



**La mobilisation
des ressources humaines
en cas de plan blanc**

Comment s'organiser et quelles solutions digitales adopter?



Introduction

Au printemps 2017, le ministère de la santé a annoncé la publication prochaine d'un nouveau guide d'élaboration pour le « plan blanc », tenant compte notamment du risque particulier d'attentats¹.

Le dispositif « plan blanc » a été introduit par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui le rend obligatoire pour l'ensemble des établissements publics et privés.

Le plan blanc permet d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable², tout en continuant d'assurer la sécurité aux patients déjà hospitalisés et en assurant, le cas échéant, le fonctionnement des urgences habituelles³.

Dans ce cadre, le déclenchement du plan blanc soulève de nombreuses problématiques opérationnelles auxquelles l'établissement doit se préparer : mise en place d'une cellule de crise, rappel gradué des personnels et/ou maintien sur site, accueil des victimes aux urgences, gestion des lits dans les services de soins, identification des victimes, accueil et information des familles, relations avec les médias et les autorités, circulation dans et autour de l'établissement, surveillance et gardiennage des accès...

Le présent livre blanc s'attache à étudier la problématique particulière, dans le cadre du plan blanc, de la mobilisation de personnels, tant le maintien que le rappel sur site.

Ce sujet est en effet un des aspects essentiels de la capacité d'un établissement à faire face à la crise dans les meilleures conditions. La maîtrise du processus de mobilisation RH revêt un triple enjeu pour l'établissement :

- **Disposer quantitativement et qualitativement des ressources humaines** médicales et paramédicales nécessaires pour la prise en charge des victimes ;
- **Disposer de ressources humaines dites « support »** (logistique, communication, identitovigilance, identification des victimes), afin de permettre aux corps médicaux et soignants de se concentrer sur leur cœur de métier ;
- **Être en mesure d'adapter sa stratégie de gestion de crise** en étant informé en temps réel de l'avancement de la mobilisation (nombre de personnes contactées, sur la route, arrivées).

Dans ce contexte, le présent livre blanc vise à :

- **Rappeler le contenu du plan blanc** et son inscription dans un écosystème plus large de réponse à des situations sanitaires exceptionnelles ;
- **Analyser les enjeux de la mobilisation RH** en cas de déclenchement du plan blanc et les limites des outils actuels ;
- **Étudier les opportunités** offertes par des outils numériques dans ce domaine.



1 Le plan blanc

**UN OUTIL DE GESTION DE CRISE
DONT L'EFFICACITÉ REPOSE
SUR SON APPROPRIATION
PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS
DE L'HÔPITAL**

1

Le plan blanc

UN OUTIL DE GESTION DE CRISE DONT L'EFFICACITÉ REPOSE SUR SON APPROPRIATION PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE L'HÔPITAL

1.1

Un outil de gestion de crise qui s'insère dans d'autres dispositifs de réponse à des situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Un outil de gestion de crise...

Élément fondamental de gestion des crises de grande ampleur, le plan blanc décrit une organisation destinée à répondre à tous les types de situations, quelles qu'en soient la nature, l'ampleur, l'évolutivité ou la durée.

Chaque établissement de santé public ou privé a la charge d'élaborer son plan blanc qui, du fait de la diversité des situations de crise possibles, est constitué d'un socle commun permettant

la maîtrise des fonctions dites « supports » et de déclinaisons spécifiques en fonction du type de crise (attentat, accident, événement climatique, épisode infectieux...)⁴.

Ce mode de gestion de crise est répandu en Europe et dans les pays développés : plan d'urgence hospitalier (PUH) en Belgique, Emergency Preparedness au Royaume-Uni.



Le contenu du plan blanc est prévu par la loi⁵. Il comprend les :

1. Modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
2. Modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
3. Modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
4. Modalités d'accueil et d'orientation des patients ;
5. Modalités de communication interne et externe ;
6. Plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
7. Plan de sécurisation et de confinement de l'établissement ;
8. Plan d'évacuation de l'établissement ;
9. Des mesures spécifiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
10. Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

1

Le plan blanc

UN OUTIL DE GESTION DE CRISE DONT L'EFFICACITÉ REPOSE SUR SON APPROPRIATION PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE L'HÔPITAL

DÉROULEMENT D'UN PLAN BLANC



L'ALERTE⁶

Le service receveur de l'alerte (accident grave, attentat, inondations...) transfère l'information aux services participant à la gestion de crise.

Le délai entre les premiers signaux d'une alerte et l'arrivée des premières victimes à l'hôpital peut être inférieur à 20 minutes.



