



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**CONCEVOIR ET CONDUIRE
UN EXERCICE SANITAIRE EN
ETABLISSEMENT DE SANTE ET
ETABLISSEMENT DE SANTE MEDICO-SOCIAL**

– Groupe n° 6 –

**Janette BELAADI
Laurent CHABOT
Anthony DELRIEU
Laurent JEREZ
Khadidja KARADENIZ
Marie-Bénédicte LEBATARD**

**Laurine ROBLLOT
Mathilde ROELS
Madeleine STANGRET
Raphaël TARAVELLA
Nathalie de VILLENEUVE**

Animateur

Christophe VAN DER LINDE.

S o m m a i r e

| | |
|--|---------------|
| Introduction | - 1 - |
| I. La gestion de crise sanitaire : de la doctrine à la pratique | - 2 - |
| A. L'exercice sanitaire s'inscrit dans une réglementation complexe s'appuyant sur des schémas et plans au service d'une situation exceptionnelle..... | - 2 - |
| 1. Définition d'une situation sanitaire exceptionnelle..... | - 2 - |
| 2. L'exercice sanitaire au centre d'une chaîne de commandement et adossé à une série de plans | - 2 - |
| 3. Pour autant, ce cadre réglementaire ne valorise pas l'obligation d'exercice sanitaire entraînant des enjeux majeurs pour les acteurs concernés | - 5 - |
| B. Doctrine organisationnelle : de la conception à la réalisation d'un exercice sanitaire | - 7 - |
| 1. Pourquoi réaliser un exercice sanitaire ?..... | - 7 - |
| 2. La pédagogie de l'exercice..... | - 7 - |
| 3. L'ingénierie de la construction d'un exercice | - 8 - |
| II. L'exercice sanitaire à l'épreuve des faits..... | - 9 - |
| A. L'élaboration | - 9 - |
| B. La mise en œuvre | - 11 - |
| C. La capitalisation de l'expérience à l'issue de l'exercice | - 13 - |
| III. Comment réussir son exercice sanitaire ? | - 15 - |
| A. Préconisations au niveau stratégique | - 15 - |
| 1. Réaliser le diagnostic du système de management de la gestion de crise..... | - 15 - |
| 2. Définir une politique d'exercice sanitaire dans l'établissement..... | - 16 - |
| 3. Former et se former à la gestion de crise..... | - 17 - |
| 4. La communication interne et externe | - 18 - |
| B. Préparer et conduire un exercice : guide à destination des managers | - 18 - |
| C. Perspectives..... | - 23 - |
| 1. Externaliser pour construire ou renforcer une dynamique | - 23 - |

| | |
|---|---------------|
| 2. Collaborer pour offrir une réponse globale et adaptée sur le territoire | - 23 - |
| Conclusion..... | - 25 - |
| Bibliographie..... | 27 |
| Liste des annexes | - 31 - |
| Annexe 1 Grille d’entretien | I |
| Annexe 2 Typologie des exercices élaborée par M. Christophe VAN DER LINDE | III |
| Annexe 3 Les 19 points clés de l’élaboration d’un exercice sanitaire | IV |
| Annexe 4 : Matrice SWOT concernant l’élaboration d’un exercice de crise sanitaire | V |
| Annexe 5 : Matrice SWOT concernant la mise en œuvre d’un exercice de crise sanitaire..... | VI |
| Annexe 6 : Matrice SWOT concernant la capitalisation suite à un exercice de crise sanitaire..... | VIII |
| Annexe 7 : Outil auto diagnostique du niveau de préparation à la gestion de crise..... | X |

Remerciements

Toute l'équipe remercie chaleureusement **M. Christophe VAN DER LINDE**, animateur du groupe, pour ses précieux conseils, ainsi que les différents acteurs rencontrés qui ont œuvré à l'organisation de ce MIP.

Nos remerciements ne seraient pas complets s'ils ne s'adressaient pas tout particulièrement aux experts qui ont accepté de se rendre disponibles et de nous consacrer du temps à répondre aux questions, nourrir nos réflexions et contribuer à nos travaux :

- **M. Christophe BALTUS**, Directeur adjoint au CHU de Brest,
- **Médecin en Chef des services de classe normale Christian BAY**, Directeur Département de Préparation Milieux et Opérationnelle Ecole du Val-de-Grâce,
- **Infirmier Cadre Supérieur de Santé Valérie BELLIARD**, Département de Préparation Milieux et Opérationnelle Ecole du Val-de-Grâce,
- **Dr Emmanuel BERNIGAUD**, Praticien Hospitalier au SAMU 44,
- **Mme Josiane BETTLER**, Directrice du centre hospitalier Marches-de-Bretagne,
- **Dr Daniel BONNIEUX**, Praticien Hospitalier, Directeur adjoint du SAMU 14,
- **Mme Clara DE BORT**, Cheffe du pôle réserve sanitaire à Santé Publique France,
- **M. Guillaume BRELIVET**, Responsable du pôle régional de défense sanitaire à l'ARS de Bretagne,
- **Mme Adeline DAMICIS**, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice,
- **M. Éric DUFES**, École nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers
- **M. Gérald FUXA**, Ingénieur au Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix en Provence et Pertuis,
- **M. Pierre GRESLE**, Directeur adjoint Veille et Sécurité Sanitaire, Hospices civils de Lyon,
- **Dr Catherine GUICHARD**, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice,
- **Mme Mireille LARDIERE**, Cadre supérieur de santé aux Hospices civils de Lyon,
- **M. Nicolas LE GALL**, Conseiller défense et sécurité de zone à l'ARS de Zone Ouest,
- **M. Jérôme LE COMTE**, Directeur adjoint de cabinet, Préfecture de Loire Atlantique,
- **M. Selim MILED**, Consultant spécialisé en systèmes d'information et gestion de crise,

- **Médecin en Chef Paul-Olivier MILOCHE**, Département de Préparation Milieux et Opérationnelle Ecole du Val-de-Grâce,
- **Mme Dominique OSU**, Directeur adjoint au CHU de Tours,
- **Dr. Alain PUIDUPIN**, Coordination de la politique de formation, d'entraînement et d'exercices - Adjoint au chef du CORRUSS,
- **Dr Gaël-Emgan QUERELLOU**, Praticien Hospitalier au SAMU 29,
- **Mme Caroline TETARD**, Ingénieur qualité au CHU de Nantes,
- **Le Lieutenant-Colonel Éric VINCENT**, Responsable pôle opérationnel SDIS 81.

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

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------------|---|
| AAH | Attaché (e) d'Administration Hospitalière |
| AMAV | Accueil Massif de Victimes contaminées |
| ANSES | Agence Nationale de Sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail |
| ANSM | Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé |
| ANSP | Agence Nationale de Santé Publique / Santé Publique France |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| ARS-Z | Agence Régionale de Santé de Zone |
| CCS | Centre de Crise Sanitaire |
| CIC | Cellule Interministérielle de Crise |
| CLIM | Phénomènes Climatiques |
| COD | Centre Opérationnel Départemental |
| COGIC | Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle de Crise |
| COP | Commandant des Opérations de Police |
| CORRUSS..... | Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales |
| COS | Commandant des Opérations de Secours |
| COZ-r | Centre Opérationnel Zonal renforcé |
| CPOM..... | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens |
| CRAPS | Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire |
| CSP | Code de la Santé Publique |
| CZA | Cellule Zonale d'Appui |
| DD | Délégation Départementale de l'ARS |
| DEBEX..... | Début d'exercice |
| DGS | Direction Générale de la Santé/Directeur Général de la Santé |
| DH..... | Directeur, Directrice d'Hôpital |
| DESSMS..... | Directeur, Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social |
| DPC | Développement Professionnel Continu |
| DS..... | Directeur, Directrice des soins |
| EHESP..... | Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique |
| ENSOSP | Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers |

Epi-VAC.....Epidémie ou pandémie pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle

ERP.....Etablissement Recevant du Public

ES/EMS.....Etablissements de Santé / Etablissements Médico-Sociaux

FINEX.....Fin d'exercice

GHT.....Groupement Hospitalier de Territoire

HAS.....Haute Autorité de Santé

HCSP.....Haut Conseil de Santé Publique

IES.....Ingénieur d'Etudes Sanitaires

INHESJ.....Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice

MIG.....Missions d'Intérêt Général

MIP.....Module Inter Professionnel

NOVI.....Nombreuses Victimes

NOVI- αNombreuses Victimes en contexte d'attentat

NRBC-E.....Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques, Explosifs

NRC.....Nucléaires, Radiologiques, Chimiques

ORSAN.....Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSEC.....Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

PCA.....Plan de Continuité d'Activité

PDCA.....Plan Do Check Act (roue de Deming)

POI.....Plan d'Opération Interne

PS.....Produits de Santé

PSE.....Plan de Sécurité d'Etablissement

RETEX.....Retour d'expérience

SAMU.....Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS.....Service Départemental d'Incendie et de Secours

SSE.....Situation Sanitaire Exceptionnelle

SWOT.....Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (en français, forces, faiblesses, opportunités et menaces)

Méthodologie

Ce Module Inter professionnel (MIP) compte 11 élèves : 2 AAH, 3 DESSMS, 3 DH, 2 DS, et 1 IES. Après un cours sur l'élaboration d'un exercice sanitaire présenté par l'animateur du MIP Monsieur Christophe VAN DER LINDE, le groupe s'est organisé autour d'une méthodologie de travail de recherche basée sur la lecture de revues, de documents réglementaires et une enquête sur le terrain. Le travail a été réparti et planifié sur les 3 semaines du MIP (du 3 au 19 Mai) comme suit :

1^{ère} semaine : choix de la population, élaboration du questionnaire et revue de littérature :

L'animateur avait déjà contacté près de 18 acteurs de tous niveaux : national, zonal, départemental, établissements de santé et médico-sociaux, en divers lieux (qu'Aix-en-Provence (13), Albi (81), Antrain (35), Brest (29), Nantes (44), Paris (75) et Rennes (35)). Le groupe a choisi de conduire des entretiens semi directifs au travers de l'élaboration d'un questionnaire (annexe 1) qui met en évidence des données qualitatives et quantitatives. Enfin, les documents nécessaires à notre problématique ont été ciblés et répartis entre tous pour une lecture approfondie.

2^{ème} semaine : conduite, synthèse des entretiens et début d'une structuration d'un plan :

La répartition des entretiens s'est faite par binômes en fonction des lieux de résidences des élèves. Afin de synthétiser et analyser les données recueillies, un guide d'entretien (basé sur le SWOT : un outil d'analyse stratégique synthétique) a été élaboré et mis en ligne. Des échanges téléphoniques et/ou par visioconférence ont permis de garder une dynamique de groupe et de palier l'éloignement.

3^{ème} semaine : élaboration de la problématique, construction du plan, écriture du corps du document, mise en page et relecture :

Le regroupement de l'ensemble du groupe dès le lundi 15 mai à l'EHESP a permis d'élaborer un plan détaillé validé par l'animateur. La rédaction a été répartie entre les élèves et les différents points d'étape avec M. Christophe VAN DER LINDE ont permis d'intégrer ses conseils avant de finaliser le rapport. Une relecture collective a conduit à un consensus autour d'une harmonisation du rapport tant sur le fond que sur la forme.

Dynamique du groupe : le groupe s'est appuyé sur un travail collaboratif qui a permis de respecter les points de vue de chacun tout en suscitant de nombreux échanges constructifs. Tous les moyens de communication ont été mis en œuvre afin de préserver une cohésion du groupe durant ces 3 semaines.

Introduction

Les attentats terroristes ont provoqué un changement de paradigme. Les plans de secours de sécurité civile, qui avaient déjà intégré la menace nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive (NRBC-E), ont dû s'adapter à cette nouvelle réalité : un afflux massif de victimes blessés par armes de guerre et de nombreux impliqués nécessitant un traitement médico-psychologique.

Nos vulnérabilités, ainsi révélées, ont réinterrogé les équipes sur leur niveau de préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Ces situations de catastrophe, qui se distinguent de l'urgence à laquelle les établissements sont familiarisés, nécessitent la mobilisation de l'ensemble des moyens sanitaires dans un contexte d'immédiateté. Pour autant, il est des situations qui débordent les capacités habituelles de l'organisation ; les plans ne suffisent plus à assurer la gestion de ces ruptures que sont les crises. Les acteurs doivent donc acquérir les réflexes pour réagir face à l'imprévu : se préparer à être surpris.

