



EHESP

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Mars 2010**

**La préparation des établissements de
santé à la gestion de crise :
limites, enjeux et perspectives
en Lot-et-Garonne**

Fabien MARRE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de stage, Mme le Dr Catherine FRANCOIS, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DDASS du Lot-et-Garonne. Son attention et ses conseils avisés m'ont été précieux dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, mais également tout au long de mon stage. J'associe à cette démarche tout le personnel de la DDASS 47 qui m'a chaleureusement accueilli et accompagné durant ma formation initiale.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble des personnes qui ont accepté de me recevoir en entretien. Leur contribution a été prépondérante dans l'accomplissement de ce travail.

Je remercie aussi le binôme de relecteurs composé de Mme Michelle DOLOU, IASS à la DDASS d'Ille-et-Vilaine, et de M. Ndomété POUNEMBETTI, enseignant, pour leur avis éclairé, ainsi que Mme Karine CHAUVIN, animatrice de l'atelier mémoire.

Enfin, je remercie mes amis, ma famille et toutes les personnes qui m'ont soutenu au cours de la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 DU CONCEPT DE GESTION DE CRISE A LA CONSTITUTION D'UN CADRE JURIDIQUE POUR UNE REPOSE OPERATIONNELLE ADAPTEE	7
1.1 LA NOTION DE CRISE.....	7
1.1.1 <i>La crise : un concept polysémique.....</i>	7
1.1.2 <i>De nouveaux risques pour une dimension élargie du concept de crise</i>	8
1.2 DU RISQUE A LA CRISE	10
1.2.1 <i>Le concept de crise sanitaire</i>	10
1.2.2 <i>Des catastrophes extérieures mais aussi des dysfonctionnements internes aux établissements de santé, qui génèrent des crises</i>	11
1.3 UNE REGLEMENTATION TIRANT SON ORIGINE D'UNE SUCCESSION DE CRISES	11
1.3.1 <i>L'évolution législative et réglementaire</i>	11
1.3.2 <i>Les plans comme outils de réponse à la crise.....</i>	13
1.4 UNE ORGANISATION TERRITORIALE STRATIFIEE DE LA GESTION DE CRISE	14
1.4.1 <i>Le niveau national</i>	15
1.4.2 <i>Le niveau zonal.....</i>	17
1.4.3 <i>Le niveau régional.....</i>	17
1.4.4 <i>Le niveau départemental</i>	18
1.4.5 <i>Les établissements de santé, acteurs opérationnels au niveau local</i>	19
1.5 LE « PLAN BLANC » : OUTIL DE PREPARATION A LA GESTION DE CRISE	20
1.5.1 <i>Eléments de définition et cadre juridique</i>	20
1.5.2 <i>Déclenchement et mise en œuvre.....</i>	21
1.5.3 <i>L'organisation et la conduite du plan blanc.....</i>	21
1.5.4 <i>Le plan blanc élargi comme élément coordonnateur des plans blancs</i>	22
2 DES DIFFICULTES POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DU LOT-ET-GARONNE DANS LA STRUCTURATION D'UNE REPOSE ADAPTEE EN MATIERE DE GESTION DE CRISE.....	25
2.1 ELEMENTS DE CONTEXTE ET DESCRIPTION DU TERRAIN D'ETUDE.....	25
2.1.1 <i>Caractéristiques du Lot-et-Garonne.....</i>	25
2.1.2 <i>Les établissements de santé du Lot-et-Garonne : des structures hétérogènes.....</i>	26
2.1.3 <i>Les risques identifiables à l'échelle du département.....</i>	27
2.2 UNE ACCULTURATION CROISSANTE MAIS ENCORE INSUFFISANTE AU CONCEPT DE GESTION DE CRISE	28
2.2.1 <i>La prise en compte aléatoire d'une nécessité de préparation à la gestion de crises.....</i>	29
2.2.2 <i>Les balbutiements d'une formation interne à la gestion de crise au sein des établissements.....</i>	30
2.3 UNE APPROPRIATION ALEATOIRE DES PLANS BLANCS	30
2.3.1 <i>Une perception parfois minorée du risque de confrontation à une crise sanitaire</i>	30
2.3.2 <i>Un contenu hétérogène des plans.....</i>	33

2.4	LES FREINS A L'OPERATIONNALITE DES ACTEURS : DES CONTRAINTES TECHNIQUES INHERENTES.....	35
2.4.1	<i>Les difficultés à organiser des exercices.....</i>	36
2.4.2	<i>La question sensible de la déprogrammation et de la gestion des lits</i>	37
2.4.3	<i>La mobilisation des personnels en situation de crise.....</i>	39
2.4.4	<i>Un fonctionnement dépendant des prestataires extérieurs.....</i>	40
2.4.5	<i>Une coordination limitée entre établissements de santé</i>	41
2.4.6	<i>La communication en fonctionnement dégradé.....</i>	42
2.4.7	<i>Une organisation « à l'instant T »</i>	43
3	PROPOSITIONS EN VUE D'AMELIORER LA PREPARATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE LOT-ET-GARONNAIS A LA GESTION DE CRISE	45
3.1	AGIR SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : PROMOUVOIR LA NECESSITE DE SE PREPARER ET DE PREVOIR DES DISPOSITIFS PERTINENTS	45
3.1.1	<i>Impulser une culture de gestion de crise auprès des équipes dirigeantes pour faire de la préparation à la gestion de crise une priorité managériale.....</i>	45
3.1.2	<i>Souligner la nécessité de formation des personnels.....</i>	46
3.1.3	<i>Rappeler aux établissements leurs obligations légales et œuvrer à l'harmonisation des plans.....</i>	48
3.2	ASSOCIER TOUS LES ACTEURS CONCERNES PAR LA GESTION DE CRISE	49
3.2.1	<i>Impulser le travail en réseau, la collaboration entre établissements.....</i>	49
3.2.2	<i>Optimiser la préparation des établissements par l'organisation et la participation à des exercices.....</i>	51
3.2.3	<i>Elargir le périmètre des acteurs : assurer le décroisement.....</i>	52
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASN : Autorité de Sureté Nucléaire
CA : Conseil d'Administration
CCLIN : Centre de Coordination et de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDSZ : Conseiller de Défense et de Sécurité de Zone
CH : Centre Hospitalier
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CHIC : Centre Hospitalier Inter Communal
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIRE : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COD : Centre Opérationnel de Défense
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente
COGIC : Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle de Défense
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DARH : Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DÉSUS : Département des Urgences Sanitaires
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRIRE : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DSNR : Direction de la Surveillance Nucléaire et de la Radioprotection
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
HAS : Haute Autorité de Santé
HFD : Haut Fonctionnaire de Défense
HPST : Hôpital Patients Santé Territoire
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
InVS : Institut National de Veille Sanitaire

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGA : niveau de Mise en Garde et d'Action
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
NRBC : Nucléaire Radiologique Biologique Chimique
OGM : Organisme Génétiquement Modifié
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
PAGUS : Plan d'Action relative à l'Alerte et à la Gestion des Situations Sanitaires
PCA : Plan de Continuation d'Activité
PPI : Plan Particulier d'Intervention
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
PSS : Plan Sanitaire Spécifique
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Tant à l'échelle nationale qu'internationale, les dernières décennies ont été marquées par une succession de crises aux origines diverses : accidents technologiques (explosion de l'usine AZF), catastrophes naturelles liées aux aléas météorologiques (canicule), crises sanitaires générées en interne (sang contaminé), actes de malveillance... De nouveaux risques sont également apparus porteurs d'autant de crises potentielles : épidémies atypiques (grippe H5N1 et H1N1, Chikungunya), bioterrorisme...

Ces crises ont souligné la fragilité et la vulnérabilité des populations, des équilibres socio-économiques mais également des institutions. L'opinion publique a été fortement impactée par les crises, d'autant plus lorsque le relai médiatique a été important. Leur gestion est devenue une préoccupation de tout premier ordre. Prévoir et préparer les modalités de gestion de crise constitue désormais un impératif de santé publique. Alors qu'il occupait la fonction de Ministre de la Santé, Xavier Bertrand avait ainsi déclaré qu'« accompagner une crise ne s'improvise pas, et en prévoir la gestion est une exigence de santé publique. Tous les services de l'Etat et tous les acteurs de santé d'un même territoire doivent y être associés : c'est la garantie de la réactivité et de la qualité de la réponse apportée »¹.

En réaction à la succession de ces phénomènes aux conséquences plus ou moins graves, l'Etat, traditionnellement en charge de la sécurité au sens large du terme, a donc remis en question sa capacité à gérer certains risques affectant ou pouvant affecter les populations.

Les pouvoirs publics ont été amenés à organiser des réseaux d'alerte et d'anticipation des risques sanitaires pour, si ce n'est prévoir l'imprévisible, mettre en place une organisation destinée à protéger les populations civiles. Des leçons ont été tirées, de nouveaux dispositifs ont été mis en place, afin de pallier les principales difficultés rencontrées (en terme de surveillance, d'expertise, de prise en charge...).

Il apparaît cependant toujours difficile, pour les acteurs et les organisations concernées, notamment les établissements de santé, de faire face à des problèmes inédits ou, tout au moins, inattendus. La controverse développée postérieurement au traitement du Chikungunya à La Réunion a pu montrer que les évolutions étaient complexes et la gestion actuelle du contexte pandémique autour de la grippe A H1N1 l'illustre encore.

Cette prise de conscience progressive de la nécessité d'optimiser la préparation à la gestion des crises a conduit, de la même manière, à l'adoption d'organisations et de réglementations dans le but de structurer une réponse territoriale à la gestion de crise. C'est dans ce cadre que des plans nationaux (plans canicule, biotox, pandémie grippale²...) et des plans locaux (plans blancs, plans bleus...) ont été élaborés. Certains,

¹ BERTRAND X., 2006, avant-propos, Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements.

² Circulaire n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009 instituant le Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale »

tels le plan pandémie grippale et les plans blancs, ont eu pour conséquence de placer les établissements de santé en première ligne dans la prise en charge des populations en situation de crise.

Cette politique de planification témoigne de la volonté des pouvoirs publics à assurer la gestion et la maîtrise des événements sanitaires. Elle illustre de la même manière la culture dans laquelle doivent s'inscrire les établissements de santé afin de rendre plus efficaces les réponses qu'ils pourront apporter à la gestion d'une crise.

A l'instar de cette démarche planificatrice, le législateur a tenté d'apporter des solutions, renforçant progressivement le cadre juridique existant destiné à répondre à la survenue, souvent brutale, d'événements aux conséquences potentiellement dramatiques.

La loi du 9 août 2004³ relative à la politique de santé publique est le fruit de cette prise de conscience. Elle définit l'organisation intra et extra hospitalière permettant de prévenir et de gérer des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence. Cette loi a rendu obligatoire le plan blanc pour l'ensemble des établissements de santé. Son décret d'application⁴ a précisé les modalités de mobilisation des moyens pour faire face à un afflux de victimes ou à une situation sanitaire exceptionnelle tant au niveau de chaque établissement de santé qu'au niveau départemental, zonal et national. La loi du 5 mars 2007⁵ est venue la renforcer en rappelant aux hôpitaux cette obligation d'être dotés d'un plan blanc d'établissement.

Les établissements de santé sont ainsi tenus, au-delà de la rédaction du plan blanc et de ses annexes thématiques, de faire preuve de rapidité et de réactivité dans la réponse à apporter à une situation critique se déclarant brutalement. Ils doivent être en mesure de revoir leur organisation dans un temps très court pour accueillir massivement, par exemple, des blessés ou des intoxiqués. Dans ce cadre, le plan blanc doit leur permettre de mobiliser immédiatement tous les moyens dont ils disposent afin de faire face à une situation d'urgence sanitaire. Dans cette perspective, les personnels hospitaliers doivent pouvoir identifier leur mission, leur rôle, et leur action dans leurs domaines de compétence ou d'intervention en sachant que le fonctionnement normal de l'établissement est compromis ou inopérant.

L'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), en service déconcentré, est en charge de la mise en œuvre de l'action publique. Il est en contact permanent avec les acteurs de terrain de la prise en charge sanitaire que sont les établissements de santé. Le guide d'aide à l'élaboration des plans blancs et des plans blancs élargis annexé à la circulaire du 14 septembre 2006⁶ légitime ce rôle d'interlocuteur, d'appui, de soutien mais aussi d'évaluation. Il lui appartient de réaliser l'état des lieux des plans blancs existant dans le département. Ceci peut être réalisé notamment par l'évaluation du nombre

³ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

⁴ Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave

⁵ Loi n°2007 - 294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

⁶ Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

d'entités disposant d'un plan, l'ayant réajusté, ayant organisé des exercices et/ou des formations. L'évaluation consiste également pour partie dans une identification de la nature des risques connus par type d'établissement. L'analyse des moyens dont bénéficient les établissements de santé et des dispositifs qu'ils ont mis en place est aussi un élément essentiel dans une estimation de leur capacité de réaction.

En sus de cette évaluation, l'IASS intervient également en cas de crise. En effet, dans le cadre d'une alerte sanitaire locale, zonale ou nationale, le préfet peut faire déclencher sur ses recommandations, les plans blancs des établissements de santé. Cela conforte sa légitimité dans l'analyse des dispositifs prévus pour faire face de la meilleure des façons possible à la survenue d'une crise sur son territoire de référence.

En tout état de cause, l'IASS, quant il est missionné par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), prend une part importante de responsabilité dans l'exécution des missions de cette dernière en vertu notamment des dispositions de l'article L 6115-8 du Code de la Santé Publique (CSP) : « *Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à la disposition de celles-ci* ». La diversité de ses missions, au nombre desquelles la planification, la tutelle, le contrôle, la programmation, l'intervention, l'évaluation et l'animation, fait de lui un acteur stratégique au cœur de la régulation du système de santé. C'est un partenaire privilégié, il a un rôle incitatif fondamental dans l'appropriation des dispositifs nouveaux par les acteurs de terrain. L'IASS est l'interlocuteur privilégié des établissements de santé

La loi « HPST » du 21 juillet 2009⁷ a contribué à faire évoluer de manière significative les missions de l'IASS tout en confirmant son rôle auprès des établissements de santé. S'est substituée progressivement à la fonction traditionnelle de tutelle et de contrôle, une fonction d'accompagnement et d'appui aux établissements de santé. Ce nouveau positionnement stratégique se traduit notamment dans les missions par la recherche de l'efficacité des établissements. Il permet d'envisager la capacité à répondre aux situations de crise comme un des éléments, certes parmi d'autres indicateurs, servant à mesurer la qualité de l'action des hôpitaux. La mutation de l'administration sanitaire et sociale ne remet pas en cause ce rôle de l'inspecteur : cette même loi confirme la compétence des ARS, et donc des IASS œuvrant en leur sein, dans l'amélioration de la réponse aux besoins de santé des français, réponse passant notamment par la gestion du risque. Le contexte de réforme paraît avoir maintenu l'inspecteur dans sa mission prépondérante en matière de gestion des crises sanitaires même si un texte en préparation précisant les modalités de collaboration entre préfets et Agences Régionales de Santé (ARS) en la matière est source de réticences, avec l'hypothétique basculement des prérogatives de l'IASS vers le champ préfectoral.

⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

L'étude de l'état de préparation des établissements de santé du Lot-et-Garonne entre donc à ce titre dans le domaine des attributions d'un IASS. Le contexte de pandémie grippale est susceptible d'impacter le fonctionnement des hôpitaux du département, avec un afflux massif de patients grippés. Il donne une acuité toute particulière aux interrogations inhérentes à la capacité des hôpitaux à répondre aux situations de crise.

Dans cette perspective, différents constats ont pu être dégagés. Il apparaît tout d'abord que l'élaboration des plans blancs est une obligation dont se sont acquittés les établissements de santé, toutefois, plusieurs structures n'ont pas établi d'annexes spécifiques pour les risques Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (NRBC) et la pandémie grippale. De plus, s'agissant des plans, leur contenu et leur qualité semblent inégaux. En outre, rares sont les établissements de santé du Lot-et-Garonne qui procèdent à des exercices afin de tester leurs capacités de mobilisation et de réaction. Enfin, les capacités de réponse des structures sont relativement hétérogènes.

Ces constats de départ ont conduit à la formulation d'une problématique : **en quoi les établissements de santé du Lot-et-Garonne rencontrent-ils des difficultés dans leur préparation à la gestion de crise ?**

Différentes hypothèses tentent d'apporter un éclairage sur cet état de fait. Tous les établissements de santé du département ne semblent pas impliqués au même degré dans une politique de préparation à la gestion des crises, le niveau de sensibilité à la question paraît différer selon les équipes de direction. Le défaut de formation interne de l'ensemble des professionnels hospitaliers à la thématique peut également être une réponse.

En outre, les établissements de santé du Lot-et-Garonne paraissent confrontés à certaines difficultés techniques qui les contraignent dans leur préparation à la gestion de crises (organisation d'exercices, capacités à mobiliser leurs personnels...). Enfin, l'absence de coopération entre structures s'inscrit potentiellement comme une contrainte supplémentaire.

La méthodologie de travail retenue pour traiter cette problématique a été fondée sur une démarche déductive. Pour comprendre les enjeux induits par la question de la préparation des établissements de santé du Lot-et-Garonne à la gestion de crise, le recueil et l'analyse des données se sont fondés sur trois temps :

- La découverte et l'appropriation du thème de la gestion des crises, tout d'abord, et plus spécifiquement de la question du rôle des établissements de santé dans la réponse aux crises sanitaires. Cette démarche s'est fondée sur des recherches documentaires variées : ouvrages, doctrine, textes de loi, documentation interne à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) tel le plan blanc élargi du département⁸, articles de revues spécialisées pour les professionnels du secteur sanitaire... Elle s'est également appuyée sur des entretiens avec ma maître de stage, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), Mme le Dr Catherine François.

⁸ Plan blanc élargi du Lot-et-Garonne, avril 2007, 122 p.

- La lecture et l'analyse des documents élaborés par les établissements de santé du Lot-et-Garonne en matière de gestion de crise, à savoir les plans blancs et leurs annexes NRBC et pandémie grippale. Cette étude a fait l'objet d'un préalable : la sollicitation de l'ensemble des structures du département afin d'obtenir communication des documents précités dans leur dernière version.

- Une appréhension des réalités concrètes par la sollicitation et la tenue d'entretiens au sein des établissements de santé. Dans cette perspective, neuf structures sur les seize que compte le département ont été sollicitées, pour autant d'entretiens. Ces derniers ont été réalisés sous une forme semi-directive avec comme support d'appui une grille d'entretien élaborée au préalable⁹. En concertation avec ma maître de stage, il a été décidé de prioriser des rencontres avec les responsables hospitaliers de la gestion de crise opérant au sein des établissements de première ligne. Les autres structures ont été sélectionnées en fonction de leurs spécialités et de leur répartition géographique pour une représentativité la plus large possible. Ainsi, onze interlocuteurs ont été entretenus (en raison de contacts avec des binômes au sein de deux établissements). S'agissant de la fonction de ces derniers, il s'agit pour trois d'entre eux de directeurs, d'un directeur adjoint chargé des affaires générales, de la communication et de l'hospitalisation, de deux directeurs des soins, de trois responsables qualité et gestion des risques, d'un cadre supérieur de santé hygiéniste et d'un médecin urgentiste.

Les enseignements tirés des crises passées ont donné lieu à la structuration d'un cadre juridique destiné à optimiser leur résolution (1). En Lot-et-Garonne, les établissements de santé sont confrontés à des difficultés dans leur préparation à la prise en charge de phénomènes critiques (2). Il convient à ce titre de formuler des axes de travail et des préconisations destinées à leur permettre de répondre à cette exigence de santé publique qu'est la gestion des crises sanitaires (3).

⁹ Annexe I

1 Du concept de gestion de crise à la constitution d'un cadre juridique pour une réponse opérationnelle adaptée

Le concept de crise définit en règle générale des situations de troubles et de tensions (1.1). Des risques, identifiables ou non, sont à l'origine des crises (1.2). La succession d'évènements plus ou moins graves, notamment dans le domaine sanitaire, a conduit, en France, à l'élaboration de toute une réglementation destinée à se prémunir des crises ou, tout du moins, à tenter d'en contenir les effets en développant une politique de gestion de crise (1.3). A ce titre, une organisation territoriale fondée sur différents niveaux a été mise en place (1.4). A l'échelon local, les établissements de santé, acteurs opérationnels de la gestion de crise, disposent du « plan blanc » comme outil de préparation et de gestion de crise (1.5).

1.1 La notion de crise

La notion de crise recouvre un ensemble de significations se traduisant cependant toujours par un déséquilibre important (1.1.1). L'apparition de nouveaux risques est à l'origine d'un élargissement de la définition des crises (1.1.2).

1.1.1 La crise : un concept polysémique

Étymologiquement, le mot crise associe les sens de « décision » et « jugement ». En grec, « Κρίσις », la crise, est une décision, entre deux choix possibles. Une crise supposerait donc une prise de décision, une action pour en sortir. C'est une situation insolite caractérisée par son instabilité, qui oblige à adopter une gouvernance spécifique pour revenir au mode usuel de vie. Par gestion de crise, on entend ce mode de gouvernance. La notion de crise, a ensuite, par extension, défini la phase décisive d'une maladie (individuelle ou épidémique). Puis, hors du champ médical, le terme « crise » s'est étendu à l'idée de troubles, de situations de déséquilibre profond, puis de désordre graves de quelque nature que ce soit : sociaux, politique, géopolitique, climatique... Le terme de crise économique pour qualifier la situation de récession qui caractérise la période actuelle est d'ailleurs couramment utilisé.

