

© QualiREL Santé

[illegible]

Durant le courant de l'année 2016, le réseau QualiREL Santé a été sollicité par de nombreux établissements afin de créer un outil leur permettant de tester leur dispositif de gestion de crise. Pour ce faire, un groupe de travail a été formé regroupant une quinzaine de professionnels, essentiellement issu du domaine de la Qualité et de la Gestion des Risques dans divers établissements sanitaires et médico-sociaux de la région Pays de la Loire. Afin de répondre au mieux aux besoins et attentes des professionnels demandeurs, plusieurs réunions de travail animées par les membres du réseau ont eu lieu.

Lors de ces réunions, il a été convenu de créer un kit contenant :

- Un **guide** permettant de s'informer et de découvrir les différents dispositifs de gestion de crise,
- Un **outil** Excel® et son guide d'utilisation permettant d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de l'expérimentation,
- Une **banque** proposant divers **scénarios** à mettre en œuvre dans le cadre de l'expérimentation,
- Un livret contenant l'ensemble des **fiches-types** demandées par les établissements du groupe de travail afin de faciliter la mise en œuvre de la gestion d'une crise,
- Des **annexes** : Retours d'expérience des expérimentations mises en œuvre dans les établissements, analyse de la satisfaction des participants à l'expérimentation, un modèle de diaporama de présentation du REX etc.

L'ensemble de ces éléments est téléchargeable sur le site www.qualirelsante.com à la rubrique « **Notre accompagnement** ».



SOMMAIRE

1. Introduction
2. Le plan continu d'activité (PCA)
3. Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE)
4. Le plan blanc
5. Le plan bleu
6. Les étapes à expérimenter
7. Table des annexes



1 - INTRODUCTION



Avant de commencer, laissez-moi vous présenter l'essentiel en quelques pages. Cela vous permettra de connaître les termes utilisés et de comprendre l'émergence des dispositifs de gestion de crise.

LES TERMES À CONNAÎTRE

Une crise est définie comme un **évènement brutal, peu prévisible qui déstabilise** une situation établie. Lorsque l'on parle de crise, **deux grandes distinctions** sont à effectuer : les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et les crises sanitaires.

SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

Survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.

Exemple : Attentat, accident grave, inondation...



CRISE SANITAIRE

Elle est décrétée par l'Etat lorsque la situation sanitaire exceptionnelle présente une menace importante pour l'état de santé de toute une population.

Exemple : H1N1, Ebola, canicule...



Dans le cadre de ce document, nous utiliserons le terme de crise au sens général, tant pour évoquer les SSE que les situations de crise sanitaire.

Lors de l'apparition d'une crise, la sécurisation de la population nécessite la mise en œuvre de la **gestion de crise**. Ceci est un **dispositif organisationnel destiné à prévenir et traiter** les crises qui peuvent survenir.

LE CONTEXTE

QUELQUES GRANDES CRISES SANITAIRES EN FRANCE : L'IMPULSION DE LA GESTION DE CRISE

Depuis les années 1990 et l'éclatement de l'affaire du sang contaminé, la France a connu de nombreuses crises sanitaires d'envergure nationale. Des hormones de croissance, au coupe-faim Isoméride en passant par la vache folle, toutes ces crises ont défrayé la chronique. Les dommages qu'elles ont provoqués ont impulsé la dynamique de gestion des risques et plus précisément celle relative à la gestion des crises dans le domaine de la santé. En effet, le système de santé a dû mettre en œuvre une stratégie et déployer les moyens nécessaires à l'administration des crises émanant de ces scandales.



Par la suite, la problématique de gestion de crise s'est étendue au domaine médico-social lors de la canicule de 2003. Les établissements médico-sociaux n'étant pas préparés à réagir face à un tel épisode climatique, des dégâts humains considérables en ont résulté : près de 20000 décès en 15 jours en France.

DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES RÉCENTES : LA NÉCESSITÉ D'UN DISPOSITIF DE GESTION DE CRISE EFFICIENT



Plus récemment, le 14 novembre 2015, une rame d'essai TGV de la ligne Paris-Strasbourg déraile à Eckwersheim. Très vite de nombreux corps de métiers (pompiers, gendarmes, médecins...) sont mobilisés. L'école du village est transformée en point d'accueil des rescapés et blessés légers tandis qu'un Poste Médical Avancé (PMA) est mis en place aux abords de l'accident pour traiter les blessés plus graves. Le bilan de l'accident est de 11 morts et 42 blessés dont 4 en Urgences Absolues (UA).

Cet accident est cependant peu médiatisé dans la mesure où les médias sont alors focalisés sur les attentats du 13 novembre 2015 qui se sont déroulés à plusieurs endroits de la région parisienne (Saint-Denis, 10^{ème} et 11^{ème} arrondissement de Paris). La prise en charge de l'ensemble des victimes a nécessité la mobilisation coordonnée de l'ensemble des hôpitaux de la région. Plusieurs PMA ont été installés et le rappel de toutes les équipes médicales et de sécurité sur le département a été effectué. Le bilan fait état de 130 morts et 353 blessés dont 93 en UA.