« *Echouer à se préparer, c'est se préparer à échouer* » disait Benjamin Franklin ; aussi, la mise en place de plans spécifiques dans les établissements a pour ambition de répondre à ces nouveaux enjeux. Ces plans « opérateurs » (Plan Blanc, Plan Bleu, Plan de Continuité d'Activité, Plan de Sécurité d'Etablissement depuis 2016...) constituent pour les établissements sanitaires et médico-sociaux un outil pour le pilotage et la gestion d'une SSE, dont l'opérationnalité devra être vérifiée par des exercices réguliers. Les exercices sanitaires doivent donc permettre de mesurer l'écart entre les résultats obtenus et les objectifs initiaux.

Sans compromettre l'activité courante de l'établissement, concevoir et conduire un exercice sanitaire nécessite des compétences techniques et managériales qui doivent tenir compte du facteur humain en situation de crise dont notamment la gestion du stress.

Dans ce contexte sociétal et réglementaire en évolution, quels sont les fondamentaux pour concevoir et conduire un exercice sanitaire ?

L'étude des aspects conceptuels et réglementaires de l'exercice sanitaire (I), associée au recueil des expériences des professionnels rencontrés, ont permis de dégager des points de vigilance (II) dont l'analyse mène à des préconisations stratégiques et opérationnelles dans la conception et la conduite d'un exercice sanitaire en établissement (III).

I. La gestion de crise sanitaire : de la doctrine à la pratique

A. L'exercice sanitaire s'inscrit dans une réglementation complexe s'appuyant sur des schémas et plans au service d'une situation exceptionnelle

1. Définition d'une situation sanitaire exceptionnelle

Une situation sanitaire exceptionnelle, au sens de l'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE¹ s'entend comme « *la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en termes notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise* »

Ainsi, la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle revêt différentes formes :

- Par sa nature : Une SSE peut concerner des domaines variés et avoir des répercussions sanitaires ou, au contraire, avoir un caractère spécifiquement sanitaire.
- Par son ampleur : Elle peut concerner un seul département, une région, une zone de défense ou impacter l'ensemble du territoire national.
- Par son origine : Elle peut procéder soit de circonstances nationales, soit de circonstances internationales ayant des conséquences sanitaires sur le territoire.
- Par sa dynamique : Elle peut relever d'une cinétique nécessitant des mesures de gestion d'urgence ou au contraire relever d'une cinétique plus lente.

2. L'exercice sanitaire au centre d'une chaîne de commandement et adossé à une série de plans

Selon l'article L1142-8 du code de la Défense, le Ministère de la Santé est impliqué dans le dispositif de sécurité nationale. A ce titre, il dispose que « *le Ministre chargé de la Santé est responsable de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes* ».

¹ MINISTERE DES AFFAIRE SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGS/DUS/CORRUSS n°2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Bulletin officiel Santé, n°2013/8, du 15 septembre 2013.

Quand le secteur sanitaire se trouve confronté à des situations exceptionnelles, au regard de la réglementation, une chaîne de commandement s'impose.

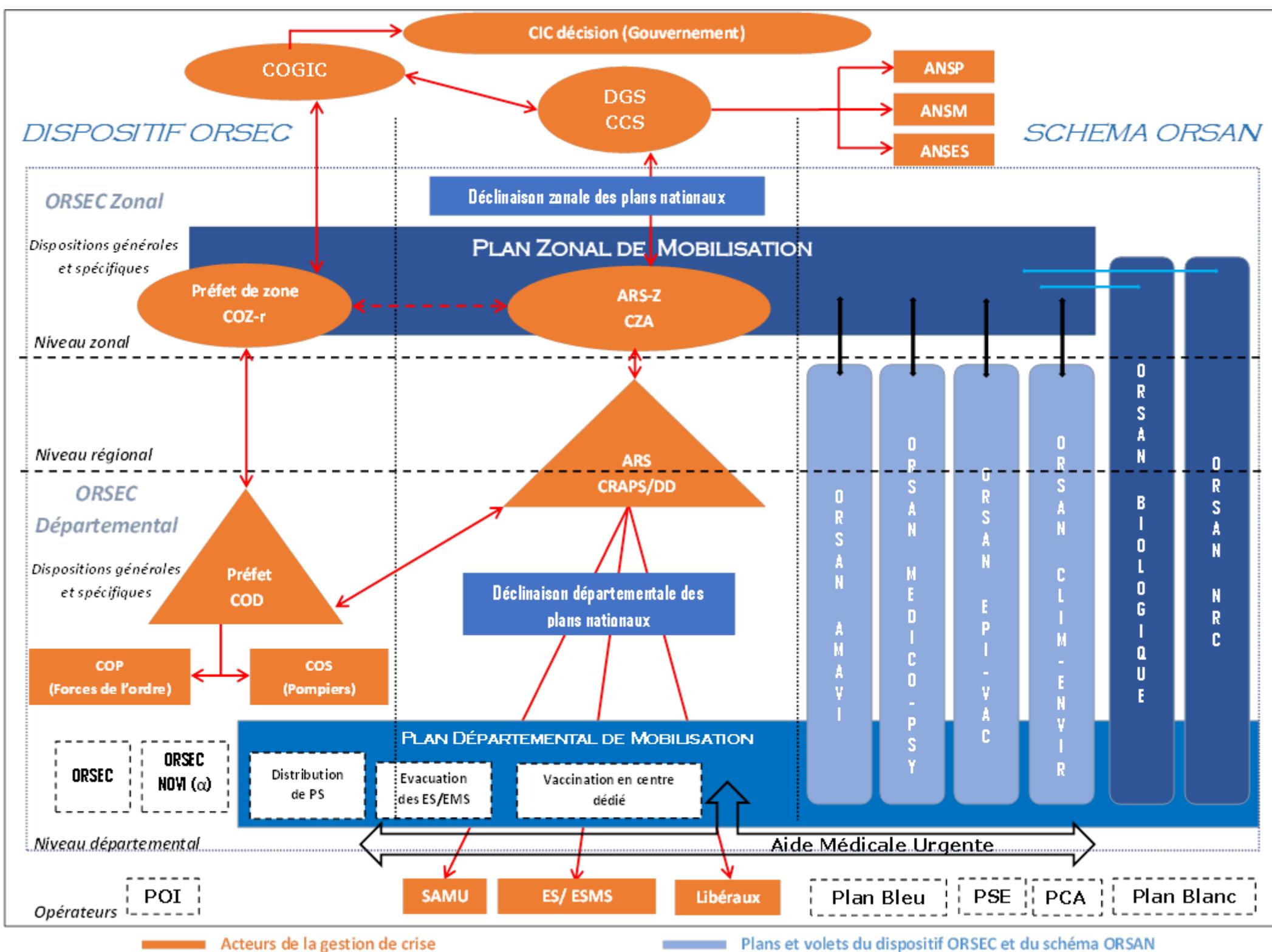
Dans le domaine sanitaire, cette déclinaison implique les structures de niveau territorial que sont les agences régionales de santé (ARS) qui ont vocation, selon l'article L 1431-2 du code de la santé publique (CSP), à « *contribuer, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire* ».

Dans un contexte de gestion d'une situation de crise, sanitaire ou autre, une organisation territoriale stratifiée est jugée nécessaire et doit être structurée dans une chaîne opérationnelle du secteur ciblé. Ces schémas sanitaires sont regroupés sous le Schéma d'Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) déclinée en six volets :

- ORSAN AMAVI : Accueil massif de victimes non contaminées
- ORSAN Médico-psy : Prise en charge médico-psychologique des victimes et des impliqués
- ORSAN Epi-VAC : Gestion d'une épidémie ou pandémie pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle
- ORSAN CLIM-ENVIR : Prise en charge et anticipation des impliqués liés aux conséquences des événements Climatiques et Environnementaux
- ORSAN BIO : Prise en charge des victimes liées aux risques Biologiques
- ORSAN NRC : Prise en charge des victimes liées aux risques Nucléaires, Radiologiques, Chimiques.

Ce schéma ORSAN se décline au niveau national, zonal et départemental selon le niveau de la gravité et/ou de l'évolution de la situation de crise. L'opérationnalité effective de ce dernier en fonction du risque identifié se décline localement au travers des plans sanitaires (plans départemental de mobilisation, plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires, blanc et bleu) en impliquant des opérateurs tels que les établissements sanitaires et établissements médico-sociaux. Le schéma ORSAN s'intègre au dispositif d'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (ORSEC) dont la déclinaison répond au même niveau de dispositions générales mais avec des acteurs interministériels.

Le schéma suivant qui superpose à la fois les acteurs, leur niveau d'implication et les différents plans met en évidence le maillage et la synergie mise en œuvre dans le cadre de la gestion d'une situation de crise.



Acteurs de la gestion de crise

Plans et volets du dispositif ORSEC et du schéma ORSAN

3. Pour autant, ce cadre réglementaire ne valorise pas l'obligation d'exercice sanitaire entraînant des enjeux majeurs pour les acteurs concernés

- Une nécessité d'exercice sanitaire et non une obligation

La réglementation précise l'obligation de formation et la mise en œuvre d'exercice pour le plan ORSEC, notamment celui lié au risque incendie au sein des établissements de santé et médico-sociaux. Pour autant, il n'en est pas de même pour les schémas d'organisation sanitaire et les plans afférents pour lesquels il n'est pas prévu d'obligation d'exercice.

L'article U 47 du règlement annexé à l'arrêté du 10 décembre 2004², § 1 dispose que : « *Tout le personnel de l'établissement doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital, être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu* » et § 2 : « *Des exercices d'évacuations simulées doivent être organisés périodiquement afin de maintenir le niveau de connaissance du personnel conformément à l'article U 41.* »

Il en est de même pour les établissements médico-sociaux. L'article J39 de l'arrêté précité énonce, en son paragraphe 2, que « *Des exercices pratiques, ayant pour objet d'instruire le personnel sur la conduite à tenir en cas d'incendie, doivent avoir lieu au moins une fois par semestre* ».

Alors même que les exigences ministérielles s'imposent à ORSEC et ORSAN, elles recommandent une simple réactualisation annuelle des Plans Blanc et Bleu sans caractère obligatoire des exercices. Comme l'indique la circulaire du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis³ « *Il est nécessaire de tester, et d'exercer deux fois par an, la fonctionnalité des éléments du dispositif de gestion de crise : système d'alerte, cellule de crise, ressources techniques, plan blanc.* ». Une « nécessité » réglementaire qui peut laisser place à de nombreuses interprétations sur la mise en œuvre, alors même qu'elle implique des enjeux majeurs pour les acteurs concernés.

² MINISTRE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES. Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de diverses dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public. Journal officiel, n°18, du 22 janvier 2005, 1179.

³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

- Une évolution récente de l'exercice sanitaire rendu obligatoire au regard du contexte terroriste

L'instruction du 4 novembre 2016 précitée⁴ vise à instaurer une politique de sécurisation dans lesdits établissements qui précise clairement que « *des exercices annuels devront être effectués afin de tester le dispositif de sécurité élaboré par l'établissement en lien avec les services concernés et son appropriation par le personnel de l'établissement.* ».

A cet égard, cette législation impose à chaque établissement d'établir ainsi une stratégie de protection en veillant à la cohérence avec les instructions gouvernementales (plan Vigipirate, directives nationales de sécurité, etc.), les préconisations du Plan Blanc et leur Plan de Continuité d'Activités.

Le PSE s'impose désormais depuis 2017 comme l'élément porteur d'une obligation d'exercice sanitaire dont le Plan Blanc bénéficiera.

- Des enjeux majeurs pour les acteurs concernés : responsabilité et communication.

Depuis la loi du 9 août 2004 précitée⁵, les articles L. 3110-7 à L. 3110-10 du CSP imposent une actualisation régulière prenant en compte l'évolution rapide des risques sanitaires. Elle engage la responsabilité administrative et pénale du directeur de l'établissement en cas de dysfonctionnement majeur.

La circulaire du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes⁶ énonce : « *les principes généraux sur la base desquels chaque établissement de santé doit élaborer, en cohérence avec les autres plans d'urgence existants, son plan d'accueil, appelé communément « plan blanc »* ».

Le guide « L'établissement de santé en tension »⁷ souligne la nécessité de la communication en situation de crise dont la responsabilité incombe au directeur. Il devra être particulièrement vigilant à se former, lui et son équipe, sur cet aspect.

Si les exercices sanitaires s'inscrivent dans le cadre d'une réglementation complexe, leur organisation doit répondre à une ingénierie spécifique.

⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction N°SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Bulletin officiel, n°185, du 11 août 2004, 14277.

⁶ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006, *L'établissement de santé en tension*, 26 p.

B. Doctrine organisationnelle : de la conception à la réalisation d'un exercice sanitaire

1. Pourquoi réaliser un exercice sanitaire ?

L'organisation des soins dans le cadre d'une SSE nécessite des moyens spécifiques, mis en place selon une doctrine prévue dans les différents schémas et plans présentés ci-dessus, par des acteurs possédant les connaissances nécessaires pour remplir au mieux leur mission.

