



La gestion de la crise

dans les établissements de santé
face aux risques exceptionnels

16 décembre 2003

Maison de la Chimie



OUVERTURE

Edouard COUTY,
directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Engagé sur le chantier Hôpital 2007, Monsieur le Ministre Jean-François MATTEI n'a malheureusement pas pu être présent pour l'ouverture de ces travaux. Il a demandé à Monsieur COUTY de le représenter.

Monsieur COUTY souhaite la bienvenue à tous pour ce colloque organisé à l'initiative de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et consacré à la gestion de la crise dans les établissements de santé.

Si pour la première fois le ministère de la santé organise une rencontre sur ce thème, le mouvement est déjà lancé sur le terrain. En effet, les événements survenus au cours des deux dernières années ont naturellement conduit à prendre en compte les risques de toutes natures - y compris ceux liés aux actes malveillants - dans les organisations, à mettre en commun des constats et à partager des expériences. Le dispositif a d'ailleurs été globalement rénové en 2002. Basé sur une organisation territoriale, il reste cependant vivant et se construit au fur et à mesure. La nécessité d'affiner la pertinence et l'efficacité des systèmes d'alerte comme l'adaptation des organisations conduira d'ailleurs sans doute à apporter des modifications juridiquement plus solides que des circulaires dans les mois qui viennent.

Ouvrant cette journée, il rappelle la place de plus en plus importante prise par la communication en temps de crise. Que cette communication soit interne ou externe et tournée notamment vers les médias, elle appelle réflexion et outils adaptés. Les systèmes d'information et leur nécessaire adaptation avec en particulier l'élaboration de circuits d'information courts pour améliorer l'alerte mérite d'être abordé tout comme le point important de la formation.

En matière de crise, les SAMU et les services d'urgence ont mis en place une première démarche. Ces actions doivent désormais être relayées par tous les établissements et toucher tous les professionnels qui doivent y être formés ou au moins sensibilisés. Il est en effet important que chacun s'approprie ces sujets liés au risque et à la gestion de la crise et que, notamment les cadres et dirigeants, les fassent leur. C'est ainsi qu'il sera possible d'aboutir à une gestion des crises qui ne serait plus seulement conjoncturelle mais une gestion plus structurelle, plus institutionnelle où les établissements aurait intégré cette dimension dans leur quotidien, dans leur politique de formation, dans leur gestion des congés etc.

On constate aujourd'hui que le nombre de risques augmente et qu'on est de plus en plus souvent confronté à des situations qui exigent une grande réactivité des organisations. Et si depuis quelques années la culture et les réflexes de la gestion de crise pénètrent les établissements de santé, si la gestion du risque est devenue une dimension de management classique, ce n'est plus suffisant. Il est désormais primordial de se préparer le plus en amont possible et d'ajouter l'anticipation et la préparation à la gestion des risques exceptionnels et des crises.

Cette journée sera l'occasion de faire le point et d'échanger, de comprendre les expériences mises en place et d'en tirer des enseignements. Il remercie ceux qui ont permis que cette journée ait lieu et notamment le service de communication du ministère, le SICOM et les services de la DHOS, Madame Dominique PETON-KLEIN et tous les intervenants.

Monsieur Patrick SIMONIN, directeur adjoint de l'information sur TV5, animera ces rencontres.

Il estime que le public a une réelle attente sur ce sujet car en ce domaine de la santé, la confiance est primordiale or il est rassurant de savoir que les professionnels de la santé travaillent ensemble à améliorer les dispositifs.

Il appelle les quatre intervenants de la matinée : Monsieur Christian DECHARRIERE, préfet de la Drome et précédemment Préfet de l'Aude où il a géré les inondations en 1999 ; Monsieur Christian MOREL, auteur d'un livre publié chez Gallimard et qui a eu un impact fort : « Décisions absurdes : sociologie des erreurs radicales et persistantes » ; Madame Dominique PETON KLEIN, directrice de projet, chargée de la gestion des risques et de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et Monsieur Patrick GOLDSTEIN, médecin SAMU et président de la commission scientifique des SAMU de France.

LA GESTION D'UNE SITUATION DE CRISE : LES DIFFERENTS RISQUES

Christian DECHARRIERE
Préfet de la Drôme

L'exceptionnel est-il prévisible et comment faire face ? De quels outils dispose-t-on ? Comment la gestion des risques exceptionnels s'articule-t-elle au niveau de l'état ? **Monsieur DECHARRIERE** répond à partir de son expérience de préfet.

Il est communément admis qu'une situation de crise découle de la conjonction d'un évènement particulier qui a une certaine gravité, qui conduit à une forme de dépassement de la capacité d'action normale des services et qui peut conduire à une forme de perte des repères habituels. Il est probable qu'à cela s'ajoutent une surmédiatisation et un risque de « déferlement » avec une désorganisation accrue de l'ordre normal des choses.

Pour illustrer son propos, il rappelle ce qu'ont été les inondations catastrophiques survenues dans la nuit du 12 au 13 novembre 1999 dans le département de l'Aude.

Un phénomène climatique d'ampleur exceptionnelle avec des chutes de pluies ininterrompues pendant 48 heures et plus particulièrement concentrées sur 24 heures a donné lieu à des niveaux de précipitations de 60 cm dans de nombreux endroits allant parfois jusqu'à 555 cm. Une alerte météo moyennement signalée existait depuis le jeudi mais le vendredi, les services sont essentiellement préoccupés par ce qui se passe sur la mer méditerranée vers Port-la-nouvelle où le niveau de la mer est monté de 80 cm et où trois bateaux courent le risque de s'échouer. Le vendredi soir, vers 19h30, et pendant 1h30, des chutes d'eau très violentes sur un sol déjà gorgé d'eau vont conduire à des ruissellements, des emportements de pont, des effets de vagues... les conséquences sont dramatiques : 25 morts pour le seul département de l'Aude et 3,5 milliards de francs de dégâts matériels. La réponse étatique est alors forte. On déclenche le plan ORSEC pour un mois et s'engage pour assurer l'urgence et permettre au plus vite la reconstruction.

Il y a eu trois phases dans la crise. Une phase aiguë, pendant la nuit de vendredi à samedi avec des effets violents et une organisation d'urgence qui a pour mission de sauver des vies humaines. Presque en parallèle se pose la problématique du nettoyage et de la remise en route

des services publics. Vient ensuite, après une courte phase d'élaboration et une visite très rapidement survenue du Premier ministre, la phase longue de la reconstruction.

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
Pour tirer le plus d'enseignements utiles de cette expérience, il soulignera l'importance des facteurs d'environnement, proposera des suggestions sur les préoccupations à avoir pendant la crise et fera quelques observations sur la préparation à la situation de crise.

Les facteurs d'environnement et de difficulté de la gestion de crise sont d'abord lié aux hommes, à leur culture et aux phénomènes sociétaux. En effet, les français sont dans une posture d'exigence d'une assurance tout risque étatique et ont la conviction que l'État et la collectivité publique peut prévenir tous les risques. En ce qui concerne les inondations on pense par exemple qu'il suffit de faire des digues pour s'en prémunir. L'exigence d'un droit la sécurité absolue est donc la toile de fond de l'action collective.

En situation de risques on doit pouvoir se reposer sur des dispositifs rapidement mis en œuvre qui peuvent permettre de palier la désorganisation qui joue souvent de façon cumulative.

Le risque du comportement inadapté de celui qui a en charge de gérer la crise ne peut être écarté. Celui-ci se doit d'abord d'être présent. Il doit savoir s'entourer des compétences nécessaires et éviter l'emballement comme l'effet de sidération. Parfois en effet, inquiet devant l'événement, apparaît une hésitation à agir qui peut être dramatique. Il faut par ailleurs évidemment se garder de rester prisonnier d'une vision ou d'un langage technicien et du fait de vouloir minimiser la problématique rencontrée. Il faut apprendre à gérer l'incertitude et savoir qu'on ne saura pas toujours l'étendue exacte des risques : on ne comprend pas toujours la gravité de ce qui se passe...

Par ailleurs, la crise, souvent imprévue, survient souvent au plus mauvais moment (une nuit de Week End, une veille de vacance, une heure de déjeuner...).

Le dernier facteur à prendre en compte est le temps et en particulier la cinétique de l'événement. On ne réagira pas de la même manière à une crise à diffusion lente qu'à un évènement catastrophique à diffusion rapide et les bonnes décisions ne seront pas toujours les mêmes. Ainsi par exemple il y a eu dans la somme des inondations à cinétique lente, la montée des eaux se faisant sur plusieurs jours on a pu songer à déplacer des populations. Au contraire, la cinétique rapide d'inondations comme celles qui ont eu lieu dans l'Aude ou dans le Gard a imposé d'autres choix stratégiques allant par exemple plutôt vers le confinement de la population. En tout état de cause, le facteur temps doit être intégré dans le choix des manœuvres.

En conséquence, les facteurs clés d'une gestion efficace de la crise reposent d'abord sur une bonne perception ou compréhension du phénomène auquel on est confronté. Un spécialiste de la gestion de la crise Monsieur Patrick Lagadec qui, il y a 10-15 ans insistait sur le phénomène de « disqualification immédiate », indique combien il est important de comprendre rapidement de quoi il s'agit sous peine de décrédibilisation forte. Or, pour bien saisir la situation, l'information venant du terrain est fondamentale. Pour agir le plus vite et le plus en amont possible, une bonne information qui remonte par les élus, les pompiers mais aussi les médias est primordiale. Mais cette information « montante » ne vient pas naturellement aux décideurs, il faut malheureusement souvent aller la chercher et, en tout cas, créer l'habitude de la faire remonter.

Il s'avère également nécessaire de gérer l'information de tous les acteurs impliqués. Cette information « rayonnante » est importante et dans la plupart des cas, les maires qui sont des partenaires importants, ont un besoin vital de recevoir de l'information ne serait-ce que parce qu'ils sont des relais de proximité pour la population.

