



EHESP

**Elèves directrices et directeurs
d'hôpital**

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Le plan blanc face au déclenchement
d'un épisode pandémique dans les
établissements de santé, entre
difficulté de mise en œuvre et
nécessité d'adaptation : l'exemple de
la Covid-19 au GHPSO**

Kévin LAMOTHE

Remerciements

Ce mémoire signe la fin d'un parcours sinueux et atypique, entamé en 2008 à la faculté de droit et qui se termine 12 ans plus tard après l'obtention d'un master en droit de la santé, 5 ans au sein des Hôpitaux universitaires de l'Est parisien et ces deux ans de formation à l'EHESP et au sein du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise.

Ce parcours riche et accomplissant a été rendu possible par ceux qui m'ont soutenu tout au long de ces années, tant professionnellement que personnellement.

Je souhaite tout particulièrement remercier Yves VIGNAU, ancien directeur du centre hospitalier Pellegrin, Gaïa GANS, ancienne DRH de HUEP, et Christine CRESPO, ancienne chef du personnel de l'hôpital Saint-Antoine, qui, tous les trois, m'ont montré l'hôpital public, ses valeurs, son humanité, ses difficultés et qui m'ont permis de m'inscrire à long terme, dans celui-ci.

Un remerciement également pour mes proches, mon oncle Jacques LAMOTHE qui a su m'aider et me guider dans mes choix et dans ma voie sanitaire pendant tant d'années avant de nous quitter, l'ensemble de ma famille qui a toujours su que j'arriverais là où je ne pensais jamais pouvoir arriver, mes amis de si longue date Julie, Romain, Bérangère, Julie qui ont toujours été là pour parler santé et surtout d'autres choses et Anne-Lise, celle qui partage jour après jour ma vie, qui aura été un soutien sans faille tout au long de mes projets de carrière et qui aura lu et relu le présent document.

Mes derniers remerciements vont à l'ensemble des professionnels que j'ai pu croiser tout au long de ce stage de direction au GHPSO. Stage qui malgré la crise sanitaire, aura été accomplissant et profondément positif pour ma vision du métier et pour ma vision de l'adaptabilité sans limite d'un hôpital public que l'on dit vieillissant et qui pourtant, aujourd'hui encore, fait face aux crises sanitaires, en pliant, mais sans casser.

Un merci tout particulier à l'équipe de direction et notamment à Amélie BASSET, ma maître de stage, qui a su m'accompagner tout au long de ces mois, Didier SAADA, le chef d'établissement, particulièrement impliqué dans ce mémoire et qui m'a sans cesse renouvelé sa confiance tout au long de mes missions, jusqu'à me recruter pour les années à venir, et Nicole MISMACQ, directrice des soins, personne précieuse pour mieux comprendre l'hôpital, s'y insérer et s'y épanouir.

Sommaire

Introduction	1
1 Le plan blanc, instrument essentiel à l'organisation hospitalière en période de crise mais partiellement inadapté à un long épisode pandémique	5
1.1 Le plan blanc, outil de management de la crise qui s'articule aux plans nationaux et régionaux.....	5
1.1.1 Un outil qui s'inscrit dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de crises.....	6
1.1.2 Le plan blanc au cœur du dialogue entre l'établissement et les acteurs de la crise sanitaire	7
1.1.3 Un outil de management de mission qui a des limites induites	9
1.2 Le plan blanc, outil pratique propre à chaque établissement et pensé pour la gestion de crises locales.....	11
1.2.1 Un cadre légal qui permet de piloter l'établissement pour faire face à la crise	11
1.2.2 Le plan blanc du GHPSO, outil spécifique et adapté aux besoins de l'établissement	13
1.2.3 Un outil articulé avec les autres plans de l'établissement pour répondre aux crises locales.....	15
1.3 Un outil finalement en difficulté face à une pandémie globale du type Covid-19	16
1.3.1 Un outil peu adapté à la succession de crises.....	17
1.3.2 Un outil peu compatible avec le déroulement de la crise sanitaire dans l'Oise.....	18
1.3.3 Une coordination de la crise en difficulté à tout niveau perturbant le plan blanc.....	19
2 La difficulté d'utiliser l'outil plan blanc pour assurer sur une longue durée la réponse adaptée aux difficultés sanitaires relatives à la pandémie et au fonctionnement courant de l'établissement	21
2.1 L'inadaptation du plan blanc à l'évolution constante de la crise pandémique sur une longue durée.....	21
2.1.1. La difficulté de prise en charge des patients face à la méconnaissance médicale et scientifique autour du virus.....	22
2.1.2. La difficile identification des règles d'hygiènes applicables à cette crise	22
2.1.3. Le constat d'inadaptation du plan blanc sur les approvisionnements logistiques à long terme	23

2.1.4.	Le défaut de culture interne de l'établissement sur l'outil plan blanc	24
2.2	Les difficultés de la continuité de la mission hospitalière classique face au maintien du plan blanc dans la durée	24
2.2.1	L'inadaptation des outils prévus à la gestion d'un plan blanc mis en œuvre pour affronter un risque pandémique	25
2.2.2	L'organisation de la structure face aux difficultés propres au GHPSO et à son architecture dans sa gestion de la crise	27
2.2.3	La mise en place de palliatifs organisationnels, non prévus par le plan blanc, pour continuer à répondre à l'activité quotidienne et faciliter la gestion de crise	28
2.3	L'obligation d'adapter les circuits de la prise de décision	30
2.3.1	Une marge de manœuvre de l'établissement dépendant des injonctions sanitaires nationales	30
2.3.2	L'importance d'intégrer une gestion médico-administrative dans la crise	33
2.3.3	Le manque d'association des usagers à la gestion de crise prévue au plan blanc.....	35
3	Les évolutions nécessaires de la structure et de son plan blanc pour mieux affronter à l'avenir un épisode de crise pandémique similaire ou non	37
3.1	Intégrer dans le plan blanc des outils propres à une crise pandémique de longue durée pour faciliter le management de la structure.....	38
3.1.1	L'amélioration nécessaire de l'organisation de la cellule de crise.....	38
3.1.2	Travailler les modalités d'actions à mener pour assurer les prises en charge en unité d'hospitalisation.....	40
3.1.3	Mieux intégrer au plan blanc une démarche qualité et la communication permettant de mobiliser sur le long terme	41
3.2	Adapter la gestion des ressources humaines à un plan blanc longue durée	42
3.2.1	Adapter la gestion courante des ressources humaine pour faire face à la crise.....	43
3.2.2	Adapter sa stratégie de gestion des ressources humaines à long terme.....	44
3.2.3	Travailler les modalités d'activation de solutions internes et externes à l'établissement pour faire face à la crise RH sur une crise de longue durée.....	46
3.3	Travailler la levée du plan blanc et le retour à la situation sanitaire normale ou à une situation sanitaire intégrant le nouveau risque.....	47
3.3.1	Construire les actions du plan blanc en se basant sur le management situationnel	48
3.3.2	Construire le plan blanc en l'imbriquant avec les outils connexes qui existent ou qui doivent exister	49
3.3.3	Tirer les avantages de la gestion de crise et les spécificités propres à la période pandémique pour créer des leviers d'actions au sein de l'établissement.....	51

Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

CDU : Commission des usagers

COVID-19 : maladie à coronavirus 2019 - coronavirus SARS-CoV-2

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPIAS : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins auprès des établissements de santé et médico-sociaux

CREX : Comité de retour d'expérience

DIM : Département d'information médicale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPI : Equipement de protection individuelle

GHPSO : Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPMC : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

MARS : Message d'alerte sanitaire

ORSAN : Organisation sanitaire dédiée aux situations exceptionnelles

NRBC : Risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques

PCA : Plan de continuité d'activité

PRA : Plan de reprise d'activité

PSE : Plan de sécurisation d'établissement

RETEX : Retour d'expérience

RH : Ressources humaines

RT-PCR : Test de diagnostic Reverse Transcriptase-PCR pour "Transcriptase inverse-Réaction en Chaîne par Polymérase"

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

UH(T)CD : Unité d'hospitalisation de (très) courte durée

UMGPS : Unité médicale de gestion des parcours de soins

Introduction

Le 25 février 2020, à 23h21, le directeur du GHPSO (Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise), déclenche le plan blanc, sur décision conjointe avec le directeur général de l'ARS. Ce dispositif, souvent testé, mais rarement mis en place au sein de l'établissement faute de situation réelle, se voit néanmoins décliné immédiatement dans ses premières étapes. La cellule de crise est déclenchée, les appels sont lancés, les astreintes mobilisées et les acteurs territoriaux prévenus, par l'établissement et par l'ARS. Si dans les premières heures le plan blanc se voit parfaitement décliné, il apparaît vite, face à la particularité de la situation et à la méconnaissance du risque auquel le GHPSO est exposé, que cet outil s'il va être utile, ne va pas pouvoir apporter à l'établissement, la sécurité organisationnelle et juridique attendue. Ce dispositif, plutôt prévu pour une période restreinte, restera pourtant déclenché jusqu'au 17 juin 2020, mettant l'hôpital face à de nombreux défis et contraintes, pas toujours immédiatement maîtrisables.

Le GHPSO est un établissement MCO bi-site, résultat de la fusion en 2012 du Centre Hospitalier de Senlis et du Centre Hospitalier Laennec de Creil. C'est également l'établissement support du GHT Sud de l'Oise. Il est situé au sud de la région Hauts-de-France, à proximité des premiers clusters de l'Oise. Il y assure des prises en charge sanitaires de premier et de second recours et il dispose notamment d'une maternité de niveau 3. Cet établissement de 872 lits fait face à des difficultés structurelles, de recettes et de sous investissements et était inscrit dans une démarche COPERMO visant, entre 2018 et 2022, à restructurer l'offre de soins pour s'adapter aux réalités du territoire et aux difficultés d'attractivité tout en maîtrisant les dépenses.

Le GHPSO fait par ailleurs face à une démographie médicale basse sur le département de l'Oise, alors qu'il est situé au cœur d'un bassin de population dynamique et diversifié. Il doit ainsi s'adapter à des populations différentes nécessitant des prises en charges correspondantes aux besoins très variées de ce bassin et notamment très défavorisées sur l'agglomération de Creil.

C'est dans ce contexte difficile qu'est venue s'ajouter la crise de la Covid-19 et le déclenchement du plan blanc dès le 25 février pour les deux sites hospitaliers.

Le plan blanc est un véritable dispositif de gestion de crise qui vise à encadrer et sécuriser un évènement d'afflux de patients ou de victimes, sans empêcher l'adaptabilité de l'établissement. Il permet donc de faire face à une situation sanitaire exceptionnelle en mobilisant immédiatement les moyens de toute nature pour assumer cet afflux soudain, tout en assurant la prise en charge continue et sécurisée des patients habituellement accueillis par la structure hospitalière.

Dans sa déclinaison propre à chaque établissement, il concerne la totalité des moyens de celui-ci et vise à organiser, la mobilisation des personnels, la mise en œuvre des moyens matériels, les circuits et affectations des lieux et locaux, la communication de crise interne et externe. Ce plan blanc organise, sans empêcher la continuité des activités hospitalières assurées par l'établissement. Il ambitionne finalement à trouver le point d'équilibre pour prendre en charge l'ensemble des patients, qu'ils soient des circuits habituels de la structure, ou patients spécifiques à l'épisode de crise.

La notion de plan blanc n'est pas nouvelle et s'inscrit dans une culture de prise en charge des risques sanitaires plutôt diversifiés et qui parfois n'ont pas de liens entre eux. C'est bien la question sécuritaire qui est à l'origine des plans mis en œuvre pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles qui pourraient à la fois embouteiller ou amener à la rupture les établissements sanitaires, créer une incertitude quant à la bonne prise en charge des patients et ou victimes, mais également créer des difficultés dans la sécurité publique de tout une aire territoriale, pouvant aller de la commune au territoire tout entier. Et c'est la multiplication, depuis la fin des années 1980, des situations d'attentats, de catastrophes climatiques, industrielles ou technologiques qui a poussé à envisager une adaptation de la réponse à des situations exceptionnelles.

Ces situations sanitaires exceptionnelles (SSE) correspondent à 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 et de sa gravité (notamment en termes d'impact sur la santé des populations ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique et pouvant aller jusqu'à la crise* »¹.

Le plan blanc relève pleinement de cette définition puisqu'il vise à absorber la survenue de ces SSE.

Afin d'organiser, d'anticiper et d'assumer ces situations fondées sur un risque important, différents dispositifs se succèdent au plan national et au plan local depuis les années 1990 pour arriver aux lois relatives à l'état d'urgence sanitaire en période Covid de mars et juillet 2020². Ces dispositifs doivent organiser le système de santé pour faire face à de potentielles crises, basées sur le risque.

La notion de risque sur laquelle ces différents plans sont fondés est citée dans le dictionnaire Larousse : c'est « *la possibilité, la probabilité d'un fait, d'un évènement considéré comme un mal ou un dommage* », mais c'est aussi « *un danger, un inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé* »³. Il est bien question de penser le risque, pour l'anticiper et le contrer du mieux possible, même si certains aspects

¹ Instruction 274 GGS/DUS/CORRUS 2013 du 27 juin 2013.

² Voir page 5 - Partie 1.

³ Dictionnaire LAROUSSE – Version 2020 et version en ligne.

peuvent échapper à la gestion du risque tant il est inconnu par nature et donc échappe aux institutions pour l'anticiper totalement.

Ainsi les notions de risques épidémiques et pandémiques entrent bien dans ce cadre, car, si le plan blanc épidémique à long terme existe, notamment sur les questions de d'épidémie grippales, des dispositions spécifiques à un plan blanc pandémiques sont moins courantes. D'ailleurs, au GHPSO, elles n'existaient pas.

L'atypie de la crise sanitaire relative au Covid-19 vient justement définir l'ensemble de ces problématiques de différenciation entre ces deux termes. Une épidémie est une maladie qui se développe et se propage rapidement chez un grand nombre de personnes dans une zone bien définie. La pandémie elle est une épidémie⁴ qui peut être globalisée, et qui possède plusieurs foyers. La Covid-19, est désignée comme une pandémie par l'OMS depuis le 17 mars 2020, suite à l'apparition de plusieurs foyers sur plusieurs continents. Ce mémoire se concentrera donc sur l'organisation de l'établissement par rapport à une épidémie passée au stade supérieur et qui, en plus de mettre à mal les organisations locales, remet en question les circuits sanitaires et logistiques sur l'ensemble de la planète. Cette situation critique, à la fois dans l'afflux des patients, mais également pour les règles sanitaires et pour l'approvisionnement en médicaments et équipements de protection individuelle, pousse à se questionner sur l'outil plan blanc pour les établissements hospitaliers et particulièrement pour le GHPSO, l'un des premiers établissements mobilisés en France pour affronter cette crise sanitaire.

De ce fait, il convient de se demander comment, face à une crise pandémique de longue durée, il est possible d'utiliser et d'adapter l'outil plan blanc pour ce risque, tout en adaptant le management de l'établissement pour faire face à ladite crise et à la continuité des activités.

Trois temps doivent permettre de répondre à cette interrogation en étudiant l'expérience vécue par le GHPSO entre le 25 février 2020 et le 17 juin 2020. Tout d'abord, le plan blanc, instrument essentiel à l'organisation hospitalière, a une utilité certaine pour le management de l'établissement en temps de crise et cela bien qu'il semble inadapté à un long épisode pandémique (1). S'il est intégré dans la structure hospitalière et dans les outils du directeur d'hôpital, il a été difficile à utiliser en tant que tel pendant la crise pandémique pour assurer à la fois la réponse adaptée aux défis de la crise sanitaire et la réponse à l'activité courante de l'établissement (2). Enfin, il apparaît donc qu'il faille au regard de cette crise, faire évoluer la structure et son plan blanc pour mieux affronter un potentiel futur épisode de crise pandémique similaire ou non (3).

⁴ Définition dictionnaire Larousse, édition 2020 et édition en ligne.

1 Le plan blanc, instrument essentiel à l'organisation hospitalière en période de crise mais partiellement inadapté à un long épisode pandémique

Difficile aujourd'hui d'indiquer à quelle date exactement la crise sanitaire a débuté en France. Plusieurs pourraient être retenues : le premier patient atteint par la Covid-19 recensé en France : le 24 janvier 2020 ; le premier cas de personne contaminée sans lien avec un voyage à l'étranger : le 25 février 2020 ; les premiers plans blancs déclenchés : le 25 février 2020, la totalité des établissements en plan blanc : le 06 mars 2020 ou encore le jour de la publication de l'état d'urgence sanitaire le 24 mars 2020. A toutes ces dates, non exhaustives, la réponse sanitaire française à cette crise était mise en œuvre. La date du 23 février 2020 semble tout de même s'imposer du fait du déclenchement de la phase 1 du plan ORSAN-REB⁵. Cette crise, assez hors du commun, a mobilisé à tout niveau de la chaîne sanitaire : l'échelon national, le ressort territorial des ARS et des préfectures et au niveau des établissements qui ont tous été invités à déclencher leur plan blanc entre le 25 février et le 06 mars. Ces déclenchements ne sont pas anodins et ont eu pour objectif de permettre au système de santé et aux autorités de pouvoir de faire face à la crise, en coordonnant les acteurs, dès que nécessaire, à ces différents niveaux. Et ils ont été mis en œuvre car ce plan blanc est un vrai outil de management de la crise qui s'articule aux plans nationaux et régionaux (1.1), mais également car c'est un outil pratique propre à chaque établissement pensé pour la gestion de crises locales (1.2). Toutefois le plan blanc a également été mis en difficulté face à la pandémie globale de la Covid-19 (1.3).

1.1 Le plan blanc, outil de management de la crise qui s'articule aux plans nationaux et régionaux

Le plan blanc va s'inscrire dans une logique sécuritaire. La visée de cet outil est avant tout opérationnelle : il faut préparer l'établissement et plus largement le territoire à la survenue d'un évènement global sanitaire ou en partie sanitaire. Il faut donc observer que c'est un outil qui s'inscrit dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de crises (1.1.1) , mais aussi que le plan blanc est également au cœur du dialogue entre l'établissement et les acteurs de la crise sanitaire (1.1.2) avant de noter que c'est un outil de management qui a des limites induites (1.1.3).

⁵ Voir page 8 Partie 1.1.2.

1.1.1 Un outil qui s'inscrit dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de crises

Le plan blanc s'inscrit dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de crises telles que définies auparavant. Celles-ci sont recensées dans le code de la santé publique dans sa troisième partie, livre 1, titre III « *Mesures sanitaires graves* ».

Est ainsi sanctuarisé dans les parties législatives mais également réglementaires⁶, l'ensemble des dispositions organisant la réponse sanitaire sur le territoire en cas de survenance d'une crise. Ces situations sanitaires, prévues sont visées et révisées au grès des réformes afin de mettre en œuvre sur le territoire, ou sur une partie de celui-ci, une réponse adaptée au déclenchement d'un événement sanitaire ou provoquant des effets sur le domaine sanitaire.

Les premières définitions ne sont pas récentes et ont été souvent complétées jusqu'à deux lois relatives à l'état d'urgence sanitaire, déployées en 2020 pour affronter la crise du coronavirus : la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 et la loi n° 2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire. Le but de ce corps de textes successifs, dont le premier est une circulaire en date du 24 décembre 1987⁷ portant sur l'organisation de l'afflux des victimes à l'hôpital, est de préparer le système de santé, et notamment les établissements à affronter des crises sanitaires.

Ce dispositif est complété, sur le champ réglementaire, par une circulaire du 3 mai 2002⁸ pour l'organisation en cas d'afflux de patients dans le cadre d'une prise en charge NRBC et les premières versions d'un plan blanc élargi au niveau départemental qui deviendront en 2016, le plan départemental de mobilisation.

Et c'est la loi du 9 août 2004⁹, dite aussi loi de santé publique, qui institue le plan blanc d'établissement et un renforcement de l'institut de veille sanitaire, devenu Santé publique France en 2016 et qui est chargé des modalités de gestion de crise pour l'ensemble du territoire.

Le décret du 7 janvier 2013¹⁰ relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles et l'instruction du 15 mai 2014¹¹ précisent ce régime. L'instruction particulièrement vise à adapter la réponse sanitaire suivant les événements aux parcours de soins des patients, en planifiant cette réponse au risque et au déclenchement de la crise.

⁶ Références en bibliographie.

⁷ Circulaire DGS/3E du n° 1471/DH/9C 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital.

⁸ Circulaire DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

⁹ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁰ Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.

¹¹ Instruction DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 Mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Le plan blanc d'établissement va s'intégrer dans cette logique, appelé dispositif « ORSAN ». Christophe VAN DER LINDE, dans l'ouvrage « Le Management en Santé » définit ce dispositif ORSAN¹² comme un « *schéma d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles. Il prédéfinit les parcours de soins des patients à l'échelle régionale et/ou zonale et organise la montée en puissance du système de santé. Il se compose de cinq volets qui déterminent les niveaux de réponse attendus dans les plans blancs de chaque établissement de santé : première ligne, recours ou replis* ».

Le plan blanc de chaque établissement s'intègre dans cette logique globale et c'est un instrument local d'un dispositif national déclenché selon la crise. Selon l'importance ou la nature de la crise, les modalités de déclenchement, qu'il soit local, départemental, régional ou national, viennent s'adapter et se greffer à ce dispositif.

Le plan ORSAN vient lui-même se greffer au dispositif ORSEC¹³. Ce plan global met en place une organisation opérationnelle permanente et unique de gestion des événements touchant gravement la population. Il permet ainsi de mobiliser et de coordonner, sous l'autorité unique du préfet, les acteurs de la sécurité civile au-delà du niveau courant si une crise devait survenir.

Enfin, une dernière instruction, en date du 26 juillet 2019¹⁴, vient de nouveau préciser l'objet du plan blanc en postulant que l'établissement doit l'organiser pour qu'il permette de « *mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle* ».

