

L'établissement de santé en tension

Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc

Sommaire

| | |
|---|----|
| Avant-propos | 2 |
| Introduction | 3 |
| Les fondamentaux | 4 |
| Le plan d'actions et ses étapes (synthèse des fiches) | 5 |
| | |
| Fiche de recommandations n° 1 à n° 6 | |
| La cellule de veille et l'activité de l'établissement | 6 |
| Les indicateurs de tension | 9 |
| La cellule de crise restreinte | 12 |
| Critères de déclenchement du plan blanc | 15 |
| Levée du dispositif ou du plan blanc | 17 |
| La communication | 18 |
| | |
| Encadrés | |
| Les « serveurs » régionaux de veille et d'alerte | 8 |
| La déprogrammation | 14 |
| Éléments de communication | 20 |
| | |
| Annexes | |
| 1 - Le décret plan blanc, plan blanc élargi | 22 |
| 2 et 3 - Tableaux de bord serveurs régionaux | 23 |

Avant-propos

Confrontés à l'épisode grippal de février 2005, les établissements de santé d'une même région, à l'instar de ce qui s'était pratiqué en août 2003, ont parfois été amenés à déclencher le plan blanc.

Le débriefing, conduit en post-crise, a mis en évidence des questions et constats partagés.

Le sujet est de ne pas compromettre les missions des établissements de santé tout en faisant face à une situation critique de régulation des urgences hospitalières, sans pour autant déclencher un plan d'urgence (le plan blanc). En effet, ce plan est normalement réservé à un événement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées.

La frontière est ténue, et il est effectivement difficile de ne pas caractériser la situation de ce début d'année comme étant suffisamment exceptionnelle pour déclencher des plans blancs. Néanmoins, les professionnels de santé et ce, à tous les niveaux de la pyramide, s'accordent pour reconnaître qu'un ensemble d'initiatives pourrait contribuer à conditionner de manière effective la gestion des flux des patients.

Le déclenchement intempestif d'un dispositif lourd, comme le plan blanc pour assumer la gestion d'un établissement au moment de phénomènes (le plus souvent prévisibles) comme ceux des pics d'activité liés aux pathologies hivernales, risque de dévaluer la démarche de ges-

tion de crises réservée aux situations exceptionnelles.

L'objectif aujourd'hui est d'appréhender le seuil subtil qui doit, en toute logique, induire le recours au plan blanc. En effet, à trop facilement le déclencher, on le banalise. Inversement, à ne pas le déclencher alors que c'eût été nécessaire, on se prive d'éléments de réponses adaptées à la situation concernée.

Les recommandations qui suivent, issues de la réflexion de professionnels de santé, ont vocation à proposer un éventail de mesures exceptionnelles qui, si elles n'étaient pas engagées, menaceraient les missions mêmes du service de santé publique.

Introduction

Le guide *Gestion de crise et plan blanc* a vocation à construire, de façon globale, un dispositif de prévention et de gestion de crise.

Il suggère, notamment, tout un arsenal de dispositions à activer dans le cas où un incident surviendrait dans le contexte précis du fonctionnement quotidien des établissements de santé. Ainsi, une même politique de gestion de crise, en réponse à un incident clairement identifié, pourra se concrétiser de façon significativement différenciée, selon la nature de l'environnement dans lequel il se produit.

Se pose ici, principalement, la problématique de la prise en charge des hospitalisations de patients non programmées. Les modalités de leur prise en charge sont largement déterminées par le nombre de patients qui se trouvent déjà aux urgences ou dans l'établissement, dans le cadre du fonctionnement normal de l'institution.

Un surcroît d'activité conjoncturel s'ajoute alors à la prise en charge des malades en attente et est source d'une dégradation de celle de l'ensemble des patients. Quand une crise est identifiée en tant que telle, le plan blanc est alors déclenché et appelle, ce faisant, le recours à des moyens exceptionnels (rappel de personnels, sorties anticipées de patients hospitalisés pour dégager des disponibilités en lits...).

Il est cependant possible, dans un certain nombre de situations, d'activer un ensemble de mesures

préventives et maîtrisées qui permettront, dans une certaine sérénité, de faire l'économie du déclenchement du plan blanc et de l'ensemble des éléments induits qui sont naturellement le fait des situations d'exception.

Les retours d'expériences démontrent le caractère déterminant de ce que l'on peut appeler les éléments de contexte local ou locorégional, lesquels vont influencer lourdement sur les modalités de gestion de la situation et donc sur le résultat final.

Une fois les éléments du contexte caractérisés, il s'agit d'identifier la nature précise de la tension à laquelle l'hôpital est soumis, de l'analyser dans tous ses aspects avant d'envisager les premières mesures à mettre en œuvre. Ces mesures sont énumérées et hiérarchisées.

Les éléments spécifiques au déclenchement du plan blanc sont alors décrits, ainsi que, pour finir, l'ensemble de la démarche relative à la levée et à l'évaluation des dispositions mises en œuvre.

Les fondamentaux

Le management de crise procède d'une culture à acquérir, d'un état d'esprit à renforcer et d'une vigilance sereine car permanente, documentée et opérationnelle.

La forme et la nature des relations humaines, la complexité des problèmes, la médiatisation, parmi d'autres déterminants, induisent de l'incertitude qu'il faut apprendre à gérer collectivement.

Nier ces phénomènes induirait des crises de plus en plus destructrices de la confiance qui est indispensable à toute structure sociale et professionnelle.

L'hôpital public, associatif ou privé, est concerné par les crises, pour lui-même et pour son rôle sanitaire et social. Il peut être un recours dans de telles situations. Il peut être lui-même en crise. Face à ces réalités, nous soulignons l'importance des préconisations qui suivent.

- 1.** Une crise ne se détecte qu'en ayant une bonne connaissance des personnes avec qui nous collaborons, des lieux de travail, des réseaux techniques et de l'environnement humain, professionnel et institutionnel.
- 2.** Chaque jour, les responsables doivent développer leurs aptitudes et leur disponibilité pour « détecter » les crises émergentes, les situations potentiellement dangereuses.
- 3.** Il s'agit d'améliorer la sensibilité collective aux données qui, sans qu'il soit toujours possible de les structurer, permettront de donner l'alerte.
- 4.** Le sens de l'action doit être développé, promu et valorisé.

