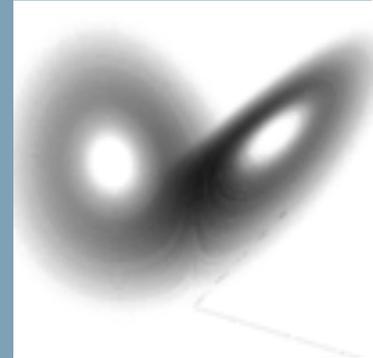


SoTUGERES

Deuxièmes journées de la sécurité des patients

Pistes d'amélioration d'un Plan blanc



Gilbert Mounier

Président SoFGRES

Co Président FAQSS

Management Qualité Risque Evaluation / SPASM

gilbert.mounier@gmail.com

Société française de gestion des risques en Santé

- association loi 1901 à but non lucratif, créée et déclarée à la préfecture de Paris le 28 mai 2002, qui a pour objectifs de :
 - développer, promouvoir et contribuer à l'évolution des connaissances et des savoir-faire nécessaires à la qualité et la gestion des risques en santé ;
 - favoriser les échanges et la formation des professionnels ;
 - promouvoir les actions de recherche et les travaux scientifiques dans ce domaine.
- participe au développement de la politique nationale de réduction des risques en établissements de santé.
- regroupe des compétences complémentaires dans une approche pluri-professionnelle plurisectorielle.

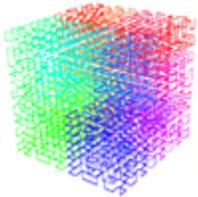


FAQSS

Fédération Associations Qualité et Sécurité en Santé

- ❑ association loi 1901 à but non lucratif, créée et déclarée à la préfecture de Paris, qui a pour objectifs de :
 - constituer une communauté professionnelle
 - former et accompagner
 - promouvoir le métier et la profession
 - dynamiser l'innovation et la recherche





Réglementation

Crise «situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction, et en générant du stress »

Charles F. Hermann (1963)

« Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face »

P. Lagadec

Attentats terroristes

Métro de Tokyo 1995

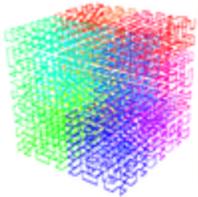
New-York & Washington 11 septembre 2001

Accidents industriels

Explosion A.Z.F. de Toulouse 21 septembre 2001

...





Réglementation

Circulaire N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006

Obligation de la mise en place d'un plan blanc

Article L 3131-7

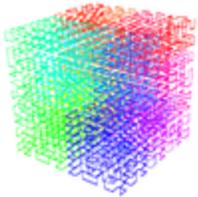
Chaque établissement de santé est doté d'un **dispositif de crise** lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle

Circulaire 700/SGDN/PSE/PPS du 07 novembre 2008

Circulaire 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011

emploi des **moyens de secours et de soins** face à une action terroriste mettant en œuvre des **matières chimiques ou radioactives**





Manuel de certification HAS V2014

CHAPITRE 1 MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 3

Management
de la qualité
et de la sécurité
des soins

Référence 8

Le programme
global et coordonné
de management
de la qualité
et de la sécurité
des soins

Critère 8.e Gestion de crise

E1 | Prévoir

Les situations de crise sont identifiées.

Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.

Les plans d'urgence sont établis.

E2 | Mettre en œuvre

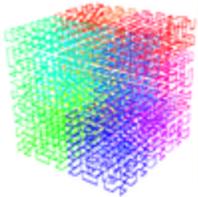
Une cellule de crise est opérationnelle.

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnels.

E3 | Évaluer et améliorer

L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.

Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.