Les systèmes d'alerte météo sont bien réglés dans le pays grâce à des satellites et ils sont devenus beaucoup plus efficaces depuis 1999, mais cette information de qualité doit circuler. En l'occurrence un serveur automatique a été mis en place pour distribuer l'information et ceci c'est déjà souvent révélé très utile.

L'anticipation est indispensable car, le plus vite possible, il faut imaginer les divers scénarios possibles. En effet l'incertitude et la complexité des situations fait qu'on navigue parfois entre

des risques divers et des périmètres de protections qui peuvent varier et se superposer. Cette analyse des scénarios possibles doit être renouvelée régulièrement pour essayer d'avoir toujours « un coup d'avance » sur le déroulement des événements.

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
Si rassembler les informations, décider et agir est fondamental, il faut aussi le faire savoir et percevoir par tous ceux qui vivent la crise. Il faut gérer la crise mais aussi montrer que l'on maîtrise ses effets et qu'on a une stratégie qui doit être régulièrement affinée et explicitée notamment en direction des médias. Il est également important d'avoir une logique de proximité d'être sur le terrain et de prendre en compte la psychologie des sinistrés. L'autorité publique a là une forme de devoir même si le pays a développé des cellules de crises psychologiques qui prennent en charge directement les populations touchées. L'attention portée au concitoyen doit être réelle mais aussi se dire.

La communication est en effet un point fondamental. Le public doit savoir ce qui se passe, ce que l'on fait, ce qui peut arriver et ce avec le maximum de transparence tout en veillant à ne pas générer de panique et de comportements erratiques. Pour ce faire, il est important de surveiller l'unicité du discours et la lisibilité des messages. Il faut donc éviter les langages compliqués ou ésotériques qui ne permettent pas de transmettre une information claire au grand public.

A cet égard, les médias sont un paramètre fondamental. Ils ont leurs propres rites et commencent par exemple toujours par montrer les dégâts, les morts ; ils veulent des titres forts, des photos chocs et de l'émotion. Sur le terrain, on a donc à la fois l'obligation de permettre aux médias l'exercice de leur travail dans des conditions de sécurité optimales, on doit leur permettre de montrer l'ampleur du désastre, d'analyser les réponses publiques même si leur regard n'est pas toujours particulièrement bienveillant, tout en tentant de maîtriser les éventuels débordements et de faire d'eux des partenaires efficaces pour expliquer la situation aux concitoyens. Il peut par ailleurs s'avérer utile d'entendre, notamment par le prisme des médias, toutes les insatisfactions exprimées sur le terrain afin de pouvoir y réagir rapidement et concrètement.

A la lumière de ce qu'il a pu faire lors des inondations de l'Aude où son premier communiqué de presse a eu lieu en pleine nuit à 2h du matin et où pendant un mois les points presse ont été au nombre de deux par jour, il apparaît que ne pas priver les médias d'informations régulières et venant de la source est une stratégie qui s'avère très bonne et qui ne doit pas s'arrêter avec le point culminant de la crise. L'accompagnement de la fin de la crise est tout aussi important, d'autant que c'est là que se construisent les bases d'un traitement efficace, sain et concerté d'une prochaine crise qui ne manquera pas d'avoir lieu.

Débat

Monsieur BRICAIRE, chef de service en maladies infectieuses à la Pitié Salpêtrière, est heureux qu'il ait été insisté sur la présence du responsable au moment de la survenue de la crise. Mais ceci pose parfois un réel problème car à un certain niveau de responsabilité, on ne peut pas toujours être présent sur le terrain.

Monsieur DECHARRIERE répond qu'il est important d'exercer ses fonctions de décideur. Ceci ne veut évidemment pas dire qu'il faille tout le temps être présent au PC crise opérationnel ou sur le terrain. Il doit néanmoins apparaître qu'on est là, concerné, actif et disponible pour répondre à tout problème.

En l'occurrence, la vocation d'un préfet est de prendre des décisions stratégiques. Il faut donc manifester auprès de chacun des acteurs sa présence et son autorité et le manifester par le fait qu'on prend ses responsabilités.

La première chose à éviter c'est l'absence. L'information qui ne vient pas est parfois dramatique et la perte d'autorité qui en découle ne facilitera pas, en tout état de cause, le retour à la normale.

Monsieur GUILLOMO, médecin inspecteur de santé publique dans le Morbihan, indique que pour avoir participé à de nombreux exercices, il en mesure l'utilité. Il s'interroge cependant sur la méthode et sur le déroulement de ces exercices. Se confronter aux autres acteurs et à des situations imprévues est souvent positif mais, en pratique, on a parfois d'avoir l'impression d'être dans un concours où quelqu'un connaît les réponses. Par ailleurs, il lui semble qu'à la fin de l'exercice, le temps n'est pas toujours pris pour en tirer, ensemble, les conclusions qui permettraient d'améliorer les processus.

Monsieur DECHARRIERE n'a pas la même expérience des exercices. Pour lui, les acteurs sont confrontés à des situations dont on ne connaît pas les paramètres. Dernièrement, il a par exemple

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS organisé un exercice nucléaire avec un scénario injecté depuis Paris sans que personne localement ne sache ce qui se passerait. Avec des animateurs extérieurs et un débriefing avec retour d'expérience, l'exercice est complet même si on bute parfois sur des conclusions difficiles à entendre.

Monsieur GOLDSTEIN estime qu'il est important de ne pas confondre exercice et démonstration. Des exercices de petite taille peuvent parfois aussi être intéressants et permettent de tester des petits dispositifs et d'en tirer des conclusions pertinentes. Quand l'exercice est de trop grande taille et trop complexe, on peut être tenté de démontrer la puissance d'un dispositif plutôt que de le mettre réellement à l'épreuve dans chacun de ses détails.

Monsieur DECHARRIERE en est d'accord mais la mise en musique stratégique est également utile. Il ne croit pas qu'on soit dans une logique de compétition sauf peut-être l'impression qu'en donne les médias.

Monsieur MATHON, médecin hospitalier à Lyon, indique que tous les professionnels sont convaincus de l'importance des exercices. Deux freins sont néanmoins réels : le coût financier et humain comme la peur des médias et des répercussions négatives que pourrait avoir le fait de montrer une certaine incompétence. Parfois des réticences à faire des exercices apparaissent car « on ne se sent pas encore tout à fait prêts... »

Monsieur DECHARRIERE répond que le coût est effectivement une problématique que chacun doit gérer en terme d'investissement financier et des temps personnels, mais si on veut être prêt à la gestion de la crise, il faut s'y préparer. Dégager les moyens nécessaires n'est effectivement pas toujours facile mais, même si des progrès peuvent évidemment encore être faits, la culture de crise est suffisamment établie pour que la plupart comprenne désormais l'importance des exercices.

Par ailleurs, en situation d'exercice on est là pour se « préparer » et c'est bien le message qu'il convient de faire passer. Plus structurellement, il vaut mieux rater un exercice et se faire critiquer sur un exercice pourvu que ce soit inscrit dans une perspective d'amélioration, plutôt que de ne pas être prêt et performant au moment de l'action réelle.

GESTION DES RISQUES ET DES CRISES :

LES GRANDS DYSFONCTIONNEMENTS DES PROCESSUS DE DECISION

Christian MOREL

Cadre dirigeant, auteur des

« Décisions absurdes : sociologie des erreurs radicales et persistantes »

Publié chez Gallimard, **Monsieur MOREL** montre qu'on peut parfois commettre des erreurs en ayant l'impression d'être dans le vrai.

Pour Monsieur MOREL, il y a deux types d'erreurs : des erreurs communes qui sont le produit de la précipitation, de l'impulsion ou d'autres facteurs irrationnels (ce sont par exemple les erreurs d'étourderie) et puis, il y a les grandes erreurs collectives, commises avec un certain calme, de façon réfléchie et ce y compris dans des organisations rationnelles et scientifiques. Une grande persévérance est par ailleurs souvent observée dans l'accomplissement de ces erreurs...

Il s'est intéressé à cette deuxième catégorie de « très grandes erreurs ». Pour les illustrer, il évoque rapidement trois exemples. Le crash absurde du quadri-réacteurs d'United Airlines en 1978 à l'entrée de l'aéroport de Portland en est une. En vue de la piste, les pilotes retardent d'une heure l'atterrissage pour vérifier l'état du train d'atterrissage et négligent complètement le niveau de carburant si bien que l'appareil finit par s'écraser en panne sèche. L'explosion de la navette Challenger est un autre exemple emblématique. L'explosion résulte du mauvais fonctionnement des joints sur les « booster ». Ce problème était connu depuis plusieurs années à la NASA - une précédente vague de froid avait révélé la faiblesse des joints - et, le jour même du lancement, le directeur de projet des « booster » était tellement convaincu que ça ne marcherait pas qu'il a demandé à ce que la navette ne décolle pas. Pourtant, elle a été lancée. Il évoque aussi un événement de la vie quotidienne relatée par un professeur de management américain. Au Texas, par un dimanche d'une chaleur étouffante, une famille est confortablement installée sur la terrasse à déguster des boissons rafraîchissantes quand tout à coup, elle décide démocratiquement, d'aller faire 200 km de route dans le désert pour déjeuner d'un repas médiocre. Au retour ils se rendent compte que personne n'avait réellement envie de ce déjeuner lointain.

L'étude de ces décisions absurdes permet de mettre à jour les dysfonctionnements dans la prise de décisions qui sont parfois moins visibles dans des erreurs ordinaires.

Trois catégories de dysfonctionnements se dégagent : les dysfonctionnements cognitifs ou les erreurs de raisonnement, les dysfonctionnements collectifs ou les enchaînements vers l'erreur absurde et enfin les dysfonctionnements téléologiques ou dysfonctionnements relatifs à la définition du sens de l'action.