La mise en œuvre du plan blanc d'établissement s'inscrit donc pleinement dans celle d'un dispositif de réponse global, puis sanitaire, permettant de faire face à une crise. Cet outil, est au cœur de l'organisation et de la réponse sanitaire.

1.1.2 Le plan blanc au cœur du dialogue entre l'établissement et les acteurs de la crise sanitaire

Le plan blanc organise donc la structure et lui permet de pouvoir affronter la crise et d'assurer en parallèle la continuité des activités habituelles et quotidiennes de l'établissement.

Mais pour être efficient, le plan blanc doit trouver sa place dans le schéma sanitaire de réponse à la crise selon l'intensité de celle sur le territoire et sur la montée en puissance nécessaire pour y faire face.

Plusieurs niveaux décisionnels existent pour ce déclenchement, le premier étant bien entendu le niveau national étatique par le biais du Ministère des solidarités et de la santé sur la base du travail de Santé publique France. Mais le niveau principal de

¹² Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles.

¹³ Organisation de la Réponse de Sécurité Civile.

¹⁴ DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019.

déclenchement des dispositifs reste régional, via les ARS intervenant de manière déconcentrée. D'ailleurs, si le plan blanc est normalement déclenché, au niveau local, par le directeur de l'établissement de santé, il peut y être invité par le Directeur Général de l'ARS dont dépend l'établissement. Le dispositif ORSAN dans lequel il s'intègre est ainsi déclinable en 5 volets entrant dans le champ de responsabilité de l'ARS :

- ORSAN AMAVI, pour l'accueil massif de victime non contaminées, comme par exemple, les victimes de terrorisme hors produits chimiques ;
- ORSAN MEDICO-PSY, pour la prise en charge de blessés relevant de soins psychiques ;
- ORSAN EPI-CLIM, pour les prises en charges de patients victimes d'épidémies et de phénomènes climatiques;
- ORSAN NRC, pour les risques nucléaires, radiologiques et chimiques ; et
- ORSAN REB, pour les risques épidémiques et biologiques si la maladie des patients concerne un germe infectieux transmissible et qu'il faut enrayer ce risque.

Ce dernier est d'ailleurs le plus compatible avec la pandémie de la Covid-19 et est celui qui a été déclenché en France dès le 23 février. Il comporte d'ailleurs 4 stades : le premier est celui où « *le virus n'est pas en circulation générale dans la population* », le second doit freiner la propagation du virus sur le territoire ; le troisième cherche à atténuer les effets de la pandémie face à une circulation active du virus sur le territoire et le dernier consiste à noter un retour à la normale.

Ces différents plans permettent la mise en place de la réponse sanitaire la plus adaptée sur le territoire, au plus près de la crise quand elle est locale et de manière plus globalisée quand celle-ci, comme cela fut le cas en 2020, est allée au-delà de zones du territoire.

Ces niveaux de décisions permettent les remontées d'informations mais aussi le pilotage de la crise. En local, au niveau établissement, le directeur connaît par rapport à son niveau de décision sa marge de manœuvre et le besoin ou non d'aménager son niveau de réponse.

Enfin il faut noter que cet outil au cœur du dialogue permet également, par ricochet, de réaliser des remontées précises au niveau national pour permettre, au cœur de la crise et en aval de celles-ci, sur des informations communes à tous les établissements sur le territoire et favoriser ainsi les statistiques nationales et le pilotage de la crise par santé publique France et les services du ministère des solidarités et de la santé. Deux exemples peuvent illustrer ce fait.

Tout d'abord il faut noter l'utilisation de SIVIC¹⁵. Ce dispositif, est autorisé par l'article L3131-9-1 du code de la santé publique « *en cas de situation sanitaire exceptionnelle ou pour tout événement de nature à impliquer de nombreuses victimes, [...] les informations strictement nécessaires à l'identification des victimes et à leur suivi, [...] sont recueillies*

¹⁵ Système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles.

dans un système d'identification unique des victimes. » Lors de la crise sanitaire au 1^{er} semestre 2020, ce dispositif a été mis en œuvre le 15 mars 2020 pour remonter tous les jours, d'abord de manière anonyme puis nominativement, les patients hospitalisés, sous forme grave ou décédés, afin de suivre de manière fine l'activité hospitalière et pouvoir la piloter au niveau national. En suivant ces indicateurs pour l'Etat, l'établissement maîtrise ainsi également sa file active et peut aménager sa gestion de crise.

Autre exemple, développé avec l'augmentation des tests et qui a un intérêt non négligeable pour la gestion de crise, l'exemple de SIDEP¹⁶. C'est une plateforme sécurisée où sont remontés, de manière systématique, les résultats positifs à des tests Covid-19 dits RT-PCR. Ce dispositif innovant, propre à la situation de crise, fait communiquer vers un lieu unique l'ensemble des systèmes d'informations des laboratoires afin de s'assurer qu'aucun cas positif testé n'a pas été pris en charge dans la politique de suivi de l'épidémie. L'outil « contact-tracing » qui lui, permet les remontées d'informations pour assurer le contact-tracing par la CPAM ou l'ARS est une autre de ces plateformes. Ces outils supplémentaires permettent donc de mieux piloter nationalement tout en suivant localement l'avancée ou le recul de la pandémie sur le territoire. Leur mise en œuvre a d'ailleurs été facilitée par l'outil de dialogue qu'est le plan blanc mais alimentent aussi celui-ci en indicateurs et informations pour adapter la réponse à la crise. Le plan blanc se retrouve ainsi au carrefour des décisions, puisqu'il doit permettre de contenir la crise, en adaptant les obligations nationales aux difficultés régionales.

1.1.3 Un outil de management de mission qui a des limites induites

Le plan blanc s'inscrit donc dans la culture du pilotage de la crise, à chaque échelon territorial. Si sa mise en place est locale, elle s'inscrit pleinement dans la logique nationale et l'intègre, dans la stratégie de réponse, qui est dépendante du niveau du risque et de la crise qui s'est déclaré. Déclencher le plan blanc du Centre Hospitalier de Blaye pour l'incident Seveso de Rouen n'aurait en effet pas grand sens.

Cette culture du pilotage permet de mettre le directeur d'hôpital en situation de pouvoir affronter la crise, non pas avec sérénité tout au long de celle-ci, mais *a minima* avec tous les outils permettant de l'organiser et de s'inscrire dans le dispositif national s'il est déclenché.

Le management de l'établissement, à la main du directeur passe par le cœur du réacteur de l'établissement, la cellule de crise hospitalière qui doit être mise en œuvre dès le déclenchement du plan blanc ou mise en pré-alerte s'il y avait un plan hôpital en tension prévu. Cette cellule de crise est le centre de commandement de l'hôpital tout au long de l'épisode. C'est en son sein que les décisions relatives à la période de crise sont prises et que la continuité de l'activité hospitalière habituelle est maintenue du mieux possible.

¹⁶ Système d'Informations de DEPistage.

C'est aussi un centre de décision fondé sur l'interdisciplinarité : en son sein, même si la composition est fixée par les plans blanc locaux, s'y retrouvent généralement des directeurs, le président de CME, le directeur des soins, un pharmacien, le médecin directeur des secours médicaux internes et toute personne dont la compétence est fondée pour contribuer à la crise sous tous ses aspects. Si la cellule de crise doit exister, sa composition est variable mais permet ainsi une interaction plus efficiente avec l'ensemble des opérateurs internes de l'établissement pour mobiliser tous les moyens nécessaires pour affronter la crise et ses spécificités. Cette composition personnalisée permet de mettre en œuvre un management « de mission » en confiant dans chaque domaine les rênes à un référent capable de mener les actions propres à celui-ci. Et c'est à la fois une force et une limite du plan blanc. Celui-ci pose des bases solides de réponse à la crise, applicables à quasi l'ensemble de celles-ci, mais de ce fait, reste éloigné des considérations de certaines crises, notamment quand celles-ci durent dans le temps.

Ce cœur du réacteur doit notamment être efficient le plus rapidement possible, dès la mise en œuvre du dispositif. En effet, la crise qu'elle soit interne à l'établissement ou externe, doit pouvoir être prise en charge le plus rapidement possible. Entre l'alerte et le déclenchement du plan blanc, s'écoule régulièrement une vingtaine de minutes et la cellule de crise doit être opérationnelle au plus tard une heure après cette alerte, surtout, si elle concerne un afflux de victimes.

Enfin, il faut noter une autre limite induite à l'outil plan blanc. Celui-ci s'applique à l'établissement mais est coordonné aux acteurs extérieurs, la préfecture, le SAMU régulateur qui a la charge des transferts de victimes ou encore l'ARS. Le plan blanc local va trouver des limites dans ces dispositifs puisqu'une partie de la décision va être reprise à l'échelon supérieur. L'exemple peut se trouver tout d'abord dans l'Article L3131-8 du code de la santé publique, qui postule qu'en cas d'afflux de victime ou de situation sanitaire qui le justifie, du personnel et notamment du personnel libéral ou du personnel d'un autre établissement peut être réquisitionné pour faire face à la crise. Ce niveau de réorganisation départemental ou régional peut ainsi limiter l'action du directeur d'hôpital.

Autre limite induite, l'existence du « plan blanc élargi départemental » devenu depuis 2016 le « plan départemental de mobilisation » compris aux articles R3131-11 et R3131-12 du code de la santé publique. Ce plan, conçu et révisé par l'ARS en lien avec le SAMU, organise une réponse zonale autour du département et peut être mis en œuvre si la situation le nécessite. Cette mobilisation globale, qui peut être une réponse adaptée à certaines crises, permet d'aller au-delà des plans blancs d'établissements de la zone et potentiellement de les intégrer à cette réponse globale.

Le plan blanc s'inscrit donc dans la stratégie de réponses aux incidents et crises sanitaires qui se produisent sur tout ou partie du territoire. Ce cadre légal et réglementaire

pose les bases de l'exercice de crise sanitaire dans lequel le plan blanc doit être construit et activé. Mais si les considérations de crises sont nationales, l'outil de réponse de l'établissement lui doit être pratique et pensé pour la gestion de crises locales.

1.2 Le plan blanc, outil pratique propre à chaque établissement et pensé pour la gestion de crises locales

Le plan blanc est conçu comme un outil qui permet d'éviter la rupture face à la crise. Celle-ci peut avoir différents niveaux de force : la perturbation des activités habituelles, la déstabilisation des activités et de la structure en générale, pour aller jusqu'à l'effondrement et la désintégration de l'organisation si la crise n'est pas maîtrisée. Ce dispositif, doit donc permettre le pilotage par le directeur et la cellule de crise pour éviter tout scénario catastrophe. Pour observer cela, il faut tout d'abord un cadre légal qui permet de piloter l'établissement pour faire face à la crise (1.2.1), que celui du GHPSO est adapté aux besoins de l'établissement (1.2.2) et que s'il s'articule à d'autres plans, il vise à répondre localement aux besoins de la crise (1.2.3).

1.2.1 Un cadre légal qui permet de piloter l'établissement pour faire face à la crise

Le plan blanc d'établissement, ou « plan blanc classique » comme appelé au GHPSO est un outil managérial à la main du directeur. Cet outil permet, dès déclenchement, et même avant si le plan hôpital en tension est mis en œuvre, de prendre de la hauteur et de coordonner et d'anticiper une réponse à la crise.

C'est un véritable outil de pilotage qui est travaillé par l'établissement pour s'adapter à ses besoins. Le principe même du plan blanc et les modalités pour le décliner sont inscrits dans le Code de la santé publique, dans ses parties légales et réglementaires au sein d'un titre « *Sur les mesures et crises sanitaires graves* »¹⁷ au cœur de toutes les dispositions visant à assurer la sécurité sanitaire sur le territoire. La légitimité de l'outil est ainsi clairement posée.

L'article L.3131-7 du Code de la santé publique explicite que « *Chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale* ».

¹⁷ Détail en bibliographie Page 55.

Ce plan blanc doit donc être adopté par l'établissement et régulièrement remis à jour pour se conformer aux obligations légales et réglementaires¹⁸. Il doit être réévalué chaque année et sa révision doit être portée à la connaissance des instances du centre hospitalier. Cette modalité permet de faire du plan blanc une démarche d'établissement comme plusieurs autres projets qui y sont conçus, puis discutés, puis amendés si nécessaires et permet au directeur d'emporter les acteurs en les associant à sa construction et à sa révision, mais également de porter à leur connaissance les modalités d'existence et de mise en œuvre de celui-ci.

Ce plan blanc est ensuite soumis à l'ARS qui vérifiera s'il est adapté aux dispositions du plan départemental de mobilisation¹⁹. Cela permet une cohérence sur l'établissement et le même article postule que certains des objectifs du plan blanc peuvent être intégrés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement, renforçant ainsi un peu plus le rôle de pilotage de cet outil.

Pour en vérifier l'opérationnalité et les améliorations à y apporter, la circulaire du 14 septembre 2006²⁰ invite les établissements à tester régulièrement le plan blanc dans une fréquence « *minimum annuelle* ». Cette opérationnalité est essentielle pour l'outil et doit permettre d'affronter l'épisode de crise. D'ailleurs la plupart des exercices visent à sécuriser les premières heures, afin que les acteurs, puissent identifier leur rôle dans la mise en œuvre et le suivi de la situation sanitaire exceptionnelle.

Une situation de crise, locale ou nationale, est intense et doit être gérée qu'elle soit à court terme ou étendue dans le temps.

Enfin il faut noter que le plan blanc peut être déclenché dans le cas d'un évènement « exogène » qui se produit à l'extérieur de celui-ci, mais il faut aussi envisager des évènements « endogènes » qui se déroulent au cœur de la structure : incendie, inondation, terrorisme, etc. Dans le cas où le plan blanc est déclenché en raison d'une crise interne à l'établissement, des dispositions spécifiques doivent être mises en œuvre, jusqu'au plan départemental de mobilisation, ex « plan blanc élargi », faisant potentiellement échapper la gestion de crise au directeur qui assurerait une partie seulement de celle-ci pour affronter le risque immédiat avant transfert d'une partie importante de ses patients.

Il apparaît donc que ce cadre légal pose une base commune à l'ensemble des établissements de santé de France, qui doivent se conformer à ces modalités. Il donne une ligne à suivre, assez générale, afin de permettre à l'ensemble des structures de le mettre en œuvre, mais également de le construire eu égard aux spécificités de

¹⁸ R3131-13 point IV du code de la santé publique.

¹⁹ Article R3131-5 Code de la santé publique.

²⁰ Circulaire N°DHOS/CGR/2006/401d du 14/09/2006 relative à l'élaboration des plans blanc des établissements de santé et des plans blanc élargis.

l'établissement : s'il est multi-site, s'il est pavillonnaire, s'il est construit d'un seul tenant ou en immeuble de grande hauteur. Chaque établissement doit donc construire un plan blanc adapté à ses besoins.

1.2.2 Le plan blanc du GHPSO, outil spécifique et adapté aux besoins de l'établissement

Dans ses principes généraux, le plan blanc du GHPSO, disponible dans les services et sur la gestion électronique documentaire, donc à portée de l'ensemble des agents médicaux et non médicaux du GHPSO, commence par rappeler qu'il a pour objet de *«mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont dispose l'établissement en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle »*.

Le plan blanc du GHPSO est fondé sur des principes et fiches actions qui sont similaires à ceux présents dans les plans blanc d'autres établissements²¹.

La dernière version de ce plan, compris dans le même document que les plans d'urgences, a été produite en 2019. Sa mise à jour et l'organisation des échanges autour des améliorations de celui-ci, est assurée par la direction de la qualité et de la gestion des risques.

Ce plan s'il n'est pas complètement original, permet tout de même d'intégrer les logiques d'organisation du GHPSO, qui architecturalement parlant est situé sur deux sites MCO : l'ancien centre hospitalier de Creil et l'ancien centre hospitalier de Senlis ; sur un site pénitentiaire avec l'Unité sanitaire de Liancourt ; deux sites médico sociaux : EHPAD et USLD accolés au site de Senlis et le Centre d'action médico-sociale précoce situé au cœur de la ville de Creil.

Le plan blanc prend donc en compte cette logique de territoire et s'il est déclenché, il peut tout d'abord l'être uniquement sur le site de Creil, puis sur le site de Senlis, soit directement sur les deux sites même si l'évènement déclencheur venait de l'un des sites hospitaliers. Les secteurs médicaux sociaux, s'ils devraient normalement relever d'un plan bleu²², intègre directement la réponse de crise hospitalière. Ce déclenchement, prévu à la main du directeur est fait selon l'opportunité pour faciliter la réponse à la crise qui justifie la mise en place du plan blanc, la graduation est ainsi faite selon ce déclenchement.

Comme pour les autres établissements, ce document comprend des principes généraux à prendre en compte pour tout déclenchement et des dispositions spéciales pour la mise en œuvre des différentes crises, permettant au directeur d'activer les principes de base de l'outil.

²¹ Ont été consultés les plans blancs du GHPSO, du Centre Hospitalier de Compiègne-Noyon et de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

²² Equivalent du plan blanc dans les structures médico-sociales.

Il s'appelle d'ailleurs « Plan blanc classique – afflux malade de victimes », terme important qui précise bien la modalité principale où il doit être mis en œuvre. Il comprend aussi des dispositions relatives à un déclenchement suite à un évènement NRBC, pour une canicule, un lien avec le plan grand froid, le plan bronchiolite spécifique à la prise en charge en pédiatrie et des dispositions très courtes sur la pandémie grippale. A noter qu'il s'agit de la seule allusion, sur une fiche action, à un plan blanc qui pourrait s'étendre dans le temps.

Cet outil est fondé sur une réponse très rapide à de nombreuses situations sanitaires où cet afflux de malade serait important. Il prévoit ainsi les dispositions de déclenchement de mise en œuvre de la cellule de crise, autour du directeur, ou pendant une période de garde, autour de l'administrateur de garde jusqu'à l'arrivée du directeur ou de la personne le représentant. Il recense autour de 23 fiches actions et 25 annexes visant à l'organisation de la crise aigüe pour qu'elle n'empêche pas l'accueil des patients des files actives de l'établissement.

Ce plan blanc classique comprend les dispositions relatives à la prise en charge des malades de la zone de tri et d'évaluation à choisir au passage par les urgences et les blocs opératoires jusqu'aux potentialités de placement dans les lits de l'établissement ou transfert des patients accueillis.

Ce plan blanc prévoit également dans les différentes missions, les mobilisations à réaliser, en termes de personnels et de gestion des ressources humaines, avec notamment le rappel de personnels ou le maintien à leur poste. Il prévoit aussi les organisations médicales à mettre en œuvre et les organisations d'encadrement à la fois sanitaire mais aussi administratives pour assurer l'accueil des patients, leur enregistrement et les prises en charge. Enfin, des fiches actions spécifiques aux fonctions standard, communication, logistique, technique et pour assurer la sécurité sont précisées. L'ensemble de ces outils a été mobilisé le 25 février 2020 sur le GHPSO quand un premier patient, en réanimation depuis plusieurs jours, avec une prise en charge sans protections particulières des professionnels, s'est trouvé positif à la Covid-19, lors de son transfert.

Le but de cet ensemble donne au directeur tous les outils pour encadrer la crise et permettre sa gestion. Sont définies ainsi les missions et actes à réaliser pour que l'établissement soit prêt à prendre en charge un afflux de patients tout en déstabilisant le moins possible le fonctionnement habituel de la structure. La crise ne doit normalement pas empêcher les flux normaux de l'établissement à moins que l'évènement ne soit endogène. Si elle l'empêche, cela doit être de courte durée et l'avantage d'un

établissement bi-site est la possibilité de déport. Ce dispositif doit d'ailleurs s'articuler à d'autres dispositifs pour répondre à des crises existant localement.

1.2.3 Un outil articulé avec les autres plans de l'établissement pour répondre aux crises locales

Le plan blanc, déclenché localement par le directeur, ou à l'invitation du directeur général de l'ARS est conçu pour répondre à un évènement suffisamment proche de l'établissement pour en prendre en charge les victimes. Ce n'est toutefois pas forcément l'établissement le plus proche qui les accueille, afin de faciliter une réserve où déporter des patients s'il devait y avoir un second évènement à proximité. Ce plan blanc, s'il n'est pas construit pour s'articuler avec ceux des autres établissements, peut tout de même le faire rapidement de par la proximité des modes de conceptions et des circuits et prises en charges dans les établissements de tailles similaires.

Il n'y a d'ailleurs pas, au niveau des GHT, ou plus généralement au sein d'un territoire pris en charge par un SAMU, de co-construction du plan blanc, mêmes si les établissements du ressort de ce SAMU doivent mettre en œuvre une coordination importante.

Il vise à répondre à une situation sanitaire exceptionnelle propre au territoire, celui-ci pouvant être vu largement. Il n'a toutefois pas vocation à être déclenché sur tout le territoire métropolitain comme cela fut le cas le 6 mars dernier à la demande du Ministère des solidarités et de la santé. Auparavant ce dispositif n'avait été décliné nationalement qu'à deux reprises en 2005 et 2017, comme étudié plus tard.

L'outil est d'ailleurs pensé pour cette réponse locale, il adapte l'établissement, à la main du directeur et de la cellule de crise, pour y répondre, et de préférence sur une courte durée. Pour faciliter la réaction du centre hospitalier, il est articulé avec d'autres dispositifs de l'établissement.

Même s'ils devraient avoir toute leur place à ce moment des développements, les plans de reprises d'activité et de continuité d'activité seront abordés ultérieurement car ils n'existent pas de manière formalisée au GHPSO. Pourtant, ils restent des outils qu'il faut allier au plan blanc pour répondre à la crise et qui doivent être travaillés et mis en œuvre par les établissements de santé.

