



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2004 –

**Les difficultés de mise en place d'un plan d'afflux
de victimes dans les établissements de santé**

– Groupe n° 11 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animateur/trice(s)

– Josiane JEGU

– François

PONCHON

Sommaire

INTRODUCTION :	1
1 LA MISE EN PLACE D'UN PLAN BLANC : UNE OBLIGATION LEGALE DEFINIE DANS LE CADRE D'UNE ORGANISATION TERRITORIALE SPECIFIQUE ALIMENTEE PAR DES PRESCRIPTIONS MINISTERIELLES.	5
1.1 Le Plan blanc, une obligation légale	5
1.1.1 Un plan d'accueil au sein de l'hôpital public	5
1.1.2 Une obligation qui s'impose à l'ensemble des établissements de santé	6
1.2 Une organisation territoriale spécifique	7
1.3 Les prescriptions ministérielles	9
1.3.1 La nécessité de maîtriser la gestion des flux	9
1.3.2 La nécessité de maîtriser les systèmes d'information et de communication	10
2 DES MODALITES QUI SE HEURTENT A DES OBSTACLES ORGANISATIONNELS, MATERIELS ET CULTURELS.....	13
2.1 Les inconnues de la coordination extra et intra hospitalière	13
2.1.1 Les multiples niveaux d'intervention	13
2.1.2 Les différents plans :	13
2.1.3 La problématique des niveaux d'action.....	14
2.1.4 Les difficultés de la coopération intra hospitalière : la question de la nouvelle gouvernance	14
2.2 La question du financement	15
2.2.1 Le financement du risque N.R.B.C.	15
2.2.2 L'absence de ligne de crédit individualisé au sein des budgets hospitaliers	16
2.2.3 La gestion de crise dans le cadre du financement à l'activité.....	16
2.3 L'absence d'une culture de gestion de crise	17
2.3.1 Le déficit d'exercice plan blanc comme obstacle à l'acculturation.....	17
2.3.2 Les C.H.U. favorisés dans la répartition des moyens matériels et culturels	18
2.3.3 L'impact de l'environnement de l'hôpital sur le niveau d'acculturation	19
2.4 Les systèmes d'information et de communication	20
3 UN PROCESSUS D'ACCULTURATION PAR L'EVALUATION ET LA FORMATION.	23
3.1 Les aspects communs aux deux types d'exercices	23

3.1.1	Le caractère séquentiel et régulier des exercices.	23
3.1.2	Les difficultés de conception et d'analyse des exercices plaident pour la création de structures dédiées et pérennes au sein des hôpitaux.	24
3.2	La formation et ses modalités d'exercices.	26
3.1.1	Tenir compte du niveau d'acculturation de l'hôpital.....	26
3.1.2	Le couple formation théorique/exercices et l'acquisition de principes de raisonnement.	26
3.1.3	Les limites de la formation à la communication.....	27
3.3	L'évaluation du plan blanc comme vecteur d'évolution et d'acculturation..	28
3.3.1	L'évaluation par l'exercice.	28
3.3.2	L'évaluation intégrée dans une démarche qualité.	28
3.3.3	Concevoir des plans blancs partiels pour des mises en places réelles plus régulières.	29
CONCLUSION		31
BIBLIOGRAPHIE		33
LISTE DES ANNEXES.....		I

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe MIP 11 souhaite remercier ses référents, Mme Josiane Jegu et M. François Ponchon, pour leur soutien et l'éclairage qu'ils ont su apporter à notre travail.

Nous tenons également à remercier les interlocuteurs extérieurs que nous avons rencontrés au sein des structures suivantes :

- L'AP-HM
- La cellule de prévention et de gestion des crises de la DHOS
- Les médecins et directeurs présents aux réunions de la cellule de prévention et de gestion des crises de la DHOS
- La CUMP du SAMU de Paris
- La DRASS de la préfecture de zone en Ile et Vilaine
- La DHOS
- Le Centre hospitalier de Lannion
- Le Centre hospitalier universitaire de Rennes Pontchaillou
- Le Centre hospitalier universitaire de Toulouse
- Le SAMU 35
- Le SDIS 35

Et M. Bernard Tirel, enseignant-chercheur en droit de la santé au sein du département POLITISS à l'E.N.S.P

Liste des sigles utilisés

A

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

AZF : Usine appartenant à la filiale Total Fina-Elf dans laquelle survient une explosion le 21 septembre 2001

B

BIOTOX : Plan d'intervention spécialisé dans le domaine Biologique

C

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CME : Centre Médical d'Évacuation

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

D

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

E

EPS : Etablissement Public de santé

M

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et de Contractualisation

N

NRBC : Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique

O

ORSEC : Organisation des Secours

P

PC : Poste de commandement

PCR : Protéine Chaîne Réactive

PIRATOX : Plan d'intervention spécialisé dans le domaine chimique et toxique

PMA : Poste Médical Avancé

PPI : Plan Particulier d'intervention

PSS : Plan de Secours Spécialisés

S

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SEVESO : Commune Italienne ayant été victime d'un rejet accidentel de Dioxine. Risque "seveso" : risques industriels majeurs impliquant des substances dangereuses

SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

U

UPATOU : Unité de Proximité et d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION :

La problématique de l'afflux de victimes dans les établissements publics de santé fait intervenir deux éléments principaux aux caractéristiques opposées : un acteur de santé publique, l'établissement public de santé, et un phénomène aux conséquences souvent lourdes, toujours dramatiques, la crise. Hermann Khan¹ la définit comme étant : « une situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction, et en générant du stress ». La crise s'apparente par conséquent à la Force Majeure en droit. Elle est extérieure, irrésistible et imprévisible. Elle est un phénomène protéiforme, impossible à définir tant sa survenue peut revêtir de formes différentes (de l'accident de la circulation, aux catastrophes nucléaires, etc.). La réalisation d'une crise fait apparaître le plus souvent l'impéritie des politiques publiques et des acteurs de santé qui sont confrontés à sa gestion. Face à l'impossibilité de prévoir l'avènement d'une crise, le législateur en est réduit à consacrer et promouvoir des automatismes empiriquement constatés, et à exhorter les directeurs d'établissements publics de santé à rendre dans leurs structures le risque maîtrisable et l'exceptionnel banal.

Les établissements de santé sont, en effet, faiblement armés pour affronter les conséquences d'une crise, quelque soit sa forme. Il n'entre pas dans les missions traditionnelles de ces structures de gérer un afflux massif de victimes. Mais, l'un des outils dont l'établissement dispose pour y faire face est le plan blanc. Ce document spécifique à l'hôpital, prévoit le déclenchement d'un certain nombre de procédures, d'automatismes de la part du personnel soignant et administratif. Il a pour objectif de juguler l'afflux massif de victimes en modifiant, autant que faire se peut, l'organisation hospitalière traditionnelle. Un certain nombre d'exercices et de formations sont également proposés dans ce vaste mouvement ayant pour objet d'instaurer chez le personnel hospitalier une culture de la crise. La phrase de P.Lagadec² selon laquelle « le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face », prend alors tout son sens. Néanmoins, la gestion du changement, c'est-à-dire l'instauration d'une culture de la crise dans une structure qui n'y est pas naturellement préparée, s'apparente à celle décrite par Michel Crozier dans « la société bloquée » quand il stigmatise la réforme de l'Etat et des organisations publiques en général. Il est logique de tenter de circonscrire bureaucratiquement la crise, mais il apparaît que les outils théoriques prévus à cet effet sont souvent empiriquement démentis.

¹ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, D.H.O.S, Plan blanc et gestion de crise – guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs des établissements de santé, Paris : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale Avril 2004, p 111.

² *Ibidem*.

Paradoxalement, c'est la survenue de la crise qui permet le changement et l'avènement de politiques et de plans blancs efficaces pour gérer à nouveau une catastrophe. En effet, la démarche de gestion de crise est fondamentalement empirique. « Le changement par crise » décrit par Crozier s'applique donc à la gestion sanitaire de la catastrophe.

L'exemple de l'explosion de l'usine A.Z.F.³ de Toulouse le 21 septembre 2001 est à cet égard symptomatique. Cette catastrophe d'une ampleur jamais atteinte dans cette ville, causant douze mille victimes, a confronté les acteurs de santé de la région et notamment ceux du C.H.U.⁴ de Toulouse, à une situation jusqu'alors inconnue. Ce jour là, il y a eu 2 245 blessés accueillis aux urgences et 870 personnes hospitalisées le soir au C.H.U. La survenue de ce drame, qui a, un instant, fait redouter une menace chimique, a démontré l'inadaptation du « droit positif » en matière de gestion de telles crises.

En effet, réglementairement, avant A.Z.F., seuls les hôpitaux publics étaient contraints d'avoir un plan d'organisation en cas d'afflux massif de victimes (circulaire du 24 décembre 1987). Or, l'accident de Toulouse a montré :

- que l'ensemble des établissements publics et privés a été concerné et mis immédiatement à contribution, compte tenu de l'arrivée immédiate de victimes,
- que ces événements ont sollicité le secteur libéral et notamment les médecins généralistes et spécialistes, dont les contributions ont été requises ou spontanées,
- que les pharmacies d'officines ont spontanément apporté leur contribution,
- que les centres de médecine préventive n'ont pas été utilisés au maximum de leur capacité,
- que l'organisation de l'accueil médico-psychologique doit être revue et probablement conçue de manière différente de celle existant aujourd'hui.