La promenade des Anglais de Nice après l'attentat — Sasha Goldsmith/AP/SIPA

L'attentat au camion-bélier du 14 juillet 2016, à Nice lors du feu d'artifice de la fête nationale, a également exigé une forte mobilisation à travers la prise en charge des victimes dans les hôpitaux de la ville mais également ceux des villes à proximité. Sur place, 2 PMA sont installés ainsi qu'une cellule de prise en charge psychologique des victimes. L'ensemble des professionnels médicaux et de sécurité de la ville et de ses alentours sont mobilisés. Le bilan de la catastrophe est de 86 morts et plus de 400 blessés.

En fin d'année 2016 et début de l'année 2017, une épidémie grippale sévit en France et plus particulièrement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Entre le 19 décembre 2016 et le 5 janvier 2017, l'EHPAD Korian Berthelot de Lyon a subi de plein fouet cette épidémie comptabilisant 42 résidents victimes de la grippe dont 13 décès. Par ailleurs, 6 professionnels de l'établissement ont contracté la grippe durant cette même période. Cet épisode grippal et ses impacts ont engendré un fort intérêt médiatique. En plus de devoir gérer les conséquences médicales de cette épidémie, les professionnels ont dû faire face à un acharnement médiatique sur la responsabilité de l'établissement. A la suite du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) réalisé en janvier 2017, l'établissement a finalement été mis hors de cause.

Afin de faire face à ces crises dans les meilleures conditions, dans le but de limiter leurs impacts et, par conséquent, d'assurer la protection des populations, il est impératif que les établissements sanitaires et médico-sociaux constituent un dispositif de gestion de crise opérationnel.

Pour ce faire, l'ensemble des établissements doit pouvoir s'impliquer pleinement et de manière réactive dans la prévention et la gestion de telles situations.

- La rupture de l'offre de soins locale doit être prise en compte et anticipée.
- L'intégralité des victimes doit bénéficier d'un suivi rapide et optimal par le système de santé.
- Les victimes, les impliqués et les intervenants doivent être pris en charge psychologiquement.

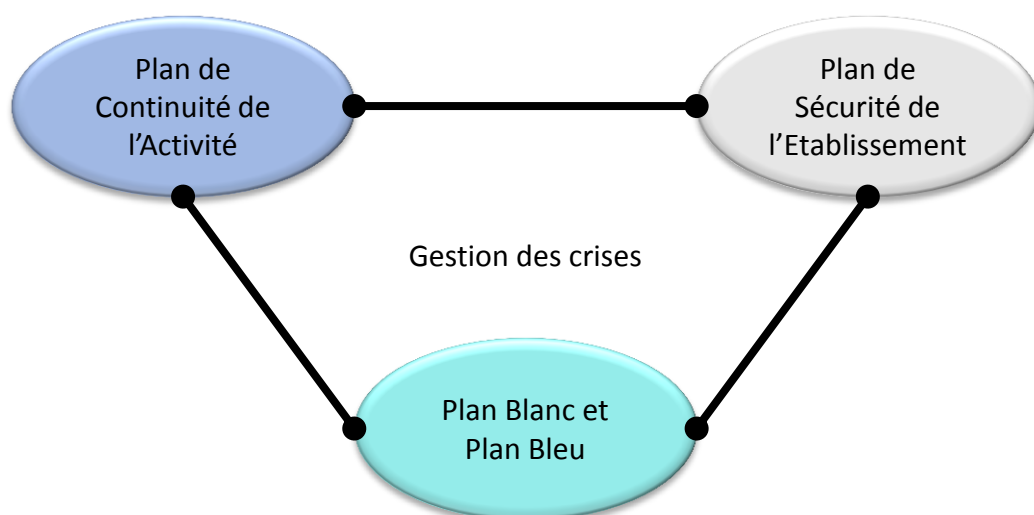
La gestion des crises passe par le **déploiement des moyens humains, techniques et matériels** répondant aux besoins émanant de la situation.



Le terme « Urgence Absolue » n'est pas utilisé de la même manière en fonction de la situation. Lors d'un attentat par exemple, l'« Urgence Absolue » est prononcée lorsque le pronostic vital est engagé. Dans le cas d'un grave accident, l'« Urgence Absolue » peut être également déclarée dans le cas d'une souffrance extrême.

La gestion de crise au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux repose sur 3 grands dispositifs qui sont les suivants :

- Le Plan de Continuité d'Activité (PCA)
- Le Plan de Sécurisation de l'Etablissement (PSE)
- Le Plan Blanc ou Plan Bleu (en fonction du secteur de l'établissement)



Maintenant que vous connaissez l'historique de l'apparition des notions de « crise » et de « gestion de crise » dans les domaines sanitaires et médico-sociaux, et que vous comprenez leur importance, je vais vous présenter plus en détail les différents dispositifs à mettre en œuvre dans votre établissement pour gérer les crises. Cependant, gardez à l'esprit que le kit que nous vous proposons se concentre uniquement sur l'organisation interne de l'établissement lors d'une crise (plan blanc et plan bleu).