Un autre plan, essentiel contribue lui aussi à la bonne mise en œuvre du plan blanc : le plan de sécurisation d'établissement. Ce document, permet d'assurer aux établissements qui l'adoptent, un haut niveau de sécurité des personnes et des biens dans leur enceinte. Son objectif est de protéger l'hôpital contre les violences du quotidien, les actes de malveillance, les risques de sûreté mais également contre la menace terroriste. Il permet d'assurer, en prenant en compte les spécificités de l'établissement notamment architecturales, d'identifier et de hiérarchiser chacun des risques relatifs à la sécurité de l'établissement. Au GHPSO, il permet d'identifier les principaux risques, de les prévenir à

l'aide de l'équipe de sécurité présente mais aussi de les contenir s'ils surviennent. Comme cela est prévu dans le plan blanc, les références à ce plan de sécurisation sont nombreuses dans les fiches actions qui y renvoient afin, une fois le déclenchement réalisé, de concilier la crise avec la sécurité de l'environnement où les patients seront pris en charges.

L'ensemble de ces outils couplés au plan blanc, vise donc à sécuriser la mise en place de la crise sur l'établissement et de permettre au directeur de manager la crise avec l'ensemble des acteurs concernés.

Le plan blanc est donc un outil local, propre à l'établissement qui vise à lui permettre de répondre aux attentes de la crise : l'affronter sans aller à la rupture des moyens de la structure et sans empêcher une réponse sanitaire satisfaisante aux autres patients. Si cet outil, testé à plusieurs reprises sur le territoire et déclenché lors d'évènements sanitaires récents dans de nombreux établissements, est aujourd'hui rodé, il s'avère que c'est essentiellement le cas sur des évènements de courte durée : une journée, une nuit, une semaine. Le déclenchement réalisé dans le cadre de la pandémie de Covid-19, sur l'ensemble du territoire, va montrer que l'outil s'il donne une base solide, va vite se trouver inadapté dès lors que la situation perdure dans le temps, sans perspective de fin à court terme.

1.3 Un outil finalement en difficulté face à une pandémie globale du type Covid-19

Il apparaît, et ce fait est explicité par Jean-Claude AYMARD, dans son article « *Le plan blanc : quelques notions de risques* »²³ que le plan blanc a des limites. Il indique dans sa démarche que ce n'est pas un plan « *tous risques* » mais plutôt « *une stratégie réaliste et adaptable à plusieurs étiologies* ». Cette analyse souligne l'importance de l'outil mais également la nécessité de l'adapter, après des exercices ou suite aux expériences de déclenchement. L'auteur postule également que cette trame de base permet une marge de manœuvre et un « *cadre de référence* » pour le directeur dans la mise en place de l'outil.

Toutefois, il souligne également que l'heure la plus sensible de la mise en œuvre du plan blanc est bien celle après le déclenchement, c'est-à-dire le moment où tous les outils se mettent en place et chaque partie du dispositif est à sa place et opérationnel. Ce point est essentiel à la compréhension de la difficulté de mise en œuvre du plan blanc, sur plusieurs mois, face à une crise pandémique globalisée qui a forcé l'ensemble du territoire national à être mobilisé. Si les premières heures sur le déclenchement d'un plan blanc classiques sont essentielles, car c'est le moment de l'arrivée massive, ces premières

²³ Chapitre 106 – Urgences 2010 – Société française de médecine d'urgence

heures n'auront pas été déterminantes pour les établissements qui ont accueillis des patients atteints par la maladie du Covid-19. Certes, et le GHPSO le prouve, les premières heures n'ont pas été simples, mais les difficultés majeures, épisodiques, se sont étendues sur plusieurs semaines. Cette inadaptation à une crise à long terme peut être observée sous plusieurs angles : c'est d'abord un outil peu adapté à la succession de crise (1.3.1), mais aussi un outil peu compatible avec le déroulement de la crise sanitaire dans l'Oise (1.3.2) et enfin la coordination de la crise a été en difficulté à tous niveaux, créant des incertitudes pour l'application du plan blanc (1.3.3).

1.3.1 Un outil peu adapté à la succession de crises

La crise sanitaire qui s'est déroulée au 1^{er} semestre 2020 a profondément bousculé l'organisation hospitalière et les logiques de prise en charge sur le territoire. Certaines régions, beaucoup plus exposées, comme notamment le Grand Est, l'Île de France et les Hauts-de-France (dont fait partie l'Oise), ont vu les réflexes habituels en cas de catastrophe ou de crise devoir être repensés, au cœur même de celle-ci. Les transferts de patients de réanimation d'une région à une autre en sont le plus grand exemple. C'est loin d'être un aveu d'impuissance de la part du système de santé qui a été capable d'affronter cette nécessité et de répartir les malades sur le territoire mais cette logistique n'avait pas encore été mise en œuvre et la question aurait pu se poser si le virus s'était propagé de manière homogène sur l'ensemble du territoire.

Toutefois cet épisode, au cœur de tous les autres événements de la crise, a montré le peu d'adaptation de l'outil à ce type de pandémie de longue durée. Les plans relatifs à la pandémie grippale existent souvent en annexe du plan blanc et sont peu ou pas ébauchés, comme c'est le cas pour le GHPSO. De plus et c'est ce point qui est essentiel, si les scientifiques et les médias parlent d'une première vague de la Covid-19 à laquelle pourrait succéder une seconde, il s'avère celle-ci pour les autorités sanitaires et les établissements de santé a été loin d'être uniforme. Bien au contraire, c'est une succession de crises, d'intensités différentes les unes des autres, parfois redondantes, parfois avec des conséquences fortes ou faibles, mais qui ont été autant de défis pour les établissements et pour leur plan blanc.

Dans un déclenchement comme celui de 2015 à l'AP-HP suite aux attentats du 13 novembre, il y a eu des successions de victimes, pendant la nuit. Puis dès le lendemain, il fallait absorber les patients dans les lits des établissements. L'étape suivante, essentielle, a été l'accompagnement psychologique des professionnels. Mais la crise aigüe n'a duré tout au plus que trois jours.

Tout au long de la crise de la Covid-19, des crises dans la crise se sont succédé, mettant à mal les organisations. Au départ, les seuls malades possibles revenaient de l'étranger, aucune contamination n'était envisagée en dehors de chaînes partantes de personnes

revenant de territoires où le virus circulait. Pourtant, dès le 25 février, les hôpitaux de Compiègne-Noyon et du GHPSO constataient la présence de patients sans liens avec un voyage dans les zones où le virus circulait. Cette première crise a enclenché des actions en termes d'hygiène, de protection du personnel, et de confinement bousculant les établissements et poussant à fermer – provisoirement – des services. Sur le modèle habituel du plan blanc, la crise se serait interrompue à ce moment. Seulement, peu après avec d'abord l'apparition de clusters, notamment à Crépy-en-Valois, puis à Nanteuil-le-Haudouin, en ville et en EHPAD, l'hôpital a vu apparaître un afflux de malades à prendre en charge. Cette phase de crise terminée, les modalités d'évaluations ont évoluées et les tests ont été multipliés, mais faute de capacité de test et de consignes suffisantes en matière de précaution, les patients ont commencé à affluer, et les suspicions comme la confirmation du diagnostic ont été difficiles à établir, embolisant de plus en plus de lits, pour des malades le nécessitant. S'est ajouté à cela, pendant peu de temps, la nécessité de garder les patients, même valides et peu touchés, dans des lits, avant que le confinement à domicile ne devienne la règle.

Cette succession de crises, qui n'est pas exhaustive, a profondément ébranlé l'outil plan blanc, car les réflexes et les fiches actions qu'il prévoit ne permettent pas de maîtriser ces « vagues » successives dans le temps qui arrivent sans prévisibilité et sans aucune logique pour s'y préparer.

L'outil plan blanc s'est donc vu rapidement fragilisé et ce constat s'est confirmé avec certaines spécificités de la crise sanitaire propre au territoire de l'Oise.

1.3.2 Un outil peu compatible avec le déroulement de la crise sanitaire dans l'Oise

L'Oise, sans être un laboratoire pour le reste du pays, a tout de même été au cœur de la crise, dès le départ. Il suffit pour cela de compter le nombre de reportages et le nombre de chaînes ayant tournés des reportages devant les Centres Hospitaliers de Compiègne, de Beauvais ou du GHPSO. Au cœur de cette crise, les mobilisations des établissements ont été très vite bousculées.

Bien qu'il existe un dispositif au niveau départemental, et que celui-ci aurait pu avoir du sens si l'un des trois établissements, voire deux, étaient touchés par la succession d'évènements, cette mise en œuvre était, de fait, inutile, au vu du déclenchement du plan blanc dans les trois structures, d'abord sur les deux précités puis au Centre Hospitalier de Beauvais.

Les plans blancs une fois déclenchés, ont dû rapidement s'adapter à la situation sanitaire mouvante nationale décrite précédemment. La réponse sanitaire envisagée avant l'explosion de la crise visait à la mobilisation, par département, d'établissements de première ligne qui devaient accueillir les patients atteints de la Covid-19 en réanimation comme en urgence, les établissements de seconde ligne ou de recours, disposant

d'urgences, de réanimation, et qui s'ils recevaient des patients, devaient les transférer aux établissements de première ligne, et les établissements de replis, troisième ligne, activables si la crise s'intensifiait.

Ce schéma n'a pas tenu longtemps dans l'Oise face à l'afflux de malades. En effet l'établissement de première ligne, Beauvais, accompagné du CHU d'Amiens se sont retrouvés dans l'incapacité d'accueillir l'ensemble des patients venant du GHPSO et du Centre Hospitalier de Compiègne-Noyon, tous deux en seconde ligne, mais au cœur de Clusters amenant des patients à se rendre sur place. De même, les services de réanimations des trois établissements ont dû augmenter leur capacité pour prendre en charge les patients, passant de 42 lits autorisés dans les établissements publics à 82.

La stratégie initiale, sur laquelle les plans blancs des trois établissements ont été déclenchés est donc, sur le territoire de l'Oise, un échec, qu'il a fallu compenser rapidement pour faire face à la crise et amener les établissements à s'adapter à prendre en charge les patients atteints par la Covid-19, là où ils avaient établi les processus, en lien avec le SAMU, pour les transférer.

A la crise sanitaire pure vécue directement par les établissements, se sont ajoutées des conséquences dérivées : dès le samedi 2 mars, un confinement spécifique à plusieurs communes, avec fermeture totale des écoles. Ce dispositif régional a mis à mal l'organisation hospitalière, obligeant à trouver des solutions, dans le week-end pour la semaine, afin d'accueillir les patients alors que les professionnels étaient sans solutions pour la garde de leurs enfants. A cela, s'est joint la contamination et la mise sous quarantaine, sans conséquence pour la santé des individus, d'une partie des décideurs de l'Oise : préfet, sous-préfet, directeur général de l'ARS.

La situation sanitaire propre au territoire est venue grandement remettre en question le plan blanc en tant que tel, jusqu'aux différents niveaux de coordination internes et externes.

1.3.3 Une coordination de la crise en difficulté à tout niveau perturbant le plan blanc

Faute de cellule de crise habituelle et de réactions connues face à la crise, la coordination de celle-ci a été rendue difficile.

Tout d'abord les liens préfecture et ARS, s'ils ont existé dès le départ, se sont heurtés aux obstacles spécifiques au Covid-19 déjà recensés, mais qui peuvent se rattacher à de nombreuses hypothèses de crises pandémiques où les connaissances scientifiques sont peu nombreuses et poussent à beaucoup de spéculations ou de mesures de protections transitoires avant d'en connaître plus.

Le GHPSO n'a jamais été en rupture de communication avec les tutelles et plus la crise a duré, plus ces temps ont été nombreux et efficaces. Mais cette adaptation face à

l'inconnu, comme le reflète la doctrine des 3 lignes n'a pas permis une application simple du plan blanc, qui y a montré ses limites.

Autre exemple de difficulté de coordination, les liens avec le SAMU 60 pour le transfert des patients et la gestion des cas se présentant sur site. Face à l'embolisation des établissements et malgré des efforts de transferts, le rôle du SAMU a été rendu difficile par la nature même de la crise sanitaire.

De même le SAMU, ARS ou préfecture ne pouvaient, par principe remplir le rôle prévu dans le cadre du plan blanc classique : les missions d'intervention policières et sécuritaires, de filtrage, de tri et de transferts, n'étaient pas pendant la crise de la Covid-19, les mêmes. Cet aspect est important car il contribue au flou pendant une telle crise sur le positionnement de chacun des acteurs, y compris l'établissement. Cet état de fait peut pousser certains à aller au-delà, ou en deçà de leur rôle initial et de leurs missions, pouvant donner un aspect d'inefficacité.

D'ailleurs, les relations avec la CPAM, dès mise en place du Contact-tracing et du rôle mouvant de l'établissement pour assurer celui-ci, au profit de la médecine de ville ou au détriment de la médecine de ville, a été important.

Enfin, il faut aussi observer l'inexistence de ces liens entre plan blanc et médecine de ville. La crise pandémique a montré les besoins d'une liaison ville-établissement pour décharger les seconds des cas asymptomatiques ou symptomatiques ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière. Le plan blanc ne prévoit pas ce besoin sur une longue durée car il ne l'envisage pas. Cette frontière entre ville et hôpital aura été palpable pendant la crise, notamment sur les périodes d'incertitude sanitaire et des conséquences de la proximité d'un patient contaminé.

Le plan blanc, outil local mais articulé avec les dispositifs régionaux et national, est donc un élément de gestion de crise et un instrument de management pour le directeur tout au long de l'épisode de crise, aiguë ou non. S'il est utile, il permet dès son déclenchement dans le cadre d'une situation pandémique d'observer qu'il peut être limité dans son application par de nombreux obstacles dès que le temps de la crise se prolonge. Cet outil devient dès lors, difficile à exploiter.

2 La difficulté d'utiliser l'outil plan blanc pour assurer sur une longue durée la réponse adaptée aux difficultés sanitaires relatives à la pandémie et au fonctionnement courant de l'établissement

Cette difficulté d'utilisation tient à la logique même du plan blanc : organiser l'établissement face à une situation sanitaire exceptionnelle qui nécessite de mobiliser immédiatement des moyens de toute nature pour affronter des risques internes et des risques externes tels un afflux massif de victime. Ces plans blancs d'établissements, et notamment ceux consultés de l'APHP et du GHP SO²⁴, visent à organiser immédiatement une réponse sanitaire adaptée à la crise qui se présente, tout en assurant du mieux possible la continuité de l'activité programmée.

Toutefois, ces adaptations sont plutôt pensées pour des événements critiques mais à court terme, quelques dizaines d'heures, quelques jours, une à deux semaines peut-être. Mais peu sur du plus long terme, comme une prise en charge pandémique. Face à une situation pandémique comme l'exemple de la Covid-19, qui dure plusieurs semaines et pousse à une mobilisation à long terme de l'établissement, plus le temps avance, plus le dispositif plan blanc pensé sur l'immédiateté ne s'avère éloigné de sa mission première.

Ainsi pour confirmer cette analyse, il est important d'observer l'inadaptation du plan blanc face à l'évolution constante de la crise sur une longue durée (2.1), mais également la difficulté à assurer les activités classiques de l'établissement face au maintien du plan blanc dans la durée (2.2), avant de noter l'obligation pour l'établissement d'adapter les circuits de la prise de décision (2.3).

2.1 L'inadaptation du plan blanc à l'évolution constante de la crise pandémique sur une longue durée

Ce constat d'une inadaptation est loin d'être un casus belli qui tendrait à indiquer que le plan blanc est un outil dépassé ou peu utile. Bien au contraire, il est précieux pour le directeur dans son management de crise et pour faire face à de très nombreuses situations. La situation sanitaire exceptionnelle, généralisée sur le territoire sur une très longue durée a miné l'utilisation classique du plan blanc. Cette inadaptation, au GHP SO, face à la crise de la Covid-19 se constate sur différents plans qu'il faut évoquer comme la difficulté de prise en charge des patients face aux méconnaissances scientifiques et médicales (2.1.1), la difficile identification des règles d'hygiène applicables (2.1.2), les

²⁴ Plans consultés listés en bibliographie.

inadaptations sur l'approvisionnement à long terme (2.1.3) et le défaut de culture interne relative au plan blanc (2.1.4).

2.1.1. La difficulté de prise en charge des patients face à la méconnaissance médicale et scientifique autour du virus

Là où les plans blancs et plans d'urgences sont préparés à des épidémies grippales annuelles ou à des pathologies connues comme Ebola, ou encore à des attaques chimiques prises en compte par le plan NRBC, il est difficile de manager la structure et de valider de bons protocoles de prise en charge des patients, sans connaître la maladie. Dans le cadre de la Covid-19, ignorer les modes de contamination par air, par gouttelette et les méthodes de protection du personnel pour éviter la contamination a posé problème. Notamment, beaucoup d'interrogations se sont posées quant à la présence au travail des agents asymptomatiques mais positifs. Le plan blanc ne prépare pas à cette incertitude et organiser la prise en charge d'urgence peut s'avérer difficile dans la structuration de la réponse à la crise sans savoir comment isoler les patients. L'architecture du GHPSO, basé sur des chambres doubles pour les deux tiers de ses lits, pose problème sur les modalités d'accueil de patients, tant que l'on ne connaît pas les modalités de transmission, mais également tant que les tests confirmant le diagnostic mettent du temps à transformer une suspicion en cas avéré. C'est seulement à partir du 6 avril, quand le GHPSO a pu assurer seul le traitement des RT-PCR des patients accueillis, que cette situation se régularise et devient moins prégnante. Le plan blanc n'est pas adapté à cette incertitude si elle dure, faute de prévision des capacités d'accueil mobilisables sur une longue durée il faut créer des réflexes de stratégie pour la prise en charge, quitte à redistribuer grandement l'accueil des patients sur les sites hospitaliers en transformant les lits de spécialités en lits dédiés à l'accueil de patients Covid-19. Cet aspect opérationnel sur le long terme manque pour un meilleur management de l'établissement.

2.1.2. La difficile identification des règles d'hygiènes applicables à cette crise

Celles-ci ont beaucoup dépendu des connaissances scientifiques du SARS-Cov-2, poussant à une adaptation quasi quotidienne suite aux différentes remontées venant des sociétés françaises spécialisées, des messages d'alertes sanitaires ou encore des messages de la direction générale de la santé et du centre de crise sanitaire. Si le plan blanc identifie bien le rôle de chacun et les réactions qu'il faut avoir, qu'il identifie une stratégie de soins séquentielle de prise en charge en urgence des traumatisés graves et des patients critiques aussi appelée notion de « Damage control », il ne prévoit pas des règles d'hygiène connexes.

Plus particulièrement, si celles-ci changent, il est impératif de remettre en question les modalités de prise en charge précédemment utilisées et d'évaluer, en urgence, les patients et personnels qui ont appliqués les anciennes règles. Sans des protocoles d'urgence ou des fiches réflexes pour corriger ce fait, le plan blanc ne vient pas combler une incertitude majeure : la place de la cellule opérationnelle d'hygiène, pas ou peu prévue dans le plan blanc, pourtant centrale pour corriger ces difficultés. En outre, il faut ajouter à ce problème une vraie stratégie de communication de ces changements situationnels dans les règles d'hygiène pour éviter une méconnaissance de la part des agents et médecins de ces règles de bases : production de procédures en temps réel, communication par mail, par l'encadrement et sur la gestion électronique des documents (GED) et l'espace intranet. L'ensemble de ces dispositifs, pourtant très utiles sur une crise extensible, ne sont pas dans le plan blanc, ni du GHPSO, ni de l'APHP. L'exemple le plus marquant est celui des masques. Durant le 1^{er} semestre 2020, la doctrine a beaucoup changé sur la prise en charge des patients et particulièrement, la capacité suffisante ou non des masques chirurgicaux, le besoin de masques FFP2 et les cas dans lesquels ils sont nécessaires. Face à cette incertitude, et tout en respectant les consignes nationales, le GHPSO et ses hygiénistes ont fait le choix de majorer, par sécurité, ces règles. Mais ce n'est possible que si les circuits logistiques le permettent.

2.1.3. Le constat d'inadaptation du plan blanc sur les approvisionnements logistiques à long terme

En effet, les circuits logistiques et pharmaceutiques hospitaliers sont essentiels à la prise en charge dans la structure de chacun des patients. La mobilisation du directeur logistique et ses équipes est d'ailleurs priorisé dans le plan blanc du GHPSO. Il s'assure notamment des approvisionnements urgents pour faire face au risque déclaré et, le cas échéant débloque un stock dit « plan blanc » pour la prise en charge immédiate selon les critères de protection relatifs à la maladie connue. Simplement, l'aspect logistique classique du plan blanc ne répond pas aux difficultés qui vont se produire sur une crise de l'ampleur de celle de la Covid-19 et notamment dans l'approvisionnement en usage unique et équipements de protections individuels, que ce soit pendant la crise ou en aval de celle-ci du fait des ruptures. La crise s'étant globalisée et s'étendant dans le temps, les « stocks plan blanc » ont été vite épuisés. Jour après jour, il a été difficile de s'approvisionner chez les fournisseurs, contraignant même à devoir en trouver de nouveaux, qui eux aussi, avec une crise globalisée, se sont trouvés en rupture. Ce schéma se décline également pour les pharmacies et les différentes molécules, notamment celles pour la réanimation et les blocs opératoires, ainsi qu'un certain nombre de dispositifs médicaux. Le plan blanc n'anticipe pas ces problématiques d'approvisionnement à long terme tant pharmaceutiques que logistiques, qui, s'ils se

trouvent en rupture, bloquent toute prise en charge ou obligent à réduire un large pan de l'activité de l'établissement. Ce défaut de l'outil est une vraie angoisse pour le management de la structure et pose de vrais problèmes tout au long du déclenchement du plan blanc mais également en aval de celui-ci. Par exemple, les tensions relatives aux gants et aux charlottes étaient encore d'actualité le 28 août au GHPSO²⁵.