La réglementation a fait l'objet de modifications récentes. Trois circulaires ont été publiées début mai 2002. L'une concernant l'accueil des victimes en grand nombre dans les établissements de santé (3 mai 2002)⁵ qui abroge la circulaire du 24/12/1987⁶, les deux autres plus spécifiques concernant pour l'une, les risques chimiques (2 mai 2002)⁷, pour la seconde, les risques nucléaires (26 avril 2002)⁸. Cette nouvelle législation intègre les enseignements des insuffisances mises en exergue par la survenue de la crise. La circulaire du 2 mai 2002 prévoit ainsi l'élaboration d'un Schéma Départemental Plan Blanc (S.D.P.B.) intégrant l'ensemble des acteurs de santé, public et privé. A côté du plan blanc,

³ Usine appartenant à la filiale Total Fina-Elf dans laquelle survient une explosion le 21 septembre 2001

⁴ Centre Hospitalier Universitaire

⁵ La circulaire DHOS/HFD N°2002/284 du 3 mai 2002

⁶ La circulaire DGS/ DGS/3E/N°1471/DH/9C du 24 décembre 1987

⁷ La circulaire DHOS/HFD/DGSNR N°277 du 2 mai 2002

⁸ La circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002

spécifique aux hôpitaux, est prévue l'éventuelle mise en œuvre d'un plan blanc élargi intégrant les établissements privés et la médecine libérale. Du fait du risque chimique apparu lors d'A.Z.F. et des menaces nées des attentats terroristes du 11 septembre 2001, accrues par la situation internationale, une annexe N.R.B.C. (Nucléaire, Radiologique, Bactériologique et Chimique) est désormais obligatoirement assortie au plan blanc avec le dispositif de formation y afférent. De même, les plans blancs prévoyaient jusqu'alors la mise en œuvre de Postes Médicaux Avancés (P.M.A.) qui par définition se situent géographiquement en dehors de la structure hospitalière. Or, la catastrophe A.Z.F. a remis en cause la vision traditionnelle de l'organisation des plans blancs. Si différents P.M.A. ont été instaurés, leur efficacité s'est avérée relative au regard de l'ampleur de la catastrophe et du nombre de victimes. Celles-ci sont arrivées à pied, avec des blessures allant de la simple coupure à la plaie béante (énucléation, pénétration de corps étrangers, blessures par verre). De façon presque naturelle et automatique, les soignants se sont organisés. Les victimes se sont regroupées quasi spontanément selon la nature de leurs plaies. Chaque groupe s'est vu affilier un soignant. Ainsi, l'énorme flux, non jugulé par le P.M.A., qui aurait pu atrophier le S.A.U.⁹ de Purpan, a été endigué en partie par la mise en œuvre empirique, jusqu'alors non prévue par les textes, de postes médicaux intra hospitaliers.

Là encore, « nécessité fait loi », la crise crée le changement. Figure en effet dans le document de la D.H.O.S.¹⁰ d'avril 2004, une « feuille de route » destinée aux directeurs d'Etablissements Publics de Santé (E.P.S.) pour mettre en adéquation leur dispositif de crise avec le droit positif, la recommandation suivante : « l'accueil des urgences d'un établissement de soins en situation d'exception doit s'inspirer de l'organisation d'un P.M.A. ». Les points forts dans la gestion de cette crise sont devenus des impératifs réglementaires. Il en est de même des insuffisances apparues sur le terrain qui ont servi d'enseignement ultérieur au niveau réglementaire. Il apparaît par conséquent que le plan blanc et l'ensemble des dispositions réglementaires et législatives de crise, ne sont que des canevas évolutifs, sans cesse perfectibles. Ils s'enrichissent à mesure que les crises et leur gestion font apparaître leur plus ou moins grande utilité.

Dès lors, face à l'impossibilité de prévoir la catastrophe (son ampleur, ses modalités), le législateur en est réduit à consacrer des automatismes empiriquement constatés et à exhorter les directeurs d'E.P.S. et l'ensemble des acteurs de santé publique à rendre le risque maîtrisable. La marge de manœuvre de ces acteurs ainsi circonscrite, tant par la nature du risque que par l'empirisme de la démarche de gestion de la crise, n'en demeure

⁹ Service d'Accueil des Urgences

¹⁰ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins

pas moins réelle. Elle consiste donc à restaurer progressivement une culture de la crise. Les formations et exercices d'entraînement seront les éléments clés de cette démarche d'acculturation de l'ensemble du personnel hospitalier, tant soignant qu'administratif. Les acteurs doivent acquérir progressivement des « principes de raisonnement » efficaces, qu'ils mettront en œuvre de la façon la plus automatique qui soit lors de la survenue d'une crise.

Ainsi, nous abordons ce thème de façon large, ne le circonscrivant pas au seul cas d'afflux massif de victimes mais en l'élargissant à la gestion de crise. Il convient en effet de faire en sorte que l'exceptionnel devienne le quotidien, le banal afin que le personnel hospitalier ne se laisse pas déborder et reste efficace lors de la survenue d'une crise.

Il apparaît, donc, clairement que les textes législatifs et réglementaires en matière de gestion de crise prévoient un certain nombre de prescriptions visant à y faire face (1), mais dont les modalités de mise en œuvre se heurtent à d'importantes limites (2) qui trouveront une solution pérenne dans un lent processus d'acculturation du personnel à la gestion de cette crise (3).

1 LA MISE EN PLACE D'UN PLAN BLANC : UNE OBLIGATION LEGALE DEFINIE DANS LE CADRE D'UNE ORGANISATION TERRITORIALE SPECIFIQUE ALIMENTEE PAR DES PRESCRIPTIONS MINISTERIELLES.

1.1 Le Plan blanc, une obligation légale

La réglementation concernant la gestion de risques exceptionnels est abondante. Elle concerne des intervenants à tous niveaux. L'on s'intéressera, pourtant ici, aux seuls textes concernant les établissements de santé. En effet, si l'obligation pour un établissement de santé d'élaborer un plan d'accueil s'agissant de l'afflux de victimes n'est pas récente, elle ne concernait dans un premier temps que les hôpitaux publics.

1.1.1 Un plan d'accueil au sein de l'hôpital public

Dans un premier temps, **les articles 52 et 53 du décret 74-27 du 14 janvier 1974** se contentent d'énoncer qu'un plan doit être dressé conjointement par le directeur de l'hôpital et le praticien responsable des urgences, et annexé au règlement intérieur de l'établissement. Il s'agit, d'une part, d'assurer le fonctionnement des services, par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles, en fonction des besoins et d'autre part, d'éviter la désorganisation, qui pourrait notamment être provoquée par l'intrusion de personnes extérieures à ces services, ou par l'obstruction de voie d'accès.

Puis, **la circulaire DGS/ DGS/3E/N°1471/DH/9C du 24 décembre 1987** vient préciser les critères de déclenchement du plan et la personne responsable de son déclenchement. Le deuxième expose la mise en œuvre du plan, avec la constitution d'une cellule de crise, en suggérant un effectif et une composition fonctionnelle, le rôle de la cellule, les modalités de rappel de personnel, d'accueil des blessés, des familles, de la presse, l'organisation des flux de circulation dans l'hôpital, la gestion des stocks, l'implication des services techniques, le rôle des télécommunications, la mise à disposition de locaux et l'éventualité de morgues provisoires. Le texte se termine sur les pathologies particulières pouvant impliquer des hôpitaux au sein voire en-dehors de la région où s'est déroulé l'événement.

Ainsi, réglementairement, seuls les hôpitaux publics étaient contraints d'avoir un plan d'organisation en cas d'accueil de victimes en grand nombre. Or, l'accident de Toulouse du 29 septembre 2001 a montré, que l'ensemble des établissements publics et privés a été concerné et mis immédiatement à contribution. Dès lors, la réglementation a

fait l'objet de modifications : outre trois circulaires publiées début mai 2002, l'article 20 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inscrit définitivement le plan blanc dans les obligations hospitalières. Ce texte devient, ainsi, la base légale des futures réformes.

1.1.2 Une obligation qui s'impose à l'ensemble des établissements de santé

L'article 20 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dernière production en date concernant la gestion de crise, insère quatre articles, L.3110-7 à L.3110-10 dans le code de la santé publique. Ils réitèrent l'obligation pour chaque établissement de santé de se doter d'un dispositif de crise lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. On y mentionne également la possibilité d'un déclenchement de plan blanc élargi grâce auquel l'on peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, notamment de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social.

On rappellera, tout de même ici, les textes qui ont fait immédiatement suite à la catastrophe toulousaine :

- la circulaire, relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques (**circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002**), s'attache aux nouvelles formes de terrorisme (métro de Tokyo en 1995 ; New York et Washington en 2001...). Après avoir rappelé l'organisation des secours en France, en particulier les plans départementaux, rouge, PIRATOX¹¹ et le plan d'organisation interne des établissements hospitaliers, elle énonce les principes généraux et les missions des intervenants, en insistant sur la gestion spécifique de l'alerte. On y aborde la décontamination et le transfert vers l'hôpital puis l'accueil hospitalier sans oublier de prendre en compte les dimensions zonales, voire nationale d'une telle crise.

- **La circulaire DHOS/HFD/DGSNR N°277 du 2 mai 2002** relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique a trait à l'organisation des soins médicaux le premier jour en cas d'accident nucléaire ou radiologique. Elle définit les modalités de l'accueil pré hospitalier (en dehors de la zone d'exclusion) et hospitalier. Cette circulaire s'appuie sur un guide national relatif à l'intervention médicale en cas d'événement nucléaire ou radiologique. Cette organisation est déclinée au niveau zonal et départemental en référence à la circulaire relative à l'afflux de victimes dans les établissements de santé. Elle sert de base à l'élaboration des annexes nucléaires aux

¹¹ Plan d'intervention spécialisé dans le domaine chimique et toxique

plans blancs des établissements de santé. Cette circulaire complète les dispositions définies par l'intervention des pouvoirs publics en cas d'accident nucléaire.

- Enfin **la circulaire DHOS/HFD N°2002/284 du 3 mai 2002** relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes prévoit l'organisation de l'accueil d'un grand nombre de victimes dans les établissements de santé. Elle met en place un schéma départemental des plans d'accueil hospitalier désormais appelés plans blancs, ainsi qu'une organisation zonale pour les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (N.R.B.C.). Elle attribue à des établissements de santé dits de référence un rôle de coordination technique. Elle prévoit également la mise en place de plans de formation.