LE DÉCLENCHEMENT DU PLAN BLANC⁷

Par le directeur d'établissement : seul responsable du déclenchement du plan blanc au sein de sa structure et de la prise en charge des patients. Il en informe sans délai le préfet de département ;

Ou directement par le préfet (voire le préfet de zone de défense), qui informe sans délai le directeur général de l'ARS, le SAMU départemental et les représentants des collectivités territoriales concernées.



ACTIVATION DE LA CELLULE DE CRISE

Organe de commandement du plan blanc : centralisation des informations et transmission aux services, élaboration de la stratégie de crise ;

Elle coordonne l'action des services médicaux, administratifs et techniques, en s'appuyant sur des procédures connues et rassemblées dans des documents facilement accessibles.



LES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES OPÉRATIONNELLES



→ **Mobilisation RH** : maintien sur site, rappels, arrivées spontanées, organisation de la relève ;



→ **Gestion** logistique/approvisionnement ;



→ **Accueil des victimes** aux urgences et leur répartition dans les services de soins ;



→ **Accueil et information** des familles ;



→ **Relations avec les médias** et les autorités ;



→ **Régulation de la circulation** des véhicules et des accès à l'établissement ;



→ **NRBC** (Nucléaire, Radiologique, Bactériologique ou Chimique) : mise en place zone tampons, sécurisation des accès, distribution de matériels de protection ;



→ **Incident sur le site** (sur-attentat) : transfert des activités sur un autre site.



LA FIN DE LA CRISE

Levée du plan blanc par le directeur d'établissement ;
Retour d'expérience et actualisation annuelle du plan blanc.

... qui s'insère dans un écosystème de réponses aux crises sanitaires

Le plan blanc d'établissement est la déclinaison au niveau des opérateurs de soins du dispositif ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles)⁸ :

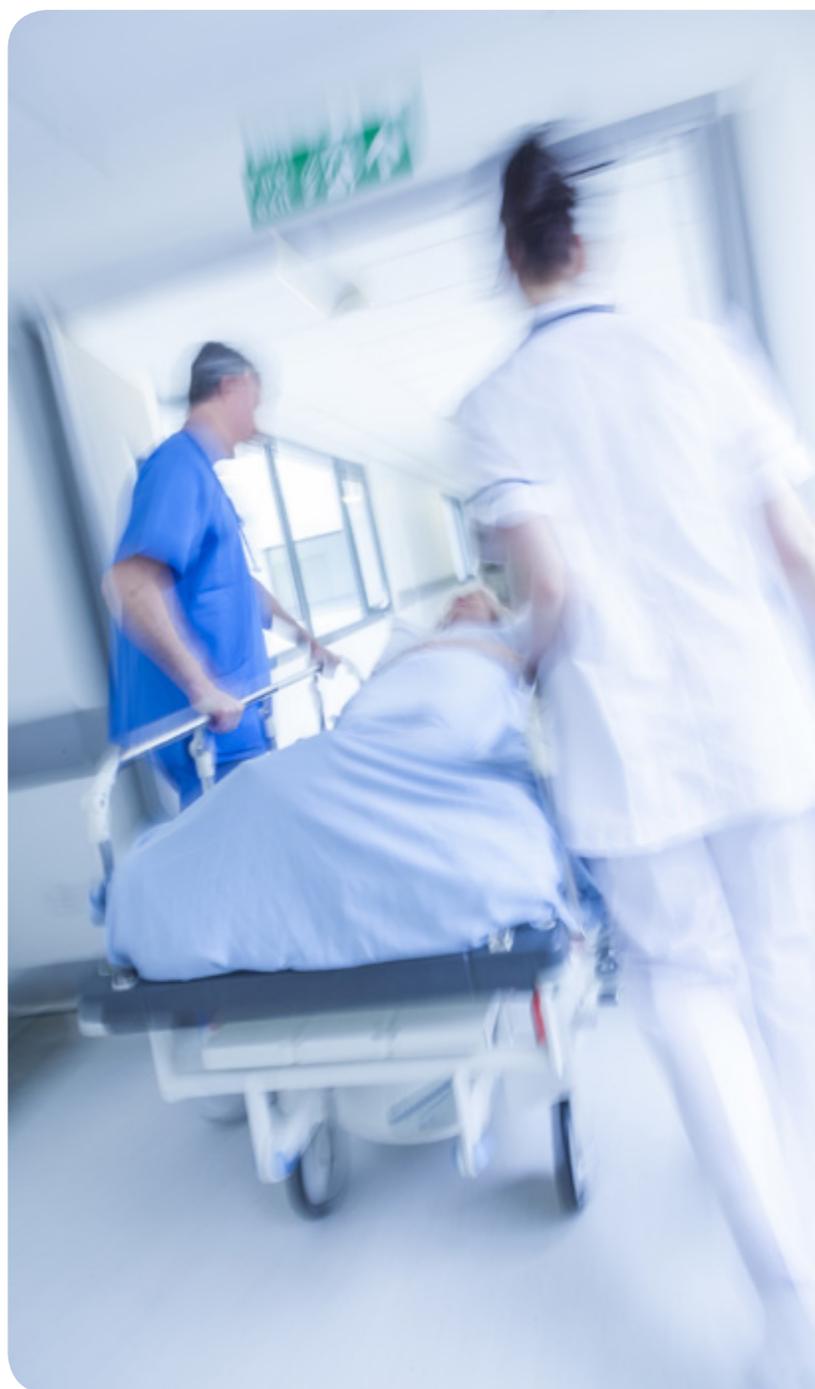
- ORSAN formalise au niveau régional les parcours de soins et les modalités de coordination des différents acteurs de santé ;
- Il se décline en cinq branches : Amavi (accueil massif de victimes non contaminées), Clim (phénomène climatique), Epi-Vac (épidémie/pandémie/vaccinations), Bio (risque biologique connu ou émergent), NRBC (nucléaire, radiologique, bactériologique ou chimique) ;
- Les objectifs assignés aux établissements de santé dans le cadre d'ORSAN sont intégrés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec l'ARS.

