

De la situation exceptionnelle à la situation de crise

**Déterminer les éléments constitutifs et
fonctionnels d'un poste de commandement
et d'une cellule de crise.
Anticiper la crise.**

Jean-Marie Fessler

Directeur de l'Action sanitaire et sociale de la MGEN

Docteur en éthique médicale

Certifié en gestion des risques santé, Université de Chicago

jfessler@mgen.fr

1^{er} Avril 2004

Objectifs

- Identifier les facteurs prédictifs d'une crise
- Définir la crise
- Identifier les facteurs de crise dans le monde de la santé
- Déterminer les composantes d'une cellule de crise
- Identifier les modes d'organisation de la cellule de crise
- Identifier les modes de décision et de communication d'une cellule de crise
- Les principes de gestion de la post-crise

Fil conducteur

- Tour de table
- Travaux en sous-groupes :
 - Quelles sont les différences entre une situation d'exception et une situation de crise ?
 - Quelle peut être la définition d'une crise ?
 - Quelles sont les situations de crise envisageables dans le monde de la santé ?
- Synthèse : la crise, ses facteurs prédictifs
- Etude de cas en sous-groupes :
 - Fonctionnement d'une cellule de crise
 - Communication
 - Vos attentes par rapport aux autres métiers

La crise

- *Situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress (Hermann Khan, 1963).*
- Quatre points essentiels et classiques :
 - Le chef d'établissement et la cellule de crise.
 - Le plan blanc (partiel ou gradué) et les « recensements ».
 - L'exercice et l'anticipation (détecter les maillons faibles).
 - Le *vade-mecum* de crise.

Une culture

- « *Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face* ». P. Lagadec.
- Gérer correctement une crise suppose que les conditions préalables du « Nous sommes ensemble » aient été instaurées.
- Des repères pour les situations de surprise :
 - Nommer la crise, sa nature profonde.
 - Poser certains actes majeurs pour fonder l'effort collectif.
 - Tenir le plus grand compte des opérateurs des réseaux vitaux.
 - Penser à la sortie de crise : du secours à la *cicatrisation*.

Eviter la « *disqualification immédiate* »

- Limiter l'empire de la *maladresse*, de l'*attentisme* ou de la *gesticulation* :
 - Etre alerté à temps :
 - Moyens techniques et disponibilité
 - Dispositif de mobilisation rapide et fiable
 - Culture de la confiance et de l'écoute.
 - Des actions d'urgence pertinentes :
 - Décrypter la crise : comprendre la dynamique qui se met en place
 - Alerter en interne et en externe
 - Mobiliser et diriger la cellule de crise
 - Spécifier très clairement ce qu'il faut faire
 - Etablir un livre de bord.

Deux observations

- La confiance et la fluidité dans les relations humaines ne s'improvisent pas.
- Tout vide d'information sera comblé par un autre acteur qui n'est pas forcément le mieux placé (rumeurs).

Apprendre à se positionner

- « *Ce n'est pas grave.* » « *Ce n'est pas nous.* »
- « *On a le temps.* » « *Ce n'est pas prouvé.* »
- Non pas « *Laissez-nous faire* » mais « *Nous sommes ensemble* ».
- S'assurer que les urgences absolues sont bien prises en charge.
- Refuser la passivité ou le *tourisme de direction*.
- Détecter : évitement, insuffisance de lien et vis-à-vis des victimes, fuite.
- Exiger : certitudes, options multiples, doutes, promesses, nouvelles données.
- Liaisons institutionnelles clés.

Pour avoir prise sur l'événement

- Se doter d'une capacité autonome d'information.
- Connaître l'héritage historique et socio-culturel de son établissement par rapport aux crises.
- Visualiser pour mieux anticiper.
- Ouvrir les réseaux et ne pas hésiter à mobiliser les hauts responsables.
- Tisser des liens entre centres de décision.
- Etablir un « groupe d'intelligence critique » (veille et préparation des options).