- 5.** Il faut vérifier l'opérationnalité des gardes administratives.
- 6.** Il est nécessaire de tester, et d'exercer deux fois par an, la fonctionnalité des éléments du dispositif de gestion de crise : système d'alerte, cellule de crise, ressources techniques, plan blanc.
- 7.** La coopération sur le territoire de santé, dans les départements, la région voire la zone, doit être réelle, concrète et soutenue.

Le plan d'actions et les étapes

(Synthèse des fiches de recommandations)

Le suivi des éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé : indicateurs de tension, mesures à prendre, seuils et modalités de déclenchement du plan blanc.

Une cellule de veille quotidienne analyse les indicateurs d'activité disponibles (cf. fiche n° 1 et encadré n° 1 : les serveurs régionaux de veille et d'alerte).

La cellule de veille quotidienne confirme des signes de tension dans l'établissement et alerte le directeur ou son représentant (cf. fiche n° 2).

Le directeur ou son représentant réunit une cellule de crise restreinte émanation de la cellule de veille, de la commission des admissions et des soins non programmés, de la cellule de crise plan blanc (cf. fiche n° 3 et encadré n° 2 : la déprogrammation).

La cellule de crise restreinte :

- confirme les informations ;
- vérifie la situation dans le territoire de santé ;
- prend connaissance de l'activité programmée ;
- vérifie la disponibilité effective en lits ;
- incite à organiser des sorties anticipées ;
- communique la situation dans l'établissement ;
- informe la DDASS et l'ARH.

Si la situation se prolonge le directeur de l'établissement réunit l'ensemble des membres de la cellule de crise.

La cellule de crise organise :

- l'ajout de lits supplémentaires dans des services ;

- le pilotage de la déprogrammation dans un ordre qualitatif et quantitatif établi ;
- la gestion des moyens matériels et humains supplémentaires mobilisés de façon graduée et adaptée à la situation ;
- la communication de la situation auprès des médecins libéraux pour contrôler les adresses aux urgences.

Le plan blanc est déclenché si la situation de tension se conjugue à une activité soutenue et une capacité d'accueil restreinte (cf. fiche n°4 et 5) et nécessite :

- la mise en œuvre de mesures graduées ;
- l'information régulière sur l'évolution de la situation et sur l'adaptation des moyens.

La levée du plan blanc est prononcée par le directeur quand la situation est stabilisée (cf. fiche n° 5). Elle implique :

- la reprogrammation des activités ;
- un débriefing.

La communication (cf. fiche n° 6 et encadré n° 3) **de l'évolution de la situation est entretenue à l'intention :**

- des personnels de l'ensemble de l'établissement ;
- de la DDASS et de l'ARH ;
- du SAMU ;
- des médias et des autorités.

La cellule de veille de l'activité de l'établissement

La survenue d'une situation exceptionnelle dans un établissement n'aura pas le même impact selon que celui-ci se sera ou non préparé à la gestion d'un événement inattendu.

En mettant notamment en place un suivi quotidien de l'activité et des flux, la cellule de veille ou de gestion de crise disposera d'outils d'aide à la décision, contribuant à une organisation spécifique rapidement opérationnelle.

Le plan de réponse aura été validé par les instances locales.

Questions à se poser

- Existe-t-il un tableau de bord régulier de suivi des disponibilités de l'établissement et des flux (entrées, sorties, transferts, décès, taux d'occupation, durée moyenne de séjour) ?
- Existe-t-il une procédure de veille et d'analyse au quotidien des principales informations (lits disponibles, entrées, sorties, malades en attente de court séjour, passages aux urgences, temps d'attente aux urgences, pathologies dominantes...)?
- Quelles informations minimum collectées sont indispensables ? Selon quel protocole ?
- Les informations recensées sont-elles fiables et utilisables ?
- Sont-elles collectées pendant le week-end ?
- Comment et par qui sont-elles analysées ?
- Existe-t-il un cheminement clair et formalisé du signalement et de l'alerte en cas de tension ressentie ?

- Peut-on accéder aux données quotidiennes d'activité des autres établissements de santé collectées dans le serveur régional ?
- Les données de l'établissement concerné sont-elles communiquées quotidiennement au serveur régional ?
- Comment les données locales sont-elles comparées avec celles contenues dans le serveur régional ?
- Qu'est-il prévu avec les autres structures territoriales, départementales et régionales en cas de situation de tension observée localement ?
- Comment la commission des admissions et des soins non programmés tient-elle compte des tableaux de bord internes et des informations contenues dans le serveur régional ?
- La gestion des ressources humaines prend-elle en compte le profil annuel d'activité ?

Pistes de travail

Une cellule de veille (émanation de la commission des admissions et des soins non programmés) est opérationnelle. Les participants à cette cellule restreinte sont prédéfinis.

- Le directeur ou son représentant (direction de la qualité, direction de la gestion des risques, coordination générale des soins...) et le médecin responsable du service d'accueil des urgences ou son représentant évaluent le tableau de bord établi quotidiennement.
- Le tableau de bord permet de mesurer les

écarts et préciser la situation de tension au sein de l'établissement grâce à un recueil d'indicateurs sélectionnés.

- La situation de l'établissement est analysée en considérant l'environnement :
 - quels sont les flux prévisibles de patients ?
 - quelles sont les situations de tension observées dans d'autres établissements (serveur du réseau régional ?).

Si une situation de tension est confirmée, la cellule de veille se transforme en cellule de crise restreinte et :

- décide des actions graduées à mettre en place après analyse et confirmation de la situation ;
- prend en compte les procédures établies visées par les instances : augmentation graduée des capacités en lits et des moyens avec différents niveaux.

La commission des admissions et des soins non programmés

(Cf. circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences dans les établissements publics de santé).

