

L'hôpital face à une situation sanitaire exceptionnelle à caractère biologique

BARBARIN-COSTES Patrice

Année 2016/2017

~ 1 ~

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé lors de mes recherches et qui ont toujours répondu à mes nombreuses sollicitations.

Je remercie tout particulièrement le docteur JANVIER de l'Hôpital d'Instruction des Armées Ste ANNE de Toulon qui m'a guidé tout au long de ce travail avec ces conseils toujours précieux et enrichissant.

Merci à Patricia pour ses remarques toujours judicieuses tout au long de ce travail.

L'hôpital face à une situation sanitaire exceptionnelle à caractère biologique

Sommaire

Avant-propos

Introduction

1^{er} Partie : De la notion de crise aux réponses institutionnelles :

1.1 La notion de crise :

- 1.1.1 Une notion polysémique ;
- 1.1.2 Une conception élargie face aux nouveaux risques.

1.2 Une crise sanitaire / Situation Sanitaire Exceptionnelle :

- 1.2.1 Le concept d'une Situation Sanitaire Exceptionnelle :
- 1.2.2 La réponse institutionnelle :
 - 1.2.2.1 *Le schéma conceptuel de la réponse :*
 - A Les plans génériques ;
 - B Le dispositif de la réponse du système de santé en Situation Sanitaire Exceptionnelle « ORSAN » et les Plans blancs.
- 1.2.3 Le cas particulier de l'Hôpital d' St ANNE.

2^{ème} Partie : Le risque épidémique : généralités et conséquences

2.1 Le risque épidémique.

- 2.1 : généralités sur le risque épidémique :
 - 2.1.1 Le risque naturel ;
 - 2.1.2 Le risque intentionnel ;
 - 2.1.3 Facteurs favorisant l'émergence ou la diffusion ;

2.2 Les conséquences d'une épidémie :

- 2.2.1 : des conséquences prévisibles ?

2.3 Des conséquences diffuses :

3^{ème} Partie : Anticipation, préparation et entraînement :

3.1 La réponse pré-hospitalière :

3.1.1 Une défense en profondeur :

3.1.1.1 La zone d'incident ;

3.1.1.2 l'enceinte de la structure hospitalière ;

3.1.1.3 L'organisation interne ;

3.1.1.4 La cellule de crise ;

3.2 Une préparation géographique de l'hôpital :

3.2.1 Un indispensable zonage :

3.2.1.1 L'inventaire et le choix des zones ;

3.2.1.2 Les zones extérieures pour protéger la structure interne.

3.3 La réponse humaine :

3.3.1 Instituer une véritable culture de crise :

3.3.2 Formations et informations :

3.3.3 De l'importance de la communication :

3.3.3.1 Sens de la communication ;

3.3.3.2 Anticiper, et pro activité.

Conclusion.

Glossaire.

Bibliographie.

Avant-propos

La peste à Madagascar, la crise de la maladie à virus Ebola, le virus Zika, la constante augmentation des bactéries multi-résistantes, les épisodes de gripes humaines et aviaires, le bioterrorisme, sont autant de signes qui devraient nous avertir sur la fragilité de nos sociétés face au monde du vivant. On peut raisonner de deux manières face à ces évènements. L'une consiste à croire et à faire croire que nos sociétés sont prêtes à faire face, les plans et les institutions sont là pour protéger les citoyens et tout débat sur le sujet est un débat alarmiste qu'il faut éteindre au plus vite. L'autre démarche consiste à penser que les évènements sanitaires font parties de l'humanité, et qu'il est de notre devoir de s'y préparer. Nos sociétés modernes n'ont jamais été si fragiles face à de tels évènements, cependant elles n'ont jamais possédé autant d'atouts pour les résoudre, à condition de s'y préparer, et de ne jamais accepter « le complexe de l'autruche ! ».

L'hôpital sera sans conteste la pierre angulaire de la réponse sanitaire, c'est pour cela qu'il doit s'y préparer, car il fait partie des remparts sur lesquels les pouvoirs publics et les citoyens s'appuieront pour y faire face.

Et si demain ?...

~ 5 ~

Introduction

Nos sociétés occidentales, de par la mondialisation, leurs structures (réseau-centrées), leurs exigences de sécurité absolue, et il faut bien le reconnaître une résilience très affaiblie sont devenues vulnérables. Sur ce dernier point, la réaction collective durant les événements en France ne doit pas nous conduire à penser que la population a renoué avec une forme de résistance jusqu'alors amoindrie. Les actes individuels ou collectifs rencontrés sur les lieux des incidents sont de nature rassurante, cependant il s'agit de comportements instinctifs et qui ne s'inscrivent pas dans la durée. La résilience restant la capacité d'une population à faire face dans la durée à une situation catastrophique.

Les risques sont de natures très différentes, ils peuvent être technologiques, dus d'une part à l'industrialisation de nos pays (AZF, Fukushima...), mais aussi à l'émergence de nouveaux pays industriels n'ayant pas nos critères de sécurités, Bhopal, Mexico... Ils peuvent être naturels, comme les séismes, les tempêtes, les inondations ... Par ailleurs ces risques naturels peuvent avoir des conséquences bien différentes, qu'ils se situent en Indonésie (Tsunami), ou au Japon (Fukushima), le tissu industriel ou humain changeant radicalement les données et par là les conséquences. Le changement climatique quant à lui portera très certainement d'autres risques, qui sont encore peu ou mal identifiés.

Enfin les maladies émergentes ou ré-émergentes, seront sans aucun doute, une menace à prendre en compte dans les futurs scénarii des crises sanitaires.

La menace terroriste, ubiquitaire, changeante et brutale, fera partie de notre univers encore de nombreuses années. Il est à craindre que les modes d'actions des organisations terroristes, qu'elles soient de nature religieuse, sectaire ou éco-terroriste, soient de plus en plus violents et s'inscrivent dans des actions de masse.

Parmi tous les éléments qui peuvent déstabiliser durablement et gravement notre pays, une crise à caractère biologique est sans aucun doute celle qui mettra le plus durement à l'épreuve notre capacité de résilience. Elle impacterait notre système de soin en général et plus particulièrement l'hôpital. Or celui-ci représente la pierre angulaire du système et la garantie pour la population d'une réponse appropriée. La confiance qu'accorde la population à la

communauté médicale et plus particulièrement à l'hôpital, lui confère une responsabilité importante.

Que ce soit lors de la crise de la grippe pandémique A/H1N1/pdm2009, ou plus récemment lors de l'épidémie « Ebola », les crispations, les rumeurs, les informations erronées ont brouillé les messages officiels.

Ces comportements, accentués par une médiatisation devenue un des premiers vecteurs anxigène doivent être pris en compte par les décideurs lors de la gestion d'une crise.

Même si la période de certitude est révolue pour les crises à venir, il en est une, néanmoins, que nous devons conserver : une situation sanitaire exceptionnelle ne se résoudra que si l'hôpital reste un maillon solide. Cet axiome sera d'autant plus vrai s'il s'agit d'une crise à caractère biologique.

On peut, sans se tromper avancer qu'une crise majeure de nature biologique avec un caractère de contagiosité, risque d'entraîner un effet de masse, avec de nombreux impliqués, et à terme la déstabilisation de l'ensemble des services de l'état et notamment l'hôpital.

Lors de la période de la grippe H1N1, combien d'administration ou de sociétés à caractères vitales avaient un plan d'activité continue ? Et parmi celles-ci, certaines auraient eu un rôle majeur dans la gestion de la crise.

Or l'hôpital est dépendant du bon fonctionnement des services qui le soutiennent au quotidien. Il doit de se préparer à fonctionner en mode dégradé. Ce mode de fonctionnement se doit d'être anticipé et réfléchi pour en minimiser l'impact. D'autant plus si la situation impose une certaine autonomie.

Si la crise de la grippe H1N1 avait dû se révéler, il ne fait aucun doute que le secteur hospitalier aurait dû faire face à un afflux de personnes sur une période plus ou moins longue. Cet afflux aurait été de nature à déstabiliser l'hôpital. Les soignants auraient été alors soumis à une tension bien supérieure à la tension habituellement rencontrée dans les établissements de santé.

Malgré toutes les réticences et la campagne médiatique, l'hôpital est resté un élément de confiance pour la majorité des Français lors de cette période difficile.

L'hôpital St ANNE, par sa localisation, mais également par son caractère militaire, sera plus que jamais placée en première ligne, si demain, une catastrophe majeure devait avoir lieu sur Toulon ou ces environs. L'HIA serait également concernée dans le cadre d'une crise majeur concernant l'ensemble du territoire national.

~ 7 ~

Quoiqu'il en soit, l'hôpital en général reste pour la population le dernier refuge, et il à craindre qu'en période de crise sanitaire cela se vérifie très rapidement.

Cette situation doit conduire les établissements de santé à réfléchir sur les moyens intellectuels, techniques et humains qui seront nécessaires pour faire face à une telle situation. Cette réflexion doit avoir une portée plus large que la stricte application des plans de secours.

Il a été choisi de travailler sur les problématiques concernant un afflux massif de personnes à l'hôpital dans le cadre d'une Situation Sanitaire Exceptionnelle à caractère biologique.

Cette situation porte en elle, tous les éléments déstructurant pour un établissement de santé.

On peut y retrouver le risque d'un afflux massif de victimes, le caractère contraignant de maladies à fort potentiel de contagiosité, ainsi que l'existence de plusieurs cinétiques de crise.

Au-delà de ces problématiques, la prise en charge des victimes restera au cœur de la mission de l'hôpital.

Dans une première partie, il sera abordé les notions de crises et la définition des Situations Sanitaires Exceptionnelles, enfin les réponses institutionnelles existantes. Dans la deuxième partie, les conséquences d'une situation sanitaires exceptionnelle à caractère biologiques seront présentées. Enfin, nous nous attacherons à établir les mesures qui pourraient être prises pour se préparer à une telle situation.

1^{ère} partie : La notion de crise et les réponses institutionnelles

Une situation sanitaire exceptionnelle au sens littéral peut s'entendre comme la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu, hautement contagieux, incapacitant ou à fort taux de létalité qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes. Cela au regard de son ampleur, de sa gravité ou de son caractère médiatique. Cette situation pouvant mener jusqu'à la crise. Par conséquent, il est nécessaire de bien définir cette notion de crise.

1.1 La notion de crise :

La notion de crise, recouvre souvent un ensemble de significations diverses, cependant on y trouve toujours les termes de déséquilibre, de rupture. Ces dernières années, l'apparition de nouveaux risques est également à l'origine de l'élargissement de la notion de crise.

1.1.2 Un concept polysémique :

A l'origine le mot crise associe les sens de « décision » et de « jugement ». En grec, la crise est une décision entre deux choix possibles. Aujourd'hui, on peut trouver la notion de crise dans les domaines politiques, économiques, voir sociologiques. Il semble qu'il faille prendre la définition dans un sens plus restrictif, si l'on veut pouvoir apporter une réponse équilibrée aux situations de crises dans le domaine sanitaire.

La crise est par essence un déséquilibre profond, entre une situation donnée et les moyens qui y sont associés pour sa résolution. C'est donc, bien souvent, une rupture brutale, et soudaine.

J.M FESSLER, définit la crise dans le domaine sanitaire de la façon suivante : « La crise est une situation qui menace les priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress ainsi que des résistances profondes »¹

On retrouve dans cette définition, les termes, de surprises, de priorités, de contraintes, et enfin les notions de stress et de résistances.

Ces termes sont importants, car ils déterminent la manière d'aborder la notion de situation sanitaire exceptionnelle.

¹ Article dans « gestion hospitalière » n° 439 d'octobre 2004.

P. LAGADEC quant à lui, donne la définition suivante, « la crise ébranle les références les plus essentielles d'un système, les choix collectifs fondamentaux des acteurs concernés »² C'est ce que qu'il nomme comme étant la divergence. Cette définition porte en elle, la réflexion qui doit être menée sur les réponses à apporter à la crise.

Il semble intéressant d'illustrer ces notions par un exemple. La tempête Katrina en est un qui permet de comprendre la cinétique d'une crise, même s'il s'agit d'un exemple particulier, géographiquement et sociologiquement. Katrina représente bien ce qui peut être une rupture brutale entre les moyens disponibles et ceux nécessaires pour gérer une situation exceptionnelle. Cette tempête a dépassé en intensité et en ampleur toutes les prévisions les plus pessimistes. Cela a eu pour première conséquence de déstructurer totalement l'ensemble des moyens de secours pré-positionnés, mais également la réponse globale prévue à cet effet. On est là, sur la première partie de la définition des crises, à savoir une rupture brutale et soudaine.

Ensuite malgré les premières informations qui faisaient état d'une coupure totale de la zone (communications terrestres, aériennes, radio, enfin humaines), ainsi que de la destruction totale ou partielle des moyens de secours, les décideurs ont décidé de rester sur leurs fondamentaux de gestion de crise et de mettre en œuvre les réponses y correspondant.

C'est-à-dire l'application stricto-sensu des plans et des réponses formatées et planifiées. Cet aveuglement a pu au départ les empêcher de comprendre les informations remontant du terrain et des premières reconnaissances aériennes entreprises. Ces informations parcellaires et quelques fois confuses, étaient malgré tous les seules qui auraient pu permettre de comprendre la situation réelle.

