

## Mots clés

Grippe aviaire  
Crise sanitaire  
Gestion de crise  
Risque sanitaire

Gestion des risques  
Sécurité sanitaire  
Plan blanc  
Hôpital

Organisation  
Prospective

« *One hand for yourself, one hand for the boat.* »  
Un marin britannique  
« *Un médecin mort ne sert plus à rien quant à la poursuite de sa mission.* » Pr P. Huguenard

La situation sera nouvelle pour la majorité des personnels, des organisations et de leurs patients. La crise sanitaire grave peut obliger une gestion de crise avec la mise en quarantaine, la réquisition des agents et le risque de contagion personnelle. Il s'agit d'éviter la désorganisation par des comportements « individualistes » ou par épuisement des hommes et des ressources. Il s'agit de minimiser l'aversion aux risques des équipes opérationnelles.

L'hôpital en entier doit adopter une posture de sécurité et se préparer activement en relation avec les professionnels libéraux. Quelles que soient les convictions personnelles de chacun, l'important est notre réponse professionnelle. La population sera attentive.

La révision du plan blanc<sup>(4)</sup> et l'entraînement par chaque établissement font partie de la préparation. Il s'agit aujourd'hui dans cette période déjà « hors norme » d'éviter la crise et l'accident. Pourtant, avant même de déclencher un plan blanc, notre premier risque est l'apparition de problèmes internes ou externes pouvant déjà nous empêcher de conserver notre mission, obligeant avant l'heure à des efforts imprévus. Que faire et comment la gestion du risque peut-elle aider à prévenir l'accident?

Il faut « profiter » de cette situation d'attente<sup>(5)</sup>, des efforts actuels de communication, des dispositifs à préparer comme pression positive externe pour s'investir à renforcer la méthode « démarche de sécurité » du programme de gestion globale et coordonnée des risques de l'établissement<sup>(6)</sup> et de ses réseaux/filières ville/hôpital.

L'appropriation du dispositif favorise l'enga-

### Vincent LEROUX

Médecin de santé publique, professeur École centrale Paris, coresponsable du mastère spécialisé Formation gestion des risques et de la sécurité des établissements et réseaux de santé, UGECAMidf

### Alain DESROCHES

Ingénieur, professeur École centrale Paris, coresponsable du mastère spécialisé Formation gestion des risques et de la sécurité des établissements et réseaux de santé, CNESS

## Déclenchement du plan blanc Mise en place d'une démarche sécuritaire pour une pandémie de grippe

La problématique de la pandémie<sup>(1)</sup> de grippe et son risque sont connus<sup>(2)</sup>, surveillés, documentés et commentés. Les communications scientifiques et politiques sont abondantes. La planification globale des mesures gouvernementales est connue. Les incertitudes sont clairement exposées dans de nombreux médias. La clarification des responsabilités s'établit. Aujourd'hui, devant l'attente d'une pandémie<sup>(3)</sup> de grippe humaine d'origine humaine, risque biologique infectieux récurrent, les enjeux sont l'ordre public sanitaire, la prévention et la préparation, la gestion de l'alerte et la promotion de l'hygiène individuelle et collective.

## notes

(1) Concentration de cas d'une affection ou d'une pathologie, limitée dans le temps mais illimitée dans l'espace. L'arrêt à nos « frontières » de la « grippe aviaire », épizootie touchant essentiellement les oiseaux et les volailles, est impossible. Les services vétérinaires (Afssa, ONCF, DDSV...) agissent pour prévenir et protéger.

(2) À noter l'activité des blogs sur Internet.

(3) La phase 1 est la phase pandémique. Il est important de noter que la plupart des niveaux d'alerte peuvent représenter le niveau d'entrée direct dans le plan, sans avoir été précédés par les niveaux d'alerte moindres. Chacun de ces niveaux d'alerte peut également se trouver « aggravé » par la survenue concomitante d'autres épidémies telles que le Sras ou une grippe

saisonnaire. Responsable de l'organisation du système de soins, la Dhos est appelée à jouer un rôle clé dans la lutte contre la pandémie dès le passage à la phase 1. Elle prépare les mesures d'organisation des soins. Il lui reviendra de veiller à la mise en œuvre des plans blancs, d'assurer leur suivi et de proposer les mesures nécessaires pour adapter en

gement et la vigilance de tous, donc une tension de sécurité. La charge de l'entraînement pour l'hôpital est ainsi mieux vécue. L'évaluation qualitative externe du dispositif est possible.