Ainsi, l'obligation légale, bien que précise reste très théorique et finalement limitée. L'on remarque, en effet, que la prolifération des textes fait immédiatement suite à la catastrophe d'A.Z.F. et donc s'inspire des premières leçons que l'on a pu en tirer. Les principes qu'ils posent ne peuvent être donc que partiellement satisfaisants. Par ailleurs, outre la réglementation, une organisation spécifique est prévue : à chaque niveau territorial correspond un acteur concourant à la gestion de la crise.

1.2 Une organisation territoriale spécifique

Depuis la D.H.O.S. jusqu'aux établissements de santé (qu'ils soient publics ou privés), en passant par le préfet de zone, les acteurs concourant à la mise en place d'un plan d'afflux de victimes sont multiples. Cette multiplicité se double d'une difficulté d'appréhension selon que l'on s'intéresse à la rédaction des plans blancs ou bien à la réalisation d'un plan blanc en situation de crise. Pour reprendre la distinction proposée par Dominique Peton Klein dans son rapport de mars 2004¹², les acteurs doivent être successivement envisagés en tant qu' « organisation pérenne » et en tant qu' « organisation en situation de crise ».

L'échelon national : au ministère de la santé, la D.H.O.S. est en charge d'un rôle de réflexion et de coordination. La D.H.O.S. s'est chargée d'élaborer le dispositif réglementaire propre au plan blanc. Un guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs complète ce dispositif.

La D.H.O.S. a également un rôle d'impulsion. Ainsi, c'est elle qui a incité au montage de comités pédagogiques de zones rassemblant les différents experts concernés. Son action méthodologique aide donc les hôpitaux dans l'élaboration des plans blancs.

¹² Rapport de mission intitulé « Enseignements et propositions relatifs à la gestion de crise » du 5 MARS 2004

En situation de crise, elle assure une mission de coordination avec la direction générale de la santé.

L'échelon zonal : placé sous l'autorité du Premier ministre, le Préfet de zone est responsable des mesures de défense non militaire, de gestion des crises et de coordination en matière de circulation routière. Ainsi, la zone est présentée comme étant le niveau le plus pertinent pour la coordination des plans. Toutefois, nos différents entretiens ont mis l'accent sur la difficulté à intégrer ce niveau supplémentaire dans l'organisation de la chaîne de commandement hospitalière.

Sous l'autorité du Préfet de zone, des délégués de zones préparent ses décisions. Pour le champ sanitaire et social, ce rôle revient au D.R.A.S.S. de la région chef de la zone. Le délégué est assisté par un coordinateur zonal pour la défense sanitaire et sociale. Dans son « organisation pérenne », le délégué de zone recense les moyens disponibles et élabore un programme d'action prévisionnel. Il élabore, diffuse et met à jour les documents types (plans d'intervention, référentiels, liste des personnes ressources...). Enfin, il assure la gestion des ressources rares, qu'il s'agisse de matériels N.R.B.C. (tenues, antidotes, stupéfiants...) ou qu'il s'agisse de compétences, les médecins BIOTOX¹³ étant peu nombreux et mal répartis, par exemple.

Dans son « organisation en situation de crise », la zone a un rôle de coordination lorsque la situation de crise est consécutive d'un événement majeur, c'est-à-dire dépassant le seul cadre d'un établissement de santé, voire d'un événement de portée nationale nécessitant le déclenchement d'un plan national (BIOTOX, PIRATOX...). En cas de risque N.R.B.C., le S.A.M.U.¹⁴ zonal (c'est-à-dire le S.A.M.U. de l'établissement de santé de référence) a un rôle de coordination des S.A.M.U. de l'ensemble de la zone. Il mobilise les moyens spécifiques et contribue à l'orientation des patients.

L'échelon régional : tant au niveau des D.R.A.S.S. que des A.R.H.¹⁵, l'échelon régional est peu pertinent dans la mise en place des plans blancs. Outre un rôle d'appui dans le cadre d'une coordination des différents acteurs départementaux, elles remplissent une mission de conseil auprès des établissements publics de santé.

L'échelon départemental : ce niveau recouvre lui aussi une dimension d'anticipation chargé de participer à l'élaboration des plans et une dimension de gestion de la crise.

Les D.D.A.S.S. sont en charge de l'élaboration et du suivi du schéma départemental des plans blancs. Ces schémas recensent les moyens et ressources à disposition et prévoient la planification de la coordination.

Dans son « organisation en situation de crise », l'échelon départemental s'organise autour du Préfet et du centre 15. Le rôle opérationnel de gestion de crise

¹³ Plan d'intervention spécialisé dans le domaine Biologique

¹⁴ Service d'Aide Médicale Urgente

¹⁵ Agence Régionale d'Hospitalisation

revient, en effet, au Préfet de département. Même en cas de risque N.R.B.C., c'est le Préfet de département qui commande les secours (avec l'appui de la zone pour la logistique spécifique N.R.B.C.). Tandis que le centre 15 est chargé de la régulation et de la centralisation de l'information.

Les établissements de santé de référence : hormis les zones ouest et est, qui en comptent deux, il existe un établissement de santé de référence par zone de défense.

L'absence de décret d'application concernant les missions des C.H.U. référents explique l'incertitude qui préside à la définition de leurs missions. D'ores et déjà, ces établissements remplissent une mission de conseil, d'expertise et de mise en place des formations régionales et zonales. Par ailleurs, ils assurent, dans la mesure du possible, la mise en application, le suivi et l'évaluation des directives de l'administration centrale.

En cas de crise, le C.H.U. référent a un rôle de conseil, essentiellement centré sur les risques N.R.B.C.

Les autres établissements de santé : en situation d' « organisation pérenne », chaque établissement de santé met en place une cellule de prévention et gestion de crise (souvent appelée également cellule de veille). Cette cellule décline en interne le plan de formation proposée par le C.H.U. référent. Elle est, par ailleurs, en charge de la mise à jour du plan blanc, de l'organisation d'une évaluation régulière du plan (au moyen d'exercices de simulation), d'un travail de concertation avec les acteurs extérieurs intervenant à l'hôpital.

Dans leur dimension « situation de crise », les établissements publics de santé sont dotés d'une cellule de crise qui est l'organe unique de décision et de coordination au sein de l'établissement. Elle recense les besoins afin de répartir les moyens, elle organise l'accueil et l'information des familles, elle assure la transmission de l'information (tant en interne qu'en externe).

Ainsi, bien que l'obligation légale d'un plan blanc n'incombe qu'aux établissements publics de santé, ces derniers ne sont pas les seuls à gérer la crise : il existe un acteur référent pour chaque déclinaison territoriale. En outre, à cette organisation spécifique, le ministère a adjoint quelques prescriptions.

1.3 Les prescriptions ministérielles

1.3.1 La nécessité de maîtriser la gestion des flux

La nature d'un plan blanc est de faire face à un afflux de victimes. La gestion de cet afflux doit donc être organisée sans pour autant perturber le fonctionnement « classique » de l'hôpital. Ces considérations sont d'autant plus sensibles qu'en cas d'un accident N.R.B.C., les risques de contamination sont particulièrement élevés. C'est à cette problématique que doit répondre l'organisation géographique d'un hôpital. Dans ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2004

cette perspective, deux types d'enjeux sont à prendre en compte : prévoir les locaux nécessaires à la prise en charge des patients ; canaliser les patients « debout », arrivés spontanément.

Le plan blanc doit, en effet, permettre d'accueillir dans des locaux adaptés les patients, mais aussi les familles, la presse, et les enfants du personnel rappelé en urgence, en mettant en place un service de garderie. De l'avis de l'ensemble des personnes rencontrées, la principale difficulté est de rendre ces espaces parfaitement étanches afin d'éviter toute intrusion, en particulier de la presse.

Par ailleurs, les hôpitaux ont à faire face à deux flux de patients :

- ceux qui arrivent « debout », spontanément, qui entraînent une désorganisation et représentent un risque de contamination,
- ceux qui sont « régulés » par l'intermédiaire du S.A.M.U. et pris en charge par les S.M.U.R.¹⁶ ou par les P.M.A.

Le plan blanc doit donc permettre à l'hôpital de rapidement se fermer (un point d'entrée, un autre de sortie), et de disposer d'une zone de tri en amont. Pour ce faire, l'appui des forces de l'ordre, à l'extérieur de l'hôpital, et de la sécurité, à l'intérieur, s'avère un élément fondamental.

Enfin, il appartient à la cellule de crise d'organiser les flux de ses agents. Il convient de les orienter, de coordonner leur action afin d'assurer un roulement des équipes. L'expérience de Toulouse a, en effet, montré qu'un grand nombre de personnels de l'hôpital, voire de professionnels libéraux, se sont spontanément présentés aux urgences afin d'apporter leur concours. Cet afflux a suscité une désorganisation préjudiciable à la prise en charge des patients.

1.3.2 La nécessité de maîtriser les systèmes d'information et de communication

Selon le guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs des établissements de santé publié par le ministère de la santé, la communication et ses modes sont déterminants pour optimiser l'efficacité de la gestion de la crise dont les conséquences sont difficiles à gérer lorsque le système de communication fait défaut.

D'après les entretiens que nous avons menés, (voir annexe 1), les S.A.M.U. disposent, sur les lieux de la crise, de réseaux radio, de téléphones portables, de portatifs (radios avec une fréquence spéciale santé) et éventuellement de camions P.C. (Poste de commandement). Ces moyens, en cas de dysfonctionnements, sont relayés par ceux de le S.D.I.S.¹⁷ qui possède le système le plus performant. Enfin, sous réserve d'une intervention de la préfecture, l'association «A.D.R.A.S.E.C¹⁸ » composée d'ingénieurs en télécommunication peut venir appuyer les secouristes.