La réalisation d'exercice sanitaire permet de contrôler l'opérationnalité d'un objectif en interface avec les trois éléments suivants :

- Les moyens : vérifier la pleine disponibilité des moyens à mettre en œuvre ;
- La doctrine : contrôler la pertinence de la doctrine d'emploi en mesurant son application sur le terrain ;
- La formation : s'assurer de la formation des professionnels à la mise en œuvre de la doctrine.

Exemple : l'exercice de rappel du personnel a pour objectif de vérifier la réalité des effectifs d'agent hospitalier réellement en qualité de rejoindre l'établissement de santé. L'exercice met en œuvre des personnels formés (formation) à la mise en œuvre d'un automate de rappel (moyen) en fonction de la fiche action du plan blanc qui traite de ce sujet (doctrine).

Afin de répondre à ces objectifs, la mise en place d'un exercice doit aussi tenir compte d'une pédagogie spécifique.

2. La pédagogie de l'exercice

La réalisation d'un exercice s'inscrit dans un processus de formation. Il doit permettre la mise en œuvre des connaissances et des compétences acquises dans un contexte spécifique. Il s'inscrit dans une démarche analytique.

Si leur formation académique leur permet d'acquérir les compétences en matière de médecine d'urgence, de catastrophe et de gestion des urgences sanitaires, elle doit être complétée par une formation adaptée au contexte dans lequel il sera amené à exercer.

Pour cela, il existe différents types d'exercice dont le choix se détermine en fonction des objectifs pédagogiques recherchés. Il existe une typologie différente (annexe 2) selon la nature, le déroulement et la chronologie de l'exercice.

La nature correspond à :

- **l'exercice formatif** ou **d'instruction**
- **l'exercice d'entraînement,**
- **l'exercice démonstration**
- **le test**

Le déroulement correspond lui à :

- **l'exercice cadre ou carré vert**
- **l'exercice partiel/global**
- **l'exercice terrain**
- **la simulation**

Enfin, le type d'exercice se distingue selon sa chronologie : en **temps réel** ou en **temps compressé** pour faire évoluer rapidement des situations qui, dans la réalité, prennent du temps (ex : pandémie).

La recherche d'une progressivité dans l'exercice est primordiale pour assurer une remobilisation ultérieure des acteurs. Elle s'applique également en termes de coordination. Afin de garantir ces objectifs pédagogiques, s'est développée, depuis quelques années, une ingénierie de la construction d'un exercice sanitaire.

3. L'ingénierie de la construction d'un exercice

Pour assurer la cohérence d'un exercice, sa construction doit respecter un certain nombre d'étapes qui se décompose en 19 actions détaillées en annexe n°3.

Parmi ces actions, une attention toute particulière doit être portée à trois d'entre elles qui constituent le cœur de l'exercice :

- La définition du ou des objectif(s) de l'exercice : première étape de construction d'un exercice. Une question à se poser : "quelles sont mes priorités en fonction des enjeux auxquels je suis confronté ?"

En effet, la réalisation d'un exercice n'est pas une fin en soi. Elle vise à répondre à un nombre limité d'objectifs qui doivent être formulés de façon claire, précise et sans ambiguïté (il est recommandé de se limiter à trois objectifs, déclinés en 3 sous-objectifs et de ne pas en ajouter par la suite). Le choix de ces objectifs doit être fait par un groupe restreint de concepteurs et être validé par le comité de pilotage (COFIL). Il doit être lié à un diagnostic, réalisé par le décideur, sur les fragilités de l'établissement et sur sa valeur ajoutée.

- L'organisation des conditions du retour d'expérience (RETEX) est extrêmement importante. Il doit permettre de capitaliser les enseignements tirés de l'exercice pour réduire les écarts entre les résultats obtenus et les objectifs fixés par le plan. Le RETEX doit être mis en œuvre à travers deux niveaux : le premier à chaud (débriefting) juste à l'issue de l'exercice pour, notamment, recueillir l'analyse de l'exercice faite par les

acteurs, et le second à froid plusieurs jours après, en groupe de travail, visant à produire des propositions sur les points ciblés par les fiches évaluateurs et les fiches de débriefing. Ce retour d'expérience doit aboutir à l'élaboration d'un plan d'actions, fruit d'un consensus mobilisateur et catalyseur d'énergies : les actions d'aujourd'hui pouvant être les objectifs de demain. Une programmation pluriannuelle pourra intégrer les calendriers de la certification ou de l'évaluation. Attention, le RETEX doit s'attacher à une analyse systémique des causes et non rechercher des erreurs individuelles.

- L'écriture du synopsis de l'exercice va permettre de déterminer la façon de mesurer les actions attendues par rapport aux objectifs ciblés. Il détaille le timing du déroulement de l'action depuis le début de l'exercice (DEBEX) jusqu'à sa fin complète (FINEX). A chaque événement, action ou incident doit correspondre une réaction attendue (au minimum) de la part des joueurs. Sa rédaction doit se faire avec l'ensemble des animateurs pour que tout le monde comprenne bien l'incidence des actions des uns sur les autres. Il prend la forme d'un tableau.

Ainsi, l'organisation d'exercice de gestion de SSE doit répondre à la fois à des enjeux réglementaires et d'ingénierie. La parole des acteurs de terrains permet une mise en perspective.

II. L'exercice sanitaire à l'épreuve des faits

L'analyse croisée des entretiens avec les différents acteurs de terrain a mis en lumière des points de vigilance auxquels les managers doivent porter attention. Cette analyse, construite sous forme de SWOT s'articule autour des étapes chronologiques d'un exercice sanitaire à savoir l'élaboration, la mise en œuvre et le retour d'expérience. Les matrices sont présentées en annexes n°4 à 6.

A. L'élaboration

L'analyse de l'étape d'élaboration met en évidence des forces certaines et partagées par le plus grand nombre parmi lesquelles se retrouvent des thématiques telles que l'anticipation. Un exercice demande une organisation en amont qui exige un délai de plusieurs semaines, voire quelques mois avant le déroulement de l'exercice.

De même, les différents acteurs s'accordent sur la détermination d'un nombre limité d'objectifs. Ils recommandent d'en définir 1 à 3.

Par ailleurs, les compétences et la formation des acteurs chargés de l'élaboration d'un exercice sanitaire apparaissent comme un prérequis essentiel. Selon les entretiens, des connaissances spécifiques liées à la gestion de crise sont indispensables et cette étape doit

s'appuyer obligatoirement sur différents outils tels que les plans ou procédures actualisés régulièrement. Ces procédures doivent être bien maîtrisées par les concepteurs de l'exercice mais aussi par les professionnels de terrain. La formation progressive des différents acteurs permet de se les approprier pleinement.

Enfin, le développement d'une politique de gestion de crise est un préalable à l'élaboration d'un exercice sanitaire. La direction joue, à ce titre, un rôle essentiel. Ainsi, l'ensemble des acteurs a souligné l'intérêt d'un management qui vise à développer un travail en équipes et le partage d'expériences.

L'exercice sanitaire, à travers des actions concrètes, permet aussi à un directeur d'établissement de se prémunir de l'engagement de sa responsabilité pénale en répondant à son obligation de moyens.

Si des forces sont mises en évidence, des faiblesses sont aussi évoquées par les différents professionnels.

Certains établissements sanitaires et médico-sociaux soulignent une difficulté à concevoir des exercices, malgré l'existence de guides et de plans. Parmi les raisons évoquées, cette étape d'élaboration est déclarée comme chronophage, les responsables rencontrent également des difficultés à formaliser et à respecter le calendrier établi. S'ajoutent des objectifs parfois trop ambitieux, voire jugés comme irréalistes. L'exercice sanitaire peut alors devenir confus et décourager les acteurs. Les personnes rencontrées ont fait part de l'absence d'outils formalisés d'aide à la conception d'exercice.

Dans ce contexte, les scénarii sont trop souvent élaborés avant les objectifs alors qu'ils devraient être issus de ces derniers. Le manque de précision dans la rédaction entrave le bon déroulement de l'exercice.

Enfin, le manque de communication sur les enjeux des exercices sanitaires auprès des acteurs conduit à une minimisation des risques réels. D'autres professionnels font part de leur manque de formation à l'appropriation des outils existant au sein de leur établissement.

Concernant les facteurs exogènes, les professionnels mettent en exergue une corrélation entre le contexte territorial, environnemental et institutionnel et la valorisation de la politique d'exercice menée dans les établissements (isolement territorial, SEVESO⁸, *etc.*).

Par ailleurs, le développement de partenariats entre les différents acteurs intervenant plus ou moins directement dans la réalisation de l'exercice sanitaire représente un atout. Le

⁸ SEVESO : Classification réglementaire européenne relative à la maîtrise des risques technologiques majeurs

partage d'expériences renforce la fluidité de l'organisation de crise. Le décloisonnement des acteurs permet d'insuffler une dynamique positive.

Néanmoins, la présence de nombreux acteurs de différents niveaux d'intervention et de secteurs peut parfois entraîner une démultiplication des objectifs, chacun voulant tester ses particularités.

Le défaut d'information et de communication à l'ensemble des acteurs participant à l'exercice (internes et externes) entraîne des dysfonctionnements, des incompréhensions, voire de graves incidents.

De plus, l'absence de financement dédié représente un obstacle au développement d'une politique d'exercice. Dans un contexte budgétaire contraint dans lequel les arbitrages sont nécessaires, ceux-ci peuvent se faire au détriment de l'organisation d'exercices.

Les différents témoignages relèvent plusieurs points d'alerte focalisant sur l'identification des victimes, le dénombrement des lits disponibles et la nécessité d'outil informatique commun à tous les acteurs pour une meilleure prise en charge des patients. Le système d'information constitue un point de fragilité, entre autres face à de potentielles cyber-attaques.

B. La mise en œuvre

En fonction de leurs niveaux, les institutions se distinguent par leurs attentes concernant la mise en œuvre d'un exercice de gestion de crise. Les institutions nationales et régionales se focalisent plutôt sur les orientations stratégiques, là où les acteurs locaux détaillent les aspects techniques liés au terrain.

L'ensemble des acteurs met en avant le nécessaire réalisme de l'exercice qui permet à la fois de susciter l'adhésion des participants et leur préparation aux crises. La nécessité de formation autour des exercices ressort différemment selon les acteurs interrogés. Les institutions nationales insistent sur la formation des formateurs organisant l'exercice et sur celles des personnels, un exercice n'ayant de sens « *que si les acteurs sont formés aux procédures* ». Les établissements insistent de façon plus spécifique sur la formation à la communication de crise pour les acteurs médicaux et les membres de la direction.

Les institutions nationales soulignent le bénéfice d'approches partenariales avec l'ensemble des acteurs de la gestion de crise. Ces approches participent au réalisme de l'exercice, au développement de l'interopérabilité entre les institutions et au décloisonnement au sein des structures. Le besoin de progressivité de la démarche est mis en avant, en commençant par des exercices ciblés avant d'organiser leur déploiement.

En outre, la bonne conception de l'exercice est un prérequis à la mise en œuvre. Acteurs régionaux et établissements détaillent le besoin de bien identifier les ressources humaines et matérielles, de délimiter le rôle de l'animation et de choisir la nature des observateurs et évaluateurs. Les établissements désignent enfin la cellule de crise comme clé de voûte de l'exercice, conditionnant l'action des autres acteurs. Il est rappelé l'importance de son activation, de sa mise en place dans un lieu dédié et de la formation de ses membres.

Les acteurs nationaux et les établissements se retrouvent sur l'identification de plusieurs points de faiblesse dans la conduite de l'exercice. La répétitivité de scénario peut entraîner un risque d'enfermement dans un type d'exercice (ex : évacuation incendie), le développement d'une vision tronquée de la sécurité en établissement et enfin la fausse assurance liée à des paramètres non testés comme l'indisponibilité de la cellule de crise.

Enfin, ces deux niveaux partagent l'analyse selon laquelle la perception de l'exercice par les acteurs constitue actuellement une faiblesse. Vécus comme perturbateurs des organisations et sanctionnant des pratiques, ces exercices ne voient donc participer que les personnels volontaires, ce qui réduit le nombre de personnels préparés.

Les acteurs régionaux et les établissements identifient le manque de ressources dédiées comme affectant le bon déroulement de l'exercice et l'engagement des personnels. Est également constaté l'absence de sécurisation des moyens opérationnels : systèmes informatiques, interopérabilité des logiciels, moyens logistiques anticipant le retour à la normale, *etc.* Tous ces éléments participent à la déstabilisation de l'institution en situation exceptionnelle. La plupart des acteurs pointe plus particulièrement la faiblesse de culture de crise et de la capacité d'adaptation des procédures et des personnels.