En complément, deux plans de renfort existent :

- **Le plan départemental de mobilisation⁹** (ancien « plan blanc élargi ») permet au préfet de mobiliser les ressources du département, lorsque la crise dépasse les capacités d'un seul établissement ;
- **Le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires :** élaboré entre les ARS de zone et le préfet de zone de défense, il a pour objectif de faire face aux situations ayant un impact exceptionnel sur l'offre et l'organisation des soins¹⁰ ;
- Au sein des zones de défense et de sécurité, les « **établissements de référence** »¹¹ disposent de capacités spécifiques pour la gestion de SSE, ainsi que de ressources humaines et techniques sur lesquelles s'appuie la réponse zonale¹².

En outre, différents schémas d'intervention complètent le dispositif :

- **Les plans nationaux :** plan national canicule, pandémie grip-pale, grand froid, etc.
- **Le dispositif ORSEC** (Organisation de réponse de la sécurité civile) organise la réponse de sécurité civile à différentes situations d'urgence, notamment en matière de secours aux personnes¹³ ;
- **Le plan bleu** des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), déclinaison opérationnelle d'ORSAN. Il permet la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables lors de la gestion d'une SSE, permettant notamment de maintenir autant que possible leur fonctionnement habituel, avant d'envisager de faire appel à leur site de repli¹⁴.



1

Le plan blanc

UN OUTIL DE GESTION DE CRISE DONT L'EFFICACITÉ REPOSE SUR SON APPROPRIATION PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE L'HÔPITAL

1.2

De son élaboration à son appropriation, le plan blanc concerne tous les acteurs de l'hôpital

Sous la responsabilité du chef d'établissement, le plan blanc est élaboré en concertation avec tous les acteurs

- L'élaboration du plan blanc fait appel à l'ensemble des acteurs de la communauté hospitalière (administratif, médical, soignant, médico-technique), **cette dimension collégiale étant un élément fondamental de la réussite du dispositif** ;
- Le pilotage du projet est le plus souvent confié à la direction chargée de la qualité et de la gestion des risques, ou encore à la direction des affaires générales ;
- Les établissements s'appuient sur les schémas de gestion de crises antérieurs au plan blanc et sur les guides méthodologiques institutionnels, qui peuvent prendre en compte des expériences étrangères¹⁵ ;
- Le plan blanc est arrêté, après avis des instances consultatives compétentes (CHSCT, Directoire, Conseil de Surveillance, CME, CTE) par le directeur pour les établissements publics de santé ; par l'instance délibérative sur proposition de son responsable pour les établissements de santé privés. Il est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au directeur de l'ARS et au SAMU territorialement compétent¹⁶.



En termes de gouvernance, l'apparition d'une « cellule SSE » auprès du chef d'établissement, composée de représentants des différents corps de métiers et pouvant faire appel à des experts ad hoc (par exemple pour la sécurisation du site), doit permettre une meilleure maîtrise des processus et plus d'efficacité dans la mise en place des procédures de gestion de crise.