2 – LE PLAN CONTINU D'ACTIVITÉ (PCA)



DÉFINITION

Le PCA n'est **pas une obligation légale**, aucun texte réglementaire n'impose aux établissements de mettre en place ce dispositif. Il a pour but de réfléchir à la stratégie et à l'ensemble des dispositions prévues pour **garantir la reprise et la continuité des activités** de l'établissement à la suite d'un sinistre ou d'un événement modifiant son fonctionnement normal. Le PCA doit permettre à l'organisation de **répondre à ses obligations externes** (législatives ou réglementaires, contractuelles) et/ou **internes** (risque de perte de marché, survie de l'entreprise, image...) et de **tenir ses objectifs**.

Il est donc **fortement recommandé** pour **anticiper la survenue des crises** et **protéger économiquement et judiciairement** l'établissement. En effet, l'établissement, en l'absence de PCA, s'expose à des poursuites pour ne pas avoir évalué préalablement les risques ou de manière incomplète et ne pas avoir instauré de mesure de protection.

COMPOSITION

Le PCA est un plan évolutif qui décrit le contexte de l'établissement et les risques auxquels il peut être confronté. Il définit la stratégie à mettre en œuvre, les dispositifs utilisés et les rôles de chacun dans le maintien de l'activité de l'établissement et dans l'exécution des maintenances opérationnelles.

Pour ce faire, le PCA recense les menaces potentielles (épidémies, catastrophes naturelles etc.) identifiées et leurs impacts. Il répertorie les mesures à prendre pour assurer la continuité des activités essentielles pour répondre aux objectifs et obligations de l'établissement. Il prévoit également les modalités de reprise des activités habituelles.

3 – LE PLAN DE SÉCURISATION DE L'ETABLISSEMENT (PSE)



DÉFINITION

L'élaboration du PSE est une **obligation légale** qui est rentrée en vigueur depuis fin juin 2017. L'objectif de ce plan est de **sécuriser** l'établissement face aux intrusions physiques et informatiques. Il permet d'améliorer la sécurité des personnes, des informations et des biens. Les PSE vise à **prévenir, protéger et agir** entre autre face à des actes terroristes visant les institutions et/ou le système d'information.

COMPOSITION

Il est composé d'une analyse de risques centrée sur les missions essentielles de l'établissement et ses vulnérabilités. Celle-ci est réalisée en collaboration avec les autorités extérieures (Préfecture, forces de sécurité, forces intérieures, ARS...).

Il prévoit les dispositions à prendre en cas de mesure globale (Vigipirate) mais également en cas d'incident particulier et immédiat (intrusion..) à travers :

- La mise en œuvre d'exercices annuels
- La réalisation de conventions « santé-sécurité-justice »,
- La sensibilisation et la formation des professionnels de santé et des usagers,
- La constitution d'un système d'information sécurisé,
- Le suivi des actes de malveillance ou de violence,
- La prévention de la radicalisation des professionnels.

RÉGLEMENTATION

La mise en œuvre du PSE est encadrée par la réglementation suivante :

- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

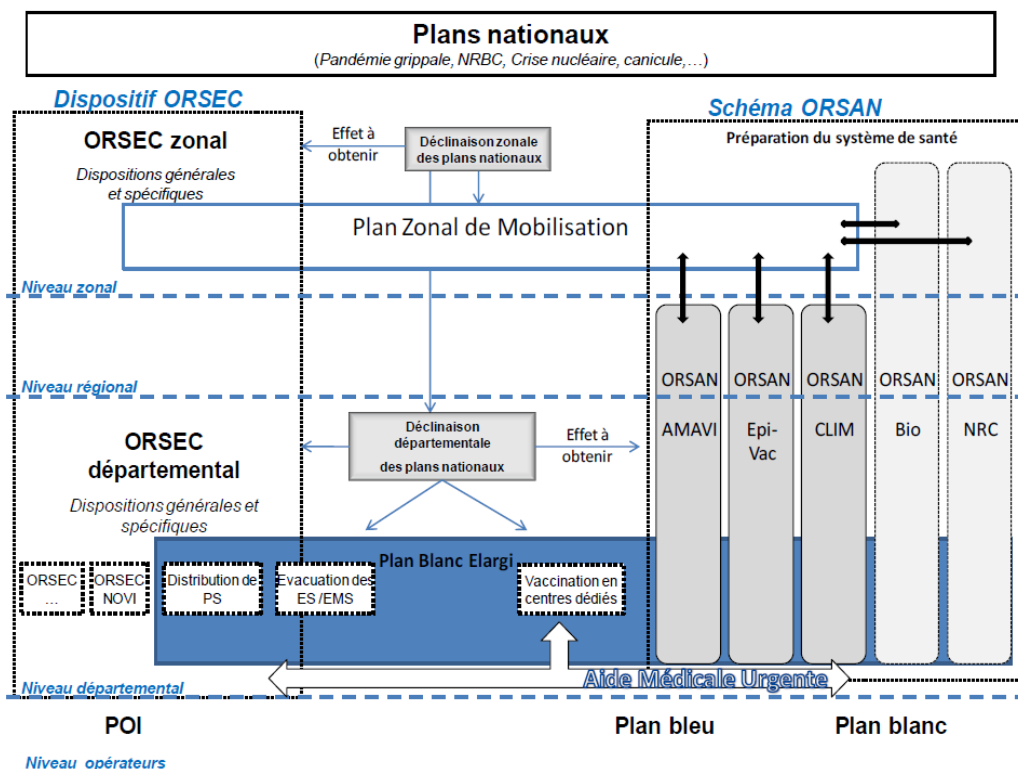
4 – LE PLAN BLANC



DÉFINITION

Il s'agit d'un plan spécifique d'urgence sanitaire et de crise, mis en place depuis le début des années 2000 et rendu **obligatoire** en 2004 dans les établissements sanitaires. Il contient des mesures d'organisations destinées à **faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou une activité accrue** d'un établissement sanitaire. Il permet **d'organiser** de manière rapide et rationnelle les **moyens** indispensables à l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable. Il décrit les mesures permettant **d'assurer la continuité des soins** en préservant **la sécurité des patients et du personnel**.

