Elève Directeur des Soins

Promotion : **2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

La gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles: le directeur des soins, pilote de l'opérationnalité d'un management stratégique

Roxane PINNA

Remerciements

Je tiens à remercier Claudie GAUTIER, ma référente mémoire dans le cadre du suivi du mémoire professionnel. Elle a fait preuve d'une grande disponibilité pour m'accompagner tout au long de ce travail en m'apportant des conseils méthodologiques.

Aussi, je souhaite remercier mon maitre de stage, coordonnateur des soins d'un Groupement Hospitalier de Territoire d'Ile de France. Son attention et ses conseils avisés m'ont été précieux dans le cadre de la réalisation de mon enquête, mais également tout au long de mon stage. J'associe à cette démarche tout le personnel de la direction de l'établissement qui m'a accueilli et accompagné tout au long de mon stage.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble des personnes qui ont accepté de s'entretenir et me consacrer du temps dans le contexte de crise sanitaire. Leur contribution a été primordiale dans l'accomplissement de ce travail.

Enfin, je remercie mes proches pour leur bienveillance et leur compréhension tout au long de cette année.

A Sophie pour sa patiente et son indéfectible soutien.

«Il faut se préparer à être surpris et donc s'avoir s'adapter» Patrick LAGADEC[1]

[1] HENRY C; GODARD O; LAGADEC P; MICHEL-KERJAN E, 2002, Traité des nouveaux risques, Gallimard, 654p

Sommaire

Introduction 1
1 Cadre conceptuel 5
1.1 Définitions et cadre réglementaire des Situations Sanitaires Exceptionnelles..... 5
1.1.1 Définition des Situations Sanitaires Exceptionnelles 5
1.1.2 Organisation nationale et territoriale 6
1.1.3 Les dispositifs de planification : ORSEC et ORSAN 6
1.1.4 La place de l'établissement définie par l'ARS 9
1.2 Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE : déclinaison opérationnelle dans les établissements de santé 10
1.2.1 Le plan blanc..... 10
1.2.2 Le Plan de Continuité d'Activité 11
1.2.3 L'adaptation de l'organisation interne des établissements de santé 12
1.3 La préparation et la réponse aux situations de crise en établissements de santé par l'équipe de direction 13
1.3.1 Le rôle et la responsabilité du directoire 13
1.3.2 La place du Directeur des Soins dans le Plan de Continuité de l'Activité.... 14
1.4 Les Situations Sanitaires Exceptionnelles intégrées dans la politique du management de la qualité et de la gestion des risques..... 16
1.5 Le management opérationnel de la gestion de crise..... 17
1.5.1 Définition d'une cellule de crise opérationnelle 17
1.5.2 Le pilotage de la cellule de crise 17
1.5.3 L'organisation de la cellule de crise..... 18
1.5.4 L'opérationnalité de la cellule de crise 19
2 L'enquête 21
2.1 La méthodologie de l'enquête 21
2.1.1 Le choix de l'étude 21
2.1.2 Les outils utilisés pour mener les entretiens 23
2.1.3 Les limites de l'enquête..... 23

2.2 L'analyse des résultats de l'enquête 24
2.2.1 La population de l'étude (Annexe 2) 24
2.2.2 Le niveau de connaissance du plan blanc existant 24
2.2.3 L'année de mise à jour du plan blanc 25
2.2.4 La place du directeur des soins : de la stratégie à son opérationnalité 26
2.2.5 Le projet de soins codifie la gestion de crise et développe les capacités d'adaptation des professionnels.....29
2.2.6 La place du directeur des soins en cellule de crise 33
2.2.7 Les exercices de simulation.....34
2.2.8 Le directeur des soins, garant des nouvelles organisations de soins 35
2.2.9 Les limites à cette coordination.....36
2.2.10 Clés de la réussite: la communication.....37
3 Les recommandations.....39
3.1 Le directeur des soins: un acteur stratégique de la construction de la réponse aux SSE 39
3.1.1 Anticiper la co-construction des dispositifs pour tendre vers une efficience de la réponse aux SSE 39
3.1.2 Un projet de soin partagé qui gagnerait à identifier un axe gestion de crise40
3.2 Accompagner le développement des compétences pour une réponse adaptée en SSE 43
3.2.1 Co-construire un plan de formation adapté aux SSE pour harmoniser les pratiques en soins.....43
3.2.2 Un plan de formation continue commun pour renforcer la pluridisciplinarité43
3.2.3 La simulation au service des professionnels de santé: des formations et des outils spécifiques aux SSE.....44
3.2.4 Les formations incontournables pour le maintien des compétences 45
3.3 Manager et coordonner l'opérationnalité pour ajuster les organisations des parcours en soins.....47
Conclusion.....51
Bibliographie.....53
Liste des annexes.....58

Liste des sigles utilisés

ABM : Agence de Biomédecine

ADG : Administrateur de Garde

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du médicament

ANSP : Agence Nationale de Santé Publique

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSZ : Agence Régionale de Santé et de Zone

ASIP Santé : Agence Française de la Santé Numérique

CCRA : Centre de Réception et de régulation des appels

CCH : Cellule de Crise Hospitalière

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail

CLIN : Comité Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission médicale d'établissement

CODIS : Centre Opérationnel départemental d'Incendie et de Secours

CORRUS : Centre opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers de Rééducation Medico-Techniques

CSP : Code de la Santé Publique

CUMP : Cellule d'urgence Médico-Psychologique

DGS : Direction Générale de la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

DIM : Département de l'Information Médicale

DMC : Directeur médical de crise

DPC : Développement Professionnel Continue

EFS : Etablissement Français du Sang

EOH : Equipe Opérationnelle d'hygiène

EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

EPS : Etablissement Public de Santé

ESP : Etablissement de Santé Privé

ESR : Etablissement de Santé de Référence

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IADES : Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier(ère Diplômé d'Etat

NRBC (risques) : Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique

ORSAN : Organisation de la Réponse Sanitaire

ORSEC : Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile

PAGUS : Plan d'Action relatif à l'Alerte à la Gestion des situations d'Urgences Sanitaires

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PB : Plan Blanc

PCA : Plan de Continuité de l'Activité

PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement

PGTHSSE : Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles

PMP : Projet Médicale Partagé

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

PSE : Plan de Sécurisation de l'Etablissement

PSP : Projet de Soin Partagé

PVUS : Plateforme et de Veille de l'Urgences Sanitaires

RETEX : Retour d'Expérience

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAMU : Service Médicale d'Aide et d'Urgences

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SIH : Service d'Information Hospitalier

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

Introduction

Les différentes situations sanitaires exceptionnelles que nous avons été amenés à gérer au cours de ces dernières années de notre exercice professionnel ont fait écho à mon premier stage en tant qu'élève directeur des soins face à la crise sanitaire du Covid-19. L'instruction du 27 juin 2013 désigne une SSE comme « la survenue d'un événement émergent, inhabituel et ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de l'ampleur de sa gravité (notamment en termes d'impact sur la santé des populations ou le fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.

En effet, nous avons fait le choix de poursuivre notre stage en mission bénévole six semaines dans le cadre de la mise en œuvre du plan de continuité d'activité (PCA) face à la crise du Covid-19 au sein d'un établissement public de santé mentale. Cette situation sanitaire actuelle, rentre dans un contexte d'une pandémie mondiale, qui à ce jour, ne permet pas une analyse exhaustive des organisations sanitaires mises en place face à cette pandémie. Cette situation sanitaire exceptionnelle inconnue en France a bouleversé l'ensemble du système sanitaire pendant plusieurs mois.

Pour faire echo à cette pandémie mondiale et de manière plus localisée, une autre SSE récente peut illustrer le besoin de réactivité des organisations et de leurs dirigeants.

Nous avons choisi l'incendie de Notre Dame survenu en juin 2019, ce sera le point de départ de notre travail. En effet, cet incendie, de par sa nature et ses conséquences, sa situation géographique, sa renommée mondiale de cet édifice et ses retombées médiatiques reprend tous les éléments de définition d'une SSE. L'incendie de Notre Dame de Paris a entrainé un risque sanitaire local.

La définition communément admise pour la notion de risque est la probabilité d'occurrence d'un danger. Il existe quatre catégories de risques comme : naturels, technologiques, industriels, liés aux transports. Cette SSE appartient à la catégorie de risques naturels. Par conséquent, les populations résidantes dans le périmètre de l'île de la cité et de l'île Saint Louis ont été recensées comme des populations ayant été exposées au plomb. Parmi ces populations, l'Agence Régionale de Santé (les A.R.S) a identifié un risque accru pour une catégorie de personnes: femmes enceintes et enfants. A la demande de l'ARS, un circuit dédié de consultations spécialisées « plombémie » et de prélèvements a été mis en œuvre en quarante-huit heures au sein de l'établissement au plus prés de la population. Une centaine d'enfants et d'adultes ont bénéficié de ce parcours dédié suite à cette Situation Sanitaire Exceptionnelle (S.S.E) et les conséquences qu'elle pourrait avoir sur les individus.

Notre expérience de faisant fonction de directrice des soins , de part la gestion de la SSE de Notre Dame ainsi que mon premier stage d'élève directeur des soins en période de crise sanitaire, nous ont permis de prendre conscience que l'anticipation des SSE doit être intégrée et protocolisée dans le management de la qualité gestion des risques du projet d'établissement. Pour faire face à ces SSE, les établissements de santé doivent être dotés d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (PGTHSSE) qui correspond au plan de mobilisation interne et au plan blanc. Ces deux notions PGTHSSE et plan blanc sont dans notre démarche imbriquée quand nous évoquons le plan blanc. Afin de rendre opérationnel ce plan blanc, il est recommandé d'y intégrer un plan de continuité d'activités *(risques) et le plan de sécurisation d'établissement (menaces)*. En effet, la mise en place d'une nouvelle activité ou les réorganisations urgentes des activités existantes dans un établissement de santé nécessite une importante réactivité des organisations et de ses responsables. Ces transformations d'activités doivent être intégrées au plan de continuité d'activité, ce qui requiert parfois la mobilisation de compétences spécifiques dont les professionnels soignants peuvent être dépourvus.

Pour autant, nous avons pu constater lors des entretiens exploratoires auprès de quatre directeurs des soins qu'ils n'étaient pas systématiquement associés à l'élaboration du plan blanc. Nous avons remarqué que les directions Qualité mobilisent principalement les professionnels experts de service positionnés en première ligne comme le SAMU ou les services d'urgences. Par ailleurs, la politique de communication et de formation des personnels est peu lisible pour que tous les acteurs de la gestion de crise puissent avoir un niveau de connaissances suffisant, et qu'ils s'approprient les organisations définies pour l'établissement.

Cependant, l'émergence des nouveaux risques sanitaires tels que la crise de la Covid-19, induit de nouvelles problématiques qui conduisent à ajuster les organisations en santé et réinterrogent complètement nos pratiques professionnelles. En effet, cette crise sanitaire a deux particularités par rapport aux S.S.E; la longueur de l'événement, plusieurs mois alors qu'aucune crise décrite dans la littérature n'excède sept jours et un périmètre national non circoncis, du fait de la mondialisation de la pandémie Nous avons donc volontairement restreint aux situations sanitaires exceptionnelles hors Covid-19 l'exploitation de ce travail.

Nos expériences professionnelles nous amènent à poser le postulat suivant à savoir l'absence de formalisation dans le projet de soins de la déclinaison des différents plans de gestion de crise inscrits dans le projet d'établissement. En outre, nous pouvons affirmer que le directeur des soins est un acteur de santé publique appartenant au directoire depuis la loi HPST 2009. Face à ces événements contextuels et dans une projection de notre future activité professionnelle, nous avons procédé par étape pour permettre d'en dégager une problématique de départ et des hypothèses de travail.

Le sujet choisi nous est, dans un premier temps, apparu relativement large. En effet, le paradoxe de la gestion de crise relève de sa codification et par ailleurs de l'adaptation des organisations dans un délai contraint au sein des établissements public de santé.

En tant que directeur des soins, nous nous interrogerons sur la plus value et les limites de l'anticipation des organisations pour faire face aux SSE. Cette anticipation permet-elle la maitrise d'une réactivité et d'une opérationnalité dans les organisations et des personnels paramédicaux qu'il manage ? Quelles sont les contraintes et les atouts, pour le directeur des soins, d'un management incluant intrinsèquement la gestion des SSE dans la gestion des risques du projet de soin partagé du GHT ? En quoi, le directeur des soins apporte t'il son expertise dans la réflexion et la mise en œuvre du plan blanc ? Comment le directeur des soins peut-il identifier les opportunités et les menaces de la mise en place du plan blanc et de fait du plan de continuité d'activité ? En quoi, sa place et son expertise sont-elles une valeur ajoutée au sein des organisations en cas de SSE? En quoi, une meilleure connaissance des scénarii organisationnels internes de tous les professionnels paramédicaux permettra t'il une optimisation de l'opérationnalité en cas de SSE?

Après avoir échangé sur ce sujet lors de la restitution du projet de mémoire, nous avons pris la décision de nous orienter plus particulièrement sur le rôle du directeur des soins dans sa stratégie managériale et son articulation opérationnelle dans la gestion des SSE. Si la gestion de crise au sens large est intégrée dans le projet d'établissement au travers du plan blanc qui relève d'une obligation réglementaire, qu'en est-il de l'axe gestion de crise dans le projet de soin partagé (PSP)? A partir de ces réflexions nous pourrons nous interroger : en quoi l'intégration de la gestion des SSE dans le PSP permet-il au directeur des soins d'en décliner son opérationnalité. A partir de cette réflexion , la question de départ retenue est :

En quoi le directeur des soins peut-il favoriser la préparation et l'adaptation du personnel soignant aux situations sanitaires exceptionnelles ?

Au terme d'un travail de recherche bibliographique et réglementaire, nous avons formulé des hypothèses de travail :

- La participation du directeur des soins, en tant que membre du directoire à la rédaction du plan de continuité d'activité, favorise sa déclinaison par un management opérationnel des équipes face aux S.S.E.

- Le projet de soins partagé est un outil permettant de codifier la gestion de crise en amont et qui développe les capacités d'adaptions des professionnels et le développement des compétences professionnelles.
- Le Directeur des soins favorise la coordination et l'opérationnalité de l'inter-professionnalité au sein du GHT.
- Les propositions de choix stratégiques du directeur des soins en cellule de crise peuvent permettre d'adapter et d'ajuster la réponse aux sollicitations des tutelles (flux patients, création d'activités..).

Dans le cadre conceptuel et réglementaire, nous développerons les différents niveaux de réponse aux SSE, la préparation de la réponse des établissements de santé face aux SSE et plus particulièrement la mise en œuvre du plan blanc ainsi que les outils à disposition du directeur des soins dans le management opérationnel des SSE.

Afin de confronter la théorie à la pratique, une enquête exploratoire est nécessaire. Elle prend la forme d'entretiens semi-directifs auprès de douze professionnels. Notre grille d'entretien (cf. annexe I) a été construite grâce aux hypothèses émises précédemment autour de quatre grandes thématiques : stratégie, management, coordination et communication.

Ensuite, nous confronterons les hypothèses retenues aux résultats de l'analyse des entretiens réalisés auprès des professionnels. Notre objectif est de montrer l'existence ou non d'un axe identifié dans le projet de soin de la gestion de crise des SSE. Nous tenterons de mettre en évidence si le pilotage et l'appropriation dans le projet de soins partagé des SSE peut avoir influence sur la mise en œuvre de nouvelles organisations et la transformation de l'opérationnalité des activités. Pour cela, nous dégagerons les freins et les facteurs favorisant la préparation et l'adaptation du personnel soignant aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les éléments du cadre conceptuel confrontés à l'analyse des entretiens avec les professionnels nous permettrons de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises pour aboutir à des recommandations. Enfin, nous conclurons ce travail.

1 Cadre conceptuel

1.1 Définitions et cadre réglementaire des Situations Sanitaires Exceptionnelles

La définition de la gestion de crise et son contexte réglementaire au cours des dernières décennies est en constante évolution au regard des nouveaux risques.

1.1.1 Définition des Situations Sanitaires Exceptionnelles

Tout d'abord, l'événement exceptionnel vient du latin «evenire» se définissant comme un risque survenant en un point et un instant bien déterminés mais dont les besoins dépassent les moyens dont je dispose.[2]

Pour clarifier cette nouvelle terminologie de SSE, il faut d'abord identifier et analyser les risques ou menaces, réels ou supposés, pouvant affecter l'état de santé de la population. Nous parlons de «nouveaux risques». [3]Parmi les crises ayant des implications sanitaires nous distinguons les événements d'origine :

- Naturels liés aux phénomènes naturels: Inondation, séisme, intempéries.
- Technologiques liées à des systèmes techniques créés par l'homme : Défauts de fonctionnement ou de maintenance.
- Transports de toutes natures: ferroviaire, routier...
- Sociopolitiques liés à notre organisation sociale ou politique: Actes de terrorisme….

Le concept de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE), englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins, notamment les risques Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique (NRBC). C'est une notion très large pour permettre le développement d'un véritable continuum entre le fonctionnement « habituel » du système de santé et la réponse opérationnelle aux crises de grande ampleur.

Le terme de Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) apparait dans le Code de la Santé Publique (CSP) dans le décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 [4] relatif à la préparation et aux réponses aux SSE.

L'instruction n° DGS/ DUS/CORRUSS 2013/274 du 27 juin 2013[5] relative à l'organisation territoriale de la gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles précise la signification

[2] VAN DER LINDE C, Ecole des hautes études en santé publiques(EHESP), UE gestion de crise», Août 2020, filière directeur des soins, pp 30-31.

[3]HENRY C; GODARD O; LAGADEC P; MICHEL-KERJAN E, 2002, Traité des nouveaux risques, Gallimard, 654p.