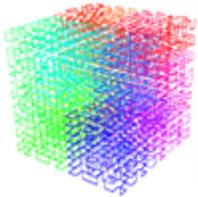


Manuel de certification HAS V2014

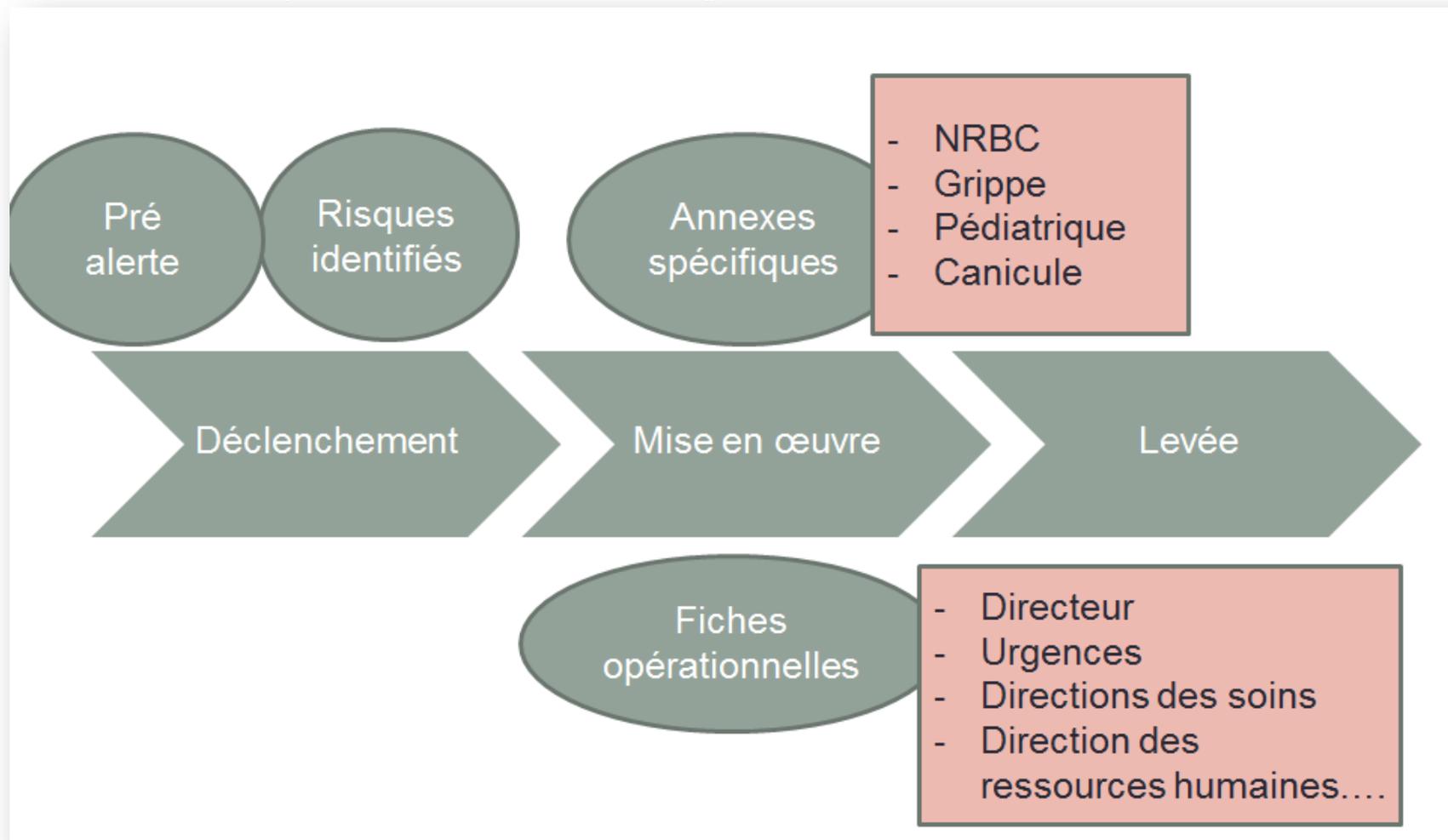
E3 | Évaluer et améliorer

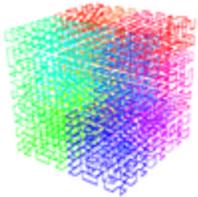
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.

Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.