## Imposer une gouvernance des risques

### À un objectif de prise en charge (de production de soins)

#### existe un objectif de sécurité

De nombreux responsables d'établissements et de professionnels de santé cherchent à organiser cette préparation. La première difficulté est de savoir aborder le sujet avec les diverses instances et groupes professionnels. Le danger pour l'hôpital est double: le risque de contagion de la grippe et la défaillance de l'organisation de l'hôpital.

La première étape est d'informer, débattre et former.

La grippe est un risque connu et attendu, ce n'est plus un aléa. Personne ne sait si la peur sera mobilisatrice, mais l'absence de préparation et de conduite des événements sera mise en responsabilité.

La grippe se transmet à l'homme. Comment détecter précocement la transmission inter-humaine? Comment être informé et informé localement?

La grippe arrivera en France. Les aéroports et les migrations d'oiseaux sont les portes d'entrée prévisibles. Quand à partir d'aujourd'hui? La France et la communauté internationale communiquent et se préparent à une épidémie touchant des millions de personnes (avec une létalité importante probable). La prise en compte populationnelle est en cours. Comment se prémunir individuellement (et son entourage) quand on est soignant? Quelle

mesure personnelle prévoir car on est possiblement réquisitionné ou mis en quarantaine? Notons un paradoxe entre la force de la communication scientifique et politique et la « discrétion » de la communication interne des services, des professionnels ou des établissements. Comment communiquer/informer pour impliquer en interne, dépasser les non-dits, limiter les comportements individualistes? Sans les agents techniques de la logistique, comment faire pour distribuer des masques?

#### Éléments de réponse

Une politique, une alerte ou un ordre donné par la direction ou la tutelle doivent être appliqués à tous les échelons. Il ou elle doit donc être comprise et acceptée. La communication devient moins institutionnelle, plus opérationnelle.

- Il faut « aborder » à la fois les messages techniques (les procédures) et ceux liés à l'environnement de la situation: s'assurer du niveau d'information des personnels – patients – entourage et le corriger pour lever l'indifférence apparente, voire l'ignorance du risque de pandémie. Les définitions et les notions de pandémie, de risques acceptables, de principe de précaution, de notion d'alerte ou ce que représentent les organisations de type « cellule de crise » sont souvent des sujets délicats. Ils méritent toujours une explication en utilisant les mots « adaptés » à chaque catégorie de personnel pour obtenir leur engagement.
- Il faut former sur les signes, symptômes, traitement et évolution des gripes et la conduite à tenir en cas de suspicion (appeler le 15 ou le Samu).
- La mission de santé publique et les mesures d'ordre public sanitaire obligeront des organisations de travail inhabituelles et réglementées. Les ressources humaines actualisent selon les récentes dispositions

du CSP et vérifient les procédures nécessaires comme la couverture vaccinale du personnel, les règles de réquisition, les fichiers de coordonnées à jour, la mise en quarantaine, les temps de travail.

- Il faut maintenir informés régulièrement les personnels et les instances (CHSCT, CTE, CME, conseil d'administration). Maintenir une veille en communication et faire des mesures d'impact des messages.
- Il faut s'assurer du niveau d'information des filières de soins pour lever l'éventuelle désorganisation locale. Le probable du confinement obligera à une organisation territoriale donc avec nos voisins, établissements sanitaires mais également médico-sociaux et organisation de ville.
- Il faut bâtir un système d'alerte et veille d'indicateurs et d'indices avec la collecte de signaux, la vérification d'information, le contrôle des éléments, la mise en œuvre de moyens diagnostics étiologiques et des mesures adaptés et de transmission de l'alerte. Un système local d'alerte améliore la confiance et contribue à la promotion de la santé publique. Les établissements souvent source et réponse à l'alerte doivent participer à ce dispositif. La surveillance des indicateurs et des événements concernent:
  - en local les demandes de préadmission (ou de retour de permissions), les courbes de températures, les signes grippaux, les origines, l'absentéisme des personnels,
  - en général à travers les communications avec les niveaux national et régional – ministères, préfectures, ARH et Urcam, Drass, Ddass, HAS, INVS et la Cire, réseau Grog, Samu, presse. Thématique: observatoire et système sentinelle,
  - la veille par le service documentaire: visite quotidienne de sites (INVS, blogs spécialisés) et transmission des infos pouvant modifier les procédures.
- La mise en place du groupement régional de santé publique, la nécessité d'inclure l'alerte dans le plan régional de santé publique, de créer un PRSP alerte modifieront ce dispositif...