Cette divergence, entre la réalité sur le terrain et la perception de la situation, entre la crise réelle et la crise prévue, a entraîné la période de flou et de tensions qui s'en est suivie. C'est l'impossibilité de sortir des schémas, de comprendre une situation impensable, qui a été l'élément le plus préjudiciable. La crise a été surmontée dans un second temps par des acteurs qui ont décidé de rompre avec cette cinétique et de mettre en œuvre des décisions originales et accordant leur confiance aux personnes présentes sur le terrain, parfois même en aveugle.

² Cellule de crise : Les conditions pour une conduite efficace. P LAGADEC.

Il est à remarquer également que cette situation assortie à une communication particulièrement désastreuse a permis aux médias de prendre le « lead ». Or, il y a un décalage important entre le sensationnalisme recherché des journalistes et la réalité du terrain. Cela a pu ajouter un sentiment anxiogène pour la population, concernée ou non, et a laissé à penser que personne ne gérait la crise. Or, même si l'on peut contester certaines décisions, il est en revanche indéniable que les autorités ont réagi immédiatement à la situation et ont cherché à engager le maximum de moyens.

Pour résumer, Katrina, illustre bien, les faits suivants : la crise suscite une somme de difficultés qui tend à déborder les capacités de réplique, c'est le déferlement. De même, elle menace le fonctionnement propre des systèmes institutionnels impliqués, le qui fait quoi ?, c'est le dérèglement. Enfin, la crise ébranle les références les plus essentielles d'un système, les choix collectifs fondamentaux des acteurs concernés, c'est la divergence.

Pour conclure, il est intéressant de s'intéresser à la vision que l'on a pu en avoir en France. Les récentes crises que la France a pu connaître montrent pourtant une difficulté à s'affranchir de la planification établie et des plans y afférant. A-t-on réellement mis en œuvre un exercice ou tout du moins une réflexion sur une situation catastrophique à effets majeurs, tel que Katrina a pu entraîner ?

1.1.1 Une conception élargie face aux nouveaux risques :

La plupart des experts dans le domaine de la gestion de crise s'accordent sur le fait que les crises mutent et qu'elles ont déjà muté ces dernières années. Cette mutation induisant de nouveaux effets de surprises et demandant une préparation accrue à la complexité et à la rapidité des crises d'aujourd'hui. On peut même affirmer que l'on devrait se préparer à ce qui peut sembler un paradoxe : « Penser l'impensable », pour demain...

Les risques technologiques, traditionnels (chimiques, radiologiques, biologiques), ou nouveaux comme les nanotechnologies, les épidémies émergentes ou ré-émergentes, enfin les risques climatiques, peuvent toujours faire l'objet d'une gestion de crise traditionnelle, à

condition d'avoir toutes les informations nécessaires au moment de la crise et de partir du principe que la population y est parfaitement préparé !!

Cependant force est de constater que ces risques et menaces associées sont en pleine mutation ainsi que leur environnement, et qu'il est difficile d'avoir une vision juste de leurs évolutions éventuelles. Les futures crises portent en elle des inconnues que l'on peut considérer comme étant intrinsèques.

Le risque terroriste est un bon exemple d'évolution, voire de révolution. Il y a quelques années, nous devions faire face à un terrorisme dit « d'état ». Cette notion « d'état » à son importance dans le sens où toutes les actions terroristes avaient un objectif clairement défini. Il s'agissait pour une organisation donnée de faire pression sur un gouvernement identifié pour obtenir des gains, politiques (représentativité/territoriale), ou financiers... Cet axiome entraînait des limites dans les actions entreprises de part et d'autre, et on ne pouvait pas employer la notion de terrorisme de masse.

Les seules actions que l'on pouvait qualifier de masse avaient pour acteurs des mouvements sectaires, la plupart millénaristes (secte Aoum/attentat à la salmonelle en Oregon).

Aujourd'hui, les acteurs du terrorisme, ont un but difficilement compréhensible pour les formes de pensées occidentales, il s'agit de la destruction totale d'une population pour des motifs politiques et souvent religieux, sans aucune notion de négociation à l'issue. Cette pensée entraîne la recherche d'un effet de masse et de terreur. Le risque étant alors l'utilisation de moyens pouvant entraîner des effets majeurs en particulier sur la population. L'utilisation de produits chimiques (Toxiques de guerre ou issus du monde civile), détournement de matières radioactives, et enfin utilisation d'agents biologiques pathogènes sont alors envisageable.

Il est intéressant de constater les résistances de certains décideurs ou spécialistes concernant le domaine biologique comme arme terroriste. Pour certains, l'utilisation d'agents biologiques en tant qu'arme par destination serait de l'ordre du peu vraisemblable.

Trop difficile, peu maîtrisable, peu de chance de résultats...

Or ces arguments, sont contestables dans leurs formulations. Si scientifiquement, ils sont sans aucun doute fondés, c'est sur le fond faire abstraction de la forme de pensée qui anime les terroristes d'aujourd'hui et des moyens qu'ils pourraient y consacrer !

Il est indispensable qu'intellectuellement nous puissions nous prémunir d'une surprise stratégique. L'histoire est friande de surprises, qui ont pu dans d'autres temps et d'autres lieux déstabiliser des systèmes établis (exemple de la peste).

Comment ne pas prendre en compte l'utilisation de l'anthrax par la secte AOUM, mais aussi la volonté de certains groupes terroristes d'utiliser une ressource disponible, comme par exemple l'utilisation de vecteurs humains déjà infectés... L'argument de la maîtrise et donc de pouvoir empêcher l'effet boomerang, ne tient pas compte du fait que les acteurs du terrorisme recherchent avant tout la destruction totale, et que dans leur forme de pensée, il n'y a pas d'autres issues que la mort. Dans le cadre d'une efficacité amoindrie, le seul impact médiatique, qui lui serait immanquable, représenterait une victoire incommensurable. On peut aller jusqu'à se demander, si le seul objectif ne pourrait pas être de déstructurer le système de santé en tant que tel, bien avant le nombre de décès ? Et par là, un des fondements de nos sociétés.

Le risque biologique naturel doit être vu aujourd'hui en corrélation avec l'évolution de nos sociétés. Des éléments sont aujourd'hui en pleine mutation et sans doute plus encore demain. D'une part la formidable explosion des moyens de communications (terrestres, aériens...), qui facilitent les mouvements de population, à l'intérieur d'un même continent ou entre continents.

Ces mouvements de population collectifs ou individuels, représentent un véritable défi pour la gestion d'une situation sanitaire à caractère biologique.

La problématique des réfugiés, que ces mouvements soient dus aux questions géopolitiques, ou demain aux dérèglements climatiques doit être abordée sans contrainte particulière. Ils représentent un risque important d'importation sur le territoire national de maladies émergentes.

Cette faculté aujourd'hui que possède la population Africaine de voyager a pu favoriser la propagation de l'épidémie de la fièvre hémorragique à virus Ebola. Cette épidémie, habituellement confinée au sein de certains pays d'Afrique, dans des villages isolés, a pris des proportions peu communes, déclenchant une alerte sanitaire de portée mondiale en 2015 de la part de l'OMS.

Cette interconnexion doit entraîner une approche des risques épidémiologiques différente de celle que l'on pouvait avoir auparavant. Une personne contaminée en Asie, peut se trouver en Europe en l'espace de quelques heures, et changer de continent dans le même espace-temps.

~ 13 ~

D'autre part, l'évolution contestable ou pas, du rôle des médias dans la perception des situations sanitaires a considérablement changé l'approche que l'on doit avoir en gestion de crise. A ce titre, l'épisode de la grippe H1N1 est particulièrement intéressant.

Face à ces nouveaux risques, et menaces, les établissements de santé n'ont d'autres choix que de se préparer à ce qui pourrait être une situation sanitaire exceptionnelle.

1.2 La crise sanitaire ou situation sanitaire exceptionnelle :

Si la majorité des crises d'aujourd'hui impactent le système de soin, cet état de fait sera d'autant plus vrai demain. Il convient donc de préciser les notions de crises sanitaires, avant d'aborder les réponses qui pourraient y être apportées.

1.2.1 Le concept de la crise sanitaire :

La crise sanitaire est une menace pour la santé de la population conjuguée à un risque de déstabilisation des pouvoirs publics chargés de la sécurité sanitaire.

La crise est une rupture brutale et soudaine, ce qui peut être déstructurant, notamment pour les structures de soins. Depuis de nombreuses années le système sanitaire se trouve confronté de manière récurrente à des situations exceptionnelles :

- 1995 les attentats de Paris ;
- 1995 Attentat de Tokyo avec emploi de Sarin ;
- 2001 La catastrophe de l'usine AZF ;
- 2003 La canicule ;
- 2009 La crise de la grippe A (H1N1) ;
- 2014/2015 la crise de la fièvre hémorragique à virus Ebola ;
- 2016 Les attentats de Nice et Paris.

Dans tous les cas ces crises ont éprouvé le système sanitaire en raison de leurs ampleurs (les attentats de Paris, la catastrophe AZF) ou d'une gestion initiale difficile associée à de nombreuses informations erronées (les épisodes de grippe). L'autre élément associé est la

notion de peur parce que certaines maladies font ressurgir de vieilles peurs ancestrales, comme la grippe A (Grippe Espagnole), ou des peurs irraisonnées comme le virus Ebola. La déstabilisation du système de soin n'est pas toujours due à un afflux massif, en effet la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle peut revêtir différentes formes :

- Par sa nature, une situation sanitaire exceptionnelle peut concerner des domaines variés et avoir des répercussions sanitaires ou au contraire avoir un caractère spécifiquement sanitaire (exemples : épisode de tensions hospitalières ou rupture d'approvisionnement en dispositifs médicaux ou produits de santé).
- Par son ampleur, elle peut concerner un seul département, une région, une zone de défense ou impacter l'ensemble du territoire national.
- Par son origine, elle peut procéder soit de circonstances nationales, soit de circonstances internationales ayant des conséquences sanitaires sur le territoire.
- Par sa dynamique, elle peut relever d'une cinétique nécessitant des mesures de gestion d'urgence ou, au contraire, relever d'une cinétique plus lente (spécificité d'une crise à caractère sanitaire pouvant nécessiter une expertise particulière ou des investigations épidémiologiques par exemple).

L'épidémie de grippe en 2016/2017 démontre à la fois la difficulté de gérer un afflux massif de malades, qui dans ce cas précis n'est pas hors norme, et la perception que l'on peut en avoir.

La montée en puissance de l'épidémie s'est effectuée au départ sans aucun soubresaut politique ou médiatique. Cependant, après une communication de certains établissements de santé se déclarant en situation de tension, la communication s'en est trouvée radicalement changée. L'état de tension se transformant rapidement dans le langage médiatique en état de crise!

Or, si l'épidémie a éprouvé les services d'urgences et certains services de soins, nous ne nous sommes pas trouvé en situation de rupture et donc de crise.

Néanmoins, avec un peu de recul, on peut constater qu'une simple épidémie de grippe peut très rapidement mettre sous tension les services hospitaliers. Qu'en serait-il avec un agent pathogène hautement contagieux et à fort taux de létalité chez des personnes sans comorbidité?

Face à ces situations les pouvoirs publics depuis quelques années ont organisé la réponse institutionnelle des secours, en tenant compte des retours d'expériences et des moyens disponibles et nécessaires à mettre en œuvre.

1.2.2 La réponse organisationnelle :

L'état a conçu un système de réponses stratifiées face aux situations exceptionnelles.

Il repose sur des plans nationaux, de nature globale et autoporteurs, le plan variole, grippe, le guide Peste, Charbon et Tularémie... Ensuite la régionalisation de la gestion de la crise a permis la mise en place des plans ORSAN, sous la responsabilité des ARS. Enfin au niveau local, les établissements de santé doivent pouvoir mettre en œuvre leur Plan blanc qui peut être appuyé par un plan blanc élargie mis en œuvre sur demande du préfet. Ce plan blanc élargie permettant notamment de mobiliser les établissements de santé au niveau du département.

Le principe Français de sanctuarisation de l'hôpital se traduit par des plans de secours qui ont pour objectif de ne pas déplacer la catastrophe vers l'hôpital. Ces plans, en particulier le plan NOVI³, permettent un tri et un premier traitement des victimes au plus près du lieu de l'incident. Ce tri s'accompagne d'une gestion capacitaire en ce qui concerne l'arrivée des victimes sur les hôpitaux.

Ces dernières années, il y a eu une volonté de considérer la prise en charge médicale des victimes comme un problème de santé publique à part entière. La situation actuelle, a de nouveau fait évoluer les notions, induisant de véritables révolutions dans la conduite des opérations de secours. C'est par exemple le concept d'effets de masse, de sur-attentat, et la prise en compte du risque NRBC.e au sens large.

1.2.2.1 : Schéma conceptuel de la réponse organisationnelle :

Ces plans doivent permettre la mise en œuvre des moyens nécessaires pour faire face aux catastrophes de toute nature. Ils sont multiples et peuvent se superposer selon la nature du risque.

³ Plan destiné à assurer les secours dans le cadre de **Nombreuses Victimes**.

A) Les plans de secours opérationnels ;

Les plans d'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile (ORSEC), créés en 1952, et refondés depuis la loi de 2004, représentent un dispositif permettant de répondre à un événement de grande ampleur. Le dispositif ORSEC doit être compris comme une boîte à outil, il permet aux différents décideurs d'avoir un dispositif de planification pour entamer la gestion de la crise dans les meilleures conditions.