Exemple Centre Hospitalier Robert Ballanger

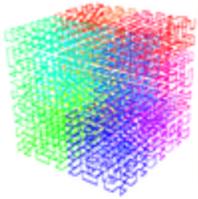




Mesures fondamentales

- Déclenchement et levée du plan blanc
- Mise en place de la cellule de crise
- Organisation de la circulation
- Mobilisation des personnels
- Mobilisation des matériels et de la logistique
- Accueil et orientation des victimes
- Information des familles et des proches
- Communication de crise interne et externe





Points de vigilance

Les inconnues de la coordination extra et intra hospitalière

La multiplicité des acteurs et l'enchevêtrement des niveaux d'intervention

Les différents plans

La question du financement

Coût NRBC

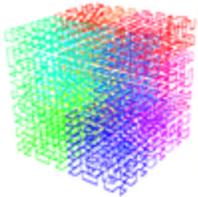
Absence de budget dédié

L'absence d'une culture de gestion de crise

Le déficit d'exercice plan blanc comme obstacle à l'acculturation

L'impact de l'environnement de proximité de l'hôpital sur le niveau d'acculturation





Pistes d'amélioration

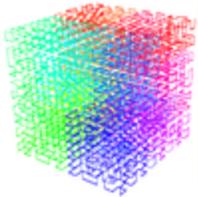
Audit organisationnel

Objectifs : définir les axes d'amélioration et de mise en conformité par rapport aux attentes départementales, mais également les forces du plan blanc

5 axes

- Le périmètre du PBE
- La prise en compte du scénario de déclenchement du PBE hors risque NRBCCE associé
- La prise en compte du scénario de déclenchement du PBE avec un risque NRBCCE associé
- La prise en compte du scénario de déclenchement de plan blanc avec risque NRBCCE après déclèment de risque en interne
- La prise en compte du scénario de déclenchement de plan blanc pour risque épidémique





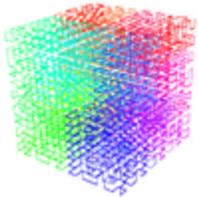
Pistes d'amélioration

Audit organisationnel

Périmètre

Questions	Oui	Non	Partiellement	Non Concerné
Le PBE identifie les risques majeurs pouvant l'impacter au regard de son positionnement sur le territoire				
Le PBE inclut le risque inondation				
Le PBE inclut le risque des mouvements de terrain				
Le PBE inclut le risque caniculaire				
Le PBE inclut le risque grand froid				
Le PBE inclut les risques industriels				
Le PBE inclut les risques liés au transport par route				
Le PBE inclut les risques liés au transport par rail				
Le PBE inclut les risques liés au transport par voie d'eau				
Le PBE inclut le risque NRBC				
Le PBE inclut le risque épidémique				
Le PBE inclut le risque lié à la proximité aéroportuaire				



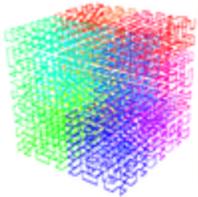


Pistes d'amélioration

Audit organisationnel

Scénario de déclenchement de PBE hors risque NRBC

Questions	Oui	Non	Partielle- ment	Non Concerné
La capacité d'accueil en cas de déclenchement est d'au moins 10 UR et 5 UA				
Capacité exacte prévue				
Le délai de mise en capacité est de moins de 3 heures				
Comment ce délai a été apprécié				
Date de dernière appréciation				



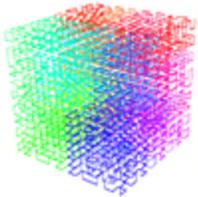
Pistes d'amélioration

Audit organisationnel

Scénario de déclenchement de plan blanc avec risque NRBC après déclèment de risque en interne

Questions	Oui	Non	Partielle- ment	Non Conce
Les agents sont formés aux facteurs permettant de déceler une situation anormale laissant présager un risque NRBC				
Cette formation concerne les agents d'accueil				
Cette formation concerne les Infirmiers d'accueil des urgences				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit de prévenir le SAMU				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit de prévenir l'ARS				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit de prévenir le personnel médical				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit de prévenir l'administrateur de garde pour déclenchement PBE NRBC				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit de prévenir le personnel de l'établissement				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit la mise en confinement de l'établissement				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit d'isoler les patients suspects à part				
Le PBE NRBC après déclèment prévoit d'établir la liste des personnes « contactes »				