La deuxième étape est de décider. L'enjeu devient le moment du déclenchement des actions. On reste lucide et efficace en se préparant <sup>(7)</sup>. Pour chaque établissement, le scénario d'accident, le plan d'action seront

*permanence les capacités de prise en charge des personnes à l'évolution de la pandémie.*

**(4)** Le référentiel Sécurité sanitaire dans les établissements de santé: réglementation applicable, version n° 5, juillet 2005, fait l'inventaire des textes juridiques applicables aux établissements de santé en matière de sécurité sanitaire. Mise à jour du 20 octobre 2005 disponible sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr): circulaire Dhos/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002. Un plan décrit en fonction de chaque situation envisagée les mesures préventives, réactives et curatives nécessaires. On distingue les plans spécifiques destinés à faire face à des risques ou à des menaces bien identifiées – comme le plan Polmar ou les plans de secours spécialisés pour faire

*face à certains risques technologiques – et des plans fonctionnels destinés à être appliqués quelle que soit la crise – plans Orsec ou plans de secours à de nombreuses victimes comme les plans blanc ou rouge par exemple.*

**(5)** Phase 0 niveau 3 de la pandémie au 19 octobre 2005.

**(6)** Circulaire Dhos/E2/2004/176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de gestion des risques en établissement de santé.

**(7)** La première sécurité des directions de garde est d'avoir un « memento de crise » (contact, téléphone, procédures élémentaires) à jour.

évidemment bien différents selon la situation locale et territoriale. L'analyse de ce danger pour chaque établissement, en termes d'occurrence, d'impact, de risque, d'élément critique et d'action est à évaluer.

Apporter une cohérence à l'action face à la situation et au contexte s'apprend. Le sens de cette cohérence sera accepté par les agents si la situation exposée paraît compréhensible, gérable et sensée.

Il s'agit de se doter des signaux d'alerte locaux et, surtout, d'un cadre d'organisation pour ces situations multiples préaccidentelles. Ce cadre défini en management du risque est ce qu'on appelle une « démarche de sécurité » (ou « défense en profondeur »). Une démarche sécuritaire, née dans les années 1980, utilisant une défense en profondeur et des barrières de sécurité est un processus de sécurisation graduée d'une activité issue des méthodes que maîtrise un gestionnaire des risques. Cette démarche de mise en sécurité recherche une optimisation des efforts pour la réussite de l'activité (objectif de l'activité de soins) et pour la sécurité (objectifs de sécurité). C'est un des fondements de la maîtrise du risque et de la sauvegarde de nos patrimoines et de nos missions.

## Sauvegarder par une démarche sécuritaire avec défense en profondeur

Une démarche de gestion des risques propose, selon un scénario d'accident, une démarche sécuritaire et un plan d'action de sécurisation pour prévenir la crise et se protéger face aux risques.

Au regard de notre mission, la production et l'activité de soins se positionnent dans un des trois états possibles suivants :

- le régime normal de production des soins, avec ses fluctuations et ses singularités. L'exigence de la qualité, la déontologie, la conformité réglementaire et l'exigence de performance sont les premières étapes de la sécurité. Les processus de soins, les dispositifs de « chemin clinique » associent souvent une qualité et une sécurité intégrée ;
- le régime anormal d'activité. On change de cadre de pensée : l'apport de la gestion du risque (et du gestionnaire de

risque) devient plus important. Ce n'est pas encore la crise. Les événements indésirables (difficulté à placer des malades des urgences, à trouver une structure de sortie...) sont initiateurs de problèmes comme les erreurs humaines, les déviations ou les défaillances du sys-

### **Le premier avantage de cette « situation d'attente » est de s'adapter et de s'entraîner à une démarche de sécurité.**

tème. Ils risquent d'entraîner l'événement redouté (l'infection nosocomiale grave empêchant l'activité, indisponibilité d'un plateau technique...);

- l'accident, voire la crise.

À partir d'un événement sentinelle<sup>(8)</sup> d'un signal d'alerte ou d'un dépassement de seuils de danger, il faut une évaluation de la situation ; la direction met en place une organisation spécifique (idéalement) souvent prévue. Elle conduit à mettre en œuvre de façon graduée et évaluée des « procédures de contrôle ». En effet, parfois, le caractère limité de la situation permet de ne pas gêner le reste de l'activité. Dans cette zone, on trouve toute forme de comportement et de posture<sup>(9)</sup>, l'idéal étant une tension de sécurité pour assurer une vigilance. Encore faut-il prendre conscience d'être en situation anormale.

La démarche de mise en sécurité (démarche sécuritaire) est l'une des étapes à mettre en œuvre par le gestionnaire des risques de l'organisation de santé. C'est un processus générique de sécurisation d'une activité en étapes. Elle recherche une optimisation des efforts pour la réussite de l'activité (objectif de l'activité de soins) et pour la sécurité (objectifs de sécurité). Les étapes sont les suivantes.