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

du terme SSE. Une SSE se définit comme un régime exceptionnel par sa cinétique et reprend quatre critères: à tout moment, de manière imprévue ou non, urgence d'importance vitale ou économique et nécessite des mesures exceptionnelles[6].

1.1.2 Organisation nationale et territoriale

La gestion nationale et territoriale des SSE s'insère dans un cadre défini faisant intervenir différentes autorités et structures compétentes. Leur champ d'intervention s'ancre sur un territoire précis et des missions déterminées. Il existe quatre échelons d'intervention opérationnelle et de coordination qui peuvent être mobilisés en SSE :

- Le niveau national : ministère en charge de la santé avec l'appui des agences sanitaires (ASN, ANSP, ANSM, EFS, ABM, ASIP Santé)
- Le niveau zonal (préfet de zone, ARS de zone et SAMU zonal)
- Le niveau régional (ARS)
- Le niveau départemental : préfet de département, SAMU, SDIS et associations agréées de sécurité civile.

Afin d'optimiser la gestion des SSE, il faut organiser le territoire national. Elle se décline sous la forme de deux dispositifs ORSEC et ORSAN.

1.1.3 Les dispositifs de planification : ORSEC et ORSAN

La planification et l'organisation du système de santé face SSE s'est construite au fur et à mesure des urgences et des nouvelles menaces auxquelles il a fallu faire face. Les premiers plans sanitaires ont véritablement commencé à se structurer par la loi du 9 août 2004 relative à la Santé Publique[7]. Elle prévoit la mise en place au sein de chaque région d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) comportant un plan d'action relatif à la Gestion de Situations Sanitaires d'Urgences (PAGUS) visant à mieux répondre aux menaces sanitaires.

Pour compléter ces dispositifs réglementaires, l'instruction DGS/DUS/SGMAS/2014//153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des SSE puis le décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 [8] relatif à l'Organisation de la Réponse du Système de Santé (ORSAN) et au réseau national des Cellules d'Urgences Medico-psychologiques (CUMP) pour la gestion des SSE, visent à formaliser les modalités de gestion d'un ensemble d'événements susceptibles d'affecter le système de santé.

---

[5] Instruction n°DGS/DUS/CORRUS 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

[6] PARENT B, EHESP, Session «Communication et gestion de crise», Août 2020, filière directeur des soins, pp 11-12.

[7] Loi n°2004-806 du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique

[8] Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence medico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

A) Le dispositif ORSEC[9]

Le dispositif ORSEC sert à organiser la réponse interministérielle de sécurité civile aux différentes situations d'urgences notamment en matière de secours à la personne.[10]
L'organisation des secours revêtant une ampleur ou une nature particulière fait l'objet, dans chaque département, zone de défense et de sécurité, ainsi qu'en mer, d'un dispositif ORSEC (articles L.741.1 à L.741.5 et R.741-1 0 R. 741.17 du code de sécurité intérieure)[11] . Le dispositif ORSEC, colonne vertébrale de l'organisation de la réponse au niveau territorial, présente également des dispositions spécifiques pour certains risques, naturels, technologiques, sanitaires. Ces risques sont identifiés dans le cadre de recensements effectués au niveau territorial, zonal ou maritime.

L'organisation territoriale de la gestion de crise dans le cadre de la réponse de la sécurité civile (ORSEC) est pilotée par le préfet du département et son centre opérationnel départemental (COD). Leurs rôles de coordination sont bien identifiés dans tous les événements touchants gravement la population. Le pilotage de la crise au niveau départemental et zonal est réalisé par le préfet qui s'appuie sur le dispositif d'Organisation de la Sécurité Civile. Il a pour objectif d'organiser les actions et de mobiliser les moyens destinés à faire face à la survenue d'un événement majeur. Selon l'ampleur de la situation, ce dispositif sera activé au niveau départemental ou zonal.
Le dispositif ORSAN participe et s'inscrit dans le schéma ORSEC. Il peut être considéré comme un outil sanitaire, mis à disposition du préfet et mobilisable en cas d'évènement impliquant le système de santé.

B) Le dispositif ORSAN[12]

Son dispositif a pour objectif d'organiser la montée en charge du système de santé pour faire face aux SSE. C'est un dispositif de préparation du système de santé pour répondre aux crises. Il est notamment codifié par l'instruction n° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019[13] relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

L'objectif de cette instruction est de faire évoluer le dispositif ORSAN vers une logique plus opérationnelle. Elle vise à mobiliser des plans d'action, activables par les A.R.S. Les établissements publics, en partenariat avec les préfets et les correspondants S.S.E, évaluent l'impact de ces situations exceptionnelles sur le système de santé.

[9] Décret n° 2015-1157 du 13 septembre 2015 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure.
[10] VAN DER LINDE C, EHESP, UE gestion de crise, Août 2020, filière directeur des soins, pp 78-79.
[11] Secrétariat Général de la défense et de la sécurité nationale, octobre 2019, Mémento de Gestion de crise.
[12] *Ibid 8*
[13] Instruction n° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

L'activation de ces plans opérationnels doit permettre d'une part, de définir l'organisation de la réponse du système de santé notamment par la mobilisation des opérateurs de soins concernés et d'autre part, d'assurer le pilotage opérationnel de la réponse sanitaire par l'ARS.

Cinq plans ont été identifiés pour répondre aux grandes situations de gestion de crise :[14]

- **Plan d'accueil massif de victimes (« ORSAN AMAVI »)** prenant en compte le parcours de soins spécifique aux blessés notamment par armes de guerre.
- **Plan de prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes (« ORSAN MÉDICO-PSY »)** pour la prise en charge immédiate, post-immédiate, le suivi des blessés psychiques et des proches des victimes.[15]
- **Plan de gestion des tensions dans l'offre de soins provoquées par une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique et/ou environnemental (« ORSAN EPI-CLIM »)** pour la prise en charge des patients les plus fragiles (patient âgés, enfants, etc.) .
- **Plan de gestion du risque épidémique et biologique connu ou émergent (« ORSAN REB »)** pour la prise en charge des patients infectés par un agent infectieux à risque épidémique potentiel ou avéré.
- **Plan de gestion du risque NRC (« ORSAN NRC »)** pour la prise en charge des patients victimes d'un agent chimique ou radiologique mais aussi l'accueil et la prise en charge dans les établissements de santé de nombreuses victimes contaminées.

Ces cinq plans structurés au niveau régional doivent être déclinés par les opérateurs de soins dans les plans de gestion des tensions et des SSE des établissements de santé , les plans bleus des établissements médico-sociaux et les dispositions de mobilisation propres au secteur ambulatoire libéral.[16]

Ces différents dispositifs doivent permettre de développer la robustesse de la réponse quel que soient les situations et les évènements à gérer, et une réactivité opérationnelle. Pour cela, la réponse s'appuiera sur les outils et dispositifs existants de veille, de sécurité sanitaire et d'organisation de l'offre de soins à la fois au niveau national et au niveau local. Cette réponse optimise la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels. Elle permet parallèlement de garantir la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Enfin, la réponse aux S.S.E est de rechercher des approches les plus efficientes au sein de chaque territoire en prenant en

[14] Ministère de la Solidarité et de la santé, 2019, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé.

[15] Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge medico-psychologique.

[16] *Ibid 11*

compte les particularités et les ressources locales disponibles dans le secteur libéral, pré-hospitalier, hospitalier et médicosocial.
La place de chaque acteur est définie par les autorités compétentes.

1.1.4 La place de l'établissement définie par l'ARS

Le ministre chargé des solidarités et de la santé désigne, sur proposition de l'Agence Régionale de Santé de Zone (ARSZ), pour chaque zone de défense et de sécurité un ou plusieurs établissements de Santé de Référence (ESR) en matière de SSE. Ces structures, mentionnées à l'article R3131- 7 DU CSP[17], modifié par le décret n°2016-1327 Art 1 disposent de capacités spécifiques pour la gestion des SSE, en termes de ressources humaines, de moyens techniques et financiers sur lesquelles s'appuie la réponse zonale. Le SAMU de zone siège dans l'Etablissement de Santé identifié par l'ARS comme Etablissement de Référence généralement. En général, cet établissement a une activité essentiellement de MCO comprenant particulièrement des activités d'urgences, de réanimation et de bloc opératoire. C'est également au sein de cet établissement que seront définies les actions à mettre en place, en appui des actions de l'ARSZ, face aux SSE.

Le décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016[18] a renforcé la marge d'action des ESR. Ces établissements apportent une assistance technique à l'ARSZ et une expertise technique aux établissements de santé sur la préparation et la gestion des SSE. Ils conduisent les formations du personnel ou encore ils proposent une organisation et un diagnostic sur la prise en charge des patients.
La réponse sanitaire, prévue dans le cadre d'une SSE, est définie selon un principe graduel. Cet échelonnement permet d'adapter les parcours de soins des patients selon l'impact, l'ampleur et la cinétique des événements. La mobilisation des établissements de santé accueillant des patients en cas de SSE repose sur une hiérarchisation fonctionnelle à deux niveaux[19] :

- Etablissement de «Première ligne»: Etablissement de Santé disposant d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau chirurgical (assurant une prise en charge H24).Cette catégorie intègre des établissements dits «experts »qui disposent d'un plateau technique hautement spécialisé pour les patients nécessitant une prise en charge spécialisée (neurochirurgie, chirurgie cardio-thoracique, pédiatrie, brulés graves..)

[17]Code de la Santé Publique , Art R3131- 7 ; modifié par le décret n°2016-1327 du 6 octobre art 1 Un arrêté du ministre chargé de la santé désigne, sur proposition de l'agence régionale de santé de zone, pour chaque zone de défense et de sécurité, un ou plusieurs établissements de santé de référence pour les situations sanitaires exceptionnelles mentionnées à l'article L. 3131-9.
[18]*Ibid 8*
[19]*Ibid 14*.

- Etablissement de «deuxième ligne»: Etablissement de Santé disposant d'un plateau technique médico-chirurgical mais sans structure d'accueil des urgences. Ces établissements mobilisables en seconde intention, contribuent à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.

- Les autres établissements sanitaires, qui ne jouent pas le rôle prédéterminé dans ORSAN (ni première ligne ni deuxième ligne), devront néanmoins être en capacité d'accueillir des victimes spontanées d'un événement se déroulant à proximité et pourront être mobilisés autant que de besoin pour dégager des lits et places, pour les établissements de première ligne ou seconde ligne.[20]

Cette hiérarchisation basée sur le plateau technique et les capacités de prise des établissements de santé, permet de structurer le parcours de soins dans une logique de filière.

Afin de préparer au SSE, chaque établissement de santé doit se doter d'un plan blanc adapté aux risques identifiés au sein de son territoire.

1.2 Le plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE : déclinaison opérationnelle dans les établissements de santé

1.2.1 Le plan blanc

Le décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 [21]définit l'organisation des établissements de soins, en cas d'afflux massif de victimes: chaque établissement de santé doit se doter d'un dispositif de gestion de crise dénommé « plan blanc » complété par le plan blanc élargi (qui désigne le dispositif de réquisition de biens et services dont les préfets disposent en cas d'afflux massif de patients ou victimes ou lorsque la situation sanitaire le justifie) et des annexes Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique (NRBC) obligatoires pour tout établissement de santé publique. A noter, le plan blanc élargi, outil préfectoral initié en 2006, n'existe plus et a été remplacé en 2016 par le décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 [22] par le plan départemental de mobilisation (Art .R.3131-11 CSP) qui fut lui-même abrogé par la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (Art.3131-8 CSP).

[20] VAN DES LINDE C, Gestion dédiée aux SSE crises, cours Appréhender dans sa globalité les rôles et attendus d'un cadre dans l'organisation d'une SSE à l'hôpital.

[21]Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013, Art 3131-5, Art 1 Le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année. A chaque révision, l'agence régionale de santé veille à la cohérence du plan blanc d'établissement avec le plan blanc élargi mentionné à l'article L. 3131-8. Elle procède à l'inclusion des objectifs et des moyens du plan blanc d'établissement dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'établissement selon les modalités définies à l'article L. 6114-1.

[22] *Ibid 8*

Les objectifs du Plan blanc (L3131-7 du CSP) sont d'organiser l'établissement selon les modalités définies dans le plan ORSAN. Le décret du 6 octobre 2016 fixe les modalités en termes de réponse sanitaire. Ce décret renforce les missions et les obligations des établissements de référence. Cela permet de clarifier les rôles et responsabilités des différents acteurs de l'aide médicale d'urgence, du niveau local, au niveau national, en cohérence avec l'organisation gouvernementale de gestion de crise. Il précise le cadre du plan blanc des établissements de santé.

Chaque établissement doit réaliser son propre plan blanc, arrêté par le directeur de l'établissement selon la circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006[23] et mis en œuvre à la demande de l'ARS. Il permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature (logistiques, humains, communication...).dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes et de faire face à une SSE qu'elle soit d'origine endogène ou exogène.[24]Par ailleurs, il permet d'activer au mieux les mesures décrites dans le plan blanc et d'anticiper les modalités de fonctionnement et d'organisation de la cellule de crise de l'établissement.

Le plan blanc d'établissement mentionné à l'Art. L3131-7 prend en compte les objectifs du dispositif ORSAN et définit notamment :

- Les modalités de mise en œuvre et d'arrêt d'un plan blanc
- Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise.
- Des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement
- Les modalités d'accueil et d'orientation des patients
- Les modalités de communication interne et externe
- Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement
- Un plan de sécurisation et de confinement de l'établissement

Le plan blanc doit être réactualisé chaque année pour prendre en considération les nouvelles organisations du GHT (mutualisation des blocs opératoires, fermeture de certaines activités) et la mise à jour des coordonnées du personnel.

1.2.2 Le Plan de Continuité d'Activité

Par définition, le Plan de Continuité d'Activité [25]consiste pour une structure qu'elle soit publique ou privée, à déterminer les solutions qu'elle mettra en place en cas d'événements perturbateurs de tous types qui l'affecteraient. D'une part, ces solutions doivent lui permettre d'assurer le maintien de ses prestations de services ou tâches

[23] Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans élargis.
[24] VAN DER LINDE C, EHESP, UE gestion de crise, Août 2020, filière directeur des soins, pp 116-117.
[25] Guide pour réaliser un plan de continuité d'activité, Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale.

opérationnelles essentielles, le cas échéant de façon temporaire selon un mode dégradé, puis la reprise planifiée de ses activités.[26]D'autre part, il vise à garantir la sécurité des patients et du personnel. Enfin, il définit les modalités de reprise progressive de l'activité. Les préconisations de ce plan restent bien évidemment tributaires des mesures générales prises au niveau national, régional ou local et de l'évolution de la situation.

Chaque établissement doit pouvoir faire face à une S.S.E grâce, entre autre, au plan de continuité d'activité afin de garantir la continuité, la sécurité et la qualité de la prise en soins des patients. Tout établissement doit aussi, dans le cadre du dispositif ORSAN, faire l'objet d'une évaluation de sa capacité de réponse aux différentes typologies de SSE.

Pour autant, le «guide pour réaliser un PCA»[27] préconise l'écriture d'un PCA mais il n'existe pas de contrainte réglementaire pour la rédaction de ce document en annexe du plan blanc. Par ailleurs, le ministère préconise aux établissements de se doter d'un PCA qui rend opérationnel la gestion des SSE. Ce plan permet aux établissements une réflexion sur ces organisations en amont d'une gestion de SSE.

1.2.3 L'adaptation de l'organisation interne des établissements de santé

La DGS et la DGOS ont publié mi-avril 2019 un guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.[28] Il actualise le «plan blanc et gestion de crise de 2006». Ce guide permet aux directeurs d'établissement, au président de commission médicale d'établissement et aux personnels des établissements de santé publics et privés un cadre actualisé de préparation et de gestion de crise.

L'organisation interne existante à actualiser par tout établissement de santé repose désormais sur : un dispositif de montée en puissance gradué à deux niveaux pouvant être mis en œuvre dès lors que l'établissement est confronté à une situation, pour laquelle la gestion courante ne suffit pas :

- Le niveau 1 jusqu'à lors appelé «hôpital en tension» devient le «plan de mobilisation interne »pour la gestion des tensions hospitalières ou des situations avérées comme partiellement critiques sans toutefois mettre à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant
- Le niveau 2 ou «plan blanc »pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé.[29]

[26] *Ibid 11.*
[27] Secrétariat Général de la défense et de la sécurité nationale, 2013, Le guide pour réaliser un plan de continuité d'activité.
[28] Ministère des solidarités et de la santé, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles
[29] *Ibid 15*

1.3 La préparation et la réponse aux situations de crise en établissements de santé par l'équipe de direction

1.3.1 Le rôle et la responsabilité du directoire

La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 permet au directeur de disposer de compétences générales au sein de l'établissement .L'article L.6143-7 du CSP[30] indique que «le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement». Pour mener à bien cette mission, le directeur est « accompagné d'un directoire », qui est une instance de concertation et de préparation des décisions.

La loi de modernisation de notre système de santé, dite «loi Touraine» du 26 janvier 2016 apporte une nouvelle dimension de gestion des situations de crise[31]. Le directeur doit pouvoir identifier les risques incombant à son établissement. Le risque peut se définir comme l'éventualité de la survenue d'un évènement pouvant causer un dommage selon le dictionnaire Larousse.

Le directeur des soins en tant que membre du directoire depuis la loi HPST 2009, contribue à l'élaboration et au déclenchement du dispositif du plan blanc, dont les modalités de mises en œuvre sont inscrites dans le Code de la Santé Publique (article R3131-13 du CSP).

En amont de la survenue d'une SSE, le directeur doit, avec son équipe de direction préparer la réponse de son établissement avec l'appui stratégique de multiples autorités (préfecture, ARS…).