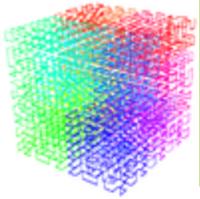
Pistes d'amélioration

Audit organisationnel

Scénario de déclenchement de plan blanc pour risque épidémique

Questions	Oui	Non	Partielle- ment	Non Conce
L'établissement a défini les procédures permettant d'identifier, dès l'accueil, les patients pouvant entrer dans les cas possibles				
Le PBE épidémique prévoit un circuit dédié				
L'établissement a défini les procédures de protection du personnel (utilisation des EPI)				
Des EPI sont à disposition du personnel				
Des EPI sont à disposition des patients le nécessitant				
Le PBE Epidémique prévoit l'identification du circuit et les lieux de prise en charge				
Le PBE épidémique a identifié les secteurs géographiques, au sein des services, permettant l'isolement des patients				
Le PBE épidémique prévoit un circuit d'hospitalisation sans passage par les urgences				
Dans le cadre du risque épidémique un plan de continuité d'activité (PCA) a été établi				
Le PCA est mis à jour régulièrement				
Date de la dernière mise à jour				



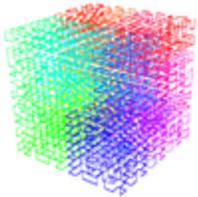


Pistes d'amélioration

Audit de connaissance des agents

Objectifs : mesurer le degré d'appropriation du plan blanc





Pistes d'amélioration

Audit de connaissance des agents

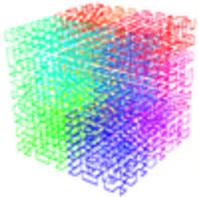
AUDIT APPROPRIATION DES PROTOCOLES

Date _____ Service _____

Fonction de l'agent : IDE AS ASH MANIP RADIO PREPA PHARMA
 AP PDE

Questions	Vrai	Faux	NA*
LE PLAN BLANC			
27. Le plan blanc est un dispositif de crise lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Le directeur général ou son représentant est le seul autorisé à déclencher le plan blanc de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Les victimes sont accueillies aux urgences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Les personnes décédées sont accueillies au bâtiment 13 (centre Daniel EISENMAN) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Le personnel de repos doit revenir sur le CHIRB lors du déclenchement du plan blanc ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Outre le plan blanc, il est également prévu un plan pour pallier au risque canicule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Outre le plan blanc il est également prévu un plan pour pallier au risque épidémique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Outre le plan blanc il est également prévu un plan pour pallier au risque nucléaire radioactif chimique bactériologique et explosif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