Auto-évaluation

- Instructions écrites sur les conduites à tenir ?
- Mise à jour liste personnes à prévenir ?
- Chefs de service et tutelles (qui) ?
- Organisation mobilisable 24h/24h ?
- Local de crise (photocopieuse, fax ...) ?
- Local de crise de repli ?
- Scénarios de crise ?
- Dossiers préétablis : activités, métiers, risques ?
- Responsable de l'actualisation ?
- Porte-parole : *média training* ?
- Exercice annuel de simulation (liens nécessaires)

Actes attendus du dirigeant

1. Nommer la crise, dégager un champ opératoire : quel est le véritable problème ?
2. Prendre position sur des orientations de fond, selon des valeurs - l'attention aux victimes – (*Triple peine*, F. Rudetzki).
3. Définir une stratégie de réponse pour chaque scénario : Quelles sont les 3 erreurs à éviter, les 3 initiatives à prendre dans l'heure ?

Est-ce suffisant et adapté ?

- Pensée conventionnelle en management : réduire le niveau de surprise.
- Enjeux – Mission – Ambition – Valeurs – principes de fonctionnement – Priorités stratégiques – Plans d'action – Actions – Initiatives.
- Véritable mission : traiter la non-prédictibilité, l'instabilité, l'irrégularité, le non-sens, le désordre
- Axes classiques des crises :
 - Interne/Externe
 - Technique/Économique
 - Humain/Social/Organisationnel

Manifestations de la crise

- Soudaineté et paroxysme
- Nécessité d’agir (incoercibilité)
- Menace et bouleversement vécu
- Convergence
- Incertitudes (incompréhensibilité)
- Effets
- Pression du temps, tensions, fatigue
- Changements dans les relations
- Crise « inimaginable », « négligée », « quasi inévitable », « compulsive », « voulue », « désirée ».

La définition d'Uriel Rosenthal

- *« Une crise est une menace sérieuse affectant les structures de base ou les valeurs et normes fondamentales d'un système social, qui – en situation de forte pression et haute incertitude – nécessite la prise de décisions cruciales. » (1986)*
- Dans notre situation, ce n'est pas l'incertitude, scientifique ou non, qui est l'obstacle, c'est l'impossibilité de croire qu'un certain pire peut arriver. La catastrophe (« coup de théâtre, dénouement, bouleversement ») n'est pas crédible, tel est l'obstacle majeur. La peur de la catastrophe n'a aucune force dissuasive.

L'urgence : une brèche dans un univers stable

- Événement connu, répertorié, isolable, dimensionné à l'intérieur d'hypothèses conventionnelles. Cas-types identifiables.
- Nombre limité d'intervenants, tous spécialistes d'un volet du problème et relevant d'organismes qui se connaissent.
- Procédures codifiées, bien connues des spécialistes mobilisés. Plans efficaces.
- Rôles, responsabilités, hiérarchies bien établis. Acteurs et organisations-clés (PC).
- Situation perçue comme gérable techniquement, économiquement, socialement. Durée limitée.
- Commandement : clé de voûte. Crédibilité.

Des événements si lourds

- Accidents inquiétants : Feyzin (1966), usine chimique de Flixborough (1974).
- Alertes majeures : Seveso (1976), Three Mile Island (1979), Evacuation 220 000 personnes banlieue Toronto, wagon chlore (1979).
- Désastres de grande ampleur : Amoco-Cadiz (1978), explosions de gaz Mexico (1984), Bhopal (1984), Tchernobyl (1986).
- Mutations décisives : « sang contaminé », « vache folle », amiante, An 2000, AZF-Toulouse, pneumonie atypique, canicule.
- Risques de réseaux : Montréal 1998, France 1999
- Tokyo 1995, Attaques du 11 septembre, alertes à l'anthrax, Madrid.

La crise : un événement qui fuse, avec mise en résonance rapide du contexte

- Difficultés quantitatives (échelles) et qualitatives, phénomènes de résonance
- L'urgence plus la déstabilisation
- Dispositifs d'urgence pris à contre-pied
- Incertitudes extrêmes, enjeux considérables
- Longue durée qui épuise les hommes et les organisations
- Irruption de nombreuses institutions (positionnement)
- Problèmes critiques de communication avec tous les publics.