#### **Sécurité intrinsèque (intégrée)**

Elle correspond principalement à la recherche d'une activité conçue et organisée avec un risque minimal. Elle s'intègre dans le management normal de l'activité (« on fait de la sécurité sans le savoir »). De plus en plus, elle utilise les méthodes de management des soins par la qualité. Elle reprend les recommandations des bonnes pratiques locales et internationales et de « l'état de l'art » (conférence de consensus,

recommandations HAS...). Les pratiques sont définies par des protocoles et des procédures (chemin clinique) et sont évaluées. Cela doit permettre que l'activité reste dans un état sûr après une défaillance du système. Cette étape est bien acceptée par les soignants, car incluse dans le management normal, d'au-

tant plus que les soignants sont engagés dans un management par la qualité. La sécurité en santé est une contrainte de la qualité. Cette étape n'est pas suffisante, par principe, mais également en pratique compte tenu des erreurs de conception du protocole de soins (défaut de concertation des acteurs, modification de l'environnement...), des déviations des pratiques (défaut d'évaluation, voire des comportements [habitudes, corrosion sociale du risque, mais parfois du système, recherche de productivité, de rentabilité, manque de personnel, non-disponibilité...]).

#### **Sécurité greffée (extrinsèque)**

Elle revient à ajouter dans le système des éléments non nécessaires à la réussite « technique » ; il peut même diminuer la capacité. L'objectif de cette étape est de mettre dans le système ou le processus des barrières de sécurité. Ce sont des éléments matériels (artifices matériels, logiciels...) ou immatériels (procédure, réglementation...) qui doivent empêcher l'occurrence d'un événement redouté et ralentir l'évolution d'un scénario d'accident.

Les barrières de sécurité sont destinées à réduire le risque résiduel en termes de gestion des risques. Elles peuvent ralentir, compliquer, voire s'opposer à la réussite de l'objectif de soin, ce qui nécessite d'optimiser ces actions de sécurisation. Les barrières de sécurité rendent le système « tolérant aux défaillances ».

## notes

- (8) Encore faut-il placer « les sentinelles » au bon endroit et savoir entendre le signal d'alerte pour prévenir les événements redoutés et indésirables.
- (9) Face à la situation, certain « se montre distant » ou « se croit protégé » parce que l'on a la chance de « passer à travers » des événements.

Les enjeux sont donc le positionnement des barrières de sécurité (choix, nombre...) et les critères de qualité des barrières.

Les barrières doivent être fiables, testables, efficaces et quantifiables (FTEQ) :

- fiables : adaptées à la couverture de l'événement redouté, robustes, durables, efficaces dans le temps ;
- testables : pour chaque barrière sont vérifiées l'indépendance vis-à-vis de tout mode défaillance et l'imperméabilité à la propagation de la défaillance ;
- efficaces : leur crédibilité doit être démontrée ;
- quantifiables.

Parmi les éléments concrets, matériels et immatériels d'une démarche de sécurité, la barrière de sécurité et ses caractéristiques est un des outils à maîtriser (en même temps que les indicateurs et les alertes du système d'information, la cellule de pilotage...).

Une démarche de définition et de qualification des caractéristiques d'une « bonne » barrière de sécurité aidera les directions et les soignants, travaillant dans les organisations de santé. Elle oblige à penser et préparer les scénarios d'accident, à préparer les réponses, les indices de déclenchements des réponses graduées. L'analyse des résultats de la déclaration des événements indésirables de l'établissement et de l'Enéis avec la description des événements indésirables graves (et trop souvent évitables) sont utiles pour placer les barrières. Les exemples cités précédemment, issus finalement du bon sens, de bonne pratique et de la bonne volonté de prévenir, en devenant « barrières de sécurité » sont renforcés et évalués. Ils sortent du registre de la contrainte supplémentaire pour devenir des « parts entières de la démarche de soins ».

Ces deux étapes concernent la phase de conception, de développement du processus. Elles peuvent avoir lieu lors d'un staff pour organiser la prise en charge d'un

patient ou lors d'un projet de processus de soins (formalisation d'une filière ou d'un service de santé...), lors des analyse des événements indésirables ou d'un accident ou lors de la révision de son plan blanc.

Les deux dernières concernent la phase opérationnelle de sauvegarde. Que fait-on quand il existe une alerte ?