- se réunit régulièrement,
- dispose des contrats définissant, entre le service des urgences et les autres services, les modalités d'admission des patients non programmés,
- dispose d'indicateurs sur la gestion des lits par spécialité (programmés et non programmés, fermeture des lits, DMS...),

- analyse l'activité de l'établissement sur la base d'un tableau de bord composé d'indicateurs fiables, reproductibles et représentatifs des fluctuations :
 - difficultés rencontrées lors des pics d'activité,
 - profils d'activité des années précédentes,
 - retours d'expériences (gestion des situations de tension) ;
- formalise et/ou réajuste, en articulation avec la cellule de veille, des mesures hiérarchisées à mettre en œuvre en cas de situation de tension.

Points particuliers

Etablir un diagnostic de la situation un jour donné implique d'être en capacité :

- de disposer des indicateurs adaptés à la gestion quotidienne permettant de repérer des signaux faibles ou forts précurseurs d'une situation de tension ;
- d'évaluer les prévisions de flux au cours des prochains jours : entrées programmées, sorties, transferts... ;
- en fonction de son origine, de mesurer la durée prévisionnelle de la situation de tension ;
- d'évaluer les capacités d'adaptation de l'établissement pour les jours qui suivent.

Disposer d'informations fiables suppose :

- des indicateurs ne donnant pas lieu à des difficultés de collecte ;
- une stabilité du recueil dans le temps ;
- un circuit court de remontée de l'information.

encadré 1

Les « serveurs » régionaux de veille et d'alerte

Considérant des périodes à risques telles que la canicule et des épisodes de tensions observés dans les établissements de santé, notamment liés aux « pathologies hivernales », la DHOS a mené une démarche volontariste permettant d'élaborer un cahier des charges définissant les conditions de mise en place dans les ARH de serveurs régionaux de veille et d'alerte portant sur les disponibilités en lits, les données d'activité dans les établissements de santé, notamment dans les services d'urgences et d'aide médicale urgente.

Depuis juillet 2005, les régions disposent d'un outil technique permettant d'assurer un suivi quotidien, sur la base d'un cahier des charges diffusé aux ARH en novembre 2004 :

- de l'activité des services d'urgence (hospitaliers et pré-hospitaliers : SAMU, SMUR) ;
- des disponibilités en lits hospitaliers d'aval (par grande discipline) ;
- des décès survenus dans les établissements.

Les objectifs fixés pour ces dispositifs régionaux, alimentés par les établissements au moyen d'un formulaire « Internet » (voir annexes 1 et 2), sont de :

- permettre dans chaque région un suivi et un pilotage de l'adéquation des disponibilités en lits, dans les établissements de santé publics et privés, avec la demande de soins s'exerçant sur les services d'urgences ;
- anticiper en coordination avec l'échelon départemental sur les mesures à prendre en cas de tension ;
- partager l'information et améliorer la coordination entre les acteurs du système de santé départemental et régional ;
- alimenter le ministère de la Santé et des Solidarités à la DHOS en indicateurs agrégés concernant l'activité des SAMU, les services d'urgences et les disponibilités en lits.



Les indicateurs de tension

Afin de pouvoir être opérationnel lors d'une situation de tension, il convient de recueillir les indicateurs fiables et solides, nécessaires à son analyse.

Ce sont ces mêmes indicateurs qui vont permettre de valider cette situation de tension et permettre la succession de mesures pour la limiter et la résorber.

Des questions à se poser

- L'information circule-t-elle dans la continuité ?
- L'établissement dispose-t-il, quotidiennement, des indicateurs de tension ?
- Ces données sont-elles quotidiennement portées à la connaissance et analysées par :
 - le directeur de l'établissement ou le directeur désigné par lui,
 - le responsable des urgences - SAMU ou le médecin désigné par lui ?
- Existe-t-il une gestion centralisée ou coordonnée des lits ?
- A-t-on exercé et vérifié l'opérationnalité de la cellule de crise ?
- A-t-on la possibilité d'assurer un suivi biquotidien de la situation en cas de tension (analyse comparée entre la situation observée à 8 heures et celle observée à 15 heures) ?
- S'agit-il d'une demande sociétale de santé ou d'un problème sanitaire ou d'une désorganisation de l'établissement ?

Des pistes de travail

- Le fonctionnement de la vigilance est conditionné par la qualité et la fiabilité du réseau de veille et d'alerte.
- L'information ne peut être biaisée par des données alimentées de manière aléatoire.
- Les indicateurs retenus au sein de l'établissement de santé comprendront au minimum ceux qui permettent de renseigner quotidiennement le serveur régional en référence au cahier des charges national.

Des indicateurs pertinents doivent être disponibles quotidiennement et comprendre à titre d'exemple :

- nombre total de passages aux urgences ;
- nombre d'hospitalisations à partir des urgences ;
- nombre de patients de plus de 75 ans et de moins de 3 ans, voire de moins de 1 an ;
- nombre de patients présents aux urgences en attente d'examen : définir un seuil acceptable de délais de prise en charge au regard de périodes dans la journée ;
- nombre de patients en attente de place dans un lit d'hospitalisation : définir un seuil acceptable de délais de prise en charge au regard de périodes dans la journée ;
- occupation de l'UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée) ;
- taux d'occupation par service, le nombre de lits disponibles ou celui « libérables » dans l'établissement ;



- nombre d'affaires enregistrées la veille (SAMU/SMUR) ;
- profil des pathologies dominantes classées par groupes.

La situation de tension est étudiée au regard de la convergence entre une activité soutenue et une capacité d'accueil restreinte, une pathologie spécifique, une capacité restreinte en personnels.

Des éléments peuvent relativiser la restriction de capacité :

- fermeture de lits ;
- fermeture totale ou partielle de services (travaux, restructuration) ;
- allongement de la DMS ;
- période de congés ;
- difficulté à optimiser le fonctionnement du plateau médico-technique ;
- un suivi et une analyse mensuels de la DMS permettent d'affiner les causes d'allongement de séjours (changement de typologie de pathologie, de profil des patients, manque de place en moyen séjour...).

Une situation de tension ressentie par la cellule de veille repose sur des critères communs pour tous les établissements de santé de la région.

Afin de ne pas introduire de biais dans l'évaluation générale de la situation, ces critères seront identiques pour l'ensemble du territoire national.

Par exemple :

- **augmentation de 20 % du nombre de passages aux urgences pendant trois jours consécutifs ou,**
- **10 % du nombre de malades quotidiens sans solution d'hospitalisation pendant plus de huit heures,**
- **une situation analogue est observée dans le département.**

Le choix de ces seuils est éventuellement à pondérer au regard de situations de tensions déjà observées dans l'établissement dans la durée.