La notion de crise est donc d'utilisation large, touchant différents champs. On peut avancer qu'il est unanimement reconnu que le concept désigne un déséquilibre profond à un moment donné impliquant la nécessité de prendre rapidement la décision adéquate. Selon Jean-Marie Fessler¹⁰ « *la crise est une situation qui menace les priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress et des résistances profondes* ». C'est un évènement inattendu ou non contrôlé généralement médiatisé, mais avant tout un phénomène social. Il ne faut donc pas éluder la notion de surprise qui constitue un élément majeur à prendre en compte. La crise vient en effet impacter le fonctionnement traditionnel de l'institution, de

¹⁰ FESSLER J.M., « *La gestion de crise* », Gestions hospitalières, n°439, octobre 2004, p. 620

l'établissement de santé pour se cantonner au champ sanitaire, car souvent il ne s'agit pas de quelque chose d'attendu ou de programmé ni même parfois d'une situation pouvant être anticipée quand bien même la structure a mis en place des dispositions pour se préparer.

On retrouve irrémédiablement, selon Patrick Lagadec¹¹, trois éléments qui peuvent se conjuguer entre eux dans le concept de crise : c'est un évènement exceptionnel, un évènement qui dépasse nos capacités d'action et qui provoque une perte de repères. La déstabilisation engendrée émane selon lui de trois vecteurs : la crise suscite une somme de difficultés qui tend à déborder les capacités de réplique, c'est le déferlement. De même, la crise menace le fonctionnement propre des systèmes impliqués : on ne sait plus qui fait quoi, avec qui, c'est le dérèglement. Enfin, la crise ébranle les références les plus essentielles d'un système, les choix collectifs fondamentaux des acteurs concernés, c'est ce qu'il nomme la divergence.

De la même manière, sont recouverts sous le concept différents types d'évènements à l'importance variable, aux conséquences différenciées : on parle ainsi d'incident mineur lorsque les victimes sont légèrement atteintes, les dégâts matériels peu importants. L'accident grave ou incident majeur concernera les situations où les victimes sont gravement atteintes, que des décès sont survenus, que les dégâts matériels sont importants et que les médias sont présents. Enfin, le concept d'évènement catastrophique, dans la graduation ainsi réalisée, est réservé aux situations avec un nombre important de victimes, de multiples décès, une destruction partielle ou totale d'un site et une campagne médiatique qui prend le relais.

1.1.2 De nouveaux risques pour une dimension élargie du concept de crise

Patrick Lagadec a également pu alerter sur le fait que les crises elles-mêmes ont muté ; induisant de nouveaux effets de surprise, et demandant une préparation accrue à la complexité, à l'accélération et même à l'impensable (ce qui semble un paradoxe : comment penser l'impensable ?). Ses arguments sont que nous avons individuellement et collectivement à faire face à la montée conjointe de phénomènes géoclimatiques, écologiques et épidémiologiques. Chacun des évènements météorologique, écologique, épidémiologique peut faire l'objet d'une gestion classique quand l'essentiel de l'information est connu, qu'on a le temps de se préparer et qu'il n'est pas trop difficile de faire face, grâce à des administrations, des techniciens et une population relativement bien préparés ou tout du moins qui ont fait l'objet d'une information efficiente, avec des moyens de communication opérationnels et des ressources énergétiques et alimentaires suffisantes et disponibles.

Avec la complexité du monde et l'évolution des connaissances, mais également grâce aux retours d'expérience, apparaissent de nouveaux types de crises, incluant celles générées ou potentiellement induites par de nouveaux risques, des risques extrêmes, des menaces

¹¹ GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., 2002, « Traité des nouveaux risques », Paris : Gallimard, 604 p

globales. Quelques points communs sont reconnus par les prospectivistes aux nouvelles crises. Ce sont l'incertitude, la réduction des distances, la soudaineté, le nombre de personnes potentiellement touchées (de manière directe ou collatérale), une augmentation de la gravité potentielle des phénomènes et souvent des causes et conséquences écologiques à la fois locales et globales.

Si les crises ont muté, c'est avant tout parce que les risques qui conduisent potentiellement à ce type de situation ont évolué. Les risques ou menaces sanitaires que la population est susceptible de rencontrer ont changé. Les origines des crises ayant des implications sanitaires sont de différents ordres : elles peuvent être naturelles, liées à des phénomènes naturels (inondations, fréquence accrue des tempêtes pour le territoire du Lot-et-Garonne, séismes...) ; technologiques résultant de défaillances de techniques élaborées par l'Homme (exemple de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse) ; liées aux transports de toutes natures et enfin sociopolitiques c'est-à-dire corrélées à notre organisation sociale ou politique à l'intérieur desquelles prennent place les actes de terrorisme sous toutes leurs formes (bioterrorisme...).

Pour ce qui est de l'exemple des épidémies, au cours des trente dernières années, 35 nouvelles maladies infectieuses, dont 26 d'origine virale, ont émergé à travers le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : VIH, légionellose, prions, virus grippal H5N1 et H1N1, virus Ebola... Si certaines font cycliquement la Une des médias, agitant la menace, d'autres sont passées sous silence ou presque. Cette médiatisation peut d'ailleurs entraîner une importante distorsion entre menace et réalité. Pour preuve, l'épidémie du sida à laquelle nous sommes confrontés depuis 25 ans n'inquiète plus guère le public malgré les mutations imprévisibles du virus. Dans l'appréhension du risque et de la crise, le rôle des médias est important ces derniers pouvant minimiser ou a contrario amplifier des phénomènes ceci en déformant le lien avec la dangerosité potentielle.

Les virus grippaux ne sont peut-être pas les principaux (ou tout du moins les uniques) risques auxquels l'homme doit faire face aujourd'hui. En parallèle de l'apparition des virus H5N1 et H1N1 respectivement d'origine aviaire et porcine, trois autres épidémies au moins ont présenté des menaces importantes : le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), le chikungunya et la dengue. Tout peut arriver dans un monde où l'Homme, mobile, est le vecteur principal de l'épidémie. Pire encore, l'Homme pourrait bien être responsable des épidémies animales comme celle de la vache folle en nourrissant les ruminants avec des protéines animales contaminées.

En tout état de cause, de nouvelles maladies font leur apparition. Elles augmentent les peurs et les incertitudes faisant ainsi le lit de la crise sanitaire. Le concept de « maladies émergentes » a été formalisé pour la première fois aux Etats-Unis en 1989 pour désigner des affections caractérisées par : une période étendue de latence entre la contamination et l'expression clinique ; une absence de tests précliniques ; une incertitude pesant sur la masse potentielle de population victime.

L'intensification des échanges et le développement de la libre circulation des personnes et des biens a également contribué à accroître les risques. Le contrôle des produits est rendu difficile par la diversité des matières et la multiplicité de lieux de production ne respectant pas les mêmes règles d'hygiène. Dépassant le cadre du territoire national et communautaire, les éléments pathogènes se diffusent et peuvent donner à la crise une dimension internationale.

1.2 Du risque à la crise

Les crises, quelles qu'elles soient, impactent quasi-systématiquement le champ sanitaire. La crise sanitaire est une notion consacrée (1.2.1). Elle peut certes avoir toutes sortes d'origine extérieure mais l'hôpital en génère lui-même parfois (1.2.2).

1.2.1 Le concept de crise sanitaire

« *La crise sanitaire est une menace pour la santé de la population conjuguée à un risque de déstabilisation des pouvoirs publics chargés de la sécurité sanitaire* »¹². Classiquement, la crise est un accident auquel s'ajoutent une déstabilisation et une médiatisation. Il y a toujours eu des crises et des crises sanitaires, mais les interdépendances et interactions contemporaines en multiplient les effets. Une étude d'opinion réalisée par l'Observatoire des risques sanitaires renseigne sur les crises qui ont marqué la population. Cette analyse met en exergue le fait que la mémoire des crises est conditionnée par leur portée médiatique. Chacun attend une information claire et complète. A ce titre, les actions gouvernementales sur les différents risques sanitaires sont appréciées et reçoivent un écho plutôt positif à l'instar de la campagne d'information sur la grippe A H1N1. Est attendu de la part des dirigeants qu'ils soient en mesure d'éviter les crises ou de les assumer.

Cette notion est en tout état de cause équivoque et évolutive. Son sens évolue au fil du temps. Elle recouvre, en fait, deux aspects : d'une part, l'urgence et, d'autre part, le caractère inédit du risque sous-jacent. Les crises sanitaires combinent plus ou moins ces deux critères. Cependant, elles se caractérisent toutes par la forte sensibilité de l'opinion publique dans la mesure où elles génèrent souvent un nombre important de victimes et où elle sont médiatiquement très relayées.

La crise à l'hôpital est par essence de nature sanitaire, c'est « *une situation extrême du fait de son intensité ou de sa nature. Elle peut venir de l'extérieur (catastrophe naturelle, accidents, crise sanitaire de type pandémie de grippe...) ou naître au sein de l'établissement (accidents matériels, épidémies internes...)* »¹³.

¹² FESSLER JM, « *L'hôpital face à la crise* », Techniques hospitalières, mars-avril 2008, p.9

¹³ DE TIESENHAUSEN H., 2009, Guide pour l'élaboration du dispositif de crise à l'hôpital, Rennes : Presses de l'EHESP, p.9

1.2.2 Des catastrophes extérieures mais aussi des dysfonctionnements internes aux établissements de santé, qui génèrent des crises

La crise générée ou la crise active est déclenchée à l'hôpital et par l'hôpital. C'est un élément à ne pas négliger dans l'identification de la typologie des crises. Elle implique directement l'établissement parce qu'il est, seul et lui-même, à l'origine de l'événement en son lieu, en sa nature et en sa gestion. De nombreux risques peuvent se transformer en crises majeures : crises sanitaires, techniques et environnementales. Toutes les crises générées par l'hôpital ne sont pas médiatisées. Mais l'opinion publique garde en mémoire les drames directement liés aux soins et dont la presse s'est fait l'écho. La maltraitance et l'euthanasie, subie ou voulue, ont fait l'objet d'une couverture particulièrement dense, procès de Christine Malèvre en tête suivi par l'affaire Vincent Humbert. La fugue ou le décès des patients, l'agression, le traitement judiciaire des plaintes, (enquête, condamnation et montant des indemnisations) sont assidûment suivis par la presse. Ces événements déstabilisent l'ensemble de la structure. Mais les soins ne sont pas seuls à l'origine d'une crise. L'incendie dans un hôpital entraînant la mort de patients est aussitôt repris par les médias ; les pannes ou les défaillances techniques et leurs séquelles sur la santé des patients se retrouvent aussi à la une des scandales sanitaires. Les établissements de santé, outre le fait qu'ils sont en première ligne dans la prise en charge des victimes générées par une crise sont donc également eux-mêmes parfois producteurs de crises sanitaires provoquées par des dysfonctionnements internes.

L'activité humaine, et à fortiori l'activité hospitalière, génère en effet de nouveaux risques. A titre d'exemple, une part certes infime des patients hospitalisés contracte une infection nosocomiale. Ces infections, causées par l'insuffisant respect des règles d'hygiène, sont à l'origine de crises lorsqu'elles se doublent d'un retard de l'administration dans la prise en compte du phénomène.

L'établissement de santé est donc évidemment aujourd'hui la voie de recours dans la gestion des crises sanitaires puisque c'est le réceptacle des victimes mais il peut également générer des crises, certes d'importance moindre notamment en termes de victimes, en son sein. Les exemples des patients irradiés à l'hôpital d'Epinal entre mai 2004 et août 2005 ou l'épidémie récurrente de légionellose à l'hôpital européen Georges Pompidou survenue à partir de 2001 en attestent.

1.3 Une réglementation tirant son origine d'une succession de crises

Face à la nécessité d'offrir un cadre juridique à la gestion de crise, le législateur s'est progressivement saisi de la question (1.3.1). Un important travail de planification impliquant les domaines de la santé et de la défense a été réalisé en ce sens (1.3.2).

1.3.1 L'évolution législative et réglementaire

Ces dernières années, différents événements (attentats terroristes, accidents collectifs, catastrophes naturelles, canicule de l'été 2003...), ont fait prendre conscience de la nécessité de considérer la prise en charge médicale des victimes ou des patients comme

un problème de santé publique à part entière. Pour faire face à ces nouveaux risques et en particulier au risque de pandémie grippale, l'Etat a renforcé son dispositif réglementaire en vue d'aider les établissements de santé dans leur préparation à la gestion d'une situation de crise. Ainsi, depuis 2004, plusieurs textes officiels et guide de préparation ont vu le jour. La démarche planificatrice a été accélérée et renforcée.

L'organisation du système hospitalier en temps de crise et pour la gestion de ces mêmes crises n'est pas une nouveauté. La réglementation relative à cette gestion et à l'accueil d'afflux de victimes a évolué au fil du temps. Un décret du 14 janvier 1974¹⁴ prévoyait dans l'hypothèse d'un afflux de victimes l'élaboration d'un plan d'accueil conjointement par le directeur de l'hôpital et le praticien responsable des urgences. Une circulaire de 1987¹⁵ détaillait les principaux aspects que les plans d'organisation pour l'afflux des victimes devaient aborder. Le plan d'accueil devait tendre, d'une part, à assurer le fonctionnement des services, par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles, ceci en adéquation avec les besoins et d'autre part à éviter la désorganisation de la structure. Elle précisait ainsi que les établissements de santé devaient être en mesure d'assurer leur mission même dans les situations exceptionnelles. La responsabilité de ce plan, mis en place pour faire face autant à un afflux de blessés qu'à toute menace compromettant le fonctionnement normal, incombait déjà au directeur d'établissement concerné. Il devait être établi en fonction du rôle que l'établissement serait en mesure d'assurer dans une situation d'exception eu égard au potentiel dont il dispose. C'est pourquoi un schéma départemental (plan blanc élargi dans sa dénomination actuelle) devait préciser le rôle de chacun des établissements concernés.

La circulaire du 3 mai 2002¹⁶ est venue requalifier ce plan d'accueil pour l'accueil d'un grand nombre de victimes qui devient donc le plan blanc. Ce dernier est accompagné d'une annexe spécifique pour les risques NRBC. Cette même circulaire met également en place un schéma départemental des plans d'accueil hospitaliers qui définit le rôle et la place de chaque établissement de santé du département dans une situation exceptionnelle pouvant conduire à accueillir et à traiter un nombre important de victimes. Ce schéma a dû prendre en compte, au-delà des établissements de santé sièges d'un service d'accueil d'urgence, les autres établissements tant publics que privés susceptibles d'apporter une contribution dans le contexte évoqué. L'implication et la mobilisation de tous les établissements œuvrant dans le champ sanitaire a été voulue.

Ces plans ont reçu une consécration législative par le biais de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Depuis cette date, tous les établissements de santé publics, participant au service public hospitalier (PSPH) et privés doivent obligatoirement disposer d'un plan blanc adapté à la gestion des risques liés à l'environnement spécifique de la structure, incluant la gestion des risques NRBC. Cette loi a prévu également la mise en place au sein de chaque région d'un Plan Régional de

¹⁴ Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux

¹⁵ Circulaire DGS/3E/n° 1471/DH/9C du 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital

¹⁶ Circulaire n°DHOS/HFD/2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

Santé Publique (PRSP) qui comporte un Plan d'action relatif à l'Alerte et à la Gestion des situations d'Urgence Sanitaire (PAGUS) afin de mieux répondre aux menaces sanitaires.

A travers la loi du 9 août 2004 (appuyée par la loi du 13 août 2004¹⁷ qui s'inscrit dans le cadre d'une démarche de protection globale des populations de la prévention de la crise au retour à la vie normale post-crise en passant par l'organisation des secours), le gouvernement a prévu et/ou renforcé les structures spécifiques d'intervention et s'est penché sur la nécessité de prise en charge en amont de la gestion des problèmes sanitaires. Sa démarche de planification s'inscrit dans ce cadre.

1.3.2 Les plans comme outils de réponse à la crise

Ces plans sont élaborés dans la perspective de la mise en œuvre des moyens nécessaires pour faire face aux catastrophes de toute nature. Ils sont multiples et peuvent se superposer selon la nature et l'ampleur du risque :

A) Les plans de secours

Les Plans d'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (plans ORSEC), créés en 1952, sont depuis la loi de modernisation de la sécurité civile un dispositif permettant, par l'association de divers services, d'organiser les actions et les moyens destinés à faire face à la survenue d'un événement de grande ampleur pour assurer la protection de la population. L'activation du dispositif ORSEC en cas de catastrophe a pour conséquence l'organisation et la mise en œuvre des secours à travers les moyens publics et privés préalablement recensés avec un pilotage directement par le préfet fonction de la nature et de l'ampleur de l'évènement.

B) Les plans d'urgence spécifiques :

Le plan rouge : il établit le dispositif d'acheminement pré-hospitalier dans l'hypothèse de nombreuses victimes. Il est défini sous l'autorité du préfet et prévoit l'organisation des opérations de secours et le rôle des intervenants : Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)... sur le terrain.

Les plans particuliers d'intervention (PPI) : ils concernent les situations où les lieux et les risques sont connus à l'avance comme par exemple les implantations industrielles de type Seveso ou les installations nucléaires.

Les plans de secours spécialisés (PSS) : ils sont établis à la demande du préfet pour les risques technologiques ne correspondant pas aux critères d'un PPI ou spécifiques à un département, sous l'égide du Service Interministériel de Défense et de Protection Civile (SIDPC).

¹⁷ Loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile

C) Les plans gouvernementaux :

Il s'agit ici de plans spécifiquement établis dans le cadre de menaces terroristes. Ils peuvent être déclenchés par le Premier Ministre en cas d'acte terroriste suspecté ou avéré (circulaires du 26 avril 2002¹⁸ et du 23 avril 2003¹⁹ relatives respectivement aux matières chimiques et aux matières radioactives). Parmi ces plans, Vigipirate est un plan de vigilance, de prévention et de protection généraliste ; PIRATOX, BIOTOX, PIRATOME, PIRATAIR, PIRATE-EXT... sont des plans gouvernementaux d'interventions spécialisés par grand type de menace.

D) Les plans sanitaires spécifiques :

Ils sont élaborés pour répondre à une menace particulière telle le SRAS, la canicule ou la pandémie grippale.

Le plan canicule : il définit les actions préventives à engager pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule. Il est décliné en trois niveaux d'alerte : la veille saisonnière, le Niveau de Mise en Garde et d'Action (MIGA) déclenché par les préfets de département sur la base de l'évaluation des risques météorologiques et sanitaires réalisés par l'InVS avec la collaboration de Météo France, et enfin un niveau de mobilisation maximale. C'est dans le cadre de ce plan national que s'inscrit l'obligation d'élaboration de plans bleus au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le plan pandémie grippale : il est issu de la circulaire du 20 février 2009 qui abroge et remplace le plan national pandémie grippale datant de 2007 ; il s'agit là de la quatrième mouture. Ce plan se veut être un outil évolutif, opérationnel et intersectoriel. Il mobilise les acteurs et établissements de santé. Ces derniers sont notamment tenus de mettre en place deux organisations spécifiques pour gérer un tel évènement : un contrôle d'accès sanitaire à leur entrée et une identification d'une zone dite à haute densité virale pour prendre en charge les patients grippés et d'une zone à basse densité virale pour la prise en charge de tous les autres patients.

Les plans blancs et plans blancs élargis sont également des plans sanitaires spécifiques²⁰.

1.4 Une organisation territoriale stratifiée de la gestion de crise

La politique de gestion des crises sanitaires est articulée en France autour de cinq niveaux hiérarchisés : l'échelon national (1.4.1), le niveau interrégional : la zone (1.4.2), le niveau régional récemment introduit avec la perspective des ARS avec en préparation un texte précisant les modalités de collaboration entre préfets et ARS (1.4.3), le départemental, également en mutation (1.4.4) et l'échelon local (1.4.5).

¹⁸ Circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002 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

¹⁹ Circulaire n°800/SGDN/PSE/PPS du 23 avril 2003 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives

²⁰ Cf 1.5 p.22

1.4.1 Le niveau national

La gestion des risques exceptionnels, et notamment des risques NRBC constitue un sujet interministériel coordonné par les services du Premier ministre. C'est à cet échelon que sont élaborés les différents plans gouvernementaux (Vigipirate, Piratox, Biotox,...) sachant que c'est le Premier ministre qui a le pouvoir de les déclencher.

En outre, chaque ministère est doté d'un service supervisé par un Haut-Fonctionnaire de Défense (HFD) qui est le conseiller du ministre pour toutes les questions relatives aux mesures de défense qui lui incombent en application du décret²¹ du 19 février 2007. Animant et coordonnant la préparation de ces mesures et contrôlant leur exécution, il assure et organise en gestion de crise la continuité de l'action gouvernementale en situation dégradée, le traitement et l'exploitation des données du Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises (COGIC), le suivi des évolutions en cas de crise, la contribution à certains besoins sanitaires et sociaux et l'animation d'un plateau technique au sein du COM Ségur (cellule de lutte contre le terrorisme NRBC).

A) Le Ministère de la Santé et des Sports

C'est le ministère chargé de la Santé qui conserve cependant la main d'une certaine manière. Il peut être informé soit au niveau national, soit à l'échelon de l'un de ses services déconcentrés. Il assure alors à l'aide de ses directions et services, l'échange d'informations et la synchronisation entre les différents ministères concernés, la coordination entre les services déconcentrés, la prise de mesures prioritaires de substitution et l'attribution de moyens exceptionnels.

Ce sont la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), au sein du ministère de la Santé qui sont les plus concernées, même si elles ne sont pas les seules, par le processus de maîtrise des crises visant à lever la menace, le danger ou le sinistre qui pèse sur un ou des établissements de santé.