L'anticipation par la rédaction d'un plan blanc adapté à l'établissement de santé est la condition indispensable d'un pilotage de crise efficace. Les différents plans constituant le plan blanc comme le plan de continuité d'activité, le plan des prises en charge pédiatriques doit être intégré dans les processus du management des risques de l'établissement.[32]

Le directeur doit s'assurer de la sécurisation des échanges entre l'ARS et les établissements de santé en cas de crise. Les modes de communications sécurisées et opérationnelles en SSE sont fondamentales. Le directeur avec son responsable informatique doit mettre en place des boîtes mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires selon l'instruction N°DGS/CORRUS/DGOS/USID/2014/339 du 5 octobre 2014 .Un point d'entrée unique et fonctionnel (téléphone, mail, fax) et non nominatif doit permettre de réceptionner, transmettre et communiquer avec l'ARS H24, 365 jours de l'année [33].

[30] LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 35 (V). Article L6143-7
[31] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
[32] HAS, Certification des établissements de santé, Management de la qualité et des risques
[33] Instruction DGS/CORRUS/DGO/USID n°2014-339 du 5 décembre 2014

Le rôle et la responsabilité du directoire sont des versants stratégiques de la gestion des SSE. L'opérationnalité est déclinée par les professionnels de santé qui sont en charge de dispenser les soins aux victimes et il convient donc de les préparer à un afflux majeur de patients, des impliqués et de leurs familles parfois. Au sein des établissements de santé, les professionnels paramédicaux sont sous la responsabilité et managés par le directeur des soins.

1.3.2 La place du Directeur des Soins dans le Plan de Continuité de l'Activité

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 [34]portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière intègre dans son champ de compétences des éléments contribuant à la rédaction du plan de continuité d'activité :

- Coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités, de rééducation et médico-techniques et assurer l'animation de l'encadrement

- Organiser, contrôler et évaluer la mise en œuvre du projet de soins

Le directeur des soins, par sa connaissance de la structure, des activités et des ressources paramédicales, participe, en collaboration avec les autres membres de la direction (qualité, DRH), les médecins (SAMU, urgences) et l'encadrement, doit pouvoir co-rédiger le plan blanc et le plan de continuité d'activité. Il est garant de la qualité des soins et du management de la gestion des risques au sein de l'établissement. Le management du directeur des soins est déterminant dans la politique de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Bien que par décret n°2005-1764 du 30 décembre 2005[35], le directeur de l'établissement soit considéré comme responsable du plan blanc, il se doit de construire une stratégie politique présentée aux instances et d'insuffler une dynamique participative au sein de l'équipe de direction. Le portage de la gouvernance par le directeur général, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le directeur des soins et le directeur de la qualité est une variable déterminante pour franchir le cap complexe du management de crise.[36] Le projet médical d'établissement (Article D.6143-1) définit la stratégie de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L.6114-1 et L.6114-2. Cela signifie que le projet médical d'établissement peut évoquer les SSE, qui plus est lorsque le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) impose à l'établissement de santé de prendre les mesures en faveur des SSE.

[34] Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

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

[36] FAYN MG, SCHAEFFER F-X, BEKTI S. Apprendre à gérer la crise, Communication en santé: vers des organisations résilientes. Revue Hospitalière de France, Septembre-octobre 2018 ;(n°584) : pp.44-48.

Le projet d'établissement (Art.6143-2 CSP) définit notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et medico-techniques. Les SSE ont vocation à intégrer la politique d'établissement conduite par le directeur d'hôpital Art L.6143-7 du CSP. Puisque cette politique générale d'établissement est transcrite dans le projet d'établissement, il est logique que les objectifs que l'établissement de santé se fixe en matière de SSE y apparaissent[37].

Parallèlement, le directeur des soins a la responsabilité de la rédaction du projet de soins partagé (Art R.6132-5 du CSP).Il s'inscrit dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical. Le directeur des soins élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et medico-techniques, en cohérence avec le projet médical. Il le met en œuvre dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins selon le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010. Le PSP est un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de management, de formation et de recherche. C'est un outil de déclinaison opérationnelle du projet d'établissement permettant d'engager concrètement chaque professionnel dans la dynamique impulsée par les axes forts tel que la qualité et la gestion des risques en soins.

Le directeur des soins, en tant que président de la Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-Technique a la responsabilité de présenter, pour avis, à la CSIRMT le plan blanc. Par ailleurs, il peut inscrire dans le projet de soin partagé les éléments du plan blanc comme un levier managérial à la mise en œuvre organisationnelle et opérationnelle des SSE.

Le directeur des soins dispose de nombreux outils pour rendre opérationnel sa politique managériale. Il réalise un management opérationnel en déclinant la politique institutionnelle auprès de l'encadrement paramédical de l'établissement au travers des réunions programmées selon un rythme déterminé. Par ailleurs, des points individuels avec l'encadrement de pôle peuvent être réalisés pour des situations plus spécifiques sur la thématique de la SSE (plan de formation d'un pôle, projet de service, demande d'analyse des pratiques professionnelles ou encore de RETEX...) Ces rencontres ont pour objectifs d'informer, de communiquer et de partager avec les équipes d'encadrement pour rendre plus opérationnelle les réponses apportées lors des SSE.

Le directeur des soins doit, par la suite, s'assurer de l'évaluation de sa stratégie, de communication et de la déclinaison du projet de soins partagé.

[37] VAN des Linde C, EHESP, UE gestion de crise, Août 2020, filière directeur des soins, pp 114-115

1.4 Les Situations Sanitaires Exceptionnelles intégrées dans la politique du management de la qualité et de la gestion des risques

Selon les données remontées à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en 2013, il y a encore 17 % des établissements avec services d'urgences qui ne disposent pas de plan blanc. Seulement 11 % des établissements sans urgences et 7 % des établissements privés disposent d'un plan blanc.

La préparation de la gestion de crise doit se faire par une réflexion stratégique d''appropriation des plans de tous les acteurs, à tous les niveaux[38]. En effet, le risque c'est aussi de ne pas identifier l'événement par manque de considération des signaux faibles. Cette démarche de cartographie des risques éventuels doit comprendre des outils d'alerte, des indicateurs pour renforcer la réactivité des organisations.

Par ailleurs, la formation continue conditionne la réactivité des organisations et son efficacité pour partie. Selon J-C Aymard, l'objectif est de sensibiliser l'ensemble du personnel sur les conduites à tenir face à une situation de tension ainsi que sur les risques. La performance de la mobilisation est directement corrélée au niveau de la préparation, elle-même liée à:

- la pratique régulière d'exercices
- la qualité et l'actualisation des listes de rappel des personnels toutes catégories confondues ;
- la sensibilisation des personnels au thème de la gestion de crise ;
- la formation mise en œuvre tant sur le thème général de la crise que sur celui des risques
- Les Nouveaux Risques chimiques et biologiques(NRBC)
- la connaissance des fiches-réflexes individuelles. Ces dernières doivent être connues de l'ensemble des instances décisionnelles et consultatives au fait du dispositif

La formation continue[39] est un dispositif d'éducation et de développement qui s'adresse à toute personne au début ou au cours de sa vie professionnelle. La formation continue vise à améliorer la qualité du service rendu et à adapter les individus à toute évolution. La formation continue permet l'acquisition de connaissances, de compétences, de qualifications nouvelles. L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences fait partie de ces formations permettant aux professionnels de développer des compétences

[38] MAY-MICHELANGI L , SAMI Y, AMALBERTI. R. Pacte le Programme HAS pour améliorer le travail en équipe .Revue Hospitalière de France, mai-juin 2018, (n°582): pp 12-16.

[39] MAGNON R, DECHANOZ G, LEPERQUEUX M, Dictionnaire des soins infirmiers, Edition AMIEC Recherche.

notamment en SSE.[40] Par ailleurs, le directeur des soins porte la responsabilité dans la déclinaison de la formation professionnelle continue pour maintenir ou développer de nouvelles compétences.

1.5 Le management opérationnel de la gestion de crise

Le plan blanc peut être déclenché par le directeur d'établissement ou par le préfet. Il nécessite la mise en place d'une cellule de crise opérationnelle.

1.5.1 Définition d'une cellule de crise opérationnelle

Nous pouvons définir une cellule de crise comme un haut lieu décisionnel. L'équipe de crise concentre en un même endroit les personnes décisionnaires devant faire face à une situation exceptionnelle. Elle peut être définie comme une équipe avec une forte dominante organisationnelle (Sundstrom et al. 1990), pour laquelle les différents rôles et responsabilités sont finement structurés (Salas et al.1992) et hiérarchisés (Ahlstrom et al. 2000 ; Vraie et al.2010). Les membres de la cellule de crise sont mobilisés du fait de leurs compétences et connaissances. Ils partagent un ensemble de référentiels de procédures, afin d'accomplir les missions qui leurs sont confiées (Lachtar 2012). L'activation d'une cellule de crise étant dépendante de la survenue d'un événement nécessitant sa mobilisation, elle est, de fait, une organisation éphémère (Dautun et Lacroix 201; MAEE2017)[41].

1.5.2 Le pilotage de la cellule de crise

Le directeur de l'établissement ou l'administrateur de garde assure le pilotage de la cellule de crise. Elle regroupe des professionnels représentants différentes logiques institutionnelles présentes dans l'hôpital (médicale, soignante, administrative, techniques). 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. Elle est le lieu où sont prises les décisions stratégiques et opérationnelles pour répondre au mieux aux SSE. La cellule de crise coordonne l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs, elle assure les liens nécessaires avec les autorités publiques et donc le préfet. En SSE, la cellule de crise permet d'assurer le suivi et le pilotage de la gestion de crise.

La cellule de crise hospitalière identifie six autres fonctions et missions qui s'agrègent autour de ce noyau central décisionnel et qui s'articulent entre elles :

- Fonction Pré-hospitalière(SAMU): Prise en charge de victimes,

[40] Décret n°2017-1001 du 10 mai 2017 relatif aux modalités de délivrance de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence par les unités de formation et de recherche de médecine ou de Santé ou l'Ecole du Val-de-Grace.

[41]SAUVARGNARGUES S. Prise de décision en situation de crise: Recherche et innovations pour une formation optimale, ISTE Editions, 2019, 167p..

- Fonction suivi des victimes: prise en charge des victimes, impliquées, des familles sous la responsabilité du directeur médical
- Fonction Parcours de soins : sous la responsabilité du coordonnateur médical, responsable du personnel, coordonnateur des soins, responsable du personnel médical
- Fonctions logistiques : responsable technique, responsable logistique, directeur medico-économique
- Fonction Sécurité : référent plan blanc
- Fonction Communication : interne (cadre de santé, représentant du personnel, agents hospitaliers) et externe (DGS, ARS, Préfecture, médias)

Afin de répondre aux fonctions et missions de la cellule de crise, il est nécessaire d'impulser une organisation claire de cette dernière.

1.5.3 L'organisation de la cellule de crise

La cellule de crise comporte 2 zones correspondant à 2 missions[42]:

- Une première zone en fait la cellule de crise du Samu, c'est-à-dire un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) dédoublée avec la réception de toutes les informations extérieures et l'émission de consignes et de missions aux équipes extrahospitalières et aux autorités chargées des secours à savoir préfecture, Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS), police, gendarmerie, Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM), médecin, cadre.
- La deuxième zone rassemble la cellule de crise stratégique autour du directeur référent du plan blanc. Le noyau dur de la cellule se compose des acteurs décisionnaires : président de la CME, direction qualité, direction des ressources humaines, direction des soins, direction de la communication et responsable du pôle impacté. Le directeur est en charge de l'organisation générale, il est responsable de la liaison avec les autorités, de l'exploitation des renseignements et instructions, des points d'accueil des victimes et de la logistique et technique. Une personne doit être en charge du secrétariat pour prendre les relevés de décisions permettant la transmission des directives à l'ensemble des encadrants de l'établissement.

[42] Ibid 24

1.5.4 L'opérationnalité de la cellule de crise

Pour rendre opérationnel ces dispositifs, les équipes de direction doivent, après rédaction des procédures, organiser différents éléments [43]:

- Des exercices et des retours d'expérience
- Des simulations de plan blanc
- Des évaluations des différentes organisations
- Des dispositifs de coopération inter-services

Les déterminants pour dépasser une situation de crise reposent sur sept éléments fondamentaux : le portage par la gouvernance, le management de proximité, la cohésion du personnel, la maitrise des organisations et des procédures de crise, la maitrise des codes et des règles des relations presse[44].

Après avoir fait une recension des écrits sur le thème des SSE et mis en avant le rôle du directeur des soins dans l'anticipation et la gestion des SSE, il est nécessaire de recueillir l'expérience des professionnels de terrain.

[43] COMBALBERT L, 2017, Le management des situations de crise: Anticiper les risques et gérer les crises, ESF, 202p.

[44] FAYN MG, SCHAEFFER F-X, BEKTI S. Apprendre à gérer la crise, Communication en santé: vers des organisations résilientes. Revue Hospitalière de France, Septembre-octobre 2018 ;(n°584) : pp.44-48.

2 L'enquête

2.1 La méthodologie de l'enquête

Malgré le contexte post crise sanitaire covid-19, nous avons fait le choix d'interroger un large panel de personnes investies dans la gestion de crise afin de confronter la théorie à la pratique de terrain. Ces enquêtes, ont été complexes à réaliser dans une période d'état d'urgence sanitaire et de la mise en place du protocole de déconfinement.

2.1.1 Le choix de l'étude

Pour cette enquête, le choix a été fait d'une étude qualitative en réalisant des entretiens semi-directifs et en s'appuyant sur les documents à disposition lors de mon deuxième stage de 6 semaines. Cette méthode permet de comprendre une situation avec toutes les interrelations. Initialement, nous souhaitions mener des entretiens uniquement auprès des directeurs des soins. Néanmoins, nous avons rapidement estimé que le point de vue des autres professionnels médicaux et de l'encadrement était essentiel dans notre analyse en accord avec notre réferente de mémoire. Ce choix fait écho aux éléments décrits dans le cadre conceptuel notamment en termes de pluralité professionnelle pour une gestion optimale des SSE. Nos interlocuteurs potentiels étaient soit monopolisés par la gestion de crise encore d'actualité, soit confrontés à de grandes perturbations dans leurs activités quotidiennes. Malgré des contraintes lourdes nous avons interrogés douze personnes, à savoir, 1 directeur délégué de site, le président de la commission médicale d'établissement (Praticien hospitalier en biologie), 1 chef des urgences, 2 directeurs des soins dont un coordonnateurs des soins de site , un positionné sur le GHT et un faisant fonction de directeur des soins, 1 ingénieur qualité, 2 cadres supérieurs dont un cadre de pôle et une cadre supérieur en transversalité au sein de la direction des soins , 1 cadre de santé issue de la filière medico-technique et 2 infirmières issus de la CSIRMT appartenant tous au même GHT se composant de 3 sites de MCO. Le choix des professionnels interrogés sur un seul GHT nous a permis de réaliser une analyse plus en profondeur au sein du GHT. A l'issue de cette enquête, nous avons réalisé un travail de synthèse et une restitution aux membres de la cellule de crise suite à la demande de notre maitre de stage d'avoir un diagnostic au sein du GHT. Par ailleurs, l'objectif de cette étude était que nous formulations des propositions opérationnelles pour les futures SSE. En effet, l'établissement souhaite redonner une dynamique à la thématique SSE en 2021 post crise Covid-19 pour proposer un hôpital modulable en cas de nouvelle crise sanitaire. Par ailleurs, le choix des acteurs a été en lien avec leur rôle et leur place dans la stratégie, en cellule de crise ainsi que des acteurs impliqués dans l'institution en tant que membres

élus en CSIRMT et des infirmières directement impliqués en première ligne dans l'opérationnalité en période de SSE.

Pour atteindre cet objectif, nous avons démarché de nombreuses personnes et activer le réseau de l'encadrement de proximité pour réaliser ces entretiens. Il convient toutefois de noter que, malgré nos nombreuses sollicitations, nous n'avons pas été en mesure d'interroger des professionnels comme les chefs de la réanimation ou du SMUR. En effet, ces derniers étaient encore fortement mobilisés pour lutter contre la COVID-19 mais aussi en phase de redémarrage des activités traditionnelles de chirurgie programmées ou encore la traumatologie en lien avec les accidents de la voie publique. Conscients de l'importance d'éclairer notre travail par le prisme d'autres acteurs de première ligne, nous tenterons de les contacter durant la préparation de la soutenance de ce travail.

Au regard des hypothèses, une grille d'entretiens a été établie afin de pouvoir les explorer. Huit questions ont été formalisées dans quatre thèmes en s'appuyant sur le référentiel de compétences du directeur des soins : Stratégie, management, coordination et communication pour les entretiens semi-directifs (voir annexe 1). L'objectif de ma grille d'analyse est d'aller questionner les différents champs de compétence du référentiel de directeur des soins :

- Conception, pilotage et suivi des différents projets contribuant au bon fonctionnement de la structure
- Structuration de l'organisation de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux
- Identification des besoins et organisation des ressources disponibles
- Management des équipes d'encadrement
- Définition et conduite d'un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires
- Gestion et coordination du développement des compétences des professionnels paramédicaux

A l'exception de celui de notre maitre de stage, l'ensemble des entretiens a été réalisé à distance, en visioconférence ou par téléphone, sur un modèle semi-directif et d'une durée moyenne d'une heure. Les entretiens ont été enregistrés avec accord des personnes interrogées et ont fait l'objet d'une retranscription, intégrale, pour améliorer et faciliter le travail d'analyse. Une grille d'analyse a été réalisée en reprenant les hypothèses et en identifiant des grandes thématiques émergeantes de tous les entretiens.