L'appropriation du plan blanc par les équipes de l'établissement suppose la diffusion d'une « culture de crise »

- **L'efficacité du plan blanc est conditionnée par de multiples facteurs**, dont la formation, la réactivité et la disponibilité des moyens¹⁷ ;
- En situation de crise massive et évolutive, la disponibilité intellectuelle est faible, ce qui nécessite d'**acquérir une « culture de crise », principalement par la formation** : pratique régulière d'exercices (au moins un par an), connaissance des fiches-réflexes individuelles, sensibilisation aux risques NRBC (Nucléaire, Radiologique, Bactériologique ou Chimique) ;
- En effet, les personnels hospitaliers doivent pouvoir identifier leur mission, leur rôle et leur action dans leurs domaines de compétences ou d'intervention en sachant que le fonctionnement normal de l'établissement est compromis.



L'organisation d'un exercice complet peut s'avérer difficile à mettre en œuvre en termes d'organisation (le rappel des agents sur un temps de repos/congés peut être délicat, anticipation de la situation aux urgences)¹⁸, ou encore en raison de l'impact psychologique fort pour les personnels qui ont connu des situations de crise. Certains établissements prévoient un suivi psychologique pour l'occasion.

En conséquence, les établissements optent régulièrement pour des exercices thématiques (mise en place cellule de crise, montage des tentes NRBC (Nucléaire, Radiologique, Bactériologique ou Chimique), confinement de l'établissement), plus souples à mettre en place.

2

La mobilisation des ressources humaines

ENJEU MAJEUR D'UNE GESTION
DE CRISE EFFICACE, REPOSANT
ACTUELLEMENT SUR
DES OUTILS LIMITÉS

2

La mobilisation des ressources humaines

ENJEU MAJEUR D'UNE GESTION DE CRISE EFFICACE, REPOSANT ACTUELLEMENT SUR DES OUTILS LIMITÉS

2.1

Indispensable pour faire face efficacement à la crise, la maîtrise du processus de mobilisation RH doit reposer sur des outils optimisés

Le déclenchement du plan blanc implique une capacité immédiate de mobilisation des hôpitaux, le plus souvent dans des conditions dérogatoires du fonctionnement normal. Il correspond à un état d'urgence qui ne prend pas en compte les horaires habituels de relève des personnels¹⁹.

La mobilisation RH est essentielle dans la réussite de gestion de crise

- La mobilisation des ressources humaines en cas de déclenchement du plan blanc concerne la mise en place de la cellule de crise, le maintien et le rappel des personnels sur site, ainsi que la gestion des arrivées spontanées.
- **La maîtrise du processus de mobilisation revêt un triple enjeu pour l'établissement :**
 - **Disposer des compétences médicales et paramédicales** nécessaires quantitativement et qualitativement pour prendre en charge les patients,
 - **Disposer de ressources « support »** suffisantes pour assurer les activités de soutien (stratégie, logistique, communication, identitovigilance...),
 - **Disposer d'un suivi en temps réel de la mobilisation RH** afin d'adapter la stratégie de crise le cas échéant.

Les outils utilisés dans la mobilisation RH doivent être réactifs et efficaces

Dans une situation d'urgence, les outils utilisés pour le rappel des personnels doivent viser un triple objectif :



RÉACTIVITÉ

- **Diffusion rapide des messages de rappel** de la cellule de crise aux agents/salariés ;

- **Traçabilité des rappels en temps réel** est nécessaire pour adapter la stratégie de gestion de crise au plus juste (rappel progressif des équipes en fonction des besoins identifiés) et effectuer **un retour d'expérience précis en aval**.



QUANTITÉ

- **Diffusion massive d'informations en simultané** lors de la mobilisation et en cours de crise ;
- Rassembler les ressources médicales, paramédicales et support **en nombre suffisant**.



QUALITÉ

- **Cibler les ressources nécessaires** pour faire face aux caractéristiques du flux de victimes, en fonction de la typologie de la crise ;
- Rappeler les agents/salariés **les plus susceptibles d'être en mesure de se déplacer rapidement** ;
- Mener une **gestion RH adaptée** :
 - En tenant compte des cycles de travail, via le croisement des listes de personnels rappelés et les plannings, afin de ne pas épuiser les équipes dans l'hypothèse où la crise se prolonge,
 - En définissant une durée de mobilisation maximale des personnels, au-delà de laquelle ils devront partir se reposer et être remplacés,
 - En donnant une visibilité sur les compétences précises qui peuvent être sollicitées chez les agents.