Les établissements mettent en exergue un déficit de communication dans toutes ses dimensions. La communication interservices ou avec la cellule de crise, la communication externe (relation presse, inter-partenaires) et enfin les relations avec les familles sont des points de faiblesse et semblent insuffisamment pris en compte dans les exercices.

Les opportunités sont essentiellement identifiées par les acteurs nationaux. L'incorporation de la formation à la gestion de crise et de la participation aux exercices dans le développement personnel continu constitue une opportunité de monter en compétences. L'externalisation des exercices, totale ou partielle (clé en main ou co-construction), en lien avec une institution spécialisée peut constituer une étape de formation vers une autonomisation future. En lien avec les établissements, ils identifient l'intérêt de

développer une cartographie des compétences afin de pouvoir établir une réserve de personnes préparées et compétentes quelle que soit leurs fonctions en temps normal.

Le développement des partenariats et l'invitation d'observateurs permettent de construire un réseau engageant une réflexion stratégique sur les exercices, d'échanger sur les compétences et d'apporter de la perspective.

Les établissements identifient l'intégration des exercices dans le fonctionnement de jour comme un atout. Ils participent à une meilleure appropriation par les personnels, ainsi qu'au développement d'une culture commune de la gestion de crise au sein des services.

Au titre des menaces, le niveau national révèle la non maîtrise de la communication de crise. La pression médiatique et le poids des regards, notamment si les observateurs disposent d'une autorité hiérarchique, peut se répercuter sur les participants pendant et après l'exercice.

Les acteurs locaux craignent, quant à eux, la non-sanctuarisation des moyens, et notamment les diminutions capacitaires en lits. En effet, la réduction des moyens de fonctionnement normal influe sur les capacités de réponses et d'entraînement, surtout s'il n'existe pas de moyens dédiés aux exercices.

En outre, les interfaces entre les acteurs sont un point de vigilance. Leur dysfonctionnement nuit à la continuité de l'information et des moyens.

C. La capitalisation de l'expérience à l'issue de l'exercice

La capitalisation d'un exercice sanitaire est une opportunité de la conduite du changement des organisations pour parer à une crise réelle.

Le retour d'expérience de l'exercice sanitaire offre la possibilité de créer une culture commune de la gestion de crise, de permettre aux équipes « d'apprendre en marchant », selon un mode de formation continue.

Il sert à former et à remobiliser les acteurs, tout en faisant tomber la pression. C'est pourquoi il est systématiquement pratiqué en deux temps : à chaud et à froid. Les acteurs considèrent que le RETEX à chaud est réalisé grâce à un débriefing le jour même avec l'ensemble des plastrons, des évaluateurs et des participants pour recueillir les ressentis de chacun ; le RETEX à froid sert à améliorer les savoir-faire de chacun et à mettre à jour le Plan Blanc.

Aux dires des acteurs, le retour d'expérience prend sa force dans une diffusion large ; une attention est portée sur la communication, tant institutionnelle (comptes-rendus en instances) qu'interprofessionnelle et multi-partenariale (ARS, partenaires externes).

Néanmoins, les points de vigilance demeurent nombreux. Les établissements considèrent que la mise en œuvre d'exercices partiels, intermédiaires à l'exercice global, permet de les éprouver et, dans l'absolu, de maîtriser les risques afférents. Ce travail fédérateur tend, selon eux, à éviter les doublons dans la chaîne d'actions, à bien identifier la cellule de crise comme le seul organe de décisions à travers des outils, tels que des documents communs, assimilés par tous (fiches réflexes, fiches de postes dédiées).

Toutefois, l'organisation du RETEX fait l'objet pour les acteurs d'une vigilance pour ne pas compromettre son objectif initial : capitaliser l'expérience. Elle doit servir à l'actualisation par objectifs du plan d'actions et à faire évoluer la prise de conscience du rôle de chacun dans un environnement contraint et stressant.

Les établissements comme leurs partenaires ont constaté que la diffusion de cette culture du RETEX peut être lente. Elle nécessite, d'après leurs témoignages, l'utilisation d'un langage commun et une communication à l'ensemble des équipes, et pas uniquement aux cadres, afin de contribuer à la coordination des acteurs. Le RETEX à froid constitue parfois une analyse individuelle alors qu'il tend aussi à rechercher une analyse collective.

Par ailleurs, ils ont relevé que l'absence d'objectivité dans l'appréciation des comportements rend difficile la détermination des axes d'amélioration. L'écueil inverse consiste à se concentrer sur les points d'achoppement sans analyse des réussites, pourtant essentielle.

C'est pourquoi les acteurs estiment que l'efficacité de l'évaluation de l'exercice requiert l'élaboration d'une grille d'analyse définie en amont par les évaluateurs et la pertinence de leur recrutement sur la base d'une fiche de poste.

L'actualisation de la procédure de gestion de crise constitue enfin un impératif car il est jugé important d'intégrer les enseignements des RETEX par la constitution d'un plan d'actions. Les actions doivent dépasser la seule résolution de détails techniques et matériels, au travers d'une stratégie, pour que les acteurs de terrain en comprennent les enjeux. Leur suivi de ces actions paraît être un point de faiblesse, surtout lorsqu'elles concernent la cellule de crise.

Les acteurs considèrent que le retour au fonctionnement normal ne doit pas faire oublier le travail réalisé et les réflexes acquis.

Une opportunité du RETEX identifiée par les acteurs est l'intégration de ce vecteur d'amélioration continue dans une démarche pluriannuelle de type Plan Do Check Act (PDCA). La priorisation et le suivi des actions qui en découle leur apparaît essentiel.

Le RETEX permet d'apprentissage par l'erreur, en s'adaptant à un environnement changeant. Les établissements estiment qu'il conduit à améliorer les processus internes dans une volonté d'obtenir une certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de respecter une éventuelle obligation contractuelle du CPOM.

Les professionnels rencontrés s'accordent sur le risque lié à la communication autour de ce retour d'expériences ; cette communication collective en mode partagé ne doit pas en effet compromettre la nécessaire confidentialité des démarches et des procédures internes afin de garantir la sécurité collective de l'établissement, de ses personnels et de ses patients.

Les éléments issus de ces entretiens concernant l'élaboration, la mise en œuvre et la capitalisation de l'expérience permettent alors de déterminer des préconisations à l'usage des professionnels.

III. Comment réussir son exercice sanitaire ?

A. Préconisations au niveau stratégique

L'exercice sanitaire revêt un certain nombre d'enjeux pour les établissements, en termes notamment de sécurité des professionnels, de protection des usagers et de responsabilité.

Conscient de ces enjeux, le directeur veillera à créer les conditions pour développer une véritable « culture de l'exercice » au sein de son établissement. Pour cela, il se basera sur un diagnostic du système de management de crise pour définir une politique d'exercice que viendra soutenir une stratégie de formation des acteurs, tout en veillant à la communication.

1. Réaliser le diagnostic du système de management de la gestion de crise

Dans la logique de la gestion de projet, la construction de la politique de gestion de crise passe par une phase « diagnostic de l'existant » permettant de connaître et de situer l'établissement dans son environnement mais aussi dans ses pratiques.

S'il n'existe pas d'outil national d'évaluation, le pilote désigné pour réaliser le diagnostic pourra utilement se baser sur le questionnaire proposé en annexe n°7, inspiré du Livre

blanc de Samu-Urgences de France⁹ et les entretiens réalisés dans le cadre de ce module interprofessionnel.

L'autoévaluation proposée porte sur huit thématiques notées de 0 à 4, 0 étant l'absence de préparation, 4 la préparation optimale, celle qui permet d'assurer que tous les moyens sont mis en œuvre pour y répondre :

1. Connaissance de l'environnement de l'établissement
2. Plans de crise
3. Politique/programmation d'exercices
4. Type d'exercices
5. Niveau de participation aux exercices sur le territoire
6. Cellule de crise
7. Logistique de crise
8. Communication de crise

Il est conseillé que le diagnostic et la politique de gestion de crise qui en découle soient validés par la direction générale et le président de la commission médicale de l'établissement.

2. Définir une politique d'exercice sanitaire dans l'établissement

La politique d'exercice qui découle du diagnostic précité devra répondre aux questions suivantes :

- *Quelle gouvernance ?*

Après avoir recensé les expertises pour connaître le niveau de formation des personnels mobilisables, il faudra assurer le maintien (en intégrant la variable turn-over) ou la montée en compétences pour ensuite définir le rôle de chacun : pilote, comité de pilotage, cellule de crise, garde administrative, etc.

- *Quelle planification ?*

Pour cela, il faut définir la typologie de l'exercice et la temporalité.

Il est recommandé de donner un caractère progressif aux exercices pour monter en compétence : commencer par des exercices partiels (tester le rappel du personnel, la mobilisation de la cellule de crise, par exemple) pour parvenir à un exercice global.

⁹ SAMU - Urgences de France, 2015, Livre blanc Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir, 48p

Un exercice se conçoit en trois étapes dans une programmation pluriannuelle :

❶Elaboration,

❷Mise en œuvre,

❸Capitalisation /Evaluation.

- *Quels partenaires ?*

L'établissement ne doit pas rester isolé mais inscrire son action dans les prescriptions de la politique et la planification nationale, zonale et départementale.

Cette ouverture aux autres acteurs de la gestion de crise est essentielle pour enrichir ses procédures et ses pratiques ; elle permettra, le jour J, de surmonter les différences de culture et d'objectifs entre les intervenants.

Le travail en partenariat aura l'avantage d'envisager une mutualisation des moyens si les ressources logistiques disponibles dans l'établissement ne sont pas suffisantes.

- *Quelles ressources financières mobilisables ?*

Réaliser des exercices représente un coût pour l'établissement (des heures agent et du matériel pour l'essentiel). Pour protéger au mieux la programmation des exercices de l'arbitrage budgétaire, une question doit être posée et, si possible, anticipée : les finances de l'établissement permettent-elles d'inscrire une ligne budgétaire dédiée ?

L'anticipation peut passer par une inscription au CPOM, la mobilisation de co-financements ou la mutualisation de certaines actions (la formation par exemple).

Un point commun aux différents entretiens se dégage : la ressource est rare.

Aussi, sur la base de ce postulat, il est conseillé à l'équipe de direction de privilégier l'opérationnalité pour éviter le gaspillage de ressources, de moyens et de temps.

3. Former et se former à la gestion de crise

Si la pratique de l'exercice est déjà une action de formation pour acquérir des réflexes, la montée en compétences et le développement de la culture s'inscrivent dans la politique institutionnelle de formation.

Cette dernière peut comprendre la formation tout au long de la vie et les formations ciblées sur les points stratégiques et concernera tous les personnes concernés, en premier lieu la cellule de crise.

Il s'agira par exemple de proposer des modules courts « Pourquoi s'entraîner ? Pourquoi se préparer ? » ou de valoriser l'exercice comme action de formation reconnue (l'inclure dans les actions de DPC notamment). L'objectif est aussi de former tous les professionnels qui n'ont pas pu s'entraîner.

La formation ciblée sur les points stratégiques pourra porter sur la communication de crise, la responsabilité du directeur ou le débriefing. La formation à la communication de crise portera sur les enjeux de la communication interne et externe en intégrant notamment la veille sur les réseaux sociaux. Les règles et conventions en la matière devront y être rappelées : qui communique, sur quoi et à quel moment.

De manière pratique, il conviendra de faire « rejouer » au plus vite le participant après des formations adaptées pour qu'il monte en compétences.

4. La communication interne et externe

L'impact de l'évènement invite à la maîtrise de l'information et à sa fiabilité selon l'interlocuteur, la criticité de l'évènement, la conjoncture et sa sensibilité politique.

En interne, « *si l'on veut être prêt à manager une situation de crise, il faut apprendre à se donner une représentation partagée de la crise.* »¹⁰. L'objectif de l'exercice doit être compris par tous les participants. Le fil conducteur de la communication interne est aussi de répondre sur le « comment » au-delà du « pourquoi » de l'exercice.

La communication externe nécessite un niveau de confidentialité négocié, coordonné et préparé avec les autorités ministérielles (services déconcentrés, ARS, préfet...). Le directeur coordonne sa politique de communication avec les autorités de son territoire. Il répond en ce sens à la demande pressante des médias, tout en veillant aux canaux détournés tels que les réseaux sociaux, pour garantir la sécurité collective et la réputation de l'établissement.

En effet, « *dans notre société médiatisée, la presse entretient en permanence, de façon implicite, la confusion de l'existence d'une réalité avec le fait d'en parler.* »¹¹

B. Préparer et conduire un exercice : guide à destination des managers

La mise en œuvre d'un exercice, pour qu'il soit efficient, nécessite une préparation. Le directeur, ou le collaborateur à qui il confie la préparation, se doivent d'être vigilants sur de nombreux points exposés ci-après.