B) Le rôle de la DGS et de la DHOS

La DHOS est chargée notamment de s'assurer de la qualité, de la continuité, de la sécurité du système de soins, dont elle veille à garantir l'égal accès à tous ainsi que le respect des droits des usagers. Les sous-directions de l'organisation du système de soins, et de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé sont particulièrement impliquées en cas de crise exceptionnelle en apportant une assistance technique et de conseil. Selon la nature du risque potentiel ou de la crise, la DHOS assure sa mission en coordination avec la DGS.

Cette dernière héberge en son sein le Département des Situations d'Urgences Sanitaires (DÉSUS), incorporant la cellule gestion des risques de la DHOS. Il est chargé de proposer une politique de santé publique et d'assurer la qualité du système et en particulier la

²¹ Décret n°2007-207 du 19 février 2007 relatif aux attributions des hauts fonctionnaires de défense et de sécurité

gestion et la coordination des actions dans le domaine de la gestion des risques. Il assure la gestion des alertes sanitaires au niveau national.

C) L'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN)

L'ASN a quant à elle pour mission d'organiser une veille permanente en matière de radioprotection sur le territoire national ; elle en assure le contrôle et le respect des règles (loi du 13 juin 2006²²) et est associée à la gestion des situations d'urgence.

D) L'Institut national de Veille Sanitaire

L'InVS est un établissement public créé par la loi du 1^{er} juillet 1998²³ et placé sous l'autorité du ministère de la santé, il contribue de manière mineure à la gestion des situations de crise sanitaire. Ses attributions principales concernent la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population, la veille et la vigilance sanitaires et l'alerte sanitaire. Son rôle se situe donc davantage en amont dans l'anticipation et non dans la gestion des crises.

E) L'EPRUS et le corps de réserve sanitaire

Enfin, la loi du 5 mars 2007²⁴ a créé plusieurs dispositions novatrices parmi lesquelles la création d'un corps de réserve sanitaire et l'institution d'un établissement public de l'Etat à caractère administratif et, placé sous la tutelle de du ministre chargé de la Santé et ayant pour mission la prévention et la gestion des risques sanitaires exceptionnels : l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS). Le corps de réserve est constitué de professionnels et d'anciens professionnels de santé ayant cessé leur activité depuis moins de trois ans.

La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort en vue de permettre une montée en puissance du dispositif si la situation sur le terrain venait à le réclamer. Ce sont les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Civile qui peuvent conjointement faire appel à la réserve et c'est, en premier lieu, le représentant de l'Etat dans le département qui se voit confier la compétence d'affectation des réservistes ainsi mobilisés.

L'EPRUS s'est vu quant à lui confier plusieurs missions. Au premier chef, il est chargé d'assurer la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire. A ce titre, il diffuse des informations à destination des professionnels et du public sur la réserve sanitaire, il met en place les formations nécessaires et l'organisation appropriée pour maintenir en permanence la capacité opérationnelle de celle-ci, fournit aux pouvoirs publics l'expertise logistique nécessaire à la préparation et à la mise en œuvre des plans de réponse aux menaces sanitaires, propose l'affectation des réservistes aux autorités compétentes. Ses missions ne se limitent cependant pas à la réserve sanitaire, il peut financer des actions

²² Loi n°2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire

²³ Loi n°98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

²⁴ Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

de prévention des risques sanitaires. A la demande du ministre chargé de la Santé, il acquiert, fabrique, importe, distribue, exporte des produits et services nécessaires à la protection face aux menaces sanitaires graves. En outre, il peut mener les mêmes actions pour des médicaments ou dispositifs médicaux répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques non couverts par ailleurs.

1.4.2 Le niveau zonal

La zone de défense est une circonscription suprarégionale destinée à faciliter la gestion, par les autorités déconcentrées de l'Etat, d'une situation de crise dont l'importance nécessite la mise en œuvre de moyens dépassant la circonscription départementale. Au sein des sept zones de défense sur le territoire métropolitain (il en existe trois Outre-Mer), on retrouve un pôle gestion des crises et organisation logistique avec à sa tête un Conseiller de Défense et de Sécurité de Zone (CDSZ) ainsi qu'un pôle sanitaire dirigé par un Conseiller Sanitaire de Zone.

Au sein de chaque zone de défense, l'Etat est représenté par un préfet de zone qui est le préfet de département situé dans le chef-lieu de la zone (le cas de Paris diffère : c'est le préfet de police qui assure cette fonction). Celui-ci assure la coordination avec les autorités militaires des mesures de défenses civiles et militaires ainsi que la cohérence des plans de protection avec les plans militaires de défense.

Le SAMU zonal, en lien avec le délégué de zone, participe à la réponse, à l'échelon suprarégional, aux risques exceptionnels. Par ailleurs, il contribue au plan de formation national au niveau zonal (s'agissant des risques NRBC par exemple). En cas de crise, le SAMU zonal sert d'appui au délégué de zone afin de recenser les moyens disponibles et de mettre en place un programme d'action prévisionnel. Il assure enfin la remontée d'information des niveaux déconcentrés vers les services de l'administration centrale.

Dans chaque zone de défense sont en outre désignés un ou plusieurs établissements de santé de référence en capacité de gérer une situation sanitaire exceptionnelle. L'établissement de santé de référence est chargé de coordonner et de mettre en application le suivi et l'évaluation des directives de l'administration centrale tout en apportant une assistance technique au délégué de zone. Il assure un rôle de conseil, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique ainsi que de formation des personnels aux risques NRBC.

1.4.3 Le niveau régional

Ce niveau, dans l'organisation DDASS/DRASS, était un niveau de recours, d'appui et d'expertise, voire de coordination ou de pilotage de la gestion de la crise selon la nature et la gravité de l'évènement. Il ne s'agissait pas jusqu'il y a peu à proprement parler d'un niveau de gestion de crise. Le niveau régional était représenté par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), les (ARH) et les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), échelon décentralisé de l'Institut de Veille sanitaire (InVS).

Le Directeur de la DRASS, quand il était délégué de zone, assurait le lien entre la DDASS et la zone de défense.

S'agissant des divisions de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DSNR) des directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE), elles font partie du réseau régional de l'ASN.

A l'heure actuelle, il s'agit donc encore principalement d'un niveau d'appui et d'analyse mais la perspective de la mise en place des ARS en application de la loi du 21 juillet 2009 rend prégnante la question du rôle de ces dernières en matière de gestion de crise et interroge sur le partage des compétences en la matière entre le préfet et l'ARS (un texte est en préparation).

1.4.4 Le niveau départemental

L'échelon départemental recouvre le champ de l'anticipation (élaboration des différents plans) et de la gestion de la crise (déclenchement des plans, mise en place des cellules de crise et de veille, mobilisation des moyens, communication).

A) Le préfet

Le préfet de département prépare les plans ORSEC et coordonne les moyens de secours publics dans le département. Il a toutes prérogatives pour mobiliser les moyens de secours relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics en cas d'accident sinistre ou catastrophe (loi du 13 août 2004). Il peut également, si nécessaire, en situation de crise, activer le Centre Opérationnel de Défense (COD), cellule opérationnelle préfectorale regroupant sur un même site l'ensemble des acteurs du département impliqués.

En outre, au niveau départemental, qui est l'échelon pertinent en matière d'analyse et de connaissance des risques, est élaboré par le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) le Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR), sous l'autorité du préfet, qui est responsable de la gestion de crise lorsqu'elle dépasse le cadre de la commune. C'est un schéma directeur qui a vocation à être un outil de pilotage, avec une visée prospective, qui répertorie les risques et fixe des objectifs de couverture.

Ce niveau sert également de cadre à l'élaboration du plan blanc élargi. Ce dernier est arrêté par le préfet de département après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins. Il recense les moyens et ressources et prévoit la planification de la coordination des moyens. Son élaboration et son suivi sont confiés au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales avec l'appui technique du SAMU. Sont notamment classés au sein de ce plan blanc élargi les différents établissements de santé du département en fonction notamment des moyens dont ils disposent pour gérer la survenue éventuelle d'une crise avec définition par exemple d'établissements de santé de référence.

Enfin, le préfet peut, sur la base du recensement au niveau départemental, procéder aux réquisitions de tous biens et services notamment en direction des professionnels de santé, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux si l'afflux de victimes ou la situation sanitaire le justifie (Décret du 30 décembre 2005).

B) La DDASS

Elle avait également un rôle important en matière de gestion de crise. Sa fonction était principalement opérationnelle ; agissant sous l'autorité du préfet de département. Elle déclenchait, en cas de crise, la mise en place d'une cellule d'appui qui est le prolongement de la cellule de prévention et de gestion des risques. Son rôle était de proposer au préfet, en liaison avec le COD, des actions et des mesures en vue de la résolution de la crise et de participer à leur mise en œuvre. C'était également l'interlocuteur privilégié des établissements de santé, ayant de manière générale fortement impulsé la dynamique de réalisation des plans dans les hôpitaux lorsque ces derniers ont été rendus obligatoires par la loi du 9 août 2004. La DDASS avait une place privilégiée auprès des acteurs de terrain. Sa mission ne se situait pas uniquement en amont, la DDASS assurait un suivi régulier de l'organisation de la gestion de crise à son niveau : le département.

A l'instar de la région, l'interrogation réside aujourd'hui dans le rôle joué par l'échelon départemental et plus particulièrement les Délégations Départementales de l'ARS (et par les IASS en leur sein) dans l'organisation qui se met en place.

1.4.5 Les établissements de santé, acteurs opérationnels au niveau local

A l'échelon local, l'obligation de se doter d'un dispositif de gestion de crise destiné à gérer des situations critiques concerne non seulement les établissements de santé publics et privés qui sont dans l'obligation de produire un plan blanc mais également les établissements sociaux et médico-sociaux qui doivent élaborer un équivalent au plan blanc : le plan bleu. A noter que certaines structures sont doublement concernées et doivent produire les deux documents lorsqu'elles abritent concomitamment un établissement de santé et un pavillon médico-social (exemple d'un hôpital local auquel serait annexé un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes EHPAD), exemple loin d'être inhabituel notamment en zones rurales.

L'objectif à ce niveau est de se prémunir d'un dispositif de crise mobilisant immédiatement les moyens de toute nature dont l'établissement dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. En ce sens, le plan blanc est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement : le conseil d'administration (CA) sur proposition de son directeur ou de son responsable, après avis des instances consultatives à savoir la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), il doit tenir compte des actions mises en place sur le terrain par les équipes médicales de la même manière qu'il doit permettre d'assurer le fonctionnement

des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins.

1.5 Le « plan blanc » : outil de préparation à la gestion de crise

Le plan blanc est un document formalisant l'état de préparation des établissements de santé. Il a été rendu obligatoire pour ces derniers par la loi du 9 août 2004 (1.5.1). Pouvant être sollicitée par le préfet, sa mise en œuvre est l'apanage du directeur (1.5.2) qui est également amené à le conduire et à prononcer sa levée (1.5.3). Le plan blanc élargi est quant à lui une construction préfectorale visant à harmoniser tout le dispositif de gestion de crise par les établissements de santé au niveau du département (1.5.4).

1.5.1 Eléments de définition et cadre juridique

C'est là l'outil de gestion de crise, interne aux établissements de santé. Il décrit l'organisation prévue en cas de situations exceptionnelles. Comprenant une base commune à toutes les situations de crise, il est suivi d'annexes : canicule, inondation, risques NRBC, pandémie grippale... L'objectif de ce plan est non seulement de préparer l'hôpital à un afflux massif de patients mais également à un confinement voire une éventuelle évacuation en gardant à l'esprit la volonté de perturber au minimum l'activité normale c'est-à-dire en assurant la continuité des soins habituellement dispensés.

La loi du 9 août 2004 l'a rendu obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Le texte précise que « chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc » d'établissement (...) en cas d'afflux de patients ou de victimes, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ». Le décret d'application du 30 décembre 2005 en définit les modalités. Depuis l'instauration du Plan canicule le 5 mai 2004, le plan blanc ne concerne plus seulement les événements catastrophiques mais également les désastres sanitaires : « *la logique des plans blancs s'inscrit désormais dans la prise en charge d'un afflux de victimes non plus seulement lié à des catastrophes* ». Cet élargissement de la notion de plan blanc est également entériné par la loi du 9 août 2004 précitée qui reprend l'idée de l'afflux massif. Le plan blanc est donc pertinent en matière de gestion des crises sanitaires dans leur acception large.

En tout état de cause, l'objectif premier du plan blanc est d'anticiper les organisations nécessaires pour faire face à une situation exceptionnelle pour l'établissement, de décliner ces organisations par fiches opérationnelles par fonction, et de préparer l'ensemble des personnels pour que chaque acteur de l'hôpital puisse anticiper le rôle qui pourrait être le sien (par des actions d'information, de formation, d'entraînement). La circulaire DHOS du 14 septembre 2006 précise que « *tout établissement de santé peut être mis en situation de recevoir spontanément des victimes qui n'auraient pas été préalablement régulées* », s'appuyant sur « *les enseignements des événements passés* ».

En élaborant un plan blanc, il s'agit pour l'établissement de se préparer à accueillir en son sein une demande de soins ne correspondant ni en volume, ni en spécificité, à l'activité usuelle de l'hôpital. Pour une structure accueillant les urgences, c'est anticiper les organisations pour gérer un afflux. Pour un établissement n'étant pas siège d'urgences, cela correspond davantage au fait de se mettre en posture d'accueillir des victimes d'un évènement se situant dans la proximité avant même que les secours institutionnels (SMUR, SDIS) n'arrivent. Préparer un plan blanc pourrait au final s'apparenter à « se préparer à accueillir l'exceptionnel dans les locaux de tous les jours conformément à des organisations anticipées »²⁵.

1.5.2 Déclenchement et mise en œuvre

C'est le directeur d'établissement qui a la main s'agissant du déclenchement du plan blanc sachant cependant qu'il ne s'agit pas d'un monopole puisque le préfet peut prendre la main en la matière. Cette mise en œuvre est un acte réglementaire et est fondée sur un évènement catastrophique brutal ou une situation de crise consécutive au dépassement des mesures anticipées prises en dehors du cadre du plan blanc. Il est tenu d'en informer le préfet, le DDASS, le SAMU territorialement compétent et le DARH. C'est également le directeur qui prononce sa levée.

Ce déclenchement doit tout à la fois prendre en compte la situation à gérer et les missions habituelles du site. C'est là une difficulté majeure car l'activité de crise va se combiner à l'activité traditionnelle de la structure lorsque le plan est déclenché. Cette mise en action du plan blanc peut en conséquence (pour arriver à absorber en partie le surplus d'activité) conduire tout à la fois à l'arrêt et au report de l'activité programmée et à la mise en œuvre de modalités de renforcement ou de rappel de personnel. Le déclenchement de ces mesures est donc loin d'être anodin et ces dernières ne doivent être engagées que si la situation le nécessite pour éviter notamment la sur-mobilisation.

1.5.3 L'organisation et la conduite du plan blanc

A l'instar de son déclenchement c'est le directeur qui en assure le pilotage. Celui-ci s'appuie sur une cellule de crise regroupant des professionnels représentant les différentes logiques institutionnelles présentes dans l'hôpital (médicale, soignante, administrative, technique...). Cette cellule est le véritable organe de commandement du plan blanc. Toutes les informations convergent en son sein, ou tout du moins doivent y converger, c'est le lieu où sont prises les décisions. La cellule de crise coordonne l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs, elle assure les liens nécessaires avec les autorités publiques et donc notamment avec le préfet et la DDASS.

Sont précisées dans le plan blanc les modalités d'information du personnel s'agissant de son déclenchement. De la même manière, y sont établies les conditions de maintien sur site ainsi que de rappel des personnels médicaux et non-médicaux. Par l'intermédiaire de plans de site et de plans de circulation annexés au plan blanc, les axes de circulation des

²⁵ CAMPHIN P., mars 2008, « Face à la crise : le plan blanc d'établissement », Cahiers Hospitaliers, n°243, p.11

patients et des véhicules sont prévus de la même manière que des aires de stationnement sont individualisées pour le personnel, les familles, les médias et les autorités.

Le plan blanc prévoit l'organisation de l'accueil des victimes notamment aux urgences pour ce qui est des structures en disposant (ce qui n'est pas le cas des hôpitaux locaux ou de certains établissements ayant une activité spécifique tels les hôpitaux psychiatriques). Ainsi des locaux sont dédiés à l'accueil des familles tandis que d'autres sont réservés à la communication avec les médias, tâche généralement gérée par le directeur d'établissement ou le responsable de la communication s'il existe.

Ce document de gestion de crise est assorti d'annexes NRBC de manière à anticiper un afflux de victimes potentiellement contaminées (irradiées ou vecteurs de virus à haute faculté de transmission par exemple). Dans cette perspective, les établissements doivent anticiper la gestion de leurs entrées en prévoyant une interdiction d'entrée ou un circuit d'entrée sécurisée avec une zone tampon afin d'éviter de mêler les victimes NRBC à la patientèle et au personnel du site. Il va de soi que les solutions que l'hôpital apporte à la situation de crise sont adaptées à sa taille, à ses missions et au rôle qui lui est dévolu dans l'organisation à l'échelle départementale dans le plan blanc élargi.

1.5.4 Le plan blanc élargi comme élément coordonnateur des plans blancs

Le plan blanc élargi, anciennement dénommé Schéma Départemental des Plans Blancs, a vocation à construire, au niveau départemental, une coordination de l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un évènement qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

Il permet donc la mobilisation - si nécessaire par réquisition - de toutes les structures sanitaires et médico-sociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par ce type d'évènement. C'est un schéma qui anticipe l'organisation du dispositif de soins face à un afflux de victimes et cela, quel que soit le scénario à l'origine de cet afflux. Pour ce faire, il détermine la place de chaque établissement dans une situation exceptionnelle eu égard à son potentiel, tout en s'inscrivant en cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), notamment pour les urgences et la réanimation, et le Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Le plan blanc élargi s'appuie sur des scénarios bâtis à partir de la connaissance des risques sur le département. Ces scénarios intègrent plusieurs variables : la nature de la crise, la contamination ou non de la population, le caractère contaminant ou non des victimes, la localisation et la cinétique prévisible de l'évènement.

A cette fin, le Code de la Santé Publique précise que le plan blanc élargi doit :

- procéder à une analyse combinée risques/territoire,
- préciser l'ensemble des moyens humains et matériels à la disposition du département pour faire face aux différents types de situations pouvant être rencontrées,

- préciser le rôle de chacun des acteurs, les modalités de leur mobilisation et les moyens de leur coordination.

Le Plan Blanc Elargi est, comme le prévoient les textes, arrêté par le Préfet et est soumis à l'avis du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS).

Etant conçu comme évolutif, il a vocation à être examiné annuellement et à faire l'objet d'une réactualisation régulière.

Les établissements de santé du Lot-et-Garonne ne font pas exception à la nécessaire préparation à la gestion de crise, notamment à travers le plan blanc. Toutefois, celle-ci est fluctuante, contrainte par différents paramètres.

2 Des difficultés pour les établissements de santé du Lot-et-Garonne dans la structuration d'une réponse adaptée en matière de gestion de crise

Le département du Lot-et-Garonne est un territoire marqué par une importante ruralité, avec une importance démographique relative, sur lequel cohabitent des établissements de santé avec des niveaux de spécialisation et des capacités d'accueil très différentes, dans un contexte géographique qui rend prégnante la nécessité pour les établissements de santé à gérer des situations de crise (2.1)

Les enjeux stratégiques de la gestion des crises pour les années à venir semblent être, au sein de ce département, les faibles niveaux de culture de crise et de sensibilisation du personnel hospitalier s'expliquant principalement par le caractère abstrait des risques et des menaces de crise pour nombre d'acteurs. La question fait cependant l'objet d'un regain d'intérêt, le contexte aidant, la prise de conscience de la nécessité d'anticiper le fonctionnement de l'hôpital en situation de crise reçoit un écho grandissant mais toutefois inégal auprès des équipes managériales (2.2).

Malgré tout, les plans blancs, qui traduisent, sur le papier, le degré d'implication des établissements en exposant les organisations en place, font l'objet d'une appropriation aléatoire (2.3). Leur rédaction est parfois vécue comme une obligation à laquelle sont tenues de s'acquitter les structures.

En tout état de cause, les établissements de santé du Lot-et-Garonne se trouvent confrontés à des difficultés prégnantes, souvent techniques, qui perturbent à la fois leur capacité à se préparer mais également leur capacité à répondre à la survenue d'une crise sanitaire (2.4)

2.1 Eléments de contexte et description du terrain d'étude

Le département du Lot-et-Garonne (2.1.1) est le siège de seize établissements de santé structurés en trois niveaux selon leurs capacités de réponse aux situations de crise sanitaire (2.1.2). Ces dernières peuvent être générées à l'intérieur même du département, le plan blanc élargi établi en avril 2007 par la préfecture du Lot-et-Garonne recense en effet différents risques (2.1.3).

2.1.1 Caractéristiques du Lot-et-Garonne

Le département du Lot-et-Garonne appartient à la zone de défense Sud-Ouest qui comprend elle-même quatre régions administratives (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes) et vingt départements. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux est le centre de référence. Le département, divisé en 319 communes pour une

superficie de 5361 km² comporte 322 283 habitants, établis pour la majorité en zones rurales, relativement âgés (39% des lot-et-garonnais ont plus de 60 ans²⁶).