Conformément à la réglementation, tout établissement de santé quel que soit son statut dispose d'un plan blanc complété par le plan blanc élargi. Ce dernier correspond au plan blanc doté de mesures additionnelles, il recense à l'échelon du département les ressources humaines pouvant être mobilisées, lors de crise sanitaire.



ORSEC : Organisation des secours
ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
NOVI : Nombreuses victimes
PS : Postes Sanitaires
ES : Etablissements Sanitaires
EMS : Etablissements Médico-Sociaux
POI : Plan d'Opérations Internes
AMAVI : Afflux massif de victimes
Epi-Vac : Gestion d'une épidémie ou pandémie et organisation d'une campagne de vaccination
CLIM : Prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent
NRC : prise en charge d'un risque Nucléaire, Radiologique ou Chimique

Le plan blanc peut être déclenché sans délai de deux manières :

- En **interne** par le directeur ou son représentant (administrateur de garde) qui en informe aussitôt le représentant de l'Etat dans le département.
- En **externe** sur demande du représentant de l'Etat dans le département qui contacte directement le directeur ou responsable de l'établissement.

L'ensemble des professionnels de l'établissement peuvent être engagés dans sa mise en œuvre.

Ce déclenchement implique la **mise en place d'une cellule de crise**. Cette cellule de crise est pilotée par le chef d'établissement ou son représentant et a pour mission de gérer la crise.

La cellule de crise permet d'organiser :

La coordination et l'organisation des soins

- Coordination avec le SAMU, les services d'urgence et les blocs opératoires pour assurer la prise en charge et l'orientation des patients,
- Organisation du tri, de l'accueil des victimes, de leur répartition selon la nature et la gravité de leur pathologie dans des unités spécialisées ou à défaut, dans les unités les plus adaptées à leur prise en charge,
- Gestion des personnes décédées,
- Organisation des transports et des transferts en lien avec les autres structures de soins,
- Suivi des victimes.

Les disponibilités des moyens et des ressources

- Rappel gradué de tous les personnels médicaux, paramédicaux et autres hospitaliers et le maintien sur place des équipes de personnels volontaires,
- Disponibilité des moyens mis en œuvre par les services médico-techniques (pharmacie, laboratoires, imagerie médicale) et logistiques (blanchisserie, restauration) mais également la disponibilité des lits d'hospitalisation et d'accueil en organisant la réouverture de lits et la mise à disposition de lits supplémentaires, la déprogrammation des activités non urgentes (consultations, interventions chirurgicales...).

L'organisation de la circulation et les accès, l'organisation de la sécurité/sûreté

- Organisation de la circulation automobile sur le site avec mise en place d'une signalétique et d'un fléchage supplémentaire pour faciliter la circulation en interne, recours à des mesures de surveillance et de gardiennage renforcées,
- Organisation du confinement et de l'évacuation de l'établissement.

La communication interne et externe

- Information des professionnels
- Gestion des réseaux sociaux
- Renforcement des télécommunications et liaisons informatiques (modalités de transmissions de l'alerte au sein de l'établissement, ainsi que les liaisons internes et externes à l'établissement pour assurer la circulation des informations),
- Mise en place d'un point d'accueil des familles et des médias,
- Intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique pour soutenir les patients et leurs familles.