2.2

Les outils et processus utilisés dans la mobilisation RH présentent des limites qui nuisent à l'efficacité du dispositif



L'élaboration de scénarios de crise

Afin de déterminer les moyens en personnels nécessaires pour répondre aux besoins, la cellule de crise peut s'appuyer sur des scénarios de crise :

- En amont, l'établissement détermine, en lien avec les autres acteurs territoriaux de la réponse sanitaire, **différents scénarios de rappel en fonction des risques** auxquels il est exposé et des caractéristiques du territoire et de son bassin de population (présence de sites à risques SEVESO, sites touristiques...);
- Toutefois, **il est impossible de prévoir avec certitude le déroulement d'une crise**, celle-ci étant toujours unique ;
- Les scénarios gérés manuellement peuvent s'avérer **inefficaces, en raison de cadres trop rigides** qui ne correspondent pas à la réalité de la crise vécue par l'établissement, et de **l'impossibilité de les moduler automatiquement en cours de crise**.

La constitution d'un fichier de contacts

- Pour contacter les agents/salariés, un fichier comprenant leurs coordonnées téléphoniques personnelles ainsi que le lieu d'habitation est créé. Il est actualisé régulièrement par la DRH et placé sous sa responsabilité pour en garantir la confidentialité.
- Le support du fichier varie selon les établissements : s'il subsiste des listes papiers, la plupart sont aujourd'hui dématérialisées sous format Word ou Excel, voire incluses dans un logiciel de rappel automatique dédié.

Support indispensable de la mobilisation RH, la liste de contacts soulève plusieurs problématiques.

Pour certains acteurs, la légitimité juridique des chefs d'établissements pour rappeler les agents/salariés en dehors de leurs horaires de service pose question :

- En effet, l'article 9 du Code civil protège la vie privée des agents/salariés, les abus conduisant à la mise en jeu de la responsabilité pénale de l'encadrement²⁰. Il n'existe dès lors **aucune obligation légale pour un salarié du secteur public ou privé de fournir un numéro de téléphone personnel fixe ou portable à son employeur** ;
- Le ministère de la santé a toutefois rappelé que la communication des coordonnées personnelles, si elle n'était pas une obligation réglementaire, pouvait se faire **sur la base du volontariat**^{20, 21}, **sous réserve que la liste demeure confidentielle** et à la seule disposition de la direction en cas de déclenchement du plan blanc ;
- Dans le secteur privé, les avis divergent : le Code du travail autoriserait un rappel des personnels en cas de circonstances exceptionnelles ou de surcroît d'activité. Pour certains, le pouvoir de réquisition des directeurs d'établissements privés, ne serait pas résolu à ce jour pour leurs salariés ou pour les médecins libéraux.
- Les organisations syndicales prennent régulièrement position contre la mise à disposition des coordonnées personnelles à la direction, par crainte que l'employeur ne s'en serve en dehors des situations de crise (par exemple, pour gérer l'absentéisme et effectuer des remplacements).

2

La mobilisation des ressources humaines

ENJEU MAJEUR D'UNE GESTION DE CRISE EFFICACE, REPOSANT ACTUELLEMENT SUR DES OUTILS LIMITÉS

Les informations contenues dans la liste de contacts sont parfois insuffisamment ciblées :

→ Dans la plupart des cas, **les informations élémentaires sont renseignées** (état civil, téléphone) ;

→ **La quantité et le niveau de détails caractérisant les contacts semblent toutefois perfectibles** pour les professionnels de la gestion des plans blancs : ces informations ne sont pas suffisantes pour envisager un rappel ciblé ;

→ Il conviendrait d'y **ajouter certains champs supplémentaires**, utiles pour garantir une mobilisation efficace (par exemple les compétences métier et autres utiles en cas de crise²², ou encore le lieu de résidence) ; sans quoi l'établissement peut **dispenser ses efforts** en contactant des agents/salariés qui ne pourront pas se déplacer rapidement (ex : agents en congés et éloignés, difficulté de se déplacer pour une famille mono parentale avec enfants, impossibilité pour les personnes se déplaçant en transports en commun de venir de nuit) ;



Il n'est pas utile de mentionner des compétences ou expériences qui remonteraient trop loin dans le temps, en raison de la potentielle perte de savoir-faire.

→ L'établissement doit anticiper les éventuels **besoins logistiques que fait naître la mobilisation RH** (par exemple l'ouverture de crèches pour le personnel appelé).

Le support utilisé pour la liste de contacts n'est pas systématiquement optimal.

→ Une **liste papier prend du temps pour être établie et actualisée**, elle ne peut en outre être diffusée et partagée rapidement ;

→ Les listes sous format informatique (Word, Excel) permettent une diffusion rapide mais devront faire l'objet d'un traitement manuel pour les appels.