2.1.2 Les outils utilisés pour mener les entretiens

Grâce aux outils numériques, nous sommes parvenus à réaliser les entretiens en visioconférence ou par téléphone, en dehors des horaires de travail. Dans ce contexte de crise sanitaire, nous nous sommes adaptés et malgré les entretiens menés à distance, nous sommes parvenus à créer un climat de confiance avec nos interlocuteurs. Nous avons ainsi contourné les obstacles en ayant recours aux technologies de l'information et de la communication.

2.1.3 Les limites de l'enquête

Plusieurs limites ont été mises en évidence au cours de cette étude dans le traitement du sujet. Ainsi, au regard des contraintes de la crise sanitaire, la recherche et l'accessibilité aux données bibliographiques à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique a pu se réaliser en distanciel pendant cinq mois mais de façon plus limitée car l'ensemble des documents n'étaient pas accessible via la plateforme.

En outre, un biais de sélection peut être mis en exergue dans la mesure où les personnes interrogées ont été sollicitées à partir du réseau de stage au sein d'un même GHT, potentiellement source de réponses biaisées. Pour limiter ce biais, les entretiens ont été réalisés au cours de mes trois dernières semaines de stage pour limiter les échanges entre les professionnels afin de rendre le travail d'analyse et d'exploitation des données recueillies le plus objectif possible.

Néanmoins, en lien avec l'état d'urgence sanitaire et la reprise d'activité au sein de l'établissement, l'identification d'interlocuteurs susceptibles de répondre à la problématique fixée.et disponibles pour un entretien fut complexe.

Par ailleurs, la grille d'entretien aurait pu être encore adaptée, notamment selon les différentes catégories professionnelles. En effet, lors des entretiens une forme de frustration a pu être ressentie de ne pas pousser suffisamment le questionnement et l'échange avec certains interlocuteurs. Néanmoins, nous avons fait le choix de respecter la grille d'entretien définie s'articulant autour de 4 grandes thématiques : stratégies, management, coordination et communication. Il s'agit peut-être ici de la limite des entretiens semi-directifs. Dans le cadre d'un travail de recherche plus conséquent, il aurait sans doute fallu proposer des questionnaires à plusieurs autres directeurs des soins et cadres supérieurs issue d'une autre GHT après une première série d'entretiens.

Si les restrictions de déplacement liées à la crise sanitaire n'ont finalement pas entravé la réalisation d'entretiens de qualité, elles nous ont empêchés de réaliser, en parallèle, des visites "de terrain". Les visites de terrain ont pour objectif principal de contextualiser les parcours patients mis en place lors d'une SSE au sein de l'établissement, localiser le local plan blanc, la tente NRBC, la salle de gestion de crise....

La crise du Covid-19 a engendré de nombreuses limites à notre étude Cette crise sanitaire a fortement interrogé les pratiques managériales et la nécessité d'une mobilisation sans précédent pour répondre à l'afflux de patients aigus nécessitant des soins de réanimation. La dimension territoriale s'est élargie au niveau national pour désengorger les établissements en tension. Cette solidarité nationale sans précédent et le décloisonnement public-privé-medico-social et militaire/civil ont permis un accès à tous sur l'ensemble du territoire.

Enfin, nous avons été surpris de la complexité que nous avons pu rencontrer pour recentrer les professionnels sur la gestion de crise et sur leur vécu de la crise sanitaire du Covid-19. Nous verrons, après analyse de ce constat, que la définition même des SSE, n'est que peu maîtrisée par les professionnels. De plus, la difficulté rencontrée lors des entretiens par les interlocuteurs étaient de recentrer le discours sur la gestion des SSE hors Covid-19 du fait de la temporalité de la situation sanitaire du moment.

Le cadre de l'étude ne nous permettra pas de lever cette difficulté méthodologique dans les délais impartis.

2.2 L'analyse des résultats de l'enquête

2.2.1 La population de l'étude (Annexe 2)

La moyenne de l'ancienneté dans le poste occupé est de 3,4 ans ce qui est une moyenne basse au regard de l'ancienneté dans le métier exercé de 14,6 ans. Nous pouvons expliquer cet écart pour partie avec la mise en place d'une nouvelle direction commune sur le GHT il y a 2 ans.

2.2.2 Le niveau de connaissance du plan blanc existant

Est-ce que l'établissement est doté :

	Un plan blanc GHT	Un Plan blanc	Un PCA
OUI	0	12	0
NON	6	0	6
Je ne sais pas	6	0	6

100% des personnes interrogées savent que leur établissement est doté d'un plan blanc pour autant aucune n'a connaissance du plan de continuité d'activité. Ces données sont confirmées avec nos recherches documentaires lors de notre stage. L'établissement a prévu un plan de sécurité, un plan NRBC, un plan canicule, un plan pandémie grippale en annexe de son plan blanc pour chaque site. Cependant, il ne possède pas de PCA. Cette démarche n'est pas inscrite dans la réflexion des établissements du GHT interrogés. L'absence de PCA ne permet pas de décrire les organisations à mettre en place en

période de SSE. Cette réflexion stratégique des modifications d'organisation non réalisée par l'équipe de direction ne permet pas d'anticiper les ajustements d'activités ou du personnel. En effet, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, la fermeture des activités extrahospitalières ou encore le déploiement d'une organisation du travail en 12H des équipes peut permettre d'être un levier à l'anticipation des SSE. Ces éléments confirment que le PCA n'est pas une obligation réglementaire et n'est pas investi par tous les établissements.

Par ailleurs, seuls les membres impliqués de la cellule de crise restreinte donc de la stratégie savent qu'une réflexion est en cours pour rédiger un plan blanc GHT mais, à ce jour, elle n'est pas engagée. L'ingénieur qualité renforce par ses propos «*Nous sommes plus accaparés par des situations de crise avec une cinétique rapide qui n'a pas besoin de la dimension GHT*» Il précise par ailleurs qu'il a été surpris « *La dynamique d'un plan blanc GHT nous aurait certainement permis de transférer des patients entre établissement du GHT pendant la crise COVID-19*».A travers cette réponse , la question du plan blanc GHT reprend des éléments du cadre conceptuel autour de cette logique de filière médicale et de gradation entre les établissements du GHT qui n'a à priori pas pû se décliner lors de la crise sanitaire du Covid-19.

2.2.3 L'année de mise à jour du plan blanc

Date de mise à jour du plan blanc	
0 à 2ans	0
2 à 4 ans	6
4 à 6 ans	6
6ans et plus	

Les acteurs du plan blanc de première ligne à savoir chef des urgences ou les membres de la direction ont connaissance qu'une actualisation du plan blanc venait d'être engagée depuis janvier 2020 mais avec la crise sanitaire du Covid-19 cette démarche a été interrompue. Pour autant, le reste des professionnels sait que le plan blanc n'a pas été actualisé depuis au moins 2016 dans leur établissement ce que nous avons pu constater auprès de l'ingénieur qualité et gestion des risques du GHT et des documents consultés. Dans le cadre conceptuel, nous avons vus que les outils (plan de mobilisation interne niveau 1 et le plan blanc pour les SSE) permettent de préparer et de réguler l'offre de soins en amont (libération de lits, mobilisation supplémentaire de moyens humains et matériels , adaptation des capacités d'accueil) ou de répondre à des situations spécifiques.

La mise à jour du plan blanc sur les 3 établissements du GHT n'a pas encore intégré cette nouvelle dynamique proposée par le Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des SSE de 2019 abordé dans notre cadre conceptuel.

2.2.4 La place du directeur des soins : de la stratégie à son opérationnalité

A) Le directeur des soins: un acteur de la mise à jour du plan blanc

Les trois directeurs des soins nous ont indiqué ne pas avoir participé à la mise à jour du plan blanc même pour les maquettes organisationnelles des paramédicaux au moment de la mise à jour de ce plan blanc en 2016 au sein de ce GHT car aucun d'entre eux n'exerçaient sur ce GHT à ce moment.

De façon plus qualitative, un coordonnateur des soins a précisé «*La direction qualité ne pensent pas associer les directeurs des soins à la rédaction du plan blanc. «Selon l'ingénieur qualité » Avec la Covid, il va falloir que les directeurs des soins soient plus sensibilisés à cette nouvelle cinétique surtout en terme de contagiosité* ».

Un autre directeur des soins nous a indiqué « *Il faut reconnaitre que ce n'est pas notre priorité de solliciter la direction qualité pour participer à la mise à jour du plan blanc, avec la crise sanitaire du Covid-19 peut-être que les directeurs des soins vont s'emparer du sujet »* Pour le moment, « *Nous sommes dans une posture attentiste et non dans une démarche d'anticipation*». Cela parait donc cohérent quand les membres de CSIRMT disent ne pas être inclus dans ce processus de construction en amont et ne pas en avoir eu de présentation lors des CSIRMT du plan blanc.

L'ingénieur qualité évoque le principe que les paramédicaux ne sont pas associés à la rédaction ni à la réactualisation du plan blanc et des ces annexes. « *Les directeurs d'hôpitaux portent la responsabilité du plan blanc réglementairement et par conséquent on considère plutôt les soignants en qualité d'experts en soins, parcours de soins ou management des paramédicaux lors des crises* » Dans le GHT où nous avons réalisé notre enquête, nous pouvons confirmer les éléments bibliographiques entre l'aspect réglementaire et la non implication des directeurs des soins sur ce sujet. Pour autant, les dernières recommandations retrouvées dans notre cadre conceptuel incitent les équipes de direction à avoir une démarche collégiale et le directeur des soins en tant que membre du directoire doit participer à la construction de la réponse au SSE.

Toutefois, tous nous ont évoqués qu'avec la nouvelle cinétique de la crise sanitaire du Covid-19, les lignes devaient évoluer. La directrice d'établissement nous précise « *Il faudrait que tous les acteurs soient sensibilisés à co-construire les différents plans »*. En effet, il faudra pouvoir répondre aux nouvelles problématiques tout particulièrement en terme de contagiosité car chaque acteur aura une part de responsabilité tant sur le volet formation, conditions de travail, usagers.

Les discours des professionnels interrogés montrent une communication non optimale entre la direction qualité et la direction des soins. Nous pouvons nous questionner si le directeur des soins grâce au plan de continuité d'activité peut fluidifier cette communication.

B) L'implication du directeur des soins dans la mise à jour du plan blanc et du PCA

Les trois directeurs des soins n'ont pas été sollicités sur leur poste actuel dans le cadre de la mise à jour du plan blanc qui était en cours. Pour autant, deux des directeurs des soins ont été amenés à réaliser les maquettes organisationnelles dans le cadre du plan de continuité d'activité dans leur poste précédent. A titre d'exemple, ils ont inclus dans les nouvelles organisations de travail des maquettes organisationnelles en 12H. Le directeur de l'hôpital en collaboration avec le directeur des ressources humaines et le directeur des soins a présenté pour avis au Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT).Ces nouvelles organisations de travail mises en œuvre temporairement dans le cadre d'un déclenchement d'un plan blanc.

L'ingénieur qualité confirme que la mise à jour « *n'implique pas le directeur des soins au sein des établissements du GHT. La culture de gestion de crise n'est pas encore très développée au sein du GHT* ». Une première réflexion est en cours pour harmoniser l'annexe du plan blanc dit « plan bleu » au sein du GHT pour l'été 2021.En effet, un groupe de travail pluri professionnel du GHT travaille sur cette thématique. Le faisant fonction de directeur des soins, positionné sur l'établissement comprenant 400 lits de gériatrie, en collaboration avec les cadres de pôles, indique que cela a permis « d'identifier et de proposer des acteurs paramédicaux ayant des compétences pour co-construire le plan bleu ». L'ingénieur qualité et le président de la CME précisent « *pour l'H1N1 intégré dans l'annexe des épidémies en 2009, une première réflexion avait eu lieu mais depuis il* n'y a pas eu de mise à jour Nous ne sommes pas encore très sensibilisés aux *épidémies* ».
Par ailleurs, tous les interlocuteurs que nous avons sollicités évoquent un manque de temps pour la mise à jour du plan blanc qui souvent relève d'une commande d'un élève directeur lors de son stage long de huit mois

Les propos des professionnels interrogés montrent une réelle volonté de faire intervenir des paramédicaux dans l'élaboration des différents plans en lien avec les SSE.

C) Le directeur des soins intègre dans son management opérationnel les SSE

Nous avons vu que le directeur des soins en tant que président de la CSIRMT peut utiliser cette commission comme un levier managérial pour transmettre de l'information dans notre cadre conceptuel. Pour autant, tous les directeurs des soins nous indiquent que « *cette mission relève de la direction qualité.* » Par ailleurs, les DS ne mobilisent pas la direction qualité en tant qu'invités à la CSIRMT pour faire une présentation aux membres élus de la CSIRMT du plan blanc. Tous les membres de la CSIRMT élus confirment « *ne jamais avoir eu de présentation sur cette thématique*. L'infirmière du SAU élue à la CSIRMT évoquent « *Nous avons parfois la sensation que la priorité c'est de faire tourner les plannings par contre sur la gestion de crise nous n'avons pas d'information sur ce sujet comme si ce n'était pas la priorité de personne. J'ai fait le choix d'être élue à la CSIRMT pour pouvoir transmettre des informations à mes collègues mais sur la thématique des SSE il n'y a jamais aucune* présentation »

Par ailleurs, la ligne managériale évoque un manque de formation sur la thématique de gestion de crise et plus particulièrement sur le déclenchement du plan blanc. La cadre de santé précise « *Il n'y pas de personne ressources identifiée pour nous transmettre les éléments opérationnels du plan blanc quand nous sommes de garde le week-end. Elle ajoute, sur le site, il n'y a pas de référent gestion de crise, nous pourrions avoir des échanges informels entre pair cela nous sécuriserait* ».

En outre, les directeurs des soins n'évoquent pas d'autres lieux de présentation du plan blanc lors de réunions institutionnelles d'encadrement. Le chef des urgences dit « *il faut qu'un établissement soit confronté à une crise pour que la mesure soit prise de la nécessité que tous les acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs travaillent ensemble* ».Le directeur délégué argumente la non implication de tous les membres de direction « *Il faut des événements qui marquent les esprits comme la canicule de 2003 pour que tout le monde travaille ensemble de façon décloisonnée afin de rendre opérationnel les différents plans de l'hôpital en gestion de crise* ». Par ces propos, le CGS met en avant la gestion des compétences professionnelles des agents dont il a la responsabilité lorsque les professionnels se trouvent confrontés à une SSE. Par ailleurs comme nous l'avons vu dans la cadre conceptuel , la compétence se construit par l'expérience et de la confrontation aux situations .Par conséquent , une perte de compétence est réel quand les professionnels sont peu ou pas confrontés aux situations.

Nous constatons par ces éléments que les professionnels interrogés mettent en avant le besoin de cohésion au sein d'un établissement de santé pour améliorer la gestion de crise et notamment des SSE. Le cadre conceptuel nous a permis de mettre en avant le rôle pivot du directeur des soins dans cette coordination. Le DS dispose dans sa politique managériale d'un outil favorisant la cohésion à savoir le projet de soin partagé.

Cette première hypothèse: **La participation du directeur des soins en tant que membre du directoire à la rédaction du plan de continuité d'activité favorise sa déclinaison par un management opérationnel des équipes face aux SSE** n'est pas mise en place au sein du GHT dans lequel l'enquête a été menée. Cependant, tous les interlocuteurs expriment le fait qu'il serait souhaitable de faire intervenir le directeur des soins. Par ailleurs, dans notre cadre conceptuel, le cadre législatif confirme la légitimité du directeur des soins en tant que membre du directoire dans la stratégie de l'établissement.
Les DS, par leurs expériences professionnelles antérieures nous montrent une corrélation entre la politique institutionnelle du directeur de l'hôpital de la gestion de crise et l'implication de tous les membres de direction. Par ailleurs, les 4 DS nous ont dit « *nous considérons que la gestion de crise n'est qu'un épiphénomène par rapport à la gestion des risques en soins au quotidien* » Ils estiment eux-mêmes ne pas investir suffisamment la rédaction du plan de continuité d'activité qui pourtant concernent en grande partie les paramédicaux placés sous leurs responsabilités. Nous pouvons dire que les directeurs des soins déclinent un management opérationnel des équipes sur la gestion du risque en soins quotidiens et non spécifiquement pour les SSE que l'on retrouve incluse dans le projet de soin partagé relevant du référentiel de référentiel de compétences du DS. Ce coordonnateur des soins nous a précisé « *dans le PSP nous avons des indicateurs de suivi des formations AFGSU, hygiène des mains, mise en place des isolements. Je considère que cela fait partie de la gestion de crise quotidienne plutôt qu'évoquer le plan blanc que l'on utilise une fois tous les deux ans et encore* ».
Nous pouvons donc conclure pour cette hypothèse que des facteurs identifiés par la politique institutionnelle de gestion de crise du directeur de l'hôpital donnent une place spécifique à chaque acteur de la gestion des SSE.
Le management opérationnel ne peut par conséquent que découler d'une stratégie élaborée et structurée. Cette hypothèse dans un autre lieu d'étude aurait peut-être été confirmée mais dans cette étude nous ne pouvons pas valider cette hypothèse à ce stade par contre nous pouvons être force de recommandations dans la dernière partie.

Les propos des professionnels interrogés montrent une réelle volonté de clarifier leur rôle et place dans les SSE. Le directeur des soins peut investir cette thématique dans le projet de soin partagé pour codifier et rendre opérationnel la gestion des SSE.