Dans toutes les grandes erreurs on constate une ou plusieurs grandes erreurs de raisonnements. On en voit un exemple dans l'idée fautive des ingénieurs de Challenger sur les hivers en Floride. Ces ingénieurs ont raisonné comme « l'homme de la rue » et ont estimé que les hivers en Floride sont toujours doux. La probabilité d'un hiver froid leur a semblé négligeable au point de continuer à fabriquer des joints qui ne sont plus suffisamment élastiques à basse température. Le jour du lancement de Challenger, la température était descendue en dessous de zéro degré, les joints se sont mal détendus, le gaz s'est échappé et la navette a explosé.

Ce qui est particulièrement étonnant c'est que quelques années auparavant une vague de froid avait permis de constater sur le terrain que les joints ne fonctionnaient pas bien à basse température mais l'évènement avait été jugé exceptionnel et donc non susceptible de se reproduire. Ceci a également conduit à négliger une norme de la NASA qui oblige les éléments à fonctionner même à basse température ; les ingénieurs des « booster » l'ont perdue de vue.

Après l'accident, un enquêteur a eu l'idée d'interroger les responsables de la NASA quant aux probabilités d'échec d'une fusée. Les managers ont prétendu que la probabilité était de 1 pour 10 000 ou même de 1 pour 100 000 alors que les qualitatifs avaient calculé le risque d'échec comme étant

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS de 1%. L'ampleur de l'erreur est énorme et a du contribuer à donner aux décideurs une confiance excessive qui a finalement faussé leur jugement.

On constate également qu'il est parfois difficile de réfléchir à plusieurs sur diverses variables en même temps. A trop se concentrer sur un point, on en oublie les autres paramètres. C'est ce qui est arrivé aux pilotes.

On souffre aussi parfois d'un biais cognitif : on attribue la cause à ce qui se voit le mieux. On surestime parfois gravement les facteurs que l'ont voit le plus facilement.

L'étude de ses dysfonctionnements cognitifs montre leur caractère le plus souvent rudimentaire. Se sont souvent des erreurs élémentaires de probabilité. On constate notamment un biais spécifique qui consiste à considérer comme négligeable une probabilité faible. Il est d'ailleurs effectivement très difficile de distinguer intuitivement la faible probabilité de la probabilité extrêmement faible.

A cet égard, des sociologues américains - dits de l'école de Berkley - ont étudié des organisations qualifiées de « hautement fiables ». Elles ont la double particularité d'avoir une activité dangereuse et complexe et pourtant d'être fiables. C'est le cas par exemple des sous-marins nucléaires américains. Une des raisons de cette fiabilité extraordinaire est que, dans ces organisations, on porte une attention particulière aux évènements dont la probabilité d'apparition est faible.

Les erreurs cognitives jouent un grand rôle dans la persistance de l'erreur car il est très difficile de sortir d'un piège mental même élémentaire. En effet, une fois installée, l'erreur devient souvent une erreur de représentation. Par ailleurs, il est difficile de ne pas commettre ce type d'erreur car compte tenu de la complexité du monde et du manque de temps, l'être humain est obligé de raisonner en simplifiant. Ce « bricolage cognitif » est de plus parfois source d'inventions géniales. Les pilotes d'un avion de ligne ont un jour réussi à poser un appareil alors que toutes les commandes de directions avaient été détruites, en dosant la puissance des divers réacteurs et ce alors qu'il avait été scientifiquement prouvé qu'on ne pouvait maîtriser un véhicule dans un univers à trois dimensions en ne jouant que sur la puissance des réacteurs. Leur exploit pragmatique a ensuite été modélisé... Une rationalité limitée est potentiellement dangereuse tout en étant potentiellement créative ; il convient donc d'arbitrer finement entre le risque d'erreur et la capacité d'inventer.

Les erreurs radicales et persistantes résultent aussi de dynamiques collectives. Par manque de temps Monsieur MOREL n'évoque que celles qui sont liés à la communication et en particulier la communication implicite, la sous expression des problèmes et la transmission non traduite de l'information.

Les échecs de la communication implicite sont légion et pourtant cette communication implicite est un moyen de coordination très efficace. Deux époux qui se sont perdu dans une grande surface peuvent se retrouver car chacun aura anticipé qu'ils passeront par l'entrée principale, dans d'autres cas, cette communication implicite peut également accentuer leur distance si par exemple l'un pense que sa femme ira au rayon mode et qu'elle attend son mari à la librairie. La plupart des collisions de navires naissent également de ce type de communication car sans le verbaliser, on estime que l'autre fera une manœuvre qu'il ne fait peut être pas. De nombreux malentendus graves naissent ainsi.

La sous-expression naturelle des problèmes existe très souvent car on n'ose pas dire que l'on ne veut pas ou qu'on n'est pas d'accord pour des raisons diverses. La veille de la décision de lancer Challenger par exemple, les participants conscients du risque sont restés silencieux. Les raisons de ce silence sont d'abord liées aux normes de communication qui atténuent la force des messages. On peut évoquer la norme de non-répétition – dans une bureaucratie une fois que quelque chose a été dit on ne le répète pas -; la norme de non agressivité – pour montrer qu'on

reste professionnel on n'exprime pas toujours l'urgence suffisamment clairement-; la norme de respect de la cohésion du groupe - exprimer une opposition met parfois en cause l'ambiance et la cohésion d'un groupe... Et puis, le plus souvent, le silence prévaut en cas d'intuition, en effet, une inquiétude qui ne peut pas être démontrée avec des arguments rationnels n'a pas de valeur. Tout ceci ne facilite pas l'expression et la remonté des problèmes.

La taille des organisations ne facilite pas non plus l'expression de chacun tout comme la synthèse générale efface parfois l'expression des signaux faibles. L'école de Berkeley a d'ailleurs observé que dans les organisations hautement fiables il y avait beaucoup plus de communication sur les problèmes que dans les autres organisations.

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
La transmission non traduite de l'information pose souvent les fondations d'erreurs graves d'autant que l'information doit être traduite dans les deux sens. Les dirigeants se préoccupent désormais souvent de rendre l'information accessible au plus grand nombre mais il est tout aussi important que les experts s'appliquent à rendre leurs informations compréhensibles aux dirigeants, que la présentation des informations soit pédagogique et intelligente, orientée vers l'action. Une bonne information rendue pédagogique et remontée vers le décideur conduit souvent simplement à des bonnes décisions. L'exemple de l'épidémie de choléra à Londres en 1854 en est symptomatique. Alors qu'une série de données temporelles sur les victimes de l'épidémie n'avait pas donné d'informations parlantes, un médecin de la reine Victoria a eu l'idée de convertir la statistique en carte visuelle répartissant des décès suivant les onze points d'alimentation en eau des quartiers. La pompe coupable a émergé évidemment, les responsables l'ont arrêtée et l'épidémie fut stoppée. Les experts et les opérationnels doivent donc apprendre à traiter efficacement l'information pour le décideur.

Des erreurs absurdes peuvent également résulter d'une perte de sens qui s'insinue au fur et à mesure du processus de décision. Quatre dysfonctionnements téléologiques majeurs correspondent aux quatre étapes de la définition du sens d'une action.

La définition de l'objectif à atteindre peut être absente ou floue. Ceci arrive par exemple quand on croit que l'objectif est clair pour tous. On dit alors qu'il faut faire de la « qualité totale » et on passe à l'action sans définir plus clairement l'objectif. Ceci arrive aussi en cas d'indisponibilité des responsables stratégiques : bloqués, les opérationnels agissent avant que le plan stratégique ne soit bien défini.

L'auto légitimation de la solution ou le syndrome du pont de la rivière Kwai est une autre réalité. L'action devient alors le sens de l'action. Dans le Pont de la rivière Kwai, le colonel oublie qu'il construit finalement avec zèle un pont pour son ennemi. Ceci arrive aussi parce que la société donne un prix à l'action. On ne blâmera pas facilement un service qui reste tard le soir et agit avec dynamisme même si le sens de son action n'est pas clair voir inutile.

La défaillance du contrôle de conformité avec l'objectif est également commune. On se contentera alors de compter le nombre d'entretiens d'évaluation effectués sans savoir s'ils sont bien faits ou même utiles.

Parfois aussi, on rattache une action inutile dans une « valeur valise » utile qui l'héberge. Une organisation peut ainsi créer une action et une solution qui n'a pas vraiment de sens mais qui ne sera pas remise en cause car elle participe d'une valeur communément acceptée comme utile.

Si cette connaissance psychosociologique de l'erreur peut sembler un peu théorique, Monsieur MOREL indique qu'il lui semble que pour éviter les erreurs, les méthodes ne suffisent pas, il faut aussi apporter de la connaissance.

Le meilleur exemple de la nécessité de la connaissance est celui des pilotes de lignes. La compagnie leur amène des méthodes pointues avec check listes détaillées et protocoles à suivre mais on s'est rendu compte que, pour éviter les accidents, il fallait apporter aux pilotes des connaissances en sciences humaines. Les compagnies les plus modernes ont donc mis sur pied des formations CRM - Crew Ressources Management -, des initiations à la psychologie et sociologie du cockpit. On y apprend des choses simples. On y enseigne par exemple au copilote

à parler au commandant de bord quand celui-ci, qui est son supérieur hiérarchique, a fait une erreur...

L'apprentissage collectif des erreurs passées est également une bonne école. Dans le programme américain de construction des moteurs nucléaires, une organisation hautement fiable, 5000 personnes ont suivi une formation sur les conséquences et enseignements à tirer de l'accident de Challenger et ce alors que ce retour d'expérience n'a pas été fait à la NASA.

Pour conclure, il rappelle que si piloter c'est agir, c'est aussi comprendre.