La présauvegarde correspond à des dispositifs d'alarmes et de mise en sécurité à partir d'éléments précurseurs d'un événement redouté tandis que la sauvegarde correspond à la mise en place d'éléments permettant de réduire la gravité de l'accident. Par exemple dans le cadre de la gestion de l'hygiène à adapter à la cinétique de l'accident (à faire par Clin, équipe d'hygiène, pharmacie, laboratoire). Dans le premier temps, la recherche d'impacts, des mesures concrètes opérationnelles sont prioritaires par rapport aux activités de surveillance/vigilance/épidémiologie. Exemples :

- amélioration de la couverture vaccinale : le taux moyen de couverture des professionnels de santé est d'environ 20 %. Par l'objectif 39 de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, il faut atteindre au moins 75 % (d'ici 2008). Parmi les populations à risques ciblés, ainsi que tous les professionnels à leur contact, n'oublions pas les personnes atteintes de certaines pathologies graves, les personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen et long séjour, quel que soit leur âge ;
- procédure « hygiène de l'entourage » comme la famille, les visiteurs, l'entreprise : informations, conseils sur la conduite à tenir à la maison jusqu'à la révision des procédures des traitements des flux externes :
  - des entreprises externes de restauration, de sécurité, de maintenance,
  - de visiteur, de parent (faut-il accepter les parents dans les établissements et urgences pédiatriques ?) ;
- procédure « en situation de présauvegarde » et ses fiches techniques : lavage de mains pluriquotidien obligatoire et avant de quitter l'établissement, changement de blouses, circulation des personnels « en blanc » réglementée, port de masque... ;
- procédure « en situation de sauvegarde » et ses fiches techniques : distribution de masque en grand nombre, règles de désinfection à

l'eau de Javel, circuits et rotations entrée/sortie des personnes, tenue des registres... Dans le cadre du renforcement de la sécurité physique de l'établissement avec la gestion des portes et accès, il faut tester les barrières de sécurité en cas de confinement. Dans le cadre de la réorganisation de l'établissement dans son environnement nouveau, il faut tenir compte des capacités opérationnelle de prise en compte de nouveaux patients grippés et des capacités internes et de la gestion des hébergements et des flux de soins. La démarche sécuritaire de la fonction logistique devient un point important. Exemples d'actions permettant de limiter le risque d'accident et de continuer sa mission :

- listes de patients « sortables » à jour pour libérer et mettre à disposition 10 à 20 % des capacités en lits et personnels,
- désignation, préparation de local, de salle d'attente, d'entrée et de pièce de sortie (une personne pour surveiller et faire les cahiers d'admission et de sortie) à partir desquels les norias d'ambulance prennent en charge,
- zone d'attente dédiée à l'entrée (en l'absence de service d'urgence) permettant le tri et l'orientation,
- listes de rappels des personnels à jour,
- révision des procédures d'hygiène et infectiovigilance avec la montée en charge d'une protection contre ce risque infectieux (lavage de main pluriquotidien obligatoire et avant de quitter l'établissement, changement de blouses, circulation des personnels « en blanc » réglementé, port de masque),
- liste de symptômes à surveiller (courbes de température des patients), surveillance d'indices et d'alertes locaux (absentéisme, courbe de température...) et généraux (INVS, ARH, Samu, préfecture...),
- révision et mise à disposition des listes des programmations d'activités (hospitalisations, opérations) et de la liste des sortants potentiels. Les patients qui vivent seuls à domicile seront possiblement en difficulté en cas de sortie « obligée » par la situation,
- procédure et délai de préparation d'une chambre, d'un local,
- réseau d'ambulance,
- réseau de prise en charge (vérifier la validité et coordonnées des médecins traitants, des personnes à prévenir, des personnes de confiance...).

| Scénario d'accident  | Démarche sécuritaire             |
|--|----------------------------------|
| Conception du processus de soins   | Sécurité intrinsèque ou intégrée |
| Événement initiateur ou indésirable<br>(défaillance, erreur humaine, déviance...)      | Sécurité extrinsèque ou greffée  |
|  | Présauvegarde                    |
| Événement redouté (incendie, confinement, afflux en grand nombre, pandémie humaine...) | Sauvegarde                       |
| Accident<br>(mort, invalidité, indisponibilité, contagion...)                          |                                  |

- zones d'isolement à prévoir à l'échelon plus large par un hôpital ou un service virtuel<sup>(10)</sup>, espaces verts pour hôpitaux de campagne... ;

- gestion du flux des soins et des hébergements sanitaires et médico-sociaux sur le territoire de santé et la région. Il semble important de décrire la production de soins médicaux et médico-sociaux en distinguant les soins programmés et les soins non programmés, l'hébergement programmé et l'hébergement non programmé pour relever l'ensemble des difficultés à dépasser puis d'imaginer les dynamiques de prévention et de sauvegarde :