2.2.5 Le projet de soins codifie la gestion de crise et développe les capacités d'adaptation des professionnels

A) Un axe gestion de crise dans le projet de soin partagé

	Un axe gestion de crise est intégré dans le projet de soins partagé	Des critères de gestion de crise sont inclus dans le projet de soins partagé	Des formations spécifiques gestion de crise sont incluses dans le PSP
OUI	0	4	4
NON	9	0	0
Je ne sais pas	3	9	9

La gestion de crise n'est pas incluse dans les projets de soins partagé comme le confirme les directeurs et les soignants élus à la CSIRMT. Pourtant comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, le PSP fait partie intégrante du projet d'établissement et relève de la responsabilité du directeur de soins. Ils argument ce choix en expliquant que la gestion de crise relève d'un exercice tout au long de l'année et non comme un événement exceptionnel. En effet, pour eux « *tous les jours dans le cadre de l'exercice en soins il y a des risques qui doivent être maitrisés comme l'hemo-vigilance, les gestes d'urgences, la prise en charge médicamenteuse ».« Ils estiment devoir faire face à des crises quotidiennes à travers la gestion des risques en soins* ».et donc ne pas voir la nécessité d'intégrer un axe « gestion de crise des SSE » dans le projet de soins qui relève par définition de la direction qualité gestion des risques. Dans le cadre de cette remarque, le coordonnateur des soins est revenu vers moi quelques jours plus tard pour m'indiquer « *c'est une bonne question, nous n'y avions pas pensé d'intégrer la gestion de crise comme un sous axe de la qualité et de la gestion des risques en soins dans le PSP. Il m'a confirmé que jusqu'à cette crise sanitaire, il considérait que cette thématique ne relevait que de la direction qualité au travers du plan blanc et non comme une thématique transversale aux soins »*

La cadre supérieur de pôle apporte un complément pour expliquer les raisons à cette absence dans le PSP. « *Il faudrait accepter que la crise fasse partie de notre exercice potentiel et là nous ne sommes pas prêts collectivement à sortir de notre zone de confort. La gestion du quotidien est déjà complexe donc je pense que l'on préfère rester dans nos zones d'habitudes et se projeter dans une éventuelle crise c'est compliqué. Cette démarche demande de décaler ces habitudes, d'accepter les changements*.»

Nous constatons que les membres médicaux ne peuvent pas répondre car ils indiquent ne pas connaitre le contenu du PSP

Nous pouvons donc en déduire que le projet de soins intègre la gestion des risques en soins mais pas la gestion de crise au sens de la définition retenue dans le cadre conceptuel. Pour comprendre les indicateurs incrémentés dans le PSP permettant de relier la gestion des risques et la gestion de crise nous avons exploré le PSP du GHT .Nous avons trouvé quelques éléments de formations (AFGSU, NRBC) mais aucun élément à la préparation du plan blanc comprenant des éléments spécifiques. Le lien est

fait par les directeurs des soins dans leur exercice mais n'est pas formalisé dans le PSP de façon à le rendre opérationnel pour l'encadrement tout particulièrement.

La contractualisation d'une stratégie affichée pourrait permettre aux différents acteurs de développer des compétences dans la gestion des SSE afin d'adapter leurs pratiques professionnelles au contexte spécifique.

B) Le directeur des soins anticipe le développement des compétences des professionnelles

Tout d'abord, toutes les personnes interrogées reconnaissent qu'il est nécessaire que tous les professionnels soient sensibilisés à l'existence du plan blanc et à son contenu. L'encadrement a exprimé « *nous connaissons mal la réglementation du plan blanc* » ce qui induit un très grand stress pour eux et « *leur incapacité à transmettre de l'information à leurs équipes* »
En effet, nous allons développer trois sous-thèmes qui sont ressortis de tous les entretiens : l'hétérogénéité du niveau de connaissance du plan blanc, le manque de professionnalisation de la gestion de crise et les exercices de simulation.

a) Un niveau de connaissance hétérogène du plan blanc

La politique de formation réalisée en collaboration avec le DRH n'intègre pas le plan blanc en tant que tel dans le plan de formation. Pour les deux coordonnateurs des soins, ils estiment qu'ils ont d'autres priorités «*Mes priorités sont d'intégrer dans le plan de formation, les pratiques qui pourraient déboucher à une mauvaise maitrise des risques dans les pratiques en soins*»: Pour autant, on retrouve quelques thématiques dans le plan de formation continue relevant de la gestion de crise comme la formation NRBC ou AGSU.
L'exercice professionnel des cadres interrogés montre que le manque de formation sur cette thématique entraine une mauvaise maitrise de la gestion de crise lorsqu'ils sont de garde le week-end. La cadre de rééducation explique « *lors d'une garde de week-end, elle a été en panique car l'ARS a déclenché une simulation de plan blanc avec un scénario d'un acte terroriste en fuite dans l'université proche de l'établissement comprenant de nombreux morts et blessés. L'ARS demandait aux cadres de lancer le plan blanc mais nous nous ne savions pas ce que nous devions démarrer. Nous avons imprimé les documents que nous avons trouvés dans la Gestion Electronique Documentaire. Malheureusement, nous ne savions réellement pas faire du coup nous avons oublié de prévenir l'administrateur de garde. L'ARS a 47 minutes a arrêté l'exercice car elle n'avait aucun retour de notre établissement* » Dans le cadre de la structuration

d'une cellule de crise hospitalière(CCH) , elle doit pouvoir être activée en moins de 45 minutes .De plus, les cadres interrogés notent et insistent pour évoquer leurs difficultés dans le cadre de la crise sanitaire du Covid-19 , leur manque de formation même pour des sujets qui paraissent évident comme l'identification des patients dans les logiciels de gestion de crise dont ils ne connaissaient pas l'existence (CIVIC).

b) Professionnaliser la gestion de crise: un enjeu d'actualité

A l'inverse, le chef des urgences que nous avons interrogé estime que les agents en première ligne c'est-à-dire le SMUR et les agents des urgences doivent être bien formés et réaliser de nombreux exercices de simulations pour se professionnaliser. Cependant à ce jour « *Je crois que les professionnels ne sont pas assez sensibilisés au plan blanc. La seule bonne volonté à se mobiliser ne suffit pas. Il faut rendre expert les professionnels à l'adaptation, à se mobiliser en période de gestion de crise*» Il pense qu'afficher clairement la nécessité de formations permettrait de développer les compétences des professionnels c'est-à-dire les médicaux, les paramédicaux et les administratifs et cela permettrait de gagner en réactivité et de professionnaliser la gestion de crise. Il est temps pour lui « *de professionnaliser la gestion de crise et de ne plus s'appuyer uniquement sur les bonnes volontés* » Les propos du chef d'urgences rejoignent également le constat fait par le cadre quant à la gestion de crise le week-end. Par ailleurs, ces éléments rejoignent le cadre théorique où les professionnels de premières lignes d'un établissement sont le plus souvent prioritaires dans les formations plan blanc. La cadre de pôle de gériatrie confirme ce manque de professionnalisation de ses équipes « *Les équipes comme en SSR ne sont ni formés ni sensibilisés, nous même les cadres et la direction des soins on les conforte dans leurs quotidiens et c'est dommage car on ne prévoit pour les inclure dans la gestion de crise* »

La directrice déléguée nous confie « *Avec la crise du Covid-19, nous devons collectivement construire en amont notre plan blanc et le décliner en autre dans le PSP pour que l'encadrement l'investisse comme un axe fort. Il faut mieux former les professionnels car nous sommes responsables de leurs protections et nous avons constaté de grandes lacunes sur le port du masque en autre ce qui a induit jusqu'à 80% d'absents sur nos secteurs de psychiatrie* »

Nous pouvons en conclure pour notre deuxième hypothèse que l**e projet de soins partagé est un outil permettant de codifier la gestion de crise en amont et développe les capacités d'adaptions des professionnels et le développement des compétences professionnelles** est affirmée**.** A partir de notre enquête, la sensibilisation à la gestion de crise d'un large public est apparue comme un élément fondamental pour tendre vers un socle commun de connaissances de tous les acteurs. Par ailleurs, des

formations continues identifiées SSE pour les paramédicaux doivent être contractualisées dans le plan de formation en collaboration avec la direction des ressources humaines et déclinées dans le projet de soins partagé. La déclinaison dans le plan de formation de ces formations spécifiques doit permettre de développer des compétences à la gestion de crise et s'inscrire dans des parcours professionnalisant pour les paramédicaux. Cette démarche a pour objectif de professionnaliser la gestion des SSE. Pour conclure, l'écriture dans le PSP d'un axe clairement identifié « gestion des SSE » selon toutes les personnes interrogées « *permettrait d'avoir une ligne conductrice pour tous les professionnels de la stratégie à une déclinaison opérationnelle* ».

2.2.6 La place du directeur des soins en cellule de crise

A la question de relance: le directeur des soins est-il un pivot dans la stratégie en cellule de crise, les personnes interrogées ont utilisé de nombreux adjectifs pour qualifier son rôle et sa place Pour l'ensemble des acteurs le directeur des soins est indispensable en cellule de crise par son expertise , son management et sa capacité à mobiliser ses ressources et son réseau.

Les adjectifs utilisés sont révélateurs d'une vraie reconnaissance des capacités du directeur des soins en cellule de crise. Ces adjectifs reprennent les éléments du référentiel de compétences tout particulièrement sur la thématique du management et de la coordination des acteurs grâce à son réseau. Les personnes interrogées soulignent la nécessité d'avoir des personnes avec des compétences sur les organisations de soin, les parcours de soins et une vision systémique des compétences à redéployer pour répondre aux SSE. La directrice déléguée nous précise « *sur un site nous n'avions pas de directeur des soins, un directeur des projets a été mis en mission sur ce poste de directeur des soins pendant la crise, il était paniqué car nous sommes des administratifs*»

Pour rendre opérationnel la gestion des SSE, l'organe de commandement est la cellule de crise hospitalière. Au travers de cette question, le directeur des soins apparait comme un membre indispensable de la CCH car il articule stratégique et opérationnalité en s'appuyant sur ces collaborateurs pour décliner les décisions prises collectivement et conjointement en interdisciplinarité.

A) La préparation de l'équipe de direction

Les équipes de direction ont évoqué «*Nous avons connaissance du plan blanc mais nous ne connaissons pas les fiches réflexes. Nous les lisons au dernier moment* ».Les directeurs des soins nous ont pourtant précisé que lorsqu'ils étaient administrateur de garde, ils avaient la même mission que les directeurs d'hôpitaux comme nous l'avons vu dans le cadre réglementaire.

Un directeur des soins a évoque : « *Je dirai que personne ne maitrise le plan blanc tant que l'on ne s'est pas entrainé. On parle d'un local plan blanc où on trouve du matériel. Si on interroge les cadres ou les ADG, je suis sûr qu'ils ne connaissent pas le contenu. Moi-même qui suis arrivé depuis un an, je sais où est le local plan blanc mais je n'y suis jamais allé à mon sens c'est une erreur. C'est comme ça qu'on se rend compte que des rongeurs ont mangé les dispositifs médicaux, que les stocks sont périmés. Conclusion, on se rend compte que l'on n'a pas le stock nécessaire à la PEC, et donc cela veut dire que l'on n'a pas cartographié, identifié par anticipation. Parfois, quand il manque de matériel sur blouses, masques, on va prendre dans le plan blanc et on le réapprovisionne pas»*

Ces propos renforcent la nécessité d'identifier les personnes ressources et responsables de l'opérationnalité, de la stratégie de la gestion des SSE et notamment au travers du plan blanc. Cette opérationnalité peut passer par la mise en place d'exercices de simulation.

2.2.7 Les exercices de simulation

L'ingénieur qualité évoque de nombreux sujets qui n'ont pas permis à ce jour de développer une culture permettant des exercices de simulation dans un dimensionnement site et de GHT. En effet, «*Le plus souvent, on est accaparé par des situations de crise ayant une cinétique rapide qui ne nécessite pas une dimension GHT*» Pour autant, la culture de la préparation des SSE par simulation au sein des sites n'est pas très développée. «*La difficulté c'est que souvent c'est les services qualités qui ont en charge la gestion de crise mais nous avons tellement d'autres priorités que forcément y a un moment il ya des trous dans la raquette car il faudrait que les directions qualité soient allégées d'autres contraintes car concrètement on manque de temps . Je pense que peu d'hôpitaux sont prêts, les seuls professionnels préparés et opérationnels à toutes les situations de crise ce sont les pompiers. « Ils ont professionnalisé la gestion de crise cela fait partie de leur identité* »

Le chef des urgences indique que sur son site il y a un laboratoire de simulation en santé et « *c'est la seule solution pour être prêt* ». Pour autant, il déplore que « *les équipes de direction ne prennent pas le temps de faire des exercices de simulation et la base c'est d'avoir des réflexes, des automatismes* ». Les directeurs ont confirmé ces propos. La directrice déléguée m'a indiqué « *nous avons un magnifique outil de simulation en santé pour nous entrainer sur le GHT mais nous ne pensons pas à réaliser des exercices communs GHT*».Le chef des urgences et le président de la CME déplorent le manque d'exercices de simulation. Il note que cela permettrait de mieux appréhender les situations de crises et ces situations pourraient être moins stressantes car mieux maitrisées par tous les acteurs de la cellule de crise ».Il déplore que « *chaque membre de la cellule de crise*

ne connaisse pas son rôle; chacun devrait connaitre ses fiches réflexes pour être efficace et réactif »

L'ingénieur qualité précise, les exercices de simulation « *permettent de réaliser différents scénariis et que chaque acteurs de la cellule de crise puisse s'entrainer et maitriser son rôle et sa place* ». Les exercices de simulation sont un incontournable comme nous l'avons vu dans le cadre théorique .Pour renforcer cette notion, il est demandé de tester le fonctionnement de la cellule de crise hospitalière au moins deux fois par an, soit en réel, soit via des exercices[45]

Pour les professionnels , le chef des urgences me précise « *100% de mon personnel est formé aux urgences de mon site car je suis responsable de la simulation en santé* » mais quand nous le relançons pour le GHT il nous répond « *nous ne sommes pas prêts mais l'idée est bonne* ».Pour aller plus loin, nous souhaitons savoir si les instituts pour la formation initiale en bénéficie au travers de convention, il me répond « *je ne sais pas mais nous pensons ouvrir à la formation continue des cliniques aux alentour*s »

La réalisation d'exercices permet à l'organe de commandement de tester les procédures réalisées mais aussi d'analyser les forces et faiblesses pour améliorer son dispositif et mener une réflexion sur les parcours de soins en SSE. Il est à noter que les exercices de simulation sont un outil de développement des compétences professionnelles et du renforcement de l'inter professionnalisation.

2.2.8 Le directeur des soins, garant des nouvelles organisations de soins

Comme vu dans la cadre conceptuel, le directeur des soins doit prendre en compte les sollicitations de l'ARS par exemple pour accueillir des patients, victimes, impliqués et mettre en œuvre dans des délais courts une réponse adaptée. L'équipe de direction va mener une réflexion en cellule de crise pour proposer des transformations et mettre en œuvre de nouvelles organisations. Le chef des urgences précise « *Les médecins donnent les grandes lignes mais sans le directeur des soins sa mise en œuvre ne pourrait pas s'orchestrer* ». Il met donc en avant le rôle stratégique des équipes médicales mais laisse l'opérationnalité de la gestion de crise au directeur des soins.

Ces propos sont renforcés par les directeurs des soins interrogés. En effet, les directeurs des soins des deux établissements nous ont précisé qu'ils étaient garants des organisations. Ils s'appuient sur la ligne managériale pour organiser les circuits, ajuster les effectifs, les redéployer, faire l'état des lits. Deux directeurs des soins ont précisé qu'ils étaient fondamentaux que l'encadrement soit sur site car ils sont des leviers dans les

[45] Ministère de la Solidarité et de la santé, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé, 2019

services pour impulser une dynamique de transformation parfois complète des organisations.

La directrice déléguée appuie ces propos « *J'ai vécu de nombreux plan blanc mais dans le cadre de crise sanitaire du Covid-19 nous n'avions pas de directeur des soins sur un site, c'est l'adjoint au DRH qui a mené ce travail et ce fut particulièrement complexe de ne pas avoir cette plus value soignante. Toute notre stratégie en cellule de crise moulinée, le directeur des soins est une courroie de transmission indispensable surtout quand nous sommes un établissement de première ligne avec un service d'accueil d'urgences et de toutes les activités de médecine-chirurgie et obstétricales*»

Nous constatons au travers des personnes interrogées que le directeur des soins en cellule de crise est indispensable par sa connaissance des organisations hospitalières, son expertise en soins, le management des cadres et son réseau intra et extra hospitalière.

Le directeur des soins favorise donc l'opérationnalité de la gestion de crise .Cette dernière peut-être confrontée à des limites.

2.2.9 Les limites à cette coordination

Les décisions en cellule de crise doivent être mise en œuvre « *comme une organisation militaire* » selon le PCME. Cela confirme les apports de notre cadre théorique sur la structuration d'une cellule de crise hospitalière pilotée par le directeur du site. Elle constitue l'organe de commandement de l'établissement lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'organisation hospitalière

Le directeur des soins est responsable de la continuité des soins même lors d'une gestion de crise. Le coordonnateur des soins dit « *Tous les professionnels font preuve de bon sens mais il manque de professionnalisation. Ils veulent tous participer au début d'une crise et puis ensuite ils sont fatigués. Nous sommes responsables de la construction des maquettes organisationnelles des paramédicaux pour assurer la continuité et une gestion de crise sur le long terme* ». Alors que les directeurs des soins évoquent ce principe d'écriture d'un PCA lors des entretiens comme un outil d'anticipation pour co-construire les organisations, il n'en existe à ce jour pas au sein du GHT de l'étude. Nous avons pourtant vu dans le cadre théorique que le PCA permet de déterminer les solutions à déployer en cas d'événements perturbateurs de tous types qui toucheraient l'établissement.

