

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**Le directeur face au risque de crise :
prévoir pour prévenir.**

**L'exemple du plan pandémie grippale au Groupe
Hospitalier Raymond Poincaré – Hôpital
maritime de Berck (APHP).**

Anne LESTIENNE

Remerciements

Je tiens en tout premier lieu à remercier pour leur aide, leur disponibilité, leurs précieux conseils et pour l'intérêt qu'ils ont témoigné à ce travail, qui leur doit beaucoup, ma maître de stage, Lise Charmet, et mon encadrant mémoire, Jean-Baptiste Hagenmüller.

J'adresse également mes remerciements, pour le temps qu'ils m'ont aimablement accordé lors d'entretiens et pour le grand intérêt de leurs témoignages, la référente Logistique crise, Jocelyne Bailly, le responsable de la mission urgences et risques sanitaire, Patrick Camphin, le médecin référent risque épidémique et biologique, Jérôme Salomon.

Je remercie également les membres de l'équipe de direction de l'hôpital pour leur soutien chaleureux tout au long de ce travail et pour tout ce que j'ai pu apprendre auprès d'eux durant ces mois de stage.

Je tiens enfin à remercier le Directeur du Groupe hospitalier Raymond Poincaré – Hôpital maritime de Berck, Jean-Michel Péan, ainsi que le Président du CCM, Christian Perronne pour avoir grandement facilité la réalisation de ce mémoire, grâce à leur accueil chaleureux dans l'établissement.

Sommaire

Introduction	1
1 La multiplication des réglementations et plans nationaux résulte, notamment, de l'évolution des conditions de mise en jeu de la responsabilité des agents publics pour des dommages résultant de crises sanitaires.....	7
1.1 Le régime de responsabilité des agents publics au titre de dommages générés lors de crises sanitaires a évolué sous l'effet conjugué de leurs conséquences et de leur perception par l'opinion.....	7
1.1.1 Les crises sanitaires et leur perception par l'opinion.....	7
1.1.2 Le régime de la responsabilité des agents publics au titre des dommages survenus lors d'une crise sanitaire.	15
1.2 L'Etat édicte de nombreuses réglementations et plans, déclinables à chaque niveau et notamment celui de l'APHP, afin de prévenir les conséquences dommageables des crises sanitaires et de remplir ainsi la nouvelle mission qui lui incombe.	22
1.2.1 L'action de l'Etat face au risque d'une crise sanitaire	23
1.2.2 La déclinaison des différents dispositifs au niveau de l'APHP.	30
2 Le dispositif national de préparation aux crises sanitaires a des répercussions majeures sur les missions et la nature du rôle du directeur d'hôpital, qui se doit de le décliner et de le rendre concret au niveau de l'établissement.....	37
2.1 Le nécessaire travail de planification est porteur de nombreux enjeux pour le directeur, alors même qu'existent des limites consubstantielles à cet exercice. Leur dépassement exige une approche pragmatique, tant au stade de la préparation que dans le contenu du plan.....	37
2.1.1 Enjeux et limites de la planification à travers l'exemple du plan grippe aviaire à l'hôpital R. Poincaré.	38
2.1.2 La marge d'action du directeur : une approche pragmatique peut permettre de corriger certaines erreurs.	45
2.2 Au-delà de la rédaction du plan, la réussite de la préparation à la crise tient sans doute dans l'appropriation de celui-ci par le personnel de	

l'hôpital, qui constitue à la fois une difficulté et un levier pour le directeur.	52
2.2.1 Les résistances psychologiques à la crise et leurs conséquences	53
2.2.2 Une solution : agir pour favoriser l'appropriation des plans.	58
Conclusion	65
Bibliographie	69
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFSSA	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
APHP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CE	Conseil d'État
CERVEAU	Centre Régional de Veille Et d'Action sur les Urgences
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences
COREB	groupement de COordination de la gestion du Risque Épidémique et Biologique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DILGA	Délégué Interministériel à la Lutte contre la Grippe Aviaire
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
HDV / BDV	Haute Densité Virale / Basse Densité Virale.
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
MURS	Mission Urgences et Risques Sanitaires
NRBC	(Risques) Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ORSEC	ORganisation des SEcours
PPI	Plan Particulier d'Intervention
PSS	Plan de Secours Spécialisé
REB	mission Risque Épidémique et Biologique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SGDN	Secrétariat Général de la Défense Nationale
SLD	Soins de Longue Durée
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPH	Service Public Hospitalier
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation Á l'Activité

Introduction

Sang contaminé, vache folle, amiante, constituent autant de crises de santé publique dont l'État a eu à répondre ces dernières années.

Attentats terroristes, risques Seveso, canicule, tsunami, et peut-être demain grippe aviaire, sont autant de défis pour les établissements de santé, dans la mesure où ils génèrent un afflux massif de patients. Les premières peuvent être qualifiées de « crises de précaution »¹ « *posant la question du traitement de l'incertitude scientifique* », distinguables des secondes qui sont davantage des « crises de prise en charge ». Cependant, les deux listes tendent de moins en moins à être exclusive l'une de l'autre, dans la mesure où l'insuffisante préparation du système de santé face à une crise de type canicule, décuple les effets négatifs d'un événement « naturel » (fortes températures) et engage in fine, la responsabilité de l'État, au même titre que l'absence de précaution face aux inquiétudes entourant l'amiante par exemple.

Qu'elles relèvent strictement de l'une ou de l'autre catégorie ou qu'elles puissent s'inscrire dans les deux, les crises sanitaires sont devenues un enjeu majeur pour les citoyens. En effet, il semble manifeste que la société contemporaine nourrisse une aversion grandissante au risque et tolère moins bien qu'auparavant les accidents et aléas. Ce phénomène s'inscrit dans un paradoxe reflétant des tendances emblématiques de l'évolution des sociétés modernes. Ainsi, comme nous le verrons, si les risques sanitaires et les crises qu'ils génèrent sont de moins en moins tolérés par la population et focalisent l'attention des médias, on constate pourtant que notre société est globalement plus sûre qu'autrefois, mais que dans le même temps, son fonctionnement tend à faire naître de nouvelles menaces ou à majorer les conséquences de celles qui ont toujours existé. Plusieurs facteurs se conjuguent dans cette perspective : l'accélération du développement technique qui génère de nouveaux risques, « *l'extension, la complexification et l'interdépendance des réseaux vitaux accroissent les effets dominos* », la médiatisation immédiate et l'émotion non distanciée qu'elle suscite rendent complexe l'intervention des gestionnaires².

L'impact de plusieurs événements ces dernières années (attentats, catastrophe AZF, canicule, tsunami), semble s'inscrire dans cette perspective, tout comme la crainte actuelle d'une pandémie grippale. Ainsi, on évoque souvent les « nouveaux risques »

¹Selon la distinction de DAB W., COQUIN Y., LAURENS-BERNARD O., 2004, « Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises », *Gestions hospitalières*, n° 439, pp 612-614.

pour désigner ces menaces potentielles rares, ou inconnues jusqu'alors et qui, lorsqu'elles se réalisent, présentent des conséquences aux effets inattendus. Certains auteurs parlent de « phénomènes sanitaires » (« *faits ou évènements frappant par leur nouveauté ou leur caractère exceptionnel et pouvant affecter la conservation de la santé collective* »³) à propos des crises ainsi déclenchées.

Dans le cadre de ces réflexions, si le concept de risque semble assez intuitivement définissable (« *danger éventuel plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité* »⁴), « la crise » s'avère être une notion bien plus complexe et polysémique⁵. Ainsi Jean-Marie Fessler relève que l'Académie française n'en donne pas moins de sept sens différents et « *dans tous les cas, il s'agit d'un moment clé, charnière, où il est indispensable de prendre des décisions* »⁶. A l'instar d'Edouard Couty⁷ (ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), on retiendra que la crise est « *une situation qui menace les priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction, en générant du stress et des résistances profondes* ». Dès lors, il convient de préciser que la réalisation d'un risque peut ou non déboucher sur une crise, en fonction des effets que cet évènement va produire sur les organisations (société dans son ensemble, hôpital...) qu'il affecte.

Ceci étant dit, la multiplication de risques dont la dangerosité potentielle s'accroît, favorise la naissance de crises majeures pour la société comme pour l'hôpital. Dès lors, l'aggravation des menaces comme la sensibilité au risque, se traduit par une exigence croissante de sécurité et notamment de sécurité sanitaire, au point que cette dernière voit son champ progresser et recouvrir de nouveaux domaines. Comme le souligne Didier Tabuteau, s'il était plutôt défini comme « *la sécurité contre les risques liés au fonctionnement du système de santé* », ce concept s'impose désormais « *comme la protection de la santé de l'homme contre les risques "iatrogènes" de la société, c'est-à-dire contre les risques induits par son fonctionnement et les systèmes de plus en plus complexes qui l'organisent* »⁸ ; la sécurité sanitaire s'étend ainsi, notamment, aux champs alimentaires et environnementaux. Face à ces attentes et à l'intervention croissante du

²PETON KLEIN D., 2004, « Contexte général de la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°439, pp 618-619.

³DERUDAS P., DEFORGES J-C., 2007, « La gestion des phénomènes sanitaires : le pragmatisme et la simplicité pour être efficace », *Gestions hospitalières*, n°462, pp 27-31

⁴Mentionné (Page 216) dans : CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p.

⁵Dans son ouvrage de référence (chapitre 4), Patrick Lagadec insiste largement sur la difficulté scientifique à définir la crise et propose une réflexion enrichissante sur les différents types de définition possibles (par énumération de caractéristiques, par description des facteurs connexes comme le stress...). LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P.

⁶FESSLER J-M., 2004, « La gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n° 439, pp 620-623.

⁷Dans l'avant propos du n° 439 de la revue *Gestions hospitalières* consacré à la gestion de crise.

juge, qui vient sanctionner l'inaction (la carence fautive) de l'administration face aux risques, on peut dire que les pouvoirs publics se trouvent désormais investis d'une mission générale de prévention de ces événements. Dans cette optique, l'Etat s'est doté de nombreux plans pour faire face, notamment, aux risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique). Aujourd'hui c'est le risque de pandémie grippale qui focalise l'attention et à l'égard duquel les pouvoirs publics tentent de s'organiser de manière authentiquement préventive.

Face à ces « menaces » sanitaires, l'hôpital est souvent perçu comme un recours indispensable et occupe de fait, une place incontournable dans les dispositifs nationaux. Cependant, il peut également en être victime, si ces risques génèrent une crise susceptible de menacer son organisation et l'accomplissement de sa mission. Les effets négatifs de ces événements se trouvent alors démultipliés.

Il convient ici de distinguer les crises résultant de la réalisation de risques propres au fonctionnement du système sanitaire, de celles générées par des risques extérieurs à lui, mais le concernant⁹ (ceci rejoint les réflexions sur l'élargissement du champ de la sécurité sanitaire examiné plus haut). Par conséquent, si le système de santé et l'hôpital en particulier, sont eux-mêmes sources de risques susceptibles de déboucher sur des crises, celles-ci ne seront pas étudiées ici car elles font l'objet d'une problématique à part entière, souvent désignée comme « gestion des risques » et faisant appel à des concepts propres (qualité, vigilances, mise en place de bonnes pratiques...). Il apparaît dès lors que les crises extérieures susceptibles d'altérer l'organisation, et donc les missions de l'hôpital, recoupent celles que l'on a désignées plus haut comme « crises de prise en charge » ou encore « phénomènes sanitaires ». Au vu de leurs conséquences perturbatrices potentielles, on peut considérer que leur survenue constitue une menace en soi pour l'hôpital : il s'agit du risque de crise.

Afin d'être en mesure d'assumer ses missions centrales même (et surtout) dans un tel contexte, l'hôpital doit y être préparé. Le directeur est de plus en plus sollicité à ce titre et doit faire face à des exigences paradoxales : il est tenu de mettre en application des dispositifs de gestion de crise de plus en plus précis, mais à moyens constants ; en outre, sa responsabilité est susceptible d'être engagée en cas de dommages, alors même que ses possibilités d'agir sur la réalisation du type de risques étudié ici, sont relativement étroites. Il est confronté en outre, aux limites inhérentes à l'action contre les crises et soulignées par de nombreux auteurs, dont Patrick Lagadec : « *la situation de crise*

⁸TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2^e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 23)

⁹GILBERT C., 1999, « Risques sanitaires et sciences humaines et sociales : quelques pistes de recherche », *Revue française des affaires sociales*, vol.53, n°1, pp. 9-20

emprunte largement au kaléidoscope qui, à la moindre variation, connaît un bouleversement de ses structures. Par construction, elle résiste à la simplification. »¹⁰.

Pour autant, une véritable discipline a émergé sous le vocable de « gestion de crise » et s'efforce de dégager des caractéristiques communes, afin de fournir des outils de réflexion sur le fonctionnement de l'institution lors de perturbations majeures et de dégager certaines clés d'organisation. À l'aune des recommandations générales élaborées dans ce cadre et en partant de l'observation de terrain, on constate que la « gestion » tient essentiellement à la « prévention ». À partir d'un travail de prévision (nécessitant l'anticipation des conséquences de la crise, la réflexion sur les adaptations du fonctionnement hospitalier à un tel contexte et la formalisation dans un plan de procédures dégradées), il s'agit de tenter de prévenir la menace que fait peser la crise sur les missions de l'hôpital.

Dès lors, on peut ainsi s'interroger sur les enjeux et les moyens pour le directeur de se préparer à l'avènement de la crise : quelles sont ses marges de manœuvre ? Comment décliner judicieusement l'ensemble des textes nationaux peu coordonnés ? Pourquoi l'État a-t-il été amené à élaborer tant de normes à décliner, en ce domaine ? Comment concilier la gestion quotidienne et l'effort de planification qu'exige la prévention ? Comment rendre concret le nécessaire travail de projection, dans ce qui est par définition inconnu, et comment y impliquer les personnels ? Au final le directeur est-il en mesure de prévoir la crise au point de prévenir totalement sa survenue ? Un hôpital préparé peut-il « absorber » les effets d'un risque, même majeurs, sans voir une crise se déclencher ?

D'ores et déjà, la gestion de crise apparaît, au travers de ce questionnement, comme significative parmi les évolutions majeures que connaît le métier de directeur. En effet, l'exercice de prévision contribue à donner une dimension de plus en plus stratégique à cette fonction et s'inscrit dans un mouvement général qui tend à renouveler en profondeur les modes d'exercice du management hospitalier.

L'étude de ces différentes problématiques a été réalisée à partir d'analyse de textes juridiques, d'articles et d'ouvrages mais aussi d'observations et d'entretiens réalisés sur le terrain de stage, soit le groupe hospitalier Raymond Poincaré – hôpital maritime de Berck (APHP). Ceci a déterminé deux caractéristiques fondamentales du champ de ce travail :

- Tout d'abord, le risque de pandémie grippale étant actuellement au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, il a permis d'illustrer et d'éclairer concrètement les problématiques de la gestion de crise. En effet, des dispositifs ont été élaborés au niveau

¹⁰LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 16)

national, puis déclinés au niveau de l'APHP et de ses divers sites, dans la mesure où les experts scientifiques s'accordent pour considérer que la réalisation de ce risque est de l'ordre du certain à courte ou moyenne échéance et qu'il générerait probablement une crise sanitaire, affectant aussi bien la société dans son ensemble, que l'hôpital.

Outre son actualité, le risque de pandémie grippale s'inscrit dans le champ du risque biologique qui est, parmi les risques NRBC, celui dont la réalisation est la plus probable pour la région Ile de France et pour le groupe hospitalier Raymond Poincaré.

Un autre intérêt de cet exemple est qu'il présente certaines caractéristiques qui seraient des facteurs de complication pour le gestionnaire de crise qu'est le directeur d'hôpital : une pandémie s'inscrirait dans la durée et elle menacerait la sécurité des personnels médicaux et soignants en cas de contagion. Ainsi, elle présente des aspects particulièrement complexes qui viennent enrichir les réflexions sur les modalités de préparation aux crises et constitue à ce titre un éclairage des plus pertinents.

- Ensuite, si les travaux scientifiques sur la gestion de crise sont traditionnellement découpés en séquences (avant, pendant et après), il semble plus rigoureux dans le cadre d'un mémoire professionnel, de se concentrer essentiellement sur la phase amont. En effet, les observations ont nécessairement porté sur celle-ci, puisque le risque de pandémie ne s'est, à ce jour, pas réalisé. Ainsi la réflexion portera davantage sur ce qu'il est possible de faire concrètement aujourd'hui, même si des remarques et considérations sur le cœur et la sortie de crise pourront être formulées, lorsqu'elles sont en lien étroit avec le propos.

La multiplication des crises, comme l'exigence croissante de sécurité ont vraisemblablement influencé les conditions de mise en jeu de la responsabilité des agents publics au titre des dommages survenus lors de tels évènements. Le juge sanctionne ainsi désormais la carence fautive des décideurs qui « laissent » les crises se produire. Les pouvoirs publics se trouvent donc de fait investis d'une mission générale de prévention, à laquelle l'Etat tente de se conformer pleinement par l'édiction de nombreux textes et plans, à décliner à chaque niveau d'intervention, et notamment par les établissements référents des zones de défense, comme l'APHP (I).

Dans ce contexte, le directeur se trouve face à plusieurs paradoxes : une responsabilité à assumer, malgré une marge d'action étroite et davantage de normes à décliner pour les mêmes moyens. Pour autant, et malgré les limites inhérentes à l'exercice de prévision de la crise, il se doit de remplir sa mission de prévention en entraînant une dynamique de mobilisation autour de la rédaction de plans concrets et opérationnels, et d'assimilation d'une culture de la crise par tous les personnels (II).

1 La multiplication des réglementations et plans nationaux résulte, notamment, de l'évolution des conditions de mise en jeu de la responsabilité des agents publics pour des dommages résultant de crises sanitaires.

La survenue de plusieurs crises sanitaires aux conséquences majeures heurte la demande grandissante de sécurité émanant de notre société, ce qui se traduit par une évolution des conditions de mise en jeu de la responsabilité des agents publics en général et du directeur d'hôpital en particulier (I.1).

Face à cette tendance de fond, les réglementations et plans de prévention nationaux se sont multipliés, et ont dès lors été déclinés au niveau de l'APHP, établissement de référence de la zone Ile de France. Le plan grippe aviaire constitue une illustration significative de ce processus (I.2).

1.1 Le régime de responsabilité des agents publics au titre de dommages générés lors de crises sanitaires a évolué sous l'effet conjugué de leurs conséquences et de leur perception par l'opinion.

Les crises sanitaires ont des conséquences fortement désorganisatrices, tant au niveau de la société que de l'hôpital (la survenue d'une grippe aviaire serait particulièrement marquante de ce point de vue), et qui sont encore accentuées par le ressenti des populations de plus en plus exigeantes au regard de la « sécurité sanitaire » (I.1.1).

Ce phénomène se traduit pleinement au niveau juridique, puisque la mise en jeu de la responsabilité des agents publics et l'indemnisation des victimes tendent à s'accroître, au point d'instituer la prévention des crises comme nouvelle mission cardinale des pouvoirs publics (I.1.2).

1.1.1 Les crises sanitaires et leur perception par l'opinion.

A) Les crises et leurs impacts sur le fonctionnement de l'hôpital et de la société

a) *Les nouveaux risques et leurs conséquences sur l'hôpital en cas de crise.*

La liste des crises sanitaires recensées ou annoncées ces dernières années en France comme à l'étranger, semble s'allonger à un rythme soutenu. Outre cet aspect quantitatif, on ne peut que constater la diversité des risques concernés. En effet, les catastrophes

industrielles (Tchernobyl, AZF), les attaques terroristes (attentats du 11 septembre, de Madrid, de Londres), les événements climatiques (cyclones, tsunamis, canicule), l'apparition de nouveaux virus ou de nouvelles pathologies (résistance de bacilles susceptibles de raviver d'anciennes épidémies, grippe aviaire) présentent tous la potentialité d'une crise d'ampleur pour la société en général et le système de santé en particulier.

Si la plupart de ces risques existaient déjà, ou du moins étaient connus sous une forme avoisinante, les caractéristiques des sociétés modernes ont un impact certain sur leurs conséquences. En effet, le progrès technique par les changements d'échelle qu'il entraîne, peut aggraver l'ampleur de certains phénomènes, « *c'est toute la différence qu'il y a entre des accidents de carrosse fréquents mais aux dégâts limités et des accidents d'avion beaucoup plus rares mais dommageables* »¹¹. C'est également le cas des actes terroristes, puisque leurs auteurs peuvent désormais employer des moyens « modernes » qui décuplent l'effet de leurs actions.

De même, la concentration urbaine est susceptible de majorer les dégâts causés par un phénomène climatique (inondations), comme le remarquait déjà Rousseau à propos du tremblement de terre de Lisbonne : « *convenez, par exemple, que la nature n'avait point rassemblé là vingt mille maisons de six à sept étages, et que si les habitants de cette grande ville eussent été dispersés plus également et plus légèrement logés, le dégât eut été beaucoup moindre, et peut-être nul. Tout eût fui au premier ébranlement, et on les eût vus le lendemain à vingt lieues de là tout aussi gais que s'il n'était rien arrivé* »¹².

En outre, la mondialisation des échanges et l'interconnexion des réseaux impliquent des effets domino et de contagion avec par exemple une plus grande vitesse de circulation des virus. Cette dernière dimension serait tout à fait fondamentale en cas de pandémie grippale, car elle constituerait un facteur de vulnérabilité.

Il faut également noter que de nouveaux dangers apparaissent avec l'évolution technologique : parmi les risques NRBC, si le risque biologique a toujours existé, ce n'est naturellement pas le cas des risques nucléaire, radiologique et chimique.

Les risques apparaissent ainsi plus complexes, combinant aléa naturel et activité humaine. Dès lors, les crises sur lesquelles ils sont susceptibles de déboucher, entraînent des dommages dont les causes diffuses, sont délicates à identifier. Ce phénomène est problématique au regard du droit de la responsabilité classique et induit certaines

¹¹Exemple cité par Orio Giarimi et mentionné (Page 217) dans : CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p.

évolutions que nous examinerons plus loin (I.1.2). Par ailleurs, les conséquences des crises générées par ces risques sont souvent majeures en termes de nombre de victimes, de coût financier, et d'impact sur les organisations, et notamment sur l'hôpital, lorsqu'il doit faire face à un afflux massif de patients. Comme l'indique Edouard Couty « *un état d'urgence perturbe l'organisation en place susceptible d'être dépassée par la complexité et la diversité des tâches à accomplir dans un temps très réduit* »¹³. Edgar Morin a ainsi établi dès 1976, une typologie des défis stratégiques auxquels doivent faire face les dirigeants (les directeurs d'hôpital en l'occurrence), en cas de crise¹⁴ et qui en constituent la dynamique :

- Déferlement : les capacités de traitement habituelles sont débordées par la multiplication des problèmes (A l'hôpital, les urgences sont saturées par exemple).
- Dérèglement : l'organisation découvre que ses procédures habituelles sont obsolètes et les agents se réfugient dans la recherche de « recettes miracles » ou de « boucs émissaires » (Ceci peut être particulièrement marquant à l'hôpital, qui tend à être très protocolisé).
- Rupture : les difficultés deviennent insurmontables, le blocage se fait général et d'anciens problèmes sont réexaminés et « toutes les cicatrices sont rouvertes ».

Le danger que présentent les crises est alors plus clair : « *La combinaison de tous ces phénomènes entraîne un risque d'effondrement très difficile à maîtriser, surtout si les organisations ne sont préparées ni psychologiquement, ni par une réelle pratique d'anticipation à affronter ce type de forte turbulence* »¹⁵. Ainsi, au vu des conséquences potentielles sur le fonctionnement de l'hôpital, il s'agit de s'armer pour faire face au risque en-soi, que présente une crise. Naturellement, ce n'est pas au moment de la catastrophe que des dispositions efficaces peuvent être prises. En effet, on a vu que le fonctionnement habituel est largement dégradé et il est sans doute trop tard pour une action de fond. La crise étant par définition ingérable, sa « gestion » ne peut donc intervenir qu'en amont, au stade de la prévision (nous examinerons ce point plus concrètement dans le II.1).

Comme la crise est porteuse de menaces graves, il paraît utile d'identifier les événements susceptibles de la déclencher.