Parallèlement le plan gouvernemental NRBC.e doit permettre de faire face à un événement de type NRBC. Il s'agit là aussi d'une aide à la planification et à la gestion d'un incident de ce type.

Sans détailler l'ensemble des plans de secours, on peut en définir la philosophie. En France, l'hôpital doit être sanctuarisée et pour ce faire, on a adopté le principe du traitement de l'avant. Le plan NOVI, par exemple, a pour but de pouvoir faire face à un événement qui comporterait de nombreuses victimes. Il s'agit de mettre en place des moyens suffisants pour traiter et préparer les victimes pour une évacuation vers les hôpitaux. Ce qui dans l'absolue permet une montée en puissance de l'établissement de santé (plan blanc/élargie).

Cette notion peut apparaître la bonne solution et être suffisante pour gérer un événement majeur. Cependant, des retours d'expériences opérationnels ou d'exercices, démontrent qu'il existe des failles qui pourraient se transformer en « surprise stratégique » si l'on n'y prend pas garde. Lors des attentats de Paris, des impliqués se sont dirigés vers l'hôpital le plus proche, et par leurs propres moyens. Lors de l'incident d'AZF (2001), des mouvements analogues avaient déjà été observés et l'on en avait tiré la conclusion que les victimes vont là où elles peuvent et là où elles veulent... Cet accident majeur avait permis la réalisation de nombreuses avancées dans le domaine de la gestion de crise à effet de masse.

Pour la construction de cette philosophie des secours on considère généralement que les victimes sont représentées par des polytraumatisés, des blessés par balles... et donc avec une amplitude d'actions très limitée. En corolaire, on établit que les moyens qui doivent être engagés pour armer la zone seront disponibles et suffisants. Le principe de l'hôpital de référence est quant à lui acquis, alors que la réalité du terrain impose parfois une réalité différente. Les PSM qui sont répartis dans des établissements ayant pour mission de les gérer et de les tenir à disposition en cas d'incidents majeurs ont-ils les moyens lourds de transport pour remplir leurs missions ?

Les stocks d'iode, distribués en cas d'incident nucléaire peuvent être stockés dans des établissements situés à des distances importantes du lieu de l'incident prévisibles (?).

La sanctuarisation de l'hôpital, qui est la base de notre mise en œuvre des secours, ne doit pas nous empêcher de réfléchir à une arrivée massive de victimes ou d'impliqués sur l'hôpital. Dans certaines zones géographiques, les secours (pompiers, SAMU) et forces de l'ordre n'auront pas les moyens d'appliquer de manière nominale ces modes d'actions.

D'autre part, dans le cadre d'un événement à caractère biologique, la cinétique sera tout à fait différente et les premiers cas n'apparaîtront qu'après une période d'incubation qui peut être retardée. Le premier point de tri, risque donc d'être l'hôpital.

Parallèlement aux plans de secours de l'avant, le système de santé a mis en place des plans de secours permettant d'assurer le continuum entre le fonctionnement « habituel » du système et la réponse opérationnelle aux crises de grandes ampleurs.

B Les plans blancs/ Le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) :

La préparation aux situations sanitaires exceptionnelles a évolué sensiblement ces dernières années. La politique de planification basée essentiellement sur des plans interministériels ou ministériels et souvent « autoporteur⁴ », s'est progressivement réorientée vers la déclinaison de stratégies générales déclinées en « guide » pour les acteurs de terrain.

Aujourd'hui, la tendance qui semble s'affirmer est une préparation et une planification centrée sur les Agences Régionales de Santé avec leur maillage régional. Au niveau local, l'hôpital est responsable de la mise en œuvre du plan blanc et de ses annexes (NRBC.e...).

Le dispositif ORSAN, est élaboré à partir du projet régional de santé (PRS) et des principaux scénarii auxquels le système de santé peut être confronté, il intègre toutes les dimensions de l'offre de soins (hospitalière, médico-sociale, libérale...). Ces éléments font l'objet d'une fiche synthétique départementale pouvant être intégrée dans les plans de défense et de sécurité et sont déclinés par les opérateurs de soins dans les plans blancs des établissements de santé et les plans bleus des établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, il est également envisagé qu'un recours à des ressources complémentaires spécifiques soit nécessaire. Des plans de renfort sont ainsi établis aux échelons d'intervention

⁴ Guide NRBC.e gouvernemental/Guide Peste, Charbon, Tularémie(PCT), plan grippe...

des préfets dans le cadre de l'organisation gouvernementale de la gestion de crise (département et zone de défense et de sécurité) : le plan blanc élargi et le plan zonal de mobilisation.

Le cadre général de planification présenté dans le guide ORSAN permet de répondre à l'ensemble des demandes de planification opérationnelle des préfets quelle que soit la nature de l'événement considéré. Il repose sur deux notions.

Tout d'abord la notion « situation sanitaire exceptionnelle ». Elle englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins, qu'elles soient liées notamment à une maladie infectieuse à potentiel épidémique, une catastrophe naturelle, un accident technologique ou encore un acte malveillant.

Enfin la notion d'« effets à obtenir », qui en termes de relation entre les préfectures et les ARS opère le passage d'une logique de moyens recensés au niveau du département à une logique de « conséquences sanitaires » d'un événement à traiter, servant de base à la définition d'une organisation adaptée des soins.

L'objectif consiste à rechercher les approches les plus efficaces au sein de chaque territoire, en prenant en compte les particularités et les ressources locales disponibles dans le secteur libéral, pré-hospitalier, hospitalier et médico-social.

Il s'agit de mettre en place une organisation cohérente du système de santé permettant de formuler des réponses progressives, strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'événement, associant l'ensemble des secteurs de l'offre de soins, tout en restant compatible avec des impératifs éventuels de montée en puissance.

Le renforcement de l'offre de soins du système de santé repose dans un premier temps sur la mobilisation de ses ressources propres, puis, si besoin, sur celle des autres moyens extérieurs. On entend par ressources sanitaires, les moyens matériels ou humains relevant du champ de compétence de l'ARS tels que les établissements de santé, les professionnels libéraux, les établissements médicaux sociaux, la réserve sanitaire et les produits de santé détenus par l'EPRUS. Par extension, les ressources extérieures sont celles ne relevant pas du champ de compétence de l'ARS (centres médicaux des armées, hôpitaux d'instruction des armées, ambulanciers, services d'incendie et de secours et leurs services médicaux, médecins du travail...).

Ainsi, quelle que soit la situation exceptionnelle envisagée et ses conséquences sanitaires, la réponse reposera à minima sur les mesures prises au titre du schéma ORSAN, pour adapter les parcours de soins des patients utilisés en routine et organiser la montée en puissance coordonnée du système de santé et sur les plans d'opérateurs (plan blanc ou le plan bleu) concernés. De manière concomitante, en fonction de l'ampleur, de la cinétique, des besoins liés à la nature de l'événement dont il est question, un renfort pourra être opéré via le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires et/ou le plan blanc élargi, si les capacités sanitaires locales sont dépassées. Les ARS et les ARSZ coordonnent leur élaboration à partir des effets à obtenir exprimés par les préfets dans les différents plans de réponse dont ils ont la responsabilité et veillent à leur articulation avec les autres dispositifs territoriaux de gestion de crise (ex. ORSEC).

Dans ce cadre le schéma ORSAN comprend 5 volets dont :

3 volets s'inscrivant dans une logique régionale :

- accueil massif de victimes non contaminées (« *ORSAN AMAVI* ») ;
- prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (« *ORSAN CLIM* ») ;
- gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (« *ORSAN EPI-VAC* ») ;

2 volets structurés suivant une logique zonale :

- prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (« *ORSAN BIO* ») ;
- prise en charge d'un risque NRC (« *ORSAN NRC* »).

Pour s'adapter à la nature de l'événement et aux besoins de la population, le schéma ORSAN est décliné au niveau des opérateurs de soins : il s'agit pour les structures de soins de tenir compte du rôle qui leur a été attribué au sein des volets régionaux et zonaux et d'intégrer dans leur plan blanc, plan bleu ou contrat d'objectifs et de moyens pour les maisons pluridisciplinaires de santé, le cas échéant, les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Les plans de renforts :

- Le plan blanc élargi :

Le plan blanc élargi (PBE) constitue un outil de réponse à disposition du préfet de département. Il est réservé aux situations pour lesquelles l'organisation du système de santé

~ 20 ~

renforcée ne permet pas, à elle seule, de faire face à l'événement considéré. Il consiste à mobiliser des ressources sanitaires et/ou extérieures par le préfet : soit par mobilisation dans le cadre de conventions préalablement établies, soit par réquisition. Par conséquent, le PBE doit comprendre tous les éléments permettant au préfet de mobiliser rapidement les ressources, quelle que soit leur origine, en cas de situation ne pouvant être traitée en totalité par le système de santé.

- Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires

Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires est défini à l'article L 3131-11 du CSP. Il a pour objectif de permettre le suivi et la mobilisation des moyens sanitaires zonaux et la répartition des moyens nationaux attribués en renforts pour faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins à l'échelle de la zone de défense et de sécurité.

Les volets ORSAN structurés sur une maille zonale, c'est-à-dire les volets BIO et NRC, s'articulent d'emblée avec le plan zonal de mobilisation pour permettre la mobilisation des moyens zonaux et/ou nationaux nécessaires en renforts

(capacités de prise en charge rares : laboratoires de sécurité biologique de niveau 3 (LSB3), Poste de sécurité microbiologique de niveau 3 (PSM 3), lits de grands brûlés, produits de santé des stocks nationaux etc. ...).

Au niveau local, la réponse face à une situation exceptionnelle reste du domaine de l'établissement de santé. C'est le dispositif du « plan blanc ». C'est un plan d'urgence adapté à l'établissement 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 l'établissement de faire face à une situation exceptionnelle en maintenant une continuité des soins et en préservant la sécurité des patients et du personnel.

Ce plan fait l'objet d'un réexamen annuel. Il est soumis aux différentes instances consultatives et délibératives de l'établissement (conseil de surveillance, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement et commission d'hygiène de sécurité et des conditions de travail).

Paradoxalement, le Plan Blanc qui est pour tous les professionnels synonyme d'organisation hospitalière a en fait une origine pré-hospitalière. C'est dans les années 1980 puis 1990 à la

suite d'attentats terroristes que l'APHP à Paris a mis en place un dispositif de mobilisation rapide des hôpitaux appelé Plan Blanc. Ce Plan Blanc s'inscrivait très logiquement dans la continuité de la prise en charge par le SAMU de nombreuses victimes sur le terrain. Elle comportait le déploiement de la « chaîne médicale de l'avant » avec la constitution sur le ou les sites de la catastrophe d'un poste médical avancé (PMA). Ce PMA permettait ensuite la répartition des victimes dans tous les hôpitaux ayant un plateau technique adapté pour les recevoir. Cette fragmentation du flux des victimes provenant du terrain s'accompagnait d'une mobilisation de tous les services disponibles. Ces dispositions sont toujours en vigueur, mais elles font partie maintenant du Plan ORSEC NOVI, c'est-à-dire le plan destiné à la prise en charge de nombreuses victimes à l'extérieur de l'hôpital.

Le but du Plan Blanc hospitalier est de reconfigurer rapidement l'établissement de santé, qui par essence propose une palette étendue de soins spécialisés, dans une seule direction : la prise en charge de victimes en grand nombre provenant d'un même événement. Il s'agit donc d'exploiter toutes les ressources de soins et de les réorganiser en urgence pour élargir l'offre de soins à une demande ponctuelle et exceptionnelle qui dépasse largement celle du quotidien. Les principes du Plan Blanc sont d'utiliser les personnels et les moyens existants au maximum de leurs performances et de ne pas hésiter à le faire aux dépens d'activités non urgentes qui pourraient être reportées. . Lors d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE), deux flux de patients sont prévus : un flux immédiat ambulatoire non régulé et donc difficilement prévisible auquel s'ajoute un second flux lui régulé par le SAMU après intervention des équipes de réanimation du SMUR sur le terrain.

1.2.3 La situation de l'Hôpital St ANNE :

1.2.3.1 La doctrine du Service de Santé des Armées (SSA) :

Le Service de santé des Armées repose avant tout sur une mission claire : le soutien des forces en opération. Cette mission se décline avant, pendant, et après les opérations. La capacité de déployer une chaîne santé complète incluant des postes médicaux, des antennes médico-chirurgicales et des hôpitaux donne à la France sa capacité d'autonomie décisionnelle et par conséquent opérationnelle.

Au-delà de sa mission propre, le SSA participe aux capacités de résilience de la nation. Son expertise, ses moyens techniques ainsi que sa capacité de réaction contribuent à la protection de la population Française. Les récents événements qui se sont produit en France, ont pu démontrer s'il en était besoin, les capacités du SSA (techniques, et humaines). La crise provoquée par la maladie à virus Ebola en 2014/2015, a permis également aux équipes du SSA de mettre en œuvre tout le panel de leurs savoir-faire.

Afin de répondre aux évolutions de son environnement, le SSA a dû mener une réflexion en profondeur sur son organisation et ses missions pour les prochaines années. Ces études prospectives ont notamment affirmées le rôle important des Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) dont St ANNE fait partie intégrante.