Débat

Monsieur QUEYROUX, directeur général adjoint du CHU de Besançon, ayant compris que parmi les risques, l'erreur de statistiques conduit souvent à négliger des paramètres utiles, il estime cependant que le monde de la santé souffre parfois d'un autre problème : la pression médiatique et celle considérable des concitoyens amène parfois à se concentrer et à dépenser argent et énergie sur des

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
facteurs donc la criticité est démontrée comme très faible voire nulle ce qui a pour conséquence de ne pas pouvoir se concentrer sur d'autres phénomènes potentiellement beaucoup plus critiques.

Monsieur MOREL précise que dans son livre, il nuance les modèles et ce notamment en fonction des trois types d'acteurs : le manager, l'expert et le « candide ». Il y évoque ainsi une dizaine de modèle dont le modèle dit décentralisé où se sont effectivement les « candides » qui font des demandes extravagantes.

Monsieur VIGOUROUX, directeur général adjoint du CHU de Bordeaux, souhaite en savoir plus sur le « candide ». Ceci lui semble particulièrement intéressant à l'heure où il est question, dans les hôpitaux, de renforcer le rôle des usagers.

Monsieur MOREL répond que les « candides » peuvent parfois en même temps faire des demandes complètement irrationnelles et avoir des choses extrêmement pertinentes à dire. Il faut gérer ceci et l'on constate d'ailleurs que, quand tout est bien prévu et organisé, le « candide » peut aider à mieux gérer le risque.

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN SITUATION DE CRISE

*Dominique PETON-KLEIN
Directeur de projet, DHOS*

Madame Dominique PETON-KLEIN, qui a été pour beaucoup dans l'organisation de ce colloque, précise les problèmes liés aux organisations et les niveaux de responsabilité auxquels les décisions sont prises.

Madame Dominique PETON KLEIN propose un exposé plus technique portant notamment sur l'organisation du système de santé sachant que cette organisation est encore jeune puisque pensée seulement depuis 2001. Cette organisation nouvelle fait suite aux événements de septembre 2001 qui ont eu un impact psychologique important et à l'alerte à l'anthrax qui a mobilisé le ministère.

En trois temps, elle mettra en lumière les grandes lignes de l'organisation des structures, donnera des éléments sur les perspectives d'avenir puis sur quelques principes de bases mis en évidence aux travers des travaux menés depuis 18 mois.

A l'échelon national, deux ministères sont concernés : celui de la santé, de la famille et des personnes âgées et celui du travail, des affaires sociales et de la solidarité. Au sein du premier, trois directions sont concernées : la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins chargée de l'élaboration de la politique de l'offre de soins, la direction générale de la santé chargée de la mise en œuvre de la politique de la santé et la direction de la sûreté nucléaire et de la radioprotection. Les agences de sécurité sanitaire, dont les deux principales sont l'institut de veille sanitaire et l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, sont également impliquées. Au ministère du travail et des affaires sociales, la direction générale de l'action sociale, chargée de l'élaboration de la coordination et de la mise en œuvre des politiques d'intervention sociale, médico-sociale et de la solidarité est associée aux travaux ainsi que la direction générale de l'administration du personnel et du budget qui est en charge de la logistique et des finances. Le service du haut fonctionnaire de défense est un service transversal dépendant directement de ces deux ministères.

Une réflexion est en cours sur la coordination de ces différents directions et services répondant à une demande du terrain d'avoir un interlocuteur unique et clairement identifié.

L'échelon territorial a quatre niveaux d'organisation le niveau zonal, le niveau régional, le niveau départemental et celui des établissements de santé.

L'organisation de l'échelon territorial est récente datant de mai 2002 : la circulaire du 3 mai 2002 relative à « l'organisation des établissements de santé en cas d'afflux de victimes » fixe les grandes lignes de celles-ci. Le titre de cette circulaire peut paraître réducteur celle-ci traitant in fine de l'ensemble de l'organisation territoriale. Elle définit deux niveaux réglementaires partant du même principe d'organisation que le ministère de l'intérieur, le département et la zone de défense. Elle rend obligatoire la mise en place de schémas départementaux et officialise le terme de plan blanc, plan d'organisation des établissements. Ceux-ci avaient été initiés dans une circulaire du 24 décembre 1987. En 2001, seuls 20% d'établissements avaient réfléchi à ce type de plan et 80% continuaient de gérer les crises dans l'événementiel.

Ainsi tous les établissements ayant un service d'urgence doivent se doter un plan blanc. Cette organisation devra s'appliquer à l'avenir à l'ensemble des établissements de santé quelqu'ils soient.

Par ailleurs, l'organisation pouvant différer suivant les risques, les annexes spécifiques doivent être déclinées dans chaque établissement en coordination avec le département, la région et la zone.

Enfin Il est indispensable de développer des plans de formation qui sont rendus obligatoires par cette circulaire.

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
Le niveau zonal reprend le concept de zone de défense établi par une ordonnance en 1959. Il y a sept zones en France - trois zones dans les Dom et deux dans les TOM des établissements de référence étant désignés dans chacune d'entre elles. Les missions du niveau zonal concernent les événements « calamiteux » et ce niveau permet de faciliter la gestion de services déconcentrés et la coordination des efforts civils et militaires.

Les établissements de santé de référence ont été définis à partir de la circulaire du 3 mai 2002. Ils sont pilotes et peuvent servir de relais, ils ont un rôle d'expert et de conseil en cas de crise ou de situation exceptionnelle et un rôle de coordination au niveau zonal. Ils ont pour l'instant un rôle majeur en terme de formation mais le dispositif est en cours de précision et pourrait leur donner d'autres missions. Les laboratoires de ces établissements ont été équipés pour établir des diagnostics rapides et en grand nombre des agents pathogènes considérés comme les plus à risque. Le système a été récemment expérimenté lors de la crise du SRAS, les services de maladies infectieuses de ces établissements ayant été désignés pour l'accueil des patients suspects. Cette expérience a permis de se rendre compte de la nécessité de définir des référentiels d'organisation de ces services plus précis.

Le niveau régional est un niveau de planification essentiel, et tout travaux de planification liée à la gestion de situations exceptionnelles doit s'intégrer dans les schémas existants.

Au niveau du département, le schéma départemental devient un outil essentiel d'organisation à mettre en place. Il doit recenser tous les moyens d'organisation sanitaire du département, qu'ils soient publics, privés, mais également toute structure ou institution concourant à ces missions. Le rôle de chacun devra être défini.

Les travaux menés suite à l'accident AZF de Toulouse ont montrés ces carences mais ont également démontrés la grande capacité d'adaptation de certaines structures pourtant non formés à ce type d'exercice et ayant travaillé dans l'improvisation la plus complète. Leur principale revendication aujourd'hui est d'être formés et que leur place soit précisée dans ce type de dispositif

Le schéma départemental devra également identifier des établissements ciblés selon les risques. L'élaboration et le suivi de ses schémas sont de la responsabilité des DDASS, une coordination de l'ensemble de ces schémas devant être assurée au niveau régional par les ARH et les DRASS.

Chaque établissement de santé, publics ou privés, échelon le plus opérationnel, doit connaître sa place au sein du dispositif

Les plans blancs dont on parle beaucoup depuis cet été, sont des plans d'organisation internes aux établissements de santé qui peuvent être déclenchés en cas de crise ou de situation le justifiant et qui permettent une mise en œuvre rapide des moyens disponibles. Ces plans blancs sont déclenchés par le directeur de l'établissement, ils permettent alors la mise en œuvre de certaines mesures et doivent être adaptés à la situation.

Ce dernier point mérite d'être précisé.. On a en effet vu ces dernières semaines des établissements déclencher des plans blancs pour répondre à un afflux de patients lié à des pathologies hivernales classiques. Est-ce légitime ? Faut-il penser à élargir la notion de plan blanc ? Faut-il les graduer ?

On a également parlé du déclenchement d'un « plan blanc national ». Dans les textes, celui-ci n'existe pas, mais on s'est aperçu cet été de l'effet que cette annonce par le ministre a eu permettant une prise de conscience de la gravité de la situation

A ce jour, sur l'ensemble des établissements, 61% semblent avoir un plan blanc mais seuls 19 % ont réalisé au moins un exercice par an. Une mission analyse actuellement le fonctionnement et la coordination de ces plans.

Il est apparu essentiel de clarifier les rôles des uns et des autres lors d'une crise, de définir les procédures d'organisation, de coordination entre les acteurs, la circulation de l'information entre les différentes structures et institutions ou encore vers les partenaires extérieurs. Il faut noter également l'importance d'avoir des systèmes d'information adaptés, de disposer de réseaux d'experts disponibles, de banques de données, d'annuaires à jour et de procédures d'alerte efficaces.

La tendance est toujours aujourd'hui sur ces sujets de travailler dans l'évènementiel. Il est urgent que ceux-ci soient traités dans un cadre pluri-annuel, de s'assurer de la pérennisation de ces travaux et qu'ils deviennent des missions intégrées dans la politique générale des établissements mais également des administrations. On ne sait bien faire que ce que l'on pratique quotidiennement et il est

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
peu probable qu'une organisation déficiente devienne vertueuse au moment des débordements de la crise.

Il importe donc que toutes les institutions ou organisations réfléchissent, « à froid » et au quotidien, aux mesures à mettre en place C'est un changement de culture, c'est le développement d'une politique de formation adaptée et permanente, c'est un travail de fond systématique sur les retours d'expérience

Plus que jamais, l'implication personnelle des dirigeants et l'ouverture des équipes dirigeantes à la question des crises est de mise. Associée à des efforts de formation aussi bien dans les établissements de santé qu'hors les murs avec les acteurs libéraux et les administrations, elle pourra permettre un engagement efficace de tous en cas de besoin.