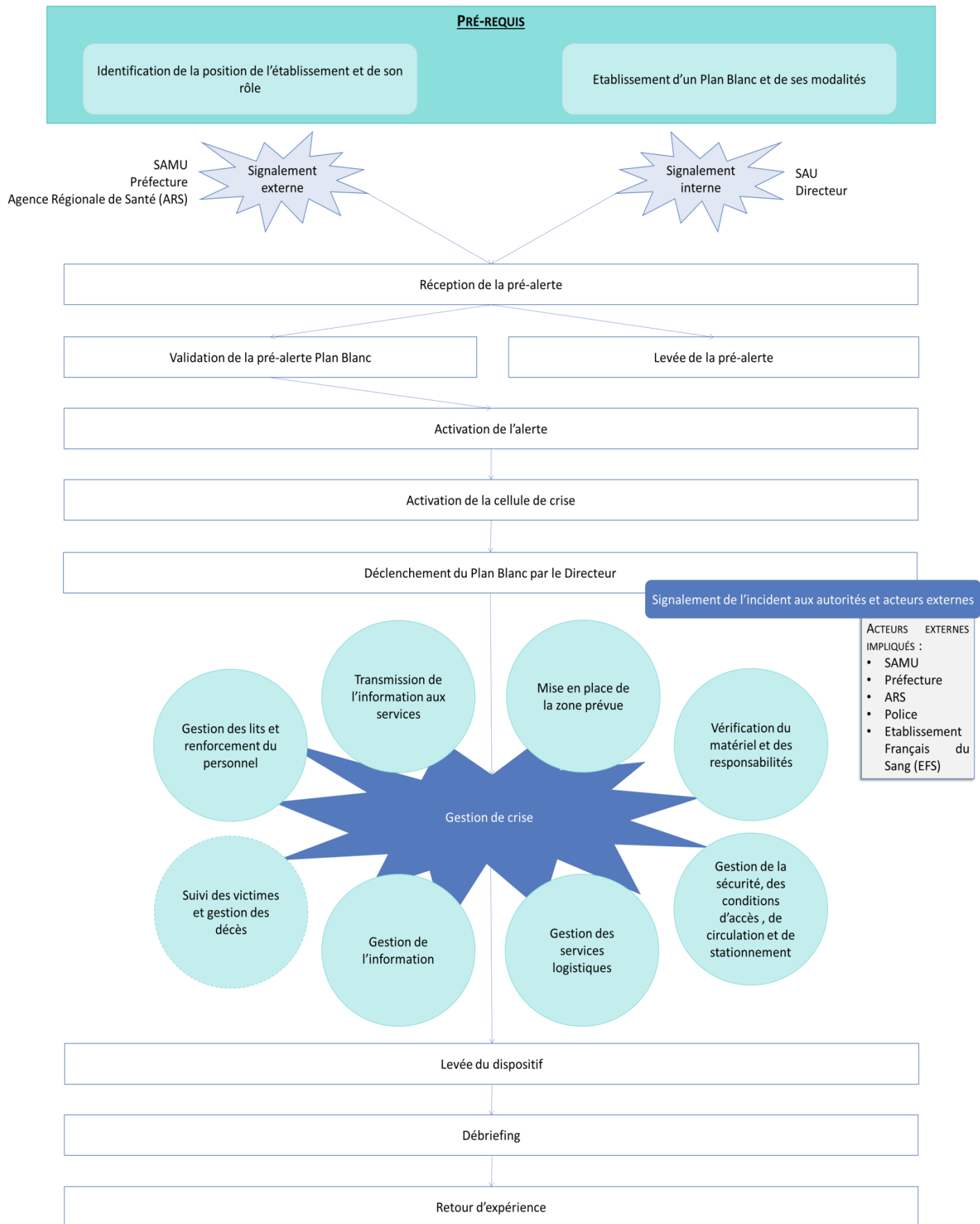
Le plan blanc prévoit les mesures à prendre pour organiser les points cités ci-dessus.

RÈGLEMENTATION

La mise en œuvre du plan blanc est encadrée par la réglementation suivante :

- Articles L3131-1 à 11 du Code de la Santé Publique sur les mesures d'urgence et le Plan Blanc
- Article R3131-4 et 5 du Code de la Santé Publique sur le Plan blanc d'établissement
- Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Décret 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
- Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis
- Guide d'aide de Ministère de la Santé sur l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé
- Loi 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur
- Décret 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles
- Instruction DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Décret 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'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

DÉROULEMENT DU PLAN BLANC



5 – LE PLAN BLEU



DÉFINITION

Le Plan bleu est un plan de gestion de crise permettant à un établissement hébergeant des personnes âgées ou handicapées, la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables (et une organisation opérationnelle) pour faire face efficacement à une crise quelle que soit sa nature. Il est **obligatoire** pour l'ensemble des établissements médico-sociaux depuis 2007. Son objectif est d'**améliorer la réactivité en cas d'alerte**, de **réfléchir aux dispositions à prévoir** pour adapter au mieux l'organisation de l'établissement et **préserver** ainsi de façon optimale **le bien-être et la santé** des résidents quelles que soient les circonstances.

Le plan bleu doit être évolutif en fonction des risques identifiés, des procédures nationales ou locales recommandées, des exercices, des expériences vécues afin d'en renforcer l'efficacité.

COMPOSITION

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

La première démarche pour l'établissement est bien de décrire ses caractéristiques :

- Situation géographique
- Plan du site, des bâtiments
- Installations techniques et contraintes connues
- Description générale : - population accueillie – type de handicap - degré de dépendance - résident identifié comme sensible.

ANALYSE DES RISQUES

Il s'agit d'identifier les risques auxquels l'établissement est susceptible d'être confronté :

- Risque technologique, si proximité d'un site SEVESO
- Risque naturel (inondation, coulée de boue,...)
- Risque climatique (canicule, tempête,...)
- Risque biologique (épidémie grippale, gastro-entérite, infection respiratoire,...)
- Autres risques : coupure électrique, gaz, eau potable,...