¹⁶ Service Médical d'Urgence et de Réanimation

¹⁷ Service Départemental d'Incendie et de Secours

¹⁸ Association Départementale des Radio-Amateurs au service de la sécurité incendie

S'agissant des moyens internes à l'hôpital, outre le réseau de téléphonie classique, les téléphones portables et les bips, les établissements disposent parfois d'un réseau vital, afin de parer de manière autonome à une coupure du réseau téléphonique. Il peut s'agir d'un réseau radio tactique de moyenne portée capable de fonctionner en zone urbaine.

En outre, la communication avec les médias ne peut être soumise au hasard des acteurs sollicités. Elle implique directement le directeur de l'établissement qui devra se préparer à cet aspect délicat de la gestion d'une crise, afin qu'à cette dernière ne s'ajoute pas de surcroît une crise médiatique. En effet, il est responsable de l'image.

Au sein de l'établissement, l'échelle de gravité des risques exceptionnels¹⁹ (niveau 1 : événement mineur ; niveau 2 : événements majeur ou grave avec des répercussions médiatiques importantes ; et niveau 3 : événement majeur à portée nationale ou internationale)²⁰ a une incidence certaine sur le rôle que devra jouer la personne chargée de la communication. Par ailleurs, les intervenants, que nous avons rencontrés à la D.H.O.S., recommandent que le directeur de l'établissement, lui-même, vienne régulièrement faire des points de presse, notamment pour les annonces les plus importantes.

L'obligation posée par l'article 20 de la loi du 9 août 2004 susmentionnée s'accompagne, donc, d'une organisation spécifique territoriale et de prescriptions ministérielles, qui viennent préciser certains éléments (gestion des flux et communication) jugés substantiels par la D.H.O.S. Néanmoins, comme nous le soulignons en introduction, ces dispositions ne sont que des canevas évolutifs, sans cesse perfectibles. Elles ont d'ailleurs montré leurs limites d'un point de vue organisationnel, matériel et culturel.

¹⁹ Échelle élaborée par la DHOS

2 DES MODALITES QUI SE HEURTENT A DES OBSTACLES ORGANISATIONNELS, MATERIELS ET CULTURELS.

2.1 Les inconnues de la coordination extra et intra hospitalière

La profusion d'intervenants et de procédures prévues en cas de survenue d'une crise pose quant à l'efficacité et la réactivité du dispositif d'ensemble un certain nombre d'interrogations.

2.1.1 Les multiples niveaux d'intervention

La multiplicité des acteurs et l'enchevêtrement des niveaux d'intervention dans la mise en place d'un plan d'afflux massif de victimes peuvent être un frein à une bonne coordination de l'action. Il n'est besoin, pour s'en persuader, que de lire les textes officiels en la matière (cf. les recommandations de la D.H.O.S. d'avril 2004). En effet, il est établi une distinction entre différents degrés d'intervention dans la mise en place des dispositifs de crise : le premier est le niveau opérationnel, départemental, regroupant l'établissement de santé de référence, les autres établissements de santé et le service de santé des armées. Les niveaux de coordination sont les échelons départemental, zonal et national. Enfin le niveau d'expertise et/ou d'appui est assuré par la DRASS et l'ARH.

Egrener ainsi le chapelet de l'ensemble des organismes censés intervenir à des niveaux et avec des compétences réglementairement définies, suffit à témoigner de la complexité du dispositif. Un tel enchevêtrement peut être un obstacle à une gestion efficace de la crise. Alors qu'elle demande une gestion rapide et coordonnée, les risques de distorsions d'information et de redondances d'action sont sérieux.

2.1.2 Les différents plans :

De même, le plan blanc n'est qu'un dispositif de gestion de la crise parmi d'autres. L'on distingue en effet :

- le Plan ORSEC²¹, qu'il soit zonal, départemental ou national,
- les plans d'urgence tels que le plan rouge destiné à porter secours à de nombreuses victimes, les plans particuliers d'intervention (PPI), les plans de secours spécialisés(PSS)
- les plans gouvernementaux « pirate »
- les plans sanitaires spécifiques.

Là encore, ces derniers sont activés par des autorités distinctes, leur organisation relevant de niveaux de coordination hétérogènes. En outre, leur mode de déclenchement est souvent similaire. Quand une catastrophe survient, plusieurs plans peuvent être

²¹ Organisation des Secours

déclenchés, chacun avec ses acteurs, ses domaines d'application. Dès lors, l'on peut s'interroger sur la place et la cohérence du plan blanc par rapport aux autres plans avec un risque de confusion des responsabilités de chacun.

2.1.3 La problématique des niveaux d'action

Se pose également la question de la pertinence des niveaux d'action, notamment de celle de la zone de défense avec la mise en œuvre du plan blanc. Les acteurs interrogés ont souvent stigmatisé ce niveau d'action supra régional comme étant inapproprié car trop vaste. En effet, les C.H.U. référents de la zone de défense ont des missions disproportionnées en comparaison des moyens qui leur sont alloués.

Par ailleurs, il y a une véritable « sédimentarisation » des acteurs intervenant dans la gestion des situations de crise. Cette zone apparaît comme un énième niveau, complexifiant d'autant la chaîne de commandement. D'origine militaire, elle répond difficilement à des problématiques sanitaires et sociales. Ainsi, différentes cultures professionnelles se rencontrent dans une même action : une logique de défense militaire et civile et une logique hospitalière doivent coordonner leur action alors qu'elles peuvent paraître distinctes sinon incompatibles. Ainsi l'efficacité de la démarche de gestion des crises dépend souvent davantage des relations interpersonnelles que des mécanismes de coordination professionnels préalablement définis

L'incompatibilité fondamentale réside dans le fait que les acteurs de défense civile et militaire ont pour mission de maîtriser les situations de crise, l'exceptionnel étant pour eux le banal, avec l'idée sous-jacente qu'une utilisation maximale des moyens humains, matériels et financiers est toujours possible. Or l'hôpital se doit de répondre au contraire à un optimum de gestion : assurer sa mission, soigner, en utilisant le minimum de moyens. Ce genre d'impératif est difficilement conciliable avec une gestion efficace de la crise.

2.1.4 Les difficultés de la coopération intra hospitalière : la question de la nouvelle gouvernance

Au niveau interne une complication nouvelle apparaît : il semble peu évident d'adapter le plan blanc à l'évolution des réformes hospitalières. Or La mise en place de la nouvelle gouvernance obligera les établissements de santé à repenser l'organisation géographique et fonctionnelle de leurs cellules de crise locales et centrales.

Certaines grandes structures déjà engagées dans la nouvelle gouvernance ont déjà formalisé cette réorganisation du plan blanc. Par exemple, au CHU de Toulouse, les cellules locales de crise sont déconcentrées au niveau des pôles d'activité. Cette proximité avec le terrain doit permettre une remontée directe de l'information qui n'existe pas dans le cadre d'une organisation hospitalière par sites. Ainsi les directeurs de pôle pourront déclencher rapidement les procédures en cas de crise. Les directeurs

coordonnateurs de pôles deviennent les responsables des cellules centrales. La réactivité du système semble en être améliorée. Néanmoins cette problématique risque de s'avérer fastidieuse dans les petites structures qui rencontrent déjà certaines difficultés à s'organiser en pôles, et qui en auront davantage encore à repenser le fonctionnement de leur plan blanc dans ce cadre rénové.

De cette réorganisation découle une autre problématique amplifiée par le contexte international : celle de la place de la gestion de la crise dans les hôpitaux. Doit-on, dans les établissements publics de santé, instaurer une unité de médecine de catastrophe, une cellule permanente de crise au niveau de la Direction Générale, ou au sein d'une direction fonctionnelle telle que la stratégie ou la qualité, afin de lui donner une mission transversale ? Ou, doit-elle correspondre à un pôle d'activité particulier avec un pilotage médico-économique, au risque de restreindre son champ d'action, et d'entraver la coordination en cas de déclenchement du plan blanc ?

Ainsi, la mise en place du plan blanc entraîne, d'un point de vue organisationnel, de nombreuses difficultés : les intervenants de même que les plans de gestion de crise sont trop nombreux ; leur champ d'application se juxtaposent parfois ; l'on remarque déjà des frictions liées aux cultures des acteurs en présence. Les récentes réformes, liées au contexte international, constituent également un frein à sa mise en œuvre. De plus, vient s'ajouter à cela une autre interrogation concernant son financement.

2.2 La question du financement

La nouvelle mission que constitue la gestion de crise n'est pas totalement intégrée dans le circuit de financement habituel des établissements de santé. Mettre en place un dispositif de crise est maintenant une obligation légale, mais n'est pas pour autant prise en compte de manière claire d'un point de vue pécuniaire. Ce constat peut être étayé par plusieurs éléments.

2.2.1 Le financement du risque N.R.B.C.

Les C.H.U. de référence ont pour missions, dans le cadre des risques N.R.B.C., de mettre à disposition :

- une dotation d'équipements pour établir des diagnostics rapides : matériel P.C.R. (Protéine Chaîne Réactive), extracteur d'A.D.N.²²
- des stocks de médicaments, antidotes, antibiotiques
- des respirateurs, de l'oxygène, des tenues de protection N.R.B.C.

²² Acide Désoxyribonucléique

Les financements de ces matériels sont issus du budget de l'État, non de l'assurance-maladie. Ce mode ponctuel, s'il permet la mise à disposition effective de ces matériels, n'est pas forcément accompagné d'une définition précise de la prise en charge de leur intendance. Ainsi, ces mises à disposition ont pu être parfois réalisées sous la forme de don conventionnel. Reste alors pendante, notamment, la question de la gestion de la péremption de ces derniers. Si la pérennité de ces financements n'est pas forcément mise en cause, il existe un flou autour de leur modalité qui traduit les incertitudes quant à la fonction des C.H.U. référent et de leurs prérogatives.