Madame Dominique PETON-KLEIN émet ensuite le souhait que l'assistance se fasse le porte-parole de ce besoin de sensibilisation de tous aux problématiques de la crise et de la gestion des situations exceptionnelles.

Débat

Madame DUMONT, chargée de mission à l'ARH PACA s'interroge sur la définition du mot crise et notamment par rapport aux pathologies hivernales qui ont occupé tout le monde dernièrement, qui sont prévisibles et qui relèveraient peut être plus de la gestion épidémiologique que de la situation de crise.

Madame PETON-KLEIN répond qu'effectivement, l'actuelle période d'extrême sensibilité où tout évènement subit une forte pression médiatique pourrait être l'occasion de la mise en place de mesures préventives qui éviteraient que l'an prochain on se retrouve dans une situation de crise sur des sujets prévisibles.

L'ORGANISATION HOSPITALIERE CONFRONTEE A UNE CRISE ET LA COORDINATION AVEC LES AUTRES STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES

Patrick GOLDSTEIN
président de la commission scientifique des SAMU de France
SAMU Lille-Nord

Monsieur GOLDSTEIN, président de la commission scientifique des SAMU de France, rappelle que la crise peut aussi être un événement intra hospitalier : la crise peut en effet survenir suite à des événements extérieurs (accidents, etc) mais aussi à des problèmes plus internes, comme un hôpital saturé ou hors service...

Traditionnellement quand on fait de l'urgence, la crise est d'abord un accident dramatique. La prise en charge appelée était très traumatologique. Depuis, tout a changé et aujourd'hui, la crise fait souvent appel à de nouvelles compétences qu'il faut apprendre à mettre en musique.

Le plan blanc est un moyen d'élaborer la mise en œuvre rapide et rationnelle des moyens indispensables en cas d'afflux de patient. Il faut y voir trois mots clés : rapide, rationnel, indispensable. Il est en effet important de ne pas mettre en jeu trop de moyens pour faire par exemple jouer l'effet parapluie et de le faire vite et avec intelligence. Mais ces plans ne peuvent être que des guides d'orientation. On n'y trouvera pas la solution à tout. Il faut donc leur adjoindre des fiches plus précises et surtout un élément de pilotage : les cellules de crises.

A toutes fins utiles, il rappelle qu'il ne faut pas, sous prétexte de crise, oublier les soins quotidiens à donner aux autres patients, qu'il est important de songer à libérer de la place et de ne pas considérer que la crise n'est qu'une affaire de « docteurs. En effet, tous les personnels de l'hôpital sont impliqués et, s'il ne faut pas tous les faire entrer en action au même moment, les ambulanciers, la lingerie, la cuisine, les laboratoires, les pharmaciens etc. contribuent évidemment à une bonne gestion de la crise. Il ajoute que les crises dont ont à traiter les établissements de santé sont d'un type particulier et exigent une vigilance toute particulière. En effet, il ne s'agit ni d'une crise économique ni d'une crise politique car derrière ces crises, il y a de victimes et des malades, des personnes qui « ne vont pas bien » et dont on ne peut pas faire abstraction.

La circulaire de mai 2002 a mis en route un processus vertueux et si le déclenchement d'un plan blanc est d'abord local il peut aussi aboutir à la mise en jeu de la solidarité hospitalière qui peut être régionale, nationale et demain, vraisemblablement, européenne. Le schéma départemental doit soutenir une culture commune du plan blanc et la mutualisation comme le partage des expériences doit devenir une priorité.

Pour faciliter la collaboration à d'autres échelles que le local, il est également important que le plan blanc soit pensé de façon générique et qu'il soit ainsi mobilisable quelle que soit la typologie de l'accident.

L'imprécision initiale obligatoire impose de ne pas seulement aller vite mais de s'entourer d'emblée de moyens, d'un réseau, de partenaires et probablement de technologies de communication. La cellule de crise doit être conçue comme un poste de commandement, constituée d'experts adaptés à la situation avec une approche multidisciplinaire de la crise et être mise en place dès l'amorce du problème. Les membres de cette cellule doivent être des professionnels auxquels on aura appris à gérer leur stress, à communiquer et à prévoir une mise en alerte en cascade. Il faut en effet se méfier d'une décrédibilisation de la gestion de l'organisation et par exemple ne pas rappeler du personnel qui ne sert à rien. Il est également important de se méfier du côté spontané et généreux qui fait aussi la grandeur du personnel hospitalier qui peut parfois, de sa propre initiative, revenir en cas d'information qui l'alerte. Les

forces disponibles doivent, en tout état de cause, être organisées et maîtrisées à défaut d'être contre-productives sur le moment et à terme.

Il y a parfois des signes avant coureur de la crise. Il est urgent que ceux-ci soient pris en compte et que des mesures soient mises en œuvre avant même d'envisager de déclencher le plan blanc. Dans

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
le Nord par exemple, quand on voit que le brouillard est très intense, on pressent le risque d'accidents autoroutiers. Il est alors demandé à ceux qui quittent leur service de ne pas partir tout de suite car on sait qu'il y a d'une part un risque d'afflux d'activité et que d'autre part, le personnel qui doit arriver risque – pour cause de brouillard - d'être en retard. Ceci s'applique aussi avec les pathologies hivernales pour lesquelles il faudrait apprendre à gérer des indicateurs qui donnent un signal fiable. Ce monitorat permettrait alors d'ouvrir des lits à l'avance et d'éviter d'avoir à trop souvent déclencher le plan blanc d'autant qu'à trop crier au loup... on risque d'en amoindrir la force de frappe. La cellule de crise qui se réunit avant même la crise déclarée pourra ainsi parfois trouver d'autres solutions et d'autres réponses que le déclenchement du plan d'urgence.

Une fois la crise survenue, celle-ci évolue. Le risque est fort de croire qu'elle s'arrêtera vite. En général, la crise hospitalière s'installe dans le temps et bouge dans l'espace. Des patients qui arrivent dans un service d'urgence n'y restent pas. 36 heures après le déclenchement, les services d'urgence se calment et la crise se déplace dans les services. Parallèlement, la gestion des familles ou de la presse étend le champ de perturbation.

De nos jours, les enjeux de communication sont devenus considérables. Au sein de la cellule de crise, celle-ci doit d'ailleurs peut-être se gérer thérapeutiquement. Informer est alors d'abord rassurer. Pour ce faire, il faut se méfier des évidences – « tout va bien je sais faire » est un réflexe dangereux. Il convient aussi de ne pas oublier que la recherche d'information dans l'hôpital mais aussi à l'extérieur est vitale pour pouvoir traiter rapidement les crises. Par ailleurs des pressions comme celles du préfet par exemple peuvent jouer. Celui-ci voudra des données fiables qu'on ne saura pas toujours lui donner parce que les équipes sont trop concentrées sur l'action.

Dans la cellule de crise, il doit donc toujours y avoir une personne dont le métier est de communiquer. Elle ne sera pas forcément la personne qui communiquera effectivement les messages mais elle peut aider à les préparer ou diriger la tenue d'un livre de bord, avec des points de synthèse rédigés régulièrement.

La venue de la télévision dans les hôpitaux doit être particulièrement préparée, les relations avec les médias locaux étant très différents, tissés de confiance et de proximité, des relations avec les médias nationaux et puis l'on sait que la meilleure des communications est informée et participative et non pas conflictuelle. Elle doit être faite par les docteurs et on peut d'ailleurs en profiter pour donner des consignes et entreprendre de faire des médias de réels partenaires.

Quand la crise survient, il faut donc capter toutes les sources d'information, prendre en charge l'événement, déclencher les actions de sauvegarde pertinentes, réunir une équipe, isoler la gestion de la crise, éviter les gesticulations et surtout prendre pied d'emblée sur le terrain de la communication.

Il est bon aussi de se convaincre que la crise ne s'achève qu'avec l'analyse et la restitution des informations. Il faut donc conduire la crise à son terme et ne pas confondre la fin de la gestion technique et la fin de la crise, ne pas confondre fin de crise médiatique et fin de crise tout en ne faisant pas durer des dispositifs devenus inutiles trop longtemps. Ceci serait en effet très démobilisateur.

A titre personnel, Monsieur GOLDSTEIN insiste sur les modalités de rappel du personnel qui doivent être réfléchies et pour lesquelles il serait bon d'éviter de n'avoir pour seul critère que l'ordre alphabétique et pour seule force de travail, un cadre infirmier qui se consacre à téléphoner et rappeler ceux qui doivent être joints. Il existe aujourd'hui des systèmes automatiques et il peut s'avérer plus efficace de rappeler quelqu'un dont le nom commence par un T qui est célibataire et qui vit en face de l'hôpital plutôt que quelqu'un dont le nom commence par un A et qui est par

exemple en vacance qu'il doit interrompre ou qui a charge de famille... Il peut s'avérer intéressant de faire en ce domaine un investissement qui puisse permettre d'automatiser le rappel du personnel mais peut être aussi de prévoir des mesures d'accompagnement comme par exemple une crèche pour les enfants du personnel rappelé...

La saturation des réseaux GSM doit également être prise en compte et on a vu par exemple à Toulouse lors de l'incident AZF, qu'il faut se doter de téléphones satellitaires pour être sûrs de pouvoir communiquer.

Il évoque ensuite un transfert de savoir-faire interdisciplinaire qui lui semble exemplaire et au cours duquel des collègues de l'aéronautique ont transmis leur savoir-faire en terme d'annonce de drame et de prise en charge de famille. Il en est par exemple ressorti qu'en cas de drame ils organisaient des

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
entretiens individuels tout en évitant que les personnes informées repassent parmi celles qui attendent.

Il y a cependant du nouveau et en particulier parce que de nouveaux risques vont toucher tous les acteurs du monde hospitalier. La culture doit s'installer de façon définitive mais il faut également la suivre et l'adapter aux conditions locales. Le plan blanc doit envisager ces nouveaux risques tout en travaillant dans le sens d'une homogénéisation globale.