Points particuliers

Un serveur régional collige et traite pour la région des indicateurs concernant l'activité dans les établissements de santé, leurs variations hebdomadaires et quotidiennes.

- Ce recueil inclut les jours fériés ;
 - les indicateurs devront être accessibles aux établissements, que l'interface avec le serveur régional soit opérationnel ou pas ;
 - le serveur régional est en accès libre à tous ceux qui l'enrichissent et permet en temps réel de se renseigner sur l'évolution et la fréquentation des établissements voisins : c'est un véritable réseau régional d'urgence opérationnel
- Une veille quotidienne organisée au niveau régional en coordination avec le département permet de :
- colliger les résultats ;



- relever les tendances ;
- répondre aux requêtes des DDASS, ARH et des établissements de santé ;
- solliciter les établissements afin d'apporter des précisions sur une situation de tension présente dans un territoire de santé ;
- signaler dans tous les cas à la DDASS une situation de tension ;
- transmettre des tableaux de bord quotidiens et l'analyse de situation à toutes les cellules d'appui (de la DDASS) et de crises le temps que durent des conditions précaires de prises en charge des urgences.

Au sein de l'établissement de santé :

- les seuils dépassés des indicateurs sont vérifiés et confirmés pour justifier la réunion de la cellule de crise restreinte ;

- la décision de réunion doit être prise au plus tard à 15 heures dès l'obtention des chiffres requis : une réunion trop tardive limiterait toute marge de manœuvre pour la journée en cours notamment si des dispositions de sorties anticipées ou d'annulation de malades programmés devaient être prises ;
- les indicateurs sont à la disposition du gestionnaire des lits dans les établissements où ils ont été mis en place ;
- les informations épidémiologiques disponibles à la CIRE (cellule interrégionale d'épidémiologie) sont consultées.

3 La cellule de crise restreinte

Questions à se poser

- Quelle composition pour la cellule de crise restreinte (émanation de la cellule de veille, de crise du plan blanc et de la commission des admissions non programmées) : directeur, administrateur de garde, coordonnateur général des soins, CME, cadre des urgences, chef de service des urgences, responsable Samu, personne ressource du département d'information médicale... ?
- Son mode d'activation a-t-il été planifié et qui l'a fait déclencher : chef de service des urgences, cellule de veille ?
- De quelles personnes ressources s'entourer selon la nature de la situation et son évolution prévisible ?
- Quelles actions doit-elle piloter et ou mettre en œuvre ? Sont-elles prévues et préalablement validées ?
- Comment la cellule de crise peut-elle procéder à la vérification des informations ?
- Quels sont les outils disponibles en continu dans l'établissement ?
- A quel moment prévenir la tutelle ?
- A quel niveau de la crise et quand faut-il impliquer les établissements ne disposant pas de service d'urgences (en lien avec la DDASS, l'ARH) ?
- Qui dans la cellule de crise est l'interlocuteur avec l'extérieur (ARH, DDASS, médias) ?
- Dispose-t-on d'un bilan des sorties prévisibles à 3 jours ?
- Faut-il imposer des quotas de libération de lits par service ?
- Quelle organisation structurée pour hospitaliser en sécurité les malades relevant de la médecine dans des services de chirurgie ?
- Quelle est la disponibilité en personnels, les ressources supplémentaires mobilisables (congrés, RTT...)?
- A-t-on prévu :
 - un pool de suppléance de personnels,
 - des personnels polyvalents dans différents secteurs : médecins, infirmiers,
 - des moyens de transfert renforcés des patients en cas de sorties anticipées : sociétés de transport sanitaire, CRF... ?
- Les capacités d'accueil et d'orientation à l'admission ont-elles été renforcées : admission indiquée, retardée, non indiquée, évaluation par un spécialiste (gériatre, pédiatre) ?
- Des formes de partenariat avec la médecine libérale, les structures alternatives à l'hospitalisation ont-elles été étudiées pour anticiper des retours à domicile ?
- A-t-on analysé la réponse en termes de permanence des soins ?
- Faut-il centraliser les admissions programmées au niveau de l'établissement ou service par service ?
- Quel niveau de déprogrammation peut on envisager sans déclencher le plan blanc et pendant combien de temps ?



- Un plan d'actions gradué a-t-il été validé par les instances médico-administratives ?
- Sur quel support juridique faut-il s'appuyer : déprogrammation, sorties anticipées, rappel des personnels ?

Pistes de travail

- Moduler la composition de la cellule selon la nature et la durée prévisible de la crise.
- Hiérarchiser les actions :
 - vérification de la réalité de la crise : à l'intérieur de l'établissement, dans les établissements voisins, dans le département et dans la région ;
 - occupation des lits non recensés, lits non déclarés, lits réservés ;
 - organisation de sorties ou transferts anticipés ;
 - réouverture des lits fermés, de jour, de semaine ;
 - réouverture de 1 à 2 lits par service (sans personnels supplémentaires) ;
 - réouverture de lits avec rappel ponctuel de personnels ;
 - installation de lits supplémentaires ;
 - transfert de patients vers des structures alternatives selon des conventions préétablies ;
 - déprogrammation ponctuelle : médicale, médico-chirurgicale, médico-technique ;
 - activation d'un plan d'intégration d'étudiants (soins infirmiers, aides-soignants, étudiants en médecine...) pour renforcer les équipes.

Points particuliers

- Une main courante comportant un relevé des actions horodatées est réalisée.
- Une main courante spécifique des déprogrammations est tenue à jour afin de permettre, après la crise, un plan de reprogrammation gradué dans les délais les plus brefs.
- Les SAMU, DDASS, ARH sont informés quotidiennement de toutes les mesures prises sur la base d'un protocole de communication préétabli.
- La communication avec les médias fait l'objet d'un protocole : au sein de l'établissement, avec les autorités.
- Le déclenchement d'une cellule de crise peut répondre à une situation locale et n'implique pas forcément la mobilisation systématique des autres cellules d'appui (DDASS) ou de crises aux différents niveaux. Cela peut rester une mesure locale, ponctuelle et isolée.
- Un plan de communication interne et externe préétabli permet de sensibiliser le secteur libéral et les usagers sur l'organisation spécifique liée à la situation ainsi que sur la nécessité de préserver l'établissement de santé et de n'orienter vers lui que les patients le nécessitant.



encadré 2

La déprogrammation

La déprogrammation de tout ou partie des activités de soins est une des mesures faisant partie du plan blanc de l'établissement de santé.