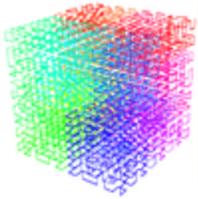


Pistes d'amélioration

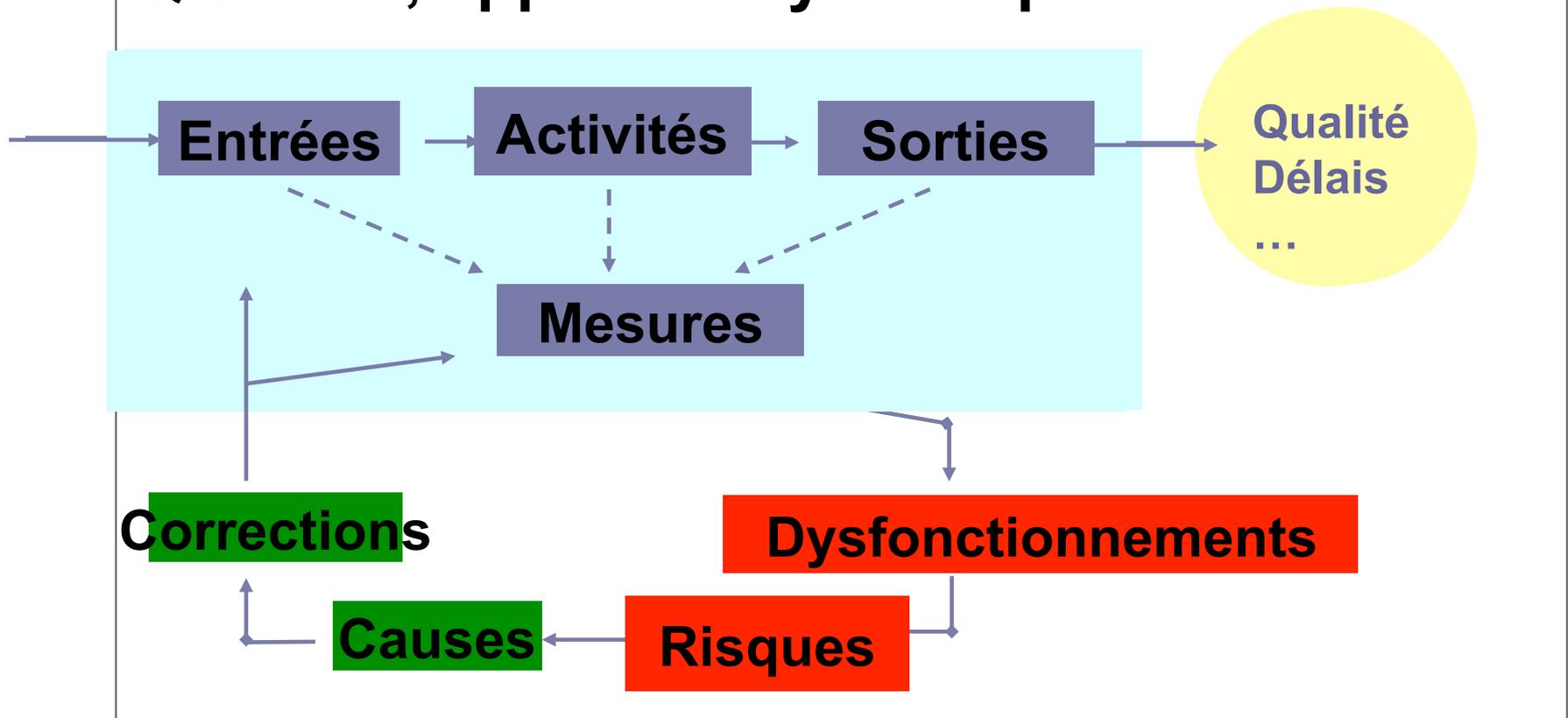
Analyse systémique des simulations réalisées et des déclenchements réels

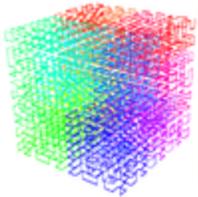
Objectifs : identifier les causes de non-respect du référentiel, et de dégager les points forts et axes d'amélioration par rapport au référentiel interne constitué du plan blanc et de ses annexes





Q & GdR, approche systémique





Pistes d'amélioration

Analyse systémique des simulations réalisées et des déclenchements réels

Simulation 1 Rôle du service incendie

Mise en place de panneaux indicateurs, ouverture de certains locaux et bâtiments du CHIRB, filtrage de la circulation en direction des urgences et armement de la cellule de cris