2.1.4. Le défaut de culture interne de l'établissement sur l'outil plan blanc

Le manque de promotion de cet outil dans la structure, y compris pendant la crise, est un défaut important. Un audit sur la démarche qualité au sein de l'établissement a été mené par EHESP Conseil en novembre 2019 et concluait notamment à la difficulté de la transmission de la culture qualité et des difficultés de communication de celle-ci dans le cadre du champ de compétence de la direction qualité et gestion des risques du GHPSO. Cet aspect se décline sur la connaissance du plan blanc et son manque de promotion. Il est difficile de créer une « culture plan blanc », même s'il est probable qu'avec la crise qui vient de se dérouler, un certain nombre de ses atouts et de ses manques ont été relevé par les agents et médecins de l'établissement. Les exercices de déclenchement fait au GHPSO dénotent la méconnaissance et la mise en œuvre de celui-ci²⁶. Ce constat se fera pour le seul GHPSO mais il semble important que cette difficulté soit anticipée en dehors de la période de crise en mettant à disposition des outils, liés à une évolution du système d'information, afin de mieux sensibiliser les professionnels pendant la crise à ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre.

L'outil plan blanc, même s'il ne doit pas être remis en question, est en partie inadapté au management de la crise pandémique qui se prolonge. Ce constat, propre aux activités de management de la crise pandémique elle-même, doit également se décliner pour assurer la mission initiale de l'hôpital : l'accueil des patients pour les autres pathologies que celles corrélées à la crise.

2.2 Les difficultés de la continuité de la mission hospitalière classique face au maintien du plan blanc dans la durée

Le plan blanc permet l'organisation de l'établissement en période de crise en trouvant un point d'équilibre entre celle-ci et la gestion des activités courantes. Il est certain que l'activité propre du GHPSO a été bien moindre pendant les premiers mois du plan blanc mais les patients, et notamment les patients chroniques ou nécessitant des prises en charges immédiates ou régulières, ont tout de même été accueillis, obligeant une organisation de la structure pour arriver à concilier les activités. Cette situation est au cœur du plan blanc et s'organise à court terme : déprogrammation des opérations immédiates, report des prises en charge en s'assurant d'éviter la perte de chance. Dans

²⁵ Seulement 6 jours de stocks à cette date.

²⁶ Voir annexe 4.

le cas précis de la crise de la Covid-19, le plan blanc et la crise se sont étirés sur une période si longue que ces réflexes n'ont pas été efficaces et qu'il a été nécessaire de créer de nouvelles dispositions face à l'inadaptation du plan blanc.

Trois types de difficultés seront abordés mais excluront par principe les problématiques de gestion des ressources humaines, certes nombreuses mais qui seront abordées ultérieurement. La première difficulté porte sur l'inadaptation des outils prévus à la gestion d'un plan blanc dans le cadre de la crise pandémique (2.2.1), mais aussi les difficultés architecturales propres à l'établissement (2.2.2) ainsi qu'enfin des palliatifs organisationnels au plan blanc permettant la continuité de l'activité sur l'établissement (2.2.3).

2.2.1 L'inadaptation des outils prévus à la gestion d'un plan blanc mis en œuvre pour affronter un risque pandémique

Cette inadaptation a été observée rapidement, faute d'une fin de crise rapide. Face à la certitude que celui-ci ne serait pas levé au bout de quelques jours et face à un renouvellement très régulier des contraintes inhérentes à la gestion de crise, comme les régulières nouvelles dispositions d'hygiènes, de prise en charge, les vigilances propres aux structures médico-sociales ou aux unités sanitaires, le dépistage dans les établissements médico-sociaux, d'accueils de mineurs ou de population en difficulté, de nombreux outils prévus pour la crise se sont avérés manquants ou insuffisants.

Pour gérer la crise, le manager doit penser à chaque changement de situation et utiliser la méthode du raisonnement tactique²⁷ qui repose sur six questions qui doivent se succéder : « *de quoi s'agit-il ?* », « *avec qui et avec quoi ?* », « *contre qui ? contre quoi ?* », « *où, quand ?* », « *comment ?* », et « *quelles initiatives restent-elles ?* ». Ce raisonnement s'accorde avec les différents outils de la cellule de crise : la main courante, les tableaux de bords et les points de situation.

Là où la difficulté dans le déclenchement classique d'un plan blanc est de mener toutes ces actions de concert sur un temps très restreint, la tenue de ces outils a été très complexe jour après jour. Tout d'abord, les tableaux de bords ont été difficiles à mettre en œuvre, puisque basés sur les dispositions initialement prévues et qui se sont avérées insuffisantes voire obsolètes. La main courante, elle, est vite devenue trop longue et difficile à tenir sur son contenu. Enfin, les points de situation, utiles *a priori*, se sont transformés en semi cellules de crises, propres à chaque problématique spécifique : point sur la rupture logistique, point sur la situation propre à l'EHPAD, point sur le déclenchement de mesures drastiques d'isolement à l'unité sanitaire, *etc.* Difficile de mener de front la totalité de ces sujets tout en assurant les modalités de prises en

²⁷ Décrit par Christophe VAN DER LINDE, dans « le management en santé, page 512 ».

charges habituelles des usagers. Ces outils ont donc, au-delà de la cellule de crise elle-même, été dépassés par la crise et de fait ont évolué au-delà des dispositions initiales.

A ces manques, s'est ajouté la difficulté de maintenir un haut niveau de mobilisation et d'information de tous les acteurs concernés, cela d'autant plus que le GHPSO traverse actuellement une profonde refonte de son système d'informations : déploiement d'un dossier patient informatisé entamé fin 2019 et une gestion administrative des malades à bout de souffle. Multiplier les alertes et l'information peut permettre de maintenir un niveau de mobilisation mais risque également de faire diminuer l'attention des agents et des médecins en noyant les informations. Faute d'outils prévus au plan blanc et de moyens performants, l'établissement a mis en œuvre, dans le respect des règles CNIL, un espace de travail commun à toutes les personnes utiles à la crise avec des accès ouverts aux dossiers correspondants aux rôles de chacun. A cet instrument s'est ajoutée une mailing list d'alerte spécialisée, connue de toutes les composantes des cellules de crise, de l'ensemble des cadres de santé et des médecins chef de structures. C'est cet outil qui a facilité un niveau d'alerte efficace tout au long de la crise pandémique, sans que la cellule de crise ne soit organisée en continue, permettant de dégager du temps pour continuer à assurer le quotidien et d'assurer un équilibre entre toutes les activités auxquelles l'établissement fait face.

Autre inadaptation prononcée du plan blanc : celui-ci n'est pas calibré pour un déclenchement concomitant à l'ensemble des établissements du territoire. Pour rappel, le 6 mars 2020, à la demande du Ministère des solidarités et de la santé, le plan blanc a été imposé à tous les établissements, permettant d'en aider certains, au bord de la rupture, à prendre en charge des patients pour transférer ceux qui pouvaient l'être vers d'autres régions peu touchées par la crise. Si le GHPSO n'a pas bénéficié de transfert de ses patients vers d'autres régions, cette mise en place uniformisée et les dispositions de déprogrammations d'activité ont maintenu l'établissement dans une situation tendue mais, certes, sans rupture.

Et si les déprogrammations chirurgicales et médicales non urgentes ont débuté le 28 mars sur tout le territoire, ces actions ont été menées au préalable dans l'Oise et dès le 9 mars au GHPSO. De même, encadré par l'ARS Hauts-de-France, la priorisation des reprogrammations basées sur la perte de chance ont repris progressivement sur les dernières semaines du plan blanc.

Le plan blanc ne prévoit pas cette coordination aux décisions intervenant au niveau national. Dans le cas spécifique à cette pandémie, il y a eu peu de conséquences pour l'organisation du GHPSO, celui-ci étant déjà au plus près de l'épidémie. Seulement, la position d'établissement en périphérie de la crise aurait pu être plus difficile : l'obligation d'annuler de nombreuses activités alors que l'établissement ne fait pas face à un afflux de

malade peut poser un certain nombre de difficultés de prise en charge et d'incompréhension des usagers. Ce scénario spécifique, absent du plan blanc, pourrait y être intégré, idem dans le plan de continuité d'activité.

2.2.2 L'organisation de la structure face aux difficultés propres au GHPSO et à son architecture dans sa gestion de la crise

Les difficultés à concilier activité classique de la structure et gestion de crise mettent en avant des particularités locales qui auraient pu être minorées par un plan blanc plus large ou plus adapté à la longue durée.

La première repose sur la spécificité architecturale bi-site du GHPSO pour ses activités MCO. La distance entre les deux est de moins de 20 kilomètres, mais cette particularité pèse dans le cadre de la prise en charge, longue d'une pandémie comme celle du Covid-19. Le plan blanc organise normalement la gestion de crise en graduant les deux sites. Le site de Creil, doté du plateau technique le plus performant, assure la réponse d'urgences absolues. Le site de Senlis, se charge quant à lui d'une réponse d'urgences plus relatives. Si cette répartition du plan blanc vise à modérer les flux, eu égard aux capacités d'accueils et aux spécialités accueillies sur les deux sites, cette logique a dû être rapidement remise en question. En effet, les activités gériatriques sont rassemblées sur Senlis, la moyenne d'âge des patients covid-19 accueillis au GHPSO était de 67 ans, la médiane elle à 70 ans²⁸. De ce fait, les logiques d'accueil ont été bousculées, pour accueillir des patients plus âgés. Il a fallu à la fois sur le service d'urgence de Creil et de Senlis, doubler les prises en charges spécifiques Covid, transformer les unités d'hospitalisation de très courtes durée pour accueillir des patients âgés des deux côtés, tout cela au détriment des patients classiques. Bien que ces lits dédiés, pris notamment sur Senlis à la gériatrie et au SSR gériatrique ont permis d'accueillir les patients Covid-19, il a fallu repenser l'accueil de patients gériatriques hors Covid et multiplier les transferts de patients vers le site de Creil, doté de médecins de spécialités pouvant prendre en charge les patients atteints par la pandémie, mais très peu de ressources en gériatres,. En cela le plan blanc a été défaillant, ne prévoyant pas d'organisation permettant d'anticiper cette difficulté relative à l'âge qui inverse l'organisation habituelle de réponse à la crise.

La seconde particularité locale repose sur la place du DIM dans la logique du plan blanc et de la continuité des activités. Ce service, piloté par un médecin, est un excellent marqueur de l'activité et de la perte qui peut être inhérente à la prise en charge de la pandémie. Pourtant, son rôle est absent du plan blanc classique du GHPSO et d'autres plans consultés. Associer sur le long terme le DIM qui maîtrise les filières de l'établissement pourrait permettre d'anticiper les difficultés d'organisation lorsque la crise

²⁸ Chiffre disponible en annexe 2.

perdre sur le long terme. Il pourrait être un filtre pour l'ouverture ou la fermeture d'unités dédiées à la crise mais également pour mieux maîtriser l'organisation interne des services et le besoin de maintenir telle ou telle activité selon le bassin de vie de l'établissement. L'expérience de la crise sanitaire entre février et juin et l'association tardive des médecins DIM aux cellules de crise a d'ailleurs été mise en avant au GHPSO. Une fois leur participation plus intégrée, la fluidité de l'organisation a été plus optimale montrant bien cette carence à préparer cette cogestion de crise et d'accueil classique sur le long terme. Ces deux difficultés concourent à la dernière particularité locale qui est celle de continuer à apporter une véritable réponse à la continuité des soins nécessaires eu égard à la perte de chance dans toutes les disciplines de l'établissement. Le GHPSO possède dans les services d'hémodialyse, d'oncologie, de rhumatologie ou en cardiologie des soins de pointe qui doivent continuer malgré la crise et malgré la réduction des capacités d'accueils. Si la chirurgie ambulatoire et les chirurgies non urgentes doivent être déprogrammées, il était nécessaire de continuer à assurer les opérations d'urgences et les réanimations d'urgences hors Covid-19. Certains de ces soins n'ont pas été réalisés du fait du renoncement aux soins des patients, situation décrite par de nombreux acteurs de santé et notamment la FHF²⁹. Le plan blanc visait à éviter qu'il n'existe d'éviction au soin de la part de la structure. Pourtant eu égard à l'ampleur du phénomène de crise sur l'Oise et le territoire du GHPSO, il a été difficile, sur le long terme, de ne pas faire d'entorse à cette nécessité et notamment sur le pic de la crise identifié entre le 24 mars et le 24 avril 2020. Cette défaillance organisationnelle a perturbé l'équilibre entre gestion de crise et gestion du quotidien poussant à organiser d'autres circuits non prévus jusque-là.

2.2.3 La mise en place de palliatifs organisationnels, non prévus par le plan blanc, pour continuer à répondre à l'activité quotidienne et faciliter la gestion de crise

Ces palliatifs au plan blanc, mis en œuvre du fait de la durée de la crise et rendus possible par le caractère ouvert du plan blanc, pourraient intégrer ses dispositions s'il devait être révisé, dès lors que, une fois mis en œuvre, ils ont soulagés la structure.

Tout d'abord il faut observer que le plan blanc est un outil centré sur l'organisation de l'établissement et il ne prévoit pas, hors SAMU, d'organisation au-delà de ses murs. Pourtant, pour s'éloigner de la rupture de l'établissement, ce type de disposition pourrait avoir une utilité intéressante. Contrairement au plan blanc, le GHPSO a pu s'organiser avec d'autres établissements du territoire pour activer des filières de prise en charge des patients, à la fois pour ses patients classiques, mais également pour les patients touchés par la crise. Il a d'abord été question de s'attacher aux établissements faisant parties du

²⁹ <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Alerte-sur-le-renoncement-aux-soins>

GHT dont le GHPSO est l'établissement support. Ainsi, une filière d'accueil spécifique Covid-19 a été mise en place sur l'établissement de Pont-Sainte-Maxence et la filière SSR du même établissement a été aménagée pour accueillir les patients non Covid-19 du GHPSO. Cette logique a aussi eu lieu avec la Clinique du Valois à Senlis et l'établissement Paul Doumer de l'AP-HP, associés au GHT, qui ont accueilli des patients dans une unité Covid-19 spécialisée mais également dans leurs lits de médecine. Enfin, un autre établissement privé du territoire, la Clinique des Jockeys a accueilli des patients, essentiellement Covid-19, dans des unités spécialisées ainsi que des patients stables avec d'autres pathologies.

Le GHPSO, pour assurer ses missions, a donc dû aller au-delà des processus inscrits dans le plan blanc pour éviter la rupture. Le GHT est un outil de développement du plan blanc pandémique, permettant d'organiser sur le territoire une réponse encore plus adaptée et répartissant les forces de réponses. C'est particulièrement le cas pour le GHPSO qui compose à lui seul 95% du GHT, les deux autres établissements étant essentiellement des structures d'aval qui peuvent être organisées en conséquence. Envisager un plan blanc de GHT aurait tout son sens. De même, pour les établissements associés ou simplement du territoire, face à une crise de longue durée, ils pourraient également intégrer ce plan blanc pandémique de territoire, construit autour de l'établissement public MCO doté des capacités d'actions les plus importantes.

Enfin, il reste à noter que sur la question des palliatifs organisationnels de l'établissement pour assurer l'équilibre crise et gestion du quotidien une nouvelle difficulté sur les questions logistiques. Affronter les défis de la rupture logistique de la partie « programmée » a été, en plus de doter les services accueillants les patients atteints de la Covid-19 en moyens suffisants, de continuer à pouvoir alimenter les services accueillants les patients hors Covid. Ce fût particulièrement le cas pour l'usage unique dans les blocs opératoires, les masques pour d'autres pathologies l'exigeant³⁰ et pour les médicaments dits « Curare » utilisés en réanimation et aux blocs opératoires, qu'il a fallu utiliser de manière raisonnée dans les activités classiques afin de ne pas arriver à rupture. De nombreux arbitrages ont dû être faits en matière logistique et le plan blanc d'établissement seul n'a pas suffi. L'approvisionnement sur les équipements sensibles, mises en place par les ARS en lien avec Santé Publique France, a permis de tenir dans le temps, et de permettre cet équilibre entre les activités.

A cette difficulté d'alimentation s'ajoute une défaillance importante des prestataires extérieurs, qui était difficilement imaginable au départ. Pendant plusieurs semaines, face à l'inconnu de la maladie, des intervenants très divers comme le prestataire cafétéria, le prestataire télévision, le prestataire téléphone et de nombreux prestataires de maintenance ou de travaux ont refusés d'intervenir sur site, bien que certaines de ces

³⁰ Les FFP2 sont indiquée pour la prise en charge des tuberculoses et d'autres affections pneumologiques.

opérations de maintenance soient obligatoires et surtout essentielles à la continuité de l'établissement. Ces dispositions non-anticipées ont été autant de problèmes de management de la structure, en paralysant des lits ou des modalités de prises en charge. Or, ce type d'urgences techniques et logistiques mériteraient d'être sécurisé par le plan blanc.

Sur la longue durée, le plan blanc a fait naître des difficultés dans la poursuite des rôles et missions de l'établissement en plus des missions relatives à la crise. Ces constats qui ne remettent pas l'outil en question mais qui interrogent sur son périmètre, doivent également intégrer différents circuits pour répondre à la crise, mais pas uniquement sur une courte période. L'instantanéité de la réponse doit porter sur du plus long terme.

2.3 L'obligation d'adapter les circuits de la prise de décision

Le plan blanc prévoit un certain nombre de niveau de prise de décisions, fondée sur l'urgence et un raisonnement en escalade permettant de s'assurer que les décisions sont en adéquation avec la crise qui se déroule mais également avec l'activité de l'établissement. Ces décisions ne sont pas le fruit du seul directeur ou de l'équipe de direction. Cette organisation de la décision, en « mode mission », vise à fiabiliser la conduite de la gestion de crise en y associant un certain nombre d'acteurs. Toutefois, la crise de la Covid-19 a mis à mal cette organisation, semblant huilée, en allongeant considérablement le temps d'exercice des dispositions du plan blancs. Les circuits de décision, adaptés à une immédiateté littérale, se sont vus bousculés par la nature même de la crise. Au déclenchement du plan blanc le 25 février 2020, le GHPSO ne savait pas que celui-ci pourrait durer jusqu'au 17 juin. La prise de décision pendant la crise n'a pu fonctionner comme celle initialement prévue et nécessite des adaptations dans ces circuits, à la fois face aux injonctions sanitaires nationales (2.3.1), mais aussi dans l'association à la décision des médecins pour un pilotage médico-administratif (2.3.2) et enfin une meilleure association des usagers (2.3.3).

2.3.1 Une marge de manœuvre de l'établissement dépendant des injonctions sanitaires nationales

Si le plan blanc prévoit bien des coordinations avec la préfecture, le SAMU et l'ARS pour le déclenchement du plan blanc et le suivi de la crise, les circuits de prises de décisions ont été fortement bousculés par l'épisode pandémique de la Covid-19. Les réflexes habituels du plan blanc, quand ils étaient intégrés, ne prévoyaient pas un afflux aussi

massif de consignes et de recommandations régionales et départementales que celles dont les établissements de santé ont dû intégrer tout au long de l'épisode sanitaire.

Cet écart, peu anticipé car peu prévisible, a nécessité d'adapter la cellule de crise et d'opérer une veille quasi-quotidienne autour des différentes remontées qui pouvaient être assurées. Tout au long de la crise sanitaire, des cellules de crises communes aux établissements de l'Oise ont été mises en place, sous la direction de l'ARS et parfois avec l'association du CHU d'Amiens. Ce temps d'échange était souvent le moment de mettre en avant les difficultés organisationnelles de chacun des établissements et le partage des bons processus mis en œuvre. C'était aussi le premier moyen de descente d'informations et d'actions à mettre en œuvre. A ces temps formels, des courriers et injonctions de l'ARS Hauts-de-France sur les actions à mener ont été transmis aux établissements.

De même, de nombreuses recommandations ont été délivrées, venant notamment de la Haute Autorité de Santé, des CPIAS des Hauts-de-France, mais aussi du Haut Conseil de Santé Publique.

Par ailleurs, souvent, en aval des recommandations, le Ministère des solidarités et de la santé et la Direction Générale de la santé délivraient des messages d'alertes sanitaires³¹ et les MINSANTE/CORRUSS. Ces documents comportaient des consignes à mettre en œuvre et réaliser dans les plus brefs délais. Enfin, d'autres recommandations et consignes sont intervenues tout au long de la crise, spécifiques notamment aux EHPAD, au contact-tracing en lien avec la CPAM ou aux unités sanitaires.

Face à cet ensemble de consignes et d'obligations, plusieurs obstacles sont apparus telles que les injonctions contradictoires avec les recommandations. Ensuite, un nombre important de celles-ci intervenait sur un même sujet, notamment en matière d'hygiène, avec nécessité de les mettre à jour plusieurs fois dans la même semaine. Il faut également noter que certaines ont pu être communiquées à des moments peu pratiques, comme tard le soir ou en cours de week-end, rendant difficile l'adaptation et une mise en œuvre concertée, en présence d'une cellule de crise d'astreinte, donc par principe très réduite.

De fait, ni la cellule de crise prévue par le plan blanc, ni les processus de décisions de celui-ci n'étaient adaptés à cette multiplication des normes en nombre et dans le temps, mobilisant de nombreux acteurs et créant un autre frein à la bonne gestion de la crise sur l'établissement. De plus, elle entraîne *de facto* une vraie difficulté pour la structure car il est nécessaire de décliner ces injonctions et d'en assurer leur communication, leur bonne application et le remplacement de l'ancienne par la nouvelle. Sur ces constats, le plan blanc est insuffisant.

³¹ 74 MARS au 1^{er} septembre 2020.

Autre point important qu'il faut souligner dans les inadaptations du plan blanc : celle de la place des tutelles sanitaires et notamment celle de l'ARS. Sur une si longue durée et avec des aspects logistiques qui ont été au-delà de la fin du dispositif plan blanc, celui-ci, ne permet pas toujours de trouver facilement le bon niveau d'interlocuteurs ou les domaines sur lesquels l'établissement a de la marge ou non.