Le Lot-et-Garonne, considéré comme territoire de santé de recours dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération est divisé en trois territoires intermédiaires de santé : Agen-Nérac, Villeneuve-Penne-Fumel, Marmande-Tonneins-Casteljaloux, eux-mêmes regroupant plusieurs territoires de proximité. Seize établissements de santé sont autorisés à fonctionner sur le territoire départemental, parmi lesquels neuf ont une activité de médecine et/ou chirurgie et/ou obstétrique (MCO). Parmi eux, quatre sont dotés d'une structure de médecine d'urgence et trois d'un SMUR (un sur chaque territoire intermédiaire). En termes de capacité d'accueil, de personnel médical et de spécialités, le Centre Hospitalier (CH) d'Agen se singularise des autres structures implantées sur le département. C'est en outre le siège départemental du SAMU.

2.1.2 Les établissements de santé du Lot-et-Garonne : des structures hétérogènes

A) Les établissements de première ligne

S'agissant des établissements de santé, le plan blanc élargi établi pour le Lot-et-Garonne en avril 2007 classe les seize sites en trois catégories, en fonction des personnels et des plateaux techniques. Tous les établissements disposant d'une structure d'urgence autorisée fonctionnant en continue sont dits de « première ligne ». Ils disposent de matériel de réanimation médicale et chirurgicale et d'activités du même type. Sont ainsi établissements de première ligne le Centre Hospitalier d'Agen (réparti sur trois sites : Hôpital Saint Esprit, Hôpital de Monbran, Centre de Gériatrie de Pompeyrie), le Centre Hospitalier Saint Cyr de Villeneuve-sur-Lot, le Centre Hospitalier Intercommunal Marmande-Tonneins et la Clinique Esquirol-Saint-Hilaire à Agen. Ces derniers sont engagés à recevoir les urgences absolues et relatives tout en accueillant, orientant ou prenant en charge les victimes se présentant spontanément. Ce sont les structures qui ont les plus grosses capacités d'accueil sur le département avec des offres de places comprises entre 335 et 527 lits. Les trois CH précités sont également sièges d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

B) Les établissements de recours

Identifiés en fonction de leur plateau technique et de leur spécialisation, ils auront à prendre en charge les patients se présentant spontanément ou ciblés après régulation par le SAMU en cas de saturation voire de destruction des établissements de première ligne. Devant avoir une capacité de réception de l'alerte et d'organisation interne mais également avoir défini les types et le nombre de patients pouvant être accueillis (en fonction des spécialisations), sont concernés la Clinique de Villeneuve-sur-Lot, les Cliniques Baillis (Polyclinique du Marmandais) et Magdelaine à Marmande qui ont une activité chirurgicale, le Centre Hospitalier de Nérac (pour des soins non-chirurgicaux) et le Centre Hospitalier de la Candélie en banlieue agenaïse (pour des soins d'ordre

²⁶ <http://www.lot-et-garonne.pref.gouv.fr/>

psychologique). Il s'agit ici de structures de moindre importance avec des capacités litières n'excédant pas 50 places à l'exception de l'établissement psychiatrique et de la Clinique de Villeneuve-sur-Lot.

C) Les établissements de repli

Ces structures d'importance plus modeste, sont susceptibles d'être sollicités pour permettre un dégagement des établissements de première ligne ou de recours. Ils sont destinés à la prise en charge de patients ne nécessitant plus de soins aigus. Ils ne participent pas directement à la prise en charge des victimes mais engagent leur capacité de mise à disposition de lits de court séjour ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Sont identifiés comme tels l'Hôpital local de Casteljaloux, l'Hôpital local Elisabeth Désarnauts de Fumel, l'Hôpital local de Penne d'Agenais, le Centre de repos et de convalescence Delestraint Fabien à Penne d'Agenais, la Maison de repos et de convalescence « La Paloumère » à Caubeyres et le Centre de rééducation fonctionnelle et Professionnelle « ADAPT » à Virazeil. Ces structures ont une activité de médecine extrêmement réduite au profit de lits en SSR pour les trois centres précités et combinent, s'agissant des hôpitaux locaux, une importante activité gériatrique en étant également sièges d'EHPAD.

Tous les établissements de santé du département ne sont donc pas concernés au même chef par la gestion de crise et notamment par l'afflux de victimes. Les établissements de repli ne sont pas en capacité technique de répondre à l'arrivée de victimes en leur sein.

2.1.3 Les risques identifiables à l'échelle du département

Dans la perspective de la gestion des crises, le plan blanc élargi recense également les différents risques auquel le territoire est soumis, s'appuyant sur le Dossier Départemental sur les Risques Majeurs (DDRM) établi par la préfecture en novembre 2006 et le SDACR²⁷ et reprenant également des données de la Direction Régionale de l'Industrie de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE), de Météo France et des mairies (données relatives à la mortalité auprès des services d'état-civil). Le document s'appuie aussi dans l'identification des risques sur le système régional de veille hospitalière (note de bas de page : mis en œuvre en 2004 en collaboration avec la CIRE et l'ARH, il analyse en routine différents indicateurs fournis par le SAMU et les urgences) et sur le système régional de surveillance de SOS médecins.

Toujours dans la perspective d'une anticipation pour une meilleure gestion des crises, le plan blanc élargi établi en Lot-et-Garonne identifie les risques inhérents au département susceptibles d'être à l'origine d'évènements qui auront notamment pour conséquence d'impacter l'activité hospitalière car atteignant la population en masse.

Au premier rang de ses risques sont identifiées ceux ayant une origine naturelle. Les inondations sont à ce titre le premier risque naturel du Lot-et-Garonne : 200 communes sont exposées regroupant une population d'environ 270 000 personnes. La mise en

²⁷ Sa dernière actualisation date de juillet 2006

danger des personnes survient lorsque les délais d'alerte et d'évacuation sont trop courts mêlant outre la possibilité de noyades, l'électrocution ou les blessures et traumatismes multiples. Ce risque est à lier à celui émanant des barrages de deux départements proches : Grandval (Cantal) et Sarran (Aveyron) susceptibles en cas de rupture de faire sortir de son lit la Garonne, qui traverse le département, avec un effet raz-de-marée. Sont également identifiés des risques relatifs aux glissements de terrains, impliquant 35 communes pour près de 100 000 lot-et-garonnais avec en l'espèce des conséquences traumatologiques proches de celles précitées. De même, sont mis en avant toujours à ce titre la potentialité de feu de forêts principalement pour le versant ouest du département prolongement des massifs landais. Enfin, l'ensemble du département est concerné par le risque de tempête. C'est en l'espèce une problématique de tout premier ordre : outre le fait que ce risque peut potentiellement générer des victimes, il impacte directement le fonctionnement de certains établissements de santé du département. Certains retours d'expériences ont déjà été réalisés en la matière, suite aux épisodes de tempête de décembre 1999 et plus récemment de janvier 2009.

Le Lot-et-Garonne est également exposé à des risques technologiques conséquents, notamment d'évènements accidentels se produisant sur un site industriel avec mise en jeu de produits et/ou de procédés dangereux pouvant entraîner des conséquences immédiates notamment sur les personnels et les riverains. Le département compte ainsi

six sites classés SEVESO II seuil haut²⁸ parmi lesquels des points de stockage de produits phytosanitaires, agro-pharmaceutiques ou de gaz. Ces sites exposés à l'incendie, à l'explosion et à l'émission de produits dangereux font l'objet de PPI²⁹. Des risques technologiques en lien avec les transports sont, de la même manière identifiés : 71 communes sont impactées par le transport de gaz naturel, 132 par le transport de matières dangereuses par routes, le transport SNCF de matières dangereuses concerne 29 communes, enfin, la présence de l'aéroport d'Agen-La Garenne est en elle-même un risque dans l'hypothèse d'un crash aérien. Les risques NRBC sont également présents en Lot-et-Garonne pour ce qui est du risque chimique et surtout pour ce qui est du risque nucléaire avec la présence de la centrale nucléaire de production électrique de Golfech, à proximité immédiate dans le département voisin du Tarn-et-Garonne

2.2 Une acculturation croissante mais encore insuffisante au concept de gestion de crise

Tous les établissements de santé du Lot-et-Garonne n'ont pas pris au même degré la mesure de se préparer à la gestion de situations pouvant impacter leur fonctionnement (2.2.1). La formation interne des cadres et des personnels à cette thématique reste lacunaire (2.2.2).

²⁸ Sont classés sites SEVESO II les établissements potentiellement dangereux au travers d'une liste d'activités et de substances associées à des seuils de classement. Les entreprises mettant en œuvre les plus grandes quantités de substances dangereuses, dites "SEVESO II seuils hauts", font l'objet d'une attention particulière de la part de l'Etat

²⁹ Op. cit. p.14

2.2.1 La prise en compte aléatoire d'une nécessité de préparation à la gestion de crises

Comme a pu le souligner Christian Regouby³⁰, « la crise, les crises sont des mots qui font désormais partie de notre vocabulaire quotidien. Cela produit beaucoup de confusion et induit des interprétations différentes selon les individus. Certains acteurs de la santé publique, par exemple, considèrent que leur métier est, par essence, un métier de crise et ne voient pas la réelle valeur ajoutée d'un apprentissage et d'une préparation à la gestion de crise. Une définition claire de ce que signifie le mot crise apparaît comme le préalable nécessaire à toute action pertinente et efficace. Ainsi, l'urgence n'est pas la crise. L'urgence relève de compétences professionnelles maîtrisées. Elle est aussi clairement identifiée comme le métier à part entière de certains acteurs. De même, la situation exceptionnelle n'est pas la crise. Une situation exceptionnelle peut se gérer avec des moyens exceptionnels prévus à cet effet »

La confusion et la sensation de flou sont perceptibles auprès de nombreux interlocuteurs rencontrés quant à leur appréhension du concept de crise. La gestion de crise recouvre quasiment autant de champs que d'acteurs entretenus : alors que pour certains le concept ne serait propre qu'à des situations de catastrophe exceptionnelle avec l'idée sous-jacente d'un afflux massif de victimes, pour d'autres, la simple erreur de soins constitue déjà en soi une crise.

La difficulté de s'entendre autour d'un vocabulaire commun constitue déjà le premier obstacle à une préparation efficiente à la survenue d'évènements susceptibles de perturber très lourdement le fonctionnement de l'institution hospitalière.

Cette appropriation aléatoire se ressent au travers des différents entretiens réalisés.

Cependant, l'affirmation selon laquelle la question de la gestion des crises ne rencontre pas d'attrait dans les établissements de santé du Lot-et-Garonne serait un raccourci inexact. L'exemple de l'instauration de fonctions dédiées à la question au sein des structures en atteste. Parmi les onze interlocuteurs entretenus, trois occupaient la fonction de « responsable qualité et gestion des risques » au sein de l'établissement. C'est l'accréditation via une démarche qualité dans les hôpitaux qui a favorisé l'émergence de ce nouveau métier. Le manuel de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatif à la certification V2, édité en septembre 2004 et s'inscrivant dans le cadre de la loi du 13 août 2004³¹ a associé la gestion des risques à cette démarche qualité. Le Manuel V2007 de certification des établissements de santé élaboré par l'HAS précise : « *s'il n'est pas possible de prévoir la nature et la forme de la crise, il est possible de se préparer à vivre une crise et d'en limiter ainsi les conséquences* ». Ainsi, la mise en place et l'évaluation du dispositif de gestion de crise sont des critères qui sont pris en compte lors du processus de certification des établissements de santé.

³⁰ REGOUBY C., mars 2008, « *Se préparer au management d'une crise* », Cahiers Hospitaliers, n°243, p.17

³¹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

L'instauration de fonctions en prise directe avec la préparation à la gestion de crise tend à démontrer que le sujet, quand bien même il a été impulsé par le législateur et repris par l'HAS, a trouvé une résonance au cœur des établissements de santé. Il ne faut cependant pas se limiter à une vision candide, dans l'hypothèse de la certification et donc de la nécessité de construire une politique de gestion des risques, les établissements de santé n'ont pas perdu de vue leur intérêt qui est l'obtention de cette même certification.

2.2.2 Les balbutiements d'une formation interne à la gestion de crise au sein des établissements

Au sein de la formation initiale des équipes de direction et des cadres des établissements de santé, la formation à la gestion de crise est un module pour le moins récent. Un nouvel enseignement sur la thématique a été instauré en 2005 au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Il est notamment articulé autour des modalités de rédaction d'un plan, de l'organisation d'exercices et de l'aspect communication pour les directeurs d'établissements de santé. Auparavant les seuls enseignements émanaient de partenaires extérieurs telles la DHOS ou la DGS.

S'agissant des directeurs de soins, également appelés à être confrontés à la question sur le terrain, un enseignement en cours de formation initiale n'a débuté qu'en 2007.

Des formations plan blanc ou gestion de crise ne sont pas organisées au sein des établissements de santé du Lot-et-Garonne (ou le cas échéant très ponctuellement et ne concernant que les équipes de direction et les cadres de santé), pas davantage que des formations aux risques NRBC. Seule l'information sur la pandémie grippale concernant la conduite à tenir, le dispositif prévu au sein de la structure, a fait l'objet d'une communication au sein des structures. L'information est souvent brève et se limite parfois à la remise de documentation avec les fiches de paie ou à la mise en ligne de bases de données sur l'intranet (du type « *blue medi* » dans un des CH) de la structure.

2.3 Une appropriation aléatoire des plans blancs

La rédaction des plans, au même titre que leur révision, est encore parfois perçue comme une contrainte par les hôpitaux du département. Ces derniers ne ressentent pas toujours la possibilité de survenance de crises pouvant impacter leur fonctionnement (2.3.1). Ce ressenti se traduit concrètement dans la forme et le contenu des documents élaborés (2.3.2).

2.3.1 Une perception parfois minorée du risque de confrontation à une crise sanitaire

A) Une rédaction des plans vécue comme une obligation formelle

Jusqu'à l'obligation légale d'instauration des plans blancs par les établissements de santé qui ne remonte qu'à 2004, les questions de la gestion des risques et des crises au sein des hôpitaux était proche de l'état zéro. La situation a certes évolué mais la rédaction de

documents de préparation à la crise est encore parfois perçue comme une formalité dont s'acquittent les établissements sans pour autant faire de la question une priorité et sans forcément en saisir l'intérêt. Or le contexte pandémique qui a touché la métropole à l'automne dernier atteste de la nécessité de placer la gestion de crise au cœur des préoccupations du secteur hospitalier.

De plus, au sein principalement d'une des structures, le sentiment de fonctionner en permanence dans un état proche de la crise en raison d'une nécessité constante d'optimiser l'utilisation des ressources humaines pour faire face à l'activité est prégnant. Il en ressort une certaine circonspection par rapport à la nécessité de formaliser des procédures de gestion de crise puisque le ressenti est celui d'un fonctionnement quotidien en tension. De l'aveu même d'une directrice des soins en charge de la question au sein de l'un des CH du département, *« l'élaboration et l'actualisation du plan sont pour nous des obligations légales, donc nous nous y astreignons, mais la gestion de situations de tensions est quasi-quotidienne que ce soit au niveau de la saturation de l'établissement ou de la résolution de problèmes techniques sans que pour autant le plan soit déclenché. Notre gestion du personnel est également toujours en flux tendus : nous sommes tous les jours en gestion de crise »*.

De la même manière, les cadres estimant qu'ils ne seront que peu concernés par la situation perdent de vue que leur structure est intégrée dans un plan blanc élargi. Elle est donc susceptible de recevoir les victimes en provenance d'autres établissements saturés ou tout du moins réceptionner les transferts de patientèle pour dégager ces derniers. Elles peuvent également gérer des « arrivées non adressées », à savoir des victimes se présentant spontanément. En outre, certains établissements se sentent moins concernés car ils ne sont pas, par exemple, en prise directe avec la gestion de l'épidémie. Or, ils perdent parfois de vue le fait que leur plan blanc peut être déclenché par le préfet et qu'ils peuvent se retrouver impliqués.

- B) Une vision tronquée de la nécessité d'établir des procédures de gestion de crise :
le sentiment de ne pas être concerné

Trop souvent, malgré une certaine mobilisation qui n'est souvent le fruit que des instructions de la tutelle et des obligations imposées par les textes, la préparation à la gestion des crises ne fait l'objet que d'une vision parcellaire. Certains risques sont identifiées au même titre que les crises potentielles qui pourraient en résulter, mais au détriment d'autres éléments (priorisation sur des événements internes à l'hôpital ou a contrario sur des catastrophes externes ou même focalisation sur les questions épidémiques).

En outre, la préparation à la gestion des crises est souvent très procédurale et, par suite, très cloisonnée, même s'il ne pourrait que difficilement en être autrement en raison des nombreux aspects techniques rencontrés. A titre d'exemple, la sécurité incendie reste le domaine des services techniques, la sécurité alimentaire au sein de l'établissement est généralement l'affaire des services logistiques, la pharmacovigilance reste la chasse

gardée du pharmacien... Le danger est alors celui de la juxtaposition de systèmes d'alerte et de gestion de crise organisés verticalement avec, toujours à titre d'exemple, une remontée de l'information vers le réseau interrégional animé par le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales, vers les centres régionaux pour les problématiques liées au sang...

En tout état de cause, la préparation à la gestion de crises n'apparaît pas encore comme une priorité managériale. Ce constat impacte la nature même des plans et des annexes élaborés : les documents rédigés sont hétérogènes et plus ou moins affinés en ce qui concerne l'identification des risques, leur hiérarchisation et la mise en place de dispositifs appropriés, de réponses adaptées.

La prise de conscience de la potentialité de confrontation à une crise n'est pas la même au sein de tous les établissements visités. Le sujet ne reçoit pas le même écho au sein de toutes les structures même si une prise de conscience collective de la nécessité d'anticiper les crises semble avoir émergé à des degrés divers. Cependant, les structures ne se sentent pas impliquées au même degré. L'appréhension de la question est différente, l'implication qui en résulte est fluctuante. La différence en terme de préoccupation sur la thématique est parfois perceptible entre établissements étant amenés à être le théâtre d'afflux massif de victimes et ceux qui ne sont pas directement concernés car n'étant pas siège d'urgence ou n'ayant pas d'activité chirurgicale. Ainsi, pour la directrice d'un hôpital local : « *Nos spécialisations et nos moyens techniques ne nous permettrons de recevoir que la bobologie* ».

De la même manière, l'intérêt porté à la préparation à la gestion de crise diverge entre les établissements où du personnel est dédié à la question et les hôpitaux où le sujet est confié à des cadres de l'équipe de direction, à un directeur de soin voire à un médecin urgentiste (qui risque de se focaliser sur l'urgence).

Des progrès restent donc à faire en matière de perception d'une nécessaire préparation à la gestion de crise. La prise de conscience des établissements de santé qui seront par définition le réceptacle incontournable des afflux de victime dans un contexte de catastrophe sanitaire est pour le moins hétérogène. Comme évoqué précédemment, l'élaboration des plans blancs est trop souvent confiée à quelques praticiens et cadres infirmiers, généralement très motivés et passionnés, mais qui n'ont peut-être pas l'autorité suffisante pour y faire adhérer le reste du corps médical. Plus qu'une obligation de moyens, la gestion de ces phénomènes exceptionnels est devenue, à travers tout le corpus juridique qui encadre sa préparation une obligation de résultat. L'intérêt porté à la question n'apparaît pas toujours à la hauteur des obligations qui sont celles des établissements.

2.3.2 Un contenu hétérogène des plans

A) Des documents très différents

La DDASS du Lot-et-Garonne a eu l'opportunité de transmettre une trame à tous les établissements de santé du département³². Pour la fonctionnalité des documents rédigés, a été établi un modèle uniformisé où doivent apparaître la composition et le fonctionnement de la cellule de crise, les dispositifs prévus, les actions de chacun dans des fiches réflexes. Elle comporte notamment des items relatifs à la présentation de l'établissement (activités et capacité, plateau technique), son environnement (identification des risques), à la cellule de crise (composition, mission, fonctionnement), à la procédure de déclenchement du plan blanc, à l'accueil en cas de crise (victimes, familles, médias, circulation), au maintien, au renforcement et au rappel du personnel, aux mesures à prendre en matière d'activité de soins (gestion des lits, déprogrammation, médicaments), au fonctionnement en mode dégradé (fournisseurs), au cas particulier du risque NRBC, à la communication, et enfin, à l'évaluation et au réajustement du plan blanc.

De l'analyse des documents retournés par les établissements, il apparaît que les plans blancs sont très hétérogènes, avec des formes mais aussi des contenus différents. Peu nombreux sont ceux qui ont respecté la trame en l'agrémentant de fiches actions. Les propos d'une directrice de SSR en attestent : *« Nous avons utilisé la trame commune pour tous les établissements affiliés à la société Médica-France. Je viens d'ailleurs d'assister à une formation au siège, à Paris, destinée à tous les directeurs d'établissements rattachés au groupe et portant sur la gestion de crise et plus spécifiquement sur la grippe A H1N1. Tous les établissements filiales fonctionnent selon les procédures définies par le groupe et la rédaction de notre plan blanc n'y a pas fait exception »*.

Que ce soit donc sur la forme ou sur le fonds, des différences subsistent entre les structures. S'agissant des membres de la cellule de crise, le cadre proposé par la DDASS est apparu inadéquat pour certains établissements, principalement les établissements de première ligne. Ils ont donc établi une composition par fonctions et non par noms. *« Nous avons un roulement tellement important en terme de personnel que nous n'avons pas souhaité remplir la trame avec des noms mais avec des fonctions pour ne pas paralyser le système si une des personnes visées dans le plan venait à être absente. Nous avons également évité, en procédant comme cela, le système "titulaire-suppléant" qui ne nous paraissait pas pertinent. Dans notre document apparaissent des fonctions derrières lesquelles se trouvent de multiples personnes qui participeront à la cellule en fonction de leur présence sur site lorsqu'une réunion de cette dernière sera convoquée »* affirme le cadre urgentiste coresponsable de l'élaboration du plan d'un des CH.