Le directeur des soins coordonne et contrôle la mise en œuvre des organisations. Il s'appuie su le cadre réglementaire et relaie l'information aux équipes. Pour autant les deux coordonnateurs des soins évoquent « *des cadres défaillants car ils sont paniqués et ne font pas redescendre les informations aux équipes de terrain* » Le manque

d'informations et/ou de formations à la gestion des SSE en amont des crises impacte donc l'opérationnalité de la gestion de crise et ne suit pas les recommandations présentées dans le cadre conceptuel. Le PSP, outil de management stratégique, élaboré par le DS peut lisser cette opérationnalité relevant de son champs de compétence et éviter cette impression de « défaillance » des cadres.

La directrice déléguée évoque la décision de faire des cellules élargies en complément des cellules restreintes car les professionnels avaient besoin de partager les informations et des décisions. Le président de la CME pense que « *c'était une bonne initiative d'élargir la cellule de crise pour autant il estime que cela démontre une mauvaise maitrise de la connaissance de cet organe décisionnel* ».

La directrice des soins d'un site évoque le fait : « *Je n'ai jamais autant marché pour écouter le terrain et contrôler la mise en œuvre des nouvelles organisations dans les services que lors du Covid-19. Lors des autres plans blancs que j'ai coordonnés, seule la première ligne était impactée et j'avais moins de difficultés à coordonner les actions décidées en cellule de crise. »*

Le coordonnateur des soins rappelle que lorsqu'on développe de nouvelles organisations, il doit être garant de la qualité et de la sécurité des soins apportés aux usagers.

Nous pouvons donc conclure que notre troisième hypothèse: **Les propositions de choix stratégiques du directeur des soins en cellule de crise peuvent permettre d'adapter et d'ajuster la réponse aux sollicitations des tutelles (flux patients, création d'activités..)** est affirmée**.** Toutes les personnes interrogées ont réellement insisté sur ce rôle fondamental, clé et d'articulation pour « **transformer l'impossible** » selon le chef des urgences. Les professionnels interrogent et mettent en avant l'importance de l'intégration des organisations en soins dans la construction de la stratégie de gestion de crise pour une meilleure opérationnalité en période de crise. Par ailleurs, les difficultés soulevées par les professionnels mettent au premier plan la nécessité de proposer de la formation continue sur la thématique de gestion de crise. Le volet formation continue est un volet contributif du PSP pour le maintien et le développement des compétences professionnelles.

2.2.10 Clés de la réussite: la communication

La directrice déléguée souligne que la cellule de crise en général se rencontre deux fois par jours. La place du directeur des soins est systématique et c'est une personne clé dans la prise de décision. Toutefois sa posture est fondamentale selon les dires du chef des urgences « *il y a un facteur humain car il y a des directeurs des soins qui ne sont pas facilitant, et la personnalité influe sur la manière de gérer les choses. Il peut lui-même être en difficulté et être très dirigiste, ne pas maitriser ces émotions* ». L'ingénieur qualité

explique qu'au cours de ces différents postes, il a constaté :« *Si les directeurs des soins ont une mauvaise maitrise du plan blanc alors les directeurs des soins ont une attitude moins facilitatrice* ».

A l'inverse, les trois cadres trouvent qu'en période de crise les directeurs de soins:

« *Deviennent accessibles, opérationnels et adaptables* ». Les infirmières remarquent que lorsque l'on est en période de crise « *nous nous rendons compte que les directeurs des soins sont des soignants et non des administratifs, ils ont une vision globale des organisations et on ne perd pas de temps à tout réexpliquer nos difficultés, ils les anticipent* ».

La directrice déléguée confirme que lorsque le directeur des soins a une posture facilitatrice tout en faisant respecter la réglementation alors « *la réactivité des professionnels et son adaptabilité est indéniable* ».La communication dans la cellule de crise devient fluide et simple, nous réfléchissons ensemble. Le PCME dit en riant *« nous posons tous notre cerveau sur la table et nous bossons ensemble par contre sans directeur des soins c'est compliqué*»

Dans le cadre théorique, les exercices de simulation permettent une bonne maitrise du rôle et de la place des membres de la cellule de crise. Nous constatons qu'une posture facilitatrice du directeur des soins entre les acteurs stratégiques et le terrain est un gain de temps lors d'un déclenchement d'un plan blanc. .

Nous pouvons donc conclure que notre quatrième hypothèse: **Le Directeur des soins a un rôle de coordination entre les médecins, les soignants et les directions au sein du GHT** est affirmée pour la coordination pluri-professionnel mais à ce jour elle n'est pas effectuée au sein du GHT**.** Nous notons qu'il est force de proposition des nouvelles organisations à mettre en place au regard des attentes des tutelles et des responsables médicaux. Il articule ces décisions avec la ligne managériale tout en étant garant de la sécurité des usagers et des professionnels, la maitrise des risques en soins et de la continuité des organisations en soins. La plus value du directeur des soins est confirmée dans son rôle de coordinateur entre tous les acteurs. Cependant il doit avoir lui-même une bonne connaissance de la gestion de crise, de son environnement et des ressources disponibles. Pour autant, quelque soit les membres de la cellule de crise, il est fondamental que l'établissement soit doté d'outils de pilotage comme la gestion des lits, le planning en ligne, l'accès aux coordonnées du personnel en ligne qui sont aussi « *des outils de communication en temps réel* » selon le PCME.

Au regard de ces compétences, la démarche de la gestion des SSE, est intégrée dans les activités du directeur des soins. Cette démarche prend en compte différentes dimensions: stratégie (3.1.1), gestion, coordination (3.1.2) et opérationnalité (3.1.3) que nous développerons dans nos préconisations dans une dernière partie.

3 Les recommandations

Le travail en amont permet de mettre en évidence la nécessité d'une organisation structurée pour faciliter l'opérationnalité de la gestion des SSE. Cette dernière se traduit au travers de trois temps: anticiper; décider/agir; évaluer/réajuster.

3.1 Le directeur des soins: un acteur stratégique de la construction de la réponse aux SSE

En s'inscrivant dans la stratégie le directeur des soins participe à la co-construction du plan blanc mais aussi du plan de continuité d'activité, du plan bleu et du plan épidémie avec les directions fonctionnelles: direction qualité et gestion des risques, DRH.
Cette démarche anticipée et structurée permet de penser les organisations en amont pour éviter les situations de crise majeure où l'établissement ne serai plus en capacité d'absorber le flux des patients et plus globalement d'apporter une réponse sanitaire adaptée à la SSE.

3.1.1 Anticiper la co-construction des dispositifs pour tendre vers une efficience de la réponse aux SSE

Le directeur des soins en collaboration avec le directeur qualité peut réaliser un diagnostique des plans existants et de leurs dates d'actualisation en s'appuyant sur ces collaborateurs les cadres de pôle. Le directeur des soins au travers d'un travail collaboratif avec le directeur qualité et les cadres de pôles pourra réaliser un diagnostic de l'existant, une cartographie des opportunités, des forces et des faiblesses au sein du GHT et des sites. Les différents dysfonctionnements identifiés au travers des signalements mais aussi des retours expériences des établissements dont il a la responsabilité seront des éléments d'inventaires.

Cette démarche transversale au sein du GHT permettra de construire un plan blanc au niveau du GHT mais aussi les plans de continuité d'activé. Ce plan blanc devra avoir des déclinaisons opérationnelles « sites » au regard de la hiérarchisation fonctionnelle des établissements de santé. Le directeur des soins s'inscrira dans ce processus pour réfléchir au parcours de soins, aux maquettes organisationnelles qui seront intégrées dans le PCA. Les maquettes organisationnelles construites en collaboration avec les équipes d'encadrement supérieur et médicales permettent d'instaurer une culture d'anticipation des SSE. Les maquettes organisationnelles seront présentées comité de direction puis aux organisations syndicales pour avis. Cette réflexion anticipée et

collaborative sera également présentée lors des réunions d'informations aux cadres de pôle et cadres de santé ainsi que les membres de la CSIRMT dans le but d'appréhender et de comprendre les modifications de leurs organisations de travail, les transformations des activités en cas de déclenchement du plan blanc.
Par ailleurs, une réflexion commune des fiches réflexives spécifiques à l'établissement du fait de son positionnement au sein de son territoire pour une appropriation des membres identifiés de la cellule de crise hospitalière confirmera la volonté d'anticiper les SSE et les rendre plus opérantes en situation.
Cette dimension stratégique de construire collectivement en équipe de direction tout en intégrant les personnes ressources médicales, d'encadrement et administrative permettra à l'équipe de direction, dont fait partie le directeur des soins, de s'inscrire dans une politique de la gestion des SSE au sein du GHT.

Par ailleurs, le directeur des soins a la possibilité d'inscrire un axe spécifique SSE dans le PSP pour décliner sa mise en œuvre opérationnel.

3.1.2 Un projet de soin partagé qui gagnerait à identifier un axe gestion de crise

L'engagement de créer un axe spécifique gestion des SSE dans le PSP engage le directeur des soins dans la préparation renforcée des réponses aux SSE auxquelles les établissements de santé risquent d'être de plus en plus confrontées Le directeur des soins intègre la gestion des SSE comme un axe dans le PSP dans la continuité de la politique institutionnel du plan blanc. La contractualisation dans le projet de soin des SSE s'inscrit dans une stratégie affirmée pour une déclinaison plus opérationnelle vis-à-vis des autres directions fonctionnelles. Cette politique de soins affichée lui permet de se positionner en articulation avec les autres projets médicaux ou de la direction qualité.

Le directeur des soins positionne la gestion des SSE dans une politique décloisonnée et transversale s'inscrivant dans une démarche Qualité Gestion des Risques. (Q-GDR). Le directeur des soins promeut dans son PSP la qualité et la gestion des risques en soins spécifiques aux SSE

Le directeur des soins est garant au travers de son référentiel de compétences de la définition et de la conduite d'un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires, institutionnelles et structurelles. Parmi ces activités, nous retrouvons la Q-GDR liés aux soins où la place des différents acteurs dans le processus d'amélioration continue de la qualité de gestion des risques est clairement définie. La démarche qualité permet d'objectiver des situations à risques, des dysfonctionnements et par conséquent, de fixer des objectifs de progression et de se recentrer sur le cœur de métiers.

Cette stratégie de la Q-GDR est définie par le directeur des soins car c'est une de ces missions prioritaires et quotidiennes afin d'optimiser les prises en charge en soins des patients et des organisations .La démarche Q-GDR vient donc en appui du management du directeur des soins et de sa mise en œuvre de la politique des soins.
Pour autant, les risques en soins dans une activité quotidienne sont à différencier du risque en soin en situation sanitaire exceptionnelle. Cependant, la confrontation régulière à un management de la Q-GDR permet aux équipes d'acquérir des automatismes et des compétences qui seront transférables lors des SSE.
Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé dans la V2014 de la certification a intégré dans son axe Amélioration des pratiques et sécurité des soins, une fiche à part entière sur la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins « Définir et valider un dispositif gestion de crise » (annexe 3). Ces éléments contractualisés par la HAS peuvent permettre de décliner dans le PSP et de rédiger un plan d'actions permettant de rendre opérationnel les recommandations de la HAS.

Le directeur des soins par anticipation au travers des maquettes organisationnelles doit identifier les besoins en ressources humaines et les organiser selon leurs disponibilités et leurs compétences.
Le risque de rupture de la continuité des soins dans un contexte de SSE mais aussi en termes de compétences est un élément majeur à prendre en compte par le directeur des soins dans la gestion anticipée des SSE.
Cependant, l'anticipation des organisations en ressources humaines peut être confronté à des aléas non identifiables en amont comme le risque de contagiosité des professionnels de santé (comme par exemple la crise de la crise Covid-19), ou bien l'interdiction à l'accès d'un établissement de santé (attentat préfecture de Paris).

Un plan d'action proposé par le directeur des soins permettra de passer d'une organisation «top down»[46] à une organisation transversale axée sur l'opérationnalité.

[46] BERTHIER C, CAPPE M, DUPE M. Face à la crise sanitaire les hôpitaux adaptent leurs stratégies d'organisation et de la gestion des ressources humaines: Passage d'une organisation «top down »à une organisation transversale axée sur l'opérationnel et les expériences de terrain. Santé RH-la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Juillet 2020, (n°127): pp 6-11.

Un sous axe de la gestion des risques en soins des SSE		
Anticiper	**Décider/Agir**	**Ajuster**
Co-rédiger à l'élaboration du plan blanc, épidémique…	Réaliser des sous-groupes CSIRMT pour co-construire ces plans GHT:	En fonction du cadre réglementaire et de l'évolution de la SSE.
Décliner sous forme d'indicateurs les fiches techniques de l'HAS pour Améliorer les pratiques et de la sécurité des soins, s'appuyer sur les fiche n°13 [47]relatif au dispositif de gestion de crise	Créer des sous-groupes en s'appuyant sur les cadres de pôles pour identifier les risques en soins en SSE	Proposer un patient traceur sur cette thématique
Intégrer le management des SSE dans projet managérial	Rédiger des fiches techniques avec l'encadrement de garde Intégrer la gestion des SSE dans les fiches de postes des cadres	Selon turn over des cadres prévoir un compagnonnage ou journée de formation dans le parcours de la prise de poste
Informer l'encadrement et CSIRMT Présenter les maquettes organisationnelles en CHSCT	Présenter le plan blanc, le PCA, le plan Bleu.	Identifier des groupes de travail pour participer à la construction des futurs plans

Les différents projets réglementaires encadrés par une obligation légale telle que le projet d'établissement, le projet médical et le PSP, constituent des leviers pour favoriser la montée en compétence des professionnels des différentes filières. Cette démarche favorise l'intégration accrue des démarches qualité gestion des risques .de l'établissement. La formation continue des professionnels participera au management de la qualité. La méthodologie du patient traceur est un levier managérial pour réaliser une évaluation collective des pratiques tout au long du parcours de soins en SSE.
Par ailleurs, une réflexion peut être menée au travers du projet médico-soignant sur le GHT pour inclure les SSE dans la stratégie de constructions de filières et de gradation des prises en charge des patients.

Une politique managériale anticipée et structurée dans le PSP traduit au travers d'actions et décisions est un enjeu prioritaire pour développer les compétences des professionnels.

[47] HAS, Amélioration des pratiques et sécurité en soins; la sécurité des patients; mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, fiche 13, p95.

3.2 Accompagner le développement des compétences pour une réponse adaptée en SSE

3.2.1 Co-construire un plan de formation adapté aux SSE pour harmoniser les pratiques en soins

Le sujet du développement des compétences est concrètement impulsé par le directeur de l'établissement en charge du projet d'établissement. Ses collaborateurs, le DRH et le Directeur des soins, sont directement concernés par le sujet pour proposer un plan de formation répondant aux besoins en formation. Le directeur des soins favorisera les parcours professionnalisant construit pour développer des compétences spécifiques à la gestion de crise au sein du GHT.

Le dispositif de formation proposée par le GHT est cruciale pour le directeur des soins pour le développement des compétences des paramédicaux. A ce jour, chaque établissement réalise son plan de formation qu'il présente pour avis aux organisations syndicales et comité technique d'établissement. Suite à la mise en place des GHT en 2016, les plans de formation continue et le développement professionnel continu doit être coordonné par l'établissement support. Pour cela, il convient de s'engager sur le territoire pour promouvoir la culture de la sécurité des soins par une offre de formation structurée et imprégnée des besoins pratiques des professionnels.

3.2.2 Un plan de formation continue commun pour renforcer la pluridisciplinarité

Deux types de formations devront être proposés une à destination des professionnels de terrain et une à destination des membres de la cellule de crise hospitalière.
Pour autant, sous l'influence du contexte de SSE, la compétence représente un subtil équilibre de savoirs mis en relation avec l'action. Le DS doit réfléchir dans son plan de formation en lien avec la gestion des risques à former les professionnels à des techniques qu'il ne connaissent pas pour qu'ils puissent développer des compétences individuelles dans une démarche de décloisonnement entre les spécialités pour répondre à la demande en soins. Pour autant , la crise du Covid-19 nous a montré que *l'intelligence collective* [48]a permis aux divers acteurs , de trouver et de décider ensemble des solutions pour réorganiser l'hôpital , ajuster ou créer des protocoles de soins , partager des pratiques professionnelles pertinentes et mettre en place des formations accélérées par leurs nouveaux apprentissages.

[48] LE BOTERF G. La prise en charge des Covid-19: Quelle situation professionnelle, quelle réponse en termes de professionnalisme. Gestion hospitalière. Mai 2020, (n°597): pp347-351.

Le directeur des soins put proposer un axe fort sur la simulation en santé pour répondre au besoin d'une montée en compétence individuelle et collective.

3.2.3 La simulation au service des professionnels de santé: des formations et des outils spécifiques aux SSE

A) La simulation au service des acteurs de terrain

Les mises en situation simulées permettent de s'entrainer d'accompagner les professionnels à la prise en charge des SSE. Les formations doivent être ouvertes selon les recommandations aux équipes en première ligne mais pas uniquement. Le directeur des soins identifiera des acteurs relais dans chaque unité sans identifier uniquement des cadres. Les référents identifiés sur l'ensemble de l'établissement pourront suivre une formation spécifique et une remise à niveau chaque année. Cet accompagnement adapté permet de s'exercer en équipe pluridisciplinaire et décloisonnée. Cette dynamique managériale impulsé par le directeur des soins permet par ailleurs la rencontre entre professionnels inter-service et peut engager de nouveaux parcours professionnels attractifs pour les paramédicaux.