Néanmoins, des mesures circonstancielles de déprogrammation peuvent être prises de manière ponctuelle en dehors du déclenchement du plan blanc.

La durée prévisible de la crise, la cinétique probable de l'événement conditionneront l'ajustement de ce plan.

En fonction de l'évolution de la situation et des besoins, chaque service déprogramme au cas par cas au regard de l'analyse de situation du patient concerné.

Le médecin traitant du patient concerné est informé du report de l'hospitalisation.

Les priorités sont à envisager de façon concertée, multidisciplinaire, multiservice.

Les priorités sont déterminées dans chaque secteur d'activité qui propose un plan en conséquence.

Le plan de déprogrammation est communiqué aux instances.

La déprogrammation peut être accompagnée d'un regroupement d'activités.

Exemples d'activités pouvant être déprogrammées :

- la chirurgie fonctionnelle
- les explorations fonctionnelles

Exemple de ce qui ne peut être déprogrammé :

- les pathologies avec risque évolutif immédiat ;
- les urgences potentiellement évolutives : cardiologie, dialyse, cancérologie obstétrique...
- la déprogrammation des autres activités sera

déterminée au cas par cas, au regard d'un rapport bénéfice/risque, en tenant compte du report de l'activité et en fonction des validations par les instances locales.

Au moment de la crise, un registre précis de la déprogrammation est tenu pour permettre la planification de la reprogrammation établie par priorité.

Le plan de déprogrammation est concerté : entre les secteurs public, privé, PSPH et au niveau régional, ainsi qu'avec le conseil de l'Ordre des médecins.

En fonction de la nature de la crise, c'est la cellule d'appui de la DDASS, en concertation avec le SAMU, qui détermine les besoins et répartit la réponse adaptée. Cette dimension peut faire partie intégrante du plan blanc élargi, sur la base d'un protocole de règles préétablies.

Pour le secteur privé : par territoire de santé, un pourcentage de lits à libérer est déterminé par les autorités de tutelle dans le cadre du plan blanc élargi.

Comme en cas d'événement majeur, de type pandémie, et compte tenu des ressources potentiellement plus rares en personnel, les médecins et personnels soignants assument dans la limite de leurs compétences la prise en charge d'autres patients que ceux relevant habituellement de leur spécialité. Les cellules de crises et d'appui (DDASS) s'investissent dans la déprogrammation.

La fin de la crise implique un plan concerté en interne de reprogrammation pour éviter un effet rebond de suractivité.

Critères de déclenchement du plan blanc

Questions à se poser

- La situation est-elle exceptionnelle ?
- La situation s'inscrit-elle dans le cadre du déclenchement d'un plan blanc élargi ?
- Les critères sont-ils en train de s'aggraver malgré les mesures prises par la cellule de crise et la déprogrammation :
 - accumulation de patients aux urgences,
 - manque de lits d'hospitalisation,
 - manque de lits d'aval, manque de personnels,
 - doit-on utiliser des brancards, positionner des lits dans les couloirs ?
- Quand élargir la cellule de crise à celle du plan blanc ?
- Quelle est la durée prévisible, la cinétique de l'événement ?
- Quel est le flux prévisible de patients : s'agit-il d'une épidémie ?
- S'agit-il d'une pathologie spécifique ou d'un groupe de patients spécifique ?
- Quels sont la nature et le caractère de gravité des problèmes médicaux ainsi que la durée de traitement prévisible dans la phase aiguë de la maladie ?
- Les CIRE, DDASS, ARH confirment-elles le problème ?
- A-t-on un déséquilibre persistant entre les entrées et les sorties :
 - a-t-on saturé les possibilités de transfert : maisons de retraite, HAD, soins de suite, de rééducation, prise en charge à domicile par les médecins et infirmiers libéraux ?

- Faut-il accélérer la libération des lits par des sorties anticipées ?
- Y a-t-il une pression sociale ?
- Quels sont les moyens mobilisables en ressources humaines à court, moyen et long termes ?
- A-t-on besoin de matériel supplémentaire, de blocs chirurgicaux, de banque du sang ?
- Les indicateurs de qualité des soins sont-ils compromis avec une augmentation de la morbi mortalité ou des pertes de chance indemnifiables ?
- Les supports informatiques permettent-ils d'échanger des informations, des outils d'aide à la décision ?
- L'événement est-il simultané à une période de congés des personnels ?

Pistes de réflexion

- Sensibiliser l'ensemble du personnel sur les conduites à tenir face à une situation de tension et sur les risques (par exemple pandémie grippale).
- Conjecturer d'emblée sur la cinétique de la crise afin de mobiliser les personnels sur une période et un événement impliquant un fort investissement qui s'inscrit dans la durée.
- Avoir recours prioritairement au maintien du personnel en place, avant de faire appel à des personnels de suppléance ou en congé.
- Prévoir des aménagements pour faciliter la

fiche

4

Critères de déclenchement du plan blanc

présence du personnel (garde d'enfants, repas, hébergement, modification des horaires).

- En cas de crise sanitaire majeure de type pandémie grippale, atteignant aussi une partie du personnel et au regard des secteurs déprogrammés : prévoir une nouvelle répartition des tâches et compétences, et l'affectation des personnels en renfort dans les services les plus démunis.
- Respecter un plan de graduation précis des moyens humains et matériels en rapport à l'activité.
- Dans certains cas, seul un secteur peut être sollicité.
- Produire, pendant la crise, l'information pertinente aux personnels, de façon régulière et explicite.
- La performance de la mobilisation est directement corrélée au niveau de la préparation, elle-même liée à :
 - la pratique régulière d'exercices ;
 - la qualité et l'actualisation des listes de rappel des personnels toutes catégories confondues ;
 - la sensibilisation des personnels au thème de la gestion de crise ;
 - la formation mise en œuvre tant sur le thème général de la crise que sur celui des risques NRBC.