³² Annexe 2

L'absence de rédaction harmonieuse se traduit jusque dans les titres donnés aux documents : le plan blanc est dénommé « afflux massif de victimes à l'hôpital » dans un établissement ou « classeur gestion de crise » dans un autre.

Un des hôpitaux locaux investigué ayant également une activité d'EHPAD a même établi un document bâtard combinant plan blanc et plan bleu, avec des procédures quasi-indifférenciées et regroupant au sein de la cellule de crise le médecin coordonnateur et la Cadre Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) supérieure de santé du secteur sanitaire mais aussi le médecin coordonnateur et le cadre IDE supérieur de santé du secteur EHPAD. La vision globale à la fois sanitaire et médico-sociale est intéressante mais il convient, de fait, de s'interroger sur l'opérationnalité des processus établis.

B) Des auteurs divers et des procédures de révision différentes

Généralement l'élaboration a fait l'objet d'un travail en équipe, avec l'association à la démarche des professionnels de l'urgence (pour les structures qui disposent de services d'urgence). Dans certaines structures, un responsable qualité a pu procéder à l'harmonisation du document établi.

L'exemple d'un CH de recours dont le plan a été élaboré « sous la dictée » d'un CH de première ligne³³ laisse apparaître la nécessité d'une personnalisation du plan blanc, d'une adaptation à l'établissement.

Aucun des établissements entretenus n'a acté une procédure de révision périodique de son plan. Les actualisations sont effectuées au gré des recommandations de la tutelle ou, plus souvent, ne font l'objet que d'une actualisation partielle. Cette dernière concerne pour l'essentiel la tenue à jour des listes du personnel et de ses coordonnées. La lourdeur du processus de révision, calqué sur celui de l'élaboration, avec la sollicitation de différentes instances pour avis et l'approbation par le CA, vient en outre freiner cette nécessité de mise à jour.

C) La cellule de crise

Sous l'autorité du directeur d'établissement, il s'agit du véritable organe de commandement du plan blanc : les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les instructions données en conséquence. C'est un poste décisionnel qui rassemble les principaux responsables de l'établissement pour coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs.

Sa composition a été actée dans l'ensemble des plans blancs des établissements de santé du département malgré des divergences sur la forme. C'est un point qui n'a posé de problème à proprement parler. Toutes les structures ont en effet prévu, si ce n'est un système de suppléance, un pool de personnes derrière chaque fonction représentée au sein de la cellule pour une continuité dans la représentation des fonctions.

³³ Cf 2.4.5 p.45

D) Le cas particulier des annexes NRBC et pandémie grippale

A la différence des plans blancs, l'obligation de rédaction d'annexes NRBC et d'annexes pandémie grippale n'a pas été remplie par l'ensemble des structures. Pour certains, l'annexe pandémie était en cours de validation par la CME ou en attente d'un passage devant le CA pour être arrêtée, selon la procédure classique d'adoption des plans³⁴.

Parfois l'annexe pandémie se limite à la publication en annexe du plan des brochures d'information adressées au personnel conjointement à leur fiche de paie et à la reproduction des affichages au sein de la structure. Il ne s'agit pas en l'espèce de documents fonctionnels et en aucun cas l'annexe pandémie grippale ne saurait se résumer à cela. Les obligations s'agissant de son contenu sont rappelées par la circulaire de la DHOS du 26 mars 2007³⁵.

Quand bien même tous les établissements n'ont pas établi d'annexe pandémie, des minimums ont été atteints en matière de prise en compte de la question grippale. Dans l'ensemble des structures a été désigné un référent grippe, l'information du personnel sur les conduites à tenir en matière de prévention par le biais de réunions généralement hebdomadaires a été conduite. Des plans de vaccination interne (même si cela n'augure en rien de la vaccination future contre la grippe A H1N1 puisque la forte réticence des personnels a été soulignée dans l'ensemble des structures investiguées) ont été élaborés et enfin des zones à haute et basse densité virale pour éviter les contaminations du personnel et des patients déjà présents sur site, couplées à un contrôle renforcé des admissions, ont été mises en place.

S'agissant des risques NRBC, seuls quelques rares établissements de première ligne sont aptes à traiter les patients concernés. Cependant, tous les établissements devraient être en mesure de les accueillir brièvement avant de les réorienter vers les établissements de référence. Chaque établissement devrait, en effet, s'être préparé à prendre en charge et à isoler les victimes contaminées qui, à la suite d'une catastrophe de type NRBC et n'ayant fait l'objet d'aucune régulation, se présenteraient de façon spontanée. Or à l'heure actuelle, près de la moitié des établissements de santé du Lot-et-Garonne n'ont pas établi d'annexes NRBC à leur plan blanc.

2.4 Les freins à l'opérationnalité des acteurs : des contraintes techniques inhérentes

Quand bien même, les établissements ont tous satisfait, si ce n'est s'agissant des annexes pandémie grippale et NRBC, à leurs obligation en matière de rédaction des plans, certaines contraintes viennent impacter leur capacité à se préparer mais aussi à gérer des crises. Peu d'exercices tests sont mis en place (2.4.1). La question de la gestion des lits et de la déprogrammation est elle-aussi une problématique délicate (2.4.2). Le fonctionnement en tension interroge les structures sur leur capacité à mobiliser

³⁴ Cf 1.4.5

³⁵ Circulaire n°DHOS/CGR/2007/110 du 26 mars 2007 relative à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé

du personnel (2.4.3). En outre, les établissements se trouvent confrontés à une dépendance vis-à-vis de leurs prestataires extérieurs (2.4.4). La recherche de collaborations et de coordinations entre les établissements n'est pas poussée à ce jour (2.4.5). En tout état de cause, les « micro-événements », qui ont pu impacter dans un passé récent le fonctionnement de certains hôpitaux du département, se sont traduits par une organisation à l'instant T (2.4.6).

2.4.1 Les difficultés à organiser des exercices

Tester le dispositif de crise est une obligation depuis la loi du 9 août 2004 mais la méthodologie est quant à elle laissée libre, à l'appréciation de chaque établissement, tout comme leur périmètre (exercice global, réunion de la cellule de crise, test spécifique urgences...). Leur fréquence doit être au moins annuelle, la circulaire de la DHOS du 14 septembre 2006 dispose que « le plan blanc doit être régulièrement testé dans le cadre d'exercices dont la fréquence est au moins annuelle ». Les exercices ont vocation à mettre en situation l'ensemble des acteurs à la gestion de crise et évaluer les capacités, presque davantage de l'organisation que des personnels sur le terrain, à faire face à une situation mettant en danger le fonctionnement de l'institution et compromettant ses actions.

Dans la pratique, les exercices souvent limités à des aspects techniques : incendie, tests des groupes électrogènes et plus rarement tests de réunion de la cellule de crise. Certains points précis ont parfois été testés – tels la réactivité à l'alerte et le rassemblement des personnels – sans que l'ensemble de l'activation du plan blanc n'ait pu être testée. Un simple test du circuit de l'alerte descendante effectué par la DDASS a permis de déceler des dysfonctionnements dans certains établissements : adresse courriel défectueuse, numéros de téléphone erronés, destinataire inadapté, délai dans la prise de connaissance de l'information et dans la réponse trop long.

Toutefois, les entretiens ont permis de faire apparaître les difficultés, davantage matérielles qu'organisationnelles, qui freinent la réalisation de tests. « *Nous fonctionnons quotidiennement en flux tendus, d'autant plus depuis le problème de la grippe, un exercice aurait certainement de l'intérêt mais aujourd'hui nous n'avons ni le temps ni le personnel pour en organiser un* » a pu préciser la responsable qualité et gestion des risques d'un CH de recours.

Selon les propres termes de la directrice d'un hôpital local, « paradoxalement, la mise en place d'un exercice aurait certainement trouvé sa place avant le début de la situation actuelle (cf : contexte pandémique) mais nous n'avons plus la possibilité aujourd'hui, en raison de la mobilisation des personnels, de mettre en place un exercice de simulation. C'est donc envisagé mais pour l'instant nous sommes plutôt dans l'expectative ».

Les problèmes des ressources humaines et de la contrainte du temps dans un contexte d'activité chargée sont très prégnants au sein des établissements de santé du Lot-et-Garonne. Ce sont parfois plus les difficultés matérielles que l'hypothèse d'une absence de

motivation et de prise en compte de la nécessité de se préparer à la crise qui concourent à l'absence de réalisation d'exercices de simulation.

2.4.2 La question sensible de la déprogrammation et de la gestion des lits

A) Une déprogrammation difficile à mettre en œuvre

La déprogrammation est une question épineuse à laquelle il ne pourra être apporté une solution que si elle est bien préparée. Cette démarche stratégique anticipée des établissements face aux situations de tension a fait l'objet de différents niveaux de réflexion au sein des établissements du Lot-et-Garonne. La problématique est bien celle du choix entre les patients qui vont pouvoir bénéficier de soins immédiats et ceux qui auront des soins différés, elle conditionne la difficulté prégnante des retours à domicile et donc la capacité litière des établissements avec un impact direct sur les possibilités d'accueil des structures en cas d'afflux massif.

Le corollaire est la problématique de la prise en charge des hospitalisations de patients non programmées. Les conditions de leur prise en charge sont largement déterminées par le nombre de patients qui se trouvent déjà aux urgences ou dans l'établissement, ceci dans le cadre du fonctionnement normal de l'institution. C'est un moyen exceptionnel, qui doit rester limité à un surcroît d'activité conjoncturel, s'ajoutant alors la prise en charge des malades en attente, source d'une dégradation de celle de l'ensemble des patients.

Au sein d'un des CH de première ligne, la directrice des soins entretenue a pu déclarer qu' « en application de la circulaire de la DHOS du 24 septembre³⁶, en cas de situation de crise avérée, nous envisageons une déprogrammation totale de la chirurgie réglée, les interventions en cours se terminent et tout est déprogrammé sauf les césariennes et les polytraumatisés ». En ce sens, l'esprit du texte semble être respecté, c'est une perspective qui a été anticipée par tous les établissements concernés à savoir ceux ayant une activité de chirurgie : seules les interventions incontournables dans l'activité de l'établissement sont maintenues, toutes les autres sont annulées avec en perspective une concentration sur la prise en charge de la patientèle grippée (contexte de pandémie grippale). L'objectif reste de ne pas compromettre les missions des établissements de santé tout en faisant face à une situation critique de régulation d'un point clé : les urgences hospitalières.

Cette question des urgences est prégnante en matière de déprogrammation, la directrice des soins au sein d'un des CH référents s'interroge : « *notre crainte majeure réside dans l'obligation d'accueillir des patients non maîtrisés. Cela signifie surcharge de patients à traiter avec moins de personnel. Or l'établissement tourne entre 50 et 60 % au minimum sur de l'urgence. Quels soins pourrons-nous leur apporter ?* ».

De plus, le contexte local affecte de manière importante cette solution en matière de gestion de crise. En effet, peu d'établissements sont réellement concernés. Seuls les

³⁶ Instruction de la DHOS du 24 septembre 2009 relative à la préparation et à la gestion des déprogrammations dans les établissements de santé publics et privés, du fait de la pandémie grippale A/H1 N1

établissements de première ligne, voire les établissements de recours, sont vraiment susceptibles de l'appliquer. La raison en est pour le moins logique : seuls les établissements ayant une activité de chirurgie peuvent en faire application, ce qui exclue de fait toutes les autres structures (SSR, hôpitaux locaux avec une activité de médecine classique, établissement psychiatrique, centres de convalescence...). Les recommandations de la DHOS³⁷ ont eu de fait un retentissement limité sur le terrain. Ceci quand bien même la plupart des établissements du département concernés par la question ont établi et figé sur papier un plan de déprogrammation, et même, pour certains d'entre eux, un plan de déprogrammation gradué en fonction du niveau de la crise avec des seuils à partir desquels certaines interventions sont déprogrammées.

B) Le « déshébergement »

En matière de gestion des lits et de « déshébergement », néologisme désignant les retours à domicile, la prérogative est confiée au sein de tous les établissements du Lot-et-Garonne au coordonnateur médical, praticien hospitalier, ou au médecin-chef dans les petites structures où n'interviennent que des médecins libéraux. L'avis d'autorisation ou de refus de ce dernier conditionne donc les sorties.

La mise en œuvre du « déshébergement » est plus facile au sein des établissements de repli et notamment des structures de SSR dans la mesure où la patientèle ne fait généralement pas l'objet d'un traitement médical, ou du moins pas d'une prise en charge médicale lourde. Ceci facilite les retours à domicile et permet d'anticiper les déchargements de structures amenées, dans le contexte grippal, à prendre directement en charge les grippés et à réorienter les pathologies légères vers d'autres établissements, pour libérer des lits.

La cadre hygiéniste en charge de la thématique de la préparation à la gestion de crise au sein d'un CH a fait part de ses inquiétudes en matière d'augmentation de la capacité d'accueil en situation dégradée : *« l'ARH a imposé des coupes claires au travers du SROS qui se sont traduites par des fermetures de lits, voire de services. Nous risquons rapidement de mesurer leurs effets néfastes, voire dramatiques, au travers de l'insuffisance de lits si la grippe nous conduit à être confrontés à une prise en charge massive de victimes. Il y a la règle et son application : je reste persuadé qu'en cas d'afflux de patients nous serons conduits, pour éviter la saturation de notre capacité d'accueil, à rouvrir des services à ce jour fermés et à utiliser des lits encore stockés alors qu'ils ne sont plus aux normes ».*

De la même manière, les transferts en interne pour libérer de la place au sein des services davantage impactés par la gestion d'une crise ne sont pas évidents. En atteste le témoignage d'une directrice des soins de l'un des CH : *« si les solutions pour libérer des lits en pédiatrie s'avèrent insuffisantes, nous admettrons les enfants de plus de 20 kg en unités d'adultes, notamment en réanimation. La nécessité sera alors de veiller à ce que*

³⁷ Op. cit. p.39

l'ensemble du matériel utilisé soit adapté aux enfants et tout particulièrement les lits et barrières mais cette solution nous paraît la plus pertinente à l'heure actuelle».

2.4.3 La mobilisation des personnels en situation de crise

A) Le rappel et le maintien sur place

Une procédure de rappel a été prévue au sein de toutes les structures, afin de faire face à la sur-activité, le personnel est ainsi rappelé selon les besoins recensés par la cellule de crise (le responsable des ressources humaines y est associé dans certains établissements de santé).

Une des solutions apportées aux établissements pour suppléer et renforcer leur personnel réside dans la possibilité qui leur a été octroyée de faire appel à des personnels médicaux en retraite depuis moins de trois ans et ayant moins de 70 ans. De la même manière, ils peuvent recourir à des personnels paramédicaux, dans le respect des mêmes conditions, et faire appel à des ressources internes à savoir les effectifs des services dont l'activité a été déprogrammée.

Une des structures (un établissement de repli) associe à la procédure de rappel les personnels ayant effectué des remplacements significatifs dans l'établissement en conservant leurs coordonnées dans une enveloppe scellée.

Cependant, toutes les structures n'ont pas établi voire tenu à jour une liste de tous les praticiens partis en retraite depuis moins de trois ans et les différents entretiens n'ont pas permis de mettre en évidence un réel engouement autour de cette possibilité dont la mise en œuvre paraît complexe aux yeux des équipes de direction (pas de liste ou le cas échéant pas à jour, question du statut, organisation des emplois du temps des effectifs, paiement des vacances...).

En outre, la mobilisation des personnels peut également s'avérer difficile pour des raisons techniques. Des exemples de crise se sont traduits par l'inaccessibilité temporaire de l'établissement ou la confrontation à du personnel malade. « *Maintien oui, rappel non* » a résumé la directrice d'un hôpital local qui a décidé de ne pas recourir à cette procédure même si elle a pu la formaliser dans le plan de son établissement. De plus, le maintien sur place des personnels médicaux dans les structures où n'interviennent que des professionnels libéraux remet également en cause cette possibilité.

La nécessité de renforts mise en corrélation avec la baisse du personnel potentiellement disponible n'est pas sans poser problème. C'est la question de la tension hospitalière liée à la gestion d'un personnel médical en flux tendus et au-delà celle de la démographie médicale qui est sous-jacente. Des solutions ont été envisagées sporadiquement pour « préserver les fonctions vitales » à l'instar d'un CH qui a prévu une possibilité de télétravail pour l'équipe de direction mais s'agissant des équipes médicales qui assurent directement sur le terrain les prestations de soins, la question reste posée.

B) La sollicitation des IFSI

Le Lot-et-Garonne est le siège de plusieurs IFSI rattachés aux CH de première ligne. L'ignorance de la part des équipes de direction des établissements de santé amenés à recevoir un afflux de patients, notamment dans le contexte de la grippe, sur les possibilités de solliciter les étudiants des IFSI est relativement importante.

La philosophie en l'espèce est de miser sur le potentiel des internes et des étudiants, tout en prenant en compte l'impératif de continuité du fonctionnement du système de santé hospitalier. La réquisition des étudiants en soins infirmiers doit se faire sur la base de listes adressées par les directeurs des instituts de formation en soins infirmiers. Ces étudiants ne peuvent cependant assurer leur poste de travail seuls et doivent être encadrés par un infirmier diplômé d'Etat. La mobilisation des internes et des étudiants en médecine, quant à elle, doit se faire sur la base des listes fournies par les établissements de santé, mais ne doit pas concerner dans la mesure du possible les services cliniques qui sont en tension du fait de l'épidémie de grippe, en particulier les services des urgences, de pédiatrie, de réanimation, de pneumologie et de maladies infectieuses.

A ce niveau se pose le problème de la répartition des élèves des IFSI entre les établissements. Le directeur d'un des CH lot-et-garonnais a fait part de sa volonté de mettre à contribution les élèves infirmiers : « *nous allons conserver les étudiants en stage au sein de notre structure mais nous souhaiterions pouvoir faire appel à des ressources supplémentaires* ». Or les ressources des IFSI ne sont pas extensibles.

Le discours singulier recueilli auprès de la directrice des soins de l'un des CH tranche franchement avec celui entendu au sein d'autres structures et traduit des réticences en la matière : « *nous ne souhaitons pas nous encombrer inutilement. Si la possibilité de solliciter les IFSI est avérée, nous ne souhaitons disposer que des étudiants en troisième année qui disposent déjà d'une expérience pratique intéressante et peuvent réaliser certains actes. Les autres ne nous seront d'aucune utilité et risquent de perturber notre fonctionnement* ». Une cadre de santé responsable qualité et gestion des risques dans un autre CH a cependant assuré : « *nous aurons besoin de tout le monde car nous serons certainement en pénurie de personnel pour assurer des tâches, en dehors des prestations de soins, auxquelles on ne peut pas se soustraire : accueil, enregistrement, orientation...* ».

2.4.4 Un fonctionnement dépendant des prestataires extérieurs

Quand bien même la préparation à la gestion de crise est bien établie, le fonctionnement des établissements de santé en mode dégradé est tributaire de paramètres extérieurs. La disponibilité des fournisseurs, dans l'hypothèse d'une crise grave et étendue qui serait susceptible d'atteindre même ces derniers, conditionne indéniablement le fonctionnement des établissements de santé. La problématique concerne les énergies (gaz, électricité, eau...), les communications, l'informatique, les fluides, la restauration, la blanchisserie, la gestion des déchets et, à plus forte raison encore, la pharmacie.

C'est la question de la continuité de l'approvisionnement par les fournisseurs qui est posée. Souvent ne sont répertoriées dans le plan que les coordonnées des prestataires en matière de ressources et fournitures externalisées, ceci sans que ne soient joints en annexe les Plans de Continuation d'Activité (PCA) de ces fournisseurs permettant d'anticiper le fonctionnement de ces derniers et leurs possibilités de maintenir leurs prestations en situation dégradée en raison d'une crise. Au-delà, il a parfois été rapporté par certains acteurs hospitaliers qu'il n'a pas été porté à leur connaissance que leurs prestataires aient établi un PCA.

En situation de crise, l'externalisation des prestations par les établissements peut s'avérer être une source de difficultés supplémentaires. Les hôpitaux se retrouvent en effet dépendants du bon fonctionnement de leurs fournisseurs. On peut légitimement imaginer, à titre d'exemple, pour les structures ayant une restauration en liaison froide que l'absence d'approvisionnement conduirait rapidement à une situation catastrophique.

2.4.5 Une coordination limitée entre établissements de santé

Diverses collaborations ont été élaborées en ce sens mais elles restent encore à ce jour limitées. Dans cette perspective, le Ministère de la Santé a ainsi validé le 28 mai 2009 un projet de pôle santé à Villeneuve-sur-Lot. Il réunira sur un même site le CH St-Cyr et la clinique de Villeneuve-sur-Lot. Ce projet, qui n'a pas encore pris forme matériellement, va permettre d'augmenter le plateau technique et la capacité d'accueil des urgences sur le villeneuvois. De nouvelles capacités de réponse en matière de gestion des crises sont attendues de cette collaboration rapprochée même si ce projet n'a pas été fondé sur cette question.

Au niveau de Marmande, une coordination a été prévue entre le CHIC et la Clinique Magdelaine portant sur la mise en place d'une zone haute-densité virale en phase 6 de pandémie grippale. La proximité géographique des deux sites a rendu cette solution envisageable et en l'espèce la collaboration entre les structures n'est pas nouvelle, la clinique utilisant conjointement les équipements du plateau technique du CHIC.