2.2.2 L'absence de ligne de crédit individualisé au sein des budgets hospitaliers

La mise en place d'un dispositif de crise nécessite également un financement conséquent au sein des budgets hospitaliers. Ainsi, la simple organisation d'exercices de crise induit un coût. D'où l'importance d'individualiser une ligne budgétaire dédiée au « Plan blanc », dans le cadre du budget « Gestion des risques ». Elle marquerait la prise en compte effective de cette mission particulière de gestion de crise dans le fonctionnement hospitalier. Pour autant, cette pratique reste à diffuser dans les établissements.

2.2.3 La gestion de crise dans le cadre du financement à l'activité

Plus globalement, l'émergence de ce nouvel impératif hospitalier semble a priori aller à contre courant de la logique de financement à l'activité des établissements hospitaliers. Difficile à quantifier, l'activité de « gestion de crise » devrait logiquement relever de l'enveloppe dédiée aux « Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (M.I.G.A.C.²³). Or, le contenu de cette enveloppe reste à déterminer et la diversité des éléments à valoriser en son sein laisse ouverte la question du financement pérenne de cette nouvelle mission, fondée sur le probable mais incertain, alors même que l'hôpital rentre dans une logique d'efficience qui peut l'amener potentiellement à comprimer ses coûts.

Si cette question reste pendante pour les établissements publics, elle est encore plus manifeste pour les établissements privés ne bénéficiant pas des financements de l'enveloppe M.I.G.A.C., alors même que leur rôle, dans des cas passés (A.Z.F.) comme potentiels, peut s'avérer déterminant : accueil de « victimes sauvages », désengorgement, etc.

Ainsi, malgré une obligation clairement définie, la question du financement du plan blanc reste entière notamment quant à ces modalités concernant les risques N.R.B.C pour les C.H.U référents, et à sa provenance dans la nouvelle réforme hospitalière de la

²³ Mission d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation

tarification à l'activité. D'autre part, le dispositif hospitalier de gestion de crise se heurte également à l'absence de cette culture dans les établissements publics de santé.

2.3 L'absence d'une culture de gestion de crise

Derrière l'imprécision du terme « culture » se profile un élément clé des difficultés de la mise en place des plans blancs, à savoir l'écart entre les savoirs, les croyances et les logiques d'action des acteurs hospitaliers et la survenue d'une crise.

Plusieurs facteurs contribuent à limiter l'importance accordée au plan blanc dans les hôpitaux. Dans une enquête de juillet 2004 « sur le caractère opérationnel des plans blancs dans les établissements de santé comportant un S.A.U. ou un U.P.A.T.O.U.²⁴ », la D.H.O.S. conclut que les plans blancs ainsi que la gestion de crise sont des notions insuffisamment prises en compte dans les établissements de santé. Ce constat a justifié la mise en place d'un plan d'actions globales ainsi que la diffusion d'un guide sur l'élaboration des plans et les schémas départementaux afin de favoriser l'acquisition de réflexes spécifiques à la gestion de crise.

2.3.1 Le déficit d'exercice plan blanc comme obstacle à l'acculturation

La D.H.O.S. souhaite ainsi que les acteurs du secteur hospitalier arrivent à intégrer une véritable culture de la gestion des risques et des crises. Cependant, la gestion des risques participe de la vision classique du management hospitalier et obéit aux modes habituels de prise de décision. La crise est, en revanche, une situation inédite dont le risque majeur est de créer une rupture dans le fonctionnement de l'hôpital.

Le plan blanc doit être un cadre qui facilite la prise en charge de la catastrophe pour éviter cette rupture, mais qui serve également d'exercice pédagogique afin de permettre l'acculturation des agents hospitaliers. L'existence d'un plan blanc dans l'hôpital ne suffit donc pas. Il est nécessaire que l'établissement mette en œuvre des exercices réguliers pour intégrer dans son fonctionnement les principes de raisonnement de crise. Si la plupart des hôpitaux reconnaissent volontiers l'intérêt de la démarche de prévention des risques, ils sont peu nombreux à la mettre en pratique. Ainsi, toujours selon l'enquête de la D.H.O.S., en 2003 seuls 18% des établissements ont mis en œuvre un exercice au cours des trois années précédentes. Cette proportion a toutefois nettement progressé suite à la diffusion des guides, puisque fin 2004 plus de 65% des établissements de l'échantillon comportant un S.A.U. ou un U.P.A.T.O.U. ont réalisé un exercice plan blanc au cours de l'année passée. Lors de notre visite à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille nous avons pu récolter le document envoyé par la DHOS afin d'évaluer les exercices plans blancs et complété par l'établissement (Voir Annexe 2).

²⁴ Unité de Proximité et d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

Un autre facteur de la faible acculturation à la crise au sein des établissements de santé est le manque d'implication des directeurs et des médecins non urgentistes dans la thématique du plan blanc. Aujourd'hui la culture du risque et la gestion des crises restent le domaine privilégié des médecins de S.A.M.U. et de l'urgence. Pourtant, en cas d'un afflux massif de victimes, l'hôpital doit être en mesure d'absorber les blessés sans saturer sa structure d'accueil des urgences et de les intégrer dans ses différents services. Il faut donc que tous les acteurs soient sensibilisés et sachent répondre de façon appropriée à la survenue d'une crise. L'enquête s'est intéressée à l'implication des différents acteurs officiels dans la réalisation de ces exercices. Le constat était un manque d'initiative de la part des directions d'établissements, puisque en 2003, elles n'étaient à l'origine que de 30% des exercices. En 2004, elles ont organisé plus de 70% des exercices, ce qui prouve qu'il est possible de favoriser les évolutions culturelles à l'hôpital. Il reste à inciter les personnels médicaux non urgentistes à suivre une formation aux risques N.R.B.C. et autres.

2.3.2 Les C.H.U. favorisés dans la répartition des moyens matériels et culturels

D'autre part, il existe une réelle différence entre les C.H.U. référents, les Centres Hospitaliers Régionaux (C.H.R.) et les centres hospitaliers dans le traitement de la problématique du plan blanc et des risques N.R.B.C. Dans l'organigramme prévu par la D.H.O.S., concernant la problématique N.R.B.C., ce sont les C.H.U. référents de zone qui ont reçu le matériel ainsi que le financement de deux postes dédiés, avec pour mission de diffuser le matériel et d'organiser la formation pour tous les établissements de la zone. Cependant en pratique, il est difficile au C.H.U. référent de diffuser le matériel dont il a déjà lui-même besoin en tant que coordonnateur de la zone en cas d'accident N.R.B.C. Les moyens matériels peuvent parfois, dans ce cas, être un frein à la volonté d'acculturation du personnel. Lors de notre rencontre avec le référent pour la formation NRBC dans la zone de défense Sud, ce dernier a illustré l'écart des moyens entre hôpitaux par l'exemple des tenues NRBC : comment, en effet, former les agents à les porter lorsque ceux-ci savent que leur centre hospitalier n'a pas les crédits suffisants pour en acheter un stock. Il semble également, que la chaîne de formation instituée par le comité zonal pédagogique fonctionne mieux pour les C.H.U. que pour les autres établissements. Les premiers sont généralement largement sensibilisés grâce à l'implication des urgentistes qui se sont formés sur ces problématiques et grâce à la création d'un poste de formateur référent N.R.B.C. Mais certains formateurs relais, en charge de la formation dans les autres établissements, peinent parfois à la mettre en place, par manque de moyens matériels mais aussi par manque d'intérêt pour cette problématique. Ainsi, dans la zone de défense sud, les premiers plans de formation dans

les centres hospitaliers de la zone sont à peine finalisés, et certains sont inexistantes notamment dans l'un des départements corse.

2.3.3 L'impact de l'environnement de l'hôpital sur le niveau d'acculturation

L'environnement naturel ou industriel proche de l'établissement de santé joue également un rôle dans l'acquisition de principes de raisonnement de crise. La proximité de risques évidents tels que la présence d'une centrale nucléaire ou d'usines Seveso²⁵ est un facteur favorable à la sensibilisation de l'hôpital et à son implication dans la mise en place des plans blancs. Le centre hospitalier de Lannion que nous avons visité est ainsi entré dans une dynamique de gestion de risques à cause de la proximité d'un couloir aérien potentiellement dangereux. Cette présence incite tout le personnel à se former régulièrement aux exercices plan blanc. De même, l'expérience vécue d'une situation de crise est un facteur favorable à l'acculturation. Mais elle ne suffit pas comme en témoignent les expériences des centres hospitaliers d'Alès ou de Nîmes lors de récentes inondations : de l'aveu de certaines personnes interrogées, aucun plan blanc n'a été déclenché. Il faut une volonté affichée de la part de l'établissement pour que les esprits s'accoutument à la gestion de la crise. Souvent, c'est un biais interpersonnel qui joue en faveur de l'acculturation alors qu'il faut arriver à créer un biais fonctionnel qui permette d'implanter le plan blanc dans le quotidien de l'hôpital. Cette tâche n'est pas aisée d'autant que le plan blanc ne fait pas appel aux mêmes réflexes culturels que le plan blanc N.R.B.C. Dans le cas d'un afflux de victimes, l'hôpital s'ouvre et régule la crise : même si les principes d'action sont ceux de la crise, ils ne sont pas éloignés de la logique hospitalière. En revanche, en cas d'accident N.R.B.C., l'hôpital doit adopter une logique militaire et se protéger contre toute contamination venant de l'extérieur : c'est là une approche nouvelle pour les acteurs hospitaliers et qui nécessite donc une formation régulière. Nous avons pu récupérer le cd-rom de la formation NRBC diffusé dans la zone de défense sud servant de support à cette formation et vous le communiquons pour information (voir annexe 3). L'écart culturel entre le plan blanc et les dispositions N.R.B.C. s'illustre dans l'un des C.H.U. interrogé puisqu'on y trouve deux directions distinctes avec des acteurs différents en charge, respectivement, de ces deux problématiques qui sont pourtant liées.