Pour conclure, il milite pour une cellule de crise élargie qui pourrait aussi bien accueillir des personnes d'EDF en cas d'incident nucléaire que des experts des centres « antipoison ». Ceci se prépare évidemment et ne s'improvisera pas au moment de la crise. Pour être préparé au mieux, il faut, outre une culture et sensibilisation partagées par tous les services de l'hôpital, un plan préétabli - le plan blanc en est une bonne amorce- , un organe de gestion basé sur des experts - c'est probablement la cellule de crise - et des interlocuteurs formés, habitués à des règles de conduites simples et relayées par des équipes dédiées.

Monsieur Patrick SIMONIN remercie tous les participants pour ces interventions de grande qualité.

Monsieur Patrick SIMONIN appelle les intervenants à la tribune : Jean Marie FESSLER, directeur des établissements sanitaires et médico-sociaux de la MGEN, certifié en gestion des risques de l'université de Chicago ; Robert TIXIER-GUICHARD, expert en management des crises et en communication sensible qui a accompagné de nombreux projets pour de grandes entreprises comme pour l'État et enseigne à l'institut d'études politiques de Paris et Gérard GABELLA, expert dans les nouvelles technologies de l'information et de la communication qui a plus de 25 ans d'expérience dans ce domaine.

LA PREVENTION DES ECUEILS POUR LE MANAGER HOSPITALIER :
LES OUTILS D'AIDE A LA DECISION, LES PREALABLES A LA CRISE

Jean-Marie FESSLER
directeur des établissements sanitaires et médico-sociaux de la MGEN,
certifié en gestion des risques (université de Chicago)

Monsieur FESSLER rappelle en introduction la phrase d'Henry Kissinger qui disait, « il ne peut y avoir de crise la semaine prochaine, mon agenda est déjà plein ». Malheureusement comme le dit Patrick Lagadec, « les crises de demain sont souvent le refus des questions d'aujourd'hui ». Il soumet une définition classique de la crise « situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress ». En liminaire, il souhaite rendre un hommage particulier aux professionnels de la gestion de la crise.

Dans tous les cas, c'est, à son avis, le chef d'établissement qui assume le commandement opérationnel. La permanence de cette responsabilité doit être affirmée très rapidement. Un plan blanc et un inventaire régulier des ressources humaines et des moyens techniques disponibles sont indispensables. S'exercer afin de bien connaître les personnes et les lieux est nécessaire et la rédaction d'un vademecum de crise semble s'imposer. Le but est d'éviter la « disqualification immédiate » mais surtout d'assumer la responsabilité claire de la direction à donner. En effet, on attendra toujours du dirigeant qu'il décrypte la crise : c'est à lui de comprendre la dynamique qui se met en place, à lui d'alerter en interne et en externe, de mobiliser la cellule de crise et de spécifier ce qu'il faut faire. Il lui revient par ailleurs d'avoir l'idée de documenter toutes les phases de la crise. Tout dirigeant sait également que la confiance et la fluidité dans les relations humaines ne s'improvisent pas. Pour cela, la crise étant largement imprévisible, il faut être toujours préparé.

Il doit également être pleinement conscient, qu'en cas de crise, tout vide d'information sera comblé par un autre acteur et le phénomène des rumeurs peut alors être poussé à son paroxysme. Il lui faudra donc communiquer. En effet, si on peut accepter que l'on ne sache pas, l'absence, le refus de parole, le désintérêt apparent ne seront ni admis, ni pardonné. Ceci est d'autant plus vrai que les nouveaux risques sont des faits sociaux totaux et que l'opinion publique, qui se sent désormais souvent concernée, a une réelle aversion pour l'ambiguïté.

Beaucoup d'initiatives préalables peuvent se révéler très utiles au jour de la crise. Il peut en effet s'avérer utile de s'être doté d'une capacité autonome d'information, de connaître l'héritage historique et socioculturel de l'établissement – certains hôpitaux ont une grande expérience de la gestion de crise, d'autres moins -, d'avoir visualisé pour mieux anticiper et de s'être efforcé par exemple, de considérer les établissements avec les yeux d'une personne en situation de handicap ou de leur avoir demandé leur avis pour anticiper certaines situations d'évacuation, d'avoir mobilisé les réseaux et alerté les hauts responsables ; d'avoir tissé des liens avec tous les centres de décisions et avec l'environnement (SAMU, sapeurs pompiers, forces de l'ordre, hôpitaux

voisins, médecine de ville, tutelle)... On peut également suggérer d'établir un groupe d'intelligence critique où un ensemble de professionnels travaillent sans conformisme sur des scénarios envisageables.

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
Tout dirigeant doit savoir que trois ensembles d'actes sont attendus de lui et de personne d'autre au moment de l'évènement exceptionnel : il doit nommer la crise, dégager un champ opératoire et prendre position sur les orientations de fonds. A l'égard des victimes, ceci se traduit par le fait qu'il doit communiquer rapidement, faire preuve d'une présence marquée par le tact et l'attention et offrir des moyens de recours pour vaincre les difficultés tout comme il doit définir une stratégie d'action lisible.

Il faut ensuite évidemment conduire la crise à son terme, la documenter et corriger les défaillances constatées sinon la crise va distiller longtemps ses effets négatifs.

Si l'on est convaincu de la vertu de l'anticipation versus celle du constat et de l'excuse, avant toute crise, le directeur doit, très pratiquement, assumer quelques responsabilités. Il aura créé un plan blanc et l'aura présenté aux instances concernées. Il fera fonctionner un comité permanent plan blanc et évitera une banalisation du dispositif ; il aura promu des formations adaptées, aura sensibilisé à la gestion de crise - c'est au chef d'établissement d'en faire une priorité de premier ordre – et affirmé sa participation à l'élaboration des schémas de coordination, départemental et régional.

Pour faire face à la crise, le directeur doit se persuader de l'utilité d'une cellule de crise, d'un plan d'urgence spécifique, d'exercices de crise, d'un questionnaire d'auto évaluation, de listes préétablies régulièrement mises à jour, d'un journal de crise, d'une fiche de communication et d'un dossier de référence sur l'établissement pour les médias. Le Vademecum de crise, un document bref et simple, à conserver sur soi, confidentiel, doit permettre, en cas de crise, de retrouver immédiatement deux ou trois grandes règles de conduite comme de communication, et des numéros de téléphone utiles pour aider ainsi à être rapidement opérationnel

Ces éléments sont rappelés dans le guide à paraître prochainement « Guide de recommandations pour l'élaboration des plans blancs hospitaliers et schémas départementaux des plans blancs ».

Tous ces dispositifs sont à la portée de l'ensemble des établissements de santé... pourquoi alors est-on encore parfois pris au dépourvu ?

Plusieurs tendances individuelles et collectives sont malheureusement contradictoires avec une anticipation et une gestion des crises optimales. En effet l'imagination et la mémoire, les calculs probabilistes difficiles à manier, le travail sous hypothèses conditionnelles, des craintes, des fantasmes et une vieille conviction qu'un certain nombre de choses n'arrivent qu'aux autres ne sont pas très favorables à une anticipation des crises. Face à ceci des « rituels conjuratoires » sont mis en place, il n'en demeure pas moins qu'on sous estime parfois les dommages notamment pour préserver le goût de l'avenir. Toute crise est en effet une rude épreuve pour le lien social.

Avec l'ingénieur général des mines Jean Pierre Dupuis, Monsieur FESSLER souligne la particularité de la grande crise. D'abord, on ne croit pas qu'elle va se produire puis, lorsqu'elle se produit, elle apparaît souvent comme relevant de l'ordre normal des choses. Pourtant, si on anticipe correctement, on a toutes les chances d'éviter la réalisation de ces situations extrêmes, surtout si l'on a réussi à passer d'une culture du refus du risque à l'acceptation du risque et de l'incertitude qui permet la vigilance et l'action.

Le dirigeant doit donc placer au premier rang de ses priorités l'appropriation active de la culture du risque, une connaissance partagée du risque et des moyens actifs de les maîtriser permettant d'échapper à l'illusion de la fatalité. Dans ces conditions psychologiques, sociologiques et professionnelles il sera plus facile de mettre en oeuvre les dispositifs de gestion de crise.

Débat

Monsieur SIMONIN rebondit sur la notion d'appropriation de la crise. Comment concevoir à l'avance ce qui paraît injustifiable ? Par ailleurs est-ce qu'accepter le risque est facile ? Dans un moment où tout va bien n'est-il pas négatif de penser au pire ?

Monsieur FESSLER répond que la simulation et les exercices doivent permettre, établissement par établissement, de tester leur capacité de résistance dans les situations évoquées. Ceci permet de savoir à quoi l'on est prêt et par exemple de déceler des moments de plus faible résistance à la crise (le soir ou les fins de semaine, par exemple).

Monsieur FESSLER se dit par ailleurs influencé par les approches nord américaines de ces problèmes et estime qu'il n'y a pas de difficulté insurmontable à simuler des situations dont la probabilité de réalisation est presque nulle. Pour se donner une capacité de résistance le jour d'une vraie crise venue, il est bon d'avoir su imaginer qu'elle pourrait se produire et d'ailleurs même d'y croire car l'exercice qui resterait purement théorique n'est peut être pas fertile.

Monsieur SIMONIN demande si en cas de « disqualification immédiate », la situation est irrémédiablement perdue.

Monsieur FESSLER répond que l'analyse des crises des dernières années permettrait de voir qu'une situation n'est jamais totalement perdue mais un des objectifs de la gestion de crise étant, sans pour autant occulter le fait que la crise a eu lieu et qu'une mobilisation toute particulière a été organisée, de retrouver rapidement un fonctionnement normal, la mise à mal de certaines autorités nécessitera l'engagement d'une énergie considérable pour retrouver la crédibilité et le fonctionnement normal.