B) La simulation au service des équipes de direction en cellule de crise hospitalière

Les équipes de direction pourront suivre une formation commune sur le déclenchement et la gestion de la CCH. C'est un incontournable que nous retrouvons dans toute la bibliographie. En effet, l'objectif de la cellule de crise est de répondre aux aléas, inattendus. C'est pour cette raison qu'en période de crise, le temps institutionnel doit suivre la temporalité de la crise pour ne pas être dépassé et pouvoir anticiper. Chaque membre de la direction doit développer cette compétence afin de pouvoir s'attacher à définir en cellule de crise les différentes orientations et positions de l'établissement sur chacune de ces missions: information, stratégie et de l'opérationnalité La maitrise des fiches réflexes par les membres des la cellule de crise doit permettre d'éviter le manque de cohérence dans le discours et les décisions prises .La perte de confiance peut entrainer un affaiblissement de la crédibilité de la cellule de crise et donc de son opérationnalité. Pour cela, une réelle dynamique d'exercices de simulation doit permettre aux acteurs de la cellule de crise de s'entrainer ensemble et s'impliquer individuellement dans son rôle et sa place. Ces exercices permettront de prendre la dimension de la recentralisation des décisions en temps de crise et le ressenti pour les acteurs n'y

participant pas d'inaction pouvant entrainer un sentiment de frustration. C'est pourquoi la cellule de crise doit aussi se confronter à l'enjeu du « sensemaking »[49].
Le directeur des soins, pour construire ces formations, se rapprochera de son université de rattachement pour développer un projet commun d'utilisation des laboratoires de simulation en santé.

3.2.4 Les formations incontournables pour le maintien des compétences

Les crises sanitaires montrent souvent une fragilité dans le maintien des compétences des professionnels sur des actes relevant de leurs décrets professionnels.

A) Le maintien des compétences pour rendre les organisations agiles

En effet les spécialisations comme les puéricultrices, IADES et IBODES exerçants en bloc opératoires ne permettent plus de mobiliser ces professionnels sur d'autres secteurs en SSE dans un temps contraint. Le directeur des soins peut cartographier en collaboration avec les cadres de pôles les compétences développées, par les professionnels paramédicaux identifiés comme mobilisable en SSE, à l'issu de leur formation initiale ou continue et de leurs savoirs expérientiels est un pré-requis pour identifier les points de rupture dans la prise en charge des patients.

B) Le maintien des compétences relevant des décrets professionnels

Par ailleurs, le directeur des soins s'appuiera sur l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH°) pour programmer et dispenser des formations dans les services sur des gestes simples comme le lavage des mains, le port du masque ou encore le respect de la tenue professionnelle. Des référents « ambassadeurs » identifiés seront le relai et transmettrons le rappel des protocoles d'hygiène. La crise sanitaire du Covid-19, nous a montré à quel point les protections individuelles tel que le port du masque, des gants et des sur blouses étaient fondamentales pour ne pas engendrer une sur-crise par un absentéisme conséquent entrainant une désorganisation dans la continuité des prises en charge en soins.

[49] BERTHIER C, CAPPE M, DUPE M. Face à la crise sanitaire les hôpitaux adaptent leurs stratégies d'organisation et de la gestion des ressources humaines: Passage d'une organisation «top down »à une organisation transversale axée sur l'opérationnel et les expériences de terrain. Santé RH-la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Juillet 2020, (n°127): pp 6-11.

Ce maintien des compétences ou son développement doit permettre au directeur de soins de pouvoir mobiliser les ressources nécessaires à la continuité et à la qualité des soins des prises en charges des patients en SSE pour permettre rester agile dans les organisations proposées.

C) Les retours d'expériences et l'analyse des pratiques professionnelles

Un dernier axe peut être exploité au travers des retours d'expérience en SSE des professionnels pluridisciplinaire. L'exploitation des retours d'expériences collectifs des services où l'établissement a été impliqué permettra de construire un plan d'action pour professionnaliser la gestion des SSE. Le directeur des soins par sa compétence « management des équipes d'encadrement » décidera de la mise en place d'ateliers d'analyse des pratiques managériales sur la thématique des SSE Cette dimension permettra d'analyser collectivement la gestion et la coordination des prises en charge en soins des patients lors des en SSE. Les retours d'expériences des services doivent alerter le directeur des soins sur la juste et bonne maitrise des pratiques professionnelles

Par ailleurs, le directeur des soins peut être force de proposition auprès du directeur général pour réaliser un RETEX de la dynamique de la cellule de crise hospitalière En effet, lors des entretiens nous avons remarqué que l'un des risques était la non maitrise de la dynamique de la gestion de crise. Ainsi, le PSP et le projet managérial seront des leviers pour sensibiliser, mobiliser et engager l'encadrement dans cet axe stratégique et fondamental pour répondre aux flux des patients en SSE.

Ce plan d'action comprendra un calendrier avec des échéances de réalisation des indicateurs de suivi : nombre de RETEX réalisés, des paramédicaux formés au plan blanc...

Accompagner et sécuriser les parcours professionnels permet de garantir aux patients des professionnels formés et compétents. Le développement de bonnes pratiques professionnelles est un enjeu majeur pour le directeur des soins en termes de gestion des risques en soins. Une formation continue innovante et coordonnée pourra garantir la professionnalisation de la gestion des SSE.

Un plan d'action structuré et planifié par le directeur des soins permettra de suivre l'évolution de son objectif principal: favoriser la montée en compétence des professionnels.

Développement des compétences		
Anticiper	**Décider /Agir**	**Ajuster**
Cartographier les compétences mobilisables en lien avec le PCA	Proposer un nombre de formation/an: Formation obligatoire et formation recommandée	Indicateurs quantitatifs Budget formation continue
Formations hygiène	Contractualiser avec les cadres pôles le suivi de ces formations en lien avec le CLIN en s'appuyant sur les référents : formation entre pairs	Indicateurs quantitatifs Réunion des référents pour identifier leurs difficultés Réaliser des audit de pratiques
Identifier des référents SSE dans chaque service	Inscrits dans le projet de soin Réaliser une lettre de mission pour les professionnels identifiés: cadre, infirmières, aides-soignantes, kiné..	Formation technique et de cohésion une fois par an simulation en santé Parcours professionnalisant Fidélisation des paramédicaux Evaluer les écarts en simulation
Promouvoir les formats innovants tels que la simulation	Impliquer la ligne managériale pour sécuriser leurs pratiques pendant les gardes Inscrire dans le projet managérial cet axe	Proposition ateliers d'analyse de pratique interprofessionnelle, Co-développement
Mobilisation des ressources internes	Créer une équipe de territoire SSE	Coopération par compétences Créer une culture GHT SSE Evaluer en fonction des entretiens annuels d'évaluation

Le directeur des soins peut également s'appuyer sur le partage de connaissances et de compétences, le renforcement de l'esprit d'équipe et de cohésion en situation de SSE ce qui lui permettre d'utiliser ce levier pour manager et coordonner les acteurs de terrain pour construire de nouveaux parcours en soins.

3.3 Manager et coordonner l'opérationnalité pour ajuster les organisations des parcours en soins

La formation continue dans la gestion des SSE permettra d'acquérir un langage commun, de mettre à niveau ces connaissances réglementaires pour être en capacité dans une gestion de crise de donner un sens à la construction de nouveaux parcours en soins.

Par ailleurs, le directeur des soins s'inscrit en tant que manager et coordonnateur de l'opérationnalité des nouvelles organisations des parcours de soins. L'adhésion de l'encadrement est un véritable levier pour le directeur des soins pour la mobilisation des équipes en soins à transformer des parcours en soin permettant de gérer le flux de patients. Cela consiste «à piloter l'enchainement entre les différentes étapes de prise en

charge des parcours et circuits des patients»[50] pour favoriser une coordination des acteurs intervenant à chaque étape.

La compétence 9 du référentiel de DS « Contribuer au développement des partenariats pour assurer la continuité de la prise en charge de l'usager » définit comme élément clé:

- S'assurer de la qualité de la coordination entre les différents partenaires impliqués dans le parcours du patient en identifiant des indicateurs de suivi
- Participer à la structuration et la mise en œuvre de filière et des réseaux de soins

Dans le cadre d'une montée en puissance des besoins en soins, en fonction de la typologie et de la cinétique de la SSE, la réponse apportée sera adaptable selon la caractérisation de l'événement. Selon Patrick Lagadec[51], chercheur spécialisé dans la gestion de crise, en termes d'information, la cellule de crise doit d'abord centraliser l'ensemble des problématiques émanant du terrain pour en tirer une image au plus proche de la réalité.

Les processus de décision de transformation des activités au regard du flux des patients doit mis en œuvre de façon collaborative au sein de la chaine de commandement. Les décisions prises en cellule de crise, des organisations projetées, doivent être déclinés dans chaque secteur d'activités L'ensemble des acteurs de la prise en charge des nouveaux parcours en soins doivent être sollicités dans ces décisions pour donner du sens à leurs actions. L'identification et la formation d'un directeur médical de crise (DMC) doit être identifié pour rendre l'organisation médicale opérationnelle aux urgences et au niveau du plateau technique médico-chirurgical.[52] Le DMC assure le pilotage opérationnel de la réponse médicale, en lien avec le PCME et les membres de l'équipe de direction. Le directeur des soins communique avec l'encadrement pour décliner les décisions mais aussi identifier les éventuels freins à la mise en œuvre d'une décision pour répondre au flux de victimes. Un des forces du directeur des soins en SSE sera sa capacité de communication avec un discours professionnel, clair et cohérent. Les professionnels seront sensibles en période de SSE à une attitude calme tout en étant dans sa posture de décisionnaire et d'anticipation par son expertise des organisations en soins. La mission du DMC et du directeur des soins vient en complémentarité dans sa mise en œuvre au sein des cellules de crise de déclinaisons opérationnelles même si ces missions sont théoriquement confiées au DMC dans le Mémento gestion de crise. Chaque membre de

[50] AISSOU M, DANOS JP, JOLIVET A, 2016, Structurer les parcours de soins et de santé, LEH Edition,240 p, pp 44-45.
[51] LAGADEC P, 1992, La Gestion de crise: Outils de réflexion à l'usage des décideurs, Ediscience International, 326p.
[52] *Ibid 11*

la chaine de commandement doit connaitre son rôle, ses responsabilités et ses interlocuteurs privilégiés en cas d'activation du niveau 1 ou 2 pour répondre à un seul et même objectif : faire face en cas d'afflux massif de patients.

Un plan d'action s'inscrivant dans le flux des victimes s'inscrit à travers trois grandes thématiques: le parcours des victimes, les ressources humaines, matériel et un système d'information GHT.

Le raisonnement en flux de victimes		
Anticiper	**Réaliser**	**Ajuster**
Identifier les éventuels portes entrées des victimes (ex: pédibus, impliqués)	Alerter les administrateurs de garde ou le directeur de site	La réactivité des professionnels et le délai de déclenchement de la CCH
Expliquer aux cadres en cellule de crise élargie les circuits patients	Décliner les nouvelles organisations décidées en cellule de crise	En cellule de crise avoir un temps d'avance sur les nouvelles organisations dans une approche rationnelle et opérationnelle
Expliquer le choix de déprogrammation de l'activité par la cellule de crise Promouvoir un management par la confiance	Organiser la déprogrammation avec l'encadrement pour son opérationnalité Renforcer transitoirement les équipes de programmation pour expliquer aux usagers	Evaluer avec le directeur médical de crise et les équipes médicales au sens large les situations complexes en cellule de crise
Manager les ressources humaines	Mobiliser les ressources nécessaires en s'appuyant sur l'encadrement	Contribuer à l'esprit de coopération dans la gestion des ressources humaines structurées pas l'encadrement
Mettre en place un Système Informatique de rappel par SMS des professionnels	Adapter les besoins en ressources humaines au regard du besoin	Le « prendre soin »des équipes Turn over post crise Absentéisme post crise
Outil d'évaluation capacitaire en lits	Mise en place d'une cellule de parcours et non pas uniquement du capacitaire en lits	Partager les données capacitaires au niveau régionale tous les jours

Le directeur des soins mais aussi toute l'équipe de la cellule de crise hospitalière doit faire preuve d'une attitude résiliente.[53] Les tensions qui peuvent survenir face aux choix et décisions prises doivent être dépassées en s'inscrivant dans une démarche de résolution de problème pour répondre au seul et même objectif: l'accueil de l'afflux de victimes.

La cellule de crise est un lieu de multiples interactions entre les acteurs de la gestion de crise, les équipes médicales, les équipes administratives et paramédicales. En situation

[53] DESCATHA A, HOCQUET A-S, PETIT A. Hôpital: de nouvelles organisations de travail. Esprit. Septembre 2020, (n°466) : pp17-21

de crise, nous constatons une plus grande complémentarité et une reconnaissance interprofessionnelle des compétences acquises. Le sens donné au travail d'une réponse adaptée aux SSE permet de construire en collaboration [54]des nouvelles organisations face aux flux de victimes.

L'innovation managériale du directeur des soins par son expertise et sa maitrise des organisations laisse place à l'intelligence collective pour répondre à cette survenue brutale d'un événement imprévu.

[54] DUATE AP, Situation de crise à l'hôpital opportunité d'émergence de l'appartenance. Gestion hospitalière. Novembre 2014, (n°540) :p52

Conclusion

Nous avons tenté de nous projeter dans ce qui constitue certainement un enjeu majeur pour le système de santé: les situations sanitaires exceptionnelles. Jusqu'alors, les organisations hospitalières s'ajustaient aux plans et aux dispositifs existants pour répondre aux besoins en santé lors des SSE. Les nouveaux risques sanitaires demandent une professionnalisation de la prise en charge des SSE pour une meilleure adaptation du système hospitalier. Les établissements devront travailler leurs plans à l'échelle du territoire pour apporter une réponse ajustée en fonction de la SSE par son décloisonnement avec les autres structures sanitaires (privés, libérales) et médico-sociales. Les établissements, par ces nouveaux risques sanitaires, positionnent l'hôpital comme un des acteurs de la résilience sociétale.

Le directeur des soins est un acteur de la stratégie de la SSE parce qu'il est à l'interface entre tous les acteurs médicaux, administratifs, paramédicaux, mais aussi les usagers pour construire des parcours patients adaptés en fonction de la SSE. Son identité, ses compétences et son positionnement institutionnel doivent s'inscrire dans une démarche collaborative et collective pour construire une réponse adaptée et ajustable en situation pour tendre vers un hôpital modulable.

Par ailleurs, le directeur des soins a toute légitimité à être force de proposition au travers du projet de soins partagé et créer un axe SSE pour afficher sa politique de soins et son management opérationnel. Le directeur des soins au travers de la structuration dans le PSP des SSE adopte un management maitrisé et performant pour mettre en œuvre des nouvelles organisations de travail. Cette démarche lui permet de maintenir sa capacité à produire des services garantissant la qualité et la sécurité des soins des prises en charge.

L'enjeu du directeur des soins est de s'inscrire dans un processus de transformation en accompagnant le développement des compétences des professionnels. Le directeur des soins positionne cette montée en compétence comme une priorité pour rendre opérationnel son management en cas de SSE. Au travers du plan de formation, les professionnels pourront acquérir, approfondir leurs connaissances pour développer ou maintenir leurs compétences dans des prises en charge spécifiques en SSE. Il inscrira cette démarche dans une dynamique permettant le suivi et l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Le directeur des soins développera la mise en perspective de ces situations au travers d'analyse de pratiques. Les enjeux d'accès à la formation des professionnels est une priorité stratégique pour autant le directeur des soins doit être innovants dans son management. Des formations réalisées auprès de professionnels devenus référents pour favoriser la transmission entre pairs est un premier levier. La mise en place de stages inter-établissement du GHT peut également être programmée.et ainsi favoriser la construction des compétences et renforcer la collaboration inter-site. La

formation est un enjeu majeur que ce soit par les exercices de simulation en santé , outil incontournable pour mesurer les écarts entre la théorie des plans et la mise en pratique entre pairs ou bien de façon plus académique pour tendre vers une professionnalisation des SSE.

Les ressources sont amenées à être mutualisées au sein du GHT pour répondre à la production en soins et tendre vers la convergence d'un plan blanc unique.

Le plan de continuité d'activité concourt à la pleine efficacité du plan blanc pour éviter les ruptures capacitaires en autre et permettre la sécurité et la continuité de service. Cette construction en amont permet de donner du temps à la réflexion pour ne pas se laisser déborder par la cinétique de la gestion de crise et son « effet tunnel » afin de proposer une stratégie organisationnelle. Le directeur des soins participera activement en cellule de gestion de crise à la fonction« parcours de soin »pour adapter et organiser la prise en charge des scénarii rencontrés.

Pour conclure , le leadership du directeur des soins par sa politique de soin doit pouvoir manager de nouvelles configurations d'organisation innovantes de parcours en soins dans un contexte d'environnement instable et complexe, promouvoir le développement de compétences pluridisciplinaires et transversales , pour mener à bien cette mission en SSE.

Bibliographie

REFERENCES JURIDIQUES :

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi du 9 août 2004 relative à la Santé Publique qui prévoit la mise en place au sein de chaque région Un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) comportant un plan d'action relatif à la Gestion de Situations Sanitaires d'Urgences (PAGUS) , afin de mieux répondre aux menaces sanitaires.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires **;** Article L.6143-7 du CSP permet au directeur de disposer de compétences générales au sein de l'établissement.
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, sur les missions du Directeur d'hôpital, Article L.3131-9 et R.3131-8 du CSP.
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.
- Ministère des affaires sociales et de la santé ; Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la réponse aux Situation Sanitaire Exceptionnelle du Code de la Santé Publique (CSP).
- Ministère des affaires sociales et de la santé ; décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'Organisation de la Réponse du Système de Santé (ORSAN) et au réseau national des Cellules d'Urgences Medico-psychologique pour la gestion des SSE, visent à formaliser les modalités de gestion d'un ensemble d'événements susceptibles d'affecter le système de santé.
- Circulaire n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes et circulaire DHOS/HFD/DGSNR n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique et 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.
- Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n°DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE précise la signification du terme Situation Sanitaire Exceptionnelle.