La mobilisation des agents (cellule de crise, rappel et maintien sur site)

→ En fonction de la typologie de l'évènement et des informations qui parviennent à la cellule de crise en provenance du SAMU, le volume des agents/salariés dont l'établissement doit disposer est évalué et la procédure de rappel lancée ;

→ Le rappel des personnels repose sur une diversité d'outils, certains rudimentaires (listes papier ou Excel et appels manuels par un agent), d'autres plus élaborés (procédure d'appel démultipliées avec messages préétablis) ;

→ Après la crise, la gestion RH est régularisée, pour prendre en compte les heures supplémentaires effectuées, les réaménagements de plannings à réaliser pour permettre le repos des équipes sollicitées, etc.

Plusieurs risques sont susceptibles d'entamer l'efficacité de la mobilisation des agents :

→ **Les méthodes rudimentaires de rappel (listes papier/informatique et appels téléphoniques manuels) représentent une perte de temps importante** (cf. *supra*).

→ Si **les solutions de rappel automatique** et de recueil des réponses permettent *a priori* de répondre à ces inconvénients, leur utilisation peut entraîner des difficultés :

- Une **solution complexe et difficile à manier** peut créer une barrière forte à la réactivité qu'impose la gestion de crise,
- En outre, les solutions de rappel automatiques **peuvent être empêchées en cas de dysfonctionnement des réseaux de télécommunications**.



La traçabilité des flux de personnels

L'établissement doit être en mesure de suivre et gérer les flux de personnels de manière exhaustive pour adapter sa stratégie de gestion de crise et élaborer un retour d'expérience sur la base d'éléments précis.

Ainsi, l'établissement a besoin de « pointer » en temps réel les agents/salariés prévenus, qui sont en route ou qui sont arrivés, tout en surveillant les compétences disponibles.

Il est donc nécessaire d'assurer une traçabilité rigoureuse des personnes mobilisées, or :

- Les outils manuels ne garantissent pas une traçabilité complète : perte de temps et d'informations, risque d'oublis, etc.
- Les outils manuels ou informatiques rudimentaires (Word, Excel) ne permettent pas à la cellule de crise de connaître en temps réel le nombre de personnes rappelées, qui sont en chemin, qui sont arrivées, etc.
- En aval, ils ne permettent pas d'effectuer un retour d'expérience basé sur des statistiques précises.

La gestion des retours spontanés et l'information des agents/salariés au cours de la crise

→ Paradoxalement, le retour spontané d'agents/salariés non rappelés par la cellule de crise peut créer des **difficultés d'organisation** (sureffectifs dans certains services, risque sur la disponibilité RH post-crise).

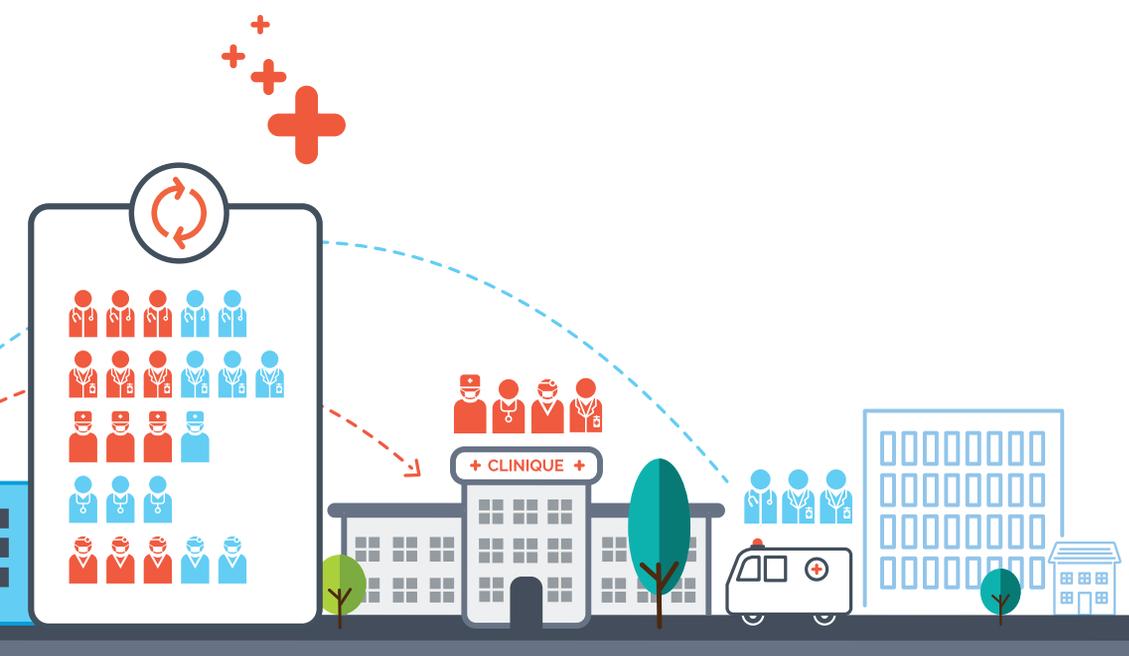
→ Or, les outils actuels ne prennent généralement pas en compte **l'information des personnes non rappelées**, qui peuvent se présenter spontanément dans leur service de rattachement.