Monsieur SIMONIN s'interroge sur l'influence de la pression médiatique. Que faire quand elle n'est plus maîtrisée et que la crise devient aussi médiatique ?

Monsieur FESSLER estime que c'est là encore aux chefs d'établissement de réagir et, les médias étant peu connus par eux, l'entraînement est important. Il est essentiel de pouvoir ajuster son discours, sans trahir la confiance des personnels comme des patients, pour répondre de manière à ce que le journaliste soit intéressé. Le partage serein dans un moment comme ce colloque peut d'ailleurs permettre de créer ces liens qui s'avèreront utiles en temps de crise.

LA COMMUNICATION DE CRISE

Robert TIXIER-GUICHARD

expert en management des crises et en communication sensible

A la lumière de son expérience d'ancien journaliste puis de consultant, **Monsieur TIXIER-GUICHARD** évoque la communication de crise dans le détail. Il insiste d'abord sur le fait que même si elle a longtemps été perçue ainsi, la communication de crise n'est pas une simple technique d'accompagnement des crises. Ce serait une manière de passer à côté de l'ampleur du problème. Pendant longtemps les conseils en communication de crise ont été utilisés par les entreprises comme des « SAMU du discours » et n'étaient appelés, en temps de crise, que pour aider les dirigeants à faire face aux médias déchaînés... La crise passée, la communication de crise (et ses enseignements) était vite oubliée...

Aujourd'hui, la communication de crise s'inscrit sur un fond sociétal où les crises sont nombreuses, quasi quotidiennes et très médiatisées, et ce type de comportement ne peut plus du tout être jugé comme pertinent.

Il suggère donc d'abord de « gérer la crise à froid », par anticipation, c'est-à-dire quand elle n'est encore qu'un risque. Ce faisant, on apprend aussi à communiquer à froid. Il rappelle qu'un des grands risques encouru de nos jours en cas de crise est un risque d'image : c'est un risque de réputation.

Les « risques exceptionnels » sont devenus... habituels depuis la fin 1999. On attendait le « bug informatique de l'an 2000 », tout le monde se préparait à affronter la tourmente informatique et ce fut... la tempête ! Revanche de la nature sur l'homme... Depuis, de nombreuses autres crises, notamment sanitaires, aidant l'atmosphère est devenue étrange : le risque exceptionnel est maintenant quotidien et l'exceptionnel ne se... produit que lorsque rien ne se passe...

Par ailleurs, l'information est aujourd'hui traitée avec un primat massif accordé à l'émotionnel et à la vitesse de traitement plutôt qu'au rationnel. On n'a plus que 15 secondes pour réagir et convaincre. 15 secondes pendant lesquels il faut être vrai et spontané, dans l'émotion. Bien sûr graduée en fonction du nombre de victimes...

L'arrogance est à déconseiller. L'humilité doit être préférée à l'humiliation ! Il est indispensable d'informer, c'est-à-dire de diffuser des faits vérifiés, sans tarder, de montrer ce qui est fait mais sans trop de mise en scène spectaculaire. Les médias tendent la perche de la mise en scène spectaculaire en obéissant à leur propre logique, se laisser aller à la saisir peut conduire à renforcer l'inquiétude ou la décredibilisation.

Il faut « être avec » les victimes, le public, les usagers, les gens ; partager, privilégier la proximité et respecter les autres, expliquer même quand c'est complexe, simplifier, vulgariser (cela se prépare !). Il faut répondre aux questions, rassurer et non pas uniquement en parlant mais en montrant l'action. Il faut savoir gérer le choc. Les situations auxquelles on est confronté dans les milieux hospitaliers provoquent des chocs et des angoisses vives ou lancinantes. Attention aux mots et aux images qui font peur !

En conclusion, il faut dialoguer, entendre, faire de l'écoute active, tirer les leçons et s'engager pour la suite. Il est particulièrement désastreux de donner l'impression qu'une fois la crise passée, plus rien n'est fait. Ceci se payera cher lors d'une prochaine crise. On en a vu récemment un exemple avec les crises des pétroliers échoués (l'Erika). Et si les conclusions et les enseignements d'une crise doivent être tirés pourquoi ne pas en faire part aux journalistes et au public ?

Débat

Monsieur BRICE, médecin inspecteur en Loire atlantique, demande comment on peut coordonner la communication de crise entre les différents niveaux de responsabilité.

Monsieur TIXIER-GUICHARD indique qu'une coordination nationale reliée localement est parfois mise en place mais à l'usage toujours difficile à gérer d'autant que les acteurs n'ont pas tous les mêmes intérêts. En temps de communication de crise, la crédibilité se construit sur le terrain, plus que par la parole d'un ministre. La bonne communication de crise est celle qui privilégie la proximité humaine.

Monsieur FESSLER souhaite savoir ce qui intéresse le public dans une crise

Monsieur TIXIER-GUICHARD répond que cela relève souvent d'un mélange variable de peur et de fascination selon la position du public. S'il est directement concerné, le public attend des informations pratiques et ponctuelles, des explications et qu'on le rassure, sinon il s'intéresse à l'émotion, à des cas individuels, des (més)aventures humaines. La plupart des articles, aujourd'hui, même dans la presse écrite, commencent par des histoires individuelles. On suit alors une victime et la force de ce témoignage sera souvent considérable par rapport à des explications plus rationnelles ou officielles.

La meilleure manière de ce connecter à ce type d'attentes est de faire preuve d'empathie avec ceux qui sont les victimes de la crise et, en tout état de cause, de ne jamais laisser apparaître que l'on pourrait être en train de défendre l'institution ou sa propre crédibilité avant tout.

Madame TELION, médecin au SAMU de Paris, comprend qu'on puisse reprocher de faire parfois trop de sensationnel mais dans la pratique, quand un message simple et clair est donné, les médias ne souhaitent pas souvent le passer. Pour communiquer, il y a donc une nécessité à aller dans leur sens.

Monsieur TIXIER-GUICHARD répond qu'il faut savoir aller vers les médias mais fixer des limites : la transparence n'est pas une loi absolue inscrite dans la Constitution. Quoiqu'il en soit, il s'avère important de savoir exprimer en 15 secondes ce que l'on a à dire : ceci permettra de mieux gérer ce que l'établissement de santé veut voir communiqué.

Il ajoute que parler des équipes et de leur travail concret sur le terrain est parfois un bon moyen d'ajouter du réel et de l'humain en maîtrisant le message, tout comme il peut être bon de s'ouvrir aux médias au quotidien pour anticiper et proposer une relation construite.

Des bases argumentaires, des dossiers d'information peuvent également être pré-rédigés. On peut aussi préparer des images pour expliquer des points techniques particuliers, des processus scientifiques et médicaux. Certaines entreprises le font déjà avec succès, par exemple, pour montrer les méthodes de travail au quotidien de leurs valeureux agents rétablissant des lignes électriques coupées...

SYSTEMES D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

EN TEMPS DE CRISE

Gérard GABELLA

expert dans les nouvelles technologies de l'information et de la communication

Monsieur GABELLA indique qu'un des avantages des outils de communication par rapport aux médias c'est que ce sont des outils inertes, parfaitement maîtrisables. Mais leur avantage est aussi leur inconvénient : pour qu'ils soient actifs, il faut savoir les utiliser !

Les systèmes d'information sont nouveaux. Il y a 15 ans personne n'en avait encore entendu parlé et il y a deux ans, on ne savait pas encore ce qu'était un SMS alors qu'il est probable que ce puisse être un des meilleurs systèmes d'alerte que les établissements de santé pourraient mettre en place.

Leur apparition est récente et elles évoluent constamment, l'usage des nouvelles technologies de l'information reste donc encore à découvrir ou à professionnaliser. Il est certain en effet que notamment le pôle communication d'une cellule de crise se basera de plus en plus sur des systèmes d'information d'autant que les technologies permettent désormais de faire converger tous les supports et de transporter rapidement toutes les formes de contenu (images, texte, son...).

Ces outils sont et seront d'une grande aide, Monsieur GABELLA alerte cependant sur un point : en cas de crise, tous ne seront peut être pas opérationnels. Il peut être bon de s'entraîner à vivre une crise sans que les ordinateurs ne marchent, de prévoir des sauvegardes et des impressions papiers des données, des modalités d'accès confidentielles et simples, tout comme on doit se méfier des systèmes de communication parfois saturés ou inaccessibles ou encore d'internet qui, malgré son omniprésence, est un édifice très fragile.

Les crises de type technologique existent beaucoup et vont être nombreuses. Il évoque par exemple la panne électrique à New York qui a duré 29 heures. Pour le monde de la santé, il n'y a pas eu de victime à déplorer du fait de la panne mais beaucoup de laboratoires ont eu du mal à alimenter les groupes électrogènes suffisamment longtemps...

De la même manière, le 11 septembre, avant que les tours ne s'effondrent, des policiers et des pompiers sont montés dans les tours. Les policiers sont redescendus car les policiers avaient un système de communication qui « passait le béton », ils ont pu être revenus du risque. Pas les pompiers...

Les systèmes d'information peuvent également accroître les crises. Il y a eu cet été un ver informatique qui s'est propagé sur l'ensemble de la planète en moins de dix minutes. La France, en vacance, a été protégée mais ce virus a coûté 70 milliards d'euros en chiffre d'affaire perdu et en temps de remise en ordre. Peu de temps avant, un virus avait arrêté la Corée pendant une journée. Ceci existe et pourrait arrêter le système d'information d'un établissement de santé, aussi bien conçu soit-il.

D'autres risques existent comme l'attaque de site internet et d'image, ce qui est par exemple arrivé à Danone à l'heure des plans sociaux.