Si l'ARS a répondu présent auprès du GHPSO tout au long de la crise, plusieurs exemples peuvent montrer que le positionnement de l'établissement n'a pas toujours été simple.

Le plan blanc évoque bien des mesures de communication vers l'extérieur. Cependant, les consignes en début de crise ont été, les premiers jours, de ne pas communiquer vers l'extérieur, cette tâche relevant de la compétence de l'ARS. Néanmoins, après quelques jours et, du fait de la présence de beaucoup de journalistes devant l'établissement, l'interdiction a été finalement levée à l'exception de l'identité des malades et des personnes décédées de la maladie. Ce revirement, fondé sur l'importance des événements, a été difficile à adapter après plusieurs jours d'injonction de ne pas communiquer.

Autre exemple, la doctrine en vigueur la dernière semaine de février demandait un isolement massif des agents qui auraient été en contact avec un malade et la fermeture des services y afférents selon des critères fixés : moins d'un mètre, plus de dix minutes et la présence de gouttelettes. Trois services se sont ainsi retrouvés fermés ou amputés d'une grande partie du personnel. Ce fut notamment le cas de la réanimation et de l'unité de soins continus pourtant essentiels à la prise en charge des patients Covid. Ces services ont été fermés pendant plus de 5 jours avant un revirement indiquant que faute de tests et faute de symptômes, les professionnels pouvaient finalement travailler sans isolements.

Enfin, dernier exemple, rendant difficile le management de l'établissement par le directeur, celui du budget plan blanc, qui, à part celui dédié à la construction des stocks dits plan blanc, est inexistant. Ce point a été important tant les dépenses hospitalières ont augmenté le temps de la crise notamment en approvisionnement de médicaments et d'usage unique mais également pour armer en air et en matériel des unités dédiées. Faute de trésorerie, et surtout alors que l'activité classique diminuait fortement, les réactions des tutelles, d'abord fondées sur une compensation à venir puis sur un dispositif d'avance mensuel sur la base de l'année 2019, ont permis de contribuer au financement des conséquences de la crise. Un mécanisme d'anticipation pourrait être envisagé à cet égard dans les plans blancs.

Ces différents aspects de relations avec les tutelles ne sont donc pas ou sont mal intégrés dans le plan blanc classique. Une évolution semble primordiale pour que l'établissement

puisse plus facilement s'adapter à la crise épidémique et surtout adapter ses circuits pour répondre aux mieux aux injonctions et aux recommandations des tutelles.

2.3.2 L'importance d'intégrer une gestion médico-administrative dans la crise

La question de la gestion médico-administrative n'a pas vocation à s'inscrire en tant que telle dans le débat actuel sur la gouvernance hospitalière et ses projets de rénovations ou de modifications inscrits dans le Ségur 2020 de la santé et d'autres dispositions sanitaires. Toutefois, il faut tout de même observer le rôle important que la communauté médicale doit avoir dans l'organisation de la crise, rôle peu anticipé en dehors de la réponse médicale d'urgence et des praticiens censés être présents en cellule de crise.

Le plan blanc du GHPSO prévoit la présence d'un médecin directeur des secours dont le rôle est d'évaluer le niveau de catastrophe, déterminer les moyens à mettre en œuvre et coordonner l'organisation sur place en assurant le contact avec les ressources médicales internes et les partenaires extérieurs. Comme vu précédemment, le lien avec l'ARS, la préfecture ou encore le SAMU n'ont pas été aussi nombreux qu'ils ne le sont dans une situation d'afflux majeur de victimes prévu dans un plan blanc classique. Le rôle dédié aux médecins aurait dû être, de fait, minoré dans l'organisation globale en dehors des soins. Pourtant, ce rôle de conseil n'a pas été oublié et, au contraire, bien qu'il ne soit pas inscrit dans le plan blanc, il a permis l'organisation continue de la structure en mouvement tout au long de la crise pandémique pour s'adapter toujours plus.

Le premier exemple à mettre en avant est celui de l'UMGPS. Cette « *unité médicale de gestion des parcours de soins* », placée sous la direction d'un médecin et composée d'infirmiers dédiés, est en temps normal l'outil fluidifiant des parcours patients, ayant pour objectif de faire respecter les DMS, les dates de sorties et de faciliter les admissions des patients des urgences dans le bon service sur les deux sites MCO. Cet outil de gestion du quotidien, qui permet des arbitrages médicaux pris par un médecin, a eu toute sa place dans le dispositif de réponse à la crise, sans qu'il ne soit intégré dans le plan blanc initial. Tout au long de l'épisode sanitaire, il a permis d'analyser au plus près les patients, les afflux aux urgences et dans les circuits ambulatoires, les besoins en hospitalisation de patients atteints par la pandémie et des besoins en lits pour les autres disciplines. Cette unité et son médecin responsable ont été des acteurs importants du pilotage médico-administratif et facilitateurs de la prise de décisions pour les ouvertures et fermetures d'unités, pour les modalités d'accueil en chambre double ou pour les patients qu'il était nécessaire ou non d'hospitaliser. Autant de champs d'exercices médicaux où le directeur manager de crise ne peut pas prendre une décision sans avis médical. Cette fluidité a largement contribué à ce que la structure puisse faire face à la crise.

Une autre association, non prévue au plan blanc et pourtant essentielle au pilotage médico-administratif, est celle des infectiologues de l'établissement. Spécialistes de ces dispositions de crises, ressources souvent rares en dehors des établissements universitaires³², ce sont pourtant des ressources importantes de l'organisation médicale de l'établissement en lien avec les praticiens hygiénistes et la prise en charge des patients, notamment face aux nécessités d'allier à la fois les patients Covid-19 et ceux de la file active. De même, lors de la pénurie de tests ou de faibles accès à ceux-ci dans le cadre du dépistage, les décisions médicales prises, avec l'aval du directeur, ont permises de prendre en charge les patients avec une logique médicale adaptée afin de faire face à la situation sanitaire difficile. Cette association, spécifique au plan blanc de longue durée, aurait eu tout son sens dans les outils de préparation de la structure.

Enfin, il est à noter que le plan blanc ne prévoit pas non plus une association réelle des médecins à la structuration de la crise en plus du médecin directeur des secours. Sur un plan blanc court, cela pose peu de difficultés car ils doivent faire face à l'afflux de patients. Sur du long terme, les interlocuteurs habituellement identifiés comme le président de CME, les chefs de pôles ou les chefs de structure interne, qui vont porter les changements et assurer et faire assurer les lignes de prise en charge médicale dans les unités classiques ou dans les unités dédiées au Covid, sont absents de la gestion de crise. Cette coordination des forces médicales semble pourtant essentielle mais n'est pas mise en avant. L'inscrire dans le plan blanc alors qu'elle n'y ait pas donnerait le sentiment officiel d'association et permettrait une meilleure adhésion aux décisions qui seraient prises sur la base de leur proposition pour une grande partie. Ce manque réel dans le plan blanc, en dehors des médecins responsables de l'urgence, est un frein à la bonne application du plan blanc et à une réponse à une crise de longue durée face à une pandémie où la présence médicale est essentielle au lit du malade mais également à la prise de décision. Le management de la crise au GHPSO n'aurait pas été le même s'il n'avait pas été cherché cette association médicale tout au long de l'épisode sanitaire.

Sur une crise de longue durée, le plan blanc ne prévoit pas ces modalités organisationnelles médicales pourtant essentielles. Un vrai travail de prise en compte de ces nécessités mérite d'être envisagé si le plan blanc devait évoluer, afin de faciliter ce pilotage médico-administratif et la décision du centre de commandement tout au long de celle-là.

³² Au total, 5 ETP sur l'Oise : 1 à Beauvais, 1 à Creil, 3 à Compiègne

2.3.3 Le manque d'association des usagers à la gestion de crise prévue au plan blanc

Tout comme l'absence de pilotage médico-administratif peut être un frein important au management de la structure hospitalière, il apparaît que l'association des usagers peut en être un autre. La culture d'association des usagers aux décisions hospitalières est récente et remonte à une ordonnance de 1996³³. Modernisée à plusieurs reprises, la dernière par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016³⁴ qui crée les Commissions des usagers (CDU), celle-ci a vocation à étendre la place des usagers dans les établissements de santé.

Les plans blanc consultés ne prévoient pas une place spécifique pour les usagers en dehors d'un accueil spécifique pour les familles des victimes de l'incident ayant déclenché ledit plan blanc. Tout au long de la crise sanitaire, cette association n'a pas été pensée ou travaillée.

Plusieurs points, certains se contredisants entre eux, témoignent de cette absence.

Nécessité face à l'incertitude du virus faisant foi, l'usager de l'établissement, en dehors du patient lui-même, a été « exclu » de l'hôpital le temps de la crise, cette interdiction étant fondée sur la méconnaissance du virus et de ses modalités de transmissions. En dehors du patient, l'accompagnant, le visiteur, n'ont pu rendre visite à leurs proches ou les accompagner lors de leurs prises en charges. La stricte limitation de l'accès à l'établissement pour toutes les prises en charge hors pédiatriques (pour lesquels était imposé la présence d'un seul parent) a été appliqué dans de nombreux établissements. Certaines maternités sur le territoire interdisaient même au second parent d'accéder à la salle de travail et d'être présent tout au long de l'hospitalisation suite à l'accouchement.

De même, un patient atteint par la Covid-19, une fois déposé aux urgences, n'avait pas le droit aux visites. Ni dans celles-ci, ni dans les services d'hospitalisation, ni en réanimation. Cette interdiction de visite a été étendue aux soins palliatifs et dans les services d'oncologies bien que aménagements ont été possible pour les personnes en fin de vie avec des mesures de protections draconiennes.

Enfin, en cas de décès d'une personne atteinte de la Covid-19, le corps n'a pu, pendant longtemps, être vu par ses proches selon les protocoles habituels pour le deuil des familles.

Par ailleurs, la suspension des instances décisionnelles et consultatives du GHPSO pendant le temps de la crise, pensée sur les mêmes fondements que pour les visites, n'a pas permis de consulter et d'informer les usagers en dehors des communiqués de presse réalisés par l'établissement. La CDU, ni le Conseil de surveillance n'ont pu se réunir pendant la crise.

³³ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

³⁴ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Cette réduction drastique des droits des usagers dans les établissements, en s'éloignant de la charte des usagers et couplé à une exclusion *de facto* des débats, pose un certain nombre de problèmes dans la gestion de la crise.

Bien entendu, les justifications de réduction du passage dans l'établissement se sont fondées sur la réduction des risques de transmettre la maladie de l'extérieure, mais également pour éviter des contaminations au sein de l'établissement et créer des clusters interne ou des contaminations nosocomiales. Pourtant, cette absence totale d'association des usagers, en dehors d'une simple ligne de communication et des notes sur l'interdiction des visites ou le port du masque dans l'établissement, interroge. Une nouvelle fois, cette accueil réduit ou ces interdictions et manques d'information à court termes sont acceptables. Mais le plan blanc ne prévoyant ni place ni véritable canal ou cellule d'information, notamment quand la crise perdure, créé plusieurs difficultés. Cela créé un manque de compréhension des usagers à ces modalités mais aussi créer des mécontentements et des mouvements de colère, notamment au moment du décès où la dépouille ne pourra être vue par ses proches. Ce type d'évènements s'est produit à plusieurs reprises sur le site de Creil. Cela a nécessité un dispositif de sécurité en complément des dispositifs précédents.

De plus, ce manque d'information vient à la fois déposséder les usagers de droits acquis mais également prive la cellule de crise d'avis et de conseils qui pourraient être utiles à l'établissement.

Le plan blanc, indéniablement utile, a toute sa place dans la structure hospitalière et a véritablement permis de dégager des marges, à court terme permettant le double fonctionnement de l'hôpital, à la fois en crise et dans ses activités courantes. Pourtant, dès que la crise perdure, il a de nombreux défauts et inadaptation qui sont pourtant nécessaires pour garder le dispositif efficient et permettre au directeur un management de la crise dans l'établissement.

3 Les évolutions nécessaires de la structure et de son plan blanc pour mieux affronter à l'avenir un épisode de crise pandémique similaire ou non

Le plan blanc souffre bien d'inadaptations et de manques face à une crise pandémique qui perdure. Ce constat doit permettre de le faire évoluer afin le rendre plus efficient et ainsi remplir ses objectifs de management de la structure.

Ce plan blanc spécifique aux crises pandémiques, qui pourrait devenir un onglet du plan blanc ou un plan distinct, doit intégrer de nouvelles modalités de structuration de l'établissement pour continuer à gérer la période pandémique, tout en intégrant la continuité de l'activité et les fluctuations de celles-ci. En effet, au gré de l'évolution de la crise ou de la succession d'épisodes de crise la composant, il peut y avoir des conséquences sur l'établissement. L'organisation peut être différente selon la courbe du cadre conceptuel d'une situation sanitaire exceptionnelle³⁵ que ce soit proche du déclenchement, au cœur de la crise ou au plus près de sa levée.

L'outil doit donc intégrer ces données car selon l'intensité de l'évènement, et cela a été le cas au GHPSO, les projets de l'établissement sont gelés, des activités de soins ne sont plus assurées et certaines de ces missions doivent, en considérant la perte de chance, être prises en charge ailleurs, c'est-à-dire chez des partenaires ou non. Ce point précis souffre de difficulté quand l'ensemble d'un département se trouve en grande difficulté.

Le plan blanc est un outil managérial majeur, des hommes, mais aussi et surtout de la structure : il apporte un cadre, des réflexes, une sécurité juridique et organisationnelle et permet aux différentes composantes de jouer leurs rôles. Il doit donc être complété pour mieux préparer et anticiper la crise pandémique.

C'est d'ailleurs, en pratique, ce qui a été fait sur le GHPSO, car sans l'adaptation en temps réel à cette crise pandémique, le pilotage de la structure en plan blanc du 25 février au 17 juin aurait été très différent.

A la lumière de cette expérience, trois axes non exhaustifs doivent être explorés : penser les outils compris dans le plan blanc pour une crise pandémique de longue durée afin de faciliter le management de la structure (3.1), trouver la meilleure manière d'adapter la gestion des ressources humaines à un plan blanc de longue durée (3.2) et travailler au retour à une situation sanitaire normale intégrant le nouveau risque (3.3).

³⁵ Cadre conceptuel d'une SSE et/ou d'une crise Christophe Van Der LINDE et Bertrand PARENT, IDM/EHESP disponible en annexe 4

3.1 Intégrer dans le plan blanc des outils propres à une crise pandémique de longue durée pour faciliter le management de la structure

Pour répondre à des aspects pratiques, les plans blancs sont déclinés sous la forme de « fiches techniques » ou de « fiches actions » qui visent à l'organisation de la cellule de crise, les modalités de rappel, les acteurs à mobiliser et les check-lists d'actions à mener. On y mobilise, pour le temps de la crise, les moyens nécessaires pour mener à bien l'activité supplémentaire le temps de l'incident.

Mais l'ensemble de ces fiches et des actions qui y sont prévues ont finalement un rôle rapide mais à durée limitée. Si la crise s'étend comme cela est le cas pour une crise pandémique, les modalités initialement prévues au plan blanc perdent de leur intérêt. Passé le déclenchement sur le GHPSO, une fois le service de réanimation fermée et les patients transférés, la notion d'immédiateté a perdu de son sens, la cellule de crise continuant au profit d'une crise dans la durée. Il a fallu s'adapter à cette nouvelle situation en restant dans les objectifs du plan blanc.

L'évolution de l'outil peut se faire sur la base de l'existant et il est recommandé de créer un nouveau volet « plan blanc épidémique ou pandémique » afin de permettre la réactivité. Un déclenchement sur modalités uniques quel que soit le plan blanc doit rester privilégié, et selon la qualité de la crise, il conviendrait ensuite d'opter pour le bon volet. Cette évolution doit encore être décidée à un niveau national pour que chaque établissement puisse adapter ses outils de gestion de crise eu égard à ses spécificités architecturales ou de prise en charge. Toutefois, un certain nombre d'axes génériques et déclinables en pratique peuvent être proposés pour le management et l'organisation de la crise.

Tout d'abord, il faut observer l'amélioration nécessaire de l'organisation de la cellule de crise (3.1.1), puis travailler les modalités d'actions à mener pour assurer les prises en charge en unité d'hospitalisation (3.1.2) avant de noter la nécessité de mieux intégrer au plan blanc une démarche qualité et la communication permettant de mobiliser sur du long terme (3.1.3).

3.1.1 L'amélioration nécessaire de l'organisation de la cellule de crise

C'est un axe d'amélioration essentiel sur le long terme. En effet, le plan blanc pose la cellule de crise comme le centre névralgique qui organise la structure tout au long de celle-ci. Néanmoins, dès qu'elle s'étend sur plusieurs jours, puis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, l'organisation citée dans les fiches actions n'est pas tenable. La crise, très aiguë à son déclenchement, peut se stabiliser ou nécessiter une action continue avec une ampleur qui peut varier.

L'exemple de la Covid-19 est plutôt instructif puisqu'il prouve qu'il a fallu déclencher une cellule de crise immédiate pour mettre en œuvre l'organisation de l'établissement. Les deux premiers jours au GHPSO ont d'ailleurs été marqués par une cellule de crise élargie qui n'a pas été de trop pour l'organisation de la structure. Mais ce que le plan blanc n'a pas ou peu anticipé, c'est cette réponse continue.

Dans le cadre d'une crise de l'ampleur de la Covid-19, il faut donc proposer deux alternatives : celle initialement prévue, la cellule de crise physique, les actions logistiques RH, et les actions dans les services concernés. A cette alternative, il semble dès à présent nécessaire d'anticiper un programme d'action, à plus long terme, pour l'ensemble de ces domaines, permettant notamment un relai des acteurs.

L'exemple terrain au GHPSO permet d'illustrer cette nécessité. La mobilisation complète les deux premiers week-ends de la quasi-totalité de l'équipe de direction, des cadres de pôles et de la quasi-totalité des cadres de proximité afin d'organiser la continuité de la prise en charge des patients Covid-19 et des patients non Covid-19, a épuisé les acteurs. De fait, des fiches actions sur le long terme ont leur place afin de garantir cette continuité. A cet égard et afin de faciliter la gestion de ces questions sept jours sur sept, les gardes administratives de directeurs ont été doublées et il en a été de même pour les astreintes d'encadrement afin d'assurer une réactivité immédiate. De plus, des fiches réflexes et de procédures ont été créées afin d'assurer un même niveau d'information. Cependant, il a fallu désigner des référents chargés de la veille et de l'actualisation.

Bien que cette organisation ait été mise en place, l'ensemble de ces données doivent être anticipées sur une fiche action, voir un plan d'action. Ce plan serait déclenché avec des référents identifiés dès que la crise devient moins aiguë mais qu'elle reste trop importante pour être gérée sur la même mesure que le quotidien des activités hospitalières. En revanche, dès que la phase aiguë reprend, la cellule de crise doit reprendre son rôle.

Autre étape de graduation possible, si la situation le nécessite, comme par exemple un évènement propre à l'EHPAD, l'unité sanitaire pénitentiaire ou encore un accueil de patients spécifiques, il peut également être mis en place des cellules de crises spécifiques, déchargeant les personnes non essentielles de leur présence et permettant le repos des personnels ou le recentrage sur les activités courantes encore d'actualité.

Ce modèle nouveau de cellule de crise, s'il est intégré dans le plan blanc, permet à la fois une efficacité sur le long terme pour tout l'établissement et a l'avantage de permettre à chaque acteur de savoir s'il doit être centré sur la crise, sur l'activité courante ou sur les deux. Dans l'idéal, une seconde fiche action doit être créée pour moduler les actions à tous niveaux de l'hôpital, en matière notamment de standard, de sécurité, de communication et sur les secteurs de soins critiques comme les urgences qui s'adaptent à cette graduation de la crise pour mener les missions de soins, sur les deux scénarios, dans la durée.

3.1.2 Travailler les modalités d'actions à mener pour assurer les prises en charge en unité d'hospitalisation

Si le plan blanc cherche, en effet, à organiser une réponse immédiate, souvent autour d'accueil aux urgences, en réanimation, voir des prises en charges de patients adaptées au protocole NRBC, il manque dans l'outil actuel des fiches actions propres aux secteurs d'hospitalisations sur l'adaptation de leurs moyens et leur organisation.

L'un des buts principaux du plan blanc est que l'hôpital ne se trouve pas dans une situation de rupture où il ne peut ni faire face à la crise, ni faire face aux activités hospitalières du quotidien. Dans le cadre d'une crise pandémique, au-delà des décisions qui seront prises par l'établissement, de concert dans la plupart des cas avec l'ARS, les activités hospitalières du quotidien pourraient être régulées au niveau national, comme l'exemple de la demande d'arrêter les soins programmés le 28 mars 2020. Mais ce type de décision pour l'ensemble du territoire est plutôt rare sur la régulation des activités sanitaires prises en charge. Il semble dès lors nécessaire de prévoir un axe du plan blanc permettant à l'établissement d'avoir des arbres décisionnels sur cette question.

Par exemple, dans le cadre de la crise de la Covid-19 au GHPSO, il est vite apparu, face à l'afflux de malades, plus de 120 au plus haut de la crise le 1er avril³⁶, que les conditions d'hospitalisations allaient être mises en difficulté sans locaux adaptés. Les modalités de transmissions de la maladie étant à ce moment-là non identifiées, la difficulté du lieu d'hospitalisation semble être un point à anticiper dans le plan blanc. Deux hypothèses concurrentes ou non peuvent ainsi être proposées :

- définir un service qui, en cas de prise en charge de ce type de pandémie, est transformable en unité spécifique avec le matériel de protection, le matériel de prise en charge et un circuit patient clair allant des urgences vers cette unité et des services supports comme la radiologie ou les laboratoires vers cette unité ; ou
- définir un lieu dans l'établissement, une aile *ex nihilo*, capable d'accueillir ces patients. Il s'agirait d'équiper ce lieu, en fluides médicaux, en matériel d'hospitalisation, de prévoir le personnel, les ratios qui y seraient dédiés le temps de la crise et de l'intégrer aux circuits logistiques dès le déclenchement de la crise.