- les soins, *a priori* non programmés, sont délivrés dans les lieux de vie, les cabinets de ville, les établissements de santé et les transports qui les relient. Ces soins sont des faits qui correspondent à des événements de santé que l'on ne peut progressivement caractériser qu'en termes de risques (éventualités et gravités des événements) grâce aux retours d'expérience. Les soins non programmés se localisent à trois niveaux : les domiciles et les autres lieux de vie des individus, familles et populations ; les cabinets des praticiens de ville en relation avec les laboratoires et les officines ; les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux, centres spécialisés). Ces trois niveaux sont reliés par différentes modalités de transports dans le territoire : transports personnels, professionnels, médicalisés et de sécurité civile. Des méthodes d'ingénierie et de gestion de ces flux sont possibles pour régler les variations d'affluence liées à l'incertitude (par exemple gestion de flux d'installation aéroportuaire...) avec les acquis de la productique et de la logistique. Cela permet de commencer à formaliser des organisations de soins et de santé détachées de leurs formes matérielles (hôpitaux, services, cabinets, domiciles, etc.) nécessaires,

- les soins programmés ne restent pas sans incertitude (voir le risque d'hospitalisation en postchirurgie ambulatoire). Mais, surtout, ils ne peuvent pas être ou apparaître comme « la variable d'ajustement » d'une situation de tension sur les soins non programmés, en particu-

lier lors de pics d'affluence ou de défaut de gestion des flux de patients. Les soins programmés sont médicalement utiles et doivent être réalisés pour ne pas aggraver la mortalité/morbidité, les pertes de chance ou les inégalités. Les pertes de chance seront souvent à justifier.

L'hébergement, programmé (SSR, médico-social) ou non, cache des difficultés de prise en charge à domicile (patient vivant seul), donc de mise à disposition des lits.

## **Le « plan blanc » reste pour le personnel trop souvent une énième démarche administrative sans réalité...**

L'accident est potentiellement double pour l'hôpital : le danger infectieux que représentent la grippe et la défaillance de l'organisation.

C'est possible et probable pour certains, surtout si les actions des étapes sécuritaires ne sont pas adaptées au scénario d'accident. Les éléments de réponse sont le plan blanc et le plan blanc élargi.

La circulaire du 3 mai 2002 fait obligation aux établissements de santé d'élaborer un plan pour faire face à un afflux de victimes. Le plan Canicule et le plan Inondation prévoient que tous les établissements de santé élaborent un plan blanc sur proposition du directeur. La Dhos du ministère de la Santé et des Affaires sociales a élaboré un guide<sup>(11)</sup> afin d'aider les établissements en ce sens. Elle élabore une nouvelle version<sup>(12)</sup> forte des expériences vécues en France.

D'après la circulaire, le plan doit être soumis pour avis aux instances consultatives (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité d'établissement, CHSCT, CTE...), puis validé par l'instance délibérative de l'établissement de santé. Une fois définitif, le plan blanc doit être transmis au représentant départemental de l'État, à l'ARH, au service médical d'urgence territorial. Il est révisable annuellement.

Il est donc opportun d'inclure les établissements médico-sociaux dans cette démarche, d'autant que ceux qui partagent un même site ou un même territoire de santé devront avoir une approche coordonnée de leurs plans d'urgence. De ce qui précède l'on comprend qu'un plan blanc

est un instrument utile non seulement pour l'établissement concerné mais également pour les autorités de tutelle. Autrement dit, un plan est à élaborer dans le cadre d'une conception départementale (plan blanc élargi) qui confère à un établissement éventuellement un rôle particulier à clarifier. Le guide de la Dhos est à cet égard efficace, car il permet de guider le raisonnement par une série de questionnements.

L'objectif d'un accompagnement externe par

exemple est de mettre au point la méthode d'aide à l'appropriation, par chaque personnel ainsi que les critères d'autoévaluation, et de favoriser les échanges techniques (Clin, groupes pharmacie, RH...).

La postcrise peut durer plusieurs années. Comme après beaucoup de crises sanitaires pour la société, cette période sera potentiellement dure avec la recherche des responsabilités et des indemnités. Autant de raisons pour anticiper.

L'actualité va vite. Il faut comprendre à tous les niveaux (ministère, ARH, établissements et soins ambulatoires), intégrer les méthodes opérationnelles et anticiper dans un cadre de pensée différent afin d'éviter accident, crise ou médiatisation inappropriée. Ce rôle de la gestion du risque permet aux soignants et aux organisations de santé de « prendre plus de risque » dès la montée en charge des besoins et de rester engagés. Et ce quelle que soit la conviction personnelle, l'analyse vis-à-vis des dangers pour la population, la conception des responsabilités opérationnelles ou politiques. Nos propres risques professionnels et institutionnels sont des risques d'image et financiers à cause de :

- la défaillance de l'organisation par l'aversion au risque des équipes opérationnelles et le débordement possible des établissements et des soignants ;

## notes

(10) Virtuel dans le sens de « en puissance » : voir exemples militaires ou civils européens.