Rupture : moment critique dans des processus de mutations globales

- *Une rupture est une discontinuité brutale et définitive qui opère par décomposition-recomposition des principes fondateurs les plus essentiels d'un système : vision du monde et missions, repères et valeurs, identités et légitimités, règles du jeu et structures des relations tant en interne qu'avec l'extérieur, modes de régulation et de communication. (P. Lagadec)*
- Dissolution des repères structurants
- Globalité et cristallisation
- Diagnostics hors de portée
- Épreuves immédiates et répétées dans le temps long
- Cartes d'acteurs en recomposition, pertes de liens
- Enjeux : refonder de nouvelles visions et légitimités.

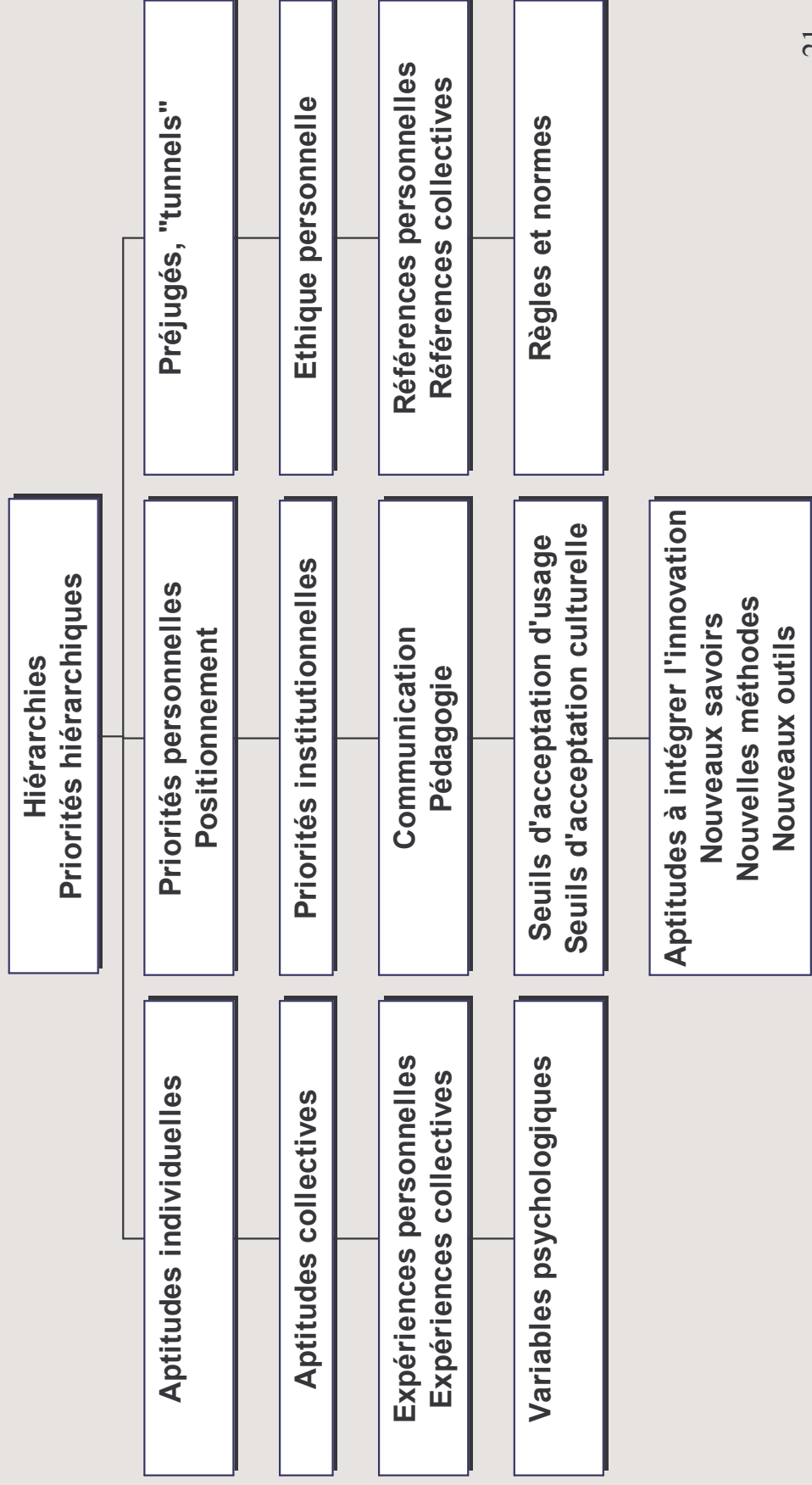
Dangers opérationnels

- **Organisation de l'impuissance :**
 - Bunkérisation, cloisonnement
 - Affichages formels
 - Recherche active de fusible
 - Flottement des plus hauts niveaux
- **Conséquences sur les cellules de crise :**
 - Réunion trop tardive
 - Trop peu ou trop de membres
 - Pas de recul stratégique (autisme)
 - Isolement et opérationnels de terrain sans préparation des options ni questionnement
 - Suivi principalement spécifique et technique

Ruptures et pilotage

- **Fonction centrale du dirigeant :**
 - sortir des logiques conventionnelles
 - sortir des champs d'acteurs conventionnels
- **Expertise technique :**
 - re-fabriquer repères, savoirs, pratiques pour le hors-limites
- **Valorisation des cadres de terrain.**
- **Groupes de réflexion stratégique**
- **Communiquer sur les questions (non les certitudes) et les processus**
- **Action : innovation, confiance, ruptures créatrices, leviers, simplification.**

Les sables mouvants ou la genèse des conflits



Confection du consentement

- *« Malgré mon bouleversement, et bien qu'une guerre, même victorieuse, m'apparût comme une catastrophe, j'éprouvais un sentiment d'admiration pour la facilité avec laquelle s'était effectué le passage de l'abstrait au concret : qui aurait cru qu'une éventualité aussi formidable pût faire son entrée dans le réel avec aussi peu d'embarras ? »*