1.2.3.2 Le rôle particulier de l'HIA ST ANNE :

Le rôle de l'HIA St ANNE est bien entendu conforme à la doctrine générale du service de santé. Mais au-delà de cette doctrine, l'HIA à un rôle d'acteur au niveau local. Implanté depuis de nombreuses années dans la région Toulonnaise. Il ne fait aucun doute sur son importance au sein de la population locale. Son implantation géographique et ses capacités intrinsèques ainsi que ses savoir-faire parfois uniques font de l'HIA un acteur incontournable en cas de crise majeur sur le territoire Toulonnais, mais aussi en cas de crise nationale.

D'autre part son appartenance au réseau des laboratoires biotox, et sa capacité potentielle d'accueillir des patients contagieux en font un point fort pour les décideurs en cas d'événements.

Au-delà du côté normatif des plans de secours, qui fixent des hôpitaux de références, des acteurs régionaux et nationaux, il est indispensable de comprendre et d'anticiper les réactions de la population. Tous les retours d'expériences, récents ou plus ancien montrent que les impliqués vont vers la structure hospitalière la plus proche. Le caractère militaire de l'hôpital et son implantation dans le tissu local ne fera qu'accentuer cet effet.

2^{ème} Partie : Le risque épidémique : généralités et implications

2.1 Généralités sur le risque épidémique :

2.1.1 Le risque naturel :

Le risque épidémique est permanent et il peut être dangereux. Nous avons tendance à croire dans nos sociétés modernes et occidentales que ce risque fait partie du passé. Pourtant ce risque épidémique est réel.

Or l'épidémie du « SRAS » a montré à quel point la survenue d'une infection « inconnue » capable de diffuser en quelques semaines sur la planète pouvait entraîner une réelle situation de crise.

Le SRAS qui est le passage d'un coronavirus de l'animal à l'homme illustre bien cette problématique.

Si l'on peut faire le constat statistique que 90% des maladies infectieuses surviennent dans les pays en voie de développement, les pays industriels ne sont pas à l'abri de nouvelles menaces. Malgré les politiques de vaccination on peut observer une émergence de certaines maladies infectieuses dans les pays occidentaux, mais également le retour de maladies que l'on croyait en forte régression. La croyance qui prévalait dans les années 1980, dans la disparition à terme des maladies infectieuses semble battue par la réalité des faits.

Aujourd'hui, même si les maladies infectieuses représentent 1% de la mortalité dans nos sociétés, on doit s'alarmer sur le fait que la précarité, l'absence de soins et d'hygiène élémentaire peuvent représenter un risque. L'arrivée de réfugiés en 2001 sur les côtes Varoise, a mis en évidence les problématiques de santé liées à une arrivée en masse de personnes en détresse venant de pays défavorisés. En ce qui concerne l'avenir, diverses raisons ne nous conduisent pas à l'optimisme. Les bactéries ont une capacité extraordinaire d'adaptation à leur environnement. Les virus ayant les mêmes facultés. L'augmentation rapide de la population et en particulier dans les pays en voie de développement maintient une situation alarmante en matière de maladies infectieuses du fait du réservoir potentiel d'agents pathogènes et de la facilitation de leur transmission.

Enfin les modifications écologiques majeures induites dans certaines régions du globe par l'expansion territoriale de l'homme établissent des conditions auparavant inexistantes. Les conditions de mise en contact de l'homme avec des espèces animales ou de vecteurs, favorisent la transmission des micro-organismes.

Ces faits doivent nous conduire à nous interroger sur nos modes de vies et les nouveaux dangers.

2.1.2 Le risque intentionnel :

Malgré les réticences de certains experts, les risques liés aux actions volontaires utilisant des agents pathogènes sont bien réels, les exemples qui suivent n'ont pas de valeur d'exhaustivité, ils sont néanmoins représentatifs des risques actuels et à venir.

D'autres utilisations supposées ou réelles existent mais elles sont classifiées.

- **1995** : La secte Aoum, possédait au moment de son démantèlement un arsenal composé de « toxine botulique » et « d'anthrax ». Des procédés d'utilisation étaient par ailleurs disponibles. Un essai de dissémination d'anthrax avait été engagé par la secte avant même l'utilisation du Sarin. Le responsable de la secte a également confirmé lors de son interrogatoire sa tentative de récupération de souches de virus Ebola !
- **1984** : La secte américaine Rajneshee, a procédé à l'empoisonnement de salades dans des restaurants en Oregon, afin de peser sur des résultats d'élection. L'utilisation de salmonelle avait alors provoqué 751 cas de salmonellose.
- **2001** : Il s'agit dans ce cas précis d'utilisation de souches d'anthrax positionnées dans des lettres ou colis à destination de certains journaux ou sénateurs. Dans ce cas précis, un chapitre particulier pourrait y être consacré, tant le sujet a provoqué de questionnements (détection/diagnostic/traitement/désinfection).

Ces trois exemples illustrent la menace d'utilisation d'agents pathogènes dans les années à venir mais également la diversité des acteurs étant en mesure d'utiliser de tels agents. L'étude des actions passées peut éclairer significativement une utilisation possible dans le futur.

2.1.3 Facteurs favorisant l'émergence ou la diffusion :

- Les modes d'alimentation ou agricole :

Le développement de nos sociétés peut être générateur de maladies infectieuses et illustre bien l'extraordinaire adaptabilité des agents pathogènes.

Les nouveaux modes d'alimentation peuvent provoquer des maladies infectieuses de manière directe ou indirecte. L'élevage intensif des poulets semble provoquer une extension de la grippe aviaire et son possible passage chez l'homme. Les élevages en plein air favorisant également cette contamination lors du passage des oiseaux migrateurs. Les Pays-Bas ont demandé récemment à ce que les poulets soient confinés lors de ces périodes.

Le transport sur de longues distances augmentent le risque de rupture du froid et peuvent favoriser le risque de listéria.

Les méthodes de production dites « BIO », peuvent par ailleurs faire croître certains risques alimentaires et épidémiques par un manque de contrôle. L'épidémie de *E. coli* Entéro-Hémorragique (O104H4), qui a touché l'Europe en 2011, a été un révélateur des risques de l'agriculture biologique^{5,6}

- Les modes de vie :

La demande de climatisation généralisée demande un contrôle sans faille sous peine de voir se multiplier des épidémies dû à la légionellose.

L'hygiène poussée à son paroxysme pourrait favoriser une plus grande fragilité envers les micro-organismes. Nos conditions de confort y participant également.

- Les transports :

La multiplication des moyens de transport et la vitesse de déplacement permet aujourd'hui aux micro-organismes de « voyager » plus facilement d'un continent à un autre. Cette facilité aux déplacements ne doit pas être examinée qu'entres continents. A chaque niveau de communication (locale/régionale/nationale...), cette même facilité existe.

Certaines maladies, se retrouvent aujourd'hui présentes en dehors de leur milieu d'origine.

⁵ INRA : science et impact 2011

⁶ Article de SLATE fr : Graines germées : la première crise de l'agriculture biologique.

- Les modifications de l'environnement :

De tout temps, l'homme a cherché à accroître sa surface nécessaire pour son existence. Que ce soit pour des besoins agricoles, économiques, ou simplement dû à l'augmentation démographique. Aujourd'hui cette démarche provoque un bouleversement environnemental amplifié du fait d'une démographie importante sur certains continents. D'autre part l'activité économique a été très largement augmentée ces dernières années.

L'ensemble de ces facteurs contribue aux risques d'émergence ou de réémergence de maladies infectieuses. Certains changements ont d'ailleurs provoqué des catastrophes visibles sur un court laps de temps, c'est l'exemple de la construction du barrage d'Assouan en Egypte.

- Le cas particulier des BMR/BHR.e :

La consommation accrue d'antibiotiques chez l'animal et chez l'homme, la stabilité des antibiotiques dans les effluents, l'utilisation massive de biocides alliés à la capacité d'adaptation des bactéries poussent aujourd'hui à s'interroger sur la maîtrise de cette émergence et sur la prise en charge thérapeutique des patients infectés?⁷

Les problématiques posées par ces bactéries multi-résistantes aux antibiotiques sont un réel problème de santé publique reconnu par l'OMS, l'Union Européenne et le ministère de la santé.

La prise en charge de personnes issues ou rapatriées de zones hyperendémiques doit conduire à s'interroger sur la prise en charge d'un afflux massif de patients porteur de ces bactéries ?

2.2 Les conséquences prévisibles d'une épidémie :

Les réactions des populations, les décisions des professionnels et enfin les décisions publiques construisent les épidémies. L'histoire nous montre combien les grandes épidémies du moyen-âge ont modifié considérablement et en profondeur nos sociétés. L'étude de l'épidémie de peste en France nous indique cette évolution en profondeur⁸ des sociétés occidentales.

⁷ Voir le projet BIOTECH

⁸ La Peste noire et la mutation sociale de l'Occident

Chaque épidémie conduit souvent à la stigmatisation sociale de certaines catégories de la population. De simples enquêtes épidémiologiques peuvent conduire à cette stigmatisation. Cela doit conduire d'ailleurs à la prudence des décideurs quant à la communication. En effet, il est important de dépasser le simple cadre scientifique pour appréhender au mieux les réactions de la population. Cette communication devra tenir compte de l'état d'avancement de la situation épidémiologique et de la perception qu'en a la population.

L'acceptabilité des mesures de lutte contre les épidémies est un point particulièrement sensible. Dans toutes les cultures, ce qui reste le plus difficile à accepter concerne les perturbations ou les changements brutaux en ce qui concerne les rites funéraires.

L'histoire nous montre là encore, que si une certaine fatalité peut naître lors d'une épidémie à fort taux de létalité, il est un sujet qui peut amener à des situations de révoltes, c'est l'impossibilité de pratiquer son rite funéraire. Un peu comme s'il s'agissait d'une double punition.

Il est intéressant de lire les plans concernant les décès massifs, qui techniquement sont sans aucun doute irréprochables, mais qui ont tendance à faire abstraction des réactions populaires (au sens propre du terme). Il est sûrement tout aussi dangereux de croire, que nos sociétés, de plus en plus absente de spiritualité ne seraient pas impactées pas un tel sentiment.

L'hôpital reste le lieu où l'on donne la vie, mais également celui où la majorité des personnes décèdent, il sera donc indubitablement impacté.

Il suffit de se souvenir de l'épisode de la canicule et de la problématique concernant la gestion des personnes décédées.

Or, si dans les plans qui conditionnent la bonne gestion des épidémies, la problématique des décédés y est abordée (gestion de décès massif), elle y est rarement sous la forme sociologique. Quelle sera la difficulté si demain une épidémie impose par la masse et l'agent pathogène des mises en fosses communes ou des incinérations de masse ?

Les recommandations de cercueils aux normes particulières (épurateur...) ne prennent pas en compte la disponibilité de tels matériels sur une longue durée ? La problématique de cette gestion doit être abordée afin de pouvoir y faire face le cas échéant.

Il est sans doute nécessaire de réfléchir aux aspects sociologiques d'une épidémie importante, provoquant un effet de masse. L'hôpital ne peut pas faire l'impasse d'une telle réflexion. Si l'étude de la gestion de l'arrivée de patients en masse est indispensable, la gestion des décès

nombreux doit être menée en corolaire. Cette réflexion, doit être conduite en tenant compte que les actions menées le seront en premier lieu par l'hôpital et ses personnels.

Elle doit concerner, autant les lieux de gestion des personnes décédées (morgue), que les conditions de prise en compte de celles-ci. Mais également, les personnels qui seront chargés de conduire cette gestion.

2.3 Des conséquences diffuses :

Lors de situations de crises majeures, il est des réactions qui sont communément admises, la sidération, la panique qui y fait suite et la déstructuration de la société, ainsi que le décrochage des autorités. Les « retex » récents nous enseignent que les groupes fortement hiérarchisés, en marge de la société, reprendront le dessus très rapidement, un chef en remplaçant un autre, le groupe se reconstitue très rapidement. Ces groupes, dans le cadre d'une situation de crise, seront une source de danger pour l'hôpital dans ce sens où ils chercheront à devenir la priorité. La panique poussera des personnes sans aucune animosité naturelle à retrouver rapidement leur instinct de survie. Lors de la grande inondation de New-York, la population dite « aisée », a cédé en moins de 48 heures aux besoins de pillage, pour se nourrir tout simplement.

Il en ait d'autres plus difficiles à prévoir ou à quantifier.

Lors de la grippe H1N1, ce n'est pas le virus qui a bousculé la nation, mais les doutes quant au vaccin. La population réagit à l'affect, et au « mouvement de foule ». Cette inconnue, doit être acceptée, et intégrée dans la préparation de l'hôpital. Ce n'est pas parce qu'un plan prévoit que les victimes potentielles devront se rendre à l'hôpital de référence que cette même population s'y rendra. Comment les familles réagiront à la menace vis-à-vis de leurs enfants ?