- Ministère des affaires sociales et de la santé. L'instruction N° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

Rapport et guides méthodologiques :

- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme, 2014, Formations des professionnels aux situations sanitaires exceptionnelles, note technique de cadrage, 30 p.
- Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femme, 2014, Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soin en situation sanitaire exceptionnelle, 77p.
- Ministère de la solidarité et de la santé, 2019, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, ministère de la solidarité et de la santé, 222p.
- Ministère de la santé et des solidarités, 20 février 2020, Guide méthodologique: Guide de préparation au risque épidémique du Covid-19.
- Ministère de l'intérieur, 2019, Guide ORSEC départemental; organisation territorial des gestions de crise, Tome G.7, 75p.
- HAS, Certification des établissements de santé, Management de la qualité et des risques.
- HAS, Amélioration des pratiques et sécurité en soins; la sécurité des patients; mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, fiche 13, p95.
- Secrétariat Général de la défense et de la sécurité nationale, octobre 2019, Mémento de gestion de crise.
- Secrétariat Général de la défense et de la sécurité nationale, 2013, Le guide pour réaliser un plan de continuité d'activité.

Articles

- PETON-KLEIN D. La multiplication des plans quelle lisibilité? Gestion hospitalière. Octobre 2004;(n°439): pp.22-24.
- PETON-KLEIN D. Contexte général de la gestion de crise. Gestion hospitalière. Octobre 2004;(n°439): pp 618-619.

- LEROUX V, DESROCHES A. Déclenchement du plan blanc: Mise en place d'une démarche sécuritaire pour une pandémie grippale. Gestion hospitalière. Octobre 2004;(n°439): pp 601-606.
- DULION JB, LANGLOIS M, RAUX M. Gestion de crise intra hospitalière face à la menace terroriste. Revue hospitalière de France. , janvier-février 2019, (n°586) : pp.47-53.
- MAY-MICHELANGI L, SAMI Y, AMALBERTI. R. Pacte le Programme HAS pour améliorer le travail en équipe .Revue Hospitalière de France, mai-juin 2018, (n°582): pp 12-16.
- STEYER V, LAROCHE H. Le virus du doute .Décision et sensemarking dans une cellule de crise. Revue française de gestion. Juin 2012;(n°225) :pp.167-186
- FAYN MG, SCHAEFFER F-X, BEKTI S. Apprendre à gérer la crise, Communication en santé: vers des organisations résilientes. Revue Hospitalière de France, Septembre-octobre 2018 ;(n°584) : pp.44-48.
- LE BOTERF G. La prise en charge des Covid-19: Quelle situation professionnelle, quelle réponse en termes de professionnalisme. Gestion hospitalière. Mai 2020, (n°597): pp347-351.
- BERTHIER C, CAPPE M, DUPE M. Face à la crise sanitaire les hôpitaux adaptent leurs stratégies d'organisation et de la gestion des ressources humaines: Passage d'une organisation «top down»à une organisation transversale axée sur l'opérationnel et les expériences de terrain. Santé RH-la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Juillet 2020, (n°127): pp 6-11.
- DESCATHA A, HOCQUET A-S, PETIT A.Hôpital: de nouvelles organisations de travail. Esprit. Septembre 2020, (n°466) : pp17-21
- GROSEIL S, WILLIAUME S. Penser et travailler autrement après une crise sanitaire: Retour d'expérience du CHI de Poissy/Saint Germain. Revue Hospitalière de France .Juillet-Aout 2020, (n° 595) : pp5-8.
- DUATE AP, Situation de crise à l'hôpital opportunité d'émergence de l'appartenance. Gestion hospitalière. Novembre 2014, (n°540) :p52

Ouvrages

- AYMARD J-C, 2010, Le plan blanc: quelques notions pratiques, Société Française médicale d'urgences, pp 1159-1191.

- Ammirati C, B Nemitz B, Nicolle D, Jallu JL, L'hôpital face à un afflux de victimes. , Traité Catastrophes de la stratégie d'intervention à la prise en charge médicale, EMC 1996 ; 89-96.
- SAUVARGNARGUES S. Prise de décision en situation de crise: Recherche et innovations pour une formation optimale, ISTE Editions, 2019, 167p.
- Thomas JP, Huguenard, 1993, P, L'accueil hospitalier des victimes en cas de catastrophe, Editor, Médecine en situation de catastrophe, Éditions Masson, Paris; 62-7.
- DE LA COUSSAYE JE, 2003, Les urgences pré hospitalières, Éditions Masson, Paris ; 155-65.
- COMBALBERT L, 2017, Le management des situations de crise: Anticiper les risques et gérer les crises, ESF, 202p.
- HENRY C; GODARD O; LAGADEC P; MICHEL-KERJAN E, 2002, Traité des nouveaux risques, Gallimard, 654p
- PERROT E, 2007, L'art de décider en situations complexes, Desctée de Brouwer,.
- AISSOU M, DANOS JP, JOLIVET A ,2016, Structurer les parcours de soins et de santé ,LEH Edition,240 p, pp 44-45.
- LAGADEC P, 1992, La Gestion de crise: Outils de réflexion à l'usage des décideurs, Ediscience International, 326p.
- PIRARD P, 2016, Comment analyser l'impact sanitaire : l'exemple des attentats de Paris, Santé Publique France, 15p.

Sites internet

- http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/plan_blanc2006.pdf
- http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/azf/1azf.htm 10.
- http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/334-ENT-Lagadec-p80-85.pdf

Mémoires

- Module interprofessionnel de santé publique (MIP) ,2016? Ecole des hautes études en santé publique(EHESP), groupe 9 animé par VAN DER LINDE C.L'organisation hospitalière dédiée aux crise sanitaires (plan blanc)est-elle toujours d'actualité face aux nouvelles menaces?
- CONDUCHE C, Ecole nationale de santé publique(EHESP), L'organisation et le maintien de l'opérationnalité des acteurs dans la gestion de crise : une contribution du Directeurs des soins. Promotion 2007

Autres :

- PARENT B, EHESP, Session «Communication et gestion de crise», Août 2020, filière directeur des soins.
- VAN DER LINDE C, Ecole des hautes études en santé publiques(EHESP), UE gestion de crise», Août 2020, filière directeur des soins.
- MAGNON R, DECHANOZ G, LEPERQUEUX M, Dictionnaire des soins infirmiers, Edition AMIEC Recherche.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d’entretien

ANNEXE 2 : Profil des personnes interrogées

ANNEXE 3 : Fiche 13 HAS

Annexe 1 – Grilles d'entretien

Trame d'entretien destinée aux professionnels

Thème	*Hypothèses*	*Questions*	*Questions de relance*	*Timing*
Profil		Pouvez-vous vous présenter, nous dire qui vous êtes, quel est votre parcours de formation et professionnel ?	Fonction actuelle? Missions ? Ancienneté dans la fonction ? Parcours professionnel ? Formations spécifiques ? Nature de l'établissement ? Nombre de lits ? Nombre de SAU ? SAMU ? Lits de réa ? Dans quel territoire l'établissement est-il inscrit ?	5 min
Stratégie	La participation du directeur des soins en tant que membre du directoire à la rédaction du plan de continuité d'activité favorise sa déclinaison par un management opérationnel des équipes face aux SSE	En tant que directeur des soins, quel est votre rôle quand à l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation du plan blanc de l'établissement.	Est-ce que l'établissement est doté d'un plan blanc et d'un PCA ? Avez-vous réalisé un plan blanc pour le GHT avec une gradation des soins. En tant que membre de direction, à quelles étapes avez-vous participé à la rédaction de ce document ? En quelle année a-t-il été mis à jour ? Avez-vous identifié des groups de travail paramédicaux pour rédiger un document ? Des exercices plans blancs au sein de l'équipe de direction ont-ils été prévu ? Diriez-vous que le plan blanc est connu des cadres ? des soignants. Si oui : comment communiquez-vous, sinon pourquoi ? Avez-vous présenté en CSIRMT de site et de GHT le plan blanc ?	15 min

Management stratégique	Le projet de soin partagé est un outil permettant de codifier la gestion de crise en amont et développe les capacités d'adaptation des professionnels	1/ En quoi le PSP intègre t'il une dimension de prise en charge des SSE ? 2/ Comment avez-vous intégré la gestion des risques dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins ? 3 / Selon vous les nouveaux enjeux en termes de SSE nécessitent-ils une évolution des compétences des professionnels de santé ? de leur périmètre d'activité ?	-Comment déclinez-vous auprès de la ligne managériale la gestion de crise ? - Avez-vous identifié des parcours professionnalisant gestion de crise ? -Comment intégrez-vous la gestion de crise dans la gestion des risques dans le management institutionnel ? -Avez-vous intégrer par exemple l'identito-vigilance en plan blanc comme un risque ? - Quelle démarche d'analyse avez-vous développé suite à une SSE ? -Quelle est l'articulation que vous faites entre le projet de soin et le plan de formation spécifiquement sur la gestion de crise ? -Comment identifiez vous les compétences existantes au sein de l'établissement pour la gestion de crise ? -Comment avez-vous sensibilisé les professionnels à la gestion de crise ? - Avez-vous prévu en collaboration avec la DRH inscrits des formations gestion de crise dans le plan de formation ? et sous quelle forme ? -	15 min
Coordination	Le directeur des soins favorise la coordination de l'inter-professionnalité au	En quoi les compétences statégiques du DS influence t'elle la coordination des soignants en période de SSE	-En quoi le directeur des soins est un pivot dans la stratégie en cellule de crise ? -En quoi, la connaissance du projet médico-soignant par les professionnels permet-il une meilleure coordination en SSE ?	15 min

	sein du GHT	En quoi la coordination des équipes par le DS influence-t'elle l'efficience de la réponse dans un SSE ?	-En quoi le directeur des soins est-il garant de l'opérationnalité des nouvelles organisations mises en place ? -En quoi le directeur des soins a un rôle facilitateur ?	
Communication Interne et externe	Les proposition de choix stratégiques du directeur des soins en cellule de crise peuvent permettre d'adapter et d'ajuster la réponse aux sollicitations des tutelles (flux patients, création d'activités..)	Quels sont les vecteurs d'information pour transmettre aux professionnels de terrain les décisions prises en cellule de crise ? Quelles sont les requêtes que vous transmettent l'ARS dans une SSE	-Avez-vous identifié préalablement des leviers de communication ? -Avez-vous identifié des référents pour décliner l'opérationnalité des décisions faites en cellule de crise ? Que pensez-vous si je vous dis que le directeur des soins doit avoir une certaine forme de leadership pour favoriser la coopération et la communication en SSE ? -Etes-vous sollicité pour rédiger des notes en réponse aux sollicitation de l'ARS ? -Etes-vous sollicité directement par les tutelles ? -Avez-vous été sollicité directement par les médias en SSE ?	10 min

Annexe 2 – Profil des personnes interrogées

Age	Fonction	Ancienneté dans la fonction	Ancienneté sur site
50	Directeur délégué établissement parti	20 ans	18 mois
60	Président de commission médicale d'établissement, PH biologiste	30 ans	15 mois
62	Coordonnateur des soins établissement parti et GHT	20 ans	16 mois
62	Coordonnateur des soins établissement parti	15 ans	14 mois
50	Faisant fonction directrice des soins sur l'établissement support	3 mois	3 mois
45	Ingénieur Qualité gestion des risques GHT	15 ans	2 ans
42	Chef des urgences établissement parti, PH urgentiste	10ans	2 ans
54	Cadre supérieur direction des soins et élu CSIRMT	10 ans	6mois Elu : 2ans
52	Cadre supérieur de pôle élu CSIRMT	8 ans	2ans Elu 2 ans
56	Cadre de santé plateau de rééducation et élue à CSIRMT	12 ans	12 ans Elue 2 ans
54	Infirmière en salle de Surveillance Post Interventionnelle élue à CSIRMT	33 ans	15 ans 2ans
23	Infirmière du SAU élu CSIRMT	2ans	2ans

Annexe 3 – Fiche 13 HAS

Fiche 13

Fiche 13. Définir et valider un dispositif de gestion de crise

Objectif

Se préparer à la gestion de crise au moyen d'un dispositif validé

Principe

- Toute organisation peut être soumise à une crise dont l'origine peut être d'origine interne ou externe. Elle peut être jugée autant sur sa réponse à la crise que sur la crise elle-même.
- Un dispositif de crise est prévu dans chaque établissement de santé. Il définit les responsabilités et les procédures graduées d'organisation selon le contexte et les ressources susceptibles d'être mobilisées.
- Ce dispositif doit prendre en compte l'éventualité de l'événement indésirable grave.
- Les crises d'origine externe à l'établissement (risques exceptionnels, etc.).
- Les crises d'origine interne : « tension hospitalière » générée par la demande (affluence de patients), ou les ressources disponibles (compétences, moyens), ou événement indésirable associé aux soins engageant de façon brutale l'image ou la sécurité de l'établissement.

Modalités de conception et de validation du dispositif

Principes généraux

- Prendre en compte les exigences réglementaires.
- Identifier les correspondants internes parties prenantes d'une gestion de crise (direction générale, CME, structures d'urgences, réseau relatif à la gestion des risques, communication, services logistiques et techniques) et externes (préfecture, ARS, vigilances sanitaires, SAMU, collectivités territoriales, police, pompiers, médias).
- Effectuer un état des lieux en matière de plans de secours (plan blanc, plan bleu, plan canicule, plan de continuité d'activité, etc.) et évaluer les documents disponibles (conformité à la réglementation, pertinence au regard des risques potentiels identifiés, caractère opérationnel, exhaustivité, etc.).
- Rédiger et/ou actualiser les plans d'urgences en prenant en compte les résultats d'éventuelles inspections (issues de l'ARS et/ou de la zone de défense civile).
- Définir les modalités de la communication de crise (quoi, qui, quand, comment).
- S'assurer de la disponibilité des compétences dans le temps et 24h/24 (prendre en compte les rotations de personnels).
- Organiser les exercices de simulations (après information préalable ou non, de façon locale ou générale, globale ou partielle, ou encore pour la seule cellule de crise).

- Procéder aux retours d'expérience après exercices de simulation de plans ou survenue de crise.
- Organiser des formations régulières spécifiques (gestion de crise, communication de crise, plan blanc, plan NRBC, etc.).

Par exemple, dans la cadre d'un plan blanc, préciser

les modalités de déclenchement et de levée du plan, de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise,

- les modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels, d'accueil et d'orientation des victimes, de communication interne et externe,
- les plans de circulation et de stationnement au sein de l'établissement, de confinement de l'établissement, d'évacuation de l'établissement,
- les mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques,
- les modalités de formation du management à la gestion de crise,
- les modalités d'entrainement à la mise en œuvre du plan.

Aspects relatifs à la survenue d'événements indésirables graves associés aux soins

Au-delà du cadre réglementaire concerné, des investigations systématiques et mesures techniques appropriées, les modalités de la communication interne et externe sont à préciser en termes :

- de destinataires : administration de l'établissement, CME et autres commissions concernées, tutelles, personnels de santé internes voire externes à l'établissement, usagers ou leurs représentants, médias,
- pour chacun d'eux, d'attentes à prendre en compte, de forme et de support, d'objectifs et de contenu, de précautions dans la stratégie de communication,
- de priorités et de responsabilités (quoi, qui, quand, comment, avec qui) en soulignant ici le rôle du binôme formé par le responsable d'établissement et le président de la CME.

Pour en savoir plus

- Ministère de la santé et des solidarités. Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans élargis et des plans blancs des établissements de santé. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; octobre 2009. (http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-blanc-et-gestion-de-crise.html)
- Ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la Santé, Département des situations d'urgence sanitaire. Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; 2007. (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/retour_experience.pdf)
- Conférence des directeurs généraux des Centres Hospitaliers Universitaires, Fédération hospitalière de France. Guide de la communication de crise. Paris : MACSF ; 2009. (www.macsf.fr)
- Société française d'hygiène hospitalière. Infections associées aux soins. Guide d'aide à la communication. Partie 2 : Communication et situation de crise. Hygiènes 2010 ; (HS).

<NOM>	<Prénom>	<Date du jury>

<INTITULÉ DE LA FILIÈRE>

Promotion <année>

<TITRE DU MÉMOIRE>

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé **:**

Les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) constituent certainement un nouvel enjeu majeur pour le système de santé. Jusqu'alors, les organisations hospitalières s'ajustaient aux plans et aux dispositifs existants pour répondre aux besoins en santé lors des SSE. Des nouveaux risques sanitaires demandent une professionnalisation de la prise en charge des SSE pour une meilleure adaptation du système hospitalier. Les établissements devront travailler leurs plans à l'échelle du territoire pour apporter une réponse ajustée et décloisonnée en fonction de la SSE. Ils positionnent l'hôpital comme un des maillons de la résilience sociétale

Le directeur des soins est un acteur de la stratégie de la construction de la réponse de la SSE parce qu'il est à l'interface entre tous les professionnels mais aussi des usagers pour construire des parcours en soins adaptés en fonction de la SSE. Son identité, ses compétences et son positionnement institutionnel s'inscrivent dans une démarche collaborative et collective pour élaborer une réponse adaptable et ajustable en situation pour tendre vers un hôpital modulable.

Par son leadership, le directeur des soins, par sa politique de soins, manage et coordonne de nouvelles configurations d'organisation innovantes de parcours en soins dans un contexte d'environnement instable et complexe, et promeut le développement de compétences pluridisciplinaires et transversales.

En quoi le directeur des soins peut-il favoriser la préparation et l'adaptation du personnel soignant aux SSE?

Mots clés **:**

Situations sanitaires exceptionnelles - Directeur des soins – Projet de soins partagé - compétences

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