→ Par ailleurs, **l'information en cours de crise des agents/salariés est nécessaire** pour réaliser des points de situation sur la nature de l'événement ayant conduit au déclenchement du plan blanc et sur son évolution, ou sur le plan d'actions mis en place pour faire face à la situation en précisant le rôle des différents acteurs²⁴.

Une gestion RH « rattrapée » a posteriori

→ Le maintien et le rappel sur site des agents **bouleversent l'organisation des plannings** et emportent des conséquences en termes d'organisation du travail : heures supplémentaires, modifications de planning, etc ;

→ Ces éléments sont **reconstitués a posteriori par les équipes RH** dans des conditions parfois difficiles, notamment si les outils de mobilisation ne permettent pas une traçabilité exhaustive.



3 Les outils digitaux

QUE PEUVENT-ILS APPORTER
DANS LA MOBILISATION
DES RESSOURCES HUMAINES
DE CRISE ?

3

Les outils digitaux

QUE PEUVENT-ILS APPORTER DANS LA MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES DE CRISE ?

3.1

La digitalisation des établissements de santé : une transformation en cours

- En Septembre 2017, le ministère de la santé a annoncé un effort financier de 100 M€ pour 2018 afin d'accélérer la transformation numérique des établissements de santé. Ce lancement d'un nouveau plan d'investissement numérique aura pour objectifs prioritaires de développer les services numériques au bénéfice du patient et de renforcer les liens entre l'hôpital et les professionnels de santé.
- Cette annonce fait suite au programme « Hôpital numérique 2012-2017 », qui encourage les établissements de santé à moderniser leur système d'information hospitalière (SIH) selon un schéma commun afin d'améliorer l'organisation, la qualité et la sécurité des soins.
- Les technologies numériques permettent aux établissements de rationaliser leur organisation, d'améliorer les conditions de travail du personnel et « l'expérience des patients »²⁵ : la transformation digitale est en cours dans un certain nombre de domaines (recueil d'activité, activités médicotechniques- PACS dans les services d'imagerie -, circuit du médicament, dossier patient, etc.).
- Au-delà de ces projets, des solutions digitales existent pour traiter d'autres problématiques.



3

Les outils digitaux

QUE PEUVENT-ILS APPORTER DANS LA MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES DE CRISE ?

3.2

Les avantages des solutions digitales dans la mobilisation RH en cas de déclenchement du plan blanc

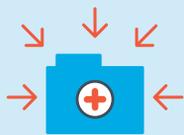
La numérisation offre de nouvelles opportunités en matière de solution de mobilisation des ressources en personnel en cas de déclenchement du plan blanc.





Les outils digitaux permettent d'envisager un nombre illimité de scénarios de crise et de les moduler en fonction des besoins.

- En fonction des risques identifiés par l'établissement, **divers scénarios de crise peuvent être élaborés rapidement**, en fonction des risques identifiés (chimiques, attentats, catastrophe naturelle...);
- Modularité et souplesse : en fonction de l'évolution de la crise, les outils digitaux permettent **d'adapter rapidement les scénarios de crise et de déclencher le rappel de ressources complémentaires rapidement** ;
- Une **plateforme de test** est à disposition de l'établissement pour organiser les **exercices/entraînements** plan blanc et autres plans de crises.



La constitution d'un fichier de contacts spécifique, exhaustif et sécurisé est facilitée.

- La liste de contacts est **intégrée dans la solution digitale dédiée à la gestion de crise**. Les informations y figurant ne sont pas accessibles aux cadres de proximité pour la gestion des absences et remplacements, **garantissant ainsi la spécificité d'usage** de la liste ;
- **La liste est confidentielle car accessible uniquement par les administrateurs de l'établissement disposant de droits d'accès**, ceux-ci étant attribués par le chef d'établissement ;
- La quantité et la qualité des informations contenues dans le fichier de contacts sont intégralement à la main de l'établissement, **qui peut facilement et rapidement ajouter autant de champs de renseignements qu'il le souhaite**, améliorant ainsi le ciblage du rappel ;
- **La collecte et la mise à jour des informations utiles pour contacter les agents/salariés sont facilitées** par l'emploi d'une solution harmonisée au sein de l'établissement.