Scénario

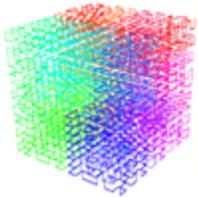
18h10 toxi-infection lycée

19h10 arrivée 2^{ème} vague

Effet surprise

Mise en place d'observateurs point critiques & pour éviter

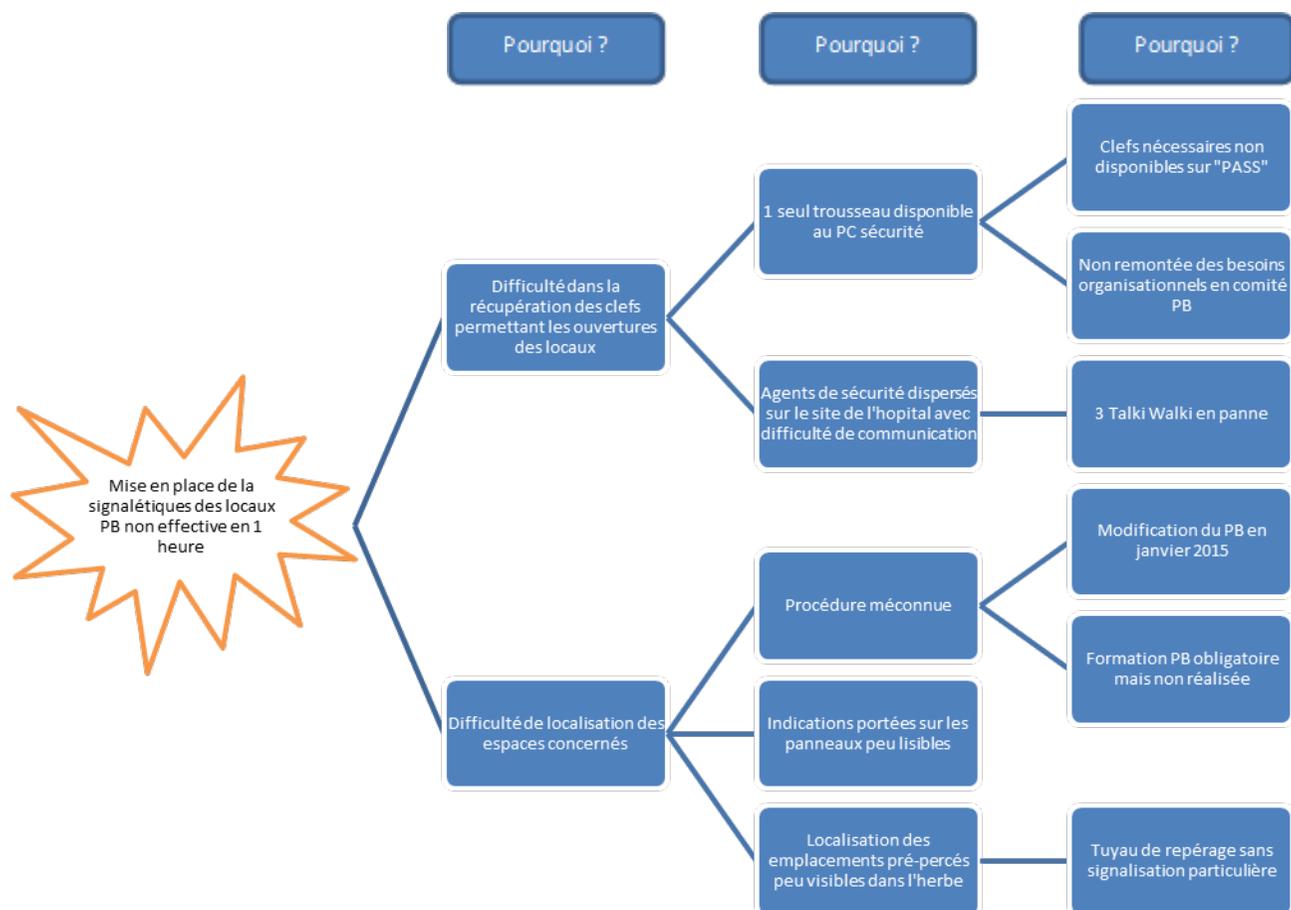


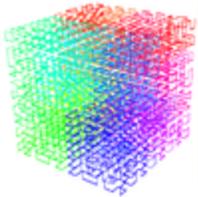


Pistes d'amélioration