Un dernier obstacle intervient en terme d'acquisition d'une culture de crise à l'hôpital, c'est celui de la généralisation de la sous-traitance. Ceci concerne par exemple la fonction linge ou encore les agents de sécurité à l'hôpital. En effet, les partenaires et fournisseurs privés ne sont pas sensibilisés dans les mêmes termes à la survenue d'une crise et n'y sont pas forcément préparés. Ils ne possèdent donc pas cette culture et en

²⁵ Commune Italienne ayant été victime d'un rejet accidentel de Dioxine. Risque "Seveso" : risques industriels majeurs impliquant des substances dangereuses

cas de crise avérée, le phénomène de rupture peut survenir plus facilement. Il est parfois même risqué pour l'hôpital d'intervenir en faveur de la formation des personnels qui travaillent en sous-traitance. Il faut en effet compter avec le turn-over qui caractérise le marché du travail dans le privé, ce qui signifie une grande diffusion des techniques de protection aux risques émergents des établissements publics.

L'absence de culture de gestion de crise des établissements publics de santé est liée à des raisons qui touchent à la faible mobilisation des structures quant à la réalisation d'exercice de simulation ; aux disparités entre les structures concernant les moyens mis à leur disposition ; au contexte environnemental qui, lorsqu'il existe, constitue un élément moteur s'agissant de la sensibilisation à la gestion de crise ; enfin, à la généralisation de la sous-traitance. Une dernière limite doit être invoquée : celle liée au système d'information et de communication.

2.4 Les systèmes d'information et de communication

Concernant les systèmes d'information et de communication, plusieurs recommandations ont également été formulées suite à certaines insuffisances de centres hospitaliers.

Entretenir un lien avec les presses locale et nationale en-dehors des situations de crise : il est nécessaire d'entretenir en-dehors de toutes situations de crise un contact avec les presses locale et nationale. L'importance des liens préexistants se fera, en particulier, sentir dans les premières heures qui suivent l'apparition d'un risque exceptionnel. L'on maîtrisera, ainsi, plus facilement les premières impressions des journalistes limitant le risque que ne vienne s'ajouter à la crise une crise médiatique.

La nécessité d'une intervention du directeur de l'établissement : aux yeux de la presse et du public, ce dernier bénéficie d'une légitimité autre que celle d'un directeur adjoint de la communication. Dès lors, le ministère, inspiré par les spécialistes de la communication de crise des grandes entreprises, considère ses interventions comme nécessaires, en particulier s'agissant de l'annonce de chiffres.

Les inégalités de moyens entre les C.H.U. et les centres hospitaliers : certains C.H.U. peuvent parer à la saturation ou la destruction des systèmes de communication par l'acquisition d'un réseau tactique, ce qui n'est pas à la portée de centres hospitaliers. En effet, les établissements de santé ne sont pas tous logés à la même enseigne concernant les moyens financiers qui leur sont alloués.

Suite à nos recherches et entretiens, quatre limites ont été identifiées : la profusion d'acteurs et l'enchevêtrement de leurs compétences entraînent un manque de clarté et d'efficacité concernant la coordination extra et intra hospitalière ; la ponctualité du mode

de financement des risques N.R.B.C, l'absence de ligne de crédit individualisé au sein des budgets hospitaliers et le financement du plan dans la tarification à l'activité contribuent au flou ambiant ; le déficit d'exercice plan blanc, la disparité dans l'allocation des moyens entre les établissements, l'impact environnemental entravent l'acquisition d'une culture de crise par l'hôpital ; enfin, les systèmes d'information et de communication restent défaillants. Afin d'y remédier, les professionnels que nous avons rencontrés s'accordent à dire que l'un des enjeux stratégiques de la gestion de crise résidera dans l'acculturation par l'évaluation et la formation.

3 UN PROCESSUS D'ACCULTURATION PAR L'EVALUATION ET LA FORMATION.

Les faibles niveaux de culture de crise et de motivation du personnel de santé sont les enjeux stratégiques de la gestion de crise des prochaines années. Ils sont liés en partie au caractère abstrait des risques et menaces de crise pour nombre d'acteurs. Or la réussite du plan blanc tient précisément au niveau d'acculturation du personnel et à l'acquisition de principe de raisonnement en temps de crise. Ce dernier, tel que défini par un médecin de catastrophe formateur, est la grille de lecture de l'évènement et des comportements à tenir dans une situation donnée.

Ainsi, seul l'exercice peut jouer ce rôle en assurant une pratique plus régulière des dispositifs de crises. C'est pour cette raison que la cellule de gestion des crises de la DHOS s'est saisie du problème et souhaite homogénéiser la doctrine relative aux exercices pour l'inclure en tant qu'annexe supplémentaire au Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs. En effet, les différents acteurs hospitaliers ayant une expérience de crise s'accordent sur la nécessité absolue de mener des exercices et sur la différenciation entre les exercices de formation et d'évaluation.

3.1 Les aspects communs aux deux types d'exercices.

Qu'ils aient un objectif pédagogique ou d'évaluation technique, les exercices doivent être construits selon des principes communs qui devraient inciter les hôpitaux à se doter d'une structure permanente relative au plan blanc ou aux situations de crises. Ces principes communs obéissent à deux impératifs : éviter les situations d'échec particulièrement démotivantes pour le personnel et susciter l'intérêt de ce même personnel, afin qu'il s'approprie le plan blanc.

3.1.1 Le caractère séquentiel et régulier des exercices.

Il est évidemment souhaitable de réaliser régulièrement des exercices globaux, qui simulent une crise, depuis le déclenchement du plan blanc jusqu'au retour à la normale. Néanmoins ces derniers sont très lourds à mettre en place et à gérer car ils impliquent généralement des plastrons (personnes simulant des victimes), une partie importante du personnel et ils sont réalisés en grandeur nature. Leur réalisation ne peut donc se faire qu'une fois la maîtrise des procédures et du matériel acquise par une part importante du personnel. La politique des exercices doit suivre une certaine chronologie : ces derniers doivent être séquentiels, ciblés sur une procédure, un domaine ou un acteur particulier, qui couvrent tout le champ du plan blanc avant que le tout soit mis en cohérence par un

exercice global. Le ciblage d'un exercice séquencé va en partie déterminer sa réussite ou son échec. Pour commencer, il existe toute une série d'exercices basiques, rapides dans leur exécution et qui ne risquent pas de menacer la bonne marche de l'hôpital. C'est le cas de la réunion de la cellule de crise, qui peut ne concerner qu'un minimum d'acteurs pendant un temps assez court. Le tableau récapitulatif des points ciblés pour un test plan blanc réalisé par l'AP-HM résume bien les différentes séquences à tester par les exercices (Voir Annexe 4)

Par ailleurs, la régularité de leur exécution est un gage de leur efficacité pour des raisons psychologiques autant que techniques. Elle va permettre l'appropriation des plans blancs par le personnel et le maintien d'un niveau culturel minimal. Concernant les exercices globaux, la cellule de crise de la DHOS a retenu l'objectif d'exercices annuels ou bisannuels, les directeurs et médecins craignant d'importantes difficultés d'organisation.

3.1.2 Les difficultés de conception et d'analyse des exercices plaident pour la création de structures dédiées et pérennes au sein des hôpitaux.

Tout d'abord, la qualité du scénario d'un exercice conditionne sa crédibilité et la motivation du personnel engagé. Le ciblage sur un risque connu, par exemple, un risque environnemental du bassin de l'hôpital, renforce le niveau de motivation des participants. Dans cette hypothèse, les hôpitaux de Rouen et du Havre favoriseraient les scénarii d'accidents industriels et chimiques, alors que celui de Dieppe favoriserait le risque nucléaire en raison de la proximité de deux centrales.

Ensuite, chaque exercice doit faire l'objet d'un débriefing. Les différents directeurs ou médecins rencontrés restent circonspects quant à l'intérêt des débriefing à chaud car ils peuvent créer ou valider des idées reçues qui évolueront difficilement par la suite. De plus le débriefing à chaud peut favoriser les situations d'échec. Si le résultat de l'exercice n'a pas été satisfaisant, il peut aboutir à la stigmatisation d'une ou plusieurs personnes qui n'auraient pas joué leur rôle et perdraient ainsi tout crédibilité. Les conséquences seraient d'autant plus graves que les critiques, avérées ou non, se porteraient sur le directeur, un médecin ou un cadre dont le rôle est central. Le débriefing à chaud doit donc se limiter en une énumération des points et thèmes positifs ou négatifs que l'exercice a mis en lumière.

Dès lors, le travail le plus important est celui du débriefing à froid. La participation de tout le personnel engagé est nécessaire, ne serait-ce que pour avoir une vision cohérente des différentes actions. Plusieurs modes de remontées d'information sont à envisager selon les moyens de l'établissement mais les conclusions du débriefing doivent ensuite être visibles par tout le personnel, ayant participé ou non aux exercices, selon des modalités différentes pour les exercices de formation ou d'évaluation.

Le soin à apporter aux scénarii et au retour des exercices demande un travail assez lourd et aussi régulier que la mise en place des exercices eux-mêmes. Cela justifie pour certains directeurs et médecins la création de structures dédiées à ces thèmes. Ainsi la DHOS préconise la constitution d'un « comité plan blanc », composé de membres de l'équipe de direction et de représentants de la CME et du CTE, qui s'appuierait sur un comité scientifique composé également de membres de la direction, de médecins et soignants qualifiés. Ce comité superviserait la politique des exercices, la formation et l'évaluation des dispositifs de gestion de crise. Une telle organisation a l'avantage de la rigueur : les scénarii seraient composés par une équipe dédiée qui participerait ensuite aux débriefing avec le comité scientifique. Elle présente comme inconvénient une certaine lourdeur. Une nouvelle structure interne à l'hôpital, notamment pour les CH, viendrait, ainsi, s'ajouter à celles existantes.