Le plan blanc doit intégrer ce dispositif au même titre que des stocks prévisionnels, afin de garantir une ouverture en moins de 24 à 48 heures et éviter toute embolisation des autres services. Par ailleurs, si cette unité ne suffit plus, qu'elle soit créée ou convertie, il convient de procéder à de nouvelles transformations. En le prévoyant, l'impact est moindre.

Une fiche plan blanc sur le même modèle devrait également être envisagée pour la réanimation. Dans le cas où, comme pour la pandémie de Covid-19, une nouvelle épidémie ou pandémie nécessitait une montée en charge des capacités de réanimation, il

³⁶ Voir annexe 2

convient d'anticiper celle-ci car l'enjeu est beaucoup plus important en termes de matériel et de capacité de mises en œuvre. Si les lits d'unités de soins continus sont facilement transformables, créer des lits de réanimation à partir de rien est très difficile. Cette fiche plan blanc doit permettre des ouvertures « en escaliers » dans des lieux pensés et définis pour de la réanimation selon les besoins, en déclinant et prévoyant les matériels nécessaires mais également le personnel adéquat. Les salles de réveil ou salles de blocs ont souvent été transformées en réanimations mais anticiper cette transformation dans le plan blanc permettrait une réponse sanitaire plus rapide. De même, d'autres secteurs pourraient être identifiés afin d'envisager de la modularité et surtout de la réversibilité³⁷.

Enfin, et ce point est déjà abordé par les plans blanc actuels, il reste la question des circuits ambulatoires. Pendant la crise de la Covid-19, ces circuits ont souvent été appelés « circuits courts » ou « circuits ambulatoires ». Cet outil est majeur pour le management de la structure et éviter la rupture. Il permet, accolé aux urgences, de désengorger celles-ci en filtrant les patients pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire et donc permettant de ne pas emboliser les urgences. En prévoyant, si nécessaire, cet outil dans le cadre plan blanc, en pendant du lieu de tri et en définissant sa déclinaison, sur les modalités de prises en charges, l'organisation de la structure sera plus fluide.

3.1.3 Mieux intégrer au plan blanc une démarche qualité et la communication permettant de mobiliser sur le long terme

Un point pratique, issu de la démarche qualité, manque au plan revu chaque année. Il s'agit d'indicateurs inscrits dans un tableau de bord plus large. Il est question d'indicateurs de suivi de la crise plutôt qu'indicateurs d'évaluation, qui permettraient de savoir quand et comment déclencher les différentes actions et qui seraient prévues, *a minima*, dans un plan blanc pour épisode long. Il est encore une fois évident que face à la crise, comme cela est prévu par le plan blanc, les établissements s'adaptent d'eux-mêmes, et la quantité d'informations quotidiennes prévues par le GHPSO en atteste. Cependant, pour mieux manager la crise et pour prévoir les niveaux d'intervention de la cellule de crise ou du représentant de la cellule de crise de garde ou d'astreintes, certains indicateurs importants sont à suivre et devraient être prévus dans le plan blanc.

Ces indicateurs touchent à la prise en charge des patients : le nombre de lits occupés, le nombre de places restantes en réanimation, le nombre de décès quotidien, le nombre de places restantes à la chambre mortuaires, le nombre de tests positifs et le nombre de passages aux circuits courts. Ils peuvent aussi s'attacher à identifier des ressources : qu'elles soient humaines (taux d'absentéisme, nombre de vacances encore disponibles) ou logistiques (médicaments utilisés et stocks, EPI utilisés et stocks en jours, en semaine,

³⁷ Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une « réanimation éphémère », SNPAR-MO, Version du 24 juin 2020

en heures). Cette liste, non exhaustive, donne au directeur un avantage dans sa gestion de crise et facilite la mise en place de certaines décisions. L'intérêt d'en anticiper une grande partie dans le plan blanc est qu'ils sont travaillés au niveau du système d'information, pour éviter des indicateurs d'urgences, peu fiables, car réalisés sans garde-fous. L'expérience du GHPSO montre que ces indicateurs ne peuvent vraiment servir que s'ils sont fiabilisés. La moindre absence de l'une des personnes les produisant peut créer des soubresauts dans l'organisation, qu'il faut dorénavant anticiper.

S'agissant de la communication et de l'association du personnel à la crise, un point doit être ajouté dans un plan blanc de longue durée. Il apparaît que sans information claire, régulière, fiabilisée et venant directement du directeur ou de la cellule de crise, l'organisation de l'établissement souffre de difficultés de mise en œuvre. Le plan blanc prévoit bien des modalités de communication mais très orientées sur les communications avec les tutelles, avec la presse et avec les patients. Il semble important d'ajouter cet échelon interne et de le faire tout au long de la crise. Il doit comprendre les notes de services pour porter les décisions institutionnelles et des points de situation réguliers afin d'informer le personnel de la crise qu'affronte la structure. En intégrant ces dispositions au plan blanc, l'ensemble de l'établissement connaît ces modalités de mise en œuvre et peut identifier les canaux qui permettent de les informer des évolutions de la situation. Pour le Directeur, cet ajout facilite également la lutte contre les rumeurs ou les fausses-informations qui peuvent entraver la gestion de crise.

Ces propositions d'amélioration du plan blanc montrent que l'outil, précisé pour des spécificités pandémiques, pourrait considérablement faciliter la gestion de structures pas préparées à la « vague » de la Covid-19. En faisant évoluer ces dispositions, le plan blanc devient plus efficient sur une situation de crise jusque-là peu envisagée pour le management de la structure. Toutefois, ces axes doivent être complétés au niveau de la gestion des ressources humaines à l'hôpital, durement impactées par la crise sanitaire.

3.2 Adapter la gestion des ressources humaines à un plan blanc longue durée

La question des ressources humaines est centrale dans la raison d'être du plan blanc et son adaptation est inévitable dans le cadre d'actions spécifiques à un épisode pandémique ou épidémique.

L'une des vertus principales du plan blanc est la mobilisation du personnel pour faire face à l'épisode de crise. Il prévoit notamment le maintien du personnel en place ou le rappel du personnel nécessaire le temps de la crise. Pour ce faire, des listes régulièrement remises à jour sont stockées et ne sont ouvertes qu'au déclenchement de la crise. Ces

rappels, utilisés lors du déclenchement du plan blanc, ont un vrai sens à court terme. A plus long terme toutefois, face à la répétition des appels aux personnels, à la difficulté d'accorder des congés ou repos ou encore face aux ratios de personnels nécessaires pour la prise en charge des patients atteints par la maladie déclenchant la crise, la gestion des ressources humaines devient un véritable enjeu.

L'adaptation du plan blanc à cet aspect semble utile et inévitable afin de ne pas créer de rupture de prise en charge de la crise ou des activités habituelles de l'établissement. Ces propositions visent soit à prévenir avant la crise, soit à créer des solutions en cours de crise. Plusieurs axes peuvent être envisagés, à la fois autour de la gestion de crise des ressources humaines sur longue durée (3.2.1) mais également sur la stratégie de gestion (3.2.2) ou encore sur les modalités d'appels à des renforts internes ou externes si la situation devait perdurer (3.2.3).

3.2.1 Adapter la gestion courante des ressources humaine pour faire face à la crise

Un établissement hospitalier est un établissement de main d'œuvre : l'ensemble de ses processus sont organisés autour du patient, de son parcours dans la structure et tend de plus en plus à un parcours de soins au-delà de la structure même. Pour assurer ces processus, l'établissement possède une importante masse de personnels, masse qui est confirmé par le poids des ressources humaines dans le budget : entre 65 et 75% en moyenne. Hors situation de crise, l'organisation hospitalière souffre déjà de soubresauts dans sa gestion des ressources humaines, fortement impactées par l'absentéisme et les conséquences d'accidents de travail relatifs à l'exercice hospitalier.

Le plan blanc, s'il a pour objectif d'assurer l'organisation de l'établissement sur une longue durée va se heurter donc à ces différents aléas. Là où un plan blanc épisodique mobilise sur peu de temps plus de personnels voire trop, comme le montre l'exemple des attentats du 13 novembre 2015 où un nombre important d'agents étaient retournés d'eux-mêmes sur leur lieu de travail, sur une plus longue durée, les impondérables classiques de la gestion des ressources humaines réapparaissent. Il devient très compliqué d'assurer ce suivi et le respect des règles définies par l'établissement en conformité avec la réglementation, quand il faut intégrer les impondérables de la vie quotidienne : maladie ordinaire et relative aux accidents de travail, garde d'enfants, absentéisme imprévu, etc. Cette situation se tend davantage avec certains dispositifs nationaux de réaction à la crise sanitaire comme le confinement, la réduction des transports en commun, la fermeture des écoles, des crèches ou l'absence d'accueil par les assistantes maternelles. De nombreux professionnels ont été en difficulté face à ces dispositifs les empêchant de se rendre sur leur lieu de travail.

Le management de la crise se tend considérablement dans certaines unités, d'autant plus quand celles-ci sont déjà en difficulté en période normale. Le plan blanc « longue durée », s'il est mis en œuvre, devra comporter un point portant sur cette question. Certaines dispositions doivent être adoptées et préparées directement par l'établissement : ratios minimums pendant le temps de la crise, remplacement conditionnés à l'occupation des lits, augmentation du nombre de lits par personnel ou encore choix d'opter pour des heures supplémentaires automatiques. D'autres dispositions sont à penser. D'abord au niveau national avant d'être déclinées dans les établissements. La plus structurelle serait, sans doute, d'aller plus loin sur le régime des 12 heures pour le personnel paramédical. Ce régime dérogatoire³⁸ pourrait, sous réserve d'adaptation des textes, viser à ce que tout ou long de la mise en œuvre du plan blanc, les établissements soient autorisés à positionner les personnels en 12 heures pour dégager de nouveau des marges de manœuvres et ainsi réduire le nombre de présences par jour et, par conséquent, faire face plus longtemps à la crise.

Ces dispositions éviteraient également une usure du personnel. Celle-ci a été prégnante tout au long de la crise, notamment pour les ressources dites « rares », en raison de postes vacants, de par l'essence de leur métier ou pour les deux raisons réunies. Ainsi, un dispositif visant à organiser la continuité pourrait être intégré au plan blanc. Même si celui-ci est moins essentiel que le précédent, il viserait à le compléter. En faisant figurer une fiche pratique travaillée avec l'encadrement de l'établissement et valable tant pour les secteurs de soins que les secteurs très exposés comme la logistique, les admissions ou encore les standards, il est possible d'anticiper de nouveaux roulements, pour permettre vacances, relais et surtout penser à long terme le management de la structure.

3.2.2 Adapter sa stratégie de gestion des ressources humaines à long terme

Pendant la crise de février à juin, l'un des points qui a le plus fragilisé la gestion des ressources humaines sur le GHPSO, d'ailleurs sujet rapporté par d'autres établissements de l'Oise, a été la gestion de la réanimation et des personnels dédiés à ce service hyper-spécifique. L'afflux massif de malades de la Covid-19 sur de longues semaines a posé une véritable question, au-delà de l'ouverture de lits : celle des compétences en réanimation. En effet, des ratios de personnels stricts pour les IDE et les AS existent dans ce service : 2 infirmiers pour 5 patients et un aide-soignant pour 4 patients. Les équipes actuelles étaient calibrées pour 15 lits de réanimation et 6 lits d'unité de soins continus transformables en lits de réanimation pour une très courte durée. Pourtant au cœur de la crise, jusqu'à 30 lits de réanimations ont été ouverts, créant des difficultés structurelles pour respecter la réglementation. Dans l'hypothèse où il serait nécessaire de faire appel

³⁸ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

aux IADE, formées pour ce type de gestes, il faudrait réduire les capacités opératoires, ce qui n'est pas toujours possible selon la nature de la crise.

Afin que cette situation ne soit pas aussi sensible, il conviendrait de faire évoluer la question des ressources rares dans le plan blanc en y intégrant, en lien avec la politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, une cartographie des compétences du personnel et notamment en réanimation afin de mobiliser très rapidement celui-ci sur le long terme. Ces informations pourraient être cartographiées lors de la tenue de l'entretien annuel d'évaluation, lors des recrutements et lors des recensements des demandes de formations. De même, le plan blanc pourrait prévoir, un dispositif de formations propres aux compétences en réanimation du personnel afin de préparer une meilleure gestion de ces afflux. Ce dispositif pourrait aussi se voir décliner sur d'autres secteurs sensibles : compétences en soins intensifs, compétences en pédiatrie, etc.

Autre stratégie possible : l'intégration dans le plan blanc de recours à des compétences externes. Face à la longueur de la crise, le GHPSO, en plus de faire appel à des vacataires, a essayé de mobiliser des ressources connues : celle des agents n'exerçant plus au sein de l'établissement et notamment les retraités. Pour autant, cette mobilisation a été chronophage en temps et n'a pu être activé immédiatement faute de suivi. Envisager d'intégrer au plan blanc une liste des agents ayant quitté l'établissement depuis moins de 5 ans, avec leurs compétences et des coordonnées, sous réserve de leur accord, pourrait grandement faciliter la gestion des ressources humaines pendant la crise de longue durée. Cela alourdit le dispositif à préparer tous les ans, mais sécurise l'action de l'établissement.

Le dernier point à intégrer dans la stratégie de gestion des ressources humaines dans le plan blanc est celui de créer des principes de gestion, du fait de l'expérience, adaptés à l'architecture de la structure. Ce point vient croiser celui de l'identification de zones adaptées à la prise en charge de la crise, que ce soit en transformant une unité ou en ayant une unité armée prête à être déployée. Il faut prévoir le plus en amont possible, par rapport aux forces et faiblesses de l'établissement, le protocole de redéploiement du personnel : qui est compétent pour les unités dédiés mais également quels secteurs peuvent se voir réduits en personnels si le programmé n'est pas interrompu. Il est essentiel de prévoir une fiche travaillée avec les chefs de structures et la direction des soins sur les activités prioritairement à réduire comme certaines consultations, récupérer du personnels sur les hôpitaux de jour de chirurgie, de médecine ou d'oncologie ou encore descendre les ratios de certains services pour récupérer du personnel. Il convient à cela d'ajouter les modalités d'encadrement de cette structure supplémentaire mais également prévoir la présence médicale dans ces unités. Celles-ci pourraient être anticipées par la fiche plan blanc, et notamment, prévoir quel pôle sera porteur de l'unité

et quels services devront contribuer à son fonctionnement. Ce dispositif stratégique ne peut pas être trop poussé dans sa construction mais les grandes lignes, qui seraient connues de tous, pourraient ainsi rendre l'établissement mobilisable beaucoup plus rapidement.

3.2.3 Travailler les modalités d'activation de solutions internes et externes à l'établissement pour faire face à la crise RH sur une crise de longue durée

Le plan blanc n'envisage pas les soutiens extérieurs en dehors des partenaires et connexions obligatoires avec l'ARS ou encore le SAMU. Pour le GHPSO, il est question du Samu de l'Oise mais également de celui de la Somme où est positionné le CHU de référence, le CHU d'Amiens. Cependant, la mouture actuelle, envisageant l'afflux massif de victime pour une durée épisodique, ne prévoit pas d'aide extérieure.

Cet aspect-là a pourtant été souligné sur le GHPSO pendant la crise de la Covid-19 car il s'est régulièrement trouvé en difficulté pour tenir les différentes lignes médicales et paramédicales, eu égard aux patients accueillis tout au long de la crise, pour l'activité normale ou pour l'activité Covid-19.

Fort de cette expérience, qui est probablement partagée par de nombreux autres établissements, il semble important d'intégrer au plan blanc des fiches pratiques permettant de décliner rapidement des solutions pour trouver du personnel. Ces solutions pourraient être très variées telles qu'ouvrir la plateforme interne de remplacement à des vacataires extérieurs, cette plateforme étant activable dès le départ de la crise. Les listes de personnels disponibles pour vacations ou intérim, existant dans différents services ou pôles, pourraient également intégrer un dispositif plan unique afin de pérenniser les contacts.

De même, dans le cadre de la crise du Covid-19, un dispositif de recours à la réserve sanitaire a été mis en œuvre sur le GHPSO avec le soutien de l'ARS Haut-de-France et de Santé Publique France. Si cet accueil devait de nouveau avoir lieu dans l'avenir, que ce soit de réserviste ou de contrats vacataires, dans un secteur en difficulté de recrutement comme le GHPSO, il conviendrait d'annexer au plan blanc des solutions de gestion des aspects logistiques : repas, logement, navettes, tenues de travail, *etc.* Autant de sujets peu ou pas pensés actuellement qui ont fait défaut pendant la crise. Prévoir des solutions et des modalités de mises en œuvre, sur de la longue durée, par conventionnement avec des associations pourrait également permettre de réduire les difficultés d'organisation et faciliter les remplacements au sein de la structure le temps de la crise.

Enfin, il faut également anticiper des solutions pour gérer le personnel de l'établissement qui ne pourrait pas se déplacer eu égard aux dispositions nationales prises pour lutter contre la pandémie. Une fiche action, permettant de prévoir les acteurs et professionnels

venant au soutien de l'établissement, semble importante. Tout au long de la crise sanitaire le GHPSO a vécu, avec 15 jours d'avance, un confinement local en plus du confinement national. Il a été nécessaire de négocier, tout au long du confinement, le maintien de certains transports en communs comme le train ou le bus mais également le maintien des écoles pour garder les classes ouvertes afin que les enfants des agents du GHPSO puissent être accueillis. Si les acteurs comme la mairie et la préfecture sont clairement identifiés, il est plus difficile d'avoir des contacts ou accords avec des établissements pour des gardes d'enfants ou des conventionnements en crèches, spécifiques au temps de crise. Une fiche action sur le déclenchement de solutions préparées en amont en cas de crise viendrait littéralement permettre de mieux organiser la structure, tout au long la crise pandémique.

Le domaine des ressources humaines est donc réellement un axe fort qui doit être pensé ou repensé, selon le cas, afin d'améliorer le plan blanc pour l'adapter à une crise de longue durée. Ajouté aux axes précédents il permet de proposer au chef d'établissement, une véritable marge de manœuvre dans son management, marge qui a manqué à de nombreuses reprises pendant la pandémie du Covid-19.

Cette politique de prévention du risque à travers l'outil plan blanc, permet de faciliter les circuits et d'éviter d'arriver à la notion de rupture.

Toutefois, un dernier axe reste important à prévoir, sur la préparation de l'après plan blanc.

3.3 Travailler la levée du plan blanc et le retour à la situation sanitaire normale ou à une situation sanitaire intégrant le nouveau risque

Ce point n'est actuellement pas présent dans les exemplaires de plan blanc consultés. Comme constaté jusqu'à présent, ce plan est pensé pour éviter la rupture à court terme. Bien que sa version est revue pour intégrer les dispositions permettant de mieux assurer la continuité à long terme de l'établissement, il semble important d'aller plus loin et d'envisager d'intégrer des actions à mettre en œuvre, une fois le plan blanc levé. Dans l'exemple d'un plan blanc déclenché suite à l'incendie d'un immeuble, une fois les victimes réparties dans l'établissement et prises en charges, le plan blanc peut-être levé et l'activité générale revenir à son état normal rapidement. Dans le cadre de l'épisode sanitaire de la Covid-19, quand l'hôpital s'est vu transformé pendant plus de trois mois et que la nouvelle situation sanitaire intégrait de nouvelles modalités d'organisation, il est apparu qu'il fallait penser de nouveaux outils de gestion de l'établissement.

En intégrant ceux-ci dans le plan blanc, sous des formes prévisibles, il semble possible d'améliorer la gestion de la crise, même en aval de celle-ci quand il faut retrouver une situation similaire à celle antérieure.

Plusieurs axes structurants doivent être pris en compte pour travailler la levée du plan blanc et le retour à une situation normale : tout d'abord, construire ces actions en se basant sur le management situationnel (3.3.1) mais également construire le plan blanc en l'imbriquant avec les outils connexes qui existent ou qui doivent exister (3.3.2) et surtout, prévoir de tirer les avantages de la gestion de crise et les spécificités propres à la période pandémique pour créer des leviers d'actions au sein de l'établissement (3.3.3).

3.3.1 Construire les actions du plan blanc en se basant sur le management situationnel

La logique de modélisation des crises, énoncée par Eric DUFES et Christophe RATINAUD³⁹, vise à mettre le directeur manager dans un positionnement situationnel. Pour conduire les événements, il doit les analyser et les cantonner à trois facettes : celle de l'organisation qu'il faudra retenir, celle de la situation rencontrée et celle de la temporalité de la prise en charge, soit immédiate, soit différée.

Ce management situationnel qui vaut pour la période de crise, vaut également quand la levée du plan blanc est réalisée. Il conviendrait de l'intégrer, une fois le risque identifié, dans un dispositif pratique rattaché au plan blanc pour faire évoluer les dispositions du plan blanc classique, peu courantes dans la gestion de l'après-crise. Cette nouvelle fiche doit envisager deux points en se basant sur la conduite des événements.

Le premier point, peu ou mal défini dans les dispositifs prévus sur le GHPSO, est la définition des modalités de levée du plan blanc. Dans un certain nombre de cas, elle est faite de manière opérationnelle après constatation de la fin de l'épisode de crise. Pourtant, dans les crises de longue durée comme celle de la Covid-19, il n'y a pas de « clés » pour identifier le moment opportun à cette levée. Si elle est prononcée par le Directeur, elle peut aussi être prononcée à l'invitation du Directeur général de l'ARS ou encore du Ministère des solidarités et de la santé. Dans ce dernier cas, la difficulté est moindre. Dans le cas précis où le directeur est seul face à ce choix, le plan blanc actuel ne permet pas aujourd'hui d'envisager celle-ci. Car lever le plan blanc, amène à se priver des avantages qu'il offre pour assurer les missions hospitalières. La levée du plan blanc au GHPSO le 17 juin 2020 a été prise de concert avec les autres établissements du département dès lors que la décroissance du nombre de patients accueillis atteints de la Covid-19 a été telle qu'elle ne nécessitait plus le maintien d'un circuit court ambulatoire, ni le maintien d'une unité spécifique aux patients Covid-19.