Analyse systémique des simulations réalisées et des déclenchements réels

Simulation 1 Rôle du service incendie

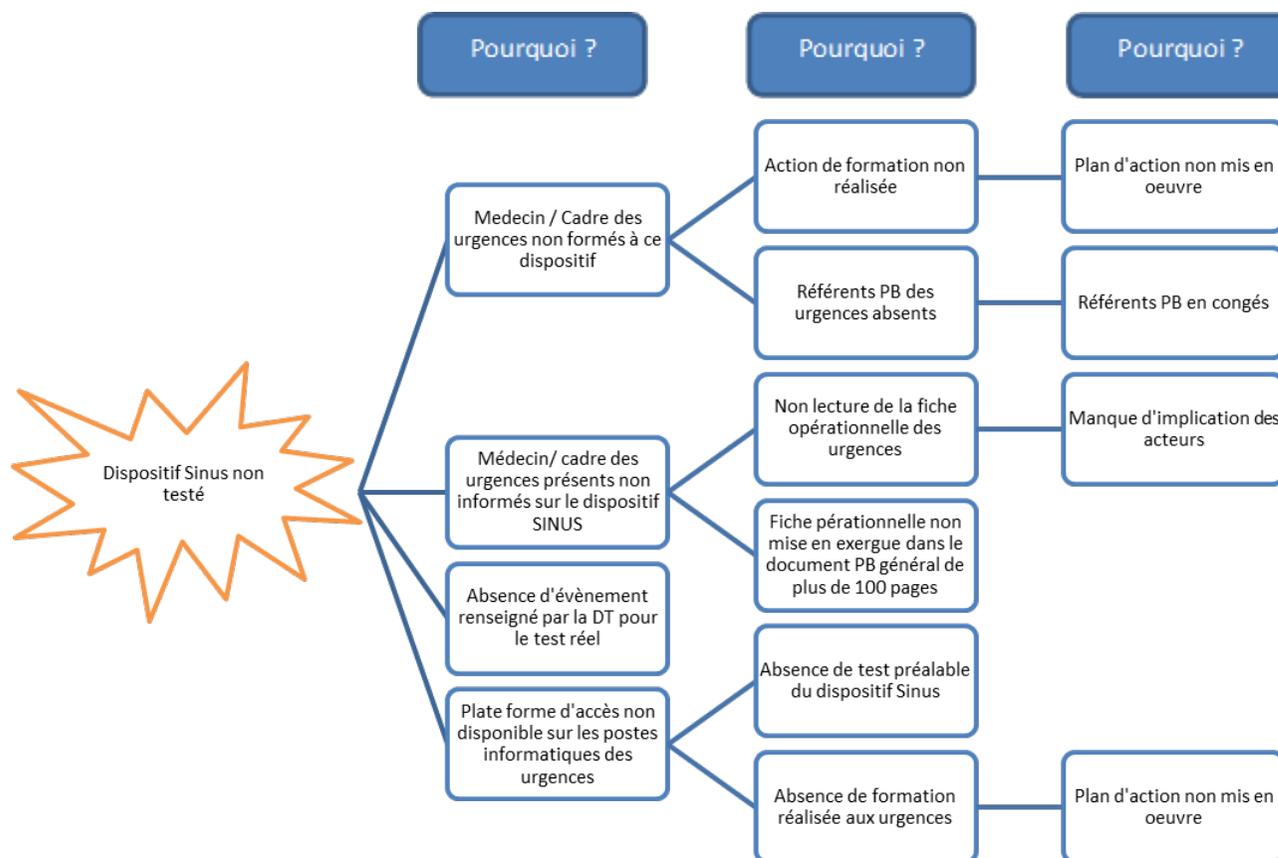


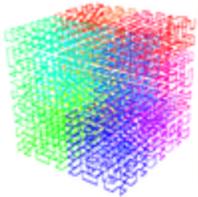


Pistes d'amélioration

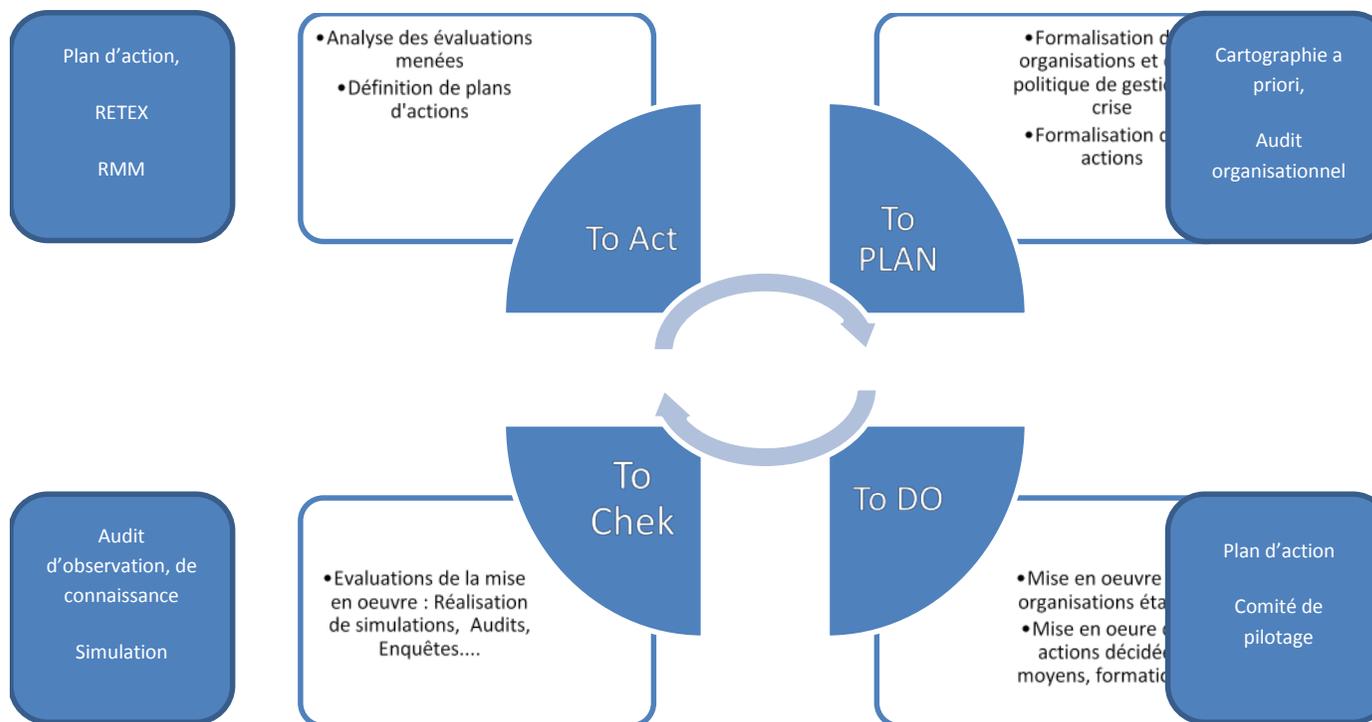
Analyse systémique des simulations réalisées et des déclenchements réels