LES ÉLÉMENTS CONSTITUANT UN PLAN BLEU

- La description de l'établissement
- Les référents (en fonction du type de situation : canicule, pandémie virale, inondation...)
- La cellule de crise :
 - Organisation
 - Mise en place
 - Composition
 - Moyens matériels
 - Circulation de l'information
 - Le déclenchement de l'alerte

Il doit regrouper les informations nécessaires et modalités à suivre pour **gérer l'ensemble des thématiques suivantes** :

- Canicule
- Infections Respiratoires Aigües (IRA)
- Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC) et/ou de Gastro-Entérites Aigües (GEA)
- Infections associées aux soins
- Légionelles/légionellose
- Confinement de l'établissement
- Evacuation de l'établissement
- Circulation en cas de crise
- Sécurisation de l'établissement
- Communication externe en cas de crise
- Interruption alimentation électrique
- Rupture d'approvisionnement en eau potable
- Rupture d'approvisionnement en gaz/chauffage
- Incendie/feu
- Inondations
- Survenue d'événements indésirables (maltraitance, disparition, fugues, suicide...)
- Distribution de médicaments et vaccination collective

La mise en œuvre du plan bleu est encadrée par la réglementation suivante :

- Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L.3123-12 du code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 08 août 2005 modifiant l'arrêté du 07 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire DGS n° 2007-18 du 18 décembre 2007 relative à la continuité de l'activité des entreprises et aux conditions de travail et d'emploi des salariés du secteur privé en cas de pandémie grippale.
- Circulaire DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008 relative au document de liaison unifié (DLU)
- Circulaire DGAS n°2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie.
- Circulaire DGS/DHOS/DGAS/2009/264/ du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins.
- Circulaire interministérielle N°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013.

DÉROULEMENT DU PLAN BLEU

PRÉ-REQUIS

Identification de l'exposition de l'établissement aux vulnérabilités

Etablissement d'un Plan Bleu et de ses modalités

Signalement externe

Préfecture,
Agence Régionale de Santé (ARS)...

Exemple : Canicule

Déclenchement de l'alerte au niveau départemental

Médecins,
Infirmiers...

Signalement interne

Exemple : 3 cas de gale

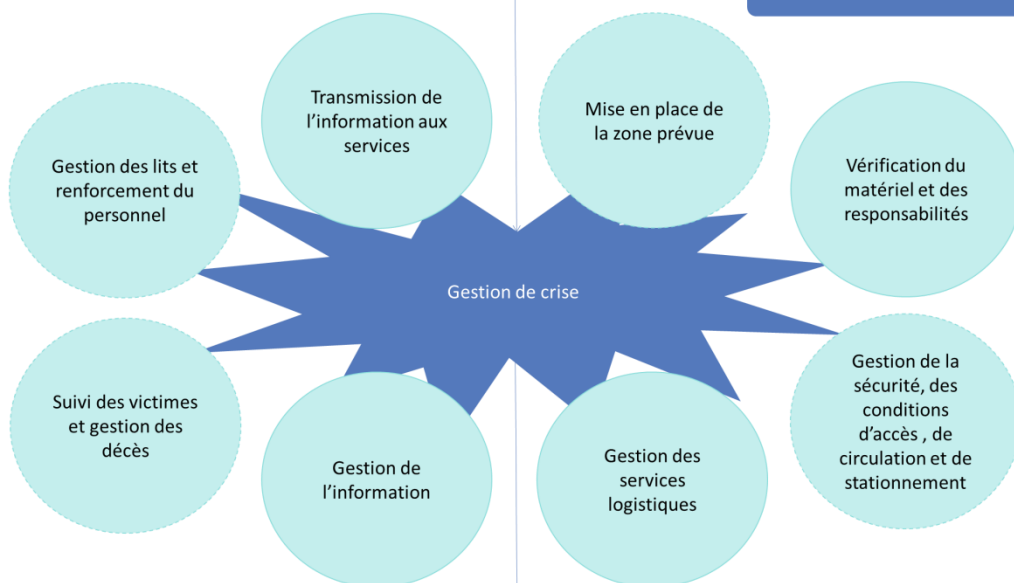
Mise en œuvre de procédures adaptées

Signalement au directeur de l'établissement

Activation de la cellule de crise

Mise en œuvre des procédures adaptées - Déclenchement du Plan Bleu par le Directeur

Signalement de l'incident aux autorités et acteurs externes



ACTEURS EXTERNES IMPLIQUÉS :

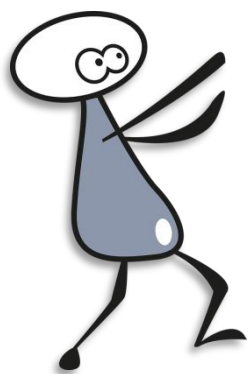
- SAMU
- Préfecture
- ARS
- Police
- Etablissement Français du Sang (EFS)

Levée du dispositif

Débriefing

Retour d'expérience

6 – LES ÉTAPES À EXPÉRIMENTER



Vous disposez à présent de l'ensemble des informations théoriques nécessaires à la compréhension de la gestion de crise. Je vais maintenant vous donner les clés pour tester le dispositif de gestion de crise de votre établissement...

Comme vous avez pu le constater précédemment, les étapes de mise en œuvre du plan blanc et du plan bleu sont en grandes parties communes. Le groupe de travail a donc souhaité proposer une trame identique divisée en 15 étapes.

ETAPE PRÉALABLE : IDENTIFIER LA POSITION DE L'ÉTABLISSEMENT

Cette étape est à réaliser de manière anticipée. Elle permet à l'établissement d'identifier sa position et son rôle en cas de crise. En effet, il est nécessaire de déterminer les menaces pesant sur l'établissement et de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la gestion des crises qui peuvent survenir. Pour ce faire, la situation géographique de l'établissement ainsi que le type de population accueillie sont des éléments à analyser.