Une stratégie de rappel « intelligente », simple d'utilisation et automatique peut être rapidement déployée.

- **Les solutions digitales peuvent être facile à prendre en main grâce à une interface simplifiée, facilitant ainsi le déclenchement du rappel** ;
- Un outil digital permet une **grande réactivité**, via **l'appel automatique et massif** des ressources souhaitées **en simultané** ;

→ Afin d'être le plus efficace possible, une solution numérique prévoit des communications multicanal (appels, messages vocaux, SMS, emails), réduisant ainsi l'impact d'une éventuelle saturation de réseaux ;

→ Un ciblage des personnes rappelées fin et totalement adapté aux besoins de l'établissement, via la sélection des compétences nécessaires et utiles ainsi que le rappel des ressources effectivement mobilisables, via la prise en compte de la situation des agents (situation familiale, congés, plannings, temps et modalités de trajet) et des plannings (interface avec les logiciels RH).



Une traçabilité des actions et des mouvements qui permet une gestion de crise optimale et un retour d'expérience sur la base d'éléments exhaustifs.

→ Seule une **solution numérique** peut donner **un état des lieux précis et dynamique** de la mobilisation : qui est contacté, qui a répondu, qui a décliné, qui est en chemin...

→ L'outil numérique calcule **des indicateurs de suivi de la mobilisation qui apparaissent dans un tableau de bord, facilitant le pilotage de la mobilisation** ;

→ Ces indicateurs pourront notamment être analysés après le plan blanc, dans le cadre du retour d'expérience organisé par l'établissement post-crise.



Une diffusion de l'information aux ressources non mobilisées et en cours de crise facile et rapide.

→ Une solution numérique **permet d'informer rapidement les personnes concernées que leur présence sur site n'est pas encore nécessaire, évitant ainsi le surplus de ressources** ;

→ Des messages d'attente peuvent être envoyés, permettant **d'assurer la relève des effectifs à H+8 et la continuité des soins dans les meilleures conditions** ;

→ Le numérique permet également d'envoyer au cours de la crise des messages d'information à l'ensemble des équipes, afin de **les informer de l'évolution des événements**.



UNE GESTION RH OPTIMISÉE

- Rappel des ressources effectivement mobilisables ;
- Suivi et enregistrement.

3

Les outils digitaux

QUE PEUVENT-ILS APPORTER DANS LA MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES DE CRISE ?

3.3

Les solutions digitales efficaces reposent sur une simplicité d'utilisation et de multiples fonctionnalités permettant une gestion efficiente de la crise : l'exemple medGo.



À la fin de la crise, le déclenchement est clôturé et l'établissement a accès à un **reporting** sur le déroulement du « plan blanc ».

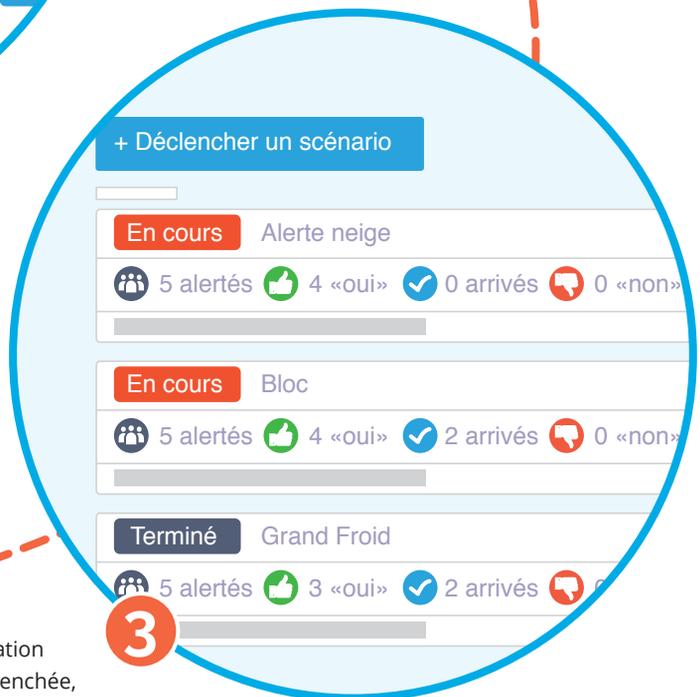
5



4

La cellule de crise et l'équipe d'encadrement **suivent et gèrent la mobilisation du personnel** dans un tableau de bord.

+ Déclencher un scénario



3