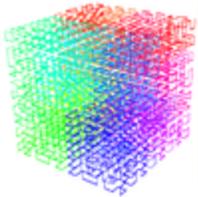
Simulation 2 ARS Mise en œuvre du dispositif Sinus (Système d'information numérique standardisé)



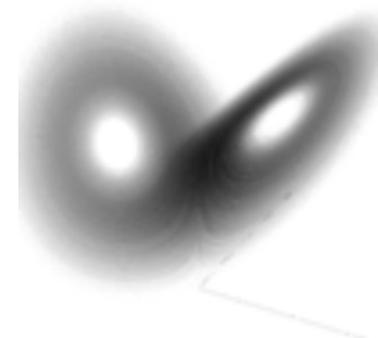


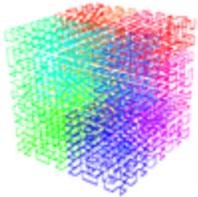
Pistes d'amélioration





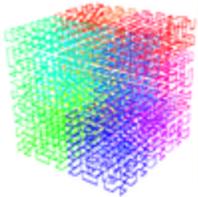
- Réflexions





L'ECHELLE Q&GDR : OU EN ETES-VOUS ?





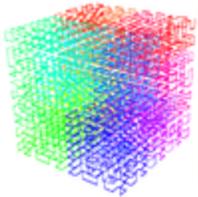
Réflexion

Conseils

Les 9 conseils du Dr Donald M. BERWICK, Institute for Healthcare Improvement, BMJ 2004

- 1 Simplifier. L'amélioration de la qualité n'a pas vocation à être compliquée**
Complexity is waste
- 2 Attacher toute l'importance souhaitable à la notion d'équipe**
Uncooperativeness is waste
- 3 Etre pragmatique quand il s'agit de mesurer (d'évaluer)**
Too much counting is waste
- 4 Limiter les aspects organisationnels au strict minimum**
Dependency is waste
- 5 Ne pas négliger les aspects politiques**
Naivety is waste
- 6 Aider les patients à jouer un rôle**
Keeping patients silent is waste
- 7 Aller vite, commencer maintenant**
Delay is waste
- 8 Diffuser et s'étendre continuellement**
Isolation is waste
- 9 Et surtout ne pas se plaindre !**
Complaint is waste





Bibliographie

Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans élargis et des plans blancs des établissements de santé. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; octobre 2009.

<http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-blanc-et-gestion-de-crise.html>

Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; 2007

Conférence des directeurs généraux des Centres Hospitaliers Universitaires, Fédération hospitalière de France. Guide de la communication de crise. Paris : MACSF ; 2009.

Infections associées aux soins. Guide d'aide à la communication. Partie 2 SFHH

Communication et situation de crise. Hygiènes 2010