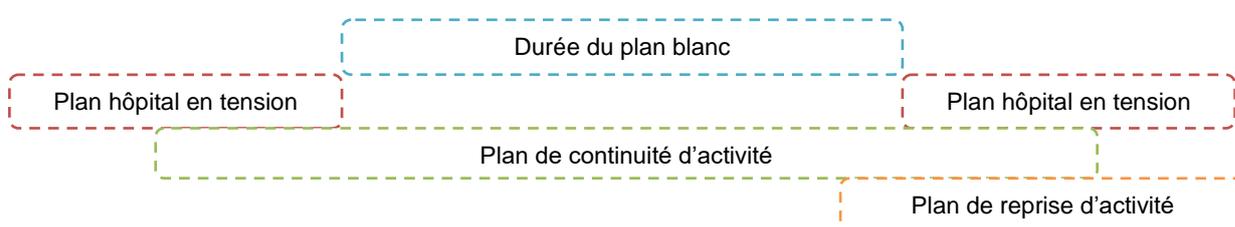
³⁹ DUFES E. et RATINAUD C., 2013 « Modélisation des crises : une démarche en trois dimensions ».

Toutefois, à la différence du plan blanc classique, il a été nécessaire de penser l'organisation de la structure pour lever ce plan blanc. Il conviendrait donc, pour fiabiliser le management de la crise, et surtout le retour à une activité normale qui intègre le risque persistant d'accueil de patients atteints par la Covid-19, d'associer au plan blanc une fiche permettant le suivi d'indicateurs propres à une situation pandémique et ainsi fiabiliser la sortie du plan blanc. Celle-ci se baserait notamment sur la situation rencontrée et sur la temporalité de la prise en charge.

Le second point à envisager est celle des stocks d'équipements à intégrer dans l'établissement dans le cadre d'un nouvel épisode épidémique ou pandémique. Les stocks initialement prévus dans le plan blanc, identifiés comme tels dans un local propre et dont l'accessibilité est limitée, sont pensés par les établissements afin d'affronter une crise épisodique relative à un afflux massif de victimes. La gestion de ces stocks, intégrés dans les circuits logistiques, ne prévoit pas une capacité d'action de l'établissement dans le temps. L'exemple du GHPSO est tangible. Seuls 1000 masques FFP2 étaient compris dans ce stock avec seulement des équipements complets de protection pour une centaine de personnes sur les deux sites. Au plus fort de la crise, ces équipements, n'auraient pas suffi à tenir plus de quelques jours car il fallait 7 000 masques FFP2, 7000 blouses et 14 000 tabliers par semaine. Cette liste non exhaustive amène à penser autrement l'après plan blanc en matière logistique. Outre l'identification de locaux, il apparaît nécessaire de déterminer de nouvelles quantités à stocker, beaucoup plus importantes. Le plan blanc pandémique doit viser cela, et doit, en concertation avec les équipes d'hygiène et de la logistique, prévoir ces stocks en suivant les recommandations nationales. La crise logistique a été une composante majeure de la crise sanitaire de 2020 et il paraît important que le plan blanc, dans sa version pour une longue durée, l'intègre. Cela sous-entend également de fiabiliser les fournisseurs d'équipements et de les annexer au plan blanc afin d'augmenter la réactivité face à la crise quand elle se produit, mais également de suivre les stocks et de les renouveler régulièrement pour en éviter des péremptions, contre productives.

3.3.2 Construire le plan blanc en l'imbriquant avec les outils connexes qui existent ou qui doivent exister

La crise du Covid-19 a permis de s'interroger sur trois étapes connexes au plan blanc qui pourraient être encadrés par d'autres plans. Il s'agit de trois plans qui interviennent en corrélation avec le plan blanc.



Sans statistiques fiables sur la mise en place des différents plans hôpital en tension, de continuité d'activité ou de reprises d'activité au sein des établissements de santé, il n'est pas possible de postuler sur leur existence. Il apparaît néanmoins que certains établissements, comme le GHPSO, n'en sont pas dotés ou ne les ont pas révisés récemment.

S'il n'est pas question d'intégrer les dispositions de ces différents plans dans le plan blanc classique ou dans le plan blanc pandémique, il faut néanmoins les intégrer dans la logique de planification et surtout savoir quand déclencher lequel.

Pour le GHPSO, un travail important est à mener. En effet, du fait de l'absence ou du caractère très peu développés de ceux-ci, la mise en œuvre du plan blanc, déjà complexifiée par sa durée, a été plus difficile.

L'absence de plan de continuité d'activité, depuis la fusion des Centres hospitaliers de Senlis et de Creil en 2012, confirmée par le service qualité, en est le premier exemple. Ce plan vise à organiser l'établissement pour qu'il continue à fonctionner malgré une crise majeure, à faire face à une réduction de l'activité ou, si la situation oblige, à réviser celle-ci par rapport à une situation normale. A cet égard, le manque a été visible, suite aux demandes nationales de réductions des activités programmées de médecine ou de chirurgie mais également de réduire la présence des personnels non essentiels. En effet, il a été nécessaire, au pied levé, d'organiser, pour l'ensemble de l'établissement, les activités afin de faciliter le télétravail ou recentrer les activités sur la crise et celles maintenues.

De même, il n'existait pas de plan de reprise d'activité arrêté et prévu pour accompagner la fin du plan blanc. Ce PRA vise à organiser le retour à la normale ou un retour à des activités plus classiques tout en absorbant l'activité résiduelle relative aux patients Covid-19. Il a été nécessaire, secteur par secteur, anticiper la fermeture des unités Covid-19, décider quels services reprendraient des activités ou rouvrir plus largement les blocs, tout en s'accordant aux injonctions nationales. Toutefois, autant sur le plan de continuité d'activité, celui-ci dépend du seul établissement, autant de par l'importance de cette crise sanitaire, et notamment dans l'Oise, le plan de reprise d'activité a été travaillé en commun avec l'ARS Haut-de-France sur la base d'enquêtes et de multiples conférences téléphoniques. Le même système de travail en commun des établissements de santé a d'ailleurs été expérimenté en Pays de Loire pour préparer, autour des 5 supports de GHT, les modalités de retour à une situation plus normale⁴⁰.

Enfin, le plan hôpital en tension dans les dispositifs de situation sanitaire exceptionnelle est prévu depuis 2019 comme niveau 1 à toute crise qui pourraient activer le plan blanc. Il vise, avec une cellule de crise restreinte, à accompagner la gestion d'un phénomène

⁴⁰ <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/reprise-progressive-dactivite-dans-le-cadre-des-plans-blancs>

ayant a priori un impact limité sur l'offre de soins au sein de l'établissement. Concrètement, cette antichambre du plan blanc permet la mise en place d'une cellule de crise restreinte sur une faible durée. Ce modèle pourrait être repris dans le cadre du plan blanc adapté à la crise pandémique, si les impacts sur la structure sont faibles. Ce plan n'est pas formalisé sur le GHPSO et seule une pré-alerte de la cellule de crise permet de gérer ces situations potentiellement sensibles. La réactivité hospitalière est faible et la demande par l'ARS Haut-de-France en juin 2020 de la mise en place du plan hôpital en tension à la levée du plan blanc n'a pas été aussi efficace qu'elle aurait pu l'être.

Ces plans doivent être travaillés et être accordés avec le plan blanc classique et le volet plan blanc pandémique. Ce dispositif complet va permettre au directeur de manager la structure, selon les étapes ou selon la situation de l'établissement, pendant la crise. Ainsi, il pourra se situer dans la crise et déclencher les dispositifs adaptés au type de crise et à son emprise sur la structure hospitalière.

3.3.3 Tirer les avantages de la gestion de crise et les spécificités propres à la période pandémique pour créer des leviers d'actions au sein de l'établissement

De nombreux indicateurs et de nombreuses fiches actions permettant d'assurer le fonctionnement sur un plus long terme et non un afflux épisodique de malade ont déjà été citées. Cependant, il reste important de tirer des enseignements de la période de crise. En validant un certain nombre de choix et d'adaptations mises en œuvre pendant celle-ci, le plan blanc gagnerait à prévoir les outils permettant de juger quand la crise doit être levée et quels dispositifs conserver. Mais surtout, dans sa mise à jour annuelle ou suite à un événement de cette ampleur, il faut encourager les établissements à tirer des leçons de la crise.

S'il n'est pas nécessaire d'inscrire dans le plan blanc actuel, et dans la mesure où le dispositif du plan de reprise d'activité existe déjà, la préparation d'un bilan de fin de crise et d'actions à mettre en œuvre sur l'établissement et la tenue d'un CREX a toute sa place dans le plan blanc pandémique. Réaliser ces temps, et en présenter les conclusions à la communauté hospitalière, permet de construire l'après-crise et d'en préparer de potentielles nouvelles.

De nombreux exemples tirés du GHPSO prouvent l'intérêt de rendre ces outils connexes voire partie intégrante du plan blanc, notamment à l'heure où il semble nécessaire de lever le plan blanc. L'une des plus fondamentales est la mise en place d'un circuit court ambulatoire pour prendre en charge les patients symptomatiques mais qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. En filtrant ces cas par le biais, si nécessaire, des infirmiers d'accueil et d'orientation des urgences, les services d'urgences ont pu mieux

gérer les patients gravement plus affectés. Ce dispositif de crise a tout intérêt à perdurer dans l'établissement, non plus pour accueillir les patients Covid-19, mais pour prendre en charge les patients se présentant aux urgences, sans nécessité de prise en charge autre qu'ambulatoire.

L'autre exemple, qui pourrait s'inscrire dans les leviers d'améliorations, est celui du développement massif des systèmes d'information pour assurer le télétravail, la télémédecine et les téléconsultations au sein de l'établissement. Du fait du confinement, un virage a été pris pendant la crise sanitaire pour permettre le travail à distance quand celui-ci était possible mais surtout pour permettre de continuer à prendre en charge les patients, tout au long de la crise sur les suivis de longue durée ou des consultations pouvant se faire hors de l'établissement grâce aux outils de télémédecine. Ces différents dispositifs, plébiscités par les praticiens et les patients, vont perdurer dans le temps et s'inscrire dans les modalités de prise en charge des patients du GHPSO.

Ces exemples peuvent également être étayés par les dispositifs Guyanais, cités par la Directrice Générale de l'ARS Guyane, Clara DE BORT, dans un entretien à France Guyane⁴¹. Sur le territoire guyanais, la crise a accentué les coopérations entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, autour des dépistages dans ces établissements ou encore des alternatives à l'hospitalisation.

En intégrant ces bilans, ces retours d'expérience à un plan blanc élargi à la gestion de crise en période de pandémie, il est possible de faire évoluer la situation sanitaire future de l'établissement et de tirer les enseignements de ce qui a été mis en œuvre dans l'hôpital. Cette étape est finalement incontournable et doit s'intégrer dans ce plan blanc version crise pandémique longue, mais aussi dans le plan blanc classique, en poussant à interroger les pratiques au-delà de la démarche habituelle de certification.

Il est entendu que ces dernières propositions sont très lourdes à intégrer pour l'établissement qui a dû faire face à un épisode de crise très long. Mais cette lourdeur à court terme permet de dégager sur du long terme et notamment si une nouvelle situation épidémique ou pandémique devait intervenir, un management de la structure plus fluide en facilitant la prise en charge les activités sanitaires et les activités de crise.

⁴¹ <https://www.franceguyane.fr/actualite/sante/a-la-faveur-de-la-crise-l-offre-de-soins-a-progresse-en-guyane-explique-la-directrice-de-l-ars-clara-de-bort-472076.php>

Conclusion

Bien que l'outil plan blanc actuel n'était vraisemblablement pas complètement adapté à la crise pandémique de la Covid-19, il a répondu présent sur son objectif premier : assurer à la structure la capacité d'absorber la crise tout en adaptant son offre de soins pour répondre à ses missions. Si les établissements hospitaliers n'ont pas été tous exposés de la même manière à la vague pandémique, il apparaît certain que ceux de première ligne, comme le GHPSO, devaient composer avec un plan blanc pensé pour une période courte. Les déprogrammations d'activités subies par la crainte du virus ou rendue nécessaire par la chute de patientèle et les demandes des tutelles sanitaires montrent la réalité d'un plan blanc qui a été mis à mal par la durée de la crise, le renouvellement continu des consignes sanitaires, les pics pandémiques et l'usure du personnel.

Il a été utile sur le principe, en s'intégrant aux dispositifs déployés du fait de l'état d'urgence sanitaire et en facilitant l'organisation du personnel et la marge de manœuvre du directeur pour adapter la structure. Mais il s'est aussi révélé pauvre en solutions pour permettre cette adaptation. L'un des atouts majeur des établissements hospitaliers reste toutefois la résilience et la capacité de mouvement pour affronter les crises. Bien que le plan blanc a été insuffisant, il a été adapté sur le terrain afin de mieux répondre aux attentes des autorités sanitaires, du personnel et des patients accueillis dans l'établissement.

C'est donc bien un outil managérial qui doit être approfondi, retravaillé et rendu plus opérationnel sur des pans entiers pour assurer la prise en charge des patients. Les pistes données pour y créer de véritables plans d'actions organisationnels avec une unité propre prête à être déclenchée ou une liste d'action à mettre en œuvre immédiatement, sont un début. Les adaptations RH ou au niveau du GHT en sont d'autres. Enfin, penser l'outil et le retour à la normale post-crise sont des étapes indispensables à travailler.

Ces considérations sont bien entendu à accorder avec les futures directives nationales qui résulteront des CREX réalisés au niveau des établissements, au niveau des institutions spécialisées telles que les CPIAS ou le HCSP, les ARS et au niveau de Santé Publique France. Il apparaît néanmoins qu'il est nécessaire de sanctuariser la préparation à ce risque pandémique de longue durée dans un plan. Il peut être une partie du plan blanc, tout comme devenir un plan en lui-même intégré aux plans d'urgence des établissements.

Cette évolution est nécessaire et doit être pensée, à la fois car ce mémoire est rédigé en période de retour épidémique du Covid-19 qui pourrait être concomitant des épidémies saisonnières de gripes et de bronchiolites, mais également car il est nécessaire de prévoir de nouveaux épisodes épidémiques ou pandémiques autre que la pandémie du Covid-19. Chacun de ceux-ci pouvant nécessiter de nouvelles règles sanitaires adaptées à leur virulence et leur agressivité.

Cet outil à la main du directeur doit donc être renforcé et doit évoluer pour s'adapter, mieux préparer les établissements et éviter une rupture possible des hôpitaux qui serait probablement intervenue si la première vague de la Covid-19 avait touché l'ensemble du territoire de manière homogène.

Bibliographie

➤ **Textes législatifs et réglementaires :**

❖ **Textes législatifs**

LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19

LOI n° 2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire

❖ **Code de la santé publique**

Partie législative : Troisième partie « Lutte contre les maladies et dépendances » Livre Ier : « Lutte contre les maladies transmissibles » Titre III : « Menaces sanitaires graves », Chapitre Ier : « Mesures d'urgence »

Partie réglementaire : Troisième partie : « lutte contre les maladies et dépendances », Livre Ier « lutte contre les maladies transmissibles », Titre III « Menace sanitaires graves », Chapitre Ier « Mesures d'urgences », Section 2 « situation sanitaire exceptionnelle ».

❖ **Textes réglementaires**

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles

❖ **Instructions et circulaires**

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

Circulaire N°DHOS/CGR/2006/401d du 14/09/2006 relative à l'élaboration des plans blanc des établissements de santé et des plans blanc élargis

Instruction 274 GGS/DUS/CORRUSS 2013 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

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

Instruction DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions

➤ **Ouvrages et mémentos**

Le Management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé , Presse de l'EHESP, 2018, Sous la direction de Michel LOUAZEL, Alain MOURIER, Erwan OLLIVIER, Rolland OLLIVIER.

Mémento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnel ou de crise en établissement de santé, EHESP, Novembre 2019, Christophe VAN DER LINDE.

L'hôpital expliqué - édition 2011- Fédération Hospitalière de France

➤ **Articles et périodiques**

Le plan blanc, quelques notions pratiques, chapitre 106, Samu de France. Urgences 2010, p 1159-71.

Définition d'aides instrumentales pour la gestion de crise à l'hôpital : « Le Plan blanc », Cairn, 2008, Sylvie MOLENDI, Samir HAMEK, Françoise ANCEAUX, Volume 71.

➤ **Rapports et Guides**

Plan blanc et gestion de crise, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, Ministère des solidarités et de la santé, Edition 2006.

Etablissement de santé en tension, Ministère des solidarités et de la santé, Edition 2006

Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE), Direction générale de l'offre de soins, 1ère édition, Avril 2017.

Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé, Ministère des solidarités et de la santé, Version 2019

Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une « réanimation éphémère », Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et médecine opératoire, Version du 24 juin 2020

➤ **Outils propres aux établissements :**

Plans d'urgences du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise – Version 2018 et 2019.

Plan blanc du Centre Hospitalier de Compiègne-Noyon – Version 2018, Dispositions générales et aspects fonctionnels.

Plan blanc institutionnel de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris – Version 2018.

Plan blanc d'établissement de l'hôpital Saint-Antoine – Version 2017

Plan bleu de l'hôpital local de Nanteuil-le-Haudouin – Version 2019 amendée en 2020 pour la crise sanitaire.

Bilan de la période Covid-19 – du 25 février au 17 juin – Groupe Hospitalier Public du sud de l'Oise.

➤ **Outils nationaux adressés aux établissements :**

MARS, Messages d'alertes sanitaires du ministère des solidarités et de la santé 2 à 74 - Direction générale de la santé - Sous-direction veille et sécurité sanitaire

MINSANTE / CORRUSS, Messages du ministère des solidarités et de la santé - Direction générale de la santé - Centre de crise sanitaire et notamment les numéros :

- 44 : Gestion des DASRI
- 45 : avis utilisation ventilateurs réanimation – OIV – prise en charge des défunts
- 141 : Mise en place d'une plateforme de distribution d'équipements sanitaires aux laboratoires

Avis du haut Conseils de la santé publique, et notamment l'avis 20/04/2020 : Avis relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du COVID 19

➤ **Sites Internet :**

Ministère des solidarités et de la santé, La gestion de crise dans les établissements de santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/la-gestion-de-crise-des-etablissements-de-sante>

TECHOSPITAL, Nouvelles modalités de plan blanc : le guide plan blanc actualisé en 2019 définit une nouvelle "cellule de crise hospitalière"
https://www.techopital.com/coronavirus---le-guide-plan-blanc-actualise-en-2019-definit-une-nouvelle-cellule-de-crise-hospitaliere-NS_4801.html

Site du Gouvernement, Dispositif ORSAN :
<https://www.gouvernement.fr/risques/dispositif-orsan>

Hospimédia, 1/07/2020, Comment gérer au mieux des cas groupés de Covid-19 à l'hôpital et en Ehpad ?
<https://abonnes.hospimedia.fr/fiches-pratiques/20200701-gestion-des-risques-comment-gerer-au-mieux-des>

Liste des annexes

Annexe 1 : Modalités de rédaction du présent mémoire.....I

Annexe 2 : Extraits du bilan réalisé par le GHPSO sur l'épisode de la Covid-19 entre le 25 février et le 17 juin 2020.....II

Annexe 3 : Exemple d'exercice de plan blanc au GHPSO – CREX.....V

Annexe 4 : Figure du cadre conceptuel d'une SSE et/ou d'une crise Christophe Van Der LINDE et Bertrand PARENT, IDM/EHESP.....IV

Annexe 1 : Modalités de rédaction du présent mémoire

Du fait de l'état de crise sanitaire et de la difficulté à reprendre les activités hospitalières classiques, ce mémoire n'a pas été rédigé dans des conditions habituelles.

Le contenu de celui-ci ne relève toutefois pas de diverses lectures et de ma seule expérience individuelle. De nombreux acteurs de GHPSO y ont apporté des notions, des points de vue et des propositions.

Bien que je n'ai pas mené d'entretiens statistiques et ou basés sur un questionnaire unique qu'il est possible de retranscrire génériquement, j'ai pris attache des nombreux acteurs et j'ai échangé formellement ou informellement le présent contenus.

Ont ainsi été notamment consultés :

- le directeur de l'établissement,
- l'équipe de direction et notamment la directrice des soins et la directrice des achats et de la logistique,
- les responsables logistiques,
- l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement et le CPIAS des Hauts de France,
- plusieurs cadres de pôles et cadres de services fortement impliqués tout au long de la crise,

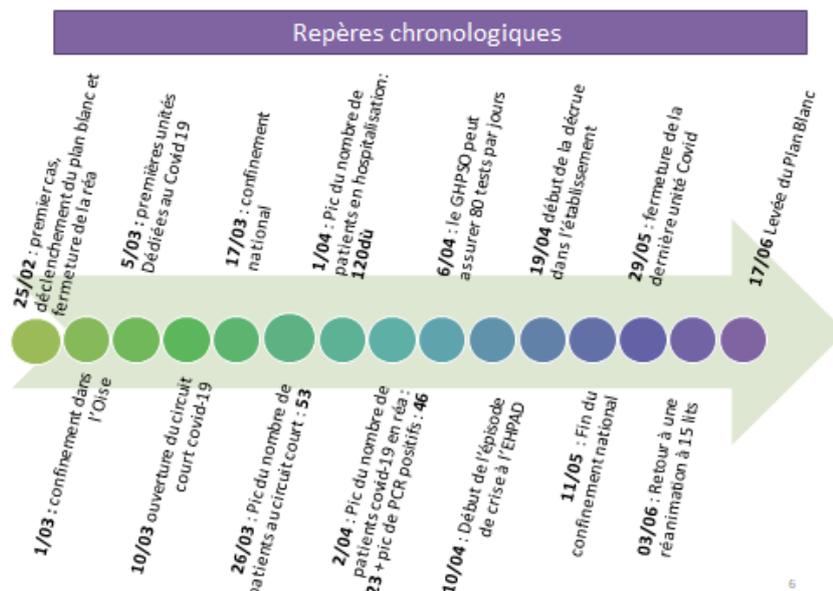
○ le corps médical et notamment le médecin de l'UMGPS et le médecin DIM, et

○ la référente qualité du GHPSO avec laquelle j'ai échangé des documents ou des précisions sur les déclenchements de plans blancs précédents.