Dès lors qu'une situation ne peut plus être gérée de manière habituelle (situation inhabituelle, débordement des moyens etc.), il est nécessaire de faire remonter les informations relatives à cette situation à l'encadrement.

ETAPE A : DONNER L'ALERTE



La première étape de la gestion d'une crise est de signaler l'ensemble des éléments relatifs à la situation de crise potentielle. Elle implique la transmission de l'information aux personnes désignées et la vérification de la bonne compréhension par son récepteur.

ETAPE B : DÉCLENCHER LA CELLULE DE CRISE



Au vu des éléments relatifs à la situation de crise et après vérification de leur véracité, les responsables de l'établissement décident, ou non, de déclencher une cellule de crise. Dans le cas où la situation de crise est avérée, la cellule de crise doit être constituée. Les membres de la cellule de crise doivent être convoqués et après analyse de la situation, les rôles de chacun dans la gestion de la crise doivent être distribués. L'établissement doit être en mesure de déclencher la cellule de crise en toutes circonstances.



Les étapes suivantes sont à réaliser simultanément pour gérer la crise de manière efficace. En revanche, les étapes ne sont pas toujours présentes, selon la situation.

ETAPE C : TRANSMETTRE L'INFORMATION



Les professionnels du « terrain » doivent être informés que la gestion de la situation se fait désormais en cellule de crise et qu'ils devront appliquer les décisions prises par l'encadrement.

ETAPE D : VÉRIFIER LE MATÉRIEL ET LES RESPONSABILITÉS



Les stocks disponibles en matériel et en médicaments doivent être identifiés et l'intégrité de ces derniers doit être vérifiée (DM cassé, médicaments périmés...). De plus, les maintenances du matériel doivent être vérifiées régulièrement. Les professionnels en charge du matériel doivent être identifiés. Ils doivent être capables d'anticiper les besoins en matériel et par conséquent, les réapprovisionnements nécessaires et connaître les délais d'approvisionnement.

ETAPE E : METTRE EN PLACE LA ZONE PRÉVUE



Cette étape est optionnelle. Elle est principalement réalisée dans 3 types de situation : l'évacuation, le confinement et l'afflux massif de victime. Elle consiste à déterminer la zone à mettre en place, à l'installer et à vérifier sa fonctionnalité. Chaque professionnel investi d'une mission dans la réalisation de cette action doit connaître son rôle.

ETAPE F : RECENSER LES LITS ET RENFORCER LE PERSONNEL



En fonction des besoins émanant de la situation de crise, il peut être nécessaire de mobiliser et de rapatrier des lits pour l'accueil des usagers par exemple. Dans ce cadre, les lits disponibles doivent être identifiés et recensés. Les interventions non-urgentes doivent également être limitées voire annulées. La gestion de la situation de crise peut nécessiter le renfort du personnel. Pour ce faire, les modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens doivent être connues. Il est également important de pouvoir gérer le personnel et de vérifier leur connaissance avant de les affecter à une tâche. En effet, ces derniers doivent avoir reçu une formation sur les dispositifs de gestion de crise de l'établissement.



Quelque soit le type de crise, elle doit être gérée le plus rapidement et la plus complète possible. Dans ces situations, l'établissement doit assurer l'efficacité et la qualité des soins prodigués.

Dans le cas d'un afflux massif de victime, l'engorgement du système de fonctionnement habituel doit être évité. Le personnel doit connaître les modalités d'accueil et d'orientation des victimes.

Dans le cas d'un épisode caniculaire ou d'une épidémie, l'établissement doit mettre en œuvre l'ensemble des mesures pour préserver la santé des usagers.

Dans le cas d'un accident NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique), l'établissement doit prendre des mesures spécifiques en fonction de son statut. Un établissement médico-social doit programmer la prise en charge par le secteur sanitaire, tandis qu'un établissement sanitaire doit connaître les modalités de tri et de décontamination des usagers.

ETAPE H : GÉRER L'INFORMATION



Lors d'une situation de crise, l'information dispose d'une place très importante. Les modalités de communication interne et externe doivent être connues. L'information doit être transmise de manière organisée aux différents acteurs (professionnels, autorités de tutelle, ARS, usagers, familles...) de la crise. De plus, il est primordial de gérer les informations communiquées aux médias et sur les réseaux sociaux. En effet, ces dernières peuvent mettre en péril l'image de l'établissement.

ETAPE I : GÉRER LES SERVICES LOGISTIQUES



Les services logistiques concernés par une crise doivent adapter leur fonctionnement à cette dernière afin d'être efficaces. De plus, ces services peuvent être au cœur de certains type de crise (rupture d'approvisionnement en eau ou en électricité). Dans ce cas, ils doivent veiller à gérer au plus vite la crise pour éviter d'importants impacts sur la prise en charge des usagers.

ETAPE J : GÉRER LA SÉCURITÉ ET LES CONDITIONS D'ACCÈS



Dans tous les types de situations, l'établissement doit garantir la sécurité des usagers. La sécurisation de l'établissement passe également par le contrôle de l'ensemble des accès aux bâtiments. Les conditions d'accès et de circulation doivent être facilitées afin d'éviter l'engorgement des voies pour assurer l'accès aux véhicules autorisés. De plus, le système informatique doit être sécurisé et accessible en cas de panne, sinon, il est nécessaire de prévoir un mode dégradé papier.