(11) [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

(12) Un décret est en préparation.

- la contagion des personnels impliquant une responsabilité.

La rupture du lien social est en jeu. Chaque professionnel dans sa responsabilité doit anticiper la situation, vérifier sa communication et se préparer. L'hôpital doit se mobiliser clairement dans la gouvernance de ce danger avec lucidité. Il faut :

- désigner sans ambiguïté le danger. Les interrogations qui se posent encore permettent de se préparer pour l'éviter ou limiter les conséquences ;
- la mission de prévention de la santé nécessite la diffusion sur la manière de se protéger, sur les interrogations qui se posent encore, notamment sur les règles d'hygiène de base, sur l'efficacité du Tamiflu, en dix questions/réponses très claires ;
- une démarche de mise en sécurité est nécessaire à l'activité soignante hospitalière et ambulatoire. Cette démarche recherche une optimisation des efforts pour la réussite de l'activité (objectif de l'activité de soins) et pour la sécurité (objectifs de sécurité). Elle permet de décrire les cinétiques prévisibles de l'accident, de déterminer des événements sentinelles, des événements indésirables, des seuils de dangers et de placer des barrières de sécurité ;
- la révision du plan blanc (qui a le grand mérite d'exister) permet le renforcement des actions nécessaires. Une révision du dispositif issu de retour d'expérience<sup>(13)</sup> et une évaluation externe qualitative sont des facteurs de confiance.
- l'appropriation par les équipes opérationnelles permet l'engagement mesuré et organisé.

Quoi qu'il arrive, la démarche proposée à engager face au risque ne restera pas sans suite, car elle sert finalement à l'amélioration de la maîtrise de la sécurité et de la qualité du processus de soins, voire à d'autres situations imprévues comme le bioterrorisme. •

## note

**(13)** Comment faire profiter des résultats des retours d'expérience au plus grand nombre, des situations vécues, certes différentes, comme la peste à Marseille en 1920, l'amiante, le sang contaminé, la tempête en l'an 1999, le bug de l'an 2000, AZF, la canicule à Paris en 2003, le plan Variole, le Sras, les attentats de Madrid et de Londres ?

## Bibliographie

### Démarche sécuritaire et gestion des risques

- **B. Courrèges**, Gestion des risques, méthode d'optimisation globale, *Éditions d'organisation* 2004.
- **E. Degobert, J. Le Ray**, Maîtrise des risques professionnels (mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue), *Afnor*, 2004.
- **A. Desroches et al**, La Gestion des risques, principes et pratiques, *Hermès*, 2003.
- **V. Leroux**, Gestion des risques sanitaires : la promotion d'un esprit de défense dans le monde de la santé, *Défense* 2002, 98, 2.
- « *Management des risques, notes professionnelles - Professional briefing note*13, HA UK - *Managing Risks* », Les Cahiers de recherche - IFACI Institut de l'audit interne, juin 2001.
- *Référentiel « Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable version n° 5 juillet 2005 » (inventaire des textes juridiques applicables aux établissements de santé en matière de sécurité sanitaire). Mise à jour du 20 octobre 2005 disponible sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)*
- *Dossier « L'hôpital et la gestion de crise »*, Gestions hospitalières, n° 439, octobre 2004.
- *Cahier Afgris, Gestions hospitalières*, n° 448, septembre 2005.
- « *Le retour d'expérience* », actes du colloque de l'Afgris 2005, 20-21 octobre 2005, Saint-Denis [www.ccr.jussieu.fr/afgris](http://www.ccr.jussieu.fr/afgris)
- *Cours et enseignements du mastère spécialisé « Gestion des risques en santé », enseignement du pôle santé de l'École centrale Paris et Centrale santé - [www.ecp.fr](http://www.ecp.fr)*

### Santé publique

- *Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.*
- *La Société française de santé publique - [www.sfrp.asso.fr](http://www.sfrp.asso.fr)*
- *Projet de loi modifiant l'article L. 6111-1 du CSP concernant l'infection nosocomiale et la prévention des risques liés à l'accueil du public : [www.assemblee-nationale.fr/12/propositions](http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions)*

### Principe de précaution

- **O. Godard (sous la direction de)**, Le Principe de précaution dans la conduite des affaires humaines, *Maison des sciences de l'homme, Paris, Inra*, 1997.
- **P. Kourislyk, G. Viney**, Le Principe de précaution, rapport au Premier ministre, *Odile Jacob, Paris*, 2000.