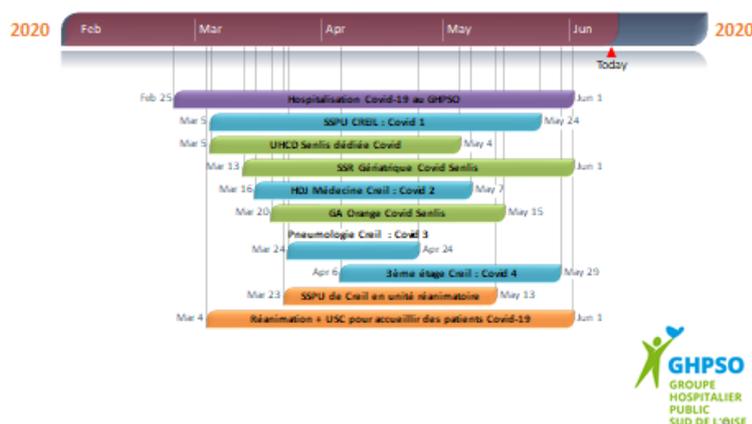
A cela s'ajoute ma présence à la quasi-totalité des cellules de crise et un travail de fond pour réaliser, avec le directeur général, un bilan de la période allant du 25 février au 17 juin, période de mise en œuvre du plan blanc.

Enfin, j'ai pu assister aux cellules de crises départementales entre l'ARS et les autres Etablissements de l'Oise, permettant d'opposer les difficultés de chacun notamment dans la mise en œuvre de l'outil plan blanc.

Annexe 2 : Extraits du bilan réalisé par le GHPSO sur l'épisode de la Covid-19 entre le 25 février et le 17 juin 2020



Accueil des patients Covid 19 en Hospitalisation



Evolution du capacitaire

De nombreuses réorganisations ayant nécessité l'implication de tous

140 lits et places d'hospitalisation ont du être fermés en raison du COVID :

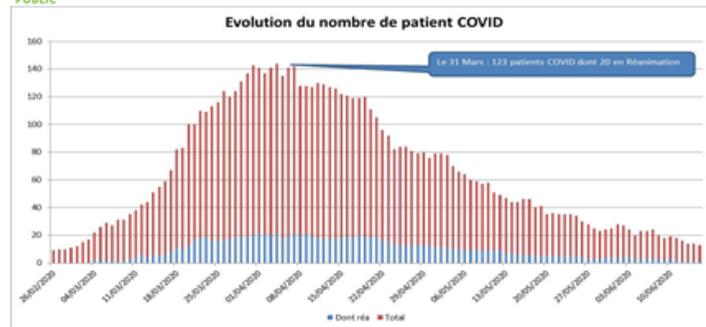
-14 Cardio	-10 HI Med
-22 Chirurgie	-23 HI Chir
-8 Onco	-5 HI Ped
-10 Ped/UHCD Ped	-2 HI GA
-10 UK/Neonat/SI/Réa	-40 places d'HDJ
-10 SSR	
-15 GA bleue	
-5 Sommeil	
-6 USC	
-100 lits d'HC	

99 lits COVID ont été créés :

12 Covid 3
19 Covid 2
6 SSPU/COVID1
18 Covid 4
6 UHCD Senlis
10 Covid GA SSR
15 Covid GA bleue
11 Réa
2 Post Réa Covid /USIC
99 lits COVID

10

Patients COVID du 26/02 au 15/06



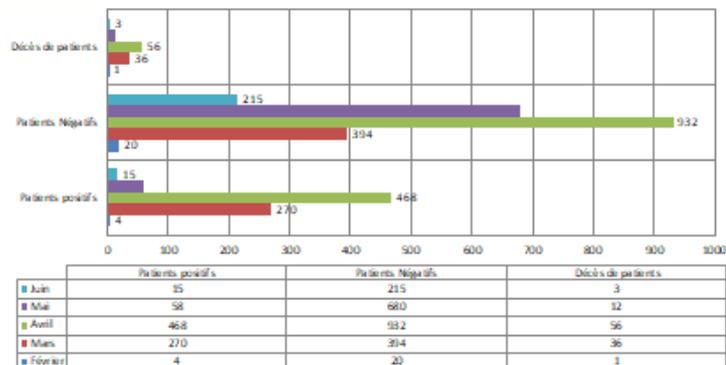
Moyenne					
	Mars	Avril	Mai	Totaux quinzaine	31 Mai le 12
Total	60,5	90,1	20,4	275	25,4
Dont réhabilitation	2,1	10,8	2,5	22	9,3

Moyenne					
	Mars	Avril	Mai	Totaux quinzaine	31 Mai le 12
Total	51	102	23,0	17,0	49
Dont Réhabilitation	3	10	2,0	3,0	3

27

Suivi des tests covid19 aux patients du GHPSO (ambulatoire et hospitalisation)

Suivi des tests patients Covid19 au GHPSO (Hospitalisation et ambulatoire)

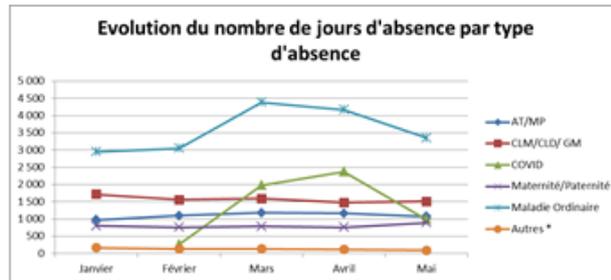


Entre le 26/02 et le 15/06, 2949 tests ont été réalisés pour 815 positifs et 2241 négatifs. Par ailleurs le GHPSO déplore le décès de 108 patients.

28

Absentéisme relatif au Covid

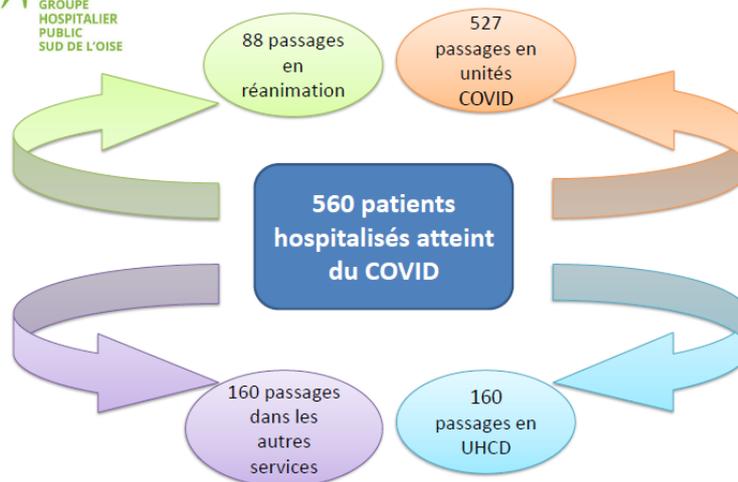
Absentéisme
COVID :
3,1% en Mars
3,8% en Avril



50



Patients COVID en hospitalisation



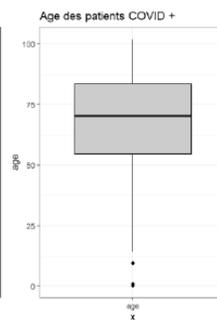
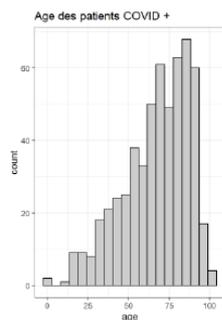
Un patient peut être passé par plusieurs services lors de son hospitalisation.

26



Age des patients COVID +

U07.10	449	covid-19 confirmé biologiquement
U07.11	88	covid-19 non confirmé biologiquement
U07.12	9	porteur de sars-cov-2 asymptomatique ou pauci symptomatique
U07.14	14	covid 19, autres formes cliniques, virus identifié
TOTAL	560	



AGE	
Moyenne	67.1
Médiane	70.5
Ecart-Type	20.4
Minimum	0.4
Maximum	102.0

31

Annexe 3 : Exemple d'exercice de plan blanc au GHPSO – CREX

RETOUR D'EXPERIENCE - GHPSO EXERCICE INITIE PAR L'ARS LE 04-12-2020			
	Points positifs	Points négatifs	Voies d'amélioration
<p>- Standard (FA 9 - 18)</p>	<p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Agent présent : 1</p> <p>* Prise de connaissance du 1er mail d'alerte, dès réception, envoyé à 13h42 par l'ARS.</p> <p>* 13h45 : Mail transféré à la Direction Générale</p>	<p>Sur le site de Creil :</p> <p>* Dès réception du mail, l'agent n'a pas eu le réflexe d'appeler le Directeur (personne à contacter en journée).</p> <p>* C'est le Directeur lui-même qui a contacté la standardiste pour lui indiquer que l'exercice ciblait la cellule de crise.</p> <p>* Pas d'alerte sonore à la réception des mails</p>	<p>* Faire un rappel et une sensibilisation aux équipes du standard (Creil + Senlis), sur le rôle des standardistes, en cas de déclenchement d'un plan blanc.</p> <p>* Rajouter dans la FA 9 que les transferts des mails adressés par l'ARS doivent être transférés vers la messagerie des pc des cellules de crise Creil / Senlis : Pour Creil : plan.blanc@ghpsso.fr Pour Senlis : planblanc@ghpsso.fr</p> <p>* Concernant l'alerte sonore, revoir la question avec le responsable logistique.</p>
CELLULE DE CRISE - EQUIPE			
<p>- Organisation de la cellule de crise (p. 9)</p> <p>- Cellule de commandement - le Directeur ou Directeur d'astreinte (FA 1 - p. 10)</p> <p>- Cellule Logistique - Moyens matériels - Directeur des services logistiques (FA 2 - p. 11)</p> <p>- Cellule Logistique - Moyens matériels - Directeur des services techniques (FA 3 - p. 12)</p> <p>- Cellule organisation médicale - le Pharmacien (FA 4 - p. 13)</p> <p>- Cellule logistique - Moyens humains - Directeur des soins (FA 5 - p. 14)</p> <p>- Cellule organisation médicale - Médecin directeur des secours - médicaux internes (FA 6 - p. 15)</p> <p>- Cellule renseignement / communication - Directeur des Admissions - SIH (FA 7 - p. 16)</p> <p>- Le responsable des Admissions (FA 24 - p. 37)</p> <p>- Recensement des personnels présents - site de Creil (Annexe 9 - p. 58-59)</p> <p>- Recensement des personnels présents - site de Senlis (Annexe 10 - p. 60-61)</p>	<p>* Cellule de crise déclenchée sur le site de Creil avec présence de 2 directrices + le médecin responsable de l'UMGPS (Unité Médicale de la Gestion du Parcours de Soins), sur le site de Senlis, en visio-conférence.</p> <p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* L'équipe de direction est arrivée dès qu'elle a reçu l'information du déclenchement de l'exercice (dans les 10 minutes).</p> <p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Une bonne partie de l'équipe, constituant la cellule de crise, s'est présentée munie d'un exemplaire des plans d'urgence version 2017</p>	<p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Absence de réponse des Urgences qui ne décrochaient pas le téléphone.</p> <p>* Non prise de connaissance du mail d'alerte par les Urgences (également destinataires des correspondances).</p> <p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Difficultés dans la mise en route de la cellule de crise du fait que les plans d'urgence n'étaient pas connus de tous et que les consignes de l'ARS n'ont pas été lus pour permettre un cadrage du déroulé de l'exercice.</p>	<p>* Revoir le circuit d'alerte, avec les responsables des Urgences et sensibiliser les équipes sur leur rôle en cas d'alerte plan blanc.</p> <p>* Version 2018 des plans d'urgences communiquée, par mail, à l'ensemble du personnel du GHPSO, le 10/12/2018 + Distribution en cours des versions papiers (Directeurs, Pdt CME + Vice pdt, Chefs de pôle, Chefs de structures, Cadres de pôle, Cadres de proximité (soignants et autres) + tutelles).</p> <p>* Travail de communication + Sensibilisation sur l'importance de connaître le contenu des plans d'urgence et d'en extraire (pour organisation) les parties qui concernent les services (Première communication faite, en réunion d'encadrement, le 23/11/2018 (+ présentation envoyée par mail) + Mail diffusé à l'ensemble du personnel du GHPSO (en même temps que l'envoi de la nouvelle version, le 10/12/2018) + Communication prévue en CODIR + Relance de la formation prévue, en 2019, sur les plans blanc, à l'ensemble du personnel)</p>
CELLULE DE CRISE - DISPOSITIFS EN PLACE			
<p>- Cellule organisation médicale - Médecin directeur des secours - médicaux internes (FA 6 - p. 15)</p> <p>- Cellule renseignement / communication - Directeur des Admissions - SIH (FA 7 - p. 16)</p> <p>- Le responsable des Admissions (FA 24 - p. 37)</p> <p>- Recensement des personnels présents - site de Creil (Annexe 9 - p. 58-59)</p> <p>- Recensement des personnels présents - site de Senlis (Annexe 10 - p. 60-61)</p>	<p>- Sur le site de Creil / Senlis :</p> <p>* Dispositif mis en place et vérifié tous les ans.</p>	<p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Pas de connexion internet possible ni via la wifi ni via la prise murale (explications du service informatique : Migration GHPSO non réalisée sur ce pc).</p> <p>* Il manque une prise murale supplémentaire, en secours. Actuellement, seules deux prises murales pour connexion internet sont existantes (une 1ère pour le boîtier wifi et une 2ème pour le branchement visio).</p>	<p>* Intervention, dès le 05/12/2018, des services informatique pour faire migrer les deux pc des cellules de crise, du site de Creil et du site de Senlis, en GHPSO)</p> <p>* Prévoir un 3ème branchement, en cas de problème, avec la wifi.</p>
<p>- Recensement des personnels présents - site de Creil (Annexe 9 - p. 58-59)</p> <p>- Recensement des personnels présents - site de Senlis (Annexe 10 - p. 60-61)</p>	<p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Réflexe de sortir les combinés téléphoniques mis à disposition.</p> <p>* Intervention rapide du technicien de garde pour sortir les câbles téléphoniques.</p>	<p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Il manquerait un combiné ou prise téléphonique (61.09).</p> <p>* Méconnaissance de la répartition des lignes (par cellule)</p>	<p>* Vérifier les attributions des combinés téléphoniques, sur les deux sites.</p>
<p>- Recensement des personnels présents - site de Creil (Annexe 9 - p. 58-59)</p> <p>- Recensement des personnels présents - site de Senlis (Annexe 10 - p. 60-61)</p>	<p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Pas le réflexe de récupérer les pochettes mises à disposition pour chacune des cellules</p>	<p>- Sur le site de Creil :</p> <p>* Pas le réflexe de récupérer les pochettes mises à disposition pour chacune des cellules</p>	<p>* Prévoir une session de sensibilisation aux membres de la cellule de crise, sur les dispositifs mis en place en cas de déclenchement d'un plan d'urgence.</p>
<p style="text-align: center;">Autres</p>	<p>- Remarques du Directeur des Affaires Médicales et des Ressources Humaines (DMRH) :</p> <p>* Lui renvoyer la fiche action n°26 intitulée "Le responsable des psychologues", pour réactualisation.</p> <p>* Lui renvoyer les annexes 9 et 10 sur le "Recensement des personnels présents" sur Creil et Senlis pour maj des répartitions (suite aux dernières réorganisation des services)</p> <p>* Organisation à redéfinir pour connaître les agents présents : De jour, faire appel à l'équipe de la DMRH et de nuit / jf / we, procéder comme prévu via les cadres dans les services.</p> <p>- Remarques de la Directrice des Services économiques :</p> <p>* Prévoir la présence d'une "secrétaire" pour rédaction mails courants et aides diverses</p>	<p>- Remarques du Directeur des Affaires Médicales et des Ressources Humaines (DMRH) :</p> <p>* Lui renvoyer la fiche action n°26 intitulée "Le responsable des psychologues", pour réactualisation.</p> <p>* Lui renvoyer les annexes 9 et 10 sur le "Recensement des personnels présents" sur Creil et Senlis pour maj des répartitions (suite aux dernières réorganisation des services)</p> <p>* Organisation à redéfinir pour connaître les agents présents : De jour, faire appel à l'équipe de la DMRH et de nuit / jf / we, procéder comme prévu via les cadres dans les services.</p> <p>- Remarques de la Directrice des Services économiques :</p> <p>* Prévoir la présence d'une "secrétaire" pour rédaction mails courants et aides diverses</p>	<p>* Se mettre en lien avec la DMRH pour prévoir la prochaine mise à jour des plans d'urgence</p> <p>* En fonction de la situation et du degré de mobilisation des membres de la cellule de crise, un secrétaire sera désigné (pour saisie de la main courante).</p>

Annexe 4 : Figure du cadre conceptuel d'une SSE et/ou d'une crise, Christophe Van Der LINDE et Bertrand PARENT, IDM/EHESP

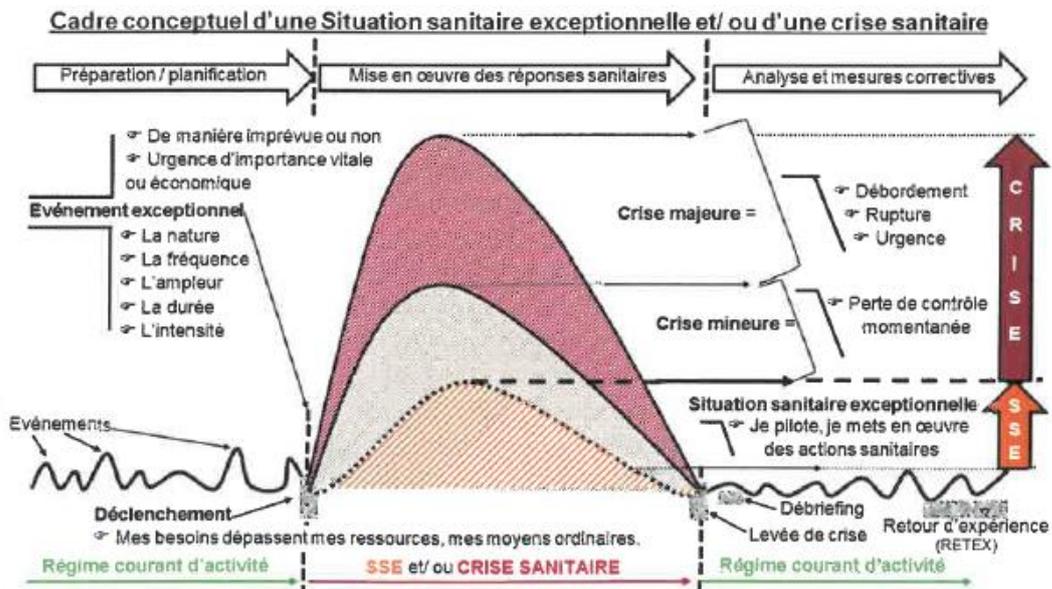


Figure n°1. Cadre conceptuel d'une SSE et/ ou d'une crise
Christophe Van der LINDE et Bertrand PARENT – Professeurs IDM/ EHESP – 2018

LAMOTHE

Kévin

Octobre 2020

Elèves directrices et directeurs d'hôpital

Promotion 2019-2020

Le plan blanc face au déclenchement d'un épisode pandémique dans les établissements de santé, entre difficulté de mise en œuvre et nécessité d'adaptation : l'exemple de la Covid-19 au GHPSO

Résumé :

Le plan blanc est un élément essentiel de la gestion de crise des établissements de santé et au-delà de ceux-ci.

Il vise à mobiliser immédiatement les moyens de toute nature de l'établissement pour faire face à un afflux de patients ou de victimes et/ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

C'est un outil de gestion de crise qui permet au directeur et à la cellule de crise, d'organiser et de manager l'ensemble de la structure hospitalière afin d'assurer la prise en charge de la crise mais également de continuer à assurer les missions quotidiennes de l'établissement et l'accueil des patients. Le plan blanc, articulé aux dispositifs nationaux dès que nécessaire, vise ainsi à éviter la rupture de la structure.

Ce dispositif a fait ses preuves et ne doit pas être remis en question. Toutefois, à la lumière de la crise pandémique de la Covid-19 et face à l'exemple du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, il apparaît que le plan blanc, s'il est utile, est plus adapté dans le cadre d'une crise aiguë sur un temps restreint qu'une crise pandémique sur du long terme.

Au regard de ces différents constats d'inadaptation autour de la structuration du plan blanc, de sa mise en œuvre, de son maintien dans le temps et de de ses outils, il convient d'observer à la fois les manques mais également de proposer des améliorations permettant d'adapter l'outil plan blanc à une crise pandémique de l'ampleur du Covid-19.

Cette adaptation vise, si résurgence de la crise actuelle ou si une nouvelle crise pandémique apparaissait, à organiser, adapter et manager plus facilement et plus rapidement les établissements de santé pour affronter la situation sanitaire exceptionnelle et éviter la rupture.

Mots clés :

Plan blanc ; gestion de crise ; pandémie ; Covid-19 ; adaptation des structures hospitalières ; hôpital en tension ; cellule de crise, plan blanc pandémique ; management ; pilotage.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.