L'ensemble des instances décisionnelles et consultatives sont au fait du dispositif.

Points particuliers

- Prévoir en interne comme en externe des points de situation à heures prédéterminées.
- Le directeur veille à la graduation mesurée de la réponse : moyens humains et matériels mobilisés.
- En fonction de la nature de l'événement, le directeur mobilise de façon graduée un ou des secteurs d'activités adaptés à la situation.
- Si l'ampleur de l'événement le justifie, la mobilisation des moyens recensés dans le cadre du plan blanc élargi peut entraîner des réquisitions de moyens (matériels et humains) par le préfet.

5

Levée du dispositif ou du plan blanc

Questions à se poser

- Le SAMU, la DDASS, l'ARH ont-ils les mêmes relevés d'indicateurs et les mêmes seuils d'alerte, les mêmes outils et indicateurs d'aide à la décision ?
- Les dispositions prises ont-elles permis de juguler l'épisode ?
- Les critères de sécurité sont-ils réunis pour favoriser la reprise de l'activité de soins de l'établissement ?
- Les indicateurs de l'établissement sont-ils revenus en dessous des seuils prédéfinis ?
- Le service de gestion centralisée des lits (s'il existe) peut-il reprendre son activité normale ?
- Les indicateurs à moyen terme (DMS, état des ressources humaines) sont-ils en adéquation avec les indicateurs à court terme pour permettre :
 - la résorption des flux de patients,
 - l'adéquation de leur traitement,
 - le retour à la normale des conditions de soins ?
- Comment impliquer l'institution dans la levée du dispositif ?
- Toutes les personnes sollicitées et impliquées peuvent-elles être informées de la levée du dispositif en temps réel ?

Piste de réflexion

Envisager les éléments déterminants et l'ordre de levée du dispositif entre les moyens mobilisés dans le cadre du plan blanc élargi et le plan blanc de l'établissement.

Points particuliers

- Prévenir la population, le personnel, la DDASS, l'ARH, le SAMU de la levée du dispositif et de l'évolution de la situation.
- Faire un débriefing « à chaud » et remercier le personnel pour sa coopération.
- Evaluer la perte d'activité, conséquence du déclenchement du plan blanc et le coût des mesures prises.
- Evaluer les forces et les faiblesses des actions entreprises afin de procéder aux réajustements qui s'imposent.

6

La communication

Questions à se poser

- Quel est l'organigramme hiérarchique et fonctionnel de la communication selon le niveau et l'impact de la crise ?
- Quelle est l'activité en situation normale ? en temps de crise : le nombre de lits disponibles dans l'établissement, dans le territoire, au-delà... ?
- Quels sont les moyens et protocoles d'utilisation des modes de communication alternatifs ?
- A-t-on protégé et sécurisé au moins l'un des outils de communication ?
- Le personnel de la structure, les autorités locales, les médias, ont-ils connaissance de la cellule de crise ainsi que du nom de l'interlocuteur privilégié à contacter ?
- Comment le contacter ? Qui le remplace en son absence ?
- Les personnels de la structure connaissent-ils le protocole en matière de communication interne ?
- Quelle est la position des autorités sur l'événement concerné ?
- A-t-on prévu la mise en place d'un numéro vert ?
- A-t-on négocié avec les libéraux des conduites à tenir pour limiter les adressages aux seules urgences vraies ?
- Quelle est la sémantique à utiliser : mots clés, phrases clés, que dire/ne pas dire ?
- A-t-on identifié de manière exhaustive tous les publics concernés de près ou de loin par la crise ?

Pistes de travail

- Nommer le dispositif de réponse aux situations de tension.
- Entraîner et former les acteurs de la cellule de crise à la communication en situation de crise.
- Identifier les sources documentaires et les personnes ressources permettant de caractériser le sujet à l'origine de la crise : anticiper les scénarios et les options.
- Quand la crise survient : être capable de décliner le plan d'actions et l'implication des agents : rester factuel, ne pas chercher à justifier absolument les origines de la crise, informer.
- Pour nourrir la demande pressante des médias, préparer un dossier de fond reprenant les points clés caractérisant l'établissement, les règles politiques, celles de fonctionnement : quelle est son activité en situation normale ? En temps de crise : le nombre de lits disponibles dans l'établissement, dans le territoire, au-delà...
- Quelle est l'information essentielle à faire passer, en fonction de l'interlocuteur, de la criticité de l'événement, de la conjoncture, de la sensibilité collective ?
- Négocier, coordonner et préparer la communication avec les autorités (services déconcentrés, ARH, préfet...).
- Si la crise dépasse le niveau local, s'informer de la politique de communication établie dans le territoire concerné, prendre connaissance de tous les communiqués de presse.

6

Points particuliers

- Communiquer essentiellement sur ce que l'on va faire, sur ce que l'on fait, sur ce que l'on a fait. Répondre sur le « comment » et non sur le « pourquoi ».
- Communiquer prioritairement avec les agents impliqués dans la structure.
- Donner des « rendez-vous » à échéances régulières, pour communiquer un état de la situation et s'y tenir.
- Baliser son territoire d'expression autour de trois clés majeures pour imposer son discours auprès des journalistes :
 1. Légitimité : d'où parlez-vous ?
 2. Responsabilité : quel engagement prenez-vous ?
 3. Crédibilité : quelles preuves par les actes apportez-vous ?
- Positionner les porte-parole comme source de référence en matière d'information auprès des journalistes.
- Identifier les différentes représentations de la crise et suivre en continu leurs évolutions.
- Construire progressivement avec la cellule de crise une représentation globale de la crise et la communiquer auprès des publics cibles.
- Identifier ce que l'on maîtrise, ce qui est incertain ou inconnu.
- « Garder la main » sur le terrain de la communication.
- Réduire les points d'incertitude (ce qui ne veut pas dire rassurer à tout prix) mais expliquer ce qui se passe, le plan d'actions mis en place pour répondre à la situation, préciser le rôle des différents acteurs.
- Les médias cherchent des causes, des responsabilités, des faits, des témoignages, des messages et les informations personnalisées pour leur public.
- Estimer la capacité à prendre en charge pour assumer tout ou partie des effets de la crise pour donner une information précise.
- Définir les objectifs, prendre les premières décisions au sein de la cellule de crise avant de communiquer.
- Ne pas refuser de communiquer, mais se donner une marge de manœuvre et du temps avant de répondre aux sollicitations, identifier leur origine et celles auxquelles il faut répondre prioritairement.
- Préparer des communiqués de presse synthétiques, explicites, officiels : le message essentiel doit tenir dans les premières lignes.
- Identifier l'impact du message « ce qui est dit » et ce que le destinataire entend et comprend : les publics sont multiples, les attentes de réponses différentes.
- Limiter l'impact médiatique (ne pas transformer la crise en crise médiatique).
- Traiter et prévenir la rumeur.