Pour autant, les systèmes d'informations sont utiles et peuvent grandement améliorer la gestion des crises et la communication. Ces systèmes apportent d'abord de la mémoire. Tout ce qui se passe informatiquement laisse une trace, on peut en profiter ou le déplorer... Ces systèmes permettent aussi le partage de l'information à une grande échelle même si, alors que la convergence est réelle, tout ne se connecte pas toujours comme on le souhaiterait.

Au moment de la construction des systèmes d'information, un travail de définition des informations essentielles est primordial, tout comme la préoccupation des modes d'accès, de la préservation de la qualité et de l'intégrité des informations ou d'un mode de traçabilité. Il est également important de ne pas perdre de vue que la communication se fait dans les deux sens et que le canal de « retour » doit toujours être prévu et ménagé, il doit pouvoir y avoir échange.

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
Les procédures doivent évidemment être mises en place avant la crise.

Il fait, pour conclure, référence à un système d'information simple qui avait lieu dans les trains pour empêcher les gens de se jeter par les fenêtres. Quatre pays se sont mis d'accord et ont installé sous toutes les fenêtres de petites plaques métalliques portant quatre messages. « Nicht hinauslehnen ! » (ne pas se pencher au dehors) - le point d'exclamation montrant que l'ordre est fort - était suivi par une requête polie « please do not lean out of the window » (s'il vous plaît ne vous penchez pas au dehors), puis par un constat bien à la française « il est interdit de se pencher au dehors » avant de conclure par l'italien « e pericoloso sporgersi » (il est dangereux de se pencher). La traduction du message n'est pas seulement littérale, elle suit les mentalités nationales supposées. On constate cependant qu'il faut attendre l'italien pour comprendre de quoi il s'agit : il y a *danger* à se pencher...

Avec les systèmes de communication, il conseillera volontiers l'approche italienne : expliquer avant de dire ce qu'il faut faire !

Monsieur SIMONIN remercie les trois intervenants de l'après midi avant de donner la parole aux trois intervenants qui ont la charge de conclure ce colloque : Monsieur le professeur William DAB, directeur général de la santé, Monsieur Gérard DUMONT, haut fonctionnaire de défense et Monsieur Guy NICOLAS, conseiller médical du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

CONCLUSIONS : L'ENJEU DES RISQUES EXCPECTIONNELS
POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

William DAB,
directeur général de la santé,

Gérard DUMONT,
haut fonctionnaire de défense

Guy NICOLAS,
conseiller médical du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Monsieur DAB félicite les collègues de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour l'organisation de ce colloque et propose quelques réflexions et commentaires sur la situation.

Jusqu'à présent les grandes crises de santé publique étaient des crises de précaution comme la grande affaire du sang contaminé ou celle de la vache folle ou alors il s'agissait de catastrophes « au ralenti » ce qui a permis qu'on n'en prenne pas toujours conscience, le prototype de cette crise étant l'amiante. Depuis la canicule, on découvre un nouveau type de crise qu'on pourrait appeler « crises de prises en charge » desquelles un pays d'abondance comme la France se sentait à l'abri.

Il existe un lien consubstantiel entre l'organisation routinière des organismes de santé et leur capacité à réagir en cas de crise. La sociologie montre en effet qu'en situation de crise, une organisation révèle, en les caricaturant, à la fois ses forces et ses faiblesses. Le lien organisationnel est donc fort entre l'exceptionnel et la routine et, parce que la fréquence de ce qui est inhabituel est désormais suffisamment grande pour ne pas penser qu'on pourrait passer entre les gouttes - tous les établissements de santé auront à gérer plusieurs fois des situations bousculant leur fonctionnement routinier-, il est plus que jamais important de s'y préparer.

Il rappelle aussi qu'aujourd'hui l'hôpital n'est pas en bout de chaîne. Les évolutions des systèmes de soins feront que les hôpitaux devront être aussi des émetteurs d'alertes. Sont-ils prêts pour cela. ? Il estime en tous cas qu'il est important d'y réfléchir sachant que pour jouer ce rôle, il faudra que les établissements de santé se dotent de système de veille. La récente crise liée à la survenue précoce de la grippe a donné lieu à une improvisation qui n'a pas donné de mauvais résultat mais qui aurait pu être traitée plus simplement si des prévisions avaient été faites et des réponses organisées prévues.

Monsieur DAB plaide pour que les établissements jouent à l'avenir également un rôle d'observateur de la santé, qu'ils recueillent et transmettent de l'information à finalité épidémiologique. Cela servira à la veille sanitaire mais également à une gestion modernisée.

En dernier lieu, il évoque son domaine d'enseignement au Conservatoire des Art et Métiers où il assume la codirection (avec le Pr de Kervasdoué, ancien directeur des hôpitaux) d'un module « évaluation et gestion des risques dans les établissements de santé ». Sans être sûr d'être exhaustif, il indique que 34 familles réglementaires ont été recensées en terme de gestion du risque hospitalier et que l'ensemble des préconisations ou prescriptions ne révèle pas une grande

cohérence. On comprend qu'il y ait des émetteurs différents mais il est inquiétant que personne ne se soucie de la gestion globale des risques à l'hôpital. Il lui semble donc que la fonction de manager de risque doit se développer au sein du monde hospitalier. !

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS
Après avoir passé 23 ans dans l'administration territoriale, **Monsieur DUMONT** est haut fonctionnaire de défense depuis huit jours ; comme il lui semble que sur le terrain on est mieux à même de gérer la crise plutôt que depuis une administration centrale, il s'exprimera donc en homme de terrain.

Depuis quelques temps, on a compris que la crise n'est pas un risque exceptionnel - c'est devenu un risque courant -, mais on sait aussi que le risque exceptionnel ne crée pas toujours une crise. Par ailleurs, une crise réelle n'est pas toujours ressentie, alors que d'autres peuvent être artificiellement proclamées. Le système réussi aussi parfois à créer ses propres crises. Les risques exceptionnels sont parfois invisibles même pour les spécialistes... Tout ceci ne peut qu'encourager à une certaine modestie.

Il existe des crises imprévisibles mais il existe aussi des crises auxquelles on ne s'est tout simplement pas préparé. Une comparaison simple montre clairement les vertus de l'anticipation et de la préparation. En 1906, un cyclone a fait des dizaines de milliers de morts dans l'archipel de Polynésie française. En 1983, il y a eu un cyclone semblable, le plan Orsec a été déclenché et il n'y a eu que 2 morts. 80 ans séparent ces deux événements mais surtout, alors que l'expérience ne s'était pas renouvelée, l'existence d'outil et de méthodes...

Si le monde hospitalier connaît mieux que quiconque l'astreinte et la permanence, il estime qu'il serait bon que le monde hospitalier abandonne la veille un peu passive pour en faire un exercice actif sur la base d'observations et de données... rien n'oblige à attendre passivement que les ennuis arrivent.

Enfin, la mobilisation générale doit être prévue. La ressource hospitalière doit pouvoir être mobilisée d'autant qu'on sait qu'il n'y a pas de difficulté à mobiliser l'hôpital quand l'enjeu est réel.

En conclusion, la double tradition d'un sens du service public aigu et d'une organisation décentralisée qui n'a pas besoin de recevoir des ordres pour fonctionner... permet de gérer la majorité des crises. L'hôpital est ainsi plus solide qu'on ne croit mais une préparation soignée à l'hypothèse de toutes les crises reste la meilleure solution pour démonter sa puissance ce qui est d'autant plus utile qu'après des décennies de paix et de prospérité, la population qui vit sans cesse entre la crise réelle et la crise ressentie, est plus sensible que jamais.

En parlant le dernier, **Monsieur NICOLAS** se bornera à quelques réflexions.

Il a vécu quatre crises depuis qu'il est au ministère. La première était créée par des valves cardiaques qui ne marchaient plus, il fallait donc rappeler d'urgence les malades et ce sans qu'il n'y ait à l'époque de traçabilité. On a fait passer des messages sur les ondes et la télévision. La panique a été totale car les personnes ne connaissaient pas vraiment la marque de leur valve alors qu'en pratique, hormis deux cas de pannes qui avaient donné l'alerte, rien ne s'est réellement passé. La deuxième s'est déroulée à Vimy où tout le monde a été mobilisé dans une certaine précipitation et avec un grand mystère au départ ce qui a créé une panique disproportionnée : alors qu'il s'agit d'un risque lié à des munitions de la dernière guerre bien connue de la population alors que tout le monde avait cru à un risque nucléaire. La troisième crise était liée à la canicule et la dernière vient de se dérouler pour cause de déferlante de bronchiolites. Ces crises se sont déclenchées la veille de la Pentecôte, de Pâques, en plein congé et en veille de Week end, soit toujours à des moments où l'on est particulièrement mal armé pour prendre des décisions.

Depuis, la traçabilité des valves a été mise en place, mais en cas de crise, saura-t-on retrouver la personne, ou le tiroir, qui donne accès à cette information ? On s'aperçoit souvent que des dispositifs mis en place ne sont pas réellement suivis ; il faudra pourtant s'y atteler.

Par ailleurs, si émettre des alertes n'est pas du tout dans la culture de l'hôpital, il faudra effectivement l'apprendre. Beaucoup n'en voient pas l'intérêt et il faut que vous, aujourd'hui présents vous soyez les messagers, dans les établissements, pour tenter de sensibiliser l'ensemble du système hospitalier au fait qu'il faut qu'ils deviennent des émetteurs d'informations.

Il évoque de plus le fait que si autrefois certaines crises pouvaient passer inaperçues, la pression des médias rend désormais toute discrétion impossible, il est donc particulièrement urgent de se préparer à communiquer, même dans l'urgence en évitant la cacophonie.
Avant de communiquer, il faut réfléchir et préparer un message clair.

LA GESTION DE LA CRISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX RISQUES EXCEPTIONNELS

Pour terminer, il remercie les organisateurs de cette journée et en particulier **Madame Dominique PETON KLEIN.**