Ces préconisations sont issues des retours d'expériences des professionnels rencontrés, experts dans la conduite d'exercice sanitaire du niveau national jusqu'aux établissements sanitaires ou médico-sociaux.

¹⁰ CABANIS J.-N., FESSLER J.-M., CAMPHIN P., et al., 2008, « L'hôpital face aux crises », *Cahiers hospitaliers*, n° 243, 2008/03, pages 5-23

¹¹ Idem.

| DEFINIR LES OBJECTIFS | | | |
|--|--|---|---|
| <i>Axe de travail</i> | <i>Points clés</i> | <i>Vigilances</i> | <i>Que faire ?</i> |
| Calibrer les objectifs | <p>Les objectifs doivent être à la portée des participants.</p> <p>Les objectifs s'inscrivent dans une démarche de progrès en ciblant soit une faiblesse du plan ou soit la valorisation du management des équipes.</p> <p>Les objectifs doivent être en nombres limités et rester cohérent avec la doctrine d'emploi.</p> | <p>Ne pas mettre en échec les équipes en choisissant des objectifs trop ambitieux</p> <p>Revoir les objectifs de l'exercice s'il est déjà évident que l'écart est trop grand et que cela va mettre en échec les équipes.</p> <p>Il est conseillé un maximum de trois objectifs principaux avec trois sous-objectifs soit neuf points à évaluer.</p> | <p>Demander l'avis des acteurs de terrain sur la pertinence des objectifs.</p> <p>La direction générale doit valider les objectifs afin d'éviter d'en rajouter au fur et à mesure de la construction de l'exercice.</p> <p>Poser des indicateurs : spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et temporalisés.</p> |
| Définir le type d'exercice | <p>Prévoir l'ordonnancement des exercices (partiel, global) en fonction du degré d'appropriation de la structure : s'agit-il d'apprentissage ou de restitution ?</p> <p>Prévoir une montée en compétence progressive en fonction des moyens et de la maturité de l'organisation.</p> | <p>Mener des ateliers, exercices partiels très fréquemment (exemple : 4 par an).</p> <p>Le choix du type d'exercice dépend des objectifs fixés.</p> <p>Si possible, réaliser ou participer à un exercice global par an.</p> | <p>Inclure les exercices dans une dynamique pluriannuelle, mixant les différents types d'exercices.</p> <p>⇒ Ex. : Alternier exercices partiels et exercice global</p> <p>Selon la taille de l'établissement les exercices peuvent concerner l'ensemble de l'établissement ou juste un pôle ou un service.</p> <p>⇒ Ex. : Déporter le test du rappel de personnel au niveau des pôles</p> |
| REDIGER LE SYNOPSIS | | | |
| <i>Axe de travail</i> | <i>Points clés</i> | <i>Vigilances</i> | <i>Que faire ?</i> |
| Le synopsis est la partie structurante de l'exercice. | Définir les résultats attendus par rapports à la mesure des objectifs ciblés. | Veiller à la cohérence des résultats que l'on souhaite obtenir par rapport aux objectifs notamment dans l'élaboration des fiches d'évaluateurs. | Mettre en place un COPIL d'animation qui sera l'interlocuteur unique de la direction générale. Ce COPIL fera l'objet d'une lettre de mission. |
| Il permet de : Déterminer les participants | Prévoir : <ul style="list-style-type: none"> - des ressources dédiées identifiables - une formation en amont de l'exercice - une identification des | Veiller à la distribution des rôles concours à la bonne exécution de l'exercice. | Mobiliser les ressources connexes en fonction des besoins : groupes hospitaliers, élèves, autres services précédemment acteurs, réserve sanitaire ... |
| - Animateurs | | | |
| - Observateurs | | | |
| - Plastrons | | Etre vigilant sur le réalisme des options proposées | <u>Observateurs :</u> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>- Acteurs</p> <p>Déterminer les fiches d'évaluations/ Observations</p> <p>De fixer les conditions du RETEX</p> | <p>participants selon leur fonction (acteurs, plastrons par ex)</p> | <p>dans les mesures des résultats.</p> | <p>Les observateurs peuvent être externes ou internes. Penser à utiliser les ressources internes (stagiaires, élèves fonctionnaires, réserviste de l'armée ou de la réserve sanitaire).</p> <p>⇒ Ex. : Lors d'un exercice cadre sur le fonctionnement de la cellule de crise, des élèves fonctionnaires peuvent être observateurs puis acteurs dans la cellule de crise.</p> <p><u>Plastrons :</u> Faire appel si possible aux étudiants infirmiers.</p> |
| <p>Veiller à l'articulation des acteurs</p> | <p>Définir les rôles et les actions à mener.</p> | <p>Suivre le déroulement de l'exercice (un exercice ne s'improvise pas et les initiatives doivent être contenues). Laisser en revanche une grande part d'initiative aux évaluateurs pour la création de leur fiche d'évaluation.</p> | <p>Réaliser l'organigramme des acteurs Décliner les fiches actions à destination de chaque acteur.</p> |
| <p>Etablir le scénario</p> | <p>Définir le scénario en fonction des objectifs et non pas l'inverse.</p> | <p>Le scénario doit être cohérent avec les objectifs à mesurer. Le scénario est l'histoire chronologique qui rend crédible la mesure des objectifs retenus.</p> | <p>Elaborer un scénario acceptable, réaliste, compris par les acteurs et en phase avec la cinétique de l'exercice.</p> |
| <p>Etablir l'annuaire</p> | <p>Tester l'articulation et les interfaces entre les acteurs</p> | <p>Ne mobiliser que les canaux de communication retenus ⇒ Ex. : On peut interdire l'emploi de téléphones portables dans un scénario de multi-attentats.</p> | <p>Vérifier l'annuaire de l'exercice la veille en diffusant la situation générale de l'exercice.</p> |
| <p>Prévoir la logistique</p> | <p>Définir la logistique est primordial dans la bonne réussite des exercices : investissements, moyens humains, techniques, informatiques, communication, hôteliers ...</p> | <p>Prévoir la logistique adéquate sans pour autant perturber le fonctionnement courant de l'établissement.</p> | <p>Prévoir la logistique de l'exercice jusqu'à la fin de celui-ci qui est annoncé au même titre que son lancement. Intégrer la logistique également pour le RETEX.</p> |
| <p>Prévoir la documentation nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animateur - Acteurs - Observateurs | | <p>Distribuer les rôles concours à la bonne exécution de l'exercice.</p> | <p>Réaliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dossier Animateur (totalité dont synopsis) - Le dossier Acteurs (uniquement ce qui est nécessaire à la compréhension des objectifs) - La grille à usage des évaluateurs/observateurs - La grille à usage des acteurs pour le RETEX |

| | | | |
|---|--|---|---|
| /évaluateurs | | | |
| Préciser le rétro planning | Préciser les échéances : - dans l'élaboration - de l'exercice (début, séquences et fin de l'exercice) | Anticiper l'élaboration de l'exercice (une préparation peut nécessiter plusieurs mois d'investissement par le COPIL. | Réaliser un rétro planning et en informer les différents protagonistes ⇒ Ex. : L'exercice est un "rituel".. savoir commencer et surtout finir, en informer les acteurs et services connexes. |
| Préciser le coût/financement | Définir le coût de l'exercice : sauf dispositions contraires, les exercices sont financés sur le budget propre à l'établissement de santé. | Veiller au respect du budget alloué. | Veiller à pouvoir disposer du budget annuel programmé. |
| DEROULER L'EXERCICE | | | |
| <i>Axe de travail</i> | <i>Points clés</i> | <i>Vigilances</i> | <i>Que faire ?</i> |
| S'assurer du bon déroulement du synopsis | Réajuster si nécessaire le scénario lors de l'exercice pour rester en conformité avec les objectifs. | L'animateur ne doit pas participer. Lors d'un exercice des perturbations extérieures peuvent arriver. Des acteurs peuvent avoir des actions inadéquates qui entravent le déroulement de l'exercice. L'animateur doit être en capacité de réagir. | Choisir un animateur expert. Mettre les observateurs aux endroits clés. Les guides animateurs et observateurs doivent être clairs. |
| ORGANISER LE RETEX | | | |
| <i>Axe de travail</i> | <i>Points clés</i> | <i>Vigilances</i> | <i>Que faire ?</i> |
| Organiser un retour expérience | Les propositions du RETEX permettent une montée en compétences des établissements. Les observateurs participent au retour d'expériences et peuvent conduire en lien avec les participants les ateliers de propositions d'amélioration. Organiser en 2 temps : - Un RETEX à chaud (condition du déroulement, impressions, intérêt et implication des acteurs. On l'appel débriefing ; - Un RETEX à froid (exploiter la dynamique pour produire des | Intégrer l'idée que le retour d'expérience fait partie intégrante de l'exercice et qu'il ne peut pas être dissocié de celui-ci. Faire participer les participants dans des ateliers de production qui proposent des pistes d'amélioration à partir des fiches d'évaluation et du débriefing à chaud. | Définir une stratégie de RETEX : - Supports écrits - Ateliers de travail - Retour de mails... Inclure ces propositions, après arbitrage dans le plan blanc (un exercice peut conduire à réviser en moyenne un tiers du plan blanc). Définir les pistes de travail à venir, exercices futurs et proposer à la direction générale dans un rapport conclusif un plan d'actions. Communiquer les correctifs apportés à ensemble des professionnels. |

| | propositions). Préciser le rôle de chacun en lien avec les objectifs retenus. | | |
|---|---|---|---|
| PREVOIR UN PLAN DE COMMUNICATION | | | |
| <i>Axe de travail</i> | <i>Points clés</i> | <i>Vigilances</i> | <i>Que faire ?</i> |
| Etre formé à la communication de crise | Communiquer est essentiel et peut faire partie d'une évaluation dans l'exercice. | Désigner un interlocuteur privilégié dont l'expertise est reconnue et formé à cet effet. | Déléguer une personne pour la communication « externe » (ex: Direction Générale). Déléguer la communication spécifique sur la prise en charge (ex: médecin urgentiste). |
| Informier l'ensemble des acteurs institutionnels | A défaut d'une présence physique, l'exercice est un vecteur de communication interne. | Prendre en compte la dimension institutionnelle interne de l'exercice (conseil de surveillance, CHSCT ..) | Informier "a minima les instances" (parole d'experts) en valorisant l'établissement. |
| Communiquer à l'environnement des agents | Sensibiliser les agents par la communication interne pour asseoir une politique managériale post-exercice (volontariat, reconnaissance et information). | Mobiliser les agents participants comme vecteur d'opinion et les valoriser. Un exercice s'inscrit dans un apprentissage dans l'effort et parfois le stress, il concourt à valoriser le management par communication adaptée dans un management spécifique. | Informier en amont de l'exercice (sauf si inopiné) Mobiliser l'intranet, les journaux internes par ex en aval pour la diffusion des préconisations. Préparer le management et la communication en intégrant d'emblée l'après exercice et le retour aux activités courantes. |
| Communiquer aux médias | Prévoir un dossier de presse (dans la mesure où l'exercice peut avoir un écho extérieur). | Veiller à la confidentialité des données transmises et leur portée. | Constituer un dossier restreint à partir du dossier d'exercice. |
| Organiser la visite des autorités | Se servir de l'exercice comme un acte de communication externe pour valoriser l'établissement. | Prendre en compte que la présence des autorités peut être un facteur de "tension" supplémentaire. Au regard de l'aspect stratégique, la visite doit être conduite et organisée. | Désigner une personne dédiée à cela (ex : Le Directeur Général peut être mobilisé à cet effet en fonction de l'autorité invitée). Constituer un dossier « autorité » spécifique avec un circuit de visite préparé et repéré. |
| Remercier les participants | Annoncer la fin de l'exercice. Remercier l'ensemble des participants. | Le faire dès la fin de l'exercice. Privilégier un moment convivial. | Définir l'auteur des remerciements en fonction du niveau de l'exercice. Préparer les éléments de langage en fonction des résultats obtenus et du management situationnel en cours dans l'établissement. |

C. Perspectives

La synthèse des entretiens réalisés a permis de dégager de nombreuses perspectives en termes de conception et de réalisation d'un exercice sanitaire. Ces perspectives sont classées en deux grandes thématiques qui sont l'**externalisation** et la **collaboration** entre établissements.

1. Externaliser pour construire ou renforcer une dynamique

Le manque de compétences ou de temps en interne peut conduire à la volonté de faire appel à un prestataire extérieur pour concevoir et/ou animer un exercice de crise sanitaire. Cette possibilité offre l'avantage de faire appel à des experts du domaine et permet un diagnostic objectif du niveau de préparation de l'établissement à la gestion de crise. L'externalisation peut également renforcer ou créer une dynamique d'exercice et étayer le niveau de préparation des professionnels.