Henri Bergson.
- Nous n'arrivons pas à croire ce que nous savons (modes de vie) : *« La maison Terre brûle, mais nous regardons ailleurs. »*

Tunnels mentaux

- L'idée que les actions et les décisions appellent plus de justifications que le fait de ne pas agir, de ne pas décider, de laisser les choses comme elles sont, est une habitude courante. *Tout homme qui veut faire quelque chose a souvent contre lui ceux qui voudraient faire la même chose, ceux qui font précisément le contraire, et surtout la grande armée des gens beaucoup plus sévères qui ne font rien.* (Jules CLARETIE).
- Acceptation de la formulation première d'un problème.
- Effet d'ancrage et élimination du contexte.
- Statistiques et probabilités.
- Négligence des informations démographiques
- Suffisance professionnelle. Plaire à ses *alter-ego*.
- Importance données aux impressions, rumeurs, clichés.
- Condamnation de l'innovation. Effort intellectuel minimum.
- Réduction à l'unidimensionnel. Mensonge à soi-même.
- Données saisies à la base – commissions – idées neuves !

L'heuristique de la peur (H. Jonas)

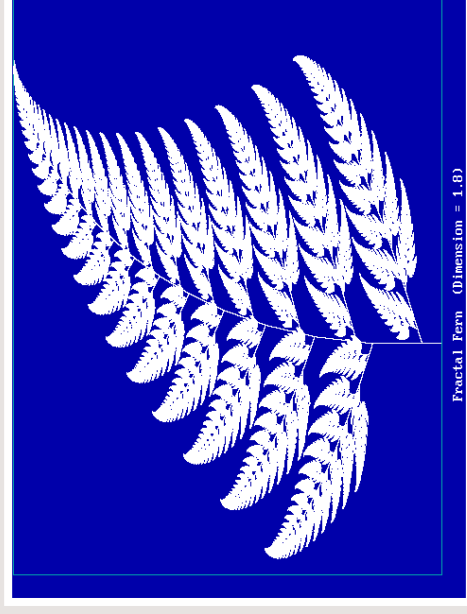
- L'heuristique de la peur, ce n'est pas de se laisser emporter par un flot de sentiments en abdiquant la raison ; c'est faire d'une peur simulée, imaginée, le révélateur de ce qui pour nous a valeur incomparable.
- « *La prophétie de malheur est faite pour éviter qu'elle ne se réalise; et se gausser ultérieurement d'éventuels sonneurs d'alarme en leur rappelant que le pire ne s'est pas réalisé serait le comble de l'injustice: il se peut que leur impair soit leur mérite* ». Hans Jonas, in *Le Principe Responsabilité*.
- Il va nous falloir apprendre à penser que, la catastrophe apparue, il était impossible qu'elle ne se produise pas, mais qu'avant qu'elle ne se produise elle pouvait ne pas se produire. C'est dans cet intervalle que se glisse notre liberté.