De la même manière, une collaboration informelle est menée entre le CHIC et l'hôpital local de Casteljaloux sur la politique de gestion des risques. Elle n'est pas protocolisée et repose sur le fait que le médecin hygiéniste du CHIC partage son temps de travail entre les deux sites.

Au niveau de l'agenais, les référents plan blanc ont évoqué la possibilité d'une mutualisation de la pharmacie avec le CHD psychiatrique de La Candélie sous la forme d'une fédération pharmaceutique inter hospitalière mais cette possibilité n'a pas encore été matérialisée, pas plus que la création d'un comité de coordination de la vigilance sanitaire entre les deux structures.

En outre, le CH et la Clinique agenaise Esquirol Saint Hilaire ont signé le 1er mars 2005 un contrat de relais dans le domaine des urgences. L'établissement n'a pas transmis le contrat à la tutelle. Le contrat n'a donc pas été approuvé. Or, il est entré en application dans les faits. Il s'agit là d'une collaboration qui reste, toutefois, limitée et ne relève pas

d'une stratégie globale de coopération. Le CH a également conclu une convention de réanimation avec la clinique de Villeneuve.

Le CH d'Agen, établissement le plus important du département a également conclu des conventions de formation avec celui de Nérac, le standard fait également l'objet d'une mutualisation entre les deux établissements. De la même manière, le plan blanc du CH de Nérac a été élaboré en collaboration avec la structure agenaise, la responsable qualité et gestion des risques du CH de Nérac regrettant au passage que le document ne se soit pas imprégné de la réalité locale.

En tout état de cause, un faible niveau de collaboration peut être source de difficultés évitable, en atteste un exemple évoqué dans un des CH : *« Nous avons eu le cas d'un nourrisson suspecté d'être porteur du virus A H1N1, notre structure n'a pas pu le prendre en charge notamment car nous ne disposons pas de tamiflux pédiatrique, notre demande de transfert sur Agen a échoué au motif d'une surcharge d'activité. La seule possibilité a été un transfert sur Bordeaux or les temps de transport sont infiniment trop longs pour des bébés »*.

La collaboration ne peut se limiter au périmètre des établissements de santé. L'articulation avec le médico-social est nécessaire. Le CHIC de Marmande est par exemple contraint à une gestion des lits serrée en période hivernale pour faire face à un afflux massifs de séniors (sachant que la structure gère aussi un EHPAD) et il s'agit là d'un problème récurrent pour cet établissement.

Dans tous les cas, ces collaborations et mutualisations de moyens restent relativement informelles et font rarement l'objet de protocoles. Elles se limitent trop souvent à des accords passés entre deux établissements pour la mise en commun de moyens techniques ou l'organisation du circuit du patient. Or, l'exemple actuel de la survenance d'un épisode grippal massif et aux conséquences difficilement prévisibles témoigne de la nécessité d'une vision plus large, d'une coordination plus étendue entre toutes les structures présentes sur le territoire de santé (voire même au-delà avec le CHU de Bordeaux (scindé en trois groupes hospitaliers : Pellegrin, Sud et Saint André).

2.4.6 La communication en fonctionnement dégradé

C'est un volet qui a été abordé dans tous les plans blancs d'établissements. Il en va en effet de l'image de marque de l'établissement de santé de ne pas improviser en la matière. C'est généralement le directeur qui est chargé de la question, l'importance toute relative des structures du Lot-et-Garonne ne leur permet pas toujours d'avoir un chargé de communication. Un directeur-adjoint peut être chargé de ce volet comme c'est le cas dans un des CH avec une fonction « Directeur adjoint chargé des affaires générales et de la communication ».

Un seul établissement investigué a travaillé cette problématique en instaurant de manière périodique des simulations de rédaction de communiqués de presse. Un autre a prévu la fréquence des interventions du chargé de communication face aux familles et aux médias

en cas de déclenchement du plan blanc au sein de la structure, à savoir un point public toutes les 48 heures.

En tout état de cause, il s'agit là souvent d'une fonction qui n'est souvent pas confiée à un spécialiste mais qui échoie à un dirigeant ou par délégation à un administrateur de garde voire à un membre de l'équipe médicale pour les volets techniques.

2.4.7 Une organisation « à l'instant T »

Il s'avère que les établissements de santé du Lot-et-Garonne ne se sont pas trouvés confrontés à l'heure actuelle à une saturation de leur activité, à un engorgement de leur structure avec une impossibilité de répondre à un afflux massif de victimes, pas plus qu'à une grave crise au sein de leur établissement. Cependant le retour d'expérience sur un fonctionnement en situation dégradée extrême reste limité, même si à partir de micro-crisis (envoi de victimes de l'explosion de l'usine AZF en 2001 vers le CH le plus important du département, fonctionnement autarcique sur de brèves périodes lors des épisodes de tempête en raison de coupures d'alimentation électrique et de lignes téléphoniques conjuguées à un accès restreint, afflux important de personnes âgées sur un des CH en situation hivernale, incident en interne tel un incendie...) des enseignements ont été tirés sur des points particuliers pour optimiser le fonctionnement des établissements concernés.

De ces quelques retours d'expérience ressort une forte mobilisation des personnels auprès de leur structure, un élan de solidarité dans la gestion de la situation, avec des personnels transcendant leur fonction. Même si aucun des établissements interrogés n'a été confronté à l'heure actuelle à une situation de crise majeure qui aurait compromis à un degré important son fonctionnement sur une longue période et nécessitant l'activation du plan blanc,

Il résulte de différents témoignages un certain optimisme quant à la capacité à prendre en charge les situations de crise. La directrice d'une des structures de SSR frappée par l'épisode de tempête en 2009 en atteste : *« la mobilisation a été générale, je n'ai quasiment pas eu à solliciter mes personnels qui se sont saisis d'eux-mêmes des problèmes et qui se sont démultipliés pour que nous puissions continuer à fonctionner quasi-normalement. Cet évènement a vraiment été fédérateur et il a soulevé un élan de solidarité que je n'imaginais pas forcément »*.

Le médecin urgentiste en charge de tous les aspects techniques du plan blanc de son CH appuie dans le même sens : *« Notre politique sera de voir venir mais je reste résolument confiant sur nos capacités à trouver des solutions aux problèmes qui nous seront posés »*.

3 Propositions en vue d'améliorer la préparation des établissements de santé lot-et-garonnais à la gestion de crise

Bien qu'ils aient globalement remplis les obligations imposées par le législateur en matière de préparation à la gestion des risques en élaborant un plan blanc, les établissements de santé du Lot-et-Garonne laissent apparaître certaines lacunes dans leurs modèles d'organisation. L'apport d'une aide extérieure semble utile et légitime. Il ne s'agit pas forcément ici de prendre une posture coercitive, mais plutôt de proposer un accompagnement aux établissements de santé qui se trouvent confrontés à un enjeu important en matière de santé publique. Ainsi, une véritable action doit être menée auprès des établissements de santé, et notamment des équipes de direction, pour mettre la question de la prévention et de la gestion de crise sur le devant de la scène mais également afin d'appuyer les hôpitaux dans la mise en place de dispositifs adaptés (3.1). Au-delà des établissements de santé, l'inspecteur devra également mener un travail d'association rassemblant tous les acteurs de la gestion de crise. La prise en charge de ce type de situation nécessite des collaborations institutionnelles qui ne peuvent être entendues qu'avec une connaissance mutuelle de l'ensemble des acteurs et une organisation en réseau (3.2).

3.1 Agir sur les établissements de santé : promouvoir la nécessité de se préparer et de prévoir des dispositifs pertinents

En tant qu'interlocuteur privilégié des établissements de santé, l'IASS devra rappeler la nécessité de se préparer à la gestion de crise à des équipes managériales qui ne font pas toujours de la question une priorité (3.1.1). De la même manière, il devra impulser, en agissant toujours sur ces dernières, sur la nécessité de formation des personnels hospitaliers. La gestion de crise est en effet l'affaire de tous et non seulement des cadres dirigeants (3.1.2). De manière plus pragmatique, l'inspecteur devra rappeler aux structures la nécessité d'élaborer des documents de travail (plan et annexes) appropriés et fonctionnels (3.1.3)

3.1.1 Impulser une culture de gestion de crise auprès des équipes dirigeantes pour faire de la préparation à la gestion de crise une priorité managériale

La préparation à la gestion de crise est souvent appréhendée par les établissements au travers seulement de la rédaction des plans, obligation légale et contraignante, sans que la thématique fasse l'objet d'une véritable prise en considération de la nécessité de cette anticipation³⁸. L'analyse des entretiens atteste, dans certains cas, du peu de crédit accordé par les directions à cette problématique. Ces derniers répondent bien à leur obligation, ceci sans que la gestion de crise ne soit une politique portée au quotidien. La raison principale tient dans le fait que n'étant que peu fréquemment confrontés à des situations de type, ou le cas échéant à des crises mineures, ils perdent parfois de vue la

³⁸ Cf 2.2.1

nécessité de se prémunir. Or, et l'exemple de la pandémie grippale en atteste, il apparaît nécessaire pour les hôpitaux de se situer dans une logique d'apprentissage dynamique et non plus seulement dans le respect de règles ou d'injonctions ponctuelles édictées par la tutelle. En outre, quand bien même, les établissements ont tous pris, à des degrés divers, des dispositions, la nécessité est aussi de passer d'une logique de réponses à une logique de questions du type « que se passe-t-il si... ? ».

Ainsi, il apparaît primordial que l'inspecteur soit un vecteur d'acculturation et de motivation des responsables d'établissements de santé. Ceci pour qu'ils puissent jouer effectivement leur rôle dans un univers turbulent où leurs structures peuvent se retrouver à tout moment confrontées à une crise quelle qu'en soit l'ampleur.

En ce sens, l'information est cruciale. La tenue de réunions sur la thématique de la nécessité de préparation à la gestion de crise semble l'outil le plus pertinent pour relayer cette nécessité. Le contenu ne doit alors pas se limiter au cadre strict de la planification, du plan blanc ou des annexes thématiques, qui sont élaborés dans l'hypothèse d'un ou de quelques événements spécifiques. La vision doit être élargie, notamment à la nécessité d'intégrer la possibilité des crises, leurs victimes et les destructions non assurables. L'hôpital n'a aujourd'hui ni droit à l'erreur ni à l'opacité aux yeux de l'opinion publique. De fait, la prise de conscience de l'importance de se préparer à gérer des crises ne peut pas faire l'objet d'une appropriation aléatoire par les dirigeants d'établissements de santé qui lui accorderaient, selon leur degré de sensibilité à la question, plus ou moins d'intérêt. La nécessité pour les directeurs de se former à la communication de crise, ou de s'appuyer le cas échéant sur un chargé de communication qui intégrerait cette fonction, est également susceptible d'être rappelée au cours de ces réunions.

3.1.2 Souligner la nécessité de formation des personnels

Au sein des structures investiguées, les cadres de santé ont parfois fait l'objet de formations à la gestion de crise mais, plus généralement, cette possibilité a été réservée aux membres de la cellule de crise, au référent pour la question, voire à l'équipe de direction. Or la gestion d'une situation exceptionnelle par un établissement de santé est l'affaire de tous et pas seulement de quelques acteurs spécialisés dans les champs de la gestion des risques ou des crises et de la démarche qualité. Les cadres et dirigeants, de la même manière que les soignants, les services techniques et administratifs doivent être concernés. Cela passe essentiellement par la mise en place de plans de formation prévoyant la sensibilisation de chacun et le maintien en éveil par des communications régulières pour garantir le niveau de connaissance des personnels.

La formation plan blanc, et au-delà à la gestion de crise dans son ensemble, apparaît comme une condition essentielle dans l'organisation de l'opérationnalité des acteurs même si elle peut se heurter à des difficultés de mise en œuvre ne serait-ce qu'en raison de la sollicitation importante des personnels et leur gestion en flux-tendus.

Il s'avère donc qu'à ce jour l'ensemble des professionnels travaillant en établissements de santé ne reçoivent pas de formation à la gestion de crise dans le cadre de la formation

continue. Le cas échéant, de courtes formations ponctuelles sont mises en place au sein de certaines structures mais sans qu'il n'existe de véritable démarche de formation en la matière, reliée à des exercices et avec une périodicité établie. De plus, au sein des hôpitaux investigués, les « formations » présentées s'apparentaient généralement davantage à de l'information, en particulier sur la conduite à tenir en cas de réception de patients grippés et sur la mise en place de mesures barrières, toujours dans le contexte pandémique. Ces « micro-formations » avaient pour objet spécifique la thématique grippe A H1N1 mais ne concernaient pas la gestion de crise perçue globalement ni les dispositifs prévus au sein de l'hôpital dans ce cadre. Les « formations » précédentes visaient généralement la canicule, ce qui traduit une politique de formation, ou plutôt d'information, au moment, à l'instant où une problématique est prégnante, sans qu'il n'y ait de réelle inscription dans le temps d'une formation continue sur la thématique générale de la gestion de crise au sein de l'établissement de santé.

Il apparaît nécessaire que les établissements de santé organisent une formation interne sur le plan blanc pour l'ensemble des acteurs afin, notamment, que ceux-ci ne découvrent, déclinée en fiche action ou fiche réflexe, leur mission à la réception du document ou, pire, le jour où le plan est déclenché. Certains aspects relativement basiques sont à ce jour inconnus par une grande partie des acteurs du monde hospitalier, au-delà des tâches qui leur sont imparties en cas de survenue d'une crise : en quoi consiste le plan blanc ? Comment s'organise la prise en charge des victimes NRBC ? Quels sont les risques auxquels est exposée la structure (environnement) ?

Même s'il apparaît difficile pour l'inspecteur de s'immiscer dans le contenu des plans de formation, il lui incombe d'avoir un rôle d'impulsion auprès des établissements de santé pour que des plans de formation continue où la gestion de crise est intégrée soient établis. Quitte à laisser par exemple la charge de leurs modalités aux directeurs de soins en interne. En tout état de cause, un « *travail soutenu de formation et d'apprentissage fortement orienté vers la capacité à être surpris* »³⁹ doit être mené auprès des personnels dans les établissements de santé et en l'absence d'initiative interne. Le rôle de l'inspecteur sera de rappeler cette nécessité aux structures, en mettant l'accent sur le propre intérêt qu'ont les hôpitaux à former leurs personnels pour ne pas se trouver pris au dépourvu et totalement désorganisés le jour où ils se retrouvent impactés par un événement grave. Dans cette perspective l'IASS pourra s'appuyer sur la circulaire de 2006⁴⁰ confie au directeur un rôle de sensibilisation de l'ensemble des personnels à la prévention et à la gestion de crise.

La formation initiale mériterait d'être également renforcée, même si en l'espèce l'inspecteur n'a aucune prise sur le sujet. Dans la perspective d'une implication des personnels soignants, toutes catégories confondues, prenant une part active dans la gestion des crises sanitaires, il conviendrait de les familiariser avec ce domaine très

³⁹ LAGADEC P., « *La Question des plans - Entre points d'appui et pièges stratégiques* », www.patricklagadec.net

⁴⁰ Circulaire n°DHOS/P2 no 2006-233 du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière

particulier. Cette démarche devrait être entreprise dès leur formation initiale, au sein même des facultés de médecine, de pharmacie et des instituts ou écoles de formation.

3.1.3 Rappeler aux établissements leurs obligations légales et œuvrer à l'harmonisation des plans

Certains établissements de santé du Lot-et-Garonne ne se sont pas acquittés de leur obligation légale en n'élaborant pas d'annexes NRBC et/ou d'annexe pandémie grippale. Or, si le devoir du personnel soignant est de soigner pour maintenir la vie, l'hôpital a, quant à lui, une autre obligation : protéger son personnel. Ainsi, c'est en prévoyant un système adapté et efficace que l'hôpital pourra assurer non seulement la sécurité des patients mais aussi celle de son personnel et la rédaction de l'annexe pandémie grippale, à titre d'exemple, concourt à cela. Elle identifie et définit notamment les règles d'hygiène, les parcours des arrivants grippés, les mesures barrières à mettre en place, et au-delà un ensemble de mesures qui ont, si ce n'est pour vocation, pour effet de protéger les personnels. Son élaboration est donc, davantage même qu'une obligation, une nécessité pour garantir la sécurisation du personnel.

En termes d'outils utilisés, il s'agira ici pour l'inspecteur de manier information et injonction afin de traiter dans le cas présent plusieurs difficultés. D'une part, il sera opportun de confronter les établissements qui n'ont pas répondu à leur obligation d'adopter des annexes NRBC et pandémie grippale. D'autre part, dans le cadre normal d'une révision, il s'agira d'inciter les structures à reprendre les plans établis et à produire un nouveau document, selon un modèle prédéfini, pour une lisibilité accrue au niveau de la tutelle. A l'heure actuelle, il s'agit en effet de documents extrêmement hétérogènes avec des structurations et des formes de présentation totalement différentes et avec un contenu dont le niveau de détail est inégal, pour des documents dont le volume varie du simple au quintuple.

Un premier travail préalable a déjà été entrepris à la DDASS du Lot-et-Garonne, dans le cadre notamment de la réalisation du présent mémoire, avec la sollicitation de l'ensemble des structures pour obtenir communication de leur plan blanc, dans sa dernière version, et de son annexe pandémie grippale. Il s'est notamment avéré que tous les établissements ne communiquaient pas systématiquement leur document après évaluation et révision de ce dernier.

Il paraît opportun pour remplir les objectifs précités de conduire une démarche articulée autour de l'inspecteur et axée sur la constitution de deux groupes de travail qui auront vocation, pour l'un, à élaborer un document de préparation à la rédaction des annexes (même si le contexte ne se prête pas forcément à un travail de rédaction sur la thématique puisque le temps de rédaction opportun, pour les établissements qui n'ont pas satisfait à cette obligation, aurait été en amont de la survenue de l'épidémie de grippe) et pour l'autre, à œuvrer sur une trame « plan blanc » commune (celle soumise par la DDASS en 2006 n'ayant été que très peu utilisée). Ces groupes ont évidemment vocation à associer les établissements et notamment leurs référents gestion de crise chargés de la

construction et de la rédaction des documents. Le travail ainsi réalisé sera enrichi des discussions et alimenté des remarques des acteurs de terrain, ce qui sera un atout incontestable dans son appropriation et donc son utilisation.

Il apparaît également opportun pour l'IASS, que ce soit ou non dans le cadre de ces groupes de travail, de produire un document du type « consignes générales pour les établissements de santé ». L'objectif ici est bel et bien de rappeler aux hôpitaux leurs obligations.

3.2 Associer tous les acteurs concernés par la gestion de crise

« La culture de crise dans une société du risque est un enjeu d'appropriation par les professionnels de santé en particulier mais également par la société toute entière »⁴¹. Pour être acteur à part entière, il semble d'abord important de définir et de faire partager clairement ce que l'on doit savoir faire mais aussi ce qu'on ne sait pas faire. Ce qui peut paraître pour certains comme une évidence sur le papier rencontre sur le terrain des interprétations et des vécus souvent sensiblement différents. Ce qui n'est pas clairement défini et vécu par les agents concernés l'est encore moins par les acteurs et les public avec lesquels ils sont en relation. La conséquence en est l'existence de multiples ambiguïtés entre les acteurs mais également un manque de support d'appartenance et de reconnaissance pour les agents concernés. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de ces facteurs en situation de crise. Ainsi, l'inspecteur devra être une force d'impulsion du travail en réseau, de la coordination entre établissement pour garantir la prise en charge de tous en cas de survenue d'une crise (3.2.1). Les exercices sont une condition essentielle de garantie de l'efficacité des dispositifs et peuvent être envisagés à une large échelle, entre établissements dans le cadre du plan blanc élargi (3.2.2). Trop cloisonnée au champ des établissements de santé, la préparation à la gestion de crise devra associer tous les partenaires (3.2.3) : la médecine libérale, les acteurs de la sécurité civile...

3.2.1 Impulser le travail en réseau, la collaboration entre établissements

La gestion des lits, et notamment de leurs fermetures en période de congés hivernale et estivale, où le risque de crise est d'autant plus prégnant (canicule, recrudescence d'une épidémie grippale...), doit être planifiée autant que possible et programmée d'une manière coordonnée entre tous les établissements de santé, qu'ils disposent ou non d'un service d'urgences, y compris les établissements de soins de suite et de réadaptation. Dans cette perspective, la formalisation d'un réseau inter-établissements apparaît comme un facteur déterminant d'une gestion en flux de la prise en charge des patients et par voie de conséquence d'une optimisation de cette même prise en charge en réduisant le risque de saturation du système au minimum.

⁴¹ REGOUBY C., janvier 2007, « Le défi des comportements dans la gestion de crise », Gestions Hospitalières, n°462, p.25

Les fermetures de lits, justifiées par la baisse d'activité programmée dans certaines disciplines qui permet au personnel de prendre ses congés, doivent tenir compte des besoins de soins non programmés. Au delà, dans une perspective de préparation à la gestion de crise, elles doivent également prendre en compte la potentialité d'un afflux important et soudain au sein de l'établissement. Le problème se situe dans le fait que les fermetures de lits sont guidées par le niveau de l'activité programmée, or le risque est bien celui d'une explosion soudaine en cas de crise de l'activité non programmée. Dans le contexte pandémique, L'instruction de la DHOS du 24 septembre 2009 pour la préparation et la gestion des déprogrammations dans les établissements de santé demande aux établissements de « *déprogrammer des activités et de redéployer des capacités hospitalières, afin, le cas échéant, d'accueillir un surcroît de patients, tout en faisant face à des arrêts de travail des personnels; d'assurer la continuité des soins pour les patients grippés ou non grippés; d'anticiper la sortie de crise et la reprogrammation des activités* ».