Cependant, pour la réussite de l'exercice, la structure doit fournir un cahier des charges définissant précisément les objectifs à tester, à partir duquel le prestataire pourra concevoir un scénario et un synopsis. De plus, l'externalisation peut comporter des limites que le commanditaire doit évaluer comme la méconnaissance de l'établissement et de sa culture, le surcoût ou encore l'acceptabilité des professionnels.

Pour mener à bien ce projet, les établissements peuvent faire appel à différentes structures publiques pour les accompagner comme l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), l'Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice (INHESJ) ou encore l'Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers (ENSOSP). Il existe également des cabinets de conseils spécialisés dans la communication et la préparation à la gestion de crise.

L'actuel développement de la formation par simulation permet d'envisager dans un avenir prochain la création de plateformes de simulation dédiées à la gestion de crise. Ces plateformes informatisées pourront permettre d'adapter des scénarii en fonction des organisations des établissements et des objectifs à tester. Ces centres pourraient être fixes ou mobiles pour être au plus près des établissements et des professionnels de terrain.

2. Collaborer pour offrir une réponse globale et adaptée sur le territoire

Les retours d'expériences suite aux attentats ont montré les besoins de collaboration entre établissements qu'ils soient publics, privés ou de l'armée. Chaque établissement peut offrir des compétences particulières ou des ressources supplémentaires. Aussi, pour mieux

se coordonner et mieux travailler ensemble pour adapter les ressources aux besoins, il peut être envisagé de créer des partenariats d'exercice. Ces partenariats peuvent être déclinés dans les plans de gestion de crise de l'établissement et des exercices communs peuvent être organisés pour vérifier la faisabilité et l'efficacité.

En fonction de l'objectif, la mise en commun de ressources humaines ou matérielles (exemple : boîtes de stérilisation, couvertures...) ou la gestion de flux de patients pourront être testées. Mais la participation commune aux exercices peut également se traduire par l'échange d'outils de construction d'exercice ou encore la mutualisation d'observateurs entre les structures.

Enfin, à l'heure de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), la logique de mutualisation doit être prégnante. Le programme pluriannuel d'exercice peut prévoir, en plus des exercices d'établissement, l'organisation d'un exercice commun avec une équipe projet du GHT pour définir les objectifs, concevoir et animer l'exercice. Il peut également être important de tester l'articulation sanitaire et médico-sociale, notamment lors d'évacuation de résidents. Cet objectif de mutualisation pourrait être intégré dans la politique qualité, gestion des risques du GHT dans la perspective de la certification HAS commune d'ici 2020.

Conclusion

Jean-Marie FESSLER, directeur d'hôpital, disait déjà en 2008 « *Les crises d'aujourd'hui et de demain défient l'intelligence, l'organisation, le leadership, les réseaux, les capacités de prise en charge, la communication, la résilience et la reconstruction, l'éducation et l'entraînement* »¹². Au regard des derniers événements, le Ministère de la Santé a demandé aux acteurs territoriaux de conduire des exercices afin de mieux se préparer aux nouveaux risques.

L'ambition est donc de valider la pertinence des plans en mesurant les objectifs et d'apprendre aux acteurs à appréhender les situations complexes, tout en créant du liant au sein des équipes ayant en charge la gestion des SSE. Les exercices sanitaires constituent ainsi, selon Olivier BRAHIC, un « *formidable levier de mobilisation et de sensibilisation de l'ensemble du personnel hospitalier (médical, paramédical, technique et administratif)* »¹³.

Leur conception, leur conduite et leur évaluation relèvent d'une méthodologie associant management et conduite de projet ; l'engagement des directions d'établissement se révèle, à ce titre, primordial. L'enjeu est de convaincre que l'exercice sanitaire est une valeur ajoutée au quotidien, dont l'organisation est un levier managérial au service de l'établissement.

Par conséquent, notre travail s'est attaché à proposer un outil opérationnel, basé sur les retours de terrain, servant de guide méthodologique à la conception et à la conduite d'exercices sanitaires en établissements.

En effet, face à des risques en perpétuelle évolution, il faut cultiver des attitudes pragmatiques et critiques pour faire face à l'inconnu, bousculer les fausses certitudes, évaluer et adapter les organisations. Cette culture de la gestion de la crise reposera sur trois piliers : planification, réponse opérationnelle et résilience. Ce sont des pratiques à acquérir, à déployer et à entretenir au sein des établissements.

Ainsi, les établissements de santé ont la qualité d'entretenir, en développant des modes de pensée agile et novatrice, une politique d'exercices pour adapter leurs capacités de prise en charge en SSE.

¹² CABANIS J.-N., FESSLER J.-M., CAMPHIN P., et al., 2008, « L'hôpital face aux crises », *Cahiers hospitaliers*, n° 243, 2008/03, pages 5-23

¹³ Idem.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [en ligne]. Bulletin officiel, n°185, du 11 août 2004, 14277. [visité le 15.05.2017], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles. JO n° 0007, 9 janvier 2013. p. 716-722

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. JO n°0235, 8 octobre 2019, 6 p.

MINISTRE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES. Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de diverses dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP type U) [en ligne]. Journal officiel, n°18, du 22 janvier 2005, 1179. [visité le 15.05.2017], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000807958&categorieLien=id>

MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Instruction relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé. 02 novembre 2011, 19 p.

MINISTERE DES AFFAIRE SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGS/DUS/CORRUSS n°2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles [en ligne]. Bulletin officiel Santé, n°2013/8, du 15 septembre 2013. [visité le 15.05.2017], disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste_20130008_0000_0176.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2014/6 du 15 juillet 2014.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'INTERIEUR. Instruction interministérielle du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES. Instruction n°SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé [en ligne]. Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité, n° 2016/12, 15 janvier 2017, [visité le 15.05.2017], disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis [en ligne]. [visité le 15.05.2017], disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_401_140906.pdf

PREMIER MINISTRE. Circulaire du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures [en ligne]. [visité le 15.05.2017], disponible sur Internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/01/cir_34453.pdf

RAPPORTS ET ETUDES

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006, *Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé*, 184p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006, *L'établissement de santé en tension*, 26 p.

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, 2008, *Exercices de sécurité civile. Comment les préparer ? Les réaliser ? Les évaluer ? Mémento en 10 points.*, 77 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, 2014, *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelles*, 77p.

SAMU - Urgences de France, 2015, *Livre blanc Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir*, 48p.

BATY B., BLOCH C., CLAVIER J.-B., et al., 2016, *L'organisation hospitalière dédiée aux crises sanitaires (plan blanc) est-elle toujours d'actualité face aux nouvelles menaces ?*, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.) Rennes, 37 p.

GLEMAREC C., 2016, *La transposition du retour d'expérience au sein des établissements de santé de référence : apports et limites d'un outil de management du risque épidémique et biologique* [pdf], Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Science Po Rennes [mis à disposition le 03.05.2017], 126 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2017, *Note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles*, 30 p.

SECRETARIAT GENERAL DE LA DEFENSE ET DE LA SECURITE NATIONALE, 2017, *Etude prospective à l'horizon 2030 : impacts des transformations et ruptures technologiques sur notre environnement stratégique et de sécurité*, 204p.

ARTICLES

GALARD F., VAN DER LINDE C., CAMPILLO A., et al., 2007, « Gestion des risques », *Gestions hospitalières*, n° 462, 2007/01, pages 8-84

CABANIS J.-N., FESSLER J.-M., CAMPHIN P., et al., 2008, « L'hôpital face aux crises », *Cahiers hospitaliers*, n° 243, 2008/03, pages 5-23

HAUT COMITE FRANCAIS POUR LA DEFENSE CIVILE, 2008, « L'hôpital face à la crise », *Techniques hospitalières*, n° 708, 2008/03-04, pages 9-25

AUTRES

VAN DER LINDE C., 2008, *Conception générale de l'exercice zonal 2008 de préparation à la lutte contre la pandémie grippale*, 5 p.

VAN DER LINDE C., 2010, *Evaluer les conditions de mise en œuvre de l'astreinte pollution chimique de l'eau par la DT ARS/SE*, Fiche N°0314, 2 p.

VAN DER LINDE C., 2011, *Assurer la prise en compte de victimes (CHRU de Tours)*, Fiche N°0231, 1 p.

PREFET DE LA ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE OUEST, 2011, *Exercice zonal NRBC Tours 2011 – Dossier d'exercice*, 12 p.

PREFET DE LA ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE OUEST, 2011, *Exercice zonal NRBC Tours 2010 – Dossier d'animation*, 108 p.

PREFET DE ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE OUEST, PREFET D'INDRE-ET-LOIRE, 2011, *Exercice NRBC – Dossier de presse*, 17 p.

VAN DER LINDE C., 2015, *Exercice CHU Caen – Tableau récapitulatif*, 1 p.

Liste des annexes

| | |
|--|-------------|
| Annexe 1 Grille d'entretien | I |
| Annexe 2 Typologie des exercices élaborée par M. Christophe VAN DER LINDE | III |
| Annexe 3 Les 19 points clés de l'élaboration d'un exercice sanitaire | IV |
| Annexe 4 : Matrice SWOT concernant l'élaboration d'un exercice de crise sanitaire..... | V |
| Annexe 5 : Matrice SWOT concernant la mise en œuvre d'un exercice de crise sanitaire | VI |
| Annexe 6 : Matrice SWOT concernant la capitalisation suite à un exercice de crise sanitaire | VIII |
| Annexe 7 : Outil auto diagnostique du niveau de préparation à la gestion de crise..... | X |

Annexe 1 Grille d'entretien

| Objectif général | Objectifs ciblés | | Actions attendues/Questions posées |
|---|--|----|---|
| Décoder les attentes, les points d'achoppement et éventuellement les a priori des différents acteurs responsables de la mise en œuvre des exercices sanitaires | <i>Décoder les attentes</i> | 1 | Comment définissez-vous un exercice sanitaire? |
| | | 2 | Existe-il pour vous un ou plusieurs types d'exercices ? |
| | | 3 | Avez-vous déjà conçu/réalisé un exercice ? Si oui lequel? |
| | | 4 | Est-il important de fixer des objectifs et si oui combien? |
| | | 5 | Selon vous combien faudrait-il d'exercice pour être efficient? |
| | | 6 | Quelles sont les compétences requises pour la conception d'un exercice ? |
| | | 7 | Pourquoi réaliser un exercice ? Quels bénéfices selon vous ? |
| | | 8 | Dans la construction d'un exercice, quels points principaux retiennent votre attention ? |
| | | 9 | Quelles sont vos attentes plus particulièrement vis-à-vis de la cellule de crise? |
| | <i>Identifier les points d'achoppement</i> | 10 | Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors : > de la construction ; |
| | | 11 | > du lancement ; |
| | | 12 | > du déroulement ; |
| | | 13 | > du RETEX. |
| | | 14 | Comment sont choisis les évaluateurs ? Et l'animateur ? |
| | | 15 | Comment s'est déroulée la coordination des acteurs ? |
| | <i>Identifier les éléments de contexte</i> | 16 | Comment la culture locale, l'environnement influent-ils sur l'exercice / le nombre ? |
| | | 17 | Quelles dispositions impliquent en termes de communication interne et externe la construction d'un exercice sanitaire ? |
| | | 18 | A quel moment avez-vous élaboré votre scénario ? Avec quels moyens (humains, matériels, financiers, ...) ? |
| | | 19 | Comment financez-vous l'exercice sanitaire ? (budget propre, FIR ...) |
| Créer dans ce cadre, une grille d'analyse permettant ainsi de mettre en synergie les expertises de chacun, de questionner, adapter et modifier les pratiques en place et enfin d'anticiper la mise en œuvre d'un exercice sanitaire | <i>Mettre en synergie les expertises de chacun</i> | 20 | Comment avez-vous déterminé le type d'exercice décidé (partiel ou général) - précision des objectifs ? (actualité, ordre, plan pluriannuel...) |
| | | 21 | Quelles sont les étapes d'organisation d'un exercice ? |
| | | 22 | Avez-vous créé un COPIL général (DIREX et DIRANIM) et des groupes de travail définis (GT scénario-animation, GT logistique, GT communication, autres GT comme exercice sanitaire, ou mesures nucléaires) ? |
| | | 23 | Comment avez-vous préparé chaque acteur à titre individuel à l'exercice de ses responsabilités dans le cadre de la mission confiée lors de l'exercice ? |
| | | 24 | Comment avez-vous préparé chaque acteur à titre collectif à l'exercice de ses responsabilités dans le cadre de la mission confiée lors de l'exercice ? |
| | | 25 | Quelles sont les interactions entre les acteurs impliqués dans l'exercice ? |
| | | 26 | Invitez-vous les autorités ? Comment organisez-vous leur visite ? (parcours) |
| | <i>Questionner, adapter et modifier les pratiques en place</i> | 27 | Expérimenter et tester les mesures, les plans, les procédures matérielles et installation par rapport au référentiel : -Avez-vous déterminé les évaluateurs, les observateurs et les joueurs (plastrons)? -Comment concevez-vous l'évaluation générale, interne ? (indicateurs) |
| | | 28 | Comparer les résultats par rapport aux exercices précédents : -Comment avez-vous déterminé les menaces, les vulnérabilités de chaque échelon et chaque service ? -Avez-vous envisagé les mesures à prendre pour y faire face et les actions à conduire pour y parvenir ? |
| | | 29 | -Comment avez-vous déterminé l'évaluateur dans l'intégration d'un groupe scénario ? -Avez-vous différencié et reconnu des évaluateurs sur le terrain (chasuble) ? -Quel type de formations avez-vous organisé ? Pour qui ? (évaluateurs, membres de la cellule de crise, ...) |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <i>Capitaliser les enseignements à long terme</i> | 30 | Organisez-vous un retour d'expérience ? Comment ? -Organisez-vous une réunion à chaud avec remarques générales sur l'exercice et son déroulement, remarques sur les joueurs avec description de la perception de l'exercice (acteur par acteur) avec ses impressions personnelles ? -Organisez-vous une réunion à froid (dossier RETEX) avec définition de l'analyse par rapport aux critères définis et écrits dans le dossier d'animation et restitution aux acteurs si ces informations ne sont pas confidentielles ? |
| | | 31 | A quel niveau? (établissement, Préfecture, ARS...) |
| | | 32 | Comment et à qui vous communiquez sur les enseignements du RETEX? Uniquement aux participants ou à toutes les personnes concernées par le risque ? |
| | | 33 | Quels types de mesures correctives mettez-vous en place au niveau du plan ? Au niveau des prochains exercices ? |
| | <i>Evaluer la méthodologie</i> | 34 | Avez-vous été formé à la conception et à la conduite d'un exercice de crise? |
| | | 35 | Avez-vous une méthodologie spécifique, des outils pour concevoir un exercice de crise ? |
| | | <i>Anticiper la mise en œuvre d'un exercice sanitaire</i> | 36 |
| | 37 | | Avez-vous une politique en matière d'exercice sanitaire (périodicité/typologie) ? |