Par ailleurs, il est nécessaire de présenter les exercices et leurs résultats aux instances (C.M.E, C.T.E) et éventuellement de leur faire valider les projets. C'est aussi par ces dernières que se diffuse une culture de la crise. En fait, l'intégration du plan blanc au projet d'établissement peut être vu comme l'aboutissement de cette logique : c'est sa consécration symbolique en tant que dispositif hospitalier à part entière, ce qui peut être un passage nécessaire à son appropriation par le personnel.

L'un des exemples les plus aboutis en la matière est celui du C.H.R.U de Lille, qui dispose d'une délégation de la Direction générale à l'environnement qui assure toutes ces fonctions (définition et suivi de la formation, de l'évaluation, analyse des risques environnementaux...). Son rattachement à la direction générale lui permet certainement de bénéficier d'un statut transversal.

Le retour d'expérience recouvre une problématique plus originale. Il s'agit de la synthèse des résultats de plusieurs exercices mais aussi des crises réelles. Or, il peut être difficile pour un établissement d'effectuer un travail satisfaisant à son échelle. Par ailleurs, nombre d'acteurs rencontrés lors des réunions de la DHOS estiment que les comptes-rendus de crises, et parfois même d'exercices, sont biaisés et autocensurés par crainte des conséquences médico-légales qu'entraînerait la divulgation des faiblesses et des erreurs des acteurs et des organisations.

La seule synthèse des comptes-rendus ne suffisant pas, un travail de type sociologique basé sur les entretiens avec les acteurs engagés dans l'action est réalisé après chaque crise importante par la cellule de gestion et de prévention des crises de la DHOS²⁶. Cette cellule évoluera, peut-être, sur le modèle du « centre de retour d'expérience » du ministère de la défense : une structure dédiée à cette tâche. Le champ d'étude est énorme si l'on adjoint aux crises réelles les exercices de tous les

²⁶ cf les rapports sur les inondations de septembre 2002 ou sur AZF.

établissements, même si l'on se concentre sur les exercices d'une certaine dimension. C'est un travail indispensable car il offre des données essentielles pour la définition des évolutions souhaitables en terme de management de crise.

3.2 La formation et ses modalités d'exercices.

3.1.1 Tenir compte du niveau d'acculturation de l'hôpital

L'élaboration d'un plan blanc doit conduire la direction d'un établissement à apprécier tout d'abord l'état de sensibilisation du personnel à la gestion de crise. Pour ce faire, l'établissement doit tenir compte de l'environnement industriel, de la localisation géographique de la structure. Enfin, l'existence d'un réseau actif dans le domaine de la prise en charge des patients lors de situations exceptionnelles entre les différents établissements est également un élément concourant à la sensibilisation des équipes médicales, paramédicales, médico-techniques, techniques et administratives.

Il n'en demeure pas moins que l'implantation de la structure ne suffit pas toujours à maintenir au sein des équipes un niveau optimal de sensibilisation. A cet effet, certains établissements ont mis en place des formations spécifiques afin de pallier le turn-over (mobilité interne et externe) et les recrutements (durables et provisoires) érodant parfois ce capital « de sensibilisation ». A titre d'exemple les Hospices Civils de Lyon ont instauré d'une part des journées d'information sur l'organisation de l'hôpital en cas d'afflux massif de victimes (informer tout d'abord les professionnels sur les risques exceptionnels et les différents plans de secours existants, informer ensuite sur les réponses hospitalières mise en places pour répondre à ces risques et mobiliser enfin tous les acteurs de l'hôpital en cas d'afflux de victimes) à l'ensemble du personnel des hôpitaux ayant un service d'urgence et d'autre part des actions de formation à destination des équipes médicales, paramédicales techniques et administratives. Le Centre Hospitalier Universitaire de Lille a, quant à lui, généralisé une procédure de formation « à la gestion de crise » pour tous les nouveaux arrivants.

3.1.2 Le couple formation théorique/exercices et l'acquisition de principes de raisonnement.

La formation doit être vue comme un programme en deux temps : formation théorique puis exercices. La première permet à l'ensemble des acteurs de porter une réflexion globale sur leurs pratiques et leur fonctionnement. Les seconds permettent aux professionnels de s'approprier pleinement le plan blanc à travers l'acquisition des principes de raisonnement de crise. Ces exercices répondent à des objectifs différents des exercices d'évaluation : ils visent à analyser les comportements et le rôle de chacun et à faire, le cas échéant, la chasse aux réflexes archaïques. Car, ces attitudes qui

reposent sur le(s) réseau(x) personnel(s) des participants sont très souvent contre productives. Les exercices de formation doivent entraîner à la pratique du plan blanc sur une base fonctionnelle et non pas individuelle. De cette manière, il est possible d'accoutumer le personnel à une stricte application des procédures dans le respect de la chaîne de commandement (définition claire de celle-ci ; définition des niveaux de responsabilités selon la nature et l'ampleur de l'événement ; définition des modes opératoires). Pour pondérer cette vision très procédurale, l'on peut penser avec un médecin spécialiste du risque nucléaire rencontré dans une réunion de la DHOS, que les exercices amènent les personnes qui auront peut être à travailler ensemble, à se connaître. Ils créent des réseaux ou une communauté sociologique correspondant aux réseaux que les procédures visent à mettre en place. Il est donc impératif que les formations et leurs exercices soient adaptées et ciblées aux différentes catégories d'acteurs en fonction de leur niveau d'engagement afin de garantir le succès des exercices/simulations.

L'autre intérêt de ces entraînements est de réduire l'impact émotionnel de la crise et par conséquent de limiter le risque de rupture, source majeure de dysfonctionnements. D'où l'importance d'élaborer des scénarii modestes du point de vue de la difficulté des situations simulées, au moins dans un premier temps, pour pouvoir toujours aboutir à un résultat perçu comme constructif par les participants. Si un exercice ne fait qu'aider le formateur à évaluer la qualité de ses formations théoriques et ne renvoie au personnel qu'un sentiment d'échec, c'est toute la politique de formation qui a échoué.

3.1.3 Les limites de la formation à la communication.

Enfin, un plan blanc ne saurait être complet sans l'incorporation d'un plan de communication. Comme l'indique le guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs, la communication avec les médias ne peut être improvisée au moment de la crise. Le principal objectif du plan blanc et de la formation est de maintenir une cohésion et d'assurer une juste répartition des rôles entre les acteurs (qui parle ? où ? quand ? à qui ?...) lors d'un événement exceptionnel. C'est là le point faible des formations et des exercices : les professionnels conviennent qu'une formation pour le personnel ne sera jamais suffisante, les écarts entre la formation théorique et la pratique étant inévitables. L'intégration de journalistes jouant leurs propres rôles dans des exercices est apparue comme un échec. Des formations poussées sont donc souhaitables pour les directeurs et les médecins, mais l'important reste la diffusion de modes de prise en charge des journalistes pour tout le personnel : ce que l'on peut dire, où et vers qui orienter les journalistes.

3.3 L'évaluation du plan blanc comme vecteur d'évolution et d'acculturation.

3.3.1 L'évaluation par l'exercice.

La conception et le pilotage des exercices d'évaluation diffèrent des exercices de formation, mais ils ont la même importance. Le risque serait en effet de penser que certaines procédures peuvent être validées et contrôlées sans avoir recours à l'exercice, comme les procédures d'appel. Rien n'est plus faux et rien ne remplace le test en conditions (quasi)réelles. Ainsi, si l'on prend l'exemple d'organisation dont la raison d'être est la gestion des crises, comme l'armée ou les pompiers où, la règle veut que toutes les procédures et le matériel soient régulièrement testés par des exercices, certains dysfonctionnements ne se repèrent que lors d'exercices. L'on peut citer les exemples du CHU de Rouen qui a revu ses fiches d'appel pour la réunion de la cellule de crise suite à un exercice : elles étaient trop nominatives et pas assez fonctionnelles. A Marseille, les exercices d'évaluation ont mis en lumière la complexité des fiches d'identification des victimes, trop longues à remplir, qui ont été remplacées par un tableau de suivi d'admission des patients (Voir Annexe 5).

Plus encore, l'évaluation a l'avantage de rendre nécessaire une pratique régulière du plan blanc au travers des exercices. Ces derniers sont ceux qui font exister *in fine* la culture et les principes de raisonnements de crise puisqu'ils suivent chronologiquement la phase de formation, et puisque ce sont eux qui font évoluer le plan blanc²⁷. Ils doivent être précédés d'un bilan complet des procédures et matériels testés. L'image à retenir est celle du pilote effectuant un check-up des commandes avant le décollage. Par exemple, il faut tout simplement vérifier la validité des listes d'appels lors d'un exercice de réunion de cellule de crise ou de rappel du personnel. Si l'exercice se contente de révéler que ces listes d'appel sont caduques, le résultat peut être très néfaste sur la motivation du personnel. Ensuite, les conclusions du débriefing doivent être visibles et faire l'objet d'une communication simple en interne. Ainsi les fiches réflexes doivent être rapidement modifiées selon ces conclusions et diffusées. Il s'agit aussi d'une communication lissée dans le temps puisqu'il est souhaitable de voir le plan blanc régulièrement validé par les instances de l'établissement.

3.3.2 L'évaluation intégrée dans une démarche qualité.

Certaines personnes rencontrées souhaiteraient faire du plan blanc un référentiel d'accréditation. Le but sous tendu, et qui emporte l'adhésion des directeurs et médecins

²⁷ Nous considérons en effet que les risques environnementaux sont une donnée stable, peu susceptible de faire évoluer le plan blanc. Ces risques évoluent en effet lentement, qu'ils soient naturels (inondations, risques climatiques) ou humains (industrialisation), ce qui rend encore plus longue la prise en compte de leur évolution dans les plans blancs.

rencontrés, est d'intégrer le plan blanc et son évaluation dans une démarche qualité, c'est-à-dire une démarche régulière.