ETAPE K : GÉRER LES DÉCÈS ET LES LOCAUX MORTUAIRES



Un lieu doit être identifié pour la gestion des corps. Les responsabilités des professionnels chargés de cette gestion doivent être clairement définies. De plus, un relai avec les familles des personnes décédées doit être mis en place.

Si la situation de crise est gérée et prévue sur du long terme, la cellule de crise peut-être temporairement dissoute et des points d'étapes peuvent être prévus (tous les jours par exemple).



ETAPE L : GÉRER LA LEVÉE DU DISPOSITIF

Lorsque la situation de crise est stabilisée, le dispositif de gestion de la crise peut être levé. Dans ce cas, les professionnels doivent s'assurer que le retour à la normale s'effectue dans les meilleures conditions. L'activité doit également reprendre de manière habituelle dans les services logistiques. Une prise en charge psychologique doit être proposée à l'ensemble du personnel afin que ceux qui en éprouvent le besoin puissent bénéficier d'un accompagnement.

ETAPE M : DÉBRIEFER AVEC LE PERSONNEL



Lorsque la situation de crise est terminée, il est important de débriefer afin de s'assurer que le dispositif de gestion de crise mis en place a correctement fonctionné. Ce temps d'échange permet de faire un bilan de la gestion de la crise, de mettre en évidence les points forts du dispositif et de proposer des points d'amélioration.



Le retour d'expérience permet d'analyser la crise avec du recul. C'est un temps d'échange neutre et factuel réalisé avec l'ensemble des professions concernés par la situation de crise. Durant ce moment, l'analyse des dysfonctionnements doit être effectuée avec les professionnels concernés, les actions correctives mises en place et les actions préventives à organiser doivent être présentées aux participants.



Maintenant que vous connaissez mieux les étapes de la gestion d'une crise, je vous propose de vous donner la démarche que nous avons utilisée pour tester les dispositifs de gestion de crise des établissements qui le souhaitaient.

Pour ce faire, nous avons créé et utilisé un outil qui vous servira de support tout au long de l'expérimentation, de sa préparation à son analyse. Je vous propose de vous référer au guide de l'outil afin de pouvoir l'utiliser de manière optimale.

7 – TABLE DES ANNEXES

LES OUTILS

- ⚙ Outil 1 : Guide sur les fondamentaux
- ⚙ Outil 2 : Guide d'utilisation de l'outil Excel®
- ⚙ Outil 3 : Outil Excel® d'évaluation du dispositif de gestion de crise
- ⚙ Outil 4 : Banque de scénarios
- ⚙ Outil 5 : Livret de fiches-types

LES ANNEXES

- Annexe 1 : REX sur les expérimentations mises en œuvre
- Annexe 2 : Analyse de la connaissance des établissements en gestion de crise
- Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de l'expérimentation
- Annexe 4 : Analyse de la satisfaction des participants à l'expérimentation
- Annexe 5 : Modèle de compte-rendu d'expérimentation
- Annexe 6 : Modèle de diaporama de présentation du REX
- Annexe 7 : Bibliographie

Retrouver l'ensemble des annexes et des outils sur notre site internet :
www.qualirelsante.com, rubrique « **Notre accompagnement** »



REMERCIEMENTS

- ARZUR Audrey, Gestionnaire des risques, Clinique Brétéché
- ATTAF Ghita, Ingénieure Qualité, Hôpital Saint Nicolas
- BAUDOIN Emmanuelle, Responsable Méthodes QRE, SSR Les Capucins
- BODINEAU Laura, Ingénieure Qualité, CHU d'Angers
- BOISDRON Myriam, Responsable Qualité, SSR Les Capucins
- CARREL Elodie, Responsable Gestion Des Risques, CHI Lys Hyrôme
- BUTTIN Anne Laure, Chargée de mission, Qualirel Santé
- CHAIGNEAU Irène, Ingénieure Qualité/Gestion Des Risques, Hôpital François de Daillon Le Lude
- COCARD Monique, Ingénieure Qualité, Résidences Les Chênes du Bellay et Résidence St Louis
- CORIOLAN Mick, Directeur-adjoint du pôle Qualité-GDR-SIH-Relation avec les usagers, CHI Lys Hyrôme
- HUPEL Caroline, Responsable Qualité, CH Haut Anjou
- LE GOFF Chloé, Directrice des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers, EPSM de la Sarthe
- MAILLET Sandrine, Ingénieure Qualité, EPSM de la Sarthe
- MAURE Maï-Lëen, Ingénieure Qualité/Gestion Des Risques, Centre Hospitalier d'Ernée
- MENARD Soizic, Responsable Qualité/Gestion Des Risques, Clinique de l'Anjou
- PERGELINE Séverine, Qualiticienne, Hôpital du Pays de Retz
- PERRIN Hélène, Responsable Qualité, CH Layon Aubance
- RAYMOND Françoise, Cadre de santé hygiéniste, ARLIN Pays de la Loire

EXPÉRIMENTATIONS RÉALISÉES

