recrutement de professionnels initiés à la gestion de crise.

Conclusion

Ce travail nous permet de mieux appréhender la réalité de la préparation des établissements de santé à une éventuelle crise et l'enjeu majeur que représente l'appropriation par tous les acteurs concernés d'une culture de crise.

Tout d'abord, il faut souligner que la préoccupation des pouvoirs publics en matière de gestion de crise est prégnante au travers de la production de textes réglementaires, de guides méthodologiques d'élaboration des plans, puis récemment d'évaluation de plans. Peu de démarches dans l'organisation hospitalière n'ont soulevé autant d'intérêts des autorités publiques et connu autant de textes en si peu de temps. Cette nécessité réglementaire s'est développée très récemment à la suite des catastrophes ayant fait de nombreuses victimes. C'est ainsi que la notion de plan d'afflux de victimes s'est transformée en gestion de crise et que les établissements ont été confrontés à l'élaboration de plans et à l'intégration d'une nouvelle mission pour laquelle ils ne sont pas toujours préparés.

La mise en place d'une gestion de crise sur le terrain est encore balbutiante et connaît des difficultés culturelles, organisationnelles, structurelles, économiques et éthiques.

La synthèse des entretiens auprès des professionnels de terrain montre qu'ils souhaitent dépasser le niveau réglementaire de la conception des plans pour le niveau opérationnel par l'entraînement à travers des exercices. Pour leur part, les directions rencontrées n'ont pas toutes jugé avec la même importance la mise en place d'une politique de gestion de crise. Or, les directions ont la responsabilité de développer une réelle politique de gestion de crise en impulsant une culture de crise qui pénètre toute l'organisation. C'est à ce titre que le directeur des soins est concerné par cette problématique.

Ce travail nous a permis de cerner la place que nous pouvons occuper afin de favoriser l'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs. Tout d'abord, il nous faut tenir compte du manque de formation initiale et continue des professionnels alors même que le contexte réglementaire qui régit la gestion de crise oblige les établissements à construire une réelle politique de gestion de crise. En parallèle à l'intégration récente de la gestion de crise dans la formation initiale des directeurs, les professionnels se heurtent à un manque de formation initiale et continue, à un défaut d'information et de communication. La dimension culturelle apparaît comme l'élément fédérateur nécessaire à l'efficacité du dispositif.

Le directeur des soins peut participer à la gestion de crise par sa contribution aux projets, par sa politique de communication et le positionnement stratégique des acteurs.

Nous sommes à l'aube d'une prise de conscience des professionnels sur leur rôle d'anticipation dans la crise et en particulier sur la nécessité d'exercices, confortée par les préconisations des spécialistes sur l'entraînement, gage d'une préparation efficace des professionnels et d'une création de culture de crise.

La phrase de P.LAGADEC retenue au début de ce travail « *le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible mais de s'entraîner à lui faire face.* » prend tout son sens.

Néanmoins, s'il est logique de tenter de prévoir des procédures pour circonscrire la crise, il apparaît que leurs profusions, la multiplicité des acteurs et l'enchevêtrement des niveaux opérationnels témoignent de la complexité du dispositif susceptible de freiner son opérationnalité.

Bibliographie

OUVRAGES

- GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., 2002, Traité des nouveaux risques, Paris : Gallimard, 604 p.
- FINCHELSTEIN G./ ed, 2006, Agir face aux crises, Collection Jean-Jaurès, Paris : Plon, 108p
- LARCENEUX A., BOUTELET M., 2005, Le principe de précaution .Débats et enjeux. Dijon : EUD, 123 p
- VERGER P., AULAGNIER M, 2005, Démarches épidémiologiques après une catastrophe. Réponses environnement, Paris, La documentation Française, 265p.
- HUBINON M, 1997, Management des unités de soins, Paris, De Boeck, 369 p
- CROZIER M. L'entreprise à l'écoute, Apprendre le management post industriel. Paris : Inter éditions, 1989

ARTICLES - PERIODIQUES

- CHEVALLIER J .R, 2005 « Plus je m'entraîne plus j'ai de la chance »Entreprise Santé, n°60, pp 21-22
- PILLET-MOREELS C, 2005, « Prévoir l'imprévisible » Entreprise Santé n°60, pp15,16,17
- GALARD F., VAN DER LINDE C., 2007 « L'évolution des plans blancs et des plans blancs élargis », Gestions Hospitalières, n°462, pp 8-10
- CAMPILLO A., VIDONNE O., 2007, « Plans et coordination des plans », Gestions Hospitalières, n°462, pp11-15
- PILLET C., 2007« L'établissement de santé en tension » Gestions Hospitalières, n°462, pp16-20
- REGOUBY C., 2007 « Le défi des comportements dans la gestion de crise », Gestions Hospitalières, n°462, pp21-26
- DERUDAS P., DEFORGES J.C., 2007 « La gestion des phénomènes sanitaires », Gestions Hospitalières, n°462, pp27-31
- JARLEGAND S., 2007 « Signalement des événements susceptibles de conduire à une crise », Gestions Hospitalières, n°462
- PETON-KLEIN D., CHAIZE C., 2007 « Chikungunya, gestion d'une crise longue », Gestions Hospitalières, n°462, pp46-52

HOUSSIN D., MERLIN P., MORLA C., 2007 « La pandémie grippale, Principe d'organisation d'une crise annoncée », n°462, pp73-77

ASSOCIATION DES ELEVES ET ANCIENS ELEVES DE ENSP, 2005, « Gestion de crise : Une démarche managériale » Entreprise Santé, n°60 pp14-22