Annexe 2 Typologie des exercices élaborée par M. Christophe VAN DER LINDE

| Typologie par nature | Typologie par déroulement | Typologie par chronologie |
|---|---|--|
| <p>L'exercice formatif ou d'instruction Il vise d'une part l'apprentissage et d'autre part l'évaluation. Il est annoncé dans ses objectifs, programmé pour une date. Ce type d'exercice intervient en cours de formation. L'exercice peut donc être interrompu pour permettre d'expliquer un certain nombre de points.</p> | <p>L'exercice global Il permet de tester tous les aspects relatifs et consécutifs à une situation ou à un évènement. Très consommateur de moyens, de personnels et de temps, il répond à des objectifs multiples. Il permet de valider un plan ou de vérifier des savoir-faire collectifs.</p> | <p>L'exercice en temps compressé Crée beaucoup de stress. Il permet de vérifier des réactions initiales ou l'amorce de procédures. Très utile pour faire évoluer rapidement des situations qui, dans la réalité, prennent du temps.</p> |
| <p>L'exercice d'entraînement Il vise à entretenir des connaissances et des savoir-faire peu ou pas utilisés au quotidien. Il est annoncé dans ses objectifs, programmé pour une date. Il est déroulé dans son ensemble</p> | <p>L'exercice partiel Il a des objectifs limités. Il s'inscrit dans une démarche pédagogique et progressive d'acquisition de savoir, de vérification de compétences</p> | |
| <p>L'exercice de démonstration Il s'adresse à des tiers extérieurs. Il met en évidence la capacité d'une organisation à répondre à une situation donnée</p> | <p>L'exercice cadre ou carré vert C'est un exercice en salle où les actions sont virtuelles. Il s'agit d'un jeu de rôle qui permet de mesurer la réaction des acteurs au stress et à la pression et voir comment ils s'organisent ensemble dans un système qui n'est plus pyramidale mais transversal.</p> | <p>L'exercice en temps réel Mesure du temps nécessaire au déroulement des actions ou processus. Souvent utilisé lors des tests.</p> |
| <p>Le test C'est un exercice inopiné qui s'adresse à des personnes formées. Il permet de vérifier que les compétences et connaissances acquises peuvent être mobilisées en toute circonstance, que les moyen techniques sont mobilisables en permanence et enfin de tester la réactivité d'une organisation.</p> | <p>L'exercice de terrain Il consiste à faire jouer les acteurs dans le lieu où s'exerce leur activité habituelle ou exceptionnelle. Il est utilisé pour la mise en pratique de comportements (ex : montage tente de décontamination NRBC).</p> | |
| | <p>La simulation Mise à disposition de moyens (généralement informatiques) permettant de recréer un environnement virtuel mais réaliste. Il n'est pas encore développé dans le domaine de l'exercice de crise sanitaire.</p> | |

Annexe 3 Les 19 points clés de l'élaboration d'un exercice sanitaire

- ① Définir son ou ses objectifs (les limiter au maximum à 4/5) et les faire entériner en COMEX
- ② Fixer la date, le(s) lieu(x) et les horaires précis de l'exercice (éléments qui vont dimensionner l'exercice)
- ③ Déterminer les participants, y compris l'animation et les observateurs, éventuellement les plastrons
- ④ Préciser les objectifs particuliers ou les actions attendues en cohérence avec l'objectif principal
- ⑤ Organiser les conditions du retour d'expérience (RETEX) à présenter dans le dossier d'animation
- ⑥ Etablir l'organigramme de l'exercice
- ⑦ Etablir le schéma des liaisons (si des circuits spécifiques existent ou sont activés au cours de l'exercice)
- ⑧ Etablir l'annuaire d'exercice
- ⑨ Ecrire le synopsis du scénario – timing du déroulement de l'action, injection des incidents, effets à obtenir (C'est le cœur de l'exercice)
 - Synopsis « ouvert » : scénario à la discrétion des organisateurs,
 - Synopsis « fermé » : scénario encadré par la réglementation en vigueur
- ⑩ Préciser le rôle de l'animation (DIRANI -direction de l'animation, ANIHAUT – animation stratégique, ANIBAS, - animation de terrain)
- ⑪ Préparer les grilles des observateurs
- ⑫ Prévoir les moyens nécessaires (outils de communication : téléphones, fax, BAL,, logistique – salles, véhicules, badges, identification des observateurs)
- ⑬ Dresser la liste de la documentation nécessaire
- ⑭ Ecrire le scénario (détaillé avec les horaires es différentes phases, des incidents en s'appuyant sur le synopsis)
- ⑮ Préciser les échéances (rétro-planning) en planifiant les réunions à l'avance de lancement, les réunions intermédiaires, les réunions de finalisation, réunion d'information des élus et de la presse)
- ⑯ Préciser son coût
- ⑰ Prévoir son financement
- ⑱ Organiser la présence des invités ou des autorités (préfectorales, DG de l'ARS)
- ⑲ Organiser la communication de et sur l'exercice

Annexe 4 : Matrice SWOT concernant l'élaboration d'un exercice de crise sanitaire

| ETAPE 1 : ELABORATION | |
|---|--|
| FORCES | FAIBLESSES |
| <p>TEMPORALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élaboration plusieurs à l'avance <p>FIXER DES OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • consensus autour des objectifs de 1 à 3 <p>DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • formations : deux niveaux <ul style="list-style-type: none"> • les formateurs à la gestion de crise • les acteurs : formation par étapes <p>LES OUTILS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mise en place de check- List d'élaboration : mise à jour et réactualisation des plans, des procédures, protocoles effectifs • identification d'un référent <p>COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • politique d'exercices portée par la direction • informer l'ensemble des acteurs <p>MANAGEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • travail d'équipes et • Partages d'expériences en amont | <p>TEMPORALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • inadéquation entre les politiques institutionnelles et sa mise en œuvre • chronophage, disponibilité des agents • calendrier à respecter et à formaliser <p>FIXER DES OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • objectifs trop ambitieux, inadaptés, irréalistes <p>INSUFFISANCES PAR ANTICIPATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • absence de scénario écrit • absence d'outils formalisés : guide méthodologique, fiches d'observations • pas de typologie précise de l'exercice annoncé <p>COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non prise de conscience des réels risques liés à la crise sanitaire • défaut de formations à l'appropriation des outils |
| OPPORTUNITES | MENACES |
| <p>CONTEXTE TERRITORIAL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • environnement plus ou moins à risque <p>COOPERATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • partenariats, mise en réseaux • mise en synergie des expériences <p>MANAGEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • décloisonnement des acteurs | <p>FIXER DES OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • assurer la convergence des objectifs dans le cadre des exercices impliquant plusieurs acteurs <p>COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'assurer que l'ensemble des acteurs responsables impliqués soient informés <p>FINANCEMENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • arbitrage du risque sanitaire par défaut (corrélation dangereuse entre l'éloignement et le risque sanitaire de tous types) • absence de crédits dédiés |

Annexe 5 : Matrice SWOT concernant la mise en œuvre d'un exercice de crise sanitaire

| ETAPE 2 : MISE EN OEUVRE | |
|--|--|
| FORCES | FAIBLESSES |
| <p>FORMATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formations des formateurs (conduite d'exercice) • Formations des acteurs = pré-requis (procédures) • Formation des médecins et de l'équipe de direction à la communication de crise <p>REALISME DE L'EXERCICE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à l'adhésion des participants • Participe à la formation des participants • Participe à la préparation des participants <p>APPROCHE PARTENARIALE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe au réalisme • Participe à l'interopérabilité entre les acteurs • Participe au décloisonnement au sein de la structure • Peut être vecteur du changement des organisations • Confère une perspective <p>PROGRESSIVITE DE LA DEMARCHE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à l'implication des personnels • Participe à l'appropriation des procédures <p>CONCEPTION DE L'EXERCICE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les personnes ressources • Missionner une équipe dédiée à la préparation de l'exercice • Délimiter les rôles de l'animation • Choisir les observateurs et évaluateurs <p>CELLULE DE CRISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clef de voûte en établissement • Conditionne l'action des autres acteurs | <p>FORMATION/COMPETENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compétences en nombre limité / compétences rares à économiser • Compétence d'évaluation des évaluateurs choisis) • Pas de formation des personnels en interne <p>MANQUE DE COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication extérieure • Communication interservices • Communication inter-partenaires • Relation avec les familles <p>MULTIPLICITE DES OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à la désorganisation et à l'échec des exercices • Participe à la mauvaise perception des exercices <p>REPETITIVITE DE SCENARIO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à l'enfermement dans une thématique • Participe au développement d'un fausse rassurance • Participe au développement d'une vision tronquée <p>PERCEPTION DE L'EXERCICE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influe sur l'adhésion des participants • Participe à la préparation du plus grand nombre • Perturbateur du quotidien <p>MANQUE DE MOYENS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conditionne le déroulement de l'exercice • Participe à l'échec de l'exercice • Influe sur la perception des exercices par les participants <p>FRAGILITE DES PROCEDURES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à la remise en cause des actions engagées • Influe sur l'évaluation de la capacité de réponse • Influe sur le bon déroulement de l'exercice <p>MANQUE DE CULTURE DE CRISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influe sur capacité de réponse au-delà des procédures <p>NON SECURISATION DE L'OPERATIONNEL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à la déstabilisation en situation exceptionnelle • Outils informatiques insuffisants |

| OPPORTUNITES | MENACES |
|--|--|
| <p>INCORPORATION AU DPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitation à la participation aux exercices • Montée en compétence des personnels <p>EXTERNALISATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interaction avec une entité spécialisée • Co-construction pour une autonomisation future <p>INTEGRATION AU FONCTIONNEMENT NORMAL DU SERVICE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à l'appropriation par les personnels • Participe au développement d'une culture de l'exceptionnel <p>DEVELOPPER LES PARTENARIATS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à la connaissance des partenaires de l'action • Participe à la réflexion stratégique • Participe à la mise en perspective des pratiques <p>CARTOGRAPHIER LES COMPETENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe au développement global du pool de compétence • Participe à la sécurisation des compétences et non des fonctions | <p>POIDS DU REGARD SUR LA CAPACITE D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'observateurs extérieurs et attention aux liens hiérarchiques • Pollution des observateurs et des messages extérieurs <p>POINTS D'INTERACTION ENTRE LES ACTEURS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituent les points d'opposition des pratiques (bracelets d'identification différentes, absence d'interopérabilité des logiciels...) • Menacent la continuité de fonctionnement <p>NON MAITRISE DE LA COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe de la dégradation de la situation en crise <p>NON SANCTUARISATION DES MOYENS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participe à la perte de capacité de réponse • Participe à la perte de capacité d'entraînement |