¹²« Lettre sur la providence » mentionné (Page 217) dans : CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p.

¹³Dans l'avant propos du n° 439 de la revue *Gestions hospitalières* consacré à la gestion de crise.

¹⁴ Cité (pages 53-56) dans : LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 p.

¹⁵LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (page 55).

b) *Les différents types de crise et les particularités de celle qu'engendrerait une pandémie grippale.*

« Si la discussion sur les risques est devenue si vive, c'est parce qu'ils portent en eux la possibilité de la catastrophe et de la crise : ils peuvent déboucher sur des moments paroxystiques qui nous projettent hors de nos logiques d'ordonnement du monde »¹⁶. Pour autant, un risque qui se concrétise n'engendrera pas automatiquement une crise pour l'hôpital. En effet, toute réalisation d'un danger n'a pas nécessairement un impact sur la mission de prise en charge des établissements et l'on peut très bien imaginer que la structure puisse faire face, en fonctionnement dégradé sans doute, à tel ou tel accident.

Il convient donc d'examiner ce qui caractérise les événements et risques à l'origine des crises. Dans cette optique, Patrick Lagadec¹⁷ s'est efforcé d'établir une distinction entre « l'accident classique » et « l'évènement majeur »¹⁸. Le premier est « *une simple brèche dans un fonctionnement général qui, globalement n'est pas menacé* ». Ainsi les hôpitaux savent gérer des épisodes de grippe saisonnière et absorbent les pics éventuels d'activité. Dans le second cas, « *à l'évidence on ne se trouve pas face à une défaillance habituelle* ». Plusieurs traits caractéristiques permettent d'identifier ce second type de situation (voir ANNEXE II) : aspect quantitatif, qualitatif (déstabilisation), inconnu, question du temps (durée, caractère évolutif, problème des répliques, succession de phases inerte et d'accélération...), multiplication des interventions, enjeux colossaux (particulièrement vrai pour la santé), importance de la perception de l'évènement. (Voir I.1.1. B).

Naturellement, il n'est pas nécessaire que toutes ces caractéristiques soient présentes en amont, pour qu'il y ait crise.

De là, on peut s'interroger sur les situations graves qui, en toute logique, ne devraient pas déboucher sur une crise pour l'établissement. Selon Patrick Camphin¹⁹, il ne devrait pas exister de situation de crise hospitalière si l'activité d'urgence est habituelle et prévisible et même si elle est inhabituelle et prévisible. Dès lors, il y a risque de crise si :

- Le système de santé est confronté localement ou globalement à une activité d'urgence dépassant la capacité de réponse en routine
- L'organisation mise en place pour faire face à un événement est inadaptée ou trop rigide
- Le système de santé est confronté à une situation de risque non envisagée.

¹⁶GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., 2002, *Traité des nouveaux risques*, 1^{ère} édition, Paris : Gallimard, 624 p. (Page 201).

¹⁷Directeur de recherche à l'école polytechnique – spécialiste de la gestion de crise

¹⁸LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Chapitres 1 et 2).

¹⁹Responsable de la mission Urgences et Risques Sanitaires (MURS). Voir ANNEXE I : Liste des entretiens.

Compte tenu de ces définitions, on peut tenter de caractériser la crise que susciterait une pandémie grippale. Il convient tout d'abord de préciser les termes, qui sont parfois employés de manière confuse. La grippe du poulet ou influenza aviaire est une maladie animale qui présente un risque majeur d'épizootie dans les élevages lorsque le virus est hautement pathogène (cas du H5N1). Dans les cas où ce virus est transmis à l'homme lors de contacts avec les animaux malades, il s'agit alors d'une grippe aviaire. Si suite à une recombinaison ou à une mutation, le virus devient transmissible entre hommes, on se trouve face à une pandémie grippale. Actuellement dans le monde, des cas de grippe aviaire H5N1 ont été déclarés (bilan à août 2007 : 322 cas dont 195 morts), mais il n'y a pas de pandémie grippale.

Dès lors, le véritable risque serait que le H5N1 s'adapte à l'homme et qu'apparaisse ainsi un nouveau virus, susceptible de transmission interhumaine. En effet, les conséquences de ce virus seraient susceptibles d'engendrer une « crise de prise en charge » dans les hôpitaux, si les capacités de réponse sont dépassées. Il faut souligner à cet égard qu'il n'existerait pas de vaccin contre cette maladie (du moins au stade actuel des développements médico-pharmaceutiques connus), dans sa phase initiale, et que son évolution clinique paraît très dangereuse (insuffisance respiratoire par Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) possible). Les hypothèses de létalité sont d'ailleurs élevées (voir ANNEXE III). Outre cette gravité, l'hypothèse de l'INVS est que cette pandémie aurait la même cinétique que les épidémies grippales hivernales et se composerait de deux vagues de dix semaines chacune, séparées d'un intervalle de plusieurs semaines à plusieurs mois, la première regroupant 1/3 des cas contre 2/3 pour la seconde. En l'absence d'intervention, le nombre de cas varierait entre 9 et 21 millions²⁰. Enfin, l'une des caractéristiques les plus marquantes de ce virus serait sans doute, sa contagiosité. A la différence d'une crise comme la canicule, le personnel serait ici susceptible de tomber malade. Outre le fait qu'avec l'augmentation du nombre de patients, ceci risquerait de poser problème en termes d'organisation, la dimension du stress des agents voire de la panique serait à gérer. Le taux d'absentéisme est l'une des grandes inconnues, malgré l'existence d'hypothèses de travail.

Outre cet aspect sanitaire, il est probable que le fonctionnement des services publics (transport, police, écoles...) serait fortement perturbé, ainsi que celui des entreprises privées (fournisseurs de l'hôpital, maintenance). Par conséquent, si l'on compare ces éléments (nombre de victimes, gravité potentielle, absence de remède simple, caractère

²⁰Nombre total de cas en fin d'épidémie en France, en l'absence de vaccin et non les seules hospitalisations ou décès.

systémique) aux traits caractéristiques de « l'accident majeur », il fait peu de doute que l'avènement d'une pandémie engendrerait une crise d'ampleur, frappant la société dans son ensemble, et en tout premier lieu les hôpitaux.

B) Le ressenti des populations face aux crises générées par le fonctionnement de la société et l'exigence de sécurité sanitaire.

a) *L'exigence de sécurité et son amplification par la médiatisation des risques et crises.*

Si certaines épidémies et notamment les grippe espagnole (1918 – 1920) ou de Hong-kong (1968-1969) ont pu être vécues comme des aléas inévitables, la perception d'une pandémie grippale serait probablement toute autre aujourd'hui. En effet, la fatalité n'est plus recevable en soi, dans notre société de plus en plus exigeante en termes de sécurité. L'origine de ce mouvement tient sans doute à la foi dans le « progrès » supposé apaiser tous les maux, d'ailleurs « *la croyance a pu se répandre dans l'opinion que la médecine moderne "allait tout guérir"* »²¹. De fait, les techniques médicales se sont améliorées, les traitements sont de plus en plus performants et les exigences de qualité donnent lieu à une systématisation de la réflexion sur les bonnes pratiques médicales. Pour autant, la sécurité et le sentiment de sécurité sont deux choses bien différentes, ainsi comme le relève Didier Tabuteau « *La dichotomie entre les risques et leur appréhension est soulignée depuis longtemps en matière de sécurité publique et de délinquance* »²². Il en est de même dans le domaine sanitaire et ainsi, bien que (ou parce que) notre société soit globalement plus sûre qu'autrefois, les risques identifiés plus haut, et dont il ne s'agit pas de minimiser l'importance, sont souvent mal tolérés et leur réalisation a un impact psychologique certain sur la population. En fait, on peut dire que « *l'aversion aux risques s'accroît avec l'augmentation des moyens dont on dispose pour s'en protéger* »²³.

Pour être plus précis, la sensibilité aux risques varie en fonction des caractéristiques de ces derniers. Ainsi, ceux qui sont choisis « volontairement » (alcool, tabac) sont visiblement beaucoup mieux tolérés que ceux qui sont « subis ». De même, les risques nouveaux ou émergents suscitent plus de craintes du fait de l'incertitude qui les entoure, que ceux sur lesquels les scientifiques ont un certain recul. Par conséquent, « *les risques familiers traditionnels, perdent leur caractère inacceptable malgré les ravages qu'ils*

²¹DAB W., COQUIN Y., LAURENS-BERNARD O., 2004, « Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises », *Gestions hospitalières*, n° 439, pp 612-614.

²²TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 168).

²³*Ibid* (Page 161).

peuvent faire »²⁴. L'ampleur des populations susceptibles d'être frappées est également un facteur pesant sur la tolérance au danger. Enfin « *plus le risque est le fruit de la société, plus il est la résultante de la technique, moins il est toléré* »²⁵, or il semble que la part des risques considérés comme « naturels » soit de plus en plus minime. En effet, certains auteurs ont souligné qu'à l'instar de Rousseau face au tremblement de terre de Lisbonne (voir A. a.), nous tendons le plus souvent à rattacher un accident naturel à une cause humaine. Ainsi, Jean-Pierre Dupuy analysant les réactions qui ont suivi le Tsunami de décembre 2005, constate : « *Cyclones, ouragans, tempêtes, orages, sécheresses, crues, pluies diluviennes, inondations, avalanches, canicules et coups de froid intense, tout aujourd'hui, qui passait naguère pour manifestation des forces de la nature, semble pouvoir être imputé à l'action irresponsable de l'homme sur cette même nature* »²⁶. Ceci a des répercussions incontestables sur le régime de responsabilité comme nous le verrons plus loin (I.1.2), comme sur l'action des pouvoirs publics (I.2). En tout état de cause, la sensibilité aux crises apparaît comme un sentiment dont l'appréhension, sous un angle rationnel, est peu aisée.

Ce mouvement est aujourd'hui largement amplifié par la médiatisation des catastrophes et des crises. L'affaire du sang contaminé a marqué de ce point de vue une étape fondamentale dans la prise en compte des risques sanitaires par l'opinion publique et par l'Etat. L'épisode de la canicule (2003) a, quant à lui, sensibilisé la population au danger que présente la désorganisation du système sanitaire sous l'impact d'une « crise de prise en charge »²⁷. Il ne s'agit naturellement pas de contester le droit à l'information des citoyens, mais de s'interroger sur le traitement journalistique de certains événements et sur le rôle que la presse peut avoir sur la perception et la sensibilité aux risques. Si la mission pédagogique des médias est souvent nécessaire, il faut également noter une certaine recherche « d'émotion », de sensationnalisme et une absence de recul face à l'évènement. Il faut ainsi rappeler, comme le souligne Patrick Camphin (responsable de la MURS), que la canicule a été vécue comme une victoire hospitalière. L'APHP et ses agents se sentaient fiers de la capacité d'adaptation déployée.

En fait, la presse sera naturellement appelée à s'intéresser à la crise comme pic plutôt que comme processus : elle poursuit ainsi très naturellement sa propre logique, qui est d'assurer un minimum de vente. Or, le sensationnalisme fait vendre. Pour illustrer ce phénomène, on peut citer Martin Hirsch qui déclarait à propos d'une crise

²⁴ *Ibid* (Page 169).

²⁵ TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p (Page 163).

²⁶ DUPUY J-P., 2005, *Petite métaphysique des tsunamis*, 1^{ère} édition, Paris : Seuil, 107 p. (Page 27-28).

alimentaire : « *Au début d'une épidémie, le journal dénoncera le retard avec lequel l'alerte à la listériose est déclenchée (à la une) ; peu après, il ironisera sur l' "hystériorose" (à la une) et ses conséquences ravageuses sur l'économie* »²⁸.

On le voit, la médiatisation est susceptible d'exacerber le phénomène d'aversion aux risques si des informations parcellaires ou alarmistes sont données. Or ceci n'est pas indifférent au vu des conséquences de la sensibilité de l'opinion à ces dangers.

b) Les dangers de la sensibilité de l'opinion aux risques et crises.

La perception non rationnelle ou simplement amplifiée des risques peut engendrer deux grands types de conséquences. Tout d'abord, ceci a un impact sur l'avènement même d'une crise. En effet, comme on l'a évoqué, pour qu'une situation évolue vers la désorganisation du fonctionnement d'une structure et plus particulièrement d'un hôpital, certaines caractéristiques doivent être présentes, or l'une d'entre elle est justement le fait que l'évènement « peut tenir de la perception que l'on a ». En effet, la crise se nourrit d'un contexte, outre ses facteurs intrinsèques, l'environnement dans lequel elle surgit n'est pas neutre et les réactions des acteurs en présence en sont l'élément déterminant. Patrick Lagadec rappelle une formule générale souvent employée « *les organisations sont en crise lorsqu'elles se perçoivent dans cette situation* »²⁹. Et en fait, « *l'évènement majeur fait aussi corps avec la représentation que l'on en a* »³⁰, autrement dit la perception d'une crise peut suffire, à partir d'un certain contexte, à la créer, comme s'il s'agissait d'une anticipation « auto réalisatrice ». Ce n'est pas pour autant que l'impact sur le fonctionnement de l'hôpital serait moins réel. Par exemple, si à partir de l'émergence de plusieurs cas de grippe aviaire, la panique gagne l'opinion publique, l'hôpital pourrait être débordé par l'enchaînement de phénomènes rapidement incontrôlable : afflux de « patients » à l'apparition de « symptômes » comme la toux, arrivée des médias, absentéisme parmi le personnel... Ainsi selon le Dr Salomon³¹ (médecin référent risque épidémique et biologique), dans l'hypothèse d'une pandémie grippale, l'amélioration des traitements constitue un point positif indéniable par rapport à la grippe espagnole de 1919, mais par contre l'impact de la télévision et des médias pourrait s'avérer être un point négatif de la comparaison, s'ils suscitent une panique parmi l'opinion et partant, des

²⁷DAB W., COQUIN Y., LAURENS-BERNARD O., octobre 2004, « Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises », *Gestions hospitalières*, n° 439, pp 612-614.

²⁸Cité (Page 126) dans TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p.

²⁹LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 53).

³⁰*Ibid* (Page 35).

comportements irrationnels et agressifs qui participeraient à la construction d'une crise pour l'hôpital.

L'autre conséquence de l'exigence croissante de sécurité sanitaire est le poids qu'elle fait peser sur les pouvoirs publics. En effet la sensibilité aux risques a pour corollaire de fortes attentes à l'égard de l'Etat et du système de santé. Si elles ont généré une prise de conscience des pouvoirs publics à l'égard de ces problématiques et la mise en œuvre d'une authentique réflexion sur la gestion de crise et la prévention, dont ne peut que se féliciter, il ne faut pas négliger les revers de cette situation. En effet, la difficulté est de trouver un équilibre entre « *chercher à prévenir les risques les plus importants pour les citoyens, parce que l'intérêt public l'exige, et tenir compte des réactions émotionnelles et souvent irrationnelles du public* »³². En cherchant à répondre aux attentes de l'opinion, les pouvoirs publics risquent de se concentrer sur les effets d'affichage de telle ou telle mesure qui peut par ailleurs avoir un intérêt, et négliger une réflexion de fond sans doute moins visible sur la gestion de crises. Nous verrons qu'aujourd'hui, la tendance est à la multiplication des plans (1.2.1).

Ainsi, les conséquences potentiellement dévastatrices des crises sur l'hôpital et les attentes de la population en matière de sécurité sanitaire induisent une nouvelle mission et des obligations qui s'imposent aux pouvoirs publics. Ces dernières ont d'autant plus de force que le droit de la responsabilité a évolué et vient sanctionner plus fréquemment le manquement à ces nouveaux impératifs juridiques comme moraux.

1.1.2 Le régime de la responsabilité des agents publics au titre des dommages survenus lors d'une crise sanitaire.

A) L'évolution générale des régimes de responsabilité, lors des crises récentes.

« Notre société refuse la fatalité. Elle se caractérise par une exigence croissante de sécurité. Cette exigence engendre la conviction que tout risque doit être couvert, que la réparation de tout dommage doit être rapide et intégrale et que la société doit, à cet effet, pourvoir, non seulement à une indemnisation des dommages qu'elle a elle-même provoqués, mais encore de ceux qu'elle n'a pas été en mesure d'empêcher, ou dont elle

³¹Voir ANNEXE I : Liste des entretiens.

³²PONTIER J-M., 2003, « La puissance publique et la prévention des risques », *L'actualité juridique – droit administratif*, n°33, pp. 1752-1761.

n'a pas su prévoir l'occurrence »³³. C'est en ces termes que s'ouvrent les considérations générales du rapport public 2005 du Conseil d'Etat (« Responsabilité et socialisation du risque »). Le lien entre l'exigence de sécurité et l'exigence de réparation quelles que soient les causes des dommages survenus, est ici nettement souligné. Il semble en fait que « *devrait être réparé tout dommage perçu comme inacceptable* »³⁴. Mais plus qu'une indemnisation, les victimes recherchent en outre un coupable, là où il n'est pas toujours aisé d'en identifier un. En effet, les risques modernes sont de plus en plus complexes, mêlant danger inhérent à telle ou telle activité et interaction avec certains éléments de notre environnement : effets dominos dus aux réseaux, vitesse de propagation (voir I.1.A)... Ces multiples exigences se retrouvent dans l'évolution des mécanismes juridiques qui servent à déterminer la responsabilité.

a) *L'exigence d'une réparation.*

Si pendant longtemps l'adage « le roi ne peut mal faire » s'est également appliqué à l'Etat, dans la mesure où sa responsabilité ne pouvait être engagée, le droit a largement évolué. En 1873, le Tribunal des conflits³⁵ reconnaît cette responsabilité, tout en affirmant qu'elle n'est « ni générale, ni absolue ». Depuis, la responsabilité de l'Etat et des personnes publiques s'est largement rapprochée du droit civil et notamment du mécanisme traditionnel selon lequel un dommage, une faute et un lien de causalité sont nécessaires pour engager la responsabilité.

Cependant, rapidement le droit « *tend à faire l'économie de la faute et de la cause pour rendre possible une indemnisation fondée sur le seul préjudice* »³⁶. Ainsi, le Conseil d'Etat dans l'arrêt *Cames* de 1895³⁷ décide que le service public employeur doit indemniser un ouvrier blessé par un éclat de métal projeté sous le choc d'un marteau-pilon. Le fondement n'est pas ici la faute, mais la rupture d'égalité devant les charges publiques, dans la mesure où l'agent a été exposé à un risque qu'il n'aurait pas dû supporter. Les dommages subis par les collaborateurs occasionnels du service public obéissent aux mêmes règles³⁸. Ceci pourrait avoir de lourdes conséquences en cas de pandémie grippale comme nous le verrons plus loin.

³³CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p.

³⁴CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p. (Page 222).

³⁵TC, 8 février 1873, Blanco

³⁶ENGEL L., « Vers une nouvelle approche de la responsabilité : le droit français face à la dérive américaine », *Esprit*, juin 1993. Cité (Page 223) dans CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p.

³⁷CE, 21 juin 1895, Cames

³⁸CE, Ass., 22 novembre 1946, Commune de Saint-Priest-la-Plaine.

Plus largement, la responsabilité fondée sur le risque, et non plus sur la faute, a connu des développements importants dans le domaine médical avec les arrêts Gomez³⁹ (à propos d'une thérapeutique nouvelle) et Bianchi⁴⁰ (cas des risques connus mais rares). Enfin, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute, des dommages subis par les usagers et résultant de la défaillance des appareils qu'il utilise⁴¹. Ces différentes hypothèses exigent tout de même que le dommage soit caractérisé, notamment que le préjudice soit anormal et spécial, conditions difficiles à remplir dans les faits.

Fonder la responsabilité sur l'exposition au risque résultant de telle ou telle activité, apparaît cependant potentiellement dangereux, car comme nous l'avons vu il est désormais peu d'accidents dans lesquels on ne puisse trouver une cause humaine : « *le risque naturel n'exclut donc pas la recherche de responsabilités* »⁴². On aurait pu ainsi craindre, en cas de dommages lors d'une « crise de prise en charge », le développement d'une responsabilité hospitalière basée sur le fait que l'insuffisante préparation à la crise expose les patients à un risque et cela hors de toute faute. L'évolution de la responsabilité pour risque s'est plutôt orientée vers une logique de pure indemnisation, plutôt que sur la recherche de « coupables ». Ainsi plusieurs régimes spéciaux ont été mis en place afin de garantir par divers mécanismes, l'égalité devant les charges publiques. En effet, il paraît aujourd'hui inacceptable que des dommages causés par des calamités naturelles, des actes terroristes ou certains accidents médicaux ne puissent être indemnisés, du seul fait de l'absence de faute. Dès lors l'Etat intervient afin de mettre en place des mécanismes de socialisation des risques. En fait, « *alors même qu'il est naturellement et originellement lié à la notion de sanction, le concept de responsabilité s'est ainsi retrouvé (...) investi d'un rôle de socialisation* »⁴³. Divers mécanismes ont été mis en place : obligation de s'assurer, mais aussi indemnisation par des fonds comme l'ONIAM (loi 4 mars 2002) qui prend désormais en charge les accidents médicaux, non rattachables à une faute. Pour autant ces mécanismes n'excluent pas la recherche de fautes à l'origine des dommages massifs qui peuvent exister (cas de l'amiante notamment), ce qui permet de répondre au besoin d'identification d'un coupable.

³⁹CAA Lyon, 21 décembre 2000, Gomez

⁴⁰CE, Ass., 9 avril 1993, Bianchi

⁴¹CE, 9 juillet 2003, APHP c/ Mme Marzouk.

⁴²CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p. (Page 218).

⁴³*Ibid* (Page 215-216).

b) *Le besoin d'identifier des « responsabilités ».*

« La propension à demander réparation s'accompagne du besoin de trouver un responsable »⁴⁴. Ainsi la conception classique de la responsabilité (dommage, faute, lien de causalité) n'est sans doute pas sur le point de disparaître. Ce mouvement se retrouve dans l'évolution du droit pénal, particulièrement au regard des infractions susceptibles d'être commises par des agents publics. Ici, la faute, nécessairement présente, est constituée par la violation des lois pénales, qui nécessite habituellement la présence de l'intention, de la volonté de commettre tel ou tel acte. En principe, les conditions sont donc plus exigeantes. Cependant, la responsabilité pénale des décideurs publics s'est trouvée engagée à l'occasion d'accidents provoqués par des négligences. Afin de rationaliser les actions engagées, les lois du 13 mai 1996 et du 10 juillet 2000⁴⁵ sont venues préciser le champ des infractions non intentionnelles susceptibles d'être commises par les agents publics et notamment les directeurs d'hôpital. Au final, les auteurs « indirects » ou « médias » (art 121-3 al.4) ne seront responsables que « s'ils ont violé de façon manifestement délibérée une disposition législative ou réglementaire relative à une obligation de prudence ou de sécurité » ; ou « s'ils ont commis une faute d'une exceptionnelle gravité exposant autrui à un danger qu'ils ne pouvaient ignorer »⁴⁶.

Cette demande croissante de sanction se retrouve également dans la responsabilité administrative. Malgré l'évolution de la responsabilité sans faute, le droit commun de la responsabilité pour faute perdure, mais son régime juridique évolue également en parallèle des phénomènes actuels concernant les risques et les crises.

Ainsi, on observe le déclin de la faute lourde qui était auparavant requis dans de nombreux cas et notamment lors des dommages survenus à l'occasion d'actes médicaux⁴⁷. Une distinction était en effet opérée par la jurisprudence, au sein de la responsabilité du service public hospitalier (SPH), entre la faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service public et la faute résultant d'un acte médical, cette dernière étant plus difficilement constituée. Désormais, le droit est donc unifié et le SPH dans son ensemble est soumis à une obligation de moyens rigoureuse, dont la violation est constitutive d'une faute. Une autre évolution consiste en l'usage de plus en plus fréquent de la carence fautive, autrement dit l'inaction et l'action fautive entraînent les mêmes conséquences. Ainsi, la responsabilité de l'Etat a été engagée à raison de l'absence de

⁴⁴*Ibid* (Page 225).

⁴⁵Articles 121-3, 221-6, 222-19 du code pénal.

⁴⁶PETIT S., 2001, « Délits non intentionnels : la loi et le juge », *L'actualité juridique – Fonctions publiques*, n° 1, pp. 42-46.

⁴⁷CE, Ass., 10 avril 1992, Epoux V.

mesures prises concernant les risques de l'exposition aux poussières d'amiante⁴⁸. Le même mécanisme a été utilisé concernant les contaminations par le VIH, provoquées par des transfusions de produits sanguins entre novembre 1984 et octobre 1985⁴⁹. Certains auteurs sont allés jusqu'à dire que « *ce qui relevait auparavant du fatalisme peut désormais relever de la carence fautive* »⁵⁰.

Dès lors, la responsabilité de l'Etat pourrait être engagée au titre des dommages causés par la réalisation d'un risque, face auquel il n'aurait pas mis en place les actions de prévention nécessaires (mais pas du seul fait de l'existence de ce risque, A.a)). Ce phénomène est amplifié par le fait que, comme nous l'avons vu, la gravité des crises survenues ces dernières années et les attentes des citoyens créent une véritable mission générale de prévention. Le directeur d'hôpital est concerné par ces évolutions, au vu des dommages susceptibles de se produire dans l'établissement en cas de crise.

B) Les conséquences sur l'action du directeur d'hôpital en matière de prévention des crises, et particulièrement d'une pandémie grippale.

a) *Les risques juridiques de la pandémie pour les pouvoirs publics et le directeur d'hôpital*

« *La sécurité ne se décrète pas dans les bureaux ministériels, elle se construit à chaque maillon de la chaîne de décision et d'application* »⁵¹. Ainsi, le directeur, en tant que représentant légal de l'hôpital, est investi d'une « *responsabilité de sécurité sanitaire* ». Il lui appartient de se conformer aux obligations de sécurité qui lui incombent et de prendre « *des décisions d'organisation ayant des conséquences sur la prise en charge des patients et leur sécurité* »⁵².

Ainsi, dans le cas d'une pandémie grippale débouchant sur une crise pour l'hôpital, on peut raisonnablement estimer que le fonctionnement serait fortement perturbé et que, dès lors, la mission de prise en charge du SPH serait partiellement compromise. Or, « *le bon fonctionnement des services publics est un droit dont la privation justifie une réparation* », ceci est particulièrement vrai dans le domaine sanitaire puisque la privation en question engendrera probablement des dommages corporels pour les usagers que sont les patients. On peut par exemple supposer qu'en cas de crise les fautes habituelles dans

⁴⁸CE, Ass., 3 mars 2004, *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité c/ Consorts X*.

⁴⁹CE, Ass., ç avril 1993, *M. D.*

⁵⁰HERMITTE M-A « *Le sang et le droit. Essai sur la transfusion sanguine* », mentionné (Page 284) dans CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p.

⁵¹TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 132).

⁵²*Ibid* (Page 133).

l'organisation du service, comme dans l'exercice médical pourraient se multiplier. En effet, on peut trouver au titre des premières, les retards dans l'admission ou dans l'administration des soins. En outre, le juge considère que « *l'absence de praticiens qualifiés prive irrégulièrement le patient "des garanties médicales qu'il était en droit d'attendre du service hospitalier"* »⁵³, de même « *l'insuffisance d'effectifs ou d'équipements est susceptible d'engager la responsabilité du service public* »⁵⁴. S'il est probable que le juge tienne compte, dans une certaine mesure, des circonstances exceptionnelles à l'œuvre, il faut rappeler que « *l'abstention de l'administration à faire usage de son pouvoir de réquisition ou de sanction peut engager sa responsabilité* »⁵⁵ ; il s'agit d'une carence fautive susceptible d'engager la responsabilité du directeur. De même, tout défaut de prévention des effets d'une crise pourrait être sanctionné à ce titre, ce qui serait probablement le cas si l'établissement était dépourvu de plan blanc. On peut également évoquer la responsabilité au titre des infections nosocomiales, étant donné qu'elles se définissent « *comme une infection acquise dans un établissement de soins. Une infection est considérée comme telle, lorsqu'elle était absente à l'admission (...)* »⁵⁶. Ainsi dans le cas d'un patient hospitalisé pour un autre motif et qui contracterait la grippe lors de son séjour, le régime défini par la loi du 4 mars 2002⁵⁷ et concernant les infections nosocomiales, trouverait sans doute matière à s'appliquer.

On peut également évoquer la responsabilité du SPH à l'égard de son personnel et de ses collaborateurs occasionnels, qui contracteraient le virus en proposant leur aide. Au final, les risques juridiques sont élevés pour l'établissement. A cela s'ajoute la possibilité de voir la responsabilité pénale du directeur engagée.

En matière pénale, le directeur d'hôpital est, comme nous l'avons vu, essentiellement concerné par l'article 121-3 al. 4 du code qui traite des délits non intentionnels commis par des auteurs « indirects »⁵⁸. Ainsi dans le cas d'une atteinte involontaire à la vie (art 221-6) ou à l'intégrité physique (art. 222-19), le directeur pourrait être déclaré responsable soit en cas de violation délibérée d'une obligation de prudence ou de sécurité prévue par les textes, soit s'il a commis une faute caractérisée exposant autrui à un risque grave qu'on ne peut ignorer. La première faute est assez exigeante, puisqu'elle nécessite une volonté de ne pas se conformer à des obligations de sécurité prévues par la loi ou le

⁵³CE, 8 octobre 1986, Langlet c/ centre hospitalier de Château-Thierry.

⁵⁴CE, 16 avril 1980, Mme Clarrin.

⁵⁵CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p. (Page 237).

⁵⁶TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 317).

⁵⁷LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, n°54.

règlement⁵⁹. On peut imaginer qu'un établissement qui n'aurait pas même pas commencé la rédaction d'un plan blanc lors de la survenue d'une pandémie grippale pourrait être concerné, si un patient décède du fait de la désorganisation des services ou du manque de personnel. Le second type de faute est plus facilement réalisable, et peut notamment concerner la non observance de préconisations de sécurité mentionnées dans de simples circulaires par exemple. Le risque de mise en cause pénale a été relevé dans un rapport au ministre de l'intérieur : « *A faire peser sans réserve, ni nuances, des obligations précises, parfois des obligations de résultat, sur les autorités déconcentrées, les mesures comprises dans les plans de lutte contre la pandémie pourraient exposer celles-ci sur un plan pénal* »⁶⁰. Plus généralement, on peut s'interroger sur la pertinence comme sur les conséquences des risques juridiques qui pèsent sur le directeur en cas de crise.

b) *La difficulté d'appréhender « la bonne décision » en matière de prévention.*

En cas de survenue d'une pandémie grippale d'origine aviaire, « *les équipes au pouvoir en France seront jugées sur leur capacité à avoir anticipé, planifié, géré la crise et ses conséquences* »⁶¹. Les juges se trouvent ainsi amenés à évaluer l'opportunité des politiques de prévention menées face à tel ou tel danger potentiel. Cependant, on peut s'interroger sur la nature des critères concrets, sur lesquels ils vont pouvoir se baser. En effet, « *le juge pourrait ainsi sanctionner à l'avenir le défaut de précaution, en qualifiant de fautives des décisions ayant entraîné des dommages qui ne pouvaient être précisément anticipés mais dont la probabilité était importante* »⁶². Le problème réside dans le fait qu'il est toujours plus simple d'identifier a posteriori, les mesures qui auraient pu être prises. Certains auteurs ont ainsi établi une distinction entre la « responsabilité prospective » située au moment de la décision, dans un environnement d'incertitude et la « responsabilité rétrospective », issue de l'évaluation et qui se concentre, a posteriori, sur l'efficacité des actions mises en oeuvre⁶³. Le juge se doit ainsi de prendre en compte les moyens disponibles et les risques avérés au moment de l'action de prévention ou de l'abstention : la juste décision apparaît ainsi comme « *celle qui, à la date des faits et*

⁵⁸Selon le code, il s'agit des auteurs « *qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter* ».

⁵⁹Entendu au sens juridique et non pas règlement intérieur par exemple (Cour d'appel Aix-en-provence, 22 novembre 1995).

⁶⁰PRETOT X., BANOUN S., 2006, *L'action de l'Etat en situation de pandémie grippale – Mesures d'ordre juridique*, Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, 12 p.

⁶¹GROUPE SOLBEN, 2006, *Agir face aux crises : Katrina, grippe aviaire, tsunamis...*, 1^{ère} édition, Paris : Fondation Jean Jaurès/Plon, 111 p. (Page 5).

⁶²CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p. (Page 284).

⁶³SETBON M., « *L'action publique face aux risques sanitaires : responsabilité et incertitude* », *Revue française des affaires sociales*, vol.53, n°1, pp. 21-29.

compte tenu des moyens et données disponibles détermine le rapport bénéfices/risques le plus favorable »⁶⁴.

Il est ainsi nécessaire de maintenir une gradation de la faute en évaluant l'intensité des efforts de prévention réalisés. Tout aussi importante est la conservation de la distinction entre la faute, l'erreur et l'aléa. Même s'il est sans doute évident que la plupart des risques « *ont des causes au moins partiellement endogènes à l'activité humaine et sur lesquelles il est possible d'agir* »⁶⁵, il convient d'être particulièrement rigoureux dans l'évaluation de ces dernières.

Il n'en reste pas moins que les incitations juridiques à éviter l'abstention, en amont des risques, sont désormais très fortes. Si la réalisation d'évènements aux conséquences imprévues pouvait auparavant tenir lieu d'excuse pour écarter la responsabilité, elle est aujourd'hui un terrain de prédilection pour la commission de faute d'abstention. Pour résumer, on peut dire que l'évolution des régimes de responsabilité et leurs conséquences sur les agents publics et directeurs d'hôpitaux, doivent les conduire à mettre en place des actions de prévention qui permettent soit d'empêcher la survenue d'une crise, soit de diminuer ses effets si celle-ci est inévitable. Ces actions répondent à la double préoccupation d'éviter de commettre des fautes susceptibles d'engager la responsabilité administrative ou pénale et de se conformer à la nouvelle mission de « sécurité sanitaire ».

1.2 L'Etat édicte de nombreuses réglementations et plans, déclinables à chaque niveau et notamment celui de l'APHP, afin de prévenir les conséquences dommageables des crises sanitaires et de remplir ainsi la nouvelle mission qui lui incombe.

Face aux enjeux des crises sanitaires, l'Etat a développé un arsenal juridique conséquent qui constitue un cadre général à décliner par différentes institutions, dont les hôpitaux. Chaque nouveau risque suscitant des dispositions spécifiques, la grippe aviaire a, elle aussi, fait l'objet de plusieurs textes, cette fois de manière réellement préventive (1.2.1).

L'APHP, en tant qu'hôpital de référence de la zone Ile de France a décliné à son niveau les obligations résultant des divers plans et s'est doté d'une réelle organisation de crise destinée à appuyer les établissements dans la gestion d'évènements exceptionnels (1.2.2).

⁶⁴TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 138).

⁶⁵CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p. (Page 330).

1.2.1 L'action de l'Etat face au risque d'une crise sanitaire

- A) Le dispositif de gestion de crise comprend plusieurs textes et une organisation géographique précise.

« *La sécurité sanitaire est (...) en premier lieu une responsabilité d'Etat* »⁶⁶. En effet, l'attente des citoyens comme le développement de la responsabilité en ce domaine confirment l'avènement d'une nouvelle mission pour les autorités nationales. Celle-ci implique « *le retour de la fonction de police administrative* »⁶⁷ dans la mesure où cette dernière s'inscrit dans le domaine de la prévention. En effet le maintien de la sécurité sanitaire passe essentiellement par des fonctions de « *réglementation, de contrôle, d'autorisation et d'interdiction* ». Ainsi, on peut dire que si le directeur a en charge le maintien du bon fonctionnement du SPH par des mesures de prévention des risques et de préparation aux conséquences d'une éventuelle crise au sein de son hôpital, l'Etat ne peut se désintéresser de cette problématique et se doit d'édicter des normes valables pour tous les établissements et plus largement, tous les acteurs concernés. L'obligation d'agir pour les autorités nationales est corrélative au développement de leur responsabilité en ce domaine, puisque, comme nous l'avons vu, la carence fautive à l'origine d'un dommage suffit à mettre en cause l'Etat. L'affaire du sang contaminé s'est avérée décisive en termes de prise de conscience, puisque c'est à cette occasion, et de manière particulièrement retentissante, qu'il est apparu que les autorités ne pouvaient se réfugier derrière la méconnaissance d'un phénomène pour justifier leur inaction. Ceci a été formalisé avec la reconnaissance du principe de précaution qui systématise la réflexion sur « *l'articulation entre le seuil de connaissance et la décision* »⁶⁸ et se veut être dans une conception médiane « un principe d'action ». On observe d'ailleurs certains excès à relier sans doute, à la crainte de l'opinion publique et du juge. Ainsi, certains interlocuteurs soulignent que la norme de masques FFP2 (plus chers que les FFP1) ne devait s'imposer en toute rigueur, que pour les personnels soignants en contact direct et répétés avec des patients atteints de grippe aviaire. Mais une fois que l'Etat l'a imposée comme une norme pour toutes les catégories de professionnels susceptibles d'être en contact, même très occasionnel avec le public, il était impossible de la refuser aux hospitaliers dans le même cas.

⁶⁶TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 130).

⁶⁷*Ibid* (Page 130)

⁶⁸CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p. (Page 277).

Outre l'édiction de nombreuses règles de sécurité et de vigilance, un arsenal législatif et réglementaire traite des réponses face aux débordement et crises que peuvent engendrer la réalisation de différents risques.

a) *Les différents plans de prévention et de lutte contre les crises.*

La désorganisation potentielle du système de santé est quasiment traitée comme un risque à part entière. Ainsi, la circulaire du 24 décembre 1987⁶⁹ relative à l'afflux massif de victimes à l'hôpital prescrit déjà des mesures d'organisation interne permettant de faire face à ce type de situation exceptionnelle. En 2002, une nouvelle circulaire⁷⁰ vient étayer ces premières dispositions à la suite de l'impact laissé par les attentats du 11 septembre et l'explosion de l'usine AZF. L'élaboration d'un « plan d'accueil de nombreuses victimes » est de la responsabilité du directeur qui se doit de le présenter aux instances de l'établissement. Par ailleurs, les annexes NRBC sont déjà mentionnées. Le « plan blanc » connaît ensuite une consécration législative, puisqu'il est explicitement prévu par la loi de santé publique du 9 août 2004⁷¹ qui le rend obligatoire dans tous les établissements de santé. Le décret d'application du 30 décembre 2005⁷² précise les modalités de mobilisation des moyens pour faire face à un afflux de victime. Enfin, la circulaire du 14 septembre 2006⁷³ rappelle dans le guide en annexe, les points essentiels du plan blanc. Ce document permet à chaque établissement de réfléchir en amont au fonctionnement et à l'organisation de l'hôpital en situation dégradée. Certains points de passage paraissent incontournables comme une cellule de crise, la désignation d'un local spécifique équipé du matériel de communication nécessaire, des procédures de rappel du personnel, l'organisation de circuits identifiés dans l'hôpital pour accueillir notamment les patients amenés par le SMUR... Le guide contient également des fiches pratiques sur les annexes NRBC, listant les questions que l'hôpital doit se poser dans la phase de rédaction.

Par ailleurs, d'autres plans pouvant avoir un impact sur les établissements de santé ont été élaborés pour faire face à toutes sortes de risques et notamment dans le domaine de

⁶⁹MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, Circulaire DGS/3E/n°147/DH/9C du 24 décembre 1987, relative à l'afflux massif de victimes à l'hôpital.

⁷⁰MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002, relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victime.

⁷¹LOI n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique. Journal officiel, n°185.

⁷²MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave. Journal officiel, n°304.

⁷³MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006, relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

la sécurité civile. La loi du 13 août 2004⁷⁴ a ainsi rénové le contenu des plans ORSEC qui déterminent l'organisation générale des secours et recensent l'ensemble des moyens pouvant être mis en œuvre au niveau du département. Ils s'articulent avec les différents plans d'urgence : plan rouge (destinés à porter secours à de nombreuses victimes), Plan particulier d'intervention ou PPI (qui font face à des risques et des lieux identifiés) et enfin les plans de secours spécialisés ou PSS (établis pour un risque particulier).

Le secrétariat général du gouvernement (SGDN) a en outre élaboré des plans « pirates » pour faire face aux nouvelles menaces. Outre le plan généraliste vigipirate, des plans spécifiques ont été élaborés et mis à jour ces dernières années : biotox (biologique), Piratox (chimique-toxique), Piratome (nucléaire et radiologique), Piranet (systèmes d'information), Piratair (Espace aérien). Enfin divers plans sanitaires ont été rédigés : variole, SRAS, Pandémie grippale et ceux dont la mise en œuvre peut être demandée aux préfets (Plan eau potable, plan air, plan canicule).

On ne peut que constater la grande diversité de la législation destinée à faire face au risque de crise et qui a pour but d'organiser et de prévoir les réponses adéquates lors de tels événements. On verra plus loin que ceci peut être source de difficultés pour les établissements, d'autant que le nombre des acteurs impliqués est lui aussi conséquent.

b) L'organisation fonctionnelle de la gestion de crises.

Pour faire face aux menaces sanitaires et au risque en soi que constitue l'avènement d'une crise, plusieurs logiques territoriales sont mobilisées et par conséquent, plusieurs acteurs différents.

Ainsi, au niveau national, de nombreux ministères sont concernés, notamment la santé, l'intérieur, la défense, les transports et l'équipement, l'agriculture et la pêche...D'ailleurs, la plupart des plans spécifiques récents (plans « pirates ») ont été réalisés au niveau interministériel par le SGDN. On trouve également au niveau national, plusieurs agences ayant en charge l'identification et l'évaluation des risques. Cette fonction s'avère incontournable dans la gestion de crise, car elle permet de mieux cerner la nature des menaces et donc de mieux s'y préparer. Il s'agit notamment de l'INVS, de l'AFSSA et de l'AFSSAPS.

Le niveau suivant est la zone de défense (sept en France métropolitaine et trois outre mer) qui est une circonscription suprarégionale destinée à faciliter la gestion d'un événement calamiteux ou d'une situation de crise dont l'importance implique la mise en œuvre de moyens dépassant le niveau départemental (déclinaison des plans ministériels). A ce niveau, sont identifiés un préfet de zone (celui du département situé

⁷⁴ LOI n° 2004-811 du 13 août 2004, de modernisation de la sécurité civile. Journal officiel, n°190.

dans le chef-lieu de la zone), des délégués de zone (chef de service désigné par chaque département ministériel dans toutes les zones), des établissements de santé de référence présentant certaines caractéristiques (l'APHP pour la zone Ile-de-France).

Au niveau régional, il y a peu de spécificités. Le préfet de région, l'ARH et la DRASS interviennent plutôt comme instances d'appui et d'expertise.

Enfin, le département occupe une place déterminante dans les dispositifs de gestion de crise, notamment le plan blanc élargi (DDASS) et le plan ORSEC sont rédigés à cet échelon. Si un plan est déclenché, les opérations sont placées sous la direction du préfet. En outre dans le cadre d'un plan blanc élargi, il peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services. C'est également à ce niveau, que l'on trouve le SAMU et le SDIS dont les rôles peuvent s'avérer fondamentaux en cas de crise sanitaire.

Il paraît probable qu'en cas de crise, le directeur d'hôpital serait en liaison avec bon nombre de ces institutions, ce qui serait sans doute complexe à gérer. En effet, la multiplication des interlocuteurs et des niveaux de décision est susceptible de constituer un facteur aggravant en temps de crise (voir définition accident majeur I.1.1 et annexe I). Il est nécessaire à ce stade d'examiner le cas d'un plan spécifique pour conserver un regard concret sur ce dispositif.

B) L'action face au risque de pandémie grippale.

Une épizootie d'influenza aviaire due à un virus H5N1 a été identifiée dans de nombreux pays depuis décembre 2003 et plusieurs cas humains, infectés par contact direct, ont été détectés. Dès lors, le risque d'une pandémie grippale est élevé, d'autant que l'on observe l'émergence d'un nouveau virus grippal environ 3 fois par siècle (Grippe espagnole de 1918-1920, grippe asiatique 1957-1958, grippe de Hong-Kong 1968-1969). Au vu de la gravité (Voir I.1.1) et de la contagiosité de cette épidémie, les dommages pourraient être très sévères. Les experts évoquent une probabilité et non une hypothèse : « *La grippe est un risque connu et attendu, ce n'est plus un aléa. Personne ne sait si la peur sera mobilisatrice, mais l'absence de préparation et de conduite des événements sera mise en responsabilité* »⁷⁵. On s'inscrit donc davantage dans le domaine de la prévention (risque connu et certain) que dans celui de la précaution (risque méconnu dont la probabilité est incertaine), et dès lors en cas d'inaction, la carence fautive serait d'autant plus facile à prouver à l'encontre de l'Etat. Dans cette logique, le Gouvernement s'est donc attaché à prévoir des mesures susceptibles tant de prévenir l'avènement du risque, que de limiter

⁷⁵ LEROUX V., DESROCHES A., 2005, « Déclenchement du plan blanc – Mise en place d'une démarche sécuritaire pour une pandémie de grippe », *Gestions hospitalières*, n°449, pp. 523-528.

l'impact de la crise, en cas de survenue. Pour ce faire, un délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire (août 2005⁷⁶) a été désigné pour veiller plus particulièrement sur l'aspect préventif et le SGDN a élaboré un plan de lutte contre la pandémie en octobre 2004 (réactualisé depuis) qui intègre ces deux logiques. On voit ainsi qu'« *à la différence d'autres cas, il s'agit d'une question qui n'est pas ignorée, qui est traitée par les autorités de façon volontaire et publique* »⁷⁷.

Il faut signaler préalablement, qu'un plan de lutte contre l'épizootie (élaboré au niveau central par le ministère de l'Agriculture) s'intègre dans le dispositif gouvernemental de lutte contre la pandémie. Il est basé sur des mesures de surveillance et de protection des élevages et sur la lutte contre les maladies contagieuses, avec le déploiement du plan d'urgence de la maladie en situation d'épizootie. L'importance de ce premier travail est à relever : en effet, les véritables mesures de lutte contre la réalisation du risque de pandémie grippale ne peuvent être prises efficacement qu'au niveau du Gouvernement, au vu de la dimension internationale du problème. En effet, la mondialisation économique et la multiplication des échanges qu'elle induit joue un rôle majeur dans la transmission rapide des virus (voir I.1.1). Il semble ainsi que l'épizootie se soit répandue le long des grands axes commerciaux, plutôt que sur le trajet des oiseaux migrateurs (Entretien avec Patrick Camphin).

Le Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » s'articule en trois parties : principes d'action et dispositifs d'organisation, fiches d'aide à la décision, tableau récapitulatif des mesures, précisant les ministères chargés de les préparer et de les mettre en œuvre. Son objectif est de « *protéger la population en métropole et outre-mer, ainsi que les ressortissants français à l'étranger, contre une menace de pandémie grippale* »⁷⁸. Dans ce but, une stratégie a été définie et précise la marche à suivre. Si les aspects sanitaires sont bien sur fondamentaux et qu'il s'agit naturellement d'éviter le risque de propagation du virus, les orientations « *retiennent aussi le principe de tenter de maintenir la continuité de nombreuses fonctions économiques et sociales* »⁷⁹. Ainsi, un chapitre consacré à la continuité de la vie sociale et économique préconise notamment que les entreprises, les collectivités locales et les établissements publics désignent un

⁷⁶PREMIER MINISTRE, décret n°200.5-1057 du 30 août 2005, instituant un délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire. Journal officiel, n°202.

⁷⁷GILBERT C., 2007, *Les crises sanitaires de grande ampleur : un nouveau défi*, Paris : La documentation française, 70 p.

⁷⁸SGDN, n° 40 /SGDN/PSE/PPS du 9 janvier 2007, Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale ».

⁷⁹HOUSSIN D., MERLIN P., MORLA C., 2007, « La pandémie grippale – Principe d'organisation d'une crise annoncée », *Gestions hospitalières*, n°462, pp.73-77.

responsable grippe et rédigent des plans de continuité (prévisions absentéisme, mesures de protection). Il est en outre précisé que la stratégie de réponse sanitaire privilégie le traitement ambulatoire des patients et corrélativement les mesures de protection comme les masques ; la prise en charge par le SAMU et l'hospitalisation étant réservées aux patients dont l'état s'aggrave. Selon le Dr Salomon (médecin référent risque épidémique et biologique), cette hypothèse fait partie des inconnues d'une crise potentielle : il n'est pas certain que les patients acceptent d'être suivis par la médecine de ville (le sentiment de panique les poussant vers les hôpitaux), à l'inverse, les médecins libéraux pourraient ne pas être en mesure d'absorber le flux de malades.

L'OMS ayant défini 6 phases de propagation du virus, de l'épizootie à la pandémie, valables pour tous les pays (voir ANNEXE IV), le plan s'appuie sur ce scénario pour élaborer des mesures de prévention ou d'action, organisées en fiches d'aide à la décision, au sein de la deuxième partie. Il existe en outre une fiche supplémentaire en cas de « risque éminent de pandémie » indiquant les actions à mener de manière rapide. Les fiches contiennent systématiquement des mesures majeures, puis d'autres d'application et d'accompagnement, qui balayent tous les aspects de la crise (éviter l'introduction de l'épizootie, prévenir la transmission à l'homme, maintenir les activités essentielles, informer, prendre en charge les malades...). Il s'agit d'actions opérationnelles, à mettre en œuvre par les différents ministères. Le système sanitaire est évoqué de manière assez générale et les mesures renvoient souvent à des protocoles extérieurs au plan⁸⁰. Dès lors, on peut dire que le plan ne comporte pas réellement d'injonctions directes pour les hôpitaux. Il constitue davantage un cadre général, dans lequel ils devront inscrire leurs actions. On trouve ainsi de précieuses informations sur le fonctionnement des acteurs institutionnels durant la crise, qui seraient sans doute les interlocuteurs du système sanitaire. Selon, le niveau de la crise où se trouve le pays, l'organisation gouvernementale évolue (voir ANNEXE V) avec la possibilité de confier à divers titulaires la conduite opérationnelle de la gestion de crise (ministre de l'agriculture, ministre de la santé (voir Annexe VI), ministre de l'intérieur). Le ministre en charge de cette tâche peut réunir près de lui une cellule interministérielle de crise. Cette organisation de la gestion se décline essentiellement à l'échelon du département et de la zone, même si le maire par exemple, joue un rôle important en matière de police administrative. A ces deux niveaux, les préfets mettent en œuvre les mesures du plan et des circulaires d'application et sont assistés du centre opérationnel départemental ou zonal.

⁸⁰Ex : « Prise en charge des malades et des cas possibles selon le protocole de conduite à tenir devant des cas possibles de grippe à nouveau sous-type viral sans transmission interhumaine ».

Outre le plan, des fiches techniques décrivent précisément l'organisation des soins et les mesures à adopter dans différents secteurs d'activité : organisation de l'État, mesures de santé animale, mesures de protection sanitaire des personnes, conduites à tenir devant des cas ou des suspicions de cas, organisation des soins, suivi épidémiologique, organisation de la vie collective, information et communication. Si plusieurs procédures de prise en charge des patients sont utilement décrites, les données concernant la gestion de crise et le fonctionnement en dégradé des hôpitaux sont essentiellement concentrées sur une fiche. Pour autant, celle-ci contient des prescriptions générales créant autant d'obligations pour les hôpitaux : en cas d'absence d'un service d'urgence (comme à l'hôpital Raymond Poincaré), organisation spécifique intégrant un point d'accueil, un pré-tri et un double circuit ; disposer d'une annexe spécifique biologique dédiée à la grippe pandémique (modalités de déprogrammation, d'organisation du personnel, de prise en charge des patients spécifiques, mesures à prendre pour la continuité des services logistiques).

Par contre, l'annexe (« fiches de recommandations – organisation des soins en situation de pandémie grippale ») à la circulaire du 26 mars 2007⁸¹ est beaucoup plus précise dans ses prescriptions. Ce guide se découpe en 4 parties (organisation générale, des soins ambulatoires, pré-hospitalière, des établissements de santé, les prises en charge). Certaines fiches formulent des recommandations qui semblent impératives (« les établissements doivent ») à l'égard des établissements sur des sujets sensibles (suppléance et renforcement du personnel, déprogrammation des soins, logistique de l'établissement). Les mesures apparaissent toutes pertinentes, néanmoins, on peut s'interroger sur leur valeur juridique. En tout cas, au vu de leur diffusion au sein des établissements, il est vraisemblable qu'en cas de survenue de la crise et de dommages en lien avec une désorganisation de l'hôpital, leur totale méconnaissance serait pénalisante.

Au final, il semble que l'Etat se soit bien armé pour faire face aux divers risques et particulièrement celui de pandémie grippale. Pour autant, la multiplication des normes peut s'avérer délicate à appréhender pour les établissements hospitaliers. L'APHP, structure d'exception de par sa taille et sa localisation sur la région concentrant le cœur des institutions et activités économiques du pays, a naturellement mené un travail de fond sur ces problématiques. Celui-ci constitue un cadre d'action pour les différents hôpitaux.

⁸¹Circulaire DHOS/CGR n° 2007-130 du 26 mars 2007, relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie

1.2.2 La déclinaison des différents dispositifs au niveau de l'APHP.

A) Une organisation de gestion de crise destinée à faire face à des risques particuliers.

a) *La gestion des crises à l'APHP.*

La déclinaison des consignes nationales en dispositions concrètes au niveau de l'APHP paraît d'autant plus importante au regard des spécificités de cet établissement : 38 sites, grand volume de populations desservies (18 % de la population nationale sur 2% du territoire), établissement de référence de la zone de défense de la région capitale, spécificités des déplacements intra - régionaux. Le dispositif de gestion de crise et les plans rédigés doivent en outre eux-mêmes être répercutés sur les différents sites, néanmoins une cohérence d'ensemble est fondamentale au vu des liens unissant les différents hôpitaux.

L'organisation de la gestion de crise a d'ailleurs été refondée il y a peu afin de moderniser le système de réponse aux risques et menaces sanitaires contemporains, et ce conformément au plan stratégique 2005-2009, qui prévoyait la mise en place d'un dispositif de préparation aux situations de crise incluant des actions de pilotage global et coordonné de gestion des risques, de planification, d'animation, d'information et de formation.

Ainsi, la veille relève du cabinet qui prend en charge l'ensemble des événements survenant à l'intérieur de l'AP ou à l'extérieur mais ayant des conséquences sur son fonctionnement. La mission urgences et risques sanitaires (MURS) est impliquée dans ce processus et les informations diffusées par le CERVEAU⁸² sont prises en compte. La préparation à la gestion de crise est quant à elle placée sous la responsabilité du secrétaire général qui préside un groupe de travail principalement chargé de l'organisation du dispositif opérationnel de gestion de crise à l'APHP et de l'adaptation des différents plans nationaux de crise. Pour permettre une maîtrise centralisée de la gestion des événements exceptionnels, un Centre Opérationnel (CO Victoria), activable en fonction des besoins, a été créé, en vue d'apporter un soutien logistique nécessaire au fonctionnement de la cellule de crise.

grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, préhospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi.

⁸²Centre Régional de Veille Et d'Action sur les Urgences : délivre des informations en temps réel, sur la situation des urgences en Ile-de-France, sur les capacités des services de réanimation et sur le nombre de décès.

Compte tenu de la diversité des risques appréhendés par les plans nationaux et de la variété des interlocuteurs (national, zonal ou local), une stratégie de coordination a été prévue : ainsi à chaque plan est associé un pilote au niveau du siège.

Cette organisation est naturellement en lien étroit avec les différents hôpitaux qui prévoient également des dispositions en la matière. Afin de structurer et de mettre en cohésion les différentes initiatives locales, un réseau de « référents crise » a été créé au mois d'avril 2006 et est régulièrement réuni depuis. Il est composé de deux référents par hôpital, l'un auprès du directeur et l'autre concernant la logistique locale de crise⁸³. Ce réseau est animé depuis le niveau central par le secrétariat général.

La modernisation du système est accompagnée par une stratégie de communication interne et ciblée, utilisant notamment deux supports spécifiques : « Anticiper les crises »⁸⁴ et le site intranet « gestion de crise ».

Le dispositif organisationnel et fonctionnel de l'APHP semble avoir été défini à la hauteur des problématiques étudiées ici. Ceci s'avère d'autant plus fondamental que les crises susceptibles de toucher cet établissement sont lourdes.

b) Particularités des risques et crises encourus à l'APHP.

Si l'on considère les capacités en offre de soins de l'APHP (23 000 lits, 21 services d'urgences, 4 SAMU) comme de la région Ile-de-France (78 000 lits, 90 services d'urgence, 8 SAMU), on arrive rapidement à la conclusion qu'un débordement dû à un afflux massif de patients ne se produirait que dans des cas extrêmes. Patrick Camphin (responsable de la MURS) souligne ainsi qu'une collision entre deux cars sur le périphérique parisien peut très bien être gérée sans déclenchement du plan blanc, à l'inverse le même phénomène se produisant à proximité d'une ville où l'offre de soins serait plus limitée saturerait le centre hospitalier à proximité. Dès lors, les situations exceptionnelles qui ne peuvent être absorbées par le système sont relativement rares mais particulièrement lourdes. Il s'agit tout d'abord des risques liés au terrorisme de masse caractérisé par la présence sur plusieurs sites, de victimes en grand nombre possiblement contaminées (« bombes sales »). Ensuite, le risque lié aux maladies émergentes (pandémie virale à nouveau virus) présente également un grand nombre de patients, potentiellement contagieux, et une montée en charge des difficultés pendant plusieurs semaines. Enfin, c'est le cas des risques liés aux phénomènes naturels. On

⁸³Pour l'hôpital Poincaré, il s'agit respectivement de la directrice adjointe en charge des affaires médicales, de la stratégie et de la qualité (Lise Charmet) et de la cadre supérieure du service d'infectiologie (Jocelyne Bailly).

⁸⁴Lettre d'information trimestrielle destinée aux référents chargés de crise.

pense évidemment dans ce dernier cas à la canicule, Patrick Camphin l'évoque comme un évènement mettant à jour une inadaptation de la gestion de risque, qui a engendré une crise. En effet, l'hyperthermie était connue mais pas envisagée comme pouvant se produire sur la région parisienne. Cette situation, qui n'était donc pas imprévisible, n'avait pas été envisagée parmi les risques à anticiper par les personnes en charge de ces problématiques, et de ce fait les conséquences de l'hyperthermie étaient mal connues. Pour autant, cette crise s'est avérée riche d'enseignements et a permis une modernisation du système de veille sanitaire, notamment avec le CERVEAU qui délivre des informations en temps réel, sur la situation des urgences en Ile-de-France, sur les capacités des services de réanimation et sur le nombre de décès. De même l'INVS a développé à cette occasion une veille beaucoup plus généraliste et plus seulement segmentée par risque. Il s'agit de repérer les évènements inhabituels, au regard de ce qui est attendu.

L'une des conséquences de cette typologie des risques susceptibles de générer des crises est de mettre à jour le fait que compte tenu de leur ampleur potentielle à tous, le niveau départemental de la gestion de crise s'avérerait probablement inadéquat. Patrick Camphin souligne ainsi qu'il est difficile d'imaginer une crise qui ne toucherait que les Hauts-de-Seine, au vu du découpage de ce département. Dès lors, la plupart du temps, les interlocuteurs extérieurs seront au niveau de la zone de défense Ile-de-France, voire du Gouvernement compte tenu des enjeux de la région.

L'APHP étant armée pour faire face aux risques répertoriés actuellement et donc prévisibles, comme face aux situations inhabituelles (en principe rapidement détectées), on peut s'interroger sur la stratégie déployée au regard de la crise tant annoncée de la pandémie grippale. On peut noter que si les gestionnaires de risque ont un certain recul sur les risques terroristes et naturels, une pandémie de grande ampleur est un phénomène moins bien appréhendé aujourd'hui puisque ne s'étant pas produit récemment.

B) L'action face au risque de pandémie grippale.

Le caractère spécifique du « Plan de mobilisation de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris pour faire face au risque de pandémie grippale à nouveau virus » est énoncé dès les premiers paragraphes de l'avant – propos signé du directeur Général de l'APHP, Benoît Leclercq : d'une part, il « *s'inscrit dans le cadre des dispositions de niveau national fixées par le Gouvernement* », d'autre part il « *est conçu pour permettre à tous les hôpitaux de l'AP-HP de définir, chacun pour ce qui le concerne, les dispositions opérationnelles adaptées à ses spécificités* ». L'un des enjeux de ce plan semble être

ainsi de trouver le bon équilibre entre la prescription de grands principes et l'édition de normes opérationnelles, qui doivent au final être adaptées au terrain auquel elles sont supposées s'appliquer ; il lui faut donner une cohérence d'ensemble au dispositif de l'APHP, tout en intégrant les particularités propres à chaque site.

La méthode de travail participe, entre autres, à atteindre cet équilibre. Des groupes pluri-professionnels ont en effet assuré un travail spécifique pour chaque niveau d'organisation : la coordination centrale qui relève du siège, le domaine pré-hospitalier et les hôpitaux. L'ensemble a été coordonné par un comité de pilotage ad hoc conduit par le Secrétaire général de l'APHP. Ensuite, l'ensemble du document se compose de deux volumes, le premier comprend le plan lui-même et 14 fiches techniques détaillées par thème, le second est propre à chaque hôpital.

Le plan de mobilisation est subdivisé en 4 chapitres organisés selon les grandes phases de la pandémie (Eléments concernant toutes les périodes, période de veille pré-pandémique, période pandémique, période de « sortie de crise »). Les fiches techniques se veulent opérationnelles et couvrent tout le champ de l'action hospitalière (schémas de prise en charge pré hospitalière, accueil et tri, procédures type de prise en charge, mobilisation des ressources humaines, organisation logistique...). Surtout, ces fiches contiennent de nombreux outils pratiques comme des arbres décisionnels, des procédures de prise en charge, des fiches de signalement, des tableaux recensant les objectifs à atteindre et prévoyant une case vierge pour que chaque hôpital indique les actions menées correspondantes.

L'organisation fonctionnelle du dispositif (Chapitre1) est précisée de manière claire et s'appuie sur l'expertise de certains sites en matière d'infections émergentes, hautement contagieuses (comme la grippe pandémique) : 3 hôpitaux référents de 1^{ère} ligne ont été identifiés s'agissant du risque biologique (Bichat - Claude Bernard, Pitié-Salpêtrière et Necker-enfants malades). Leurs unités cliniques caractérisées par une équipe médicale référente constituent la mission REB (risque épidémique et biologique) qui remplit des obligations régionales et nationales (plans d'intervention coordonnés, information et formation des personnels). « *Les hôpitaux référents de 1ère ligne s'articulent avec le SAMU zonal et la cellule centrale de crise du siège en un ensemble chargé d'assurer la mission de référent risque biologique de l'AP-HP* » et composent ainsi le groupement de coordination de la gestion du risque épidémique et biologique (CoReb – Voir ANNEXE VII). L'organisation des hôpitaux est également précisée : les trois sites de référence accueillent les premiers cas en période pré-pandémique afin de préciser le diagnostic, tandis qu'après le déclenchement de la pandémie, ils participent à l'ajustement des procédures à la réalité de l'épidémie. Trois sites leur sont associés en binôme et forment ainsi la « 1^{ère} ligne », respectivement : R. Poincaré, P. Brousse, Saint-Vincent de Paul.

Tous les autres hôpitaux avec SAU sont mobilisés dans un second temps et forment la « 2^{ème} ligne » (Voir ANNEXE VII).

Le plan prescrit ensuite que chaque hôpital constitue un groupe de travail pluriprofessionnel qui veille à ce que tous les aspects du fonctionnement de l'hôpital soient effectivement pris en compte. On note sur ce point, que la volonté de coordination est assez forte, puisque cet élément relevant du fonctionnement interne de chaque hôpital, est spécifié par le document.

La période de veille pré pandémique (Chapitre 2) recouvre deux types de missions :

- La « *veille sanitaire* » permettant d'identifier les « cas à risque »
- La « *mobilisation de crise ponctuelle* » des établissements face à un afflux important de personnes soit qui présentent des symptômes grippaux saisonniers plus ou moins marqués dans une période où de nombreuses informations sur l'épizootie sont diffusées, soit suite à une contamination supposée lors de la fréquentation d'une personne elle-même contaminée (exemple : les passagers d'un avion).

Le plan préconise à ce stade la rédaction de procédures par chaque hôpital, et couvrant tous les thèmes suivants : circuit d'accueil des patients; isolement des cas suspects; protection (mesures barrières) des personnels, patients concernés, autres patients et accompagnants; prise en charge «cas possibles»; circuit d'alerte et d'information (interne et externe); transport des cas possibles vers les hôpitaux référents. Le plan tient donc ici lieu de guide de bonnes pratiques pour les hôpitaux en leur indiquant les thèmes incontournables, tout en les laissant libres de leurs procédures. Pour autant, le seul fait de signaler tel ou tel item conduit nécessairement ceux-ci à devoir y réfléchir et formaliser un document.

Les mêmes remarques peuvent être formulées à propos du cœur du plan « la période pandémique » (Chapitre 3). Les fondements des mesures préconisées ici reposent sur quelques principes bien identifiés :

- tous les hôpitaux sont concernés (SSR et SLD également) et doivent se préparer
- un scénario pivot. Le plan décline en fait celui de l'INVS au niveau de l'APHP⁸⁵, puis de chaque hôpital. Cette dernière caractéristique est tout à fait fondamentale selon Patrick Camphin responsable de la MURS). En effet, cette précision n'avait jamais été atteinte auparavant et en outre, elle a permis aux hôpitaux de travailler concrètement à partir d'une base de départ (Voir ANNEXE VIII).

⁸⁵Impact de 3200 lits durant la première phase, soit 25% des capacités MCO, parmi ces patients, 900 relèveraient de réanimation.

- Adapter l'organisation des soins dans chaque hôpital. Cela passe par la définition de deux secteurs : Haute densité virale et basse densité virale.
- L'organisation des ressources humaines constitue un défi. L'APHP se base sur un taux d'absentéisme de 20% au dessus du taux habituel. La gravité des patients exigerait pourtant un effectif complet.
- L'organisation logistique de l'hôpital. Celle-ci risque de se révéler comme l'enjeu fondamental de la crise. Elle recouvre tant la protection des personnels, que le menu des patients.

Au final on peut s'interroger sur la nature des obligations découlant de ce plan pour les sites hospitaliers. Comme on l'a souligné plus haut, la plupart du temps, il constitue pour les établissements un guide tout à fait utile, susceptible de soutenir la démarche de planification locale. La plupart des dispositions garantissent également une certaine égalité et une cohérence entre les sites, ce qui est logique au vu de la nature de l'APHP (ainsi les dispositions sur l'accompagnement des personnels mobilisés : déplafonnement et rémunération des heures supplémentaires, identification des inaptitudes en situation de pandémie...). Mais toutes ces dispositions sont-elles obligatoires ? Interrogé sur ces questions le responsable de la MURS, Patrick Camphin souligne que les points incontournables lui semblent être l'obligation de réponse à un objectif quantifié de patients supplémentaires au pic de la crise et l'organisation en secteurs à Haute densité et basse densité virale. Au-delà, certains peuvent souhaiter un canevas plus ou moins normé ou structuré. Pour que ce plan soit réellement opérationnel, une synthèse régulière sur l'état des réponses apportées par les hôpitaux est réalisée : il est notamment examiné si tous se sont organisés en vue de dégager les moyens supplémentaires en lits pour la première vague de pandémie, tels qu'ils sont identifiés dans le scénario pivot⁸⁶.

Ce questionnement renvoie à la problématique plus générale de la gestion de crise pour le directeur d'hôpital. En effet, si le nombre et la fréquence des réglementations et plans démontrent que l'Etat est pleinement conscient des enjeux relatifs au risque de crise sanitaire (responsabilité juridique et plus généralement forte attente des populations), ceci n'est pas sans conséquence pour la mission des directeurs. En effet, ces derniers se doivent de décliner les textes au niveau de leur établissement et de les faire fonctionner sur le terrain, étant précisé qu'à l'APHP, ils bénéficient d'un soutien indéniable par le niveau central. Il semble que ce travail en amont de la crise (planification et prévision d'une part et nécessité de susciter l'implication du personnel d'autre part) s'inscrit par

⁸⁶Une montée en charge est par ailleurs prévue : 20 % du total immédiatement, 50% en 2 semaines et 100 % en 5 semaines.

ailleurs dans un mouvement général de réformes qui renouvelle en profondeur le rôle du directeur.

2 Le dispositif national de préparation aux crises sanitaires a des répercussions majeures sur les missions et la nature du rôle du directeur d'hôpital, qui se doit de le décliner et de le rendre concret au niveau de l'établissement.

On peut identifier deux phases de préparation en amont de la crise : la rédaction des plans (II.1) et le travail à mener auprès des personnels pour qu'ils se les approprient (II.2). Les observations et les entretiens menés à l'hôpital Raymond Poincaré permettent tant de faire un état des lieux illustratif, que de mener une réflexion plus générale sur les difficultés et les marges d'action du directeur au stade de la prévention des crises et plus particulièrement de celle que susciterait une pandémie grippale.

2.1 Le nécessaire travail de planification est porteur de nombreux enjeux pour le directeur, alors même qu'existent des limites consubstantielles à cet exercice. Leur dépassement exige une approche pragmatique, tant au stade de la préparation que dans le contenu du plan.

Les établissements ont pour obligation de décliner les dispositifs de gestion de crise nationaux, ce qui peut s'avérer particulièrement complexe. En effet, du fait de leur nombre et de leur niveau de détail, ceux-ci tendent à encadrer fortement la marge d'action du directeur dans sa tâche de planification et constituent par ailleurs, autant d'obligations juridiques auxquelles se conformer, ce qui n'est pas neutre en termes de moyens humains comme matériels.

En outre, les actions de prévention comportent par essence des limites, tenant à la difficulté pour le directeur de prévoir la crise, d'autant qu'il dépend pour partie, de la mobilisation de nombre d'intervenants extérieurs (II.1.1).

Pour autant, il existe réellement une marge d'action en amont de la crise. Il s'agit pour le directeur de trouver le « bon degré de préparation », afin de ne pas s'égarer dans un processus chronophage, en vue d'atteindre un plan idéal et complet. Il semble également important de garder à l'esprit que le plan doit être un outil pratique et surtout que les nombreux dispositifs de gestion de crise doivent constituer un système cohérent et intelligible (II.1.2).

2.1.1 Enjeux et limites de la planification à travers l'exemple du plan grippe aviaire à l'hôpital R. Poincaré.

A) Le directeur d'hôpital se retrouve face à plusieurs paradoxes

a) *Une responsabilité entière, une liberté encadrée.*

« Au coeur de toute crise, on trouve la question du pouvoir et de son exercice. Traiter une crise, c'est avant tout opérer des jugements, redéfinir des normes, poser des options, définir des stratégies, remodeler des rapports d'influence, sauvegarder des positions... »⁸⁷.

Le directeur se retrouve donc naturellement en position de devoir conduire la phase d'anticipation du risque de crise, dans la mesure où si celui-ci se réalise, il sera en première ligne pour gérer les dysfonctionnements éventuels de l'organisation et assumer la responsabilité de la gestion de crise. Dès lors, les notions de liberté d'action et de responsabilité apparaissent étroitement corrélées. Ainsi, au-delà du sens juridique du terme (*« assumer l'obligation [...] de réparer les dommages subis par une autre personne »*)⁸⁸, la responsabilité *« apparaît comme le fondement du droit de la décision et du pouvoir d'édicter des normes juridiques »*⁸⁹. Et en effet si le directeur peut être amené à répondre devant la justice de certains dommages, il doit être mis en mesure de pouvoir parer à ceux-ci, or ses marges d'action peuvent parfois apparaître quelque peu limitées.

Tout d'abord, il faut rappeler qu'il dispose de peu de moyens pour empêcher la réalisation de risques susceptibles d'engendrer des crises. Ce n'est pas en effet au niveau de l'hôpital que peuvent être prises les décisions susceptibles d'avoir un impact sur l'épidémiologie de grippe aviaire ou son éventuelle mutation en pandémie. Seul l'Etat peut agir sur la prévention des risques au sens strict, si tant est qu'il dispose de moyens efficaces. Ceci dit, on ne reprochera pas au directeur la réalisation du risque mais ses éventuelles conséquences dommageables (désorganisation du service ou mesures de protection insuffisantes ayant entraîné des décès ou contamination en cas de pandémie). Dès lors, il doit s'attacher à prévenir le risque en soi que constitue la crise. Pour cela, et comme nous l'avons évoqué plus haut (Voir I.1.1.A), l'anticipation par le biais de plans et de procédures dégradées, est sans doute le moyen le plus efficace de se préparer. *« L'absence de pareils plans, qui doivent prévoir moyens, schémas de fonctionnement, responsabilités et lignes d'autorité, laisse face à un vide stratégique et une myriade de petits problèmes*

⁸⁷LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 10-11).

⁸⁸ROUGEVIN-BAVILLE M., *La responsabilité administrative*, cité dans TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 135).

⁸⁹TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 136).

tactiques dont l'accumulation abat les plus résistants »⁹⁰. Il faut souligner que l'hôpital s'est trouvé relativement libre dans la rédaction de ses plans et les a naturellement adapté à ses propres caractéristiques. Selon ses spécificités (spécialités médicales) et les risques auxquels il serait le plus vraisemblablement exposé, l'accent a été mis sur la menace épidémiologique et biologique.

Pour autant, l'hôpital Raymond Poincaré (à l'instar des autres) se trouve contraint par certaines dispositions législatives ou réglementaires dans l'anticipation des conséquences potentielles d'une crise. Notamment il ne peut agencer son dispositif de gestion de crises que dans le cadre des différents plans édictés au niveau national. Ainsi, il faut notamment rédiger un plan blanc, qui est la base du dispositif, une annexe biotox, puis une annexe pandémie grippale. Pour certains établissements et dans un objectif d'efficacité, il serait sans doute préférable de se concentrer sur un document généraliste (voir II.1.2.B). C'est par exemple le cas de l'hôpital maritime de Berck, fusionné avec l'hôpital Raymond Poincaré, et qui de par sa position géographique (Pas-de-Calais) et le type d'activités (SSR) est moins sensibilisé aux problématiques de la gestion de crise et peine, par conséquent, à mobiliser les ressources internes pour le travail de planification.

Bien que sa responsabilité soit susceptible d'être pleinement engagée, le directeur ne dispose au final que d'une marge d'action limitée, du fait du cadrage engendré par la législation. Ceci est accentué par le fait que les moyens étant limités, des choix doivent être opérés qui restreignent d'autant sa liberté.

b) Des obligations croissantes, des moyens limités.

Dans un contexte où les moyens sont limités, le choix de se conformer à telle ou telle règle ou de mener telle ou telle action peut impliquer automatiquement d'en négliger une autre. Il s'agit tout d'abord de moyens matériels, en effet la prévention a un coût non négligeable et « *survaloriser l'insécurité sanitaire comporte évidemment le risque d'ajouter à l'irrationalité financière de certaines décisions sanitaires* »⁹¹. Comme nous l'avons vu avec la question de la norme FFP2 pour les masques de protection en cas de pandémie grippale, les choix opérés n'ont pas tous la même incidence financière et peuvent conduire à renoncer au final à d'autres dépenses. La question des moyens est d'autant plus cruciale concernant la sécurité sanitaire, qu'en ce domaine l'utilité des dépenses est difficilement évaluable lorsque le risque ne se réalise pas. Si elles n'en sont pas moins

⁹⁰LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 68).

⁹¹TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 145).

nécessaires, comment les mettre en balance avec l'achat de matériels utiles dès aujourd'hui ?

Outre cette question, la difficulté se situe également au niveau des moyens humains et du temps consacré au nécessaire travail de planification. Ce processus est en effet très consommateur de temps et ce pour deux raisons essentielles et étroitement liées : le nombre de normes à appliquer et les réunions nécessaires pour mener à bien une réflexion sur le contenu des différents plans. Comme l'évoque Frédéric Boiron « *le déversement continu des normes et des circulaires provoque un sentiment de noyade : sans cesse plus nombreuses, sans cesse plus exigeantes (...)* »⁹². Lise Charmet, référente crise auprès du directeur de l'hôpital Poincaré⁹³, souligne ainsi « *tout incident sur un point du territoire donne lieu à un réglemmentation générale, de plus en plus précise et de moins en moins maîtrisable* ». En effet, comme nous l'avons évoqué, l'arme principale de l'Etat dans la prévention des conséquences dommageables des crises est la réglementation. Si l'intention est louable, ses conséquences peuvent prendre un tour problématique dans la mesure où ces normes ne sont pas toujours aisées à faire respecter. Ainsi la multiplication des plans, évoquée plus haut sous l'angle du cadrage de la marge d'action du directeur, a également un impact sur le temps à déployer pour les réaliser.

En effet, la rédaction de ces documents nécessite d'impliquer les représentants des différents corps de métier de l'hôpital, concernés en tout premier lieu par les mesures d'anticipation des conséquences des crises. La complexité de l'exercice de projection dans un avenir par définition inconnu, et en l'occurrence tragique, afin d'envisager la manière dont devrait s'organiser l'hôpital en situation dégradée, peut nécessiter de nombreuses réunions. Ainsi, la mise à jour de l'annexe Biotox du plan blanc et la rédaction du plan pandémie de l'hôpital Raymond Poincaré, se sont étalées sur plusieurs mois entre 2005 et 2006. Elles ont nécessité de nombreuses réunions techniques, se déroulant souvent plusieurs fois par semaine. Outre le temps consacré à cette nécessaire concertation, il n'est pas toujours aisé de conjuguer les logiques et priorités des différents acteurs. Il faut encore souligner que la rédaction des plans s'est naturellement opérée à moyens constants. Dès lors, nous verrons que le directeur doit se positionner clairement face à la multitude des enjeux : prioriser ceux qui paraissent incontournables, mais aussi s'assurer que le temps consacré à ces problématiques est raisonnable (II.1.2.A).

⁹²BOIRON F., 2005, « Pour l'amour du risque », *Entreprise santé*, n°60, pp. 2-3.

⁹³Voir ANNEXE I : Liste des entretiens.

Si le travail d'anticipation du risque de crise met le directeur face à plusieurs paradoxes délicats à surmonter, il connaît en outre de notables limites.

B) Les limites de la prévention en matière de gestion de crise.

a) *Les limites relatives à la prévision, dues à la nature même de la crise.*

« D'un seul coup ou par pans successifs mais de façon inexorable, les difficultés identifiées s'abattent sur le responsable. Tous les plans, tous les textes, tous les dires lui avaient assuré qu'en situation de crise il aurait des pouvoirs clairs et fermes... Il découvre que ce n'est pas le cas : les processus de décision sont très affectés; le système ne répond plus »⁹⁴.

Comme on l'a vu (I.1.1.A), la gestion de crise passe essentiellement par la prévention de leurs conséquences, puisque l'action sur l'avènement des risques extérieurs semble limitée au niveau de l'hôpital (II.1.1.A). Patrick Lagadec qui consacre l'essentiel de ses réflexions à la phase de crise en elle-même et aux moyens qu'ont les dirigeants d'y faire face dans le feu de l'action, précise ainsi *« En exergue à toutes nos réflexions, il faut inscrire la nécessité absolue d'une solide préparation des systèmes et des personnes »*.

Cette préparation en amont du risque et de la crise, implique un travail de prévision de leurs effets potentiels, d'anticipation des conséquences possibles sur le fonctionnement de l'hôpital et partant de planification des mesures qu'il conviendrait de mettre en œuvre en situation dégradée. A toutes ces étapes correspondent autant de défaillances possibles.

Tout d'abord, l'ampleur d'une crise à venir est difficile à cerner, c'est d'ailleurs ce qui la caractérise : une crise parfaitement anticipée n'en serait probablement plus une, puisque l'institution mettrait en regard tous les moyens nécessaires pour y faire face. Les dimensions d'inconnu, de stress, de débordement disparaîtraient. Ceci étant dit, il est extrêmement difficile d'anticiper avec exactitude toutes les conséquences potentielles d'un risque prévu. C'est pourquoi un événement dont la réalisation est annoncée peut tout de même engendrer une crise pour peu qu'il dépasse, dans les faits, la capacité de réponse déployée par le système sanitaire. Ainsi *« la prévisibilité ne garantit que partiellement et de façon aléatoire l'adaptation de la réponse à un phénomène »⁹⁵.*

⁹⁴LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P.

⁹⁵DERUDAS P., DEFORGES J-C., 2007, « La gestion des phénomènes sanitaires – Le pragmatisme et la simplicité pour être efficace », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 27-31.

A contrario, on peut supposer qu'une pandémie grippale qui s'inscrirait parfaitement dans les prévisions en termes de caractéristiques de la maladie, de réaction de la population et du système sanitaire (prise en charge prioritaire par la médecine de ville, bonne information des personnels) ne devrait pas causer de crise, au sens où on l'a définie (I.1.1), puisque les mesures figurant dans les plans ont été anticipées pour absorber ce choc. Evidemment ce scénario idyllique est fortement improbable : « *s'il est possible de cerner les enjeux de sécurité sanitaire que sous-tendent les changements et menaces (...), il est moins aisé de définir finement les modalités de réponse adaptées ; car la crise est par définition ce qui est imprévu, ce qui échappe aux prévisions* »⁹⁶. On peut savoir qu'un évènement va se produire sans avoir levé les doutes sur son ampleur

Cette caractéristique de la crise induit des limites à la planification, dans la mesure où il est peu aisé d'anticiper l'étendue des conséquences sur le fonctionnement de l'hôpital, d'un évènement insaisissable. Ainsi, lors du passage de l'ouragan Katrina, il semble que les autorités ne se soient pas mobilisées à la hauteur de la catastrophe annoncée : « *sur les 28 hôpitaux de la zone de la Nouvelle-Orléans, 3 sont restés opérationnels, 4 ont pu maintenir un fonctionnement limité, 21 ont été mis hors service* »⁹⁷. De cette crise, certains auteurs tirent quelques enseignements simples, dont « *Chaque fois que, dans un plan, nous lisons un chiffre sur les hypothèses de travail, multiplions-le par 5, 10, ou 20 et voyons encore comment tient encore le plan* »⁹⁸. Si cette action paraît en effet appropriée pour tester la robustesse d'un plan de prévention du risque de crise, sa mise en œuvre relève sans doute du vœu pieux. En effet, la multiplication des hypothèses de travail équivaut à rédiger autant de plans, dans la mesure où « *on peut réfléchir sur un plan si on a un scénario qui ne soit pas trop large* »⁹⁹. Ainsi, à l'hôpital Poincaré la multiplication des hypothèses du scénario pivot par 5, 10 ou 20 impliquerait 3 nouveaux plans puisque le nombre d'admissions serait tel que toute l'organisation serait impactée. On atteint ainsi les limites de l'exercice : un « *plan n'est que la description d'une organisation adaptée à un moment précis à un risque tel qu'il est connu à ce moment là* »¹⁰⁰.

⁹⁶DAB W., COQUIN Y., LAURENS-BERNARD O., 2004, « Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises », *Gestions hospitalières*, n° 439, pp 612-614. (Page 614).

⁹⁷LAGADEC P., FESSLER J-M., 2007, « Leçons sanitaires et hospitalières de l'ouragan Katrina », *Enjeux hospitaliers*, n°6, pp. 37-39.

⁹⁸*Ibid*

⁹⁹Entretien avec Patrick Camphin, responsable de la MURS.

¹⁰⁰Plan de mobilisation de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris pour faire face au risque de pandémie grippale à nouveau virus.

b) *Les limites relatives au champ d'application du plan.*

La réflexion sur ce que peut être l'organisation de l'hôpital en situation dégradée et qui fonde la planification, trouve ses limites lorsque l'on aborde des questionnements dont les clés ne sont pas détenues en interne mais en externe. En effet, l'hôpital devrait alors pouvoir se coordonner avec les acteurs extérieurs qui sont nécessairement impliqués de près ou de loin dans son fonctionnement quotidien et a fortiori exceptionnel.

Aucun établissement ne peut vivre en autarcie totale et ils dépendent de plus en plus de prestataires extérieurs pour nombre de fonctions logistiques. L'hôpital Poincaré dépend par exemple de la blanchisserie centrale de l'APHP et d'un prestataire privé pour ce qui est de son approvisionnement en linge. De même, si les repas sont encore confectionnés par la cuisine interne, l'hôpital n'en est pas moins dépendant de ses fournisseurs de matières premières. En cas de pandémie grippale, il n'est pas certain que ceux-ci puissent continuer à poursuivre leur activité. Plus grave serait la défaillance des prestataires assurant la livraison de produits essentiels aux soins comme les fluides médicaux ou les médicaments. Ainsi, selon le Dr Salomon (médecin référent risque épidémique et biologique), en cas de pandémie grippale, il y aurait sans doute un problème logistique important. Il estime que cette question n'est pas assez envisagée dans les hôpitaux aujourd'hui et qu'il faut commencer à s'interroger sur ce dont on a absolument besoin pour fonctionner.

Le plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » envisage de manière implicite ce type de difficultés, dans la mesure où il vise à maintenir tant que faire se peut la vie économique du pays, notamment par le biais de plan de continuité dans les entreprises. Par ailleurs, le guide annexé à la circulaire du 26 mars 2007¹⁰¹ prévoit que les hôpitaux doivent « *analyser les points de dépendances logistiques ; organiser la continuité du fonctionnement technique ; sensibiliser les prestataires de services à la nécessité d'un plan de continuité d'activités* ». Le plan pandémie de l'APHP fait quant à lui le point sur le type de matériels nécessaires (restauration, protection) et leurs modalités de gestion et de stockage. Néanmoins, la réflexion sur ce point est complexe à mener, dans la mesure où elle n'est pas nécessairement dans les priorités des entreprises partenaires.

Il en est de même pour la sécurité du site hospitalier. Lors de l'exercice mené le 29 novembre 2005 à l'hôpital Poincaré, les forces de police étaient présentes afin de contribuer à la simulation de cet aspect important de la gestion de crise. Néanmoins,

¹⁰¹Circulaire DHOS/CGR n° 2007-130 du 26 mars 2007, relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, préhospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi.

comme le souligne Lise Charmet (référente crise auprès du directeur), on sait qu'en cas de survenue d'une pandémie, ils ne seraient pas forcément disponibles sur la durée, pour assurer le soutien indispensable à la sécurisation du site. Dès lors, l'hôpital ne saurait sans doute pas gérer l'afflux de l'agressivité et pourrait se trouver dépassé par une vague de panique, selon le médecin référent risques épidémique et biologique.

Il faut en outre rappeler que le cœur de la stratégie du plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » est la prise en charge de la majorité des patients infectés, par la médecine de ville. Si celle-ci faisait défaut pour telle ou telle raison, le système hospitalier pourrait se trouver en grande difficulté. En cela, tout l'exercice d'anticipation de l'annexe pandémie grippale de l'hôpital Poincaré, dépend implicitement des médecins de ville : sans leur implication, les prévisions qui le fondent devraient être réévalués à la hausse de manière exponentielle.

Toutefois, ces obstacles à l'exhaustivité du plan doivent être nuancés. En effet, des solutions peuvent parfois se dégager dans le domaine logistique sous l'effet des nécessités. Comme le rappelle Patrick Camphin (responsable de la MURS) : *« nous n'aurions jamais pu anticiper le besoin de louer des camions frigorifiques pour entreposer les corps avant la canicule, et même si nous l'avions fait, cela n'aurait jamais pu être toléré. Pourtant, pendant cet épisode, cela s'est avéré nécessaire et a été fait dans le respect le plus complet »*.

De manière générale, les insuffisances inhérentes à la gestion de crise relevées, n'oblitérent naturellement pas la nécessité de celle-ci. Si les prévisions à propos du risque de crise et ses conséquences peuvent parfois s'avérer incertaines ou qu'elles ne peuvent couvrir tout le champ souhaitable, elles n'en demeurent pas moins indispensables afin de permettre une authentique réflexion interne sur les capacités de l'hôpital à fonctionner en situation dégradée. En outre, même si tout ne peut être prévu, ce qui l'aura été, constituera un facteur aggravant de moins lors d'une crise.

2.1.2 La marge d'action du directeur : une approche pragmatique peut permettre de corriger certaines erreurs.

A) Au stade de la préparation

a) *L'association de toutes les catégories de personnels afin de bien cerner tous les items.*

Comme on l'a signalé, l'exercice consistant à rédiger un plan de prévention du risque de crise est exigeant. Il s'agit de se projeter dans un univers qui a peu en commun avec les références du présent et de là, imaginer des processus de fonctionnement différents, adaptés aux bouleversements anticipés, et qui permettent d'assurer la continuité de la prise en charge. En fait, il faut se demander comment sauvegarder la mission de l'hôpital dans une période où le contexte est bouleversé, comment atteindre le même but en utilisant de nouveaux moyens, adaptés au nouvel environnement dégradé.

Dans le cadre de cette réflexion, on peut d'ailleurs s'apercevoir que certaines caractéristiques qui, en fonctionnement normal, constituent un handicap, se révèlent être des atouts en situation exceptionnelle. Ainsi, à l'hôpital Poincaré, la conception pavillonnaire du site s'avère très utile pour l'organisation de divers circuits (patients, visiteurs...) et la sectorisation en zones de haute et basse densité virale. De même l'absence de service d'urgences limite le risque de contagion.

Cette phase de réflexion et d'imagination nécessite évidemment de faire appel à toutes les catégories de personnel qui contribuent chacun pour leur part, à la mission du SPH. L'hôpital est une structure complexe, mêlant plusieurs logiques, impliquant divers processus parfois maîtrisés par un nombre restreint de personnes, dont les connaissances sont dès lors essentielles. Au vu de ces considérations, il paraît indispensable de faire réfléchir ensemble des représentants des différents corps de métier, afin de recueillir leur avis, mais également de faire en sorte qu'ils se projettent dans les questionnements propres à la prévision et à l'anticipation des effets d'une crise, ce qui a en outre d'incontestables vertus pédagogiques. Un tel processus a été conduit à l'hôpital Poincaré, où à l'occasion de la mise à jour de l'annexe Biotox et de la rédaction du plan pandémie, les spécialistes des questions balayées ont été consultés (sécurité, circulation sur le site par exemple). Cependant, il peut s'avérer difficile d'être totalement exhaustif dans ce processus de consultations. Ainsi certains professionnels ont pu être oubliés dans un premier temps et se sont manifestés afin que leur point de vue puisse être pris en compte dans les réflexions collectives (cas des psychologues à l'hôpital Poincaré).

Les sujets à prendre en compte dans les différents plans sont souvent identifiés par des textes juridiques. Ainsi, que ce soit pour le plan blanc ou le plan pandémie grippale, deux circulaires¹⁰² sont venues préciser les items incontournables dans le cadre de la déclinaison des plans au niveau hospitalier, notamment l'organisation de circuits spécifiques, la sécurisation du site, les procédures de rappel du personnel. Dans le cadre du plan pandémie grippale de l'APHP, d'autres sujets apparaissent également incontournables comme la sectorisation en HDV et BDV (Haute/Basse densité virale). Au vu des caractéristiques de cette crise potentielle (particulièrement sa durée, et sa contagiosité), certaines thématiques gagneraient à faire l'objet de groupes de travail spécifiques dans la mesure où elles touchent à des questions très délicates à envisager dans le feu de la crise, notamment de par leur dimension éthique. Il s'agit ainsi tout d'abord de la question des personnels mobilisables dans les secteurs HDV. Le problème est ardu : l'absentéisme reste l'une des inconnues des prévisions (l'APHP table sur 20% en plus de l'absentéisme moyen, soit environ 30 %, la circulaire du 26 mars 2007 retient plutôt 40% pour le pic de la crise), alors même que le besoin en personnel sera accentué par le nombre et la gravité des patients. Il convient de réfléchir dès à présent aux agents dont la situation justifie qu'ils soient exclus des zones HDV. A l'hôpital R. Poincaré, plusieurs paramètres sont recensés dans cette optique : personnel « à risque » selon l'entretien avec la médecine du travail, distance domicile – hôpital, nombre d'enfants à charge ou a contrario expérience en réanimation. Une réflexion pourrait cependant être utilement menée, en amont, sur les effectifs minimum nécessaires dans les secteurs de HDV et BDV. En son absence, le risque est que les personnels aient l'illusion que la situation actuelle des effectifs soit la norme à suivre durant la crise, souligne le Dr Salomon (médecin référent risque épidémique et biologique).

On peut également mentionner la question de la déprogrammation des lits face à un afflux de patients grippés : le but est de redéployer des capacités hospitalières et de réorganiser l'établissement. Il convient de bien différencier la déprogrammation (ne pas hospitaliser certains patients prévus) de la libération de lits (retour à domicile de patients hospitalisés). L'hôpital Poincaré a prévu dans l'annexe pandémie qu'en cas de franchissement des seuils (plus de 10 patients par jour en médecine ou réanimation), les admissions programmées sont arrêtées et les patients non atteints transférés vers le service de MPR ou au domicile. Pour affiner le travail, on pourrait envisager de lister par service, les activités pouvant être différées sans préjudice et les autres afin d'avoir davantage de visibilité le cas échéant. Il faut préciser que la réflexion sur l'articulation entre les soins de

¹⁰²MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 et Circulaire DHOS/CGR n° 2007-130 du 26 mars 2007.

ville et l'hôpital est un enjeu majeur du plan global, même si sa déclinaison sur le terrain est ardue.

b) L'adoption du principe de proportionnalité dans la phase de préparation du plan.

Ce processus de réflexion nécessaire à la rédaction des plans fait partie des missions du directeur, ainsi, selon le médecin référent risque épidémique et biologique, « *la direction a un rôle moteur* » en ce domaine. En fait, ce rôle s'avère à géométrie variable selon le contexte propre à chaque hôpital. Lorsque les personnels sont très mobilisés sur cette question comme c'est le cas à Raymond Poincaré, le directeur a un rôle de facilitateur et de cadrage souligne Lise Charmet, la référente crise. Ailleurs, il s'agit plus d'imposer la gestion de crise comme une priorité de l'établissement. Jean-Robert Chevallier souligne ainsi que dans les arbitrages quotidiens, les chapitres disposant d'une échéance naturelle (T2A, accréditation, contrats de pôle...) disposent d'un avantage évident sur les sujets à échéance incertaine comme la rédaction des plans¹⁰³. Une démarche plus volontariste est alors nécessaire : de fait, c'est souvent le cas pour les sites SSR qui se perçoivent comme moins « sensibles » car tournés vers la rééducation.

Cependant comme on l'a vu, l'une des difficultés pour le directeur est que le processus stratégique de prévention du risque de crise est consommateur de temps. Ainsi, sans amoindrir la nécessité de prioriser, à un moment, la rédaction des plans sur la gestion du quotidien et même s'il est logique que la démarche de réflexion en amont s'inscrive dans la durée, il faut se garder du risque qu'elle ne dure trop longtemps et peine à être conclue. A Raymond Poincaré, une fois la phase de concertation terminée concernant le plan pandémie grippale, il semble que la finalisation du document ait pris du retard au regard du calendrier initial : la mobilisation sur d'autres enjeux (gouvernance), le quotidien qui reprend le pas et surtout la volonté d'améliorer toujours un peu plus le résultat peuvent expliquer ce phénomène. Dans cette configuration, il relève de la responsabilité du directeur de fixer une échéance, afin de pouvoir entamer le processus d'information et de communication, visant à l'appropriation du plan par les personnels (II.2). C'est d'ailleurs ce qui avait été fait au niveau de l'APHP, puisque la directrice générale avait choisi de créer une structure projet limitée à un an, pour mener à bien la rédaction du plan pandémie central.

¹⁰³ CHEVALLIER J-R., « La démarche managériale : le directeur d'établissement et le plan blanc », Colloque : *Gestion de crise, plan blanc, schémas départementaux des plans blancs : clarification des concepts et outils*, 20 juin 2005, Paris.

Mettre la gestion de crise à l'agenda tout en évitant l'écueil de la chronophagie nécessite de s'appuyer, même implicitement, sur le principe de proportionnalité : jusqu'où aller dans la réflexion, où placer le curseur, quand s'arrêter ? Il s'agit de ne pas perdre de vue qu'il n'y a pas de risque zéro et qu'il convient de conserver une certaine modestie face au risque, ainsi « *l'équilibre doit être trouvé entre les meilleurs efforts possibles qu'imposent l'obligation de sécurité sanitaire et l'intolérance à tout aléa qui condamne la mission sanitaire* »¹⁰⁴. Concrètement, « *l'adéquation entre les moyens disponibles et les risques estimés est la clé de toute analyse* »¹⁰⁵ et ce principe est sans doute une piste pour éviter l'enlisement. En outre, il convient probablement de planifier les tâches lourdes (Certification, gouvernance, plans de crise), tout en priorisant les urgences, souligne la référente crise auprès du directeur. Plus précisément, il s'agit de tenir compte des facteurs d'urgence, de gravité potentielle et de faisabilité afin de définir une priorisation qui veille à ne pas mettre en péril le fonctionnement d'aujourd'hui au profit de celui de demain et vice versa.

Parmi les risques nécessitant la rédaction d'un plan, il s'agit ensuite de se concentrer d'abord sur les plus probables, en privilégiant le plan blanc qui est la matrice de tous les autres. Il convient en tout cas de ne pas perdre de vue que le travail de planification n'est pas « perdu » : à la question, le temps passé sur le risque de pandémie grippale était-il raisonnable et proportionné à la menace, Patrick Camphin (responsable de la MURS) répond « *non, évidemment pas* », mais il ajoute que comme ce travail, qui a permis de dégager des éléments fondamentaux (notamment le travail sur le nombre de lits nécessaires), est réutilisable pour d'autres crises, il trouve toute sa légitimité (Voir II.1.2.B).

Au vu de ces réflexions, le travail de gestion de crise dans son aspect de planification, semble entrer en profonde résonance avec diverses évolutions générales impactant le métier de directeur. En effet, celui-ci se retrouve davantage dans une position de pilotage où « *sa valeur ajoutée est la prévision et l'organisation* »¹⁰⁶. Face à la multiplication des priorités, il ne peut que se placer dans une démarche de priorisation stratégique et d'arbitrage entre la gestion du quotidien et les grands impératifs tels que la gestion de crise.

La planification s'inscrit en outre dans le renouveau de la dimension managériale de la fonction de direction. En effet, elle participe du même mouvement que « la nouvelle gouvernance » et exige un travail de coopération et de concertation entre toutes les

¹⁰⁴TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2^e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page137).

¹⁰⁵*Ibid* (Page 137).

¹⁰⁶Entretien avec Lise Charmet, référente crise auprès du directeur.

logiques à l'œuvre dans l'établissement (administrative, médicale, soignante, logistique). Elle reflète en cela, le moment de la crise lui-même où la cohésion de l'institution est un rempart face à la désorganisation et à l'effondrement.

B) Dans le contenu du plan.

a) *Faire du plan un outil pratique.*

Pour être utile, le plan doit être concret et adapté à la situation de crise telle qu'elle est susceptible d'apparaître. Même si les prévisions sont par nature limitées (Voir II.1.1.B), il faut pouvoir réaliser une estimation, même grossière de l'impact qu'aurait la crise sur l'établissement. Dans le cas de la pandémie grippale, l'hôpital Raymond Poincaré a pu se baser sur la déclinaison au niveau de l'APHP du scénario pivot de l'INVS, ce qui représenterait un nombre total d'admissions de 226 patients pour la 1^{ère} vague de la maladie¹⁰⁷. Grâce à ces indications chiffrées, le plan pandémie envisage un scénario concret et ne se contente pas de « raisonner à vide ».

Au-delà de cet aspect concret, le plan doit pouvoir être un document de référence, un vade-mecum qui remplit le vide face auquel se trouvent les dirigeants comme les agents. En effet, en cas de crise et comme nous le verrons plus en détail (II.2.1), des réactions de stress et de panique risquent de se manifester violemment. Dès lors, il s'agit d'éviter tout verbiage, toute compilation de grands principes qui, utiles au stade de la réflexion et de l'élaboration, se révèlent paralysants en situation dégradée. Le plan, pour être utilisable, se doit donc d'être opérationnel, et contenir des fiches « *assez synthétique(s) pour éviter toute hésitation et toute perte de temps, notamment dans les vingt premières minutes d'entrée dans le (plan) qui méritent une attention particulière parce que déterminantes pour la suite* »¹⁰⁸. Ainsi, selon Patrick Camphin « *le plan doit offrir une visibilité à chaque service, afin que les personnels puissent se projeter dans leur rôle* ». La référente crise auprès du directeur précise d'ailleurs qu'il se doit d'être lisible par tout agent.

En outre, il ne faut pas perdre de vue que la crise est susceptible de dépasser toutes les anticipations et de sortir hors du cadre du plan. Dès lors celui-ci ne doit pas nuire aux objectifs qui le fondent en se révélant être un carcan rigide, obstacle aux adaptations nécessaires. Etant donné que la crise inclut par nature une incertitude sur son ampleur,

¹⁰⁷ Plan de mobilisation de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris pour faire face au risque de pandémie grippale à nouveau virus.

¹⁰⁸ DERUDAS P., DEFORGES J-C., 2007, « La gestion des phénomènes sanitaires – Le pragmatisme et la simplicité pour être efficace », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 27-31.

même lorsque son avènement est prévu (voir II.1.1.B.), le plan doit intégrer cette dimension et rester un instrument souple et adaptable en fonction des seuils que l'on franchit. Patrick Camphin évoque ainsi « *le risque administratif que présente un plan trop rigide* » et qui pourrait décourager des initiatives n'entrant pas dans son champ. En temps de crise, le maître mot doit être l'efficacité.

Concrètement, et surtout pour la phase d'alerte, il s'agit de séquencer au mieux les étapes à mettre en place au plus vite : mise en place de la cellule de crise, accueil du malade par du personnel protégé, organisation des services de soins concernés... L'annexe Biotox du plan blanc de l'hôpital Poincaré prévoit un système de check-lists très efficace énumérant par exemple toutes les personnes à contacter, ou bien les actions à réaliser dans le service d'infectiologie, avant l'arrivée des victimes annoncées. Ce système permet d'éviter d'oublier une action nécessaire malgré l'urgence. La liste est indéniablement rassurante en période de stress, pour l'administrateur de garde, comme pour tout agent : elle permet de se concentrer sur la réalisation des différentes actions sans devoir se remémorer toutes les précautions à prendre dans des cas exceptionnels, dont, par définition, on n'a pas l'habitude. La liste permet d'agir en quelque sorte comme par réflexe, dans une période où la réflexion peut être altérée. L'annexe pandémie est construite sur une méthode similaire et recense par des listes et pour chaque grand item, le matériel nécessaire, le personnel, les actions à réaliser...

Il convient en outre, toujours pour la phase déterminante de la mise en place, de s'attacher à bien préciser quelle personne est responsable de suivre la bonne exécution de la liste. Mme Bailly¹⁰⁹ (référente Logistique crise) évoque ainsi la nécessité d'un coordonnateur qui surveille les diverses séquences de la mise en place et s'assure de leur validation à toutes. Ceci est à relier avec la suggestion du Dr Salomon (médecin référent risque épidémique et biologique) d'identifier au sein de la cellule de crise différentes fonctions types, dont la supervision serait confiée aux personnes les plus compétentes en la matière (représentant de la DRH concernant le rappel des personnels par exemple).

Enfin, certains documents doivent déjà être créés, de manière à ce que les agents n'aient qu'à remplir les blancs. C'est naturellement le cas des messages d'alerte qui gagnent à être formatés, mais aussi de tout document administratif. Le plan pandémie de l'APHP, s'avère à cet égard très utile puisqu'il comporte de nombreux modèles prêts à l'emploi : Fiche de traçabilité Grippe Aviaire : « patient cas possible » ; Questionnaire accueil / tri

des patients « cas en cours d'investigation » Virus H5N1. Le plan contient des arbres et diagrammes décisionnels dont l'appréhension est facilitée par l'utilisation de schémas.

De manière générale, tout ce qui est de nature à simplifier la tâche des personnels paraît approprié. Pourtant, on remarque que la multiplication des plans nuit à l'efficacité recherchée.

b) *Organiser l'ensemble des plans en un système cohérent.*

A chaque risque tend à correspondre un nouveau plan. Comme on l'a vu, la multiplication de ces documents s'est accélérée lors des dernières années ; l'Etat face aux exigences des citoyens comme à la pression juridique semble avoir trouvé un mode d'action de prédilection pour démontrer sa bonne volonté en matière de sécurité sanitaire. Le plan dédié présente ainsi un aspect de visibilité fort utile à l'égard des médias et de l'opinion. Par ailleurs, du point de vue national, cette démarche n'est pas aberrante. En effet, il est indéniable que les risques présentent des spécificités les uns par rapport aux autres. Ainsi les risques radiologique et biologique par exemple, ne présentent pas les mêmes caractéristiques et dès lors justifient des dispositions différentes. Et d'ailleurs, leur prise en charge sanitaire comporte elle aussi des particularités qui nécessitent sans doute certains aménagements.

Pour autant, une telle diversité semble contestable du point de vue de l'efficacité de terrain et donne un sentiment « *d'empilement de documents élaborés souvent sans vraie concertation et donc plus administratifs qu'opérationnels* »¹¹⁰. En outre, cette démarche risque de se heurter à une limite logique : « *la conservation d'une approche par plan, dans un monde dont la dangerosité augmente, conduirait à une production croissante de plans de toute sorte* »¹¹¹. Certains auteurs proposent d'ailleurs l'élaboration d'un plan unique, considérant que la variable déterminante n'est pas tant la cause de l'afflux de patients, que l'ampleur du phénomène¹¹². Cette réflexion enrichissante nous rappelle qu'il est primordial de mettre l'accent sur les points communs des plans de prévention des crises sanitaires « de prise en charge », plutôt que sur leurs différences. En effet, pour favoriser l'appropriation des fondamentaux de la gestion de crise par les personnels, il

¹⁰⁹Voir ANNEXE I : liste des entretiens.

¹¹⁰CAMPILLO A., VIDONNE O., 2007, « Plans et coordination des plans – Ou comment améliorer la réponse opérationnelle face à des menaces sanitaires majeures », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 11-15.

¹¹¹DERUDAS P., DEFORGES J-C., 2007, « La gestion des phénomènes sanitaires – Le pragmatisme et la simplicité pour être efficace », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 27-31.

¹¹²*Ibid*

convient qu'ils perçoivent la cohérence du système et sa transversalité. L'effet « catalogue » tend au contraire à décrédibiliser la gestion de crise et surtout risque de faire « oublier » le plan correspondant à la menace provisoirement écartée de la scène médiatique (comme c'est actuellement le cas pour le risque de pandémie grippale). Comme le souligne Mme Bailly (référente Logistique crise), « *il est nécessaire de rappeler que l'on met avant tout en place une organisation, même si elle est déclinée selon les spécificités des risques* ».

C'est d'ailleurs dans cet esprit qu'a été conçu le plan pandémie grippale de l'APHP. Celui-ci a pour ambition de former un tout cohérent avec le plan blanc.

Le directeur se doit ainsi de mettre l'accent sur les éléments transversaux des différents plans, qui obéissent de fait à « *des logiques communes, même si l'optique en est différente* »¹¹³ et montrer en quoi les différentes démarches sont en fait complémentaires. Surtout, il s'agit d'éviter les doublons au stade de la rédaction, en veillant à ce que chaque document précise certaines spécificités sans répéter, ou pire contredire, le contenu du précédent. Ces réflexions sont d'ailleurs au cœur de la révision du plan blanc que les hôpitaux devront mener pour 2008 : l'accent sera sans doute mis sur le « socle de base », les annexes venant apporter des précisions spécifiques nécessaires, le cas échéant.

Ce travail de mise en cohérence reflète plus largement l'action que le directeur se doit de mettre en œuvre afin que le personnel s'approprie les plans. Cette étape, moins aisément définissable mais tout aussi essentielle, présente certaines difficultés, qu'il est essentiel de dépasser, dans la mesure où la connaissance et la compréhension des plans sont la vraie garantie de leur utilité en cas de crise.

2.2 Au-delà de la rédaction du plan, la réussite de la préparation à la crise tient sans doute dans l'appropriation de celui-ci par le personnel de l'hôpital, qui constitue à la fois une difficulté et un levier pour le directeur.

La crise sanitaire paraît la plupart du temps très hypothétique et reste un enjeu nébuleux pour l'ensemble de la société, comme pour les personnels hospitaliers. La « résistance » naturelle à croire à la possibilité d'un tel événement est alimentée par plusieurs phénomènes et peut être porteuse de conséquences négatives lors de l'avènement effectif d'une crise (II.2.1).

¹¹³ Entretien avec Lise Charmet.

Le directeur doit s'efforcer de rendre cette probabilité concrète afin de favoriser une démarche d'appropriation des plans par les agents. Pour cela, il peut s'appuyer sur l'information et la communication et tenter de promouvoir une culture de l'exercice (II.2.2).

2.2.1 Les résistances psychologiques à la crise et leurs conséquences

A) Les difficultés à « croire en la crise »

a) *L'opinion publique face à la possibilité des crises.*

La sensibilité aux risques et aux crises s'est comme nous l'avons vu (I.1.2.) fortement accentuée ces dernières années, à mesure que la sécurité, dans notre monde moderne, paraissait devoir être élevée au rang d'impératif pour les pouvoirs publics. Paradoxalement, cette exigence collective n'a pas nécessairement de répercussion au niveau individuel et l'on constate une certaine méfiance, voire défiance, à l'égard des actions de prévention de tel ou tel risque annoncé. Tout se passe comme si le risque une fois identifié et connu perdait de sa capacité à susciter l'effroi.

Ce phénomène est sans doute accentué par le traitement médiatique qu'en assure la presse : au stade de l'émergence d'un nouveau risque, l'aspect sensationnel et la potentialité de la catastrophe suscitent davantage l'intérêt que les mesures de protection, la pédagogie... Aujourd'hui, la pandémie grippale semble être quelque peu « passée de mode » et fait moins l'objet de toutes les attentions. Pour autant, la probabilité d'occurrence de ce risque n'a en rien varié par rapport à la période où il trouvait un large écho dans la plupart des médias. Dès lors, une sorte d'incrédulité tend à s'installer, là où l'inquiétude dominait hier.

Certains auteurs ont tenté d'analyser les fondements de cette « difficulté à croire ». Selon Jean-Pierre Dupuy, qui analyse dans son ouvrage diverses catastrophes aussi bien naturelles que « morales », « *il ne suffit pas de savoir pour accepter ce que l'on sait et agir en conséquence* »¹¹⁴. Ainsi, celui qui tente de sensibiliser l'opinion publique à la probabilité de tel ou tel risque (« le prophète de malheur » selon Jean-Pierre Dupuy) « *n'est pas entendu parce que sa parole, même si elle apporte un savoir ou une information, n'entre pas dans le système de croyances de ceux à qui elle s'adresse* »¹¹⁵. L'auteur relie ce phénomène à la croyance que le progrès peut tout résoudre et qu'il n'est

¹¹⁴ DUPUY J-P., 2005, *Petite métaphysique des tsunamis*, 1^{ère} édition, Paris : Seuil, 107 p. (Page 11).

¹¹⁵ *Ibid* (Page 11).

pas d'aléa qui n'ait en définitive une quelconque cause humaine, et partant une solution humaine.

Ce doute sur la possibilité même de la catastrophe ou de la crise peut perdurer alors même que les événements se précisent. Face à l'inacceptable, il semble qu'un autre mécanisme prenne le relais : « *Opérateurs et organisations, figés dans leurs habitudes, ne parviennent pas à lire correctement les signaux reçus. Tout est lu à travers un prisme déformant qui permet de réduire l'anormal à l'habituel. S'il le faut, tout est forcé, jusqu'à la caricature, dans les schémas établis* »¹¹⁶.

Ces mécanismes semblent avoir prise sur la population dans son ensemble, même si, naturellement, certaines personnes seront toujours plus sensibilisées aux informations disponibles sur les risques. Cette situation complique la tâche des gestionnaires de crise (que sont aussi les directeurs d'hôpitaux), dans la mesure où le « savoir » qui peut être relayé avant la crise, autrement dit dans un contexte dépassionné, risque de ne pas être entendu et assimilé. Evidemment cette dimension se révèle d'autant plus problématique à l'hôpital, en ce qu'il constitue le terrain sur lequel il faudra lutter contre la crise et ses effets.

b) Le monde hospitalier et la crise.

Naturellement, les résistances que nous venons d'évoquer sont susceptibles de toucher les personnels travaillant dans le système de santé, même si a priori on pourrait considérer qu'elles sont plus sensibilisées que d'autres à ces problématiques.

En effet, les hospitaliers ont pour mission de gérer l'inhabituel et parfois l'inattendu, dans la mesure où ils prennent en charge la maladie et les accidents. Les contextes d'urgence, d'accélération du temps, en somme « les accidents classiques », selon la typologie de Patrick Lagadec (voir I.1.1.A), font le quotidien des personnels, même si de fait ils sont plus prégnants dans certains services. Ce contexte génère la sensation d'être « habitué » à la crise : les soignants peuvent parfois faire « *un déni de la notion même de crise, ayant le sentiment que les situations de crise font partie de leur métier et qu'ils en ont une expérience quotidienne* »¹¹⁷.

Pourtant comme nous l'avons vu, ces dysfonctionnements et accélérations ponctuelles ne constituent pas des crises au sens strict du terme, dans la mesure où ils peuvent être

¹¹⁶LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 64).

¹¹⁷REGOUBY C., 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 21-26.

absorbés par l'organisation, en utilisant les procédures standard. Cette habitude des situations limites se révèle dangereuse en cas de crise réelle, car si celle-ci n'est pas identifiée comme telle rapidement, le débordement du système pourra se faire d'autant plus violent, qu'il faudra du temps pour mesurer que les procédures que l'on tente de lui opposer s'avèrent tout à fait inefficaces.

En outre, la crise réclamant l'application de protocoles spécifiques, définis dans les plans, elle doit préalablement être considérée par les agents comme relevant du domaine du possible et admise dans sa nature d'évènement « hors normes », afin qu'ils en prennent connaissance et les assimilent (voir B).

La direction, même si elle n'est pas en prise directe avec l'urgence quotidienne, peut adopter les mêmes raisonnements et considérer que l'hôpital sait gérer ce type de situations. Cette attitude est d'autant plus dangereuse qu'elle est susceptible de jouer le rôle de « leader d'opinion ».

Il faut souligner que la canicule a sans doute permis une certaine prise de conscience à cet égard et a permis de comprendre que certains phénomènes, outre une différence de volume, présentent une différence de nature avec « *une simple brèche dans un fonctionnement général qui, globalement n'est pas menacé* »¹¹⁸. Elle a également démontré que tous les établissements peuvent être concernés par la gestion de crise.

Il est incontestable que des progrès certains ont ainsi été accomplis en termes de mobilisation. A l'APHP, la nomination de référents crise a notamment permis de consolider et fédérer un réseau composé des personnes les plus mobilisées sur ces questions. Pour autant cette dernière avancée n'est pas sans contrepartie. En effet, comme le souligne certains interlocuteurs, les personnels « se reposent » parfois trop sur le référent identifié, dont la présence et l'implication sont rassurantes. On peut observer les mêmes mécanismes au niveau de la direction, où le référent tend à prendre en charge de manière très complète ces problématiques, d'autant plus que nombre de sujets stratégiques sont à l'agenda, comme nous l'avons évoqué (voir II.1.1.A.). Pourtant, il faut envisager le cas où celui-ci ne serait pas là lors du déclenchement d'un plan blanc, ou pire lors de l'avènement d'un phénomène plus insidieux qui surprendrait les agents.

Au final, ce problème d'incrédulité ou d'indifférence face à la possibilité d'une crise est problématique du point de vue de la préparation et de l'attention aux informations en amont, qui sont pourtant une part essentielle de la gestion de crise. Les conséquences de ces phénomènes sont dès lors préoccupantes.

¹¹⁸LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 25).

B) Les conséquences de ces phénomènes face à la crise.

En cas de survenue de la crise, l'absence de préparation s'avérerait problématique. Dès les premiers instants, les manques de l'amont peuvent se faire ressentir : on constate ainsi des réactions de refus de la crise et donc de repli sur les habitudes en minorant les signaux qui se manifestent de plus en plus précisément. Pour se protéger, « *on recherche tout ce qui peut renforcer les croyances et a priori sur lesquels nous sommes construits* »¹¹⁹. L'énergie déployée à s'assurer qu'il ne se passe rien n'est naturellement pas utilisée pour mettre en place les premiers dispositifs de réponse.

Après la passivité initiale, peut apparaître « le mouvement brownien » : « *en l'absence de planification et de procédures suffisamment définies et connues, tout le monde commence à intervenir soudain dans tous les sens : la confusion se fait générale* »¹²⁰. Dès lors, l'efficacité de la prise en charge ne peut être assurée. Alors même que la crise exige plus de capacités qu'à l'accoutumée, il est difficile de mobiliser les personnels, car la plupart tentent de l'éviter. En fait « *se jeter dans le désordre peut en effet jouer un rôle similaire à celui de la réserve prudente : dans les deux cas on se garde d'entrer véritablement dans l'événement et son traitement* ».

On pourrait opposer le fait que dans le système hospitalier, la survenue de la crise est relativement indéniable puisqu'elle est officiellement signalée par la mise en œuvre du plan blanc. Pourtant, le mode d'entrée peut être tout autre « *il n'y a pas d'avertissement, les premiers signaux ne sont pas compris ou sont refusés pour ce qu'ils sont. La crise est un "déjà-là" qui prend à revers les esprits et les dispositifs de réplique* »¹²¹. On pourrait ainsi imaginer qu'un patient présentant des symptômes classiques soit hospitalisé au service d'infectiologie et qu'il apparaisse au final, qu'il soit atteint de grippe aviaire et qu'il a été au contact de plusieurs personnes récemment.

Une bonne connaissance des plans de l'établissement pourrait éviter ces réactions, dans la mesure où la présence de procédures exceptionnelles, de conduites à tenir, de listes énumérant les premières actions à accomplir est naturellement rassurante (voir II.1.2 sur le contenu des plans de l'hôpital Poincaré). A l'inverse leur méconnaissance, additionnée au choc de la crise, outre les réactions décrites, génère de la culpabilité et du stress. Ceci peut s'avérer extrêmement dommageable : « *l'augmentation du stress a des*

¹¹⁹REGOUBY C., 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 21-26.

¹²⁰LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 86).

¹²¹LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 60).

*conséquences négatives sur la performance*¹²² », le processus de réflexion tend à se rigidifier et évite les réponses complexes, le jugement est affecté, une attitude d'assiégé, la recherche de bouc émissaire et l'instabilité des décisions peuvent également se manifester. En outre, la fatigue tend à s'installer et impacte elle aussi les capacités de tous. Theodore Sorensen (Conseiller spécial de J. Kennedy la Maison Blanche) a pu souligner « *Durant ces longs jours et ces longues nuits de la crise de Cuba, je vis moi-même, directement, comment la fatigue physique et mentale peut brutalement paralyser le bon sens et toutes les capacités de jugement d'hommes normalement sains d'esprit* »¹²³.

Si ces phénomènes individuels sont les plus manifestes, on peut également observer des effets de crises mal préparées sur les groupes. La réaction la plus commune est la « cacophonie » : « *sauf préparation, il faudra consacrer de précieuses heures ou journées initiales à ajuster ces multiples intervenants; et ce travail d'ajustement sera une contrainte à traiter tout au long de la crise* ». Une autre « pathologie » de groupe en temps de crise est le « Groupthink » (décrit par Irvin Janis) qui s'avère être un travers défensif engendrant une détérioration des capacités de jugement : l'illusion d'invulnérabilité comme l'uniformité et la fermeture de la pensée le caractérisent. Les groupes où ce dysfonctionnement prédomine ont tendance à occulter certaines solutions et à sous estimer les risques se rattachant à l'option qu'ils préconisent.

A l'hôpital, ces deux types de comportement pourraient concerner tant la cellule de crise que les services les plus aux prises avec la situation. Parmi tous les scénarios, l'hypothèse la plus vraisemblable est que la cellule de crise manifeste la première caractéristique dans son fonctionnement, la seconde affectant majoritairement les groupes homogènes et où règne un certain esprit de corps (d'où l'intérêt de diversifier la composition de la cellule). Les conséquences peuvent en être majeures, au regard du rôle de référence que tient cette cellule : elle pourrait donner l'impression qu'il n'y a pas de consensus sur les décisions prises, ce qui serait naturellement très déstabilisant pour tous. L'une des solutions évoquées face à ce type de difficultés est l'existence d'une « mini cellule » retirée « en back-door », composée par exemple d'un directeur, un médecin et un soignant expérimentés et capables de prendre du recul, si l'effolement se généralise.

De manière générale, il ne faut pas oublier que le directeur d'hôpital, malgré les missions centrales qui lui incombent, est soumis aux mêmes types de mécanismes que les autres agents, en cas de crise. En outre, il risque de focaliser les attentes, comme les reproches

¹²² *Ibid* (Page 75).

¹²³ Cité dans LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 80 et suivantes).

et est dès lors soumis à une pression non négligeable. Au vu de ses missions et de ses responsabilités, il devra répondre des décisions prises - dans ce contexte d'incertitude, de stress, face à la difficulté de mobiliser certains - et qui sont susceptibles de peser au final sur le fonctionnement et l'efficacité du SPH.

La méconnaissance des plans de crise, due à un manque d'implication dans la phase amont peut ainsi s'avérer lourde de conséquence. Une fois plongé dans le stress et le surcroît d'activité engendrée, il sera difficile de « découvrir » un document, surtout si l'on ignore l'utilité des informations contenues.

Si le préalable à la gestion de crise est naturellement la mobilisation de la direction autour de la rédaction même du plan, celle-ci ne saurait suffire et on ne peut faire l'économie de la sensibilisation des personnels à ces problématiques. En effet, si l'absence ou la méconnaissance du plan peut empirer les effets naturels de la crise, la mobilisation autour des enjeux qu'il recouvre constitue à l'inverse, un levier d'action non négligeable : outre le fait de réduire le stress et toutes les manifestations psychologiques évoquées, elle favorise l'émergence d'une culture de crise, qui à terme permet d'apprendre à se comporter face à l'imprévu, y compris lorsque certaines caractéristiques des événements n'auraient pas été envisagés par un plan (ce qui constitue sans doute un cas fréquent). Au final « *l'important est donc moins de s'efforcer de tout prévoir que d'apprendre à se comporter face à la surprise* »¹²⁴. Pour ce faire, deux moyens sont à la disposition des directeurs : l'information et la formation d'une part, la pratique des exercices d'autre part.

2.2.2 Une solution : agir pour favoriser l'appropriation des plans.

A) Information et formation

a) Contexte et principes de l'information et de la formation en amont des crises.

Face aux enjeux que présentent les crises et au danger de la méconnaissance des plans, le directeur se doit de favoriser l'appropriation du thème de la gestion de crise par tous. Ceci passe avant tout par une sensibilisation à la complexité de ces phénomènes, aux dynamiques qui les gouvernent, mais aussi à l'intérêt que les plans peuvent présenter. Il convient également de promouvoir des connaissances propres à tel ou tel risque, notamment la pandémie grippale.

¹²⁴REGOUBY C., 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 21-26.

La simple délivrance de l'information brute aura sans doute du mal à atteindre la « cible visée », au vu des résistances que nous avons évoquées. Le directeur doit dès lors se pencher sur une véritable stratégie, afin de promouvoir ces thématiques.

Concernant les risques et crises sanitaires, d'autres acteurs, et en premier lieu l'Etat, ont bien sur vocation à informer le public et communiquent dès lors activement. Par conséquent, les messages délivrés en interne ne sont pas les seuls qui existent et sont marqués par le contexte général. Or il faut souligner, qu'en la matière, le passé tient un rôle certain : « *l'existence de fortes suspicions constituent une base de départ bien négative pour la suite de la crise* »¹²⁵. En fait, la communication menée lors des crises précédentes semble impacter durablement la crédibilité des autorités et il n'est pas certain que les pouvoirs publics aient totalement restauré leur « capital de confiance », fortement entamé lors d'épisodes tels que Tchernobyl, le sang contaminé ou l'amiante. Le silence, voire certaines contre vérités avancées à l'époque ont profondément marqué l'opinion, qui entend sans doute avec une certaine circonspection les messages délivrés depuis. Si la transparence s'est beaucoup renforcée depuis ces événements, le directeur ne peut pas se contenter de s'appuyer sur la communication nationale sur ces thèmes. Ainsi, « *il n'est pas sûr que, pour le public, la distinction entre la pandémie et l'épizootie soit vraiment claire et que la dilution du message ne se concrétise « à chaud », c'est-à-dire la pandémie avérée, par un affolement général entraînant une paralysie des moyens mis en œuvre pour assurer la prise en charge du phénomène* »¹²⁶. En outre, il est clair que le niveau des informations destinées aux professionnels sera plus élevé que pour le grand public.

Afin de mener un travail efficace au sein de l'hôpital, il est sans doute utile de garder à l'esprit certaines bases de la communication de crise qui tendent à s'appliquer également à la phase amont, pour des informations données à propos des risques. Trois principes semblent essentiels : montrer les actions engagées, reconnaître le problème, prendre en considération les interlocuteurs¹²⁷. Ainsi, lors de la crise de Three Mile Island aux Etats-Unis, un journaliste déclarait « *Ce qui irrite le plus les Américains, c'est le sentiment d'être mal, très mal informés. (...) Ce qui paraît donc insupportable (...), c'est que personne n'ait l'honnêteté de dire : "Nous ne savons pas ce qui va arriver"* »¹²⁸.

¹²⁵LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 70).

¹²⁶DERUDAS P., DEFORGES J-C., 2007, « La gestion des phénomènes sanitaires – Le pragmatisme et la simplicité pour être efficace », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 27-31.

¹²⁷GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., 2002, *Traité des nouveaux risques*, 1^{ère} édition, Paris : Gallimard, 624 p. (Page 247-248).

¹²⁸GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., 2002, *Traité des nouveaux risques*, 1^{ère} édition, Paris : Gallimard, 624 p. (Page 204).

Pour instaurer la confiance nécessaire, il s'agit donc d'être transparent sur l'état des connaissances sur les risques, le degré de préparation de l'établissement, les conséquences potentielles de la crise. Nous verrons plus loin les mesures concrètes qui ont été adoptées à l'hôpital Poincaré (II.2.2.A.b.).

Au vu des limites signalées plus haut, il est peu vraisemblable qu'une simple information même délivrée dans le cadre d'une stratégie de communication étudiée, suffise à mobiliser les personnels à la hauteur de ces enjeux. Un dispositif de formation doit donc également être mis en place. Comme le souligne Patrick Lagadec : « *On sait qu'il faut préparer les personnes et les organisations à la surprise, au non conventionnel. Cela suppose, notamment, des prises de conscience collective, qui demandent autre chose que la distribution de consignes d'urgence* ». Outre l'organisation d'exercices (Voir II.2.2.B), il convient donc d'organiser des formations pratiques exposant clairement les mécaniques propres à la crise et les objectifs des différents plans. Afin d'avoir une vision plus concrète de ces dispositifs, on peut étudier la manière dont ils sont déclinés à l'hôpital Raymond Poincaré, plus particulièrement concernant le risque de pandémie grippale.

b) Modalités de l'information en amont de la crise : l'exemple de l'APHP et de l'hôpital Raymond Poincaré concernant le risque de pandémie grippale.

La première fiche technique du « plan de mobilisation de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris pour faire face au risque de pandémie grippale à nouveau virus » est consacrée à « Formation, Information, Communication en période de veille pré-pandémique et en phase de pandémie ». Elle précise des points fondamentaux et notamment que « *le risque de pandémie grippale d'origine aviaire est permanent* », ce qui sous-entend que la mobilisation des personnels ne doit pas se relâcher. Les enjeux de la crise (santé publique, continuité du SPH et sécurité) nécessitent que chaque acteur de santé soit informé et formé sur les risques, ainsi que sur les mesures de protection.

En phase pré-pandémique, l'axe essentiel de communication est « *mobiliser l'ensemble des personnels sur le risque de pandémie grippale d'origine aviaire* ». Pour ce faire, le réseau de référents joue un rôle important de relais de l'information, notamment grâce aux réunions organisées sur ces problématiques tous les trois mois (une journée thématique annuelle devrait être mise en place prochainement). De nombreux outils existent et sont utilisés afin d'intensifier la communication sur ce risque à travers différents supports : APHP magazine et APHP info (diffusé sur intranet) consacrent de nombreux articles à ces sujets. En outre, des outils plus spécifiques ont été mis en place comme le site intranet « nouveaux enjeux, nouveaux projets » dont l'une des rubriques est

consacrée à la gestion de crise et le journal numérique « anticiper les crises » diffusé notamment aux référents et aux chargés de communication. La MURS envoie également par mail des points de « Veille grippe aviaire ».

Ces nombreux dispositifs sont relayés par la communication menée en interne. En effet, plusieurs articles et interviews sur le thème de la pandémie grippale ont été publiés dans les journaux de l'hôpital : passerelle et flashinfo (avril et mai 2006 ; mars 2007).

Malgré toutes ces initiatives, il peut s'avérer difficile de mobiliser les agents sur la durée, particulièrement lorsque le thème disparaît du traitement médiatique : « *on constate, par exemple, que le risque de pandémie n'existe que si on en parle dans les médias* »¹²⁹. Comme le souligne le médecin référent risques épidémiques et biologiques, il serait sans doute judicieux de communiquer sur la gestion de crise plutôt que de cibler sur tel ou tel risque, notamment la grippe. En outre, il convient d'être attentif au phénomène de mobilité du personnel, qui nécessite de rappeler fréquemment que ces thèmes sont toujours d'actualité afin de toucher les nouveaux agents. De même, il faut prendre garde à ce que le discours puisse atteindre tous les personnels et pas seulement ceux travaillant dans les services les plus concernés.

La formation peut naturellement contribuer à atteindre ces objectifs. Elle est sans doute d'ailleurs plus efficace que la seule information auprès des personnes un peu éloignées, a priori, de ces thématiques. Là aussi, le plan pandémie de l'APHP prévoit des dispositions utiles : « *chaque hôpital organise des actions de formation adaptées aux différentes catégories de personnels concernant le risque de grippe d'origine aviaire. Le plan de formation annuel prévoit systématiquement, dès 2006, des actions sur ce sujet* ». L'APHP dispose d'un centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) qui facilite un apprentissage pratique sur les risques. Il propose en effet des modules d'une journée (dans le cadre de la formation continue) sur les risques NRBC, les risques épidémiques et biologiques, les risques nucléaire et radiologique. Au 31 décembre 2006, 3500 personnes avaient déjà participé.

Ces formations présentent l'intérêt de mettre l'agent « en situation », c'est également le cas des exercices qui sont naturellement plus rares car complexes à organiser.

¹²⁹REGOUBY C., janvier 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 21-26.

B) Développer une culture de l'exercice.

a) *L'utilité reconnue des entraînements.*

Si l'information et la formation permettent d'être conscient des enjeux des crises, et sont susceptibles d'engendrer une mobilisation des personnels, l'exercice apporte sans conteste une dimension supplémentaire. En effet, il permet tout d'abord d'éprouver la faisabilité du plan en lui donnant un appui plus concret, ainsi « *la culture de planification (...) doit s'accompagner d'un corollaire indispensable, celui des exercices de simulation. Sans ces exercices, sans tests, la planification reste stérile* »¹³⁰. La pratique de l'exercice permet de se rendre compte de ce qui est concrètement possible ou pas, de détecter des erreurs ou des manques. Nous verrons qu'à l'hôpital Raymond Poincaré, elle a permis d'enrichir le contenu du plan.

Outre cet aspect « test de faisabilité », l'exercice permet de se familiariser avec les procédures de crise. En fait, il donne au plan toute son utilité car il rend possible l'assimilation de celles-ci. Sans cela, ils peuvent rester des « *plans papier* »¹³¹. En effet, même si les agents ont fait la démarche de le lire, il n'est pas certain qu'en situation réelle, ils aient conservé la mémoire des procédures. S'il sera toujours possible de s'y plonger pour repréciser tel ou tel point, il est indéniable que l'exercice présente l'avantage d'ancrer la mise en œuvre dans le réel et dès lors de favoriser son assimilation. On peut dire qu'en cas de crise, « *d'une façon générale, il y aura quelque flottement sur le point de savoir qui est en charge de quoi. La lecture des plans d'urgence pourra apporter quelque lumière, mais seulement dans le cas d'organismes bien rodés à travailler ensemble, pour lesquels la consultation du plan est tout au plus une vérification leur permettant de se recalcr rapidement sur une ligne stratégique qui ne leur pose pas de problème* »¹³². En effet, cette dimension d'apprentissage à fonctionner ensemble, dans un univers reconfiguré est indispensable pour être efficace le cas échéant : il est important de repérer qui fait quoi, quels sont les personnes à contacter selon le type de problèmes etc...

L'exercice permet enfin de réaliser, sur un plan individuel, à quel point on peut se trouver dépassé par la situation, lorsque les procédures à mettre en place sont différentes de celles qui prévalent d'habitude. Et il est sans doute possible de réaliser que, parfois, les

¹³⁰GROUPE SOLBEN, 2006, *Agir face aux crises : Katrina, grippe aviaire, tsunamis...*, 1^{ère} édition, Paris : FONDATION JEAN JAURES/Plon, 111 p. (Page 101).

¹³¹LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 68).

procédures exceptionnelles ne suffiront pas non plus : les personnels peuvent alors éprouver concrètement les limites du plan et être confrontés au fait que la crise, par nature, peut dépasser toutes les anticipations. En effet, lors de l'exercice « *on s'aperçoit, à chaud, que l'on ne peut pas véritablement compter sur les moyens prévus, sur les experts prévus, sur les schémas arrêtés* »¹³³. Il favorise ainsi l'apprentissage de « l'imprévu » : « *Apprendre à imaginer l'inimaginable, c'est passer d'une culture du réel et de la prévision à une culture de l'intuition, de l'imagination et de l'anticipation* »¹³⁴. De tels résultats permettraient sans doute de minorer les risques de stress et de survenue des pathologies de la crise en général. En cela l'exercice est irremplaçable, même s'il faut également souligner les limites inhérentes à la simulation. Une multitude de détails manquent nécessairement au regard de la réalité de la crise : l'état de stress, les comportements atypiques, la pression des médias.

Il faut donc reconnaître l'utilité de cet outil, tout en restant réaliste : il ne s'agit pas d'une recette miracle.

b) Leçons tirées de l'exemple de Raymond Poincaré.

Le plan pandémie grippale de l'APHP prévoit que « *chaque hôpital teste régulièrement sa capacité de réaction et de mise en œuvre du dispositif qu'il a préparé* ».

A l'hôpital Poincaré il a été décidé, suite au premier exercice de 2004, d'en réaliser un second le 29 novembre 2005. L'objectif principal était de tester les capacités du personnel à travailler dans un contexte de haut risque infectieux lors d'un afflux de victimes contagieuses. Il s'agissait également, de manière plus opérationnelle, de combler les lacunes du précédent exercice et de tester les nouvelles procédures (circuits, radios, badges, traçabilité des personnels, admissions en direct...).

De nombreux services ont collaboré pour mener à bien ces opérations : le SAMU 92, la police, le service de médecine infectieuse, la réanimation médicale, tout le personnel du pavillon Widal, les services techniques et logistiques, la pharmacie et la direction.

Le scénario retenu était celui d'une alerte concernant un transfert de 25 victimes potentiellement contaminées par le virus H5N1 de retour d'un pays d'Asie du sud-est. L'exercice s'est déroulé de manière très positive, et de nombreux points ont été mis en avant : sécurisation du pavillon Widal, isolation des secteurs médicaux dédiés à Widal 2 (médecine) et Widal 3 (réanimation), un personnel formé et motivé. Sur ce dernier point,

¹³²LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1ère édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P. (Page 91).

¹³³*Ibid* (Page 68).

¹³⁴REGOUBY C., 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 21-26.

la référente crise auprès du directeur souligne d'ailleurs que « *la mobilisation le jour de l'exercice était excellente, alors qu'il était plus difficile d'impliquer les personnels au stade de la planification. En général, le monde hospitalier préfère le concret* ».

A l'inverse, certains points apparaissent plus nuancés dans le bilan réalisé et ont permis d'identifier des améliorations à apporter au plan. Il conviendra notamment de renforcer les équipes médico-techniques et logistiques, renforcer les moyens de communication (avec la connexion radio des différents sites de l'hôpital), réfléchir à l'extension du secteur d'isolement à Widal 2 (actuellement, 1 seul secteur HDV de 10 à 11 malades), planifier les éventuelles déprogrammations et évacuations d'unité.

Le prochain exercice qui se tiendra à l'hôpital devra sans doute impliquer davantage certains services restés un peu en marge jusque là, notamment la pédiatrie. En effet, on a rappelé qu'il faut éviter l'écueil de ne mobiliser que les plus directement concernés.

Il faut par ailleurs souligner l'organisation d'exercices plus séquencés, pour tester notamment la mise en place de la cellule de crise et ses capacités de réaction (« tests de commandement ») : en combien de temps peut-on disposer d'informations essentielles en interne (combien de personnels, sur place, combien de lits disponibles) ?

On le voit, l'exercice a une utilité très concrète et permet d'améliorer le dispositif de gestion de crise sur tel ou tel point. Certaines caractéristiques que nous venons de détailler peuvent tenir lieu de règles générales pour l'organisation de telles simulations, il s'agit en quelque sorte de « bonnes pratiques ». Tout d'abord, l'exercice doit avoir des objectifs : il faut savoir au départ ce que l'on désire tester. Comme le souligne le Dr Christine Ammirati (Coordonnateur pôle urgences CHU Amiens) : « *des objectifs trop ambitieux induisent des situations d'échecs, d'évitement, une démotivation* »¹³⁵. Il faut ensuite prévoir un scénario adapté en lien avec les objectifs fixés. Un point de retour sur expérience est nécessaire pour analyser avec les personnels les points positifs et négatifs et définir une stratégie d'amélioration du dispositif.

Enfin, il paraît intéressant de réfléchir à une combinaison entre exercices et formation, en vue d'optimiser ces deux outils : si les personnels ont été formés avant de pratiquer l'exercice, il sera plus aisé de confronter la théorie à la pratique et de mesurer les enjeux concrets ou « grandeur nature », de ce qui vient d'être étudié « à froid ». Ceci favorise l'apprentissage dans la mesure où il est plus aisé d'assimiler et de retenir des principes qu'on est amené à mettre en œuvre soi-même (« learning by doing »).

¹³⁵AMMIRATI C., « Démarche pédagogique », Colloque : *Gestion de crise, plan blanc, schémas départementaux des plans blancs : clarification des concepts et outils*, 20 juin 2005, Paris.

Conclusion

« Lorsqu'on annonce, afin de l'éviter, qu'une catastrophe est sur le chemin, cette annonce n'a pas le statut d'une pré-vision, au sens strict du terme : elle ne prétend pas dire ce que sera l'avenir, mais simplement ce qu'il aurait été si l'on n'y avait pas pris garde »¹³⁶. Il ressort de ces considérations qu'il n'y a pas de fatalité concernant la catastrophe que constitue l'avènement d'une crise, pour peu que l'on se décide à agir tant qu'il est temps. Lorsqu'un risque dont la probabilité, comme la dangerosité pour l'hôpital et la société, sont identifiées, les dirigeants doivent se préparer tant pour éviter sa réalisation, que pour limiter l'ampleur de ses conséquences, prévenant ainsi une crise potentielle. De fait, ce n'est pas lors de la survenue de celle-ci que l'on peut improviser sa gestion : compte tenu de ses caractéristiques (déferlement, dérèglement, rupture – Voir I.1.1), on ne pourrait alors que subir, voire amplifier la crise. Pour prévenir son existence future, il faut la prévoir et donc agir aujourd'hui.

Dès lors, face à la menace tant annoncée de pandémie grippale, les quelques marges d'action qui existent sont à saisir en amont. Ainsi les directeurs d'hôpital, qui se trouvent « responsables » (au sens où ils doivent en répondre) du bon fonctionnement d'institutions concentrant beaucoup d'attentes, se doivent d'agir au présent pour éviter que les effets d'une crise ne viennent compromettre, plus tard, les missions du service public hospitalier. L'anticipation des dommages potentiels, la préparation par des plans et par la mobilisation autour de ceux-ci, permettent de limiter, dans la mesure du possible, l'impact d'« événements majeurs » sur l'organisation et peut être d'éviter qu'ils n'engendrent des crises. Plus les situations inhabituelles et aux effets peu prévisibles (comme la pandémie grippale) sont envisagées comme « possibles » par l'hôpital et font l'objet d'une réflexion concertée, moins celui-ci sera pris au dépourvu, atténuant ainsi le risque de voir « ses priorités menacées ».

Pour autant, face au risque de crise, les marges de manœuvre sont de fait limitées : l'exercice de projection dans un futur inconnu, et en l'occurrence très inhabituel, pour tenter de s'y préparer, comporte d'évidentes limites. Il faut rester humble au regard de nos capacités de prévision de menaces aussi diverses et dangereuses que celles que notre monde moderne favorise. Face à la possible démesure de la crise, il convient de rester concret : les plans doivent comporter des documents pratiques, des fiches réflexes, tout ce qui permettra au personnel d'apaiser son stress et de rester efficace en situation

¹³⁶DUPUY J-P., 2005, *Petite métaphysique des tsunamis*, 1ère édition, Paris : Seuil, 107 p. (Page 18).

dégradée. Surtout les procédures d'urgence doivent être assimilées et les agents préparés à l'idée que l'inhabituel peut se produire.

Le directeur a un rôle majeur à jouer dans ce processus de prévention du risque de crise. A l'image des évolutions récentes (T2A, Nouvelle gouvernance), la gestion de crise donne à sa fonction une dimension plus stratégique : il doit s'inscrire dans une démarche de prévision en raisonnant à moyen et long termes, hiérarchiser les priorités et également impulser des dynamiques entraînant toutes les catégories de personnel, le tout dans un contexte de moyens limités et d'inflation des obligations juridiques pesant sur lui.

Pour autant, les réflexions menées sur ces problématiques incitent à penser que l'une des clés d'une appréhension raisonnée et efficace des risques et crises est à chercher dans la clarification des responsabilités. En effet, le directeur ne saurait porter (même avec d'autres agents publics), le poids de tous les aléas sanitaires aux yeux de l'opinion et de la justice. Toutes les conséquences des risques identifiés ne sont pas prévisibles et compte tenu de la multiplication des objectifs au regard de la constance des moyens, toutes les actions de prévention ne sont pas réalisables. *« Parce que l'inconséquence, l'aveuglement et les fautes ont par le passé conduit à des drames, il ne faut pas pour autant imposer une mission impossible aux enquêteurs, aux décideurs, aux professionnels et aux gestionnaires »*¹³⁷.

Pour éviter *« la dérive sécuritaire »*, *« la réponse tient largement en une pédagogie du risque »*, selon Didier Tabuteau¹³⁸. Celle-ci serait à mener au niveau de la société dans son ensemble et pourrait, selon cet auteur, s'articuler autour de quatre priorités :

- La crédibilité de l'information : *« la confiance est la clé d'une approche rationnelle et raisonnée du risque »*.
- L'organisation du débat social sur le risque afin d'apprécier la tolérance ou l'aversion des citoyens à l'égard de tel ou tel risque.
- L'élaboration progressive d'une échelle des risques pour tenter de les comparer malgré les difficultés méthodologiques évidentes.
- La proportionnalité des moyens consacrés : *« aux ressources limitées de toute société doit répondre une réflexion sur leur utilisation rationnelle »*.

Ce processus doit permettre de responsabiliser les citoyens en leur permettant de faire des choix en conscience, afin de tendre vers une utilisation du principe de proportionnalité dans l'appréciation et le traitement des risques en général, et particulièrement du risque de *« crise de prise en charge »*. La société *« doit s'interroger sur les conditions de son*

¹³⁷TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, 2^e édition, Paris : Berger-Levrault, 390 p. (Page 137)

¹³⁸ *Ibid* (Page 169 et suivantes).

fonctionnement, sur sa capacité à assurer sa sécurité sanitaire (...). Il lui faut imaginer une alternative à l'expansion continue d'une police de la santé publique envahissante et à l'illusoire transfert de responsabilités à des autorités publiques promises au rôle de bouc émissaire ». Ceci ne dédouane en rien le directeur d'hôpital de ses obligations : prévoir la crise pour la prévenir est désormais l'une de ses missions, en ce qu'elle participe de la qualité et de la continuité du service public hospitalier.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

LOI n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique. Journal officiel, n°304.

LOI n° 2004-811 du 13 août 2004, de modernisation de la sécurité civile. Journal officiel, n° 190.

PREMIER MINISTRE, décret n°2005-1057 du 30 août 2005, instituant un délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire. Journal officiel, n°202.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Décret n°2005-1764 du 30 décembre 2005, relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave. Journal officiel, n°304.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Circulaire DHOS/CGR n°2007-130 du 26 mars 2007, relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, préhospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Circulaire DHOS/CGR n°2006-401 du 14 septembre 2006, relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DHOS/HFD n°2002-284 du 3 mai 2002, relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victime.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, Circulaire DGS/3E n°147/DH/9C du 24 décembre 1987, relative à l'afflux massif de victimes à l'hôpital.

Ouvrages

DUPUY J-P., septembre 2005, *Petite métaphysique des tsunamis*, 1^{ère} édition, Paris : Seuil, 107 p.

GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., 2002, *Traité des nouveaux risques*, 1^{ère} édition, Paris : Gallimard, 624 p.

GROUPE SOLBEN, 2006, *Agir face aux crises : Katrina, grippe aviaire, tsunamis...*, 1^{ère} édition, Paris : Fondation Jean Jaurès/Plon, 111 p.

LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P.

TABUTEAU D., mai 2002, *La sécurité sanitaire*, 2^e édition, Paris : Berger - Levraut, 390 p.

Articles (de périodique)

ABENHAÏM L., janvier – mars 1999, « Nouveaux enjeux de santé publique : en revenir au paradigme du risque », *Revue française des affaires sociales*, vol.53, n°1, pp. 31-43.

BOIRON F., novembre - décembre 2005, « Pour l'amour du risque », *Entreprise santé*, n°60, pp. 2-3.

CAMPILLO A., VIDONNE O., janvier 2007, « Plans et coordination des plans – Ou comment améliorer la réponse opérationnelle face à des menaces sanitaires majeures », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 11-15.

DAB W., COQUIN Y., LAURENS-BERNARD O., octobre 2004, « Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises », *Gestions hospitalières*, n° 439, pp. 612-614.

DERUDAS P., DEFORGES J-C., janvier 2007, « La gestion des phénomènes sanitaires – Le pragmatisme et la simplicité pour être efficace », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 27-31.

FAUGEROLAS P., juillet – septembre 1999, « Sécurité, précaution et responsabilité du directeur d'hôpital », *Revue de droit sanitaire et social*, vol.35, n°3, pp. 546 – 561.

FESSLER J-M., octobre 2004, « La gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n° 439, pp. 620-623.

GALARD F., VAN DER LINDE C., janvier 2007, « L'évolution des plans blancs et plans blancs élargis », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 8-10.

GILBERT C., janvier – mars 1999, « Risques sanitaires et sciences humaines et sociales : quelques pistes de recherche », *Revue française des affaires sociales*, vol.53, n°1, pp. 9-20.

HOUSSIN D., MERLIN P., MORLA C., janvier 2007, « La pandémie grippale – Principe d'organisation d'une crise annoncée », *Gestions hospitalières*, n°462, pp.73-77.

LAGADEC P., FESSLER J-M., juillet 2007, « Leçons sanitaires et hospitalières de l'ouragan Katrina », *Enjeux hospitaliers*, n°6, pp. 37-39.

LEROUX V., DESROCHES A., octobre 2005, « Déclenchement du plan blanc – Mise en place d'une démarche sécuritaire pour une pandémie de grippe », *Gestions hospitalières*, n°449, pp. 523-528.

PETIT S., janvier – février 2001, « Délits non intentionnels : la loi et le juge », *L'actualité juridique – Fonctions publiques*, n° 1, pp. 42-46.

PÉTON KLEIN D., octobre 2004, « Contexte général de la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°439, pp. 618-619.

PONTIER J-M., octobre 2003, « La puissance publique et la prévention des risques », *L'actualité juridique – droit administratif*, n°33, pp. 1752-1761.

REGOUBY C., janvier 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », *Gestions hospitalières*, n°462, pp. 21-26.

SETBON M., janvier – mars 1999, « L'action publique face aux risques sanitaires : responsabilité et incertitude », *Revue française des affaires sociales*, vol.53, n°1, pp. 21-29.

THOUROUDE J-J, juillet 2007, « La contagion pénale de la responsabilité hospitalière », *Enjeux hospitaliers*, n°6, pp. 17-18.

Rapports

CONSEIL D'ÉTAT, 2005, *Responsabilité et socialisation du risque*, Rapport public – considérations générales, 398 p.

PRETOT X., BANOUN S., Janvier 2006, *L'action de l'Etat en situation de pandémie grippale – Mesures d'ordre juridique*, Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, 12 p.

Thèses et mémoires

GARTNER Y., 2007, *L'intégration de la gestion de crise dans le management de l'hôpital*, mémoire de la formation initiale d'Officier du Corps Technique et Administratif – service de santé des armées, 68 p.

LE BRAS Y., *L'hôpital face aux nouveaux risques : adaptabilité et réactivité – l'exemple du Plan Biotox aux HCL*, mémoire pour le diplôme de directeur d'hôpital : ENSP, 71 p.

Conférences

AMMIRATI C., « Démarche pédagogique », Colloque : *Gestion de crise, plan blanc, schémas départementaux des plans blancs : clarification des concepts et outils*, 20 juin 2005, Paris.

CHEVALLIER J-R., « La démarche managériale : le directeur d'établissement et le plan blanc », Colloque : *Gestion de crise, plan blanc, schémas départementaux des plans blancs : clarification des concepts et outils*, 20 juin 2005, Paris.

Liste des annexes

- ANNEXE I Liste des entretiens
- ANNEXE II Définition de l'évènement majeur - Patrick Lagadec
- ANNEXE III Létalité et mortalité comparées des épidémies de grippe.
- ANNEXE IV Nomenclature des situations prévues par le plan gouvernemental en fonction des phases identifiées par l'OMS.
- ANNEXE V Organisation du Gouvernement en période de pandémie, selon le type de crise.
- ANNEXE VI Fiche A6 - Organisation de la gestion de crise « santé »
- ANNEXE VII Modélisation des hypothèses du scénario pivot de l'APHP
- ANNEXE VIII Organisation fonctionnelle pour le risque épidémique et biologique à l'APHP

ANNEXE I : Liste des entretiens

Bailly Jocelyne	Cadre supérieure de santé du service d'infectiologie – Référente Logistique Crise.
Camphin Patrick	Directeur d'hôpital – Responsable de la Mission Urgences et Risques Sanitaire (APHP – Direction de la politique médicale).
Charmet Lise	Directrice adjointe chargée des affaires médicales, de la stratégie et de la qualité – référente crise auprès du directeur.
Salomon Jérôme	Médecin des hôpitaux, Président du CLIN – Référent risque épidémique et biologique.

ANNEXE II :

Définition de l'évènement majeur - Patrick Lagadec

Source : LAGADEC P., 1991, *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, 1^{ère} édition, Paris : McGraw-Hill, 326 P.

L'ÉVÈNEMENT MAJEUR

QU'IL S'AGISSE DE PROBLEMES "RÉELS" OU "PERÇUS"

- DIFFICULTÉS QUANTITATIVES ÉNORMES

- DIFFICULTÉS QUALITATIVES
 - * problèmes inédits
 - * éléments vitaux affectés
 - * combinaison de défaillances

- L'URGENCE
 - * urgence classique + effets boule de neige

- PROCÉDURES D'URGENCE HORS JEU
 - * insuffisantes; inadéquates; contre-performantes;
 - * totalement obsolètes

- PLUS QUE DES INCERTITUDES : L'INCONNU

- LA QUESTION DU TEMPS
 - * longue durée
 - * caractère évolutif de la menace; répliques
 - * rythmes violemment contrastés

- MULTIPLICATION DES INTERVENANTS

- PROBLÈMES CRITIQUES DE COMMUNICATION
 - * à l'intérieur et entre les organisations responsables
 - * avec les médias; avec les publics concernés

- ENJEUX COLOSSAUX

- LE "SUBJECTIF" DEVIENT DE L'"OBJECTIF"

des problèmes et menaces non circonscrits

ANNEXE III :

Létalité et mortalité comparées des épidémies de grippe.

Source : Diaporama « Préparation à une « pandémie grippale » d'origine aviaire » (CD-ROM « Gestion de crises » – ENSP).

Mortalité et létalité dans les principales épidémies de grippe

Grippe	Année	Virus	Mortalité	Létalité
Grippe saisonnière en France	Chaque année	Différent selon année	1000 à 7 000 décès (selon année) / 61 M habitants	0,1 %
Grippe aviaire de Hong-Kong	1997	H5N1	6 décès / 6,77 M habitants	33%
Grippe aviaire de Hong-Kong	2003	H5N1	1 décès / 6,77 M habitants	50%
Grippe aviaire des Pays Bas	2003	H7N7	1 décès / 16 M habitants	1,2%
Grippe aviaire d'Asie	Depuis 2004*	H5N1	103 décès / 3920 M habitants	56%

* données au 21 mars 2005

Hypothèse de la forte létalité concernant les cas de grippe aviaire H5N1 :

- sous-évaluation du comptage des asymptomatiques ?
- délais de prise en charge, trop tardif après le début des symptômes ?

ANNEXE IV :

Nomenclature des situations prévues par le plan gouvernemental en fonction des phases identifiées par l'OMS.

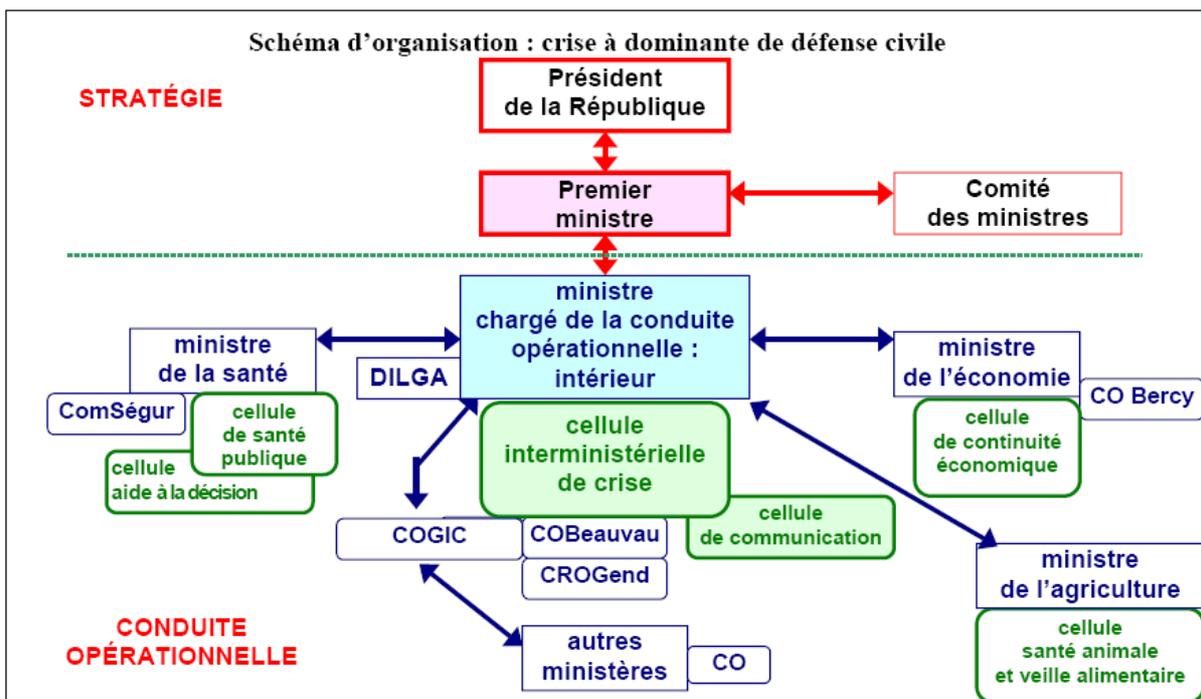
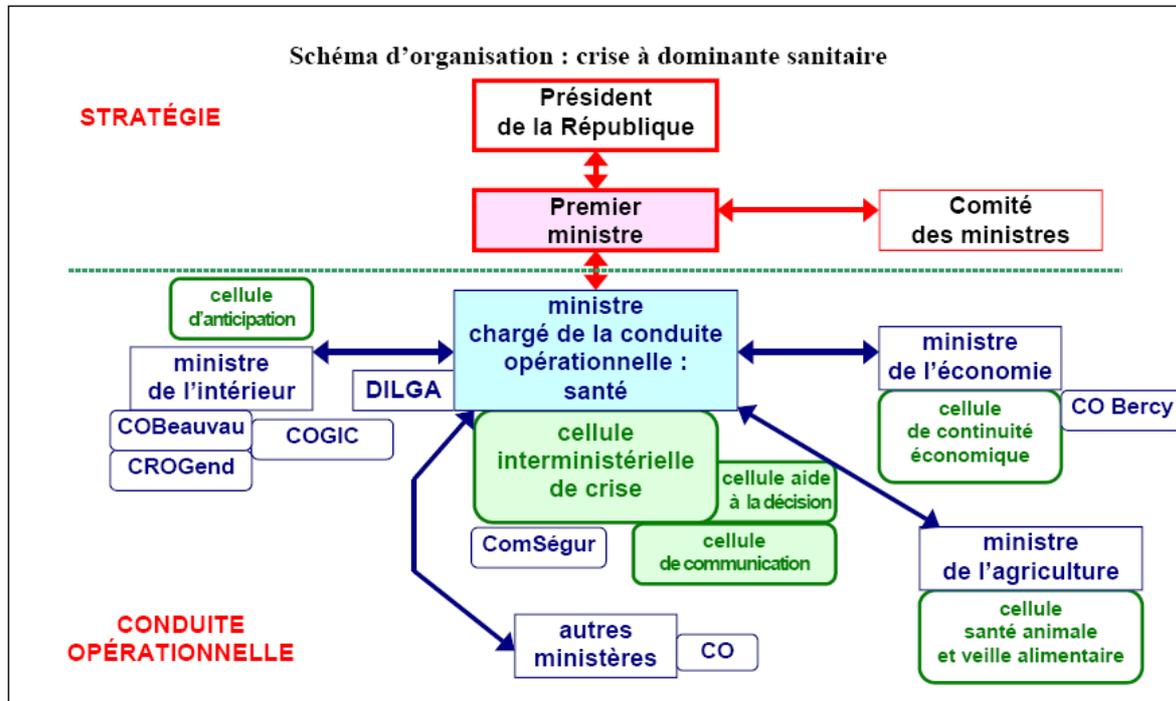
Source : Plan de mobilisation de l'APHP pour faire face au risque de pandémie grippale à nouveau virus

	OMS	Plan		
	<i>phase 1</i>	Situation 1	Monde	absence de nouveaux virus aviaires hautement pathogènes
E P I Z O O T I E	<i>phase 2</i>	Situation 2A	Etranger	sans cas humain
		Situation 2B	France	sans cas humain
	<i>phase 3</i>	Situation 3A	Etranger	cas humains isolés sans transmission interhumaine
		Situation 3B	France	cas humains isolés sans transmission interhumaine
E P I D E M I E	<i>phase 4</i>	Situation 4A	Etranger	cas groupés et localisés avec transmission interhumaine "limitée"
		Situation 4B	France	cas groupés et localisés avec transmission interhumaine "limitée"
	<i>phase 5</i>	Situation 5A	Etranger	larges foyers de cas humains non maîtrisés
		Situation 5B	France	larges foyers de cas humains non maîtrisés
	<i>phase 6</i>	Situation 6	Monde entier	PANDÉMIE
		Situation 7	Monde	fin de pandémie

ANNEXE V :

Organisation du Gouvernement en période de pandémie, selon le type de crise.

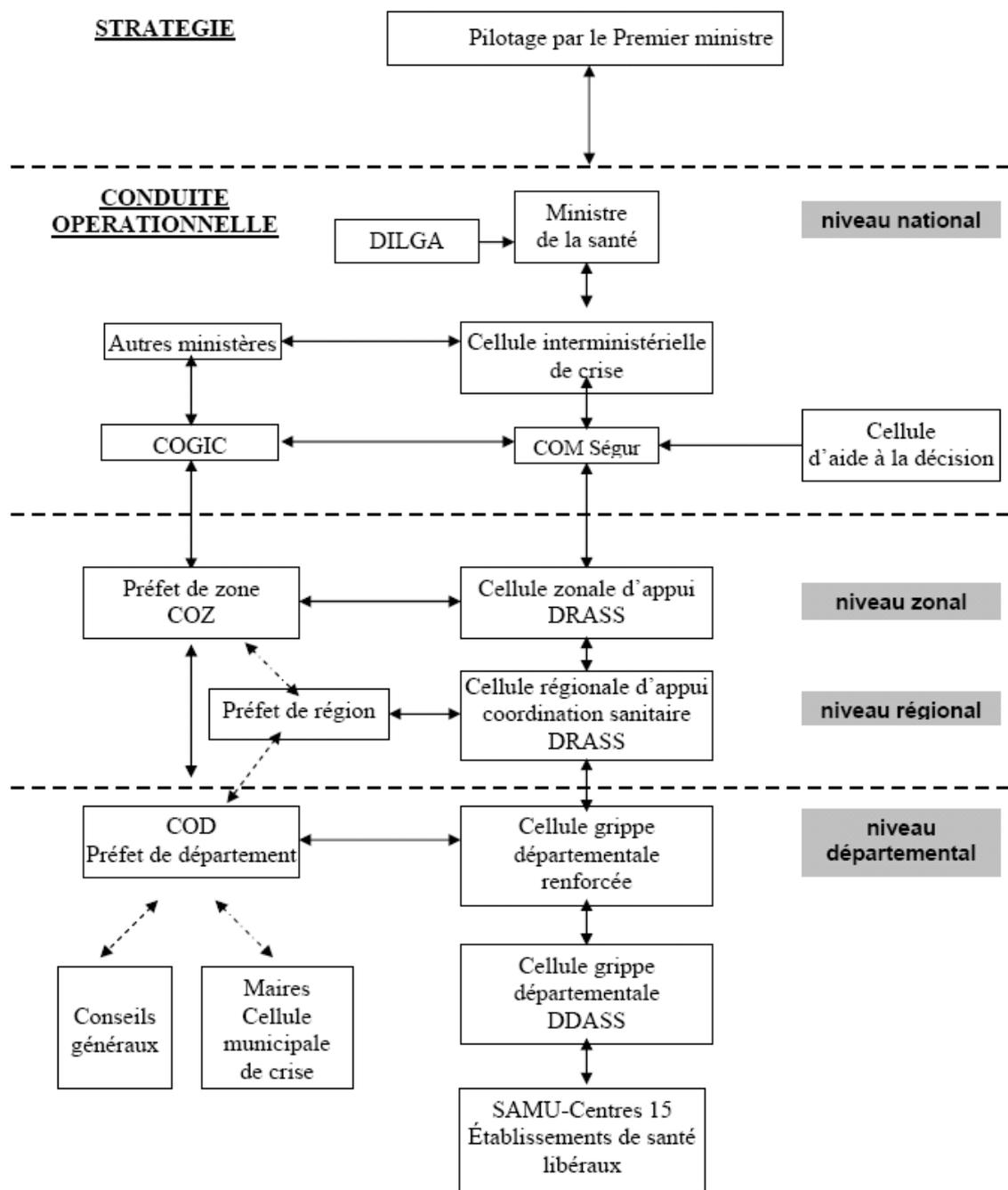
Source : SGDN - « Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale »



ANNEXE VI :

Fiche A6 - Organisation de la gestion de crise « santé »

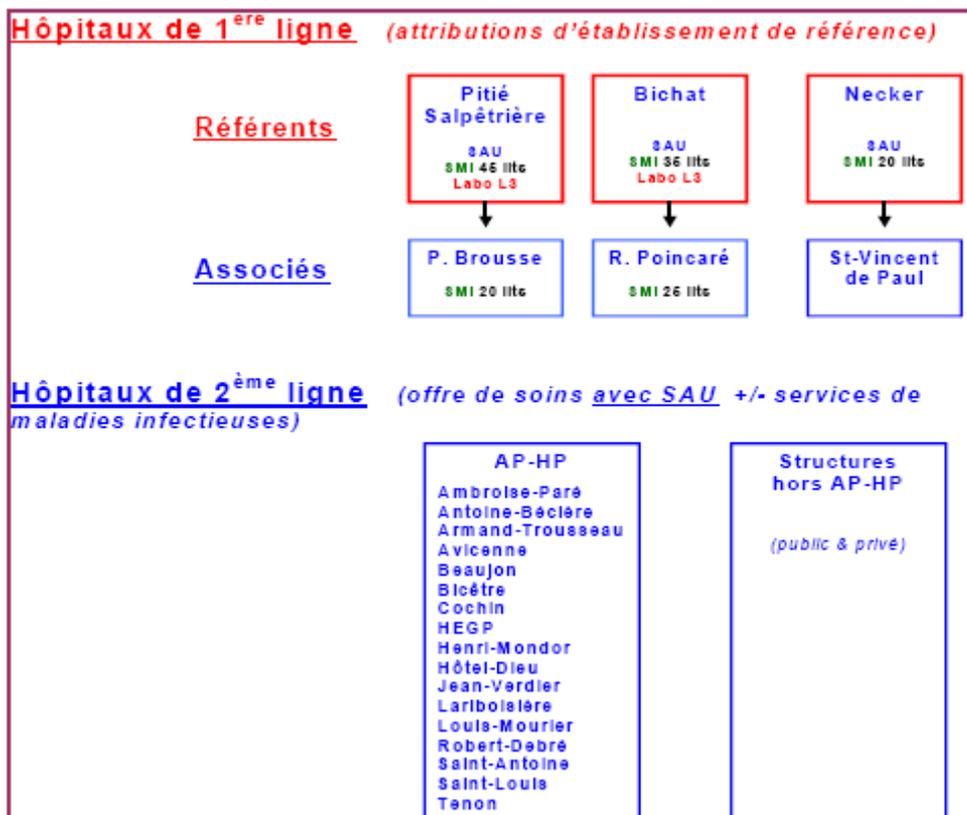
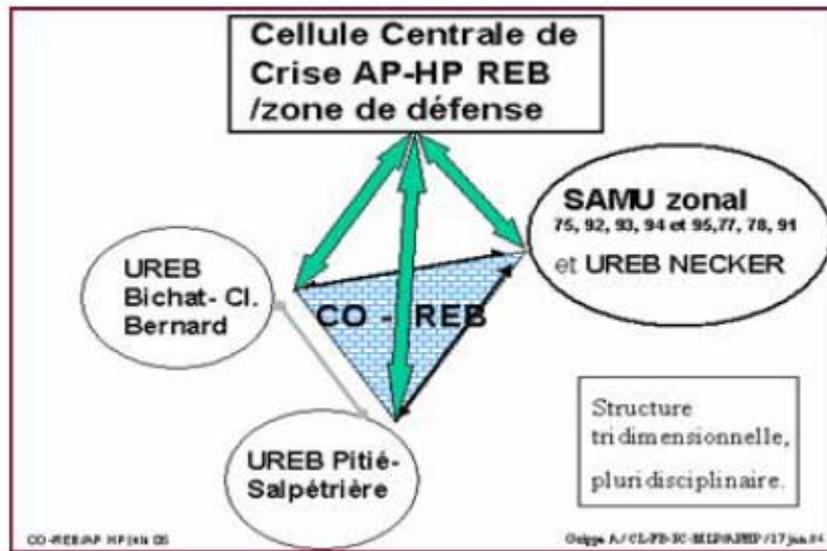
Source : Plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale » - Fiches techniques



ANNEXE VII :

Organisation fonctionnelle pour le risque épidémique et biologique à l'APHP

Source : Plan de mobilisation de l'APHP pour faire face au risque de pandémie grippale à nouveau virus



ANNEXE VIII :

Modélisation des hypothèses du scénario pivot de l'APHP

Source : Plan de mobilisation de l'APHP pour faire face au risque de pandémie grippale à nouveau virus

HYPOTHESES : Taux d'attaque : 25%, DMS : 10 j. traitement curatif : -30% hospitalisations