LAGADEC P., 2006, « Pandémie grippale et réflexion éthique » Gestions Hospitalières, n°513, pp45-48

QUEYROUX P, 2005« Organisation du système hospitalier en temps de crise : L'évolution de la réglementation relative aux plan blanc » Gestions Hospitalières, n°449 pp624-625

PETON-KLEIN D., 2004 « La multiplication des plans quelle lisibilité ? » Gestions hospitalières, n 439°pp629-630

PETON-KLEIN D., 2004 « Contexte général de la gestion de crise » Gestions hospitalières n°439 PP618-619

LEROUX V, DESROCHES A ,2005 « Déclenchement du plan blanc : Mise en place d'une démarche sécuritaire pour une pandémie grippale » Gestions Hospitalières, n° 449 pp601-606

DAB W., 2004, « Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises », n°439 pp 612-614-

FESSLER J.M., 2004, « La gestion de crise » Gestions Hospitalières n°439 pp620-622

RAPPORTS

GIRARD J.F . Août 2006, Rapport de la mission d'expertise de la veille sanitaire, Paris, 101 p.

GIRAUD F., Janvier 2007, Rapport n°159 sur la proposition de loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

ANAES, Janvier 2003, « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé » pp55-59

MEMOIRE

VALLEE J.C. Favoriser les démarches d'appropriation de la gestion des risques. Quelle contribution pour le directeur des soins? Septembre 2006 ,63p

Module interprofessionnel de santé publique-2004 - Les difficultés de mise en place d'un plan d'afflux de victimes dans les établissements de santé, Ecole Nationale de Santé Publique

ENSEIGNEMENTS

PARENT B., Juin 2007, Communication et gestion de crise, Enseignement ENSP, module "Communication", filière Directeur des Soins, Rennes.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Ordonnance n°2005-406 du 2 Mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal officiel n°102 du 3 Mai 2005 °

Loi n° 91 -748 du 31 Juillet portant réforme hospitalière, Journal officiel n°179 du 2 Août 1991

Loi n°2002 -73 du 17 Janvier 2002 de modernisation, Journal officiel n°15 du 18 Janvier 2002

Loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique, Journal officiel n°185 du 11 Août 2004

Loi n°2004-811 du 13 Août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile, Journal officiel n°190 du 17 Août 2004

Loi n°2006-686 du 13 Juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité nucléaire, Journal officiel n°135 du 14 Juin 2006

Loi n°2007-294 du 5 Mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, Journal officiel n°055 du 06 Mars 2007

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière .Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002

PREMIER MINISTRE, Décret n°2007-207 du 19 Février 2007 relatif aux attributions des hauts fonctionnaires de défense et de sécurité, Journal officiel n°043 du 20 Février 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES ,Décret n°2007-840 du 11Mai 2007 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère chargé de la santé, Journal officiel n°111 du 13 Mai 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté n° du 11 Mai 2007 relatif à l'organisation et aux moyens du service du haut fonctionnaire de la défense et de sécurité auprès des ministres chargés des affaires sociales. Journal Officiel, n°111 du 13 Mai 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES : Circulaire n°2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis :

ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, Janvier 2003, 110 p.

SITES INTERNET

LAGADEC P., Risque, crises, ruptures, prévention, gestion de crise. [visité le 12/06/2007], disponible sur Internet : <http://www.patricklagadec.net>

Guide méthodologique d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé (version 2, en annexe de la circulaire du 14 septembre 2006, disponible sur le site du ministère de la santé: www.sante.gouv.fr)

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN

A/ Pour vérifier le manque de culture dans la gestion du risque des professionnels

1- Recherche de la formation initiale des acteurs au niveau stratégique, fonctionnelle et opérationnelle, les questions sont les mêmes mais adressées à des interlocuteurs différents :

- La formation des EDH, des DS intègre t'elle un module sur la gestion des risques ?
- Depuis quand ?
- Quels sont les thèmes abordés dans ce module ?
- D'après vous cette formation est elle suffisante ?
- Pour vous que devrait elle comporter ?

2- Recherche d'une politique de gestion des risques et de gestion de crise dans l'établissement :

- Qu'évoque pour vous la gestion des risques ? Qu'évoque pour vous la gestion de crise ?
- D'après vous la gestion de crise est elle efficiente ? Pourquoi ?
- Quelles sont les facteurs qui favoriseraient son élaboration ?

B/ Pour vérifier la démobilisation des rédacteurs des plans et des professionnels à cause des nombreuses recommandations émanant de nombreux acteurs /

- Qui sont les responsables et les rédacteurs des plans (blanc, NRBC, grippe aviaire) ?
- Qui reçoit les recommandations et comment sont elles introduites dans les plans ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans l'élaboration des plans ?
- D'après vous qu'est ce qui favoriserait une meilleure appropriation des plans par les professionnels ?
- Quels sont les outils utilisés pour permettre l'appropriation des plans par les professionnels ?

C/ Rechercher que les nouveaux risques restent virtuels pour les acteurs de l'hôpital

- Quels sont les nouveaux risques pour vous ? Comment les imaginez-vous ?
- Avez-vous suivi dans l'établissement une formation à la gestion des nouveaux risques ?
- Avez-vous fait des exercices d'entraînement ?
- Ces exercices vous paraissent il important pour le maintien de l'opérationnalité en cas de crise ?
- D'après vous quels sont les facteurs qui favoriseraient cette opérationnalité ?