### Grippe

- *Cartes et chiffres sur l'épidémie de grippe en France en 2003-2004* [influenza.h5n1.over-blog.com/archive-09-19-2005.html](http://influenza.h5n1.over-blog.com/archive-09-19-2005.html)
- *Grippe 2005-2006 : 3,1 à 3,4 millions de cas attendus - Présentation synthétique du 20 septembre 2005 : [www.service-public.fr/accueil/sante\\_grippe05.html](http://www.service-public.fr/accueil/sante_grippe05.html)*
- *Prévisions de l'Inserm : [rhone.b3e.jussieu.fr/senti/ressources/fr/hebdo/hebdo\\_2005s37.pdf](http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/ressources/fr/hebdo/hebdo_2005s37.pdf)*

### Vaccins

- *Campagne de vaccination antigrippale lancée par les entreprises - Institut Pasteur* [www.pasteur-lille.fr/fr/accueil/dossier\\_presse\\_grippe.htm](http://www.pasteur-lille.fr/fr/accueil/dossier_presse_grippe.htm)
- *Les vaccins recommandés pour les professions à risque - Le vaccin antigrippal en fait partie pour les professionnels de santé : [www.doctissimo.fr/html/dossiers/vaccination/articles/sa\\_7900\\_vaccin\\_professions\\_a\\_risques\\_03.htm](http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/vaccination/articles/sa_7900_vaccin_professions_a_risques_03.htm)*
- *Les conseils de l'assurance maladie : campagne de vaccination : [www.ameli.fr/38/DOC/1053/article.html](http://www.ameli.fr/38/DOC/1053/article.html)*
- *Pourquoi se vacciner contre la grippe : site spécifique de l'assurance maladie Questions/réponses : pourquoi ? Qui doit vacciner ? Les ALD, les symptômes, le bilan 2004... : <http://grippe.ameli.fr/gp/index.html>*

### Grippe aviaire

- **J.-Ph. Derenne, F. Bricaire**, *Pandémie, Fayard*, 2005.
- *Dossier du ministère de la Santé - La FAQ répond notamment à la question du vaccin contre la grippe et son efficacité par rapport à la grippe aviaire : [www.sante.gouv.fr/html/dossiers/grippe/interface.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/grippe/interface.htm)*
- *Ministère de l'Agriculture : point de situation au 23 août 2005 : [www.agriculture.gouv.fr/spip/leministere.leministerelecabinet.communiquepresse\\_a5107.html](http://www.agriculture.gouv.fr/spip/leministere.leministerelecabinet.communiquepresse_a5107.html)*
- *Institut de veille sanitaire : dossier grippe aviaire : [www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm) voir aussi le point au 22 septembre : [www.invs.sante.fr/display?doc=presse/2005/le\\_point\\_sur/grippe\\_aviaire\\_220905/index.html](http://www.invs.sante.fr/display?doc=presse/2005/le_point_sur/grippe_aviaire_220905/index.html)*
- *Rapport parlementaire sur le risque épidémique : mai 2005 - [www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2327-t1.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2327-t1.asp)*
- **Dr Woodson**, « *Preparing for the coming influenza pandemic* », <http://crofsblogs.typepad.com/h5n1/>
- *Rapport parlementaire sur le risque épidémique : mai 2005 - [www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2327-t1.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2327-t1.asp)*
- *Proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête sur le dispositif français et la coopération internationale contre la grippe aviaire dans notre pays, la préparation des pouvoirs publics et de l'ensemble de notre système de santé pour faire face à une pandémie grippale 9 septembre 2005 - [www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion2518.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion2518.asp)*

### Information

- *Influenza H5N1 : [influenza.h5n1.over-blog.com/](http://influenza.h5n1.over-blog.com/)*
- *Le blog des automates intelligents : [automatesintelligent.blog.lemonde.fr/](http://automatesintelligent.blog.lemonde.fr/)*
- *Fluwiki : [www.fluwiki.com/index.php?n=Main.Fr-HomePage](http://www.fluwiki.com/index.php?n=Main.Fr-HomePage)*
- *Armées.com : [www.armees.com/Alerte-grippe-aviaire.html](http://www.armees.com/Alerte-grippe-aviaire.html)*
- *Le blog du citoyen : [www.blog-citoyen.com/](http://www.blog-citoyen.com/)*
- *Le blog du Drakkar Bleu Noir : [drakkar-bleu-noir.over-blog.com/](http://drakkar-bleu-noir.over-blog.com/)*

Presse périodique grand public (Elle) et médicale (Quotidien du médecin, Quotidien du pharmacien).

Les auteurs remercient **M. Daigne, E. Eskenasi, J.-M. Fessler, M. Guillaume-Hofnung, R. Ricouard et D. Salomon.**