Ainsi la programmation des fermetures de lits des services de soins particulièrement concernés par la prise en charge des urgences (médecine, chirurgie orthopédique et viscérale principalement) doit être établie en coordination avec les établissements voisins et permettre de garantir l'existence de capacités d'hospitalisation en nombre suffisant pour répondre aux besoins des services d'urgences.

Sur le volet gestion des lits et déprogrammation, des réunions pourront être menées au niveau du territoire de santé qu'est le Lot-et-Garonne par l'IASS, épaulé dans la mesure du possible par un MISp, associant les représentants de tous les établissements de santé, publics, privés et participant au service public hospitalier ainsi que les présidents de CME, les coordonnateurs médicaux et les responsables des services les plus concernés (impliquant surtout ici les établissements de première ligne), notamment aide médicale urgente, urgences, réanimation, médecine, pédiatrie et chirurgie. Ces réunions auront pour objet de mettre en place une coopération poussée pour une gestion des lits qui s'inscrirait non plus dans le cadre de l'établissement mais à l'échelle du département

Le fait de veiller à la cohérence globale du dispositif tant au sein du territoire de santé qu'au niveau de chacune des disciplines et de faire l'analyse des difficultés observées au cours de l'année précédente avec les taux d'ouvertures de lits constatés, tout ceci afin de prendre les mesures correctives qui s'imposent, s'insère dans les missions de l'IASS en ce sens qu'il est le garant d'un accès à des soins de qualité pour tous. Qui plus est, cette nécessité dépasse le cadre de strict de la gestion de crise mais vient s'inscrire dans la capacité de réponse aux situations de tensions parfois extrêmes rencontrées par les structures au cours des périodes estivales et hivernales.

3.2.2 Optimiser la préparation des établissements par l'organisation et la participation à des exercices

A) Souligner la nécessité d'organiser des exercices

Un plan blanc a notamment pour objectif de préparer une réponse opérationnelle réflexe à une situation dont la dimension n'est pas mesurable et viendrait affecter le fonctionnement de l'établissement de santé. L'opérationnalité du plan doit être régulièrement testée et réévaluée au travers d'exercices correspondant aux situations déjà rencontrées ou susceptibles d'être vécues. Cette responsabilité incombe à celui qui a en charge la mise en application du plan.

Par la mise en place d'exercices, il est tenu de vérifier les délais d'installation techniques et d'arrivée des personnes qui composent la cellule de crise ; vérifier si chaque membre de la cellule est opérationnel ; vérifier la réactivité des services de l'établissement face à une commande émanant de la cellule de crise

Le risque en milieu hospitalier serait de penser que certaines procédures peuvent être validées et contrôlées sans avoir recours à l'exercice. Or il apparaît évident que rien ne remplace le test en conditions réelles ou tout du moins quasi réelles. Les exemples d'organisation de corps dont la raison d'être est par essence la gestion de crise (armée, pompiers...) attestent de la nécessité de tester de manière fréquente le matériel et les procédures pour au final optimiser les réactions le jour où survient un évènement majeur.

En tout état de cause, comme a pu le souligner Olivier Brahic, « les exercices de type test ou entraînement s'avèrent être indispensables mais insuffisants. En effet, la crise, lorsqu'il s'agit bien de cela, est par définition hors cadre. Les derniers grands évènements exceptionnels dans le domaine de la santé ont démontré que les outils et plans mis en place ne suffisent pas à contenir le phénomène »⁴². Ainsi, une certaine conception et mise en œuvre peuvent elles être dangereuses pour l'hôpital. En effet, un exercice trop calqué sur un plan (et non sur une situation épidémiologique ou un évènement défini) ou connu de tous peut conduire à un sentiment de fausse sécurité.

B) L'organisation d'exercices transversaux inter-établissements dans le cadre du plan blanc élargi

A ce jour, les quelques exercices réalisés se sont cantonnés au périmètre strict de l'hôpital et ont concerné sinon le plan blanc, des points particuliers comme le rassemblement de la cellule de crise ou l'arrivée de patients grippés aux urgences.

Ces exercices se doivent d'être adaptés, en particulier pour mesurer de manière efficace les écarts entre les comportements programmés par les plans et les performances des acteurs. Or, le champ des exercices ne doit pas se limiter à cela. Les exemples récents de crises qui ont frappé à des degrés divers l'hexagone (grippe H5N1 et H1N1, canicule) ont témoigné de la nécessité d'une vision de la gestion de crise qui ne se limite pas au

⁴² BRAHIC O., mars 2008, « Les exercices de santé publique : les hôpitaux au cœur des simulations de crise », Cahiers Hospitaliers, n°243, p.15

cadre de l'établissement de santé car dans l'hypothèse de l'afflux massif et/ou spontané de victimes, l'hôpital ne peut répondre seul et l'appui des sites avoisinants est primordial.

L'exercice doit donc également avoir pour vocation de tester l'efficacité de la collaboration entre les structures et la capacité à se reposer sur les établissements voisins en cas de saturation de la capacité d'accueil. Dans cette hypothèse, le plan blanc élargi apparaît comme le cadre opportun pour l'exercice, il permettra d'y associer en outre le secteur des transports sanitaires et les acteurs de la sécurité civile. En l'espèce l'inspecteur aura davantage un rôle de conseil pour la mise en place de cet exercice dont la fréquence ne peut pas être importante du fait de sa lourdeur (sollicitation importante de personnels hospitaliers) auprès des services de la préfecture qui ont compétence pour décider de la tenue de ce type de test.

C) L'implication de l'IASS en qualité d'auditeur externe

L'inspecteur pourra être partie prenante des exercices avec l'appui d'un MISP. Son regard extérieur ne peut être que bénéfique s'agissant du retour d'expérience, étape essentielle réalisée post-exercice. L'audit externe est une possibilité qui n'est pas exploitée à ce jour. En outre, il s'agirait là d'un moyen efficace pour l'établissement de santé menant le test de rendre compte de son état de préparation. Des audits internes existent déjà concernant la pertinence des dispositifs de gestion de crise mais il s'agit d'un outil qui n'est utilisé que de manière sporadique

Dans cette perspective, si l'inspecteur est à l'origine de l'exercice, il pourra en outre réaliser le cadrage de la visite d'audit, réalisé en amont et permettant notamment de délimiter le champ de l'observation. Cet audit pourra ensuite donner lieu à la rédaction d'un rapport transmis à la structure dans un délai préétabli et faisant état des points de force et des faiblesses de la préparation qui se sont dégagés lors de l'exercice. De la même manière, il apparaît intéressant que cet audit donne lieu à une réévaluation l'année suivante notamment afin de valider les actions d'amélioration proposées.

Cette action serait à mi-chemin entre la visite sur site et l'inspection et renforcerait le lien partenarial entre la DDASS (/Délégation départementale de l'ARS) et les établissements de santé davantage que le rapport de subordination ou d'autorité qu'induit la tutelle. L'objectif est bel et bien en l'espèce d'accompagner les hôpitaux pour qu'ils travaillent à l'efficacité de leur préparation à la gestion de crise.

Enfin, cette démarche aurait également un autre intérêt majeur : faire de l'IASS un acteur, un participant et plus seulement un instigateur, un préconisateur ou un ordonnateur.

3.2.3 Elargir le périmètre des acteurs : assurer le décloisonnement

A) Sensibiliser les médecins libéraux

En dehors de l'hôpital, les professionnels libéraux sont les premiers recours en matière de santé. Le rapport médecin traitant/patient, le questionnement du pharmacien par son client et les échanges avec les paramédicaux lors des soins permettent de faire passer

beaucoup plus de messages de prévention que certaines campagnes d'éducation sanitaire. La culture du risque et donc la prise de conscience des populations vis-à-vis des dangers de grande ampleur passent grandement par les relais habituels du monde de la santé que sont les professionnels libéraux.

L'exemple de la grippe témoigne de la nécessité d'associer la médecine libérale à la gestion de crise. En effet, dans l'hypothèse d'une crise externe atteignant une part importante de la population, le travail de régulation des médecins libéraux est fondamental. De leur attitude et de leur capacité à ne pas se décharger sur les hôpitaux, à respecter unanimement les consignes qui leur sont soumises en matière d'orientation des patients, dépend le bon fonctionnement des établissements de santé. Dans l'hypothèse d'une réorientation massive des patients grippés sur les hôpitaux, l'engorgement et la saturation de ces mêmes structures paraît inévitable.

Leur information et leur participation à la gestion de crise sont aujourd'hui une priorité. Le ministère de la Santé en a pris conscience et a fait un effort considérable pour mettre en place des actions de formation en matière de pandémie grippale. Cette action est à relayer sur le terrain et l'inspecteur, par la conduite de campagnes d'information au niveau local, doit être vecteur en ce sens.

B) Associer le secteur médico-social

Le Lot-et-Garonne est un département où la population est âgée : près d'un tiers des lot-et-garonnais ont plus de 60 ans. De nombreux établissements de santé y combinent leur activité dans le champ sanitaire avec une activité médico-sociale en ayant en parallèle des places d'EHPAD. De la même manière, dans les structures qui en disposent, la proportion des lits en USLD, par rapport à l'ensemble de la capacité litière, est importante. La capacité des établissements sanitaires en Lot-et-Garonne ne peut pas être qualifiée de limitée, elle est adaptée à la démographie du territoire. Cependant, le risque sous-jacent en l'absence de coordination entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux est celui d'un déversement massif des structures d'accueil gérontologiques sur les établissements de santé en cas de survenue d'une épidémie qui atteindrait, et c'est souvent le cas, les personnes âgées fortement présentes sur le département et nécessiterait alors des hospitalisations en nombre. Ce phénomène, sans que l'on ne puisse véritablement parler de crise, se manifeste déjà périodiquement avec les épidémies de grippe saisonnière qui nécessitent de nombreuses hospitalisations de personnes âgées qui conduisent certains établissements à une saturation de leurs possibilités de prise en charge.

Un recours gradué à l'ensemble des services constitutifs de la filière gériatrique des CH est à prévoir. L'objectif est l'amélioration des entrées et sorties d'hospitalisation des personnes âgées. L'optimisation de la prise en charge gériatrique par le secteur sanitaire en situation de crise doit être corrélée avec la garantie de continuité et de qualité des soins au sein des établissements de santé.

C) Impliquer le SAMU, les SMUR, le SDIS et les transporteurs sanitaires privés

Face à une crise trouvant sa source dans un évènement catastrophique avec de nombreuses victimes, la réponse médicale est organisée selon le principe de la médicalisation de l'avant. Les exemples d'accidents technologiques et de catastrophes naturelles ont démontré l'importance des équipes composées de médecins, d'infirmiers et de secouristes dans l'extraction, les gestes de secours, la réanimation, les premiers soins, le conditionnement et l'évacuation des victimes. Ces équipes sont parfois conduites à mettre en place des Postes Médicaux Avancés (PMA) qui nécessitent une forte organisation logistique pour prendre en charge les nombreuses victimes directement sur le terrain.

Leur implication et leur collaboration est primordiale d'une part car ils sont potentiellement le premier recours en cas de sinistre important mais également car ils interviennent de manière prépondérante en tant qu'opérateur technique dans l'articulation inter-établissements, ils sont vecteurs du lien entre les structures dans le maillage hospitalier.

Sur ce volet spécifique du transport sanitaire, le SAMU, le SDIS et les ambulanciers privés ont cependant déjà établi une convention tripartite pour garantir une bonne coordination des urgences ambulatoires, mais qui n'est pas spécifiquement axée sur la gestion de catastrophes sanitaires, en application des dispositions de la circulaire de la DHOS du 21 mars 2004⁴³. Il pourra être intéressant d'associer le CODAMUPS à la démarche.

D) Mobiliser les forces de l'ordre

Les relations avec les forces de l'ordre doivent être renforcées. Depuis 2004, en raison d'une aggravation de l'insécurité notamment dans les services d'urgence et les établissements psychiatriques (double meurtre d'infirmières au sein de l'hôpital psychiatrique de Pau), un communiqué du Ministre de l'Intérieur du 23 décembre de la même année⁴⁴ a donné l'impulsion du partenariat police-hôpital en réorientant l'action de la police pour une meilleure réactivité dans le traitement des demandes du secteur hospitalier. Le texte a été prolongé par un protocole d'accord du 12 août 2005 entre le ministre de l'Intérieur et ce lui de la Santé⁴⁵, pour renforcer ce partenariat et à améliorer la sécurité des établissements hospitaliers. A la suite de ce protocole, des déclinaisons locales, sous forme de conventions, ont été signées entre l'autorité de police du secteur de l'hôpital et le directeur d'établissement.

Sur le territoire Lot-et-Garonnais, un conventionnement, n'existant pas à ce jour, pourrait être conclu entre les CH, voire même l'ensemble des structures, et les commissariats de police implantés sur le département à Agen, Villeneuve-sur-Lot et Marmande. Sur le modèle de conventions établies pour la sécurité, une anticipation portant sur la

⁴³ Circulaire DHOS/01/2004/151 du 21 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

⁴⁴ Communiqué de presse du Ministre de l'Intérieur Dominique de Villepin « La sécurité dans les établissements hospitaliers »

⁴⁵ Protocole d'accord signé le 12 août 2005 entre le Ministère de la santé et des solidarités et le Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire « Violences à l'hôpital »

collaboration en cas de survenue d'une crise (pour garantir l'accès, assurer la sécurité des sites) pourrait être conclue. A l'heure actuelle, un seul des CH du département a mis en place un protocole avec la police nationale sur les modalités d'une coopération en cas de crise. Une collaboration du même type est à envisager entre les services de gendarmerie et les structures qui dépendent de leurs secteurs.

E) Articuler l'action des différents opérateurs

La tutelle, les établissements de santé, la médecine libérale dont le rôle est important dans la régulation du système puisqu'ils sont généralement le premier réceptacle des patients avant l'hôpital, la veille sanitaire, le SAMU, les SMUR, les transporteurs sanitaires privés, le SDIS, les forces de l'ordre, sans oublier le secteur médico-social, notamment dans son volet gériatrique, dont la vulnérabilité est importante, sont donc tous impliqués sur le terrain lors de la survenue d'une crise sanitaire.

Le cadre de la révision du plan blanc élargi paraît propice à l'association de tous les partenaires autant qu'elle l'est pour l'optimisation des dispositifs techniques⁴⁶. Depuis l'élaboration de ce dernier en avril 2007, de nouveaux enseignements pourront être tirés de la crise actuelle mais également des micro-événements qui ont pu impacter sporadiquement le fonctionnement de certaines structures à l'instar de l'épisode de tempête en janvier 2009. Cette révision serait en outre légitimée par le décret du 30 décembre 2005 qui prévoit une révision annuelle du plan blanc élargi, or la dernière version en Lot-et-Garonne n'a pas été actualisée depuis quasiment trois ans.

Il conviendra donc de solliciter et d'associer l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), des représentants des établissements médico-sociaux pour personnes âgées, les directions d'établissements de santé, Les élus locaux, notamment ceux dont la commune est siège d'un établissement de santé, pourront également y être conviés.

La recherche d'une mise en cohérence entre l'outil du préfet de département qu'est le plan blanc élargi et des organisations interdépartementales et zonales pourra également supposer l'association à la démarche de révision d'un représentant du CHU de zone à savoir le CHU de Bordeaux. Le périmètre départemental est en effet une contrainte dans l'harmonisation des dispositifs préparatoires à une situation de crise. L'exemple lot-et-garonnais est en ce sens explicite, ce ne sont pas forcément les mêmes dispositifs qui ont été élaborés entre le Tarn-et-Garonne (région Midi-Pyrénées) et le Lot-et-Garonne (région Aquitaine) s'agissant de la gestion des stocks et la distribution préventive des comprimés d'iode en cas d'accident nucléaire. La centrale nucléaire de Golfech située à la limite géographique des deux départements rend la question prégnante. Elle est également susceptible d'impacter le fonctionnement des établissements de santé qui seront tenus de prendre en charge les victimes en cas de survenue d'un événement de la nature de celui précité.

⁴⁶ Cf 3.2.1 s'agissant spécifiquement de l'organisation des transferts entre établissements

En tout état de cause, l'inspecteur peut être en charge de la conduite de ces réunions, en collaboration avec l'autorité préfectorale qui a la main sur la thématique plan blanc élargi. Elles auront vocation d'une part à permettre aux multiples acteurs de se connaître pour, d'autre part, travailler ensemble dans ce champ au sein duquel une part trop importante est encore laissée aujourd'hui à l'aléa et à l'organisation à l'instant, à la réaction davantage qu'à l'anticipation et à la coordination en amont.

Conclusion

Avoir élaboré un plan blanc ne signifie pas forcément pour l'établissement de santé qu'il est paré à la gestion de crise. Ce présupposé théorique s'effrite d'une part à la lecture des plans et de leurs annexes, et d'autre part lors de l'analyse du discours tenu par les directions et/ou les responsables de la gestion de crise au sein des structures lot-et-garonnaises. Ces hiatus ont pour origine des contingences opérationnelles et de fonctionnement indéniables. En effet, certains moyens de préparation sont sous-utilisés faute de ressources ou de temps. Il en est ainsi de la tenue d'exercices d'entraînement en raison des difficultés techniques de mobilisation d'un personnel déjà très sollicité dans le cadre de l'activité quotidienne de l'hôpital.

Certaines externalités viennent également perturber la préparation des établissements de santé du Lot-et-Garonne à la gestion de crise. Le manque de coordination entre les structures se pose comme un frein voire même comme une défaillance dans l'organisation d'un système de prise en charge de victimes pouvant affluer massivement et de manière « non adressée ». La perspective est ici celle d'une saturation de certains établissements et la gestion inter-hospitalière de la patientèle est alors une nécessité.

Enfin, certains freins venant scléroser la préparation des hôpitaux lot-et-garonnais à la gestion de crise sont propres au management des établissements. En effet, même si l'acculturation à la notion est progressive, il n'existe pas encore de véritable politique de gestion de crise au sein de toutes les structures, ou, le cas échéant, il n'en est pas fait une priorité. L'absence de véritable politique de formation des personnels hospitaliers à la gestion de crise atteste de cet état de fait.

Dans un contexte de réforme de l'administration sanitaire et sociale, l'inspecteur aura la charge de maintenir le lien avec les établissements de santé et la vigilance de ceux-ci.

Le rapport de Philippe Ritter⁴⁷ a proposé, notamment par le biais de la création des ARS, de régionaliser les capacités d'analyse et d'expertise en matière de veille et d'alerte sanitaires, de prévoir une capacité d'expertise de l'ARS au niveau régional sur l'ensemble des sujets et de confirmer un rôle exclusif au préfet en matière de gestion de crise. Cette analyse ne doit pas occulter la connaissance du terrain qui est celle de l'IASS, sa prérogative en matière de contrôle sur les établissements de santé mais aussi et surtout le fait qu'il est l'interlocuteur privilégié de ces derniers. en fait un opérateur pertinent pour œuvrer, avec les structures (et au delà avec l'ensemble des acteurs de la gestion de crise) à l'amélioration de leurs capacités de réaction. Le préfet doit avoir des prérogatives importantes en la matière de mais il semble difficilement concevable de ne pas associer à ce champ l'inspecteur notamment au titre des arguments précités. Il apparaît essentiel que ce dernier puisse continuer à jouer un rôle, que ce soit au niveau régional ou au niveau local, au sein des délégations départementales de l'ARS, niveau opérationnel. Au sein de ces dernières, il pourra poursuivre son action d'impulsion et de coordination auprès des établissements de santé en matière de préparation à la gestion de crise.

⁴⁷ RITTER P., janvier 2008, « Rapport sur la création des Agences régionales de santé », 58 p.

Bibliographie

OUVRAGES

DE TIESENHAUSEN H., 2009, « Guide pour l'élaboration du dispositif de crise à l'hôpital », Rennes : Presses de l'EHESP, 94 p.

GILBERT C., 2007, « Les crises sanitaires de grande ampleur : un nouveau défi ? », Paris : La Documentation française, 66 p.

GODARD O., HENRY C., LAGADEC P., MICHEL-KERJAN E., 2002, « Traité des nouveaux risques », Paris : Gallimard, 604 p.

FINCHELSTEIN G., 2006, « Agir face aux crises – Katrina, grippe aviaire, tsunami », Paris : Plon, 112 p.