encadré 3

Éléments de communication

Mobilisation des moyens dans le cadre du plan blanc élargi :

- élaboré au niveau départemental, il recense tous les moyens matériels et les ressources humaines susceptibles d'être mobilisés en fonction des circonstances ;
- il planifie la mobilisation coordonnée des moyens du système de santé ;
- il identifie en particulier les différents acteurs au niveau départemental, leur rôle potentiel et la coordination en situation de crise ;
- en fonction de risques qu'il identifie, il définit les modalités de leur mobilisation et de leur coordination, en liaison, en particulier, avec le service d'aide médicale urgente. Il tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire dans un souci de cohérence et d'adaptation des actions entreprises en situation de crise.

Il prévoit également :

- les éléments et les phases sur lesquels repose la réactivité du dispositif ainsi que la mobilisation et la coordination des moyens qui s'inscrivent dans une logique de planification régionale ;
- la connaissance des risques et leur prévision ;
- la gestion du flux des victimes, régulé en coordination avec le service d'aide médicale

urgente (SAMU), en fonction de la nature de l'événement ;

- la place et le rôle des établissements de santé, des professionnels de santé et des structures médico-sociales.

Le plan blanc élargi au niveau départemental est préparé sous l'autorité du préfet de département. En cas de crise majeure, le préfet peut procéder à des réquisitions de moyens humains et matériels.

Déclenchement du plan blanc

- C'est un plan d'urgence adapté à chaque établissement de santé et qui relève de la responsabilité du directeur.
- Il est destiné à faire face à un événement à conséquences sanitaires graves dépassant les capacités immédiates de réponse.
- Il permet la mise en œuvre d'une organisation spécifique et la mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques.
- L'objectif est de permettre à tout établissement de santé de faire face à une situation exceptionnelle en maintenant une continuité des soins et en préservant la sécurité des patients et des personnels.

6

fiche

La communication

Les actions déclinées dans le plan prévoient les cas suivants :

- la prise en charge de victimes en nombre ;
- l'accueil spécifique de patients potentiellement contaminés ;
- l'évacuation ou le confinement de tout ou partie de l'établissement ;
- le fonctionnement en cas de défaillance de réseaux vitaux (énergie, télécommunications, fluides)...

Ce plan est déclenché par le directeur de l'établissement en cas :

- d'événement catastrophique brutal ;
- de situation de crise consécutive au dépassement des mesures anticipées prises en dehors du cadre du plan blanc ;
- le directeur s'assure de la coordination opérationnelle avec le SAMU ;
- il informe le DDASS, le préfet, le DARH ;
- il peut être amené à déclencher le plan blanc à la demande du préfet ;
- il assure le pilotage de l'opération ;
- il assure la levée du dispositif.

Le décret plan blanc, plan blanc élargi (ancienne dénomination : schéma départemental des plans blancs)

Dans un contexte de menaces sanitaires croissantes, lié à des épidémies, des accidents technologiques, climatiques ou à des actes malveillants, il est apparu indispensable de renforcer l'organisation de notre système de santé.

Dans cette perspective, les articles L. 3110-7 à L. 3110-10 du code de la santé publique, introduit par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, définissent l'organisation intra et extrahospitalière permettant de prévenir et de gérer des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence.

La loi rend obligatoire le plan blanc pour l'ensemble des établissements de santé.

Le décret d'application à paraître prochainement, a pour objet de préciser les modalités de mobilisation des moyens pour faire face à un afflux de victimes ou à une situation sanitaire exceptionnelle tant au niveau de chaque établissement de santé, qu'au niveau départemental, zonal et national.

Il définit ainsi les dispositions que chaque plan blanc doit contenir, pour faire face à un afflux de victimes ou à une situation à conséquences sanitaires graves.

Il précise également le mode d'organisation du niveau départemental, niveau opérationnel en cas de crise sanitaire, à travers l'élaboration des plans blancs élargis qui recensent l'ensemble des moyens et ressources susceptibles d'être mobilisés.

Ce texte définit enfin le rôle spécifique des établissements de santé de référence dans la prévention et la gestion des risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.

L'indemnisation des personnes requises et des dommages causés dans le cadre de la réquisition est régie selon les cas par les dispositions du droit commun de l'ordonnance du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services modifiée, ensemble le décret n° 62367 du 26 mars 1962 pris pour son application.

Recueil quotidien des activités hospitalières (serveur régional)

| RECUEIL A RETOURNER SUR dhos.alertes@sante.gouv.fr POUR 17 heures | | | | |
|--|---------|-----------------------------------|---------------------|---|
| Région : | | Personne chargée du dossier : | | |
| Nombre d'établissements de santé autorisés pour l'accueil d'urgences dans la région : | | Téléphone : | | |
| Nombre d'établissements de santé autorisés pour l'accueil d'urgences ayant répondu : | | | | |
| Taux de réponse des établissements : | #DIV/0! | Site du serveur régional : | | |
| | | Téléphone mobile d'astreinte : | | |
| Cf. définitions du cahier des charges du 2 novembre 2004 | Nombre | Comparaison par rapport au : | | |
| | | Nombre moyen des 3 derniers jours | Évolution + ; - ; = | 3 jours identiques (Préciser le jour comparé) |
| ACTIVITES PRE-HOSPITALIERES | | | | |
| Nombre d'affaires traitées par le SAMU | | | | |
| Nombre d'interventions SMUR | | | | |
| ACTIVITES URGENCES | | | | |
| Nombre total de primo passages | | | | |
| dont nombre de passages des enfants de moins de 1 an | | | | |
| dont nombre de passages de plus de 75 ans | | | | |
| Nombre d'hospitalisations dans l'établissement, hors ZSTCD, après passage aux urgences | | | | |
| Nombre d'hospitalisations en zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) ou (lits-porte) après passages aux urgences | | | | |
| Nombre de transferts, quel que soit le motif, vers un autre établissement après passage aux urgences | | | | |
| COMMENTAIRES : | | | | |
| | | | | |