Annexe 6 : Matrice SWOT concernant la capitalisation suite à un exercice de crise sanitaire

| ETAPE 2 : CAPITALISATION | |
|--|---|
| FORCES | FAIBLESSES |
| <p>OBJECTIFS DU RETEX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RETEX : Formation et remobilisation des acteurs • RETEX = faire retomber la pression • RETEX systématique <p>MODALITES DE MISE EN ŒUVRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RETEX à froid = rédaction de fiches reflexes pour amélioration • RETEX à chaud avec plastrons et évaluateurs • Débriefing à froid le jour même, mutualisation des idées • Création de groupes de travail thématiques • COPIL identifié en termes de missions <p>FORMATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer une culture • Apprendre en marchant • Formation continue (acquisition et maintien des compétences) • Formation au débriefing des cadres <p>FAIRE EVOLUER LES PRATIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • COPIL plan blanc • 1 exercice amène à réviser 1/3 du plan blanc • Pratiques modifiées, questionnées, adaptés en fonction des exercices • Révision annuelle du plan blanc <p>COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partage de l'information • Communication thématique mensuelle • Comptes rendus présentés aux instances, et différentes réunions professionnelles • Fédération des équipes <p>VIGILANCES ET AMELIORATION DU PROCESSUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre d'exercices intermédiaires • Vigilance sur cyber attaque et SI +++ • Eviter les doublons, documents partagés • Identification de la cellule de crise | <p>SUIVI DU PLAN D' ACTIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de prise en compte du retour à la normale • Plan d'actions n'amène que des actions relatives au matériel et coordonnées des agents • Plan d'actions peu suivi concernant la cellule de crise • Absence de suivi post session <p>CULTURE DU RETEX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culture lente à se diffuser • Absence de « jugement », culture du positif non instaurée (analyse des réussites nécessaires) • Temps de décompression <p>METHODOLOGIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de grille d'analyse • Absence d'intégration des RETEX dans l'organisation • Pas de standard, temps de préparation +++ • Absence de synergie • Recrutement des évaluateurs (compétences/qualité par rapport à fiche de poste) <p>ORGANISATION RETEX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de RETEX à froid mais par objectifs • Autoanalyse personnelle • RETEX annuelle unique (malgré X exercices) • Conscience des rôles et acteurs (dont environnement) • Faire confiance aux professionnels <p>COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de communication aux équipes (seulement dans un cercle fermé de cadres) • Nécessité d'un langage commun • Articulation des acteurs |

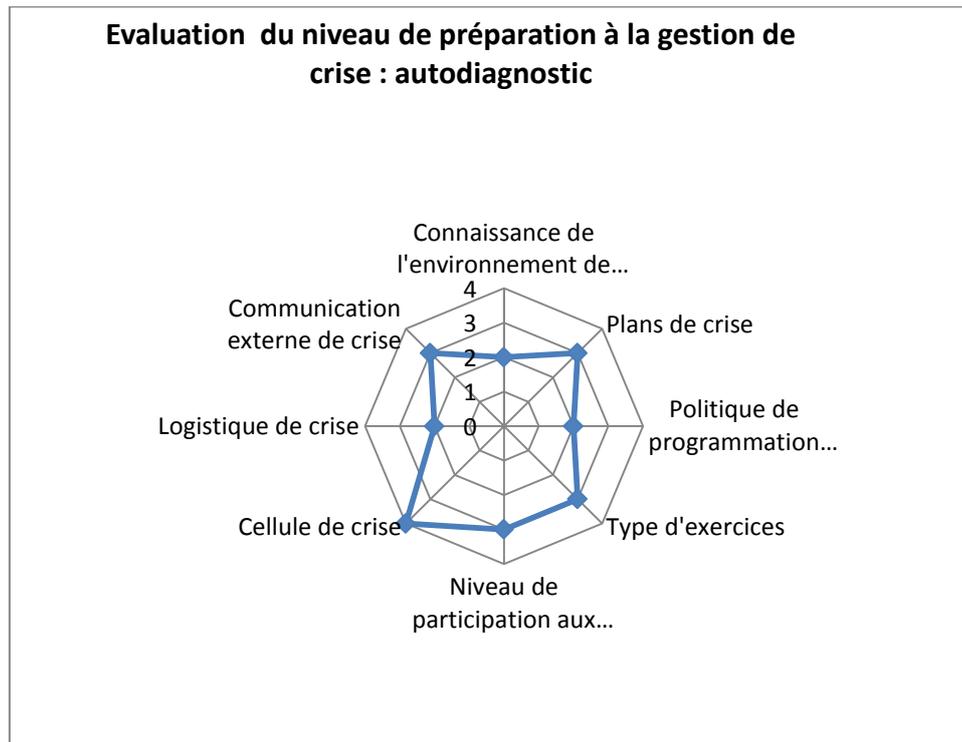
| OPPORTUNITES | MENACES |
|---|--|
| <p>AMELIORATION CONTINUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repartir plus vite dans l'amélioration (faire rejouer le participant) = formation ++ • Organisation pluriannuelle • Démarche PDCA <p>FORMATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vidéo de formation interne • Formation +++ en amont • Systématisation des RETEX (culture du RETEX peut être plus intéressante que l'exercice lui-même) <p>ORGANISATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ateliers • Mobiliser toutes les ressources d'un environnement (externalités) • RETEX avec ARS • RETEX avec les partenaires • Capitaliser le savoir-faire d'autres opportunités <p>VIGILANCES ET AMELIORATION DU PROCESSUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culture de l'erreur positive • Formation à la responsabilité pénale (directeurs) • Faire lien avec V2014 et CPOM • Plan de communication et meilleure diffusion du RETEX • Déplacer un médecin + facile qu'un patient • Adaptation au risque terroriste | <p>DOCTRINE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de référentiel de bonnes pratiques sur l'exercice sanitaire • Absence de culture commune <p>MOYENS/RESSOURCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turnover • Budget et investissement (CREX) • Travail ++ autour la logistique notamment de la cellule de crise (check-list de contrôle) et sa déclinaison opérationnelle <p>DEMARCHE QUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de priorisation des améliorations suite au RETEX • Absence de prise en compte de la dimension logistique <p>POINTS D'ALERTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confidentialité (sécurité collective) • Absence d'articulation hospitalier/pré-hospitalier • Absence d'outil informatique commun pour le suivi des patients • Identification des victimes et des lits |

Annexe 7 : Outil auto diagnostic du niveau de préparation à la gestion de crise

Exemple :

| Auto diagnostic du niveau de préparation à la gestion de crise | | |
|--|--|---------------------|
| Points | Outil de diagnostic rapide à destination des managers pour préparer la politique de gestion de crise et la programmation d'exercice de gestion de crise. Evaluation de 0 à 4 0 : absence de préparation --> 4 : préparation à la gestion de crise optimum | Score établissement |
| | Connaissance de l'environnement de l'établissement | 2 |
| 0 | Méconnaissance de l'environnement | |
| 1 | Connaissance partielle de l'environnement | |
| 2 | Connaissance des risques liés à l'environnement (isolement géographique, usines SEVESO à proximité...) | |
| 3 | Politique d'exercice en adéquation avec les risques connus (cartographie) | |
| 4 | Politique d'exercice articulée avec les acteurs externes (tutelles, partenariats publics ou privés) | |
| | Plans de crise | 3 |
| 0 | Plan blanc/plan bleu non formalisé | |
| 1 | Plan blanc/plan bleu formalisé | |
| 2 | Plan blanc /plan bleu formalisé mais peu opérationnel | |
| 3 | Plan blanc /plan bleu formalisé opérationnel mais non connu des acteurs | |
| 4 | Plan blanc/ plan bleu formalisé opérationnel et acteurs formés | |
| | Politique de programmation d'exercices | 2 |
| 0 | Pas d'exercice mis en œuvre | |
| 1 | Exercices mis en œuvre mais pas de politique définie | |
| 2 | Exercices mis en œuvre en "tuyau d'orgue" (ex. incendie, sécurité séparé de plan blanc) | |
| 3 | Politique pluri-annuelle d'exercice définie | |
| 4 | RETEX organisé et plan d'actions suivi | |
| | Type d'exercices | 3 |
| 0 | Absence d'exercices | |
| 1 | Formation des acteurs au(x) plan(s) | |
| 2 | Réalisation uniquement d'exercice cadre | |
| 3 | Réalisation à la fois d'exercice cadre et d'exercice terrain | |
| 4 | Séquençage progressif des exercices selon une politique définie | |
| | Niveau de participation aux exercices sur le territoire | 3 |
| 0 | Pas d'exercices menés | |
| 1 | Participation uniquement aux exercices externes organisés par ARS/ ARS de zone/ Préfecture (ORSEC) | |
| 2 | Organisation d'exercice en interne en sus d'un exercice externe | |
| 3 | Organisation d'exercice en propre répondant à des objectifs définis en interne | |
| 4 | RETEX systématique quel que soit l'exercice | |
| | Cellule de crise | 4 |
| 0 | Absence de cellule de crise identifiée (composition + Lieu) | |
| 1 | Cellule de crise identifiée sans outils opérationnels | |
| 2 | Cellule de crise identifiée avec outils opérationnels (matériels dédiés + organisation définie entre les membres) | |
| 3 | Acteurs de la cellule de crise formés | |
| 4 | Opérationnalité de la cellule de crise testée lors d'exercices | |
| | Logistique de crise | 2 |
| 0 | Logistique non anticipée | |
| 1 | Anticipation de la logistique générale (nourriture, boissons, petites fournitures) | |
| 2 | Anticipation de la logistique générale et spécialisée (DM DMS, médicaments....) | |
| 3 | Anticipation de la logistique générale spécialisée et informatique et technique | |
| 4 | Logistique testée jusqu'au retour au calme | |
| | Communication externe de crise | 3 |
| 0 | Communication externe non formalisée | |
| 1 | Communication externe formalisée | |
| 2 | Communication de crise formalisée et anticipée (fiche reflexe) | |
| 3 | Formation des membres de la cellule de crise à la communication de crise | |
| 4 | Communication de crise testée | |

Représentation graphique :



Concevoir et conduire un exercice sanitaire en établissement de santé et en établissement de santé médico-social

BELAADI Janette, EDH

ROBLOT Laurine, EDESSMS

CHABOT Laurent, EDH

ROELS Mathilde, EAAH

DELRIEU Anthony, EDS

STANGRET Madeleine, EDH

JEREZ Laurent, EAAH

TARAVELLA Raphaël, IES stagiaire

KARADENIZ Khadidja, EDS

DE VILLENEUVE Nathalie, EDESSMS

LEBATARD Marie-Bénédicte, EDESSMS

Résumé :

Concevoir et conduire un exercice sanitaire en établissement de santé ou médico-social s'insère dans une politique spécifique afin de répondre au mieux aux situations de crise au regard d'une obligation réglementaire évolutive.

Au terme d'une série d'entretiens auprès de professionnels impliqués à des niveaux différents, il ressort qu'une programmation pluriannuelle rend opérationnelle l'organisation des services et des personnels. Sa finalité : permettre aux équipes de développer progressivement des réflexes pour faire face à l'imprévu.

L'exercice sanitaire exige des moyens, une doctrine et une formation adaptés.

Après un diagnostic de l'existant, la direction d'établissement conduit par étapes un exercice destiné à mesurer l'écart avec les procédures de son Plan. Son élaboration requiert la détermination d'objectifs limités qui conditionnent la typologie d'exercice, son périmètre et les moyens humains, matériels et financiers nécessaires.

Le comité de pilotage rédige alors le scénario et son synopsis dont communication est faite aux participants selon leurs missions. Une équipe d'animation suivra son déroulement en s'attachant aux interactions des acteurs.

Un retour d'expérience est réalisé sur la base de l'analyse des évaluateurs et des contributions des participants. Sont alors définis des axes d'amélioration relatifs à la formation des personnels et aux plans de l'établissement. Communiquer s'avère essentiel pour développer une « culture de crise » au sein de l'établissement, tout en maîtrisant ses impacts externes, notamment envers les médias.

En perspective, l'externalisation de l'exercice peut permettre de renforcer la préparation de l'établissement. Sa mutualisation peut offrir une réponse globale et adaptée sur le territoire.

Cette démarche est à aborder avec pédagogie, pragmatisme et humilité.

Mots clés : Crise – Situations sanitaires exceptionnelles – Plan Blanc – Exercice sanitaire – Cellule de crise – Retour d'expérience – Guide opérationnel

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