ARTICLES – PÉRIODIQUES

BANGA B., août-septembre 2009, « *La gestion des risques dans les établissements de santé* », *Décision Santé*, n°257, pp 32-34

BERNARD M., mars 2008 « *La problématique de la déprogrammation en établissement* », *Cahiers Hospitaliers*, n°243, pp 20-21

BERTRAND E., MENNETRIER V., SCHLATTER J., WEISSENBURGER J., BLANCHET L., DESROCHES A., juin-juillet 2008, « *Conformité d'un plan blanc. Questionnaire d'évaluation et analyse préliminaire de risques* », *Gestions Hospitalières*, n°477, pp 425-430

BERTRAND E., SAIZY-CALLAERT S., décembre 2008, « *La communication de crise. Être crédible pour être audible* », *Moniteur Hospitalier*, n°211, pp 13-16

BIOT F., COSTE N., CASTRO P., LACHENAUD L., février 2008, « *Lots médicaux de catastrophe, à la recherche de la réponse la plus adaptée* » *Gestions Hospitalières*, n°473, pp 126-130

BRAHIC O., mars 2008, « *Les exercices de santé publique : les hôpitaux au cœur des simulations de crise* », *Cahiers Hospitaliers*, n°243, pp 14-16

BREYSSE F., août-septembre 2006, « *L'organisation d'un plan blanc* », *Objectif Soins*, n°148, pp II-IX

CABANIS J.N., mars 2008, « *La crise et l'hôpital* », *Cahiers Hospitaliers*, n°243, p.5

CAMPHIN P., mars 2008, « *Face à la crise : le plan blanc d'établissement* », Cahiers Hospitaliers, n°243, pp 10-13

CAMPILLO A., VIDONNE O., janvier 2007, « Plans et coordination des plans », Gestions Hospitalières, n°462, pp 11-15

CHEVALLIER J.R., novembre-décembre 2005, « *Plus je m'entraîne, plus j'ai de chance* », Entreprise Santé, n°60, pp 21-22

Colloque du Haut Comité français pour la défense civile, mars-avril 2008, « *L'hôpital face à la crise* », Techniques Hospitalières, n°708, pp 9-

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

DE TIESENHAUSEN H., février 2008, « *Des risques aux crises. L'évaluation du dispositif plan blanc, annexe pandémie grippale* », Gestions Hospitalières, n°473, pp 103-106

DEFORGES J.C., avril 2009, « *Les risques et la sécurité du patient. Opérationnalité d'un plan blanc. En mesurer l'efficacité* », Gestions Hospitalières, n°485, pp 214-217

FOUASSIER E., VAN DEN BRINK H., février 2008, « *La préparation du système de santé français aux catastrophes sanitaires* », Gestions Hospitalières, n°473, pp 109-114

GABELLA G., novembre-décembre 2005, « *Les mots pour le dire* », Entreprise Santé, n°60, pp 18-19

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

JEAN E., septembre 2009, « *Les dispositifs de lutte contre la pandémie grippale : à chacun son plan* », Revue Droit et Santé, n°31, pp 381-385

MOLEND A S., HAMEK S. , ANCEAUX F., octobre 2008, « *Définitions d'aides instrumentales pour la gestion de crise à l'hôpital : le plan blanc* », Le Travail Humain, n°71, pp 297-322

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

PETON KLEIN D., octobre 2004, « *La multiplication des plans, quelle lisibilité ?* », Gestions Hospitalières, n°439, pp 629-630

PILLET C., janvier 2007, « L'établissement de santé en tension », Gestions Hospitalières, n°462, pp 16-20

PILLET-MOREELS C., novembre-décembre 2005, « *Prévoir l'imprévisible* », Entreprise Santé, n°60, pp 15-17

QUEYROUX P., octobre 2004, « *Organisation du système hospitalier en temps de crise* », Gestions Hospitalières, n°439, pp 624-623

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

REGOUBY C., mars 2008, « *Se préparer au management d'une crise* », Cahiers Hospitaliers, n°243, pp 17-19

MEMOIRES

CONDUCHE C., 2007, « L'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs dans la gestion de crise : une contribution du Directeur des soins », EHESP, 53 p.

LESTIENNE A., 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) », EHESP, 72 p.

MARTIN J., 2008, « Le plan blanc en psychiatrie : rôle et stratégie du directeur des soins dans l'opérationnalité des soignants », EHESP, 38 p.

Module Interprofessionnel de Santé Publique, 2004, « Les difficultés de mise en place d'un plan d'afflux de victimes dans les établissements de santé », EHESP, 45 p.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

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

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Journal Officiel n° 190 du 17 août 2004

Loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, Journal Officiel n°190 du 17 août 2004

Loi n°2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire, Journal Officiel n°135 du 14 juin 2006

Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, Journal Officiel n°55 du 6 mars 2007

Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des

menaces sanitaires de grande ampleur, Journal Officiel n°55 du 6 mars 2007

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n°167 du 22 juillet 2009

Loi n°98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, Journal Officiel n°151 du 2 juillet 1998

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGS/3E/n° 1471/DH/9C du 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DHOS/01/2004/151 du 21 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire n°DHOS/CGR/2007/110 du 26 mars 2007 relative à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire n°DHOS/HFD/2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire n°DHOS/P2 no 2006-233 du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière

MINISTERE DE LA SANTE, Instruction de la DHOS du 24 septembre 2009 relative à la préparation et à la gestion des déprogrammations dans les établissements de santé publics et privés, du fait de la pandémie grippale A/H1 N1

PREMIER MINISTRE SUR AVIS DU MINISTRE DE LA SANTE, Circulaire n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009 instituant le Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale »

PREMIER MINISTRE SUR AVIS DU MINISTRE DE LA SANTE, 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 du 31 décembre 2005

PREMIER MINISTRE SUR AVIS DU SECRETARIAT GENERAL DE LA DEFENSE NATIONALE, Circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002 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

PREMIER MINISTRE SUR AVIS DU SECRETARIAT GENERAL DE LA DEFENSE NATIONALE, Circulaire n°800/SGDN/PSE/PPS du 23 avril 2003 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives

PREMIER MINISTRE, Décret n°2007-207 du 19 février 2007 relatif aux attributions des hauts fonctionnaires de défense et de sécurité

DIVERS

PREFECTURE DU LOT-ET-GARONNE ,avril 2007, Plan blanc élargi du Lot-et-Garonne,
122 p.

RITTER P., janvier 2008, « Rapport sur la création des Agences régionales de santé »,
58 p.

SITES INTERNET

www.invs.sante.fr

www.lot-et-garonne.pref.gouv.fr

www.pandemie-grippale.gouv.fr

www.patricklagadec.net

www.sante-sports.gouv.fr

www.legifrance.gouv.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'entretien

ANNEXE 2 : Trame Plan Blanc type, version 2, 19 juillet 2006

ANNEXE 1 : Grille d'entretien

Date :

Nom et coordonnées de la personne responsable de la mise à jour et révision du plan :

Le Plan blanc, au sein de l'établissement doit être constitué de :

- Eléments réglementaires
- Rappel de l'organisation générale (zone, département, région, voire agglomération)
- Description des caractéristiques, ressources et contraintes internes
- Analyse des risques internes et externes
- Listes des coordonnées du personnel
- Fiches actions
- Protocoles et fiches actions relatives au risque NRBC
- Plans divers si besoin (plan de circulation, de stationnement, de signalisation)
- Coordonnées des partenaires de l'établissement

Généralités			
Plan soumis au différentes instances consultatives ou délibératives de l'établissement (<i>oui/non</i>)			CME <i>avis favorable/défavorable</i> CTE <i>avis favorable/défavorable</i> CHSCT <i>avis favorable/défavorable</i> CA <i>approbation le</i>
Plan réexaminé tous les ans ?	oui	non	Observation :
Procédure de révision du plan			
Formalisation écrite des révisions			
Qualification des personnes responsables de cette révision			
Plan testé ?	oui	non	Observation
Périodicité			
Modalités, types d'alertes			
Qualification des personnes responsables du test			

<p>Formation du personnel</p> <p>Des actions de sensibilisation et des actions de formation ont-elles été organisées?</p> <p>Sur quels thèmes et à quelle date?</p> <p>Pour quels services ou personnels ?</p>	<p>oui</p>	<p>non</p>	<p>Observation :</p>
Protocole d'alerte			
<p>Noms, qualification et coordonnées des personnes responsables (directeur de l'hôpital ou administrateur de garde)</p>			
<p>Information rapide des partenaires</p> <p>Préfet</p> <p>DDASS</p> <p>DARH</p>	<p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>Observation :</p>

Cellule de crise			
Composition détaillée de la cellule de crise:	oui	non	Observation :
- nominative	oui	non	
- correspondants qualifiés identifiés	oui	non	
Un roulement des personnes assurant la cellule est-il prévu ?	oui	non	Observation :
Liste actualisée à tout changement de composition de la cellule ?	oui	non	Observation :
Local précis disponible pour la cellule de crise	oui	non	Observation :
Equipement en matériel: chaise, table, point eau, etc...	oui	non	
Moyens dédiés : téléphonie, informatique...	oui	non	

Fonction direction			
Protocole d'alerte et de déclenchement	oui	non	Observation:
Existe-t-il un chargé de communication ?	oui	non	Observation:
Existe-t-il des procédures de communication avec: - autorités - médias - familles	oui oui oui	non non non	Observation:
Existe-t-il une procédure interne d'information du déclenchement du plan blanc?	oui	non	Observation:
Coordination médicale			
Rôle du coordonnateur médical quand le plan blanc est déclenché et en amont			Observation:

Liaisons prévues: - avec SAMU - avec SAU - autres établissements de santé	oui oui oui	non non non	Observation:
Liste du personnel médical actualisée	oui	non	Observation:
Protocole de maintien sur place des personnels médicaux et non médicaux	oui	non	Observation:
Procédure précise de rappel des personnels médicaux de jour comme de nuit et jour férié	oui	non	Observation:
Un point de ralliement du personnel médical est-il prévu? (distribution de matériel spécifique pour la protection des personnes, vaccination, ...)	oui	non	Observation:
Déprogrammation : Procédure de libération des blocs opératoires et de renvoi temporaire des admissions non urgentes	oui	non	Observation:

Gestion des lits			
Un coordinateur précis est-il désigné pour cette fonction ?	oui	non	Observation
Liste précise et actualisée des lits disponibles.	oui	non	Observation
Mesures envisagées pour augmenter le potentiel d'accueil hospitalier si nécessaire	oui	non	Observation:
Procédures de sortie :	Observations:		
Fonction "personnels "			
Liste de l'ensemble du personnel sécurisée (enveloppe scellée)	oui	non	Observation:
Existe-t-il un protocole d'actualisation ?	oui	non	Observation:
Procédures précises de convocation du personnel paramédical et technique et point de ralliement	oui	non	Observation:

Fonction "économique" et "logistique"			
Un coordonnateur précis est-il désigné pour cette fonction ?	oui	non	Observation:
Présence de fiches actions	oui	non	Observation :
Thèmes présents dans les fiches actions (Principalement question de l'approvisionnement)			
Approvisionnement de la pharmacie	oui	non	Observation :
Approvisionnement en équipements des unités médicales	oui	non	Observation :
Blanchisserie	oui	non	Observation :
Restauration	oui	non	Observation :
Conditions d'accessibilité et de distribution	oui	non	Observation :

Fonction "intérieure"			
Un coordonnateur précis est-il désigné pour cette fonction ?	oui	non	Observation:
Conditions d'accès et de tri au centre de soins réglementées - plan de circulation - plan de stationnement	oui oui	non non	Observation :
Un accès spécifique pour le personnel est-il prévu ?	oui	non	Observation :
Accès des externes (pompiers, ambulances, forces de l'ordre, victimes):	Observation :		
Convention avec la police et la gendarmerie pour la circulation, le stationnement et la sécurité des sites	oui	non	Observation :
Les fiches précisent le rythme de déploiement des équipements par fonction et par site	oui	non	Observation :

Fonction "accueil"			
Un coordonnateur précis est-il désigné pour cette fonction?	oui	non	Observation:
Procédure d'accueil tenant compte des différents types de victimes: - victimes se présentant spontanément - victimes plus gravement touchées, - « conditionnées » au préalable sur place	oui	non	Observation :
Procédure d'accueil des victimes NRBC	oui	non	Observation :
Annexes risques NRBC			
Ressource médicale formée à la gestion de ces risques clairement identifiée	Observation :		
Personnes spécialisées NRBC participant à la cellule de crise	oui	non	Observation :

Liste actualisée des services et personnels à réquisitionner en cas de risque NRBC	oui	non	Observation :
Rôle de l'établissement, dans la prise en charge et/ou le transfert des patients NRBC , clairement défini.	oui	non	Observation :
Mesures de protection pour le personnel	oui	non	Observation :
Mesures de protection pour le matériel	oui	non	Observation :

ANNEXE 2 : Trame Plan Blanc type, version 2, 19 juillet 2006

Nom de l'établissement :

Dernière mise à jour :

Numéro FINESS :

Adresse :

PLAN BLANC DE L'ETABLISSEMENT

1. Présentation de l'établissement : <i>(cf fiche jointe)</i>	
Localisation géographique :	
Activités de soins :	
- urgences	Oui Non Capacité : _____
- médecine	Oui Non Capacité : _____
- chirurgie	Oui Non Capacité : _____
- obstétrique	Oui Non Capacité : _____
- dialyse	Oui Non Capacité : _____
- psychiatrie	Oui Non Capacité : _____
- soins de suite et rééducation	Oui Non Capacité : _____
- autres	
Plateau technique :	
Autres équipements :	
Personnel :	

2. Environnement : <i>se référer au plan blanc élargi établi par le préfet si existant</i>	
Risques potentiels :	
- naturels (inondations, tempêtes, incendies, etc.) :	
- industriels (usines, sites seveso, centrales, etc.) :	
- trafic (axes routiers, aéroports, etc.)	
- autres risques : politique (terrorisme, frontières, etc.), zones militaires, habitat, etc.	
Autres établissements de santé : <i>(identification et distance)</i>	

<ul style="list-style-type: none"> - SAU - Hôpital militaire - CH - CHS - Hôpitaux locaux - Autres : 	
--	--

3. Cellule de crise :	
Missions :	<ul style="list-style-type: none"> - déterminer le niveau de déclenchement - déterminer la graduation et la sectorialité du plan blanc - centraliser les disponibilités de moyens - veiller à l'enregistrement et au parcours des patients dans l'établissement (chaque patient reçu fait l'objet d'une fiche dont une copie est transmise à la cellule de crise) - recenser les besoins, identifier et répartir les moyens - organiser l'accueil et l'information des familles - être en contact avec les autorités de tutelles, les autres établissements, les services de secours - assurer la transmission de l'information en interne et externe
Mise en place :	<ul style="list-style-type: none"> - en cas de pré-alerte externe (préfecture, zone de défense, SAMU) sur décision du représentant légal - sur décision du représentant légal si plan blanc de l'établissement
Composition :	
- Coordonnateur de la cellule de crise	- Nom et coordonnées : _____
- Membres (coordonnées personnelles : adresse, téléphone, mobile, mail)	<ul style="list-style-type: none"> - Nom et coordonnées : _____
- Experts extérieurs :	
Lieu de réunion :	Salle de réunion : Accès : <i>Clefs, badges, contrôle, etc.</i>
Moyens techniques :	Téléphone : Fax : Email : Ordinateur avec imprimante Documents à disposition dans le local : <i>exemplaire plan</i>

<p>« Debriefing » post-crise :</p>	<p><i>blanc, numéros utiles, plans d'accès, plan d'évacuation</i> Autres matériels : <i>masques, chargeurs téléphones, batteries, etc.</i> Tenue d'un journal de crise</p> <p>Dans les 15 jours suivant la fin de la crise</p>
4. Procédure de déclenchement du plan blanc	
<p>Qui déclenche ?</p>	<p>Préfet Représentant légal de l'établissement</p>
<p>Sur quels critères ?</p>	<p>Cellule de veille quotidienne : composition et modalités de fonctionnement, analyse des indicateurs des système de surveillance interne et externes ... Circonstances qui amènent à déclencher le plan blanc</p>
<p>Circuit de l'alerte</p>	<p>A qui l'alerte est-elle transmise, et quel le circuit de transmission ?</p>
<p>Vérification des faits</p>	<p>Vérification de la situation d'urgence auprès du centre 15, de la DDASS ou de la Préfecture</p>

5. Accueil en cas de crise	
<p>Accueil des victimes :</p>	<p>Accès : Signalétique : Zone tampon : Zone de dégagement : Personnes à mobilité réduite : Si urgences dans l'établissement : <i>prévoir un accueil séparé pour les urgences courantes (hors crise)</i></p>
<p>Circulation des véhicules :</p>	<p>Plan de circulation (<i>à joindre en annexe</i>) Parking : Utilisation des véhicules de l'établissement : Personne(s) responsable(s) :</p>
<p>Accueil des familles :</p>	<p>Salle : Personne(s) responsable(s) : Mesures de contrôle d'accès :</p>

Accueil des media :	Salle : Personne(s) responsable(s) : Mesures de contrôle d'accès :
----------------------------	--

6. Personnel – maintien, renforcement, rappel	
Information du personnel :	Message unique : « <i>Le plan blanc est déclenché</i> »
Maintien et rappel du personnel :	Les listes sont conservées au service du personnel ainsi qu'à la cellule de crise et ne sont pas diffusées. Elles sont tenues à jour par le service du personnel :
<i>En fonction du niveau d'alerte, la cellule de crise propose au représentant légal de l'établissement la mobilisation progressive des équipes médicales et paramédicales ainsi que des personnels des services techniques.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Noms, fonctions et coordonnées des personnels maintenus dans leur poste en cas de préalerte - Noms, fonctions et coordonnées des personnels maintenus dans leur poste en cas de crise - Noms, fonctions et coordonnées des personnels à rappeler à leur poste en cas de crise (si absents) :
Organisation interne en cas de maintien ou rappel du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnels doivent rejoindre en premier lieu leur service d'affectation - Obtention des instructions auprès de la cellule de crise : lieux d'affectation, tâches, etc. : - Contrôle d'accès : - Dispositif d'accueil des enfants du personnel (en cas d'impossibilité pour ceux-ci de trouver une solution alternative) : - Repas (<i>mise à disposition de repas pour le personnel maintenu ou rappelé</i>) : - Salles de repos : - Lignes téléphoniques spécifiques pour lien avec les familles :
Aspects médico-psychologiques <i>Le personnel doit pouvoir bénéficier d'une aide médico-psychologique</i>	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation du personnel au repérage des collègues en difficulté : <i>formation</i> Lignes téléphoniques pour le personnel afin de rester en contact avec leurs proches : Liste des partenaires de la prise en charge médico-psychologique (associations, organismes privés) :

7. Activités de soins : mesures à prendre en cas de crise

<p>Lits : Ces mesures sont décidées par le représentant légal sur avis de la cellule de crise qui consulte les médecins et le service du personnel (maintien et rappel)</p> <p>Information des autorités de tutelles et du SAMU en permanence par la cellule de crise</p> <p>Médicaments :</p>	<ul style="list-style-type: none">- Recensement des lits disponibles dans l'établissement- Accélération des sorties (vers le domicile, d'autres établissements)- Déprogrammation médicale et chirurgicale (très courte durée) : plan de déprogrammation à définir- Ouverture de secteurs fermés (en période saisonnière)- Stocks de médicaments- Responsabilité surveillance et délivrance- Mesures de contrôle d'accès renforcé en cas de crise
--	--

8. Fonctionnement de l'établissement en mode dégradé	
Electricité	Sources autonomes : (<i>activation, durée autonomie</i>) Responsable : Numéro appel EDF :
Autres ressources énergétiques : gaz, fuel	
Téléphone	Lignes indépendantes de l'autocom : Lieux où se trouvent les chargeurs de portable de secours : Contact opérateur téléphonique : Responsable :
Eau	Responsable : Numéro appel service fourniture d'eau :
Fluides	Responsable : Numéro appel fournisseur :
Informatique	Responsable : Numéro appel entreprise de maintenance :
Restauration	Responsable : Numéro appel entreprise de maintenance Stocks, organisation particulière (denrées non périssables, menus simplifiés...)
Lingerie	Responsable : Numéro appel entreprise de maintenance :
Gestion des déchets	Responsable : Numéro appel entreprise de maintenance :
Gestion des décès	Responsable : modalités
Evacuation de l'établissement : décision prise par la cellule de crise après accord du Préfet	- Plan d'évacuation : ordres de priorités, replis

9. Cas particulier du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique <i>(uniquement si déclenchement du plan blanc élargi en raison du risque NRBC)</i>	
A l'entrée de l'établissement :	Salle d'accueil spécifique pour la décontamination : déshabillage et douches
Renfort par les forces de l'ordre pour le périmètre de sécurité :	Protection du personnel : casques, masques, gants, etc. <i>Convention éventuelle avec la police ou la gendarmerie nationale</i>
Confinement de l'établissement :	Fermetures des portes et fenêtres Arrêts des centrales de circulation d'air Maintien du personnel dans les locaux (circuit d'information et de transmission de consignes)
Formation des personnels :	L'établissement veillera à ce que des médecins y intervenant ainsi que des personnels infirmiers puissent bénéficier de formation du CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence) qui dispense ce type de formations.

10. Communication	
La cellule de crise est chargée de la communication vers l'ensemble des cibles potentielles.	Cibles : Tutelles (Préfecture, DDASS, ARH) : information sur la situation de l'établissement, prises de consignes, etc.
Les personnels en contact avec les victimes et potentiellement avec d'autres interlocuteurs (familles, médias) renvoient systématiquement à la cellule de crise.	SAMU : information permanente sur les disponibilités en lits
<i>Liste des numéros utiles et noms des interlocuteurs en annexe</i>	Autres établissements : contacts téléphoniques pour envoi de patients en sortie anticipée, etc.
	Familles des victimes : affichage, accueil spécifique
	Medias : communiqués de presse, conférence de presse par la cellule de crise

11. Evaluation et réajustement du plan blanc

La pertinence du présent plan est annuellement vérifiée éventuellement par le biais d'un exercice total ou partiel.

Le contenu est réajusté en conséquence.

Annexes :

- *Plans d'accès et de circulation,*
- *Plan de masse,*

- *Liste des coordonnées des interlocuteurs extérieurs : tutelles, SAMU, autres établissements, médias, forces de l'ordre*

- *Fiches réflexes*

- *Cellule de veille quotidienne*

- *Tableaux de bord de recensement des capacités d'accueil des victimes*

- ***Pandémie grippale : une annexe doit prévoir les mesures spécifiques en cas de pandémie grippale (établir pour l'établissement une adaptation des fiches de recommandations du guide DHOS « organisation des soins en situation de pandémie grippale »).***