Challenger 1986 (C. Morel)

- La perte de Challenger a été provoquée par le mauvais fonctionnement de **petits joints** flexibles paralysés par le **froid** ambiant, laissant échapper des gaz brûlants des boosters vers le réservoir principal qui a explosé.
- Lancement **contre la recommandation des ingénieurs** :
 - Rapport sur les joints : « red flag ». Classement comme pièce critique **supprimé** par erreur (6 mois avant).
 - Téléconférence la veille du lancement (34 personnes)
 - **Refus** des ingénieurs de signer le fax (autorisation)
 - « calculateur amoral »
 - **Erreur élémentaire sur le climat de la Floride**
 - **Idée fausse des probabilités de défaillance** (24 lancements réussis)
 - La veille du lancement : prouver non que le système des joints était fiable mais prouver qu'il ne l'était pas
 - **Pas de données** sur moins de 12°C température air
 - **Souricière cognitive** : tests d'érosion des joints sans rupture perçue comme preuve de leur robustesse, 24 lancements : série suffisante de validation, absence de preuve de défaillance : preuve de fiabilité.

Points communs entre catastrophes

- Mélange du long terme et du très court terme.
- Primauté des lois puissance.
- La plupart des catastrophes ne nécessitent pas l'intervention d'agent extérieur (petite cause, grand effet, seuils, attracteurs puis bifurcation).
- Une répartition spatiale fractale.
- Systèmes auto organisés critiques.



Des propositions

- Éthique de l'anticipation
- Vers la fin d'un monde ancien en surfusion ?
- Vers un système multi-agents adaptatif ?
- Études d'impacts et mise en réflexivité en temps réel des changements.
- Grille applicable aux décisions en émergence (visualiser l'application) :
 - Quelles sont nos vulnérabilités et conflits de normes ?
 - Quelles seront les personnes impliquées ?
 - Quelle est la motivation décisive ?
 - Où, quand, comment, pourquoi ?
 - Quelles seront les ressources investies ?
 - Comment la délibération est-elle organisée ?
 - Quelles seront les conséquences sur les acteurs et les représentations sociales ?
 - Quelle part est faite à d'autres décisions possibles ?
 - Quelles peuvent être les surprises dans l'exécution ?
 - Quelle est l'envergure humanisante de cette décision ?

Le directeur, avant la crise

- **A créé un plan blanc et l'a présenté aux instances.**
- **Fonctionne avec un comité permanent plan blanc.**
- **A promu des formations adaptées et s'est formé.**
- **A sensibilisé lui-même.**
- **A participé à l'élaboration du schéma départemental de gestion de crise.**
- **A éprouvé le fonctionnement de la cellule de crise, une fois par an au moins.**

Principes d'action

- Une éthique de l'anticipation.
- Savoir *mieux* par l'expertise indépendante et l'attention aux «*signaux faibles*».
- Savoir *plus* et diminuer la peur par les études de cas.
- Avancer ensemble par le dialogue : « Être avec ».

Faire face à la crise

- La cellule de crise.
- Des plans d'urgence spécifiques.
- Des exercices de crise.
- Un questionnaire d'autoévaluation.
- Des listes préétablies à jour.
- Le journal de crise.
- Une fiche de communication.
- Un dossier de référence sur l'établissement pour les médias.