Le personnel sera lui aussi sera exposé à des sentiments diffus. Le retex concernant l'engagement des forces armées au sein d'un centre de traitement lors de la crise dus au virus Ebola est assez révélateur des réactions possibles de chacun. En effet, au-delà de leur propre inquiétude, la plupart des personnels ont eu une appréhension lors de la phase retour. Les familles inquiètes durant l'engagement, l'ont été d'autant plus lors du retour. Y aurait-il une phase de quarantaine ? Est-ce que je représente un danger potentiel pour ma famille au retour ? Ces questions légitimes ont provoqué un trouble perceptible durant un temps non

~ 29 ~

négligeable. Les mêmes questions seraient posées en cas d'épidémie massive sur le territoire national. Comment réagira le personnel, si l'épidémie représente un réel danger pour leurs proches ? Ce même personnel pourrait en être affecté lors de son travail ?

L'ensemble de ses réactions, qui font appel à l'affect sont difficilement quantifiable, et il est illusoire de vouloir les traiter sous un format statistiques. Néanmoins, c'est en sachant qu'il y aura des réactions difficilement planifiables que l'on peut se préparer, notamment la cellule de crise et les cadres intermédiaires. Cette préparation consiste à accepter les faits et trouver les parades pour en diminuer les effets. Cela peut passer par la communication et les échanges réguliers lors de la crise, mais aussi par l'obligation pour les cadres intermédiaires d'organiser des « débriefing » quotidien avec les personnels engagés. Ces débriefings doivent servir aux personnels pour faire part de leurs émotions et de leurs questions. Cette méthode a fait ses preuves depuis longtemps dans les milieux opérationnels.

3^{ème} Partie : Se préparer à l'impensable

La préparation du milieu hospitalier face à une situation sanitaire biologique exceptionnelle peut se concevoir selon trois axes.

Le premier axe porte sur la prise en compte de l'environnement au sens général (prise en charge pré-hospitalière).

Le deuxième axe concerne la prise en charge effective des victimes sur l'hôpital. Il s'agit de l'organisation géographique et matérielle de la structure.

Enfin, puisqu'il n'y a pas de gestion de crise efficace sans prise en compte de l'humain, celle-ci doit être abordée de manière globale mais en tenant compte des particularités de chaque unité de travail, y compris de la cellule de crise de l'hôpital. C'est ce qui représente le troisième axe.

3.1 La réponse pré-hospitalière :

Concernant la gestion d'une crise de cette ampleur, il faut pouvoir prendre des décisions efficaces et y attribuer des moyens efficaces, sur un temps plus ou moins long. Pour cela il est nécessaire d'avoir une vision globale de la stratégie de défense et des moyens existants qui y seront attribués et éventuellement des renforts.

3.1.1 La stratégie de défense : Une défense en profondeur.

3.1.1.1 le premier cercle : la zone d'incident (locale/régionale/nationale...) :

Dans le cadre d'une cinétique rapide (attentats), la gestion de l'incident est segmentée. D'un côté, les forces de secours (Pompiers/SAMU /Armées), et de l'autre les établissements de santé, en particulier l'hôpital. Lors d'une telle situation et si les conditions l'exigent, les plans de secours sont mis en œuvre (NOVI/plan NRBC.e/PB...). Cependant, même si la gestion de l'avant n'est pas du ressort de l'hôpital en tant que tel, il est nécessaire de mener une réflexion d'ensemble dans le cadre de situations sanitaires exceptionnelles, et plus particulièrement celles à caractère biologique. En effet, les contraintes concernant la contagiosité sont trop importantes pour ne pas être prises en compte dès le point zéro.

D'autant plus si la majorité des impliqués restent valides et par conséquent risquent d'arriver par leurs propres moyens à l'hôpital.

Dans le cadre d'un attentat avec l'utilisation d'anthrax (cinétique rapide) comme agent pathogène, il est probable que la levée de doute sera difficile (poudre, sable,... lettres... ?). Quelle organisation sera choisie par les forces de secours, y aura-t-il une décontamination de l'avant, avec une levée de doute (la diffusion des appareils nécessaires n'étant pas généralisée) ? Comment seront gérées les victimes dans le doute ? Toutes ces questions doivent faire l'objet de planification froide, et ce au niveau local. Les plans de secours nationaux ne prenant pas en compte les spécificités locales, il peut y avoir une disparité importante entre les différentes zones. La menace et les risques n'étant plus concentrées sur les métropoles importantes telles que Paris, il est indispensable que les acteurs locaux planifient leurs réponses en fonction de leurs moyens. D'autre part, cela pourrait représenter une formidable opportunité concernant une démarche commune sur le plan local dans la gestion d'une crise.

C'est pour ces raisons que la réflexion de l'hôpital doit être menée sur ce premier cercle de défense. Il ne s'agit pas de se substituer aux services de secours et aux acteurs tels que les ARS, mais bien d'apporter une contribution et de faire connaître ses modes d'engagement mais aussi ces contraintes. Jusqu'à présent, et cela a été confirmé par les récents événements, les plans de secours fonctionnent et la régulation de l'avant permet d'éviter un engorgement préjudiciable de l'hôpital, mais il s'agit d'incidents que l'on peut qualifier de conventionnels. Dans le cadre d'un incident à caractère biologique, le risque de contamination serait de nature à complexifier considérablement la gestion.

Un autre scénario à cinétique rapide pourrait être pris comme base de travail. Il s'agit de l'arrivée massive de réfugiés. Il doit être abordé de manière dépassionnée et pragmatique. La région PACA étant une zone pouvant être soumise à ces problématiques. En 2002, un bateau s'est échoué sur les côtes Varoises avec à son bord des réfugiés dont des familles. L'accueil de ceux-ci s'est effectué sur une ancienne base militaire (Fréjus). Ces personnes sont arrivées dans un état d'hygiène très dégradée (puces, tiques/pathologies infectieuses diverses...), ce qui a nécessité une désinfection d'urgence des salles de restauration et de vie et une prise en compte en terme d'hygiène des personnes. Il a alors été fait appel aux unités spécialisées NRBC de l'armée de terre. En effet les organismes chargés en tant que premiers intervenants

des réfugiés se sont trouvés très rapidement débordés. On retrouve d'ailleurs des éléments constitutifs des crises. D'abord, une arrivée soudaine de victimes en grand nombre (rupture, soudaineté), ensuite le comportement des réfugiés, revendicatifs et peu coopératifs, rompant avec les attendus habituellement dispensés ont imposé une mise en place d'une sécurité renforcée (gardes mobiles) et d'unités spécialisées de l'armée de terre, c'est la divergence. Enfin, les risques sanitaires non pris en compte au départ ont complexifié la gestion de ceux-ci par la suite (désinfection des lieux de vie/douches...).

Il serait intéressant de poser le même scénario avec un risque épidémiologique important associé à un risque de contamination, imposant une prise en charge hospitalière et des précautions particulières (MERXS/SRAS...). Il s'agit dans ce domaine de tenir compte du RETEX de cet incident et de définir ce que pourrait être le rôle de chacun, en ce qui concerne la gestion de tels centres, mais également la protection de l'hôpital, si le cas échéant, les impliqués nécessitent une prise en charge.

En ce qui concerne une situation à cinétique lente, telle qu'une épidémie, le premier cercle prendra toute son importance si l'on veut garder comme principe, la sanctuarisation de l'hôpital. Quels sont les moyens qui pourraient être mis en place pour gérer des victimes en grand nombre avec le risque d'un agent biologique, contagieux à fort taux de létalité ? On peut imaginer par exemple la création de zone de transit ou de soins déconcentrées. Ces zones de soins, tels que des gymnases, ou d'autres infrastructures serviraient à protéger l'élément à haute valeur ajoutée que représente l'hôpital. Cette première défense ne peut se concevoir que si l'hôpital est partie prenante dans sa conception et pourquoi pas dans sa gestion, du moins en partie. Dans ce cadre les plans correspondant seraient déclenchés et gérés par les instances idoines (ARS/Préfecture de zone). Néanmoins, l'acteur principal doit rester le système hospitalier. Ce rôle d'acteur doit être considéré comme étant une aide pour l'ensemble des parties prenantes mais aussi comme répondant à l'objectif de protection des établissements de santé.

Il ne s'agit pas de se substituer aux organismes chargés de la mise en place des réponses organisationnelles, mais bien de prendre contact avec les acteurs locaux, avec lesquels les relations de terrains seront indispensables lors de la gestion d'une telle crise.

Des groupes de travail pourraient travailler sur la conception de ces zones de « transit » ou de soins. Les problématiques de gestion des impliqués

(personnels/organisation/soins/matériels...) pourraient y être abordées. Dans le cadre des plans existants mais en tenant compte des spécificités locales. Les pompiers, les collectivités locales (mairie), les personnels de la médecine libérale et enfin les ambulanciers pourraient y être représentés. L'hôpital apportant son savoir-faire dans la gestion de personnes à risques infectieux et dans le domaine de l'hygiène (désinfection/protection). On peut imaginer la création de « Task-force », issues du monde hospitalier pour l'aide à la gestion de ces centres. Il n'est pas question de pré-positionnement de matériels, cela existe déjà et la gestion ne dépend pas de l'hôpital, mais bien, de réfléchir à la conception et à l'organisation et d'en comprendre les contraintes et les difficultés de chacun.

Il serait sans aucun doute intéressant au niveau local de créer ce groupe de réflexions avec le service de protection civile (communale). Dans le cadre de l'HIA, ce groupe permettrait de mettre en place une synergie commune concernant la gestion de centres d'accueils. Certes, dans un tel cadre ce rôle est normalement du ressort des services de l'ARS. Cependant, Il est nécessaire de ne pas occulter la plus-value que représentent des échanges directs entre les acteurs de terrain. Le service de protection civile ayant déjà l'expérience de la grippe H1N1, et notamment des centres de vaccination, il pourrait être judicieux de mettre en commun les attentes de chacun et les modes d'actions afin de pouvoir pérenniser une vraie connaissance mutuelle. Pour bâtir cette culture commune de gestion de crise, on peut envisager de travailler sur les plans de sauvegarde communaux et notamment le principe des plans intercommunaux de sauvegarde. Ce principe de mutualiser à froid les moyens de chacun permet d'engager ceux-ci en juste suffisance au moment de la crise. Le temps de réaction faisant partie des atouts indispensables pour prendre le « lead » le jour d'une crise majeur.

Dans le cadre d'une SSE, l'hôpital ne pourra pas faire abstraction de son environnement, et l'HIA St ANNE, située en centre-ville sera très certainement impactée rapidement. Si les centres d'accueils pouvaient déconcentrer l'arrivée et la gestion des impliqués, cela pourrait créer une situation extrêmement favorable. La gestion dans la durée ne se fera pas sans l'aide de ses services communaux.

3.1.1.2 Le deuxième cercle : l'enceinte de la structure hospitalière.

Il s'agit là de la protection immédiate de l'hôpital. Cette protection revêt une importance particulière dans le cadre d'une SSE.

On sait grâce aux retours d'expériences des différentes catastrophes que l'hôpital ne sera jamais à l'abri d'un afflux massif de personnes. Les plans de secours conçu pour éviter cet état ne peuvent qu'en diminuer les effets. Tout d'abord parce qu'il faut un délai incompressible de mise en place et que ce délai représente le temps ou les victimes peuvent se diriger vers l'hôpital. Ensuite parce que le raisonnement qui prévaut, que lors d'incidents, il n'y a en grande partie que des victimes non ambulatoires est un raisonnement quelque peu réducteur. Lors de l'attentat au sarin dans le métro de Tokyo, une partie importante des victimes a pu se déplacer vers l'hôpital le plus proche et par ses propres moyens (taxi/bus/voitures...). Or, dans le cadre d'un incident biologique, il est fort probable que les victimes pourront se déplacer, on peut même penser qu'elles seront asymptomatiques dans un très grand nombre de cas. A Tokyo, les personnels des urgences de l'hôpital le plus proche ont été intoxiqués au Sarin dès l'arrivée des impliqués (désorption). Cela pose le problème de la levée de doute à l'entrée de l'hôpital. Dans le cadre du plan blanc celui-ci doit assurer sa sécurité et canaliser l'arrivée massive de personnes. Il est prévu le renfort d'unité de forces de l'ordre pour assurer ce rôle. Cependant, le temps d'arrivée des forces de l'ordre et celui des impliqués représente un gap qui pourrait être important. D'autre part, on pose le postulat que les forces de l'ordre seront disponibles en nombre suffisant pour être engagées vers l'hôpital. Or, dans l'application stricte des plans, il est fort probable que celles-ci seront occupées sur la zone de l'incident ou envoyées vers l'hôpital de référence !

Dans le cadre d'une arrivée massive du à un incident brutal (attentats), le temps de réaction de l'hôpital sera très court. Lors des attentats de Paris, des victimes se sont présentées aux urgences de l'hôpital le plus proche, alors que les incidents n'étaient pas encore connus ? Il peut s'agir de spécificités locales, mais qui doivent être prises en compte. La situation géographique de l'hôpital revêt une grande importance. Si l'on prend l'exemple de l'HIA Ste ANNE, il est tout à fait envisageable de vivre une arrivée massive et rapide de personnes se rendant des lieux de l'incident (stade, centres commerciaux...) vers l'hôpital le plus proche, c'est-à-dire l'HIA. L'hôpital prioritaire « St MUSSE » étant plus éloigné du centre-ville.

En ce qui concerne cette défense, il s'agit de raisonner en termes de priorités et d'économies de moyens. L'établissement devra fonctionner en mode dégradé durant un certain temps. Le premier point d'entrée, en dehors du poste de filtration sera sans aucun doute le SAU, celui-ci devra alors s'appuyer sur les procédures existantes (questionnaires et protections idoines), le personnel devra faire preuve d'autonomie dans la gestion de l'incident, du moins dans les premiers temps. Il s'agira de préserver au maximum l'intégrité des urgences, un local déconcentré pourrait être activé au vu des premiers diagnostics, d'où je viens ? (lieux de provenance), raisons de ma présence (qu'ais je subi ?), et des informations concordantes des autres impliqués. Dans le cadre d'un doute sur la nature de l'incident, une levée de doute doit pouvoir être menée. Cette levée de doute, chimique et radiologique doit pouvoir se faire rapidement avec des appareils ne demandant pas une formation pointue quant à l'interprétation des résultats.

La gestion de personnes, asymptomatiques, mais avec suspicion de contagiosité mérite une approche particulière, tant psychologique que matériel. La connaissance et l'entraînement à la mise en œuvre des plans blancs est bien entendu un point fort pour l'hôpital. Néanmoins, il faut ajouter l'effet de masse. On ne gère pas une foule, comme on peut gérer des personnes polytraumatisées ou brancardées. Cette prise en compte doit absolument être envisagée. Elle doit être pensée d'un point de vue psychologique, géographique et matérielle. On peut envisager une zone de regroupement en dehors du SAU, comportant des panneaux d'affichages explicatifs de la situation et des démarches qui seront entreprises concernant la prise en compte des impliqués. La prise en charge des personnes devra comporter également la partie ravitaillement, eau et nourriture... Ce qui a pour effet secondaire de diminuer le sentiment anxieux.

Le service de sécurité-gardiennage, doit être mis dans la boucle des informations aussitôt, ce qui lui permettra de filtrer et d'orienter les personnes. Ces personnels, doivent être formés à la gestion de ce type d'incident (Cf. 3.3 formation).

Des décisions de fermeture des accès de l'hôpital doivent être prises très rapidement, on peut alors s'appuyer sur le plan de mise en sécurité et le plan blanc. Il est nécessaire à ce stade de la réflexion de ne pas occulter les problématiques générales qui peuvent surgir en cas d'incidents graves, notamment dans le domaine d'incidents non conventionnels. La charge émotionnelle des impliqués sera très importante. Or, la violence, due en grande partie à la

peur et l'ignorance, sera très rapidement présente. Certains groupes, habitués à une violence quotidienne et naturelle, ne se contenteront pas d'une éventuelle prise en charge. Ils risquent de chercher à pénétrer par tous les moyens dans la structure. Cette fermeture doit se décider très vite. D'autre part, une décision concernant la protection des gardiens à l'entrée devra être prise très rapidement. Si l'on veut pouvoir garder ces personnels opérationnels, il est indispensable qu'ils se sentent protégés face à une éventuelle menace.

Le plan blanc et son annexe « bio » doit être la base de travail pour mener une réflexion en profondeur sur ce deuxième cercle. Néanmoins, l'effet de masse, avec un caractère biologique, doit amener la réflexion sur une base plus large que le plan blanc stricto sensu.

Une attention toute particulière devra être portée sur l'arrivée des renforts hospitaliers dans le cadre d'un déclenchement du plan blanc (itinéraire d'arrivée sur site/ lieu d'accueil...). Un panneau sur le lieu de rassemblement du personnel peut être mis en place avec comme informations la situation sur l'hôpital (nature de l'incident//précaution contact/air// points particuliers...). La gestion des renforts reste toujours un point clé dans ce cadre-là.

Dans le cadre d'une crise à cinétique rapide, la problématique est l'effet de masse sur un court instant, dans le cadre d'une cinétique plus lente (épidémie), la difficulté sera la pérennisation des moyens de défense. D'une part, par la prolongation de l'état de tension des services de l'hôpital sur une durée indéterminée, et d'autre part, parce que la population risque d'affluer vers l'hôpital en nombre suffisant pour provoquer un engorgement durable. Les épisodes grippaux en sont un très bon exemple, qu'en serait-il avec une grippe, contagieuse et possédant un fort taux de létalité ?

Par ailleurs, il n'est pas interdit de penser, que les personnels de l'hôpital et des services le soutenant soient impactés par ladite épidémie (?).

3.1.1.3 La défense interne :

La défense interne concerne principalement l'organisation des services. Le déclenchement du plan blanc et de son annexe bio permet de mettre en œuvre les mesures de protection et d'organisation des services pour faire face à une situation biologique. Cependant, il faut prendre en compte une arrivée en nombre des impliqués. La structure d'hospitalisation Biotox ne peut pas absorber plus de 5 personnes. Si l'organisation des services pour la prise en

charge des patients suspects ou avérés peut être calquée sur le plan grippe, il ne peut s'agir que d'une cinétique lente. Dans le cadre d'une arrivée inopinée, des décisions de mise en isolement de certains services doivent être pensés avant, circuit d'arrivée, de transferts, précautions, désinfection des locaux et sur quel rythme. On peut imaginer une mise en place de panneau, comprenant des explications (précautions air/contact/circuit de marche en avant...). Ces panneaux doivent être existants et connus des personnels qui auront à les mettre en place, dans un délai très court.

La défense en interne doit être globale, l'ensemble des services doivent se sentir concernés et doivent connaître les procédures qui seront mises en place. Tout d'abord, parce que l'on ne peut pas raisonner en segmentant les services (soignants/non soignant). Il existe de nombreuses tâches transverses qui conditionnent la bonne marche des soins (technique/restauration/gestion des déchets...). Or ces services doivent être partie prenante dans la conception de la défense et de la mise en place des procédures. Les techniciens devront peut-être intervenir dans des zones d'isolement ? La restauration devra certainement faire face à une augmentation de la demande ? Les services de sécurité auront peut-être à intervenir plus régulièrement et dans des zones à risque infectieux.

Ce qui signifie, que dans le cadre de cette défense interne, la communication sera très importante, pour l'ensemble des personnels. Tous les personnels doivent avoir conscience de l'organisation des services, des éventuelles mises en isolement et des procédures y afférentes. Ces mesures doivent être comprises et appliquées au plus juste. Les fiches existantes concernant les précautions complémentaires à prendre dans certains cas, devront certainement être affichées sur une plus grande échelle. Il est très certainement risqué de penser, que les soignants ont l'habitude d'appliquer ces mesures et qu'il n'est pas nécessaire de prendre des dispositions supplémentaires. L'engagement sur le centre de traitement de la maladie Ebola en Guinée a démontré l'inverse. En effet, si les gestes quotidiens de soin étaient parfaitement maîtrisés, le fait de travailler dans un milieu contaminant, imposant des contraintes élevées, a pu créer un sentiment anxieux nécessitant une pédagogie adaptée. Or, dans le cadre d'une épidémie, contagieuse et fortement létale, on peut raisonnablement penser que les personnels seront soumis au même sentiment anxieux. Les patients, risquant d'ajouter à cela des difficultés supplémentaires.

Il est un domaine sur lequel il faut mettre un accent particulier, c'est le personnel de l'hôpital. La condition du personnel est trop souvent occultée. Or dans le cadre d'une crise perdurant sur une longue période, la gestion du personnel sera un des points clés de la réussite de la gestion de la crise. Comment imaginer que les personnels ne seront pas impactés par une épidémie déclarée. Leur famille, leurs enfants deviendront une préoccupation si importante et naturelle, qu'il leur sera difficile de remplir leur tâche opérationnelle. Dans les grands groupes industriels, cette préoccupation fait partie des plans et est intégrée dans la gestion de crise. Il est mis en place, une cellule chargée de s'occuper des familles des personnels engagés dans la crise. Il s'agit de mettre en place des crèches, des contacts téléphoniques, des aides à la famille en générale. Des exemples, ont pu montrer la différence entre des cellules de crise où le personnel étaient confiant dans la prise en compte de leurs proches et d'autres, où ces préoccupations personnelles prenaient le pas sur le travail.

Dans les armées cette organisation se nomme « cellule d'aide aux familles », activée pour soutenir les familles dont le conjoint(e) est en opérations extérieures. Il est indispensable, de se calquer sur cette structure pour mettre en place une réflexion sur cette problématique avant le déclenchement d'une crise. Il doit y avoir une communication sur l'existence de ces procédures.

3.1.1.4 La cellule de crise :

Il s'agit d'un élément central de la gestion de crise et de la défense de l'hôpital. Dans l'étude des cyndiniques, il est coutume de partir du principe que les décideurs ne sont pas préparés à la crise. Les crises tendent en effet à déstabiliser le gagnant, le brillant esprit cartésien, le décideur efficace, le voici confronté au brouillard de la guerre, au flou, à la perspective de l'échec majeur... mais aussi à l'exigence constante de négociations avec des acteurs sur lequel aucun pouvoir hiérarchique direct ne pourra s'exercer. Le plus préoccupant face à ses défis, c'est souvent le refus, le retrait, motivé par la peur du changement, des incertitudes, de sortir de cadre habituel...

Face à cela, il est une constante, c'est qu'il est impossible d'affronter une crise sans une réelle et solide préparation. C'est au sein des cellules de crise que se conduisent les politiques et les stratégies de réplique. C'est là, que dans une large mesure se gagne ou se perdent les

conduites de crise. Une cellule qui n'a pas été préalablement bien entraînée a peu de chance de donner satisfaction.

L'argument, maintes et maintes fois entendu, « en situation réelle, on saurait faire », est dangereux. Même si, il peut être vrai que dans certains cas, la forte mobilisation intellectuelle et matérielle a pu pallier au manque de préparation. Les plus grands fiascos de gestion de crise ces dernières années ont pu démontrer l'importance de la préparation. Le scénario le plus défavorable pour une cellule peu ou pas entraînée est la tentation du bunker. La cellule se réunie, dans une salle dédiée et se coupe aussitôt de son environnement. Lors des premières minutes, on observe bien souvent que l'effort collectif est porté sur l'installation matériel et la mise en place des moyens. Parfois, le chef de cellule est lui-même affairé à s'installer...pouvant aller jusqu'à se replier dans son bureau ! Personne ne se préoccupant de l'évolution de la crise, de la réalité du terrain, et, plus grave encore, des questions remontant du terrain.

Ce laps de temps, plus ou moins long participe au décrochage de la crise. Il est une des caractéristiques des cellules peu aguerries, c'est le flou du qui fait quoi ? Tout le monde donne son avis sur tout, et les réponses données au téléphone aux personnes sur le terrain ne sont jamais issues du même intervenant et ne font l'objet d'aucun suivi. Le bruit ambiant peut parfois rassurer, c'est l'image que l'on peut se faire d'une cellule de crise !!

Cette tentation de se renfermer, de s'occuper de soi, de se couper de la réalité, participe au décrochage. La cellule ne tardera pas à s'autonourrir, c'est le début de la divergence. Elle ne peut pas suivre la réalité, alors elle se forge une image tolérable vis-à-vis de ses capacités !

Pour pallier à ses difficultés, il n'y a pas de solutions tranchées. Chaque établissement possède ses particularités propres. Il s'agit tout d'abord d'établir un état de la cellule de crise telle qu'elle peut être mise en place. Dans un établissement hospitalier les exercices de mise en œuvre des plans blancs en sont l'occasion. A partir de cette base de travail, il est plus facile de se demander ce qui fonctionne et ce qui peut présenter des difficultés. Cependant cette démarche doit être objective et ne pas se contenter de porter un jugement sur le plan blanc en lui-même. En effet, c'est une situation qui est trop bien établie pour un hôpital pour que l'on puisse y déceler des points bloquants éventuels lors d'une situation exceptionnelle.

Les questions qui doivent se poser, c'est entre autre, en combien de temps la cellule est opérationnelle en situation inopinée ? Les personnels sont-ils formés et prêts pour y faire face ? ... Sommes-nous aptes à accepter une situation impensable ?

~ 40 ~

Une politique d'entraînement doit être mise en œuvre avec une réelle volonté de faire de la cellule de crise un véritable organe de commandement et d'anticipation. Pour cela, il est nécessaire de mener une réflexion sur les modes d'exercices et de formations pour atteindre cet objectif. Il en est un, qui peut aider à établir un état des connaissances et des savoir-faire, tout en prenant en compte les contraintes de temps et de disponibilité des personnels. Cet exercice consiste à travailler en réseau, sur un temps qui permet à chacun de participer à son rythme. Un scénario est proposé aux différents acteurs et dès lors, chacun devra répondre aux sollicitations dans son domaine respectif. Ce type d'exercice permet aux personnels sollicités de mener une réflexion sans contrainte particulière, sur des sujets complexes. Le réseau autorise chaque acteur à communiquer et à collaborer pour apporter les meilleures réponses aux situations posées. Durant le temps imparti, des questions de fonds et de contrôle de connaissances peuvent être injectées. La direction de l'exercice, peut, quant à elle modifier son scénario suivant les réponses apportées. Il s'agit bien là de travailler sur des scénarii complexes, en y ajoutant si possible le principe du « brouillard de la guerre » et de demander des réponses innovantes et originales.

Néanmoins cet entraînement, ne doit pas occulter la nécessité de mener de manière régulière un exercice de crise, associant l'ensemble des acteurs, dans des conditions proches de la réalité. Cet exercice devrait avoir comme caractéristique d'être inopiné ? Il est sûr que les premières réactions seront de déclarer que cela n'est pas envisageable, pas imaginable... Pas le temps, pas les personnels... ces résistances bien naturelles peuvent être combattues avec une simple question : La crise prendra t'elle rendez-vous ?

3.2 La préparation géographique :

La préparation géographique doit s'entendre comme étant la mise en place de différentes zones sur l'hôpital pour une gestion optimale de l'arrivée d'impliqués. Ces zones doivent permettre la gestion d'impliqués, avec un caractère de contagiosité avéré ou non.

3.2.1 Les différentes zones envisageables :

Il faut raisonner en termes de zones extérieures et intérieures à la structure. Pour ne pas brouiller inutilement le message des procédures existantes, l'architecture des zones sera celle mise en œuvre lors des plans blancs et de ses annexes.

3.2.1.2 : L'inventaire et le choix des zones :

Avant de faire un choix géographique des zones, il est nécessaire d'effectuer un point exhaustif des moyens et des espaces environnementaux de l'hôpital. Existe-t-il des bâtiments en dehors de la structure principale (construction en plusieurs blocs ou monobloc ?), l'accès principal est-il gardé et existe-t-il d'autres accès ? Peut-on envisager des zones cloisonnées à l'intérieur de la structure, et combien d'accès y sont-ils présents ? Ces questions sont indispensables pour mettre en place une procédure d'afflux massif. Le travail de réflexions peut prendre appui sur le concept de Point de Rassemblement des Victimes (PRV) à l'extérieur et du plan grippe à l'intérieur.

3.2.1.3 Les zones extérieures pour protéger la structure interne :

Le poste de filtration est le premier point d'entrée, il représente une zone d'entrée et de tri. Le tri doit pouvoir s'effectuer à partir d'un questionnaire simple. Dans le cadre d'une cinétique rapide, il est fort probable que les impliqués aient la même origine géographique et aient subi le même évènement. Ces personnes devront être orientées vers la zone d'accueil et d'attente correspondante. Les autres devront emprunter un itinéraire réservé s'il y a lieu. Dans le cadre d'une cinétique lente (épidémie), un questionnaire plus approfondi devra permettre aux agents de filtration de diriger les personnes vers des lieux désignés. Ce poste revêt une grande importance dans la gestion du flux. Dans le cadre d'un afflux massif, sur une courte période ou une période plus longue, on ne pourra pas fonctionner de manière optimale avec comme seul point d'entrée, le service des urgences. D'autant plus, qu'il y a un risque que les impliqués veuillent entrer dans l'hôpital par le chemin le plus naturel, entrée/accueil.

~ 42 ~

Il est indispensable de réfléchir aux différentes possibilités que l'environnement offre. Le plan blanc et ses annexes NRBC.e , désignent un certain nombres de zones. Cependant, ces zones ne sont pas précisément pensées pour une gestion épidémique. Comme nous l'avons déjà vu précédemment, une épidémie contagieuse impose des règles de gestion et de prise en compte très contraignantes. De plus, un afflux de victimes, composés de familles, personnes à mobilités réduites... demande une gestion différente. Il s'agira de prendre en compte des personnes pouvant se mouvoir dans la majorité des cas mais à qui on devra imposer une mise à l'isolement.

Ces zones doivent en outre posséder comme caractéristiques, une possible protection contre les éléments extérieurs (pluie/vent/froid/chaleur...).

Comme on peut l'imaginer, il n'est pas envisageable de gérer un afflux massif, sans avoir mis à plat l'ensemble des problématiques de gestion. Cela nécessite de dépasser le cadre de la seule prise en charge médicale pour tendre vers une globalisation de la situation. Il est nécessaire, de mener la réflexion comme une stratégie d'ensemble. Chaque élément étant nécessairement interdépendant.

3.3 La réponse humaine :

En règle générale les plans de secours et les plans organisationnels ne prennent pas en compte l'aspect humain. Il est pourtant indispensable de travailler sur cet aspect. Il n'y a pas de gestion de crise efficace sans une mobilisation générale des personnels chargés de mettre en œuvre les décisions qui sont prises.

3.3.1 Instituer une véritable culture de crise :

Une cellule de crise bien entraînée et efficace, n'est pas à elle seule la solution à la résolution de la crise. Les meilleurs ordres ou modes d'actions décidés ne seront jamais traduits en actes si les acteurs de terrain chargés de le faire ne sont pas prêts. Les conséquences d'une SSE à afflux massifs contiennent trop d'éléments déstructurant pour y faire face sans une préparation de fond.

L'un des points forts du système hospitalier, c'est son personnel, son état d'esprit, sa force de réaction qui en font un pilier majeur de la réponse à la crise. Néanmoins, une véritable culture de résilience doit être mise en œuvre. Cette culture ne se décrète pas, elle se construit. La

première étape étant sans aucun doute de mener une action pédagogique afin d'expliquer, de présenter, les risques et les conséquences prévisibles d'une SSE. Démontrer ce que les intervenants de première ligne connaissent bien, faire face à un afflux massif de personnes, blessées, en état de choc psychologique, ne s'improvise pas. Des réponses existent, mais il faut les appréhender et les connaître. La capacité de résilience des personnels devra passer nécessairement pas des solutions apportées à leurs préoccupations légitimes lors d'une SSE à caractère biologique. Les protections à adopter, les précautions à prendre, quels sont les risques vis-à-vis de tels ou tels agents pathogènes? L'expérience de l'engagement en Guinée a montré que les personnels engagés pouvaient avoir des préoccupations légitimes quant à la dangerosité et les protections nécessaires.

Il est également indispensable de réfléchir à la prise en compte des familles des soignants et non soignants. Peut-on imaginer une situation de crise à caractère biologique contagieuse et à fort taux de létalité, sans interaction avec le personnel soignant ou non soignant. La défense a mis en place les cellules d'aide aux familles lors de départ en opérations extérieures. L'hôpital doit pouvoir mettre en place de telles cellules pour soutenir les personnels lors de telles situations (crèches/soutien psychologique/matériels...). Il faut que le personnel sache et soit persuadé que leurs proches seront pris en compte durant leur engagement.

Cette résilience ne se décrète pas, et il serait dangereux de ne compter que sur l'engagement au quotidien des équipes soignantes ou non soignantes et de leur capacité à gérer l'état de tension quotidien dans un hôpital. La capacité à faire face sera également dépendante du sentiment d'appartenance à une seule identité. Cette identité étant l'inverse de la somme d'individualité au service d'un organisme. Cette situation doit être la résultante de l'engagement de la direction au quotidien et de sa capacité à communiquer lors de la crise.

3.3.2 La formation et l'information :

Pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, il n'y a pas d'autres choix que de s'y préparer. Pour qu'un ensemble de personnes puissent s'organiser, réagir et enfin durer, il est nécessaire qu'ils soient formés.

La formation dans un hôpital est un véritable défi, tant le temps est compté, il est pourtant relevé au quotidien par les équipes soignantes et non soignantes. Dans le domaine de la

préparation aux SSE, il convient donc de s'adapter et de proposer des solutions originales et innovantes. En ce qui concerne les formations aux SSE, il y a deux écueils à franchir. Le premier est de croire qu'une formation sur quelques jours, aussi bien conçue soit elle, sera suffisante pour instituer une véritable culture de crise et ce pour quelques référents, il semble peu envisageable en quelques heures de faire un travail de fond. Le second est de ne concevoir ces formations pour une partie du personnel alors qu'elle concernera l'ensemble. Il est donc indispensable d'effectuer un véritable travail pour l'ensemble sur les risques et menaces susceptibles d'entraîner une SSE. Mais également sur leurs conséquences, nombreux impliqués contagieux ; gestion de foule ; climat anxigène... précautions à mettre en place... Cette formation devant s'inscrire dans la durée (formation continue).

Pour ce faire, après un état des lieux portant sur les connaissances NRBC.e en générale et en particulier sur le domaine biologique (sujet de ce travail), sous forme de questionnaires. Il s'agit de mettre en place les outils permettant d'établir une formation de fonds sur le sujet. Des cycles de formations, accessibles à tous, obligatoires mais adaptés au rythme de l'hôpital. Celles-ci doivent être comprises comme étant à la disposition des services. Il ne doit pas être question de cours magistraux, mais bien de présentations courtes et accessibles, comme cela se fait au niveau de l'équipe d'hygiène hospitalière. Il est nécessaire d'instituer une habitude, celle d'avoir des cours sur les risques NRBC.e en générale et sur les SSE en particuliers. Ensuite dans le même état d'esprit, une formation aux techniques de port des équipements et de prise en charge des impliqués doit être menée. Ces formations peuvent être complétées par des questionnaires réguliers disponibles pour l'ensemble des services, ceux-ci participant aux contrôles continus et pourquoi pas des challenges interservices. Enfin, lorsque la disponibilité le permet, des exercices avec les équipements doivent être mis en place, sur des thèmes variés et originaux. Dans le même ordre d'idées, lors des journées « risques hospitaliers » organisées au sein de l'hôpital, un stand pourrait être mis en place. L'objectif serait d'informer, de vulgariser, de faire participer l'ensemble du personnel sous forme de quizz, de jeux montrant les risques de contamination et les principes de décontamination...

La cellule NRBC.e doit également penser à des formations que l'on pourrait calquer sur le principe des « crash program ». Ces formations, préparées, simples et rapides, seraient mises en œuvre dès le début de la crise (cinétique lente). Il s'agit de présenter la crise et de rappeler les grands principes de protections (précautions définies), et des rappels divers sur les moyens

de protection. Il s'agit de bâtir un mode opératoire calqué sur le principe du passage des précautions standards aux précautions complémentaires adaptées aux risques.

Cet ensemble de propositions ne se veut pas exhaustif, mais représente plutôt des pistes de travail avec comme objectif de distiller une véritable culture de crise.

Au-delà de la formation concernant l'ensemble du personnel, il est nécessaire de former une véritable « task-force », qui servira d'ossature et de pilier pour organiser la réponse à la crise.

Cet ensemble, composé de cadres de santé, de référents (R, B, C), l'équipe d'hygiène, et bien entendu de la cellule NRBC.e, devra être le bras armé de la cellule de crise. Ces personnels formés, volontaires, doivent être de véritables spécialistes. Il s'agit d'aller au-delà de la spécialité de chacun, et de bien comprendre les conséquences d'une SSE et les réponses à y apporter. Ils auront un rôle d'encadrement auprès des personnels.

Enfin, il est nécessaire de mener une réflexion sur l'organisation qui sera chargée de mettre en œuvre ces formations, les exercices, et l'indispensable veille documentaire. La cellule NRBC.e, que les HIA ont la chance de posséder semble être la solution idéale. Au-delà des résistances Franco-française, qui s'évertuent depuis de nombreuses années à séparer le NRBC.e de toutes les crises technologiques, épidémiques. Il s'agit d'aller au-delà de cette erreur de fond, un incident technologique, radiologique, épidémique se gère comme une action volontaire. D'ailleurs cette dichotomie n'existe qu'en France !!

Il est nécessaire de donner les moyens à cette cellule afin de devenir le mur porteur de la réponse aux SSE.

3.3.3 De l'importance de la communication :

3.3.3.1 Le sens de la communication :

Une crise est un processus où l'émotionnel et le sensationnel prennent le pas sur le rationnel, et par conséquent le subjectif sur le factuel. Elle est donc caractérisée, le plus souvent, par la prise de contrôle des informations concernant l'organisation par le Web, les médias classiques et le bouche à oreille. Sans oublier aujourd'hui les réseaux sociaux, qui en vitesse de propagation dépassent très largement les médias classiques.

Cet aspect de la gestion de crise est particulièrement important pour l'organisation, en particulier pour l'hôpital. Celui-ci représentant intrinsèquement une charge émotionnelle pour l'ensemble de la population.

La communication en période de crise peut aider à sauver une situation ou à contrario l'aggraver si elle n'est pas maîtrisée. Il est certains cas, ou elle a pu accentuer les facteurs anxiogènes et provoquer la crise, de manière artificielle. La communication de crise est de niveau stratégique, elle doit être pilotée au plus haut niveau de la hiérarchie. Dans le cadre de l'hôpital, il ne s'agit pas de confondre les niveaux hiérarchiques statutaires tels que les ministères de tutelles ou l'ARS par exemple et les niveaux opérationnels. Il s'agit bien dans ce propos de la communication des niveaux opérationnels, ceux qui sont en contact direct avec la situation et bien souvent avec une réalité sensiblement différente de celle perçue dans les milieux centralisés.

La communication par définition c'est être ensemble, c'est un système relationnel, donner et recevoir (feedback). Il y a quelques années, des chercheurs américains ont donné comme définition de la communication la formule suivante : « Mieux vaut être compris par à peu près tout le monde que très précisément par quelques-uns ». Elle peut s'appliquer très exactement dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle. En effet, quoi de plus dangereux que ces communiqués aux caractères techniques, scientifiques et au final très éloignés de l'attente de la population. Ceux-ci, ont souvent eu pour conséquence de laisser le champ libre aux experts de la télévision, qui se chargent alors d'interpréter le sens, pour le rendre médiatiquement acceptable ? L'autre danger d'aujourd'hui, ce sont les réseaux sociaux, trop souvent délaissés par les cellules de communication en période de crise, or le temps médiatique de ceux-ci, est beaucoup trop court pour imaginer agir en réaction, une fois l'information divulguée et prise en compte par la population, elle difficilement contrôlable.

3.3.3.2 : Anticipation et proactivité :

La communication pilotée par le chef de la cellule de crise devra être proactive et surtout donner l'impression que la situation si elle n'est pas maîtriser et au moins connue et prise en compte par les décideurs. Les communiqués doivent être simples et correspondre aux situations locales. La population qui doit être rassurée et guidée doit pouvoir s'appuyer sur les personnes qui sont en charge de gérer la crise. Les réseaux sociaux doivent être suivis et

~ 47 ~

les informations erronées doivent être combattues, pour cela il faut les devancer et présenter une véritable stratégie d'actions, compréhensible et bienveillante.

L'épisode de la grippe H1N1 est assez révélateur de ce handicap que représente une communication brouillée. La majorité des Français, ont douté non pas des capacités des services de soins, sans penser aux risques majeurs d'une telle épidémie, ils ont simplement douté de l'efficacité des vaccins. La communication et la gestion des centres de vaccination n'ont pas pu toucher leurs cibles et les communiqués réguliers n'ont à aucun moment dissipés les doutes quant à l'innocuité des vaccins ? Ce contretemps, n'a plus permis de reprendre la main sur la gestion de la crise. Lors d'une crise majeure, les communiqués devront être établis au plus vite, et les communicants devront percevoir et comprendre le bruit de fond au sein de la population. Les communiqués pré établis, le langage officiel, est à bannir, il faut sentir « l'air du temps » et devancer au plus vite les réseaux sociaux qui eux reflètent souvent la pensée première de la population. La condescendance n'est pas de mise en situation de crise majeure, dans ce sens où il est contre-productif de croire que le langage des réseaux sociaux n'est pas à la hauteur des enjeux scientifiques de la crise. Or, ce sont justement ces réseaux qui seront lu et compris parce qu'il parle avec les mots usuels et assimilables par la grande majorité de la population. Lorsqu'une légende urbaine est entrée dans le paysage populaire, il est souvent impossible de la contrer. Le travail de la communication doit d'être d'anticiper cette légende. Pour cela, il faut absolument comprendre comment la population peut réagir face à un événement biologique majeur. Quelles sont ces craintes naturelles ? Quelles seront ces préoccupations premières ? Quelles sont les légendes urbaines communément admises par une partie de la population ?

Pour cela, la cellule consacrée à la communication, doit être proactive et consciente de son importance, le chef de la cellule de crise quant à lui, doit raisonner en termes d'échanges avec la population impliquée et ne pas s'orienter vers une communication conforme à une réalité scientifique trop éloignée du message attendu. Il est un exemple commun qui reflète ce paradoxe. Dans de nombreux cas, on conseille aux professionnels ou aux personnes impliquées de se protéger avec un masque, dans le même temps, les communiqués font état de l'absence de danger !!

D'autre part, une communication interne, régulière, honnête, et aussi proche de la réalité possible, doit être mise en œuvre au profit des personnels. Ceux-ci seront sollicités à la fois

par les impliqués et par leurs familles. Ils doivent à tout moment être le relais du commandement.

Pour remplir au mieux cette mission difficile et majeure, la cellule de communication doit s'entraîner à cet exercice. On peut mettre en place un entraînement régulier à travers une demande de chef d'établissement de réagir aux événements quotidiens. Que ceux-ci concernent l'hôpital ou non. Cet exercice qui consiste à construire des communiqués en réaction à un événement permet d'acquérir les réflexes indispensables au bon fonctionnement en temps de crise.

Conclusion

Et si demain ?

Un virus émergent faisait son apparition sur le territoire national ; Une bactérie multi résistante submergeait notre système de soin ; Une utilisation intentionnelle d'agents pathogènes créait la sidération parmi la population ; Et si nos barrières, patiemment construites étaient dépassées, balayées... Saurions-nous y faire face ? Il ne s'agit pas de décrire de mauvais scénarii de science-fiction mais bien de vaincre le complexe de l'autruche, celui qui nous mènerait à la défaite ? Cette tradition qui veut que l'on construise des barrières (efficaces ?), réputées infranchissables, mais qui nous empêchent de regarder au-delà et qui sclérosent les pensées. D'aucuns répondront, que nous avons des plans (bâti sur quels scénarios ?), des organismes efficaces pour les mettre en œuvre (millefeuilles), et enfin des personnels formés (sur quelques jours et aguerris ?)... D'autres présenteront des conclusions d'éminents experts qui sur des bases scientifiques (?), argumenteront de la faible occurrence de tels scénarii. Les mêmes, qui concluaient sur l'infaisabilité d'un 11 septembre 2001 ; sur l'impossibilité d'une épidémie majeure de la maladie à virus Ebola ; enfin sur l'impossibilité qu'un groupe terroriste utilise l'arme chimique... Il serait trop long et peu intéressant d'égrener les « c'est pas possible », et autres certitudes, qui s'avèrent catastrophiques au final.

Il est indispensable de posséder des plans et des organismes pour faciliter leurs mises en applications, néanmoins la véritable révolution dans le monde de la gestion de crise, sera intellectuelle. C'est celle qui poussera les décideurs à raisonner sur le scénario du pire, celui dont l'occurrence est très faible, mais dont les conséquences sont incalculables.

Cette révolution doit être menée à tous les niveaux. En ce qui concerne l'hôpital, il faut un engagement fort, clair et inébranlable de la direction pour préparer cette résilience qui sera indispensable lors d'une SSE. Se contenter de nommer des référents, peu formés (quelques jours ?), souvent sans réels moyens ni feuille de route, des cellules de crise dimensionnées pour activer des plans blancs bien calibrés, ne suffiront probablement pas à faire face à La Crise Majeure.

Le personnel de l'hôpital, qui travaille « border line » au quotidien, qui donne sans compter, et qui fait face avec courage aux difficultés journalières, ne doit pas confondre ce bruit de fond avec une situation de crise majeure. Il est de la responsabilité des managers d'être convaincus de la menace et des risques qui pèsent sur nos sociétés d'aujourd'hui.

L'objectif de ce travail, n'est pas de présenter des solutions clés en main, mais plutôt de donner des pistes de réflexion et de travail, pour que l'hôpital reste ce maillon essentiel, qu'il a toujours été dans notre histoire. Enfin, il s'agit bien de donner les moyens aux personnels de ces établissements de soins les moyens de gagner la bataille. Il s'agit de traduire ce travail en mode opératoires et en procédures,

Glossaire :

ARS : Agence Régionale de Santé ;

BMR : bactérie Multi Résistante

BHRe : Bactérie hautement Résistante émergente

CCLIN : Centre de Coordination et de lutte contre les maladies Nosocomiales

COGIC : Centre Opérationnel de Gestion Interministériel de Crise

DGS : Direction Générale de la Santé

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

EPRUS : Etablissement de Préparation de la Réponse aux Urgences Sanitaires ;

HIA : Hôpital d'instruction des Armées ;

NOVI : Plan de réponse face à de Nombreuses Victimes ;

ORSAN : Organisation de la réponse Sanitaire ;

Orsec : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile ;

PCA : plan de Continuité d'Activité

PMA : Poste Médical Avancé ;

PRV : Poste de Regroupement des Victimes ;

SAU : Service d'Accueil des Urgences.

SDIS : Service De Secours et d'Incendie ;

SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle ;

Bibliographie :

Documentations réglementaires :

- INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Groupe de travail sur la veille sanitaire en France. INVS.
- Catastrophe et Plan Blanc : comment se réorganiser en urgence ? Pierre CARLI, Caroline TELION. Samu de Paris et Service d'Anesthésie – Réanimation, Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades 149 rue de Sèvres 75015 Paris.
- CIRCULAIRE DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 RELATIVE A L'ORGANISATION DU SYSTEME HOSPITALIER EN CAS D'AFFLUX DE VICTIMES
- Circulaire interministérielle HFDS/DPSN no 2008-389 du 31 décembre 2008 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires.
- Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles.
- INSTRUCTION N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Mémento préparation SSE à l'usage des personnels hospitaliers 14/09/2014.
- Rapport n° 332 (2004-2005) de M. Jean-Pierre DOOR, député et Mme Marie-Christine BLANDIN, sénatrice, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, déposé le 10 mai 2005.
- Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles 2014
- Schéma régional de prévention : volet VAGUSAN.
- DISPOSITIF ORSEC DE ZONE : Zone de défense et de sécurité Sud

Rapport/mémoires et textes divers :

- Comment analyser l'impact sanitaire : l'exemple des attentats de Paris.
P. PIRARD (DAC) 07/06/2016.

- Epidémie de peste pulmonaire en république démocratique du Congo : le réveil brutal d'un vieux fléau. E. BERTHERAT, K.M. LAMINE, P. FORMENTY, P. THULLIER, V. MONDONGE, A. MITIFU, L. RAHALISON.
- Conduite à tenir en cas d'épidémie : exemple du milieu tropical Dr Josse Richard
Epidémiologiste Service de Santé des Armées (2S).
- La Peste noire et la mutation sociale de l'Occident Mémoire de recherche présenté par :
Jean-Philippe DE HAUTECLOCQUE
- Crise : adapter la communication aux nouveaux réseaux.
- 1ère Rencontre COREB – ESR. Animation opérationnelle du réseau national 3 juillet 2015
- Cellule de crise : Les conditions pour une conduite efficace. P LAGADEC.
- La préparation des établissements de santé à la gestion de crise : F MARRE Mars 2010
- La gestion de crise : article dans la « gestion hospitalière » n°439/octobre 2004.
- Graines germées : la première crise de l'agriculture biologique : article de SLATE fr 2011 :
- L'agent pathogène de l'intoxication généralisée identifié : INRA 2011.

Entretiens :

Dr JANVIER : Service de Microbiologie de l'HIA Sainte Anne et référent risque biologique ;

Pr BROUQUI directeur du centre des maladies infectieuses de Marseille ;

Mr GRENON : Référent SSE de l'APHM ;

PHP M.OLIVER : Référent SSE/NRBC.e de l'HIA LAVERAN ;

Mr GIRAUD : Directeur de la Protection civile de la ville de Toulon ;

Centre interministériel civilo-militaire NRBC.e ;

Cellule NRBC.e de l'HIA.

Résumé :

Lundi 20 décembre 2020, 16h00 ;

L'hiver promettait d'être froid, peut-être y aurait-il de la neige pour Noël pensa Fabrice en tirant sur cigarette. C'était sa première pause depuis 7h00 ce matin, et la journée n'était pas terminée. Il lui semblait que la situation leur échappait et ce malgré les communiqués rassurant dispensés par la direction. Les box et les couloirs étaient saturés et les lits manquaient en hospitalisation. Malgré tous les patients affluaient toujours un peu plus chaque jour. Il remit en place son masque et le port de celui-ci n'arrangeait pas son humeur. Au même instant le directeur de l'établissement quitta la cellule de crise pour se diriger vers son bureau où l'attendait un représentant de l'ARS. Les informations en provenance du terrain n'étaient pas bonnes, pourtant il devrait une nouvelle fois faire profil bas envers les instances dirigeantes, trop éloignées du terrain à son goût, et écouter les doléances ! Cette fois-ci, l'ARS lui demanderait de ne pas communiquer et de n'annoncer aucun chiffre sur les décès !!! Dans l'ascenseur, il songea à son fils qui lui avait dit que tout cela n'était qu'un complot des laboratoires pour vendre des vaccins !! Les réseaux sociaux l'avaient dit !!!

A ce moment-là, personne ne voulait encore croire que la France allait vivre une situation sanitaire exceptionnelle !

Cette situation imaginaire pourrait bien être une réalité dans l'avenir. Les crises récentes doivent nous conduire à réfléchir sur la capacité de l'hôpital à faire face à une situation de crise sanitaire majeure, entraînant un afflux massif ou une désorganisation de la structure hospitalière. Les établissements de soins possèdent en leur personnel un formidable atout, néanmoins, une véritable politique conduisant à une solide capacité de résilience doit être menée. Les risques de crise sanitaire sont bien réels et nous devons nous préparer et donner les moyens aux personnels de s'y préparer et de pouvoir assurer leur mission si demain...

Monday, December 20th. 4 p.m. :

Winter was likely to be cold. "It would probably snow at Christmas", Fabrice thought while smoking. His first break since 7a.m and the day was only beginning. It seemed the situation was getting away from them despite all comforting reports the direction gave out. Exam rooms and corridors were filled and beds were missing.

Despite everything, patients were keeping converging a bit more day after day. He put his mask on again and it was not improving his mood.

At the same time, the director left the crisis unit to join his office where an ARS* representative was waiting. News from ground were bad. However, he would to keep a low profile to leaders who were too far from reality, and listen to complaints. He knew, this time, ARS would request him not to say nothing about the number of deaths.

In the elevator, he thought about his son, convinces that all this was an arranged plot from laboratories to sell vaccines. Social networks predicted it!

By that point, nobody wanted to believe that France would be living an extraordinary health situation.

This thought up situation could become reality. Recent crisis should make us think about hospitals abilities to face important health crisis which could drive disturbances at the hospital.

Hospitals have competent employees which is an asset, nevertheless, they need reliable policies and procedures. Risks of health crisis are real. We have to prepare ourselves and give means to staff to prepare for it by ensuring they have all they need if one day...

*ARS : Agence Régionale de Santé