Recueil quotidien des lits disponibles d'hospitalisation complète y compris l'hospitalisation de semaine et en ZSTCD

| RECUEIL A RETOURNER SUR dhos.alertes@sante.gouv.fr POUR 17 heures (serveur régional) | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------|-------------------------------|------------------|---|-----------------------------------|-------------------|---|-------------------|--|--|--|
| Région: | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre d'établissements de santé dans la région: | | | | Personne chargée du dossier: | | | | | | | | | |
| Nombre d'établissements de santé ayant répondu: | | | | Téléphone: | | | | | | | | | |
| Taux de réponse des établissements: | | #DIV/0! | | Site du serveur régional: | | | | | | | | | |
| | | | | Téléphone mobile d'astreinte: | | | | | | | | | |
| Cf. document joint « Propositions de définitions » | | | | | | | | | | | | | |
| Groupe disciplines | Disciplines | Total lits installés dans la région au 31 décembre n-1 | Réponses obtenues | | Lits disponibles | | Comparaison par rapport au : | | | | | | |
| | | | nombre de lits installés | % | nombre | % | Nombre moyen des 3 derniers jours | Évolution +; -; = | 3 jours identiques (Préciser le jour comparé) | Évolution +; -; = | | | |
| Pédiatrie | Néonatalogie avec ou sans soins intensifs | | | | | | | | | | | | |
| | Réanimation néonatale | | | | | | | | | | | | |
| | Réanimation pédiatrique ou mixte | | | | | | | | | | | | |
| | Autres disciplines de pédiatrie | | | | | | | | | | | | |
| Réanimation, soins intensifs adultes | Réanimation médicale | | | | | | | | | | | | |
| | Réanimation chirurgicale | | | | | | | | | | | | |
| | Réanimation médico-chirurgicale | | | | | | | | | | | | |
| | Soins intensifs | | | | | | | | | | | | |
| Autres disciplines médicales | Médecine | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL MEDECINE = pédiatrie + réanimation et soins intensifs + autres disciplines médicales | | | | | | | | | | | | | |

Remerciements

Ces recommandations n'auraient pu voir le jour sans l'active contribution de professionnels de santé publique qui ont bien voulu apporter leur valeur ajoutée à la réflexion dans le cadre d'un séminaire qui s'est tenu le vendredi 23 septembre 2005 à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Que soient donc ici remerciés Mesdames et Messieurs :

Les participants au séminaire du 23 septembre 2005 :

Philippe DABADIE, *praticien hospitalier, département des urgences adultes, hôpital Pellegrin CHU de Bordeaux, représentant la Conférence des présidents de CME de CHU*

Anne DECQ, *directrice adjointe pôle médical et urgences, CHU de Toulouse*

Yann DE KERGUENEC, *responsable du pôle juridique, Fédération de l'hospitalisation privée*

Michèle DEVOS, *directrice des soins, délégation des urgences, CHRU de Lille*

Marcel DOSSMANN, *directeur adjoint, responsable crise, CHU de Nancy, représentant la Conférence des directeurs de CHU*

Christian DUBOSQ, *directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie, représentant la Conférence des DARH*

Jean-Louis DUCASSE, *chef de service, Samu 31 et Smur de Toulouse*

Francis FELLINGER, *président de la Conférence de CME de CH*

Anne-Claire GAUTRON, *directrice des affaires médicales, CH de Saint-Nazaire*

Hubert ISNARD, *coordonnateur de la cellule inter-régionale d'épidémiologie, Ile-de-France, représentant l'InVS*

Roch JOLY, *praticien hospitalier, UF médecine de catastrophe, Samu/Smur de Lille*

Catherine LATGER, *chargée de mission auprès du directeur général, CHU de Nîmes*

Emmanuel LAVOUE, *directeur de cabinet, CHRU de Strasbourg*

Vincent LEROUX, *directeur pôle santé, Ecole centrale de Paris, représentant la Fédération hospitalière de France*

Philippe MEYER, *directeur de la qualité, de l'organisation et du système d'information, CHI de Belfort Montbéliard*

Vincent MOUNIC, *conseiller technique, Haute Autorité de santé*

Michel PELTIER, *directeur DRASS Ile-de-France, président de la Conférence des DRASS*

Camille PERDIGOU, *attachée juridique, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif*

Mireille VEDEAU ULYSSE, *pour la Conférence des DDASS*

Les membres du groupe de travail :

Christine AMMIRATTI, *chef de pôle urgences, Samu/Smur-Cesu Amiens*

Marc BERNARD, *chef de service, Urgences/Smur Saint-Quentin*

Catherine BERTRAND, *praticien hospitalier, SAMU-CESU Créteil*

Michel BOUISSE, *médecin inspecteur de santé publique, DRASS Poitou-Charentes*

Jean-Robert CHEVALLIER, *directeur des ressources humaines et des affaires médicales, CH de Blois*

Jean-Emmanuel DE LA COUSSAYE, *chef du département urgences, réanimation, Samu 30*

Marc Di PALMA, *médecin inspecteur de santé publique, DRASS Bourgogne*

Jean-Marie FESSLER, *directeur des établissements de la MGEN*

Gérard MEYER, *chef de service, Urgences/SMUR Creil*

Laurence NIVET, *directrice d'hôpital, adjointe au chef de bureau O1, ministère de la Santé et des Solidarités*

Catherine Pillet, *directrice d'hôpital, chargée de mission, cellule de gestion des risques, ministère de la Santé et des Solidarités*

Et pour ses précieux conseils :

Christian REGOUBY, *expert et formateur en management, communication et cellules de crise*