En effet, cette dernière, indissociable de son pendant qu'est l'accréditation, a l'avantage de rendre inévitable, plus qu'obligatoire, la pratique régulière d'exercices d'évaluation. C'est un moyen d'intégrer la potentialité du déclenchement du plan blanc dans le fonctionnement normal de l'hôpital. En fait, présenter le plan blanc comme un enjeu de qualité revient à le dédramatiser, à le rendre « normal », à réduire la crainte ou l'absence d'intérêt qu'il peut susciter, et à régulariser les entraînements pratiques grâce à l'évaluation.

Il convient néanmoins de rester modeste : l'intégration du plan blanc à une telle démarche ne saurait suffire à assurer son suivi ni sa qualité car les bénéfices qu'on en attend en terme de « normalisation » sont limités par le caractère intrinsèquement antinomique entre l'organisation imposée par le plan blanc et l'organisation habituelle de l'hôpital.

3.3.3 Concevoir des plans blancs partiels pour des mises en places réelles plus régulières.

Malgré la qualité d'un plan blanc et des exercices qui sont régulièrement mis en place, rien ne pourra remplacer l'expérience acquise en conditions réelles. Or les plans blancs peuvent être conçus sur un mode gradué afin d'être déclenchés au niveau le plus pertinent et de n'engager que les moyens nécessaires et optimums. On peut ainsi imaginer des plans blancs partiels déclenchés lors d'évènements de niveau 1²⁸. Ce type de déclenchement revêt le même intérêt que les procédures d'évaluation : mettre en pratique le dispositif de crise et les principes de raisonnements qui le soutiennent. L'enjeu est limité, ce qui réduit en proportion le stress du personnel tout en permettant la mise en pratique en condition réelle de ce qui a été retenue grâce aux exercices de formation ou d'évaluation. L'hôpital peut ainsi disposer de retours d'expériences très importants et de familiariser le personnel aux procédures.

C'est cette politique qui a été suivie à Lannion, comme l'a souligné le chef de service des urgences. En effet, le centre hospitalier est en mesure de déclencher les procédures concernant la seule cellule de crise ou ne faisant intervenir que les services logistiques ou la pharmacie.

²⁸ Cf échelle des risques à 3 niveaux (1 : mineur, 2 : majeur ou grave, 3 : national ou international)

CONCLUSION

Une prise de conscience de la nécessité de fixer un cadre réglementaire lié à un afflux de victimes, s'est développé à la suite des attentats perpétrés sur le territoire et la survenue d'accidents industriels ayant fait de nombreuses victimes.

La notion d'afflux de victimes s'est progressivement déplacée vers celle de gestion de crise et les établissements de santé sont confrontés, aujourd'hui, à l'obligation d'élaborer un plan blanc. Cet impératif conduit chaque établissement de santé à intégrer une nouvelle mission pour laquelle il n'est pas toujours préparé. De surcroît, comme le souligne l'A.N.A.E.S.²⁹, le niveau d'exigence de sécurité des populations est également de plus en plus élevé. En santé, il s'agit de l'exigence de disposer de moyens de prise en charge qui doivent être à la fois de pointe et de proximité. On constate que l'obligation de moyens se transforme en obligation de résultats. L'acceptabilité du risque en santé suppose la prise en compte de ces trois aspects : niveau d'acceptabilité par la société, par les professionnels et par les patients.

La démarche de gestion de crise permet de rendre le risque résiduel acceptable. Cette gestion implique à la fois de réduire l'impact de l'événement et de maîtriser les délais de réaction. Elle impose de réduire les distances entre les lieux du sinistre, de la prise en charge des victimes et de la décision. Or, les acteurs constatent une réelle difficulté à coordonner les différents niveaux opérationnels lors d'une crise, notamment, du fait d'un manque de complémentarité entre les différents plans d'urgence.

L'organisation territoriale et nationale actuelle est complexe et ne favorise pas la compréhension des acteurs et des populations. En conséquence, les professionnels développent leurs propres dispositifs et des systèmes d'évaluation empiriques. Pour les structures de petites tailles, l'application du cadre réglementaire s'avère difficile notamment en raison de la faiblesse des ressources internes et du sentiment de ne pas être concerné.

La synthèse des entretiens menés auprès des professionnels concernés montre qu'il est souhaitable de passer d'une conception de gestion du risque exceptionnel à celle d'une organisation qui ferait du plan blanc un outil opérationnel au quotidien. Pour leur part, les administrations rencontrées sollicitent une clarification d'un système jugé extrêmement complexe. Elles soulignent l'intérêt de disposer de circuits simples de commandement et

²⁹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

d'information arrêtés. Les procédures doivent être clairement définies, assorties de formations accompagnant la mise en place du dispositif. Dans ce contexte, il serait souhaitable de mettre en place un système de veille coordonné entre les différentes autorités, qui permettrait le partage et la fiabilité de l'information.

En ce qui concerne les établissements de santé, il apparaît souhaitable, lors de la survenue d'événements indésirables, de mettre en application certaines séquences du plan blanc telle que la cellule de crise en dehors de tout déclenchement du plan. Cette stratégie est enrichissante à plus d'un titre :

- elle permet d'utiliser régulièrement un outil formalisé,
- elle favorise les réajustements et une remise en question des pratiques professionnelles,
- elle concourt à identifier les besoins en formation et les lacunes du plan de communication.

La problématique de la mise en place des plans blancs demeure liée à une culture urgentiste que la direction d'un établissement doit appréhender. Dans ce cadre, le Directeur doit donner les moyens nécessaires à la mise en place de formations spécifiques destinées aux personnels de l'urgence. Son rôle est aussi d'impulser une réelle culture de gestion de crise pour qu'elle pénètre toute l'organisation. La finalité du dispositif est de maîtriser une situation de crise qui s'intègre au mieux dans les missions premières d'un établissement de santé. Cette maîtrise passe par l'exploitation des enseignements recueillis lors de chaque crise. A ce titre, les débriefings sont indispensables pour faire de la crise, un élément formateur pour les crises à venir. Cette réflexion met en lumière un besoin de professionnalisation et de retour d'expérience propices à une véritable acculturation des acteurs. Au delà de l'illusion d'une maîtrise totale de la crise suscitée par la formalisation du plan blanc, la capitalisation des expériences et le niveau de formation des personnels restent déterminants pour apporter une réponse efficace.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.
- Décret n° 82-389 du 10 mai 1982 relatif aux pouvoirs des commissaires de la République et à l'action des services et organismes publics de l'État dans les départements.
- Décret n° 86-1231 du 2 décembre 1982 relatif aux centres opérationnels de défense
- Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des DRASS et DDASS.
- Décret n° 95-523 du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués de zone de défense.
- Décret n°99-143 du 4 mars 1999 relatif à l'InVS
- Décret n°2002-84 du 16 janvier 2002 relatif aux pouvoirs des préfets de zone

- Circulaire DGS/ DGS/3E/N°1471/DH/9C du 24 décembre 1987 relative aux critères de déclenchement du plan blanc.
- Circulaire DGS n° 97-36 du 21 janvier 1997 relative à l'organisation du contrôle de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé et à la coordination entre les représentants de l'État dans la région et le département et les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation.
- Circulaire n°2002-191 du 3 avril 2002 relative renforcement des moyens en personnels des services déconcentrés, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme.
- Circulaire DHOS/HFD/DGSNR N°277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux et des d'accident nucléaire ou radiologique.
- Circulaire DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.
- Circulaire DHOS/O2/DGS/C n°2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

ARTICLES ET REVUES

- MATHON L., « Dossier - Le plan blanc : l'organisation des secours en cas d'afflux massif de victimes à l'hôpital après une catastrophe », *TONIC Le journal des Hospices Civils de Lyon*, 1^{er} Mars 2003, N°104, pp. 2-14.
- TRANTHIMY L., « Plan blanc : 'la conduite d'une crise ne s'improvise pas' », *Décision Santé*, Juin Juillet 2004, p. 21
- GOUGET B., « Spécial Hôpital Expo : Principes généraux et modalités de déclenchement du plan blanc », *revue hospitalière de France*, Mai Juin 2004, N°498, pp. 28-29.

RAPPORTS

- Dr PETON-KLEIN D., *Enquête 2003/2004 sur le caractère opérationnel des plans blancs dans les établissements de santé comportant un SAU ou un UPATOU*, Paris : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale D.H.O.S. Cellule gestion de crise, 27 Juillet 2004, 79p.
- Dr PETON-KLEIN D., *Rapport de mission, Enseignements et propositions relatifs à la gestion de crise*, Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 5 mars 2004, 105 p.
- *Rapport de Mission : Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001 : enseignements et propositions sur l'organisation des soins* Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, septembre 2002.
- *Rapport de Mission : Inondations de septembre 2002 dans le Sud-Est de la France*, Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, août 2003.
- Note n° 03-058 de la Direction générale de la santé du 21 février 2003 relative à la procédure de gestion des alertes sanitaires associant les services déconcentrés, les CIRE, l'InVS et la DGS.

OUVRAGES

- GODARD O, HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., *Traité des nouveaux risques*, Paris : Ed Gallimard, col. Folio actuel, 2002.

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, D.H.O.S, *Plan blanc et gestion de crise – guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs des établissements de santé*, Paris : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale Avril 2004.

SEMINAIRE

- ENSP, RAIMONDEAU J., TIREL B., Séminaire pédagogique sur la gestion des risques, Rennes 16 Septembre 2004.

SITES INTERNET

www.sante.gouv.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.invs.sante.fr

www.anaes.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1

Grilles d'entretien utilisées pour le recueil d'informations

ANNEXE 2 :

- Evaluation des exercices « plan blanc » dans les établissements de santé comportant un SAU

ANNEXE 3

- Le cd-rom de la formation NRBC diffusé dans la zone de défense sud

ANNEXE 4

- Tableau récapitulatif des points ciblés pour le tests de déclenchement de Plan blanc 1^{er} semestre 2004
- Test plan blanc Sud du 4 Mai 2004 : actions à entreprendre

ANNEXE 5 :

- Fiche d'identification, des victimes
- Tableau de suivi d'admission des patients tenu par la cellule locale de crise