Le vade-mecum de crise

- Un document à conserver sur soi.
- Un document confidentiel.
- Autorités publiques (identités, coordonnées)
- Équipe de direction et Chefs de services
- Salle de crise (téléphone, fax entrant/fax sortant, adresse, consignes au 1er arrivant, consignes de sécurité)
- Règles de communication (résumé)

Être opérationnel

- Numéros de téléphone des personnels.
- Préfecture, Commissariat de police, SAMU, Pompiers, Urgences, Tutelles ...
- Lits vacants.
- Caisse PLAN BLANC (combinés téléphoniques, fiches).
- Sensibilisation de tous les personnels et, tout particulièrement, de ceux qui assument des gardes.
- Signalétique.

Composition cellule de crise

- Selon échelle de gravité
- Prévoir un suppléant par fonction
- Ne pas sous dimensionner
- Désigner un responsable de l'organisation, de la documentation et des moyens logistiques.
- Composition
 - Directeur de crise
 - Secrétaire
 - Responsable du personnel
 - Responsable logistique
 - Porte-parole
- Selon nécessité :
 - Responsable sécurité
 - Responsable technique
 - Chefs de service et médecin du travail

Communication

- Un seul porte-parole
- Bien identifier l'interlocuteur
- Veiller à la cohérence des informations
- Elaborer une « position d'attente »
- Initiative des contacts : le directeur
- Documenter les contacts
- Réponses factuelles
- S'enquérir de la suite donnée

Risque et psychologie

- Facultés d'imagination, mémoire, probabilités, hypothèses conditionnelles, fantasmes.
- *Rituels conjuratoires* (batterie de procédures).
- Sous-estimation des dommages identitaires portant sur des aspirations engageant « *le goût de l'avenir* ».
- « Penser ce qui n'est pas pensable ».

La culture des rapports au risque

- Du refus du risque et de toute incertitude à l'acceptation du risque et de l'incertitude
- La vigilance et l'évaluation.
- L'appropriation active :
 - Appropriation d'une connaissance partagée du risque (évaluations « opératoires »)
 - Appropriation d'un engagement partagé de maîtrise du risque (volonté, projet)
 - Appropriation partagée d'un plan d'action
 - Échapper à l'illusion de la fatalité.
- Le sens et la culture du risque conditionnent la qualité de l'appropriation des dispositifs de gestion de crise.

Synthèse : axes de risques majeurs en management

- **Savoir-faire**
- **Obligations et droits**
- **Achats, comptabilité, formation, systèmes d'information**
- **Programmes d'activités, services rendus**

Synthèse : axes de risques majeurs en management

- **Ressources humaines**
- **Investissements**
 - corporels
 - incorporels
- **Approvisionnement**
- **Finances**
- **Informations**
- **Savoir-faire**

- **Expérience par métier**
- **Investissements**
 - inventaire valorisé
 - publications
- **Stocks en jours**
- **Structure budget (5 ans)**
- **Référentiels maîtrisés**
- **Délais d'application**

Synthèse : référentiels maîtrisés

- **Base de règles internes et externes**
 - droit
 - normes
 - sécurité
 - environnement
- **Langages professionnels**
 - thésaurus, catalogues, classifications, nomenclatures

- **Structures**
 - pôles d'activités
- **Modes de représentation**
 - métriques
 - indicateurs
 - équilibres activités-ressources
 - qualité et non-qualité
 - contenu des activités

Références bibliographiques

- O. Godard, C. Henry, P. Lagadec, E. Michel-Kerjan, *Traité des nouveaux risques*, Gallimard, 2002.
- C. Morel, *Les décisions absurdes. Sociologie des erreurs radicales et persistantes*, Gallimard, 2002.
- J-P. Dupuy, *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible est certain*, Seuil, 2002.
- P. Lagadec, *La gestion des crises. Outils de réflexion à l'usage des décideurs*, McGraw-Hill, 1991.
- R. Le Doussal, P. Laurès-Colonna, *La sécurité à l'hôpital*, ESF, « Gérer la santé », 1992.
- *Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles, conduite à tenir pour les professionnels de santé*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- *Guide de recommandations pour l'élaboration des plans blancs hospitaliers et schémas départementaux des plans blancs*, DHOS, Cellule gestion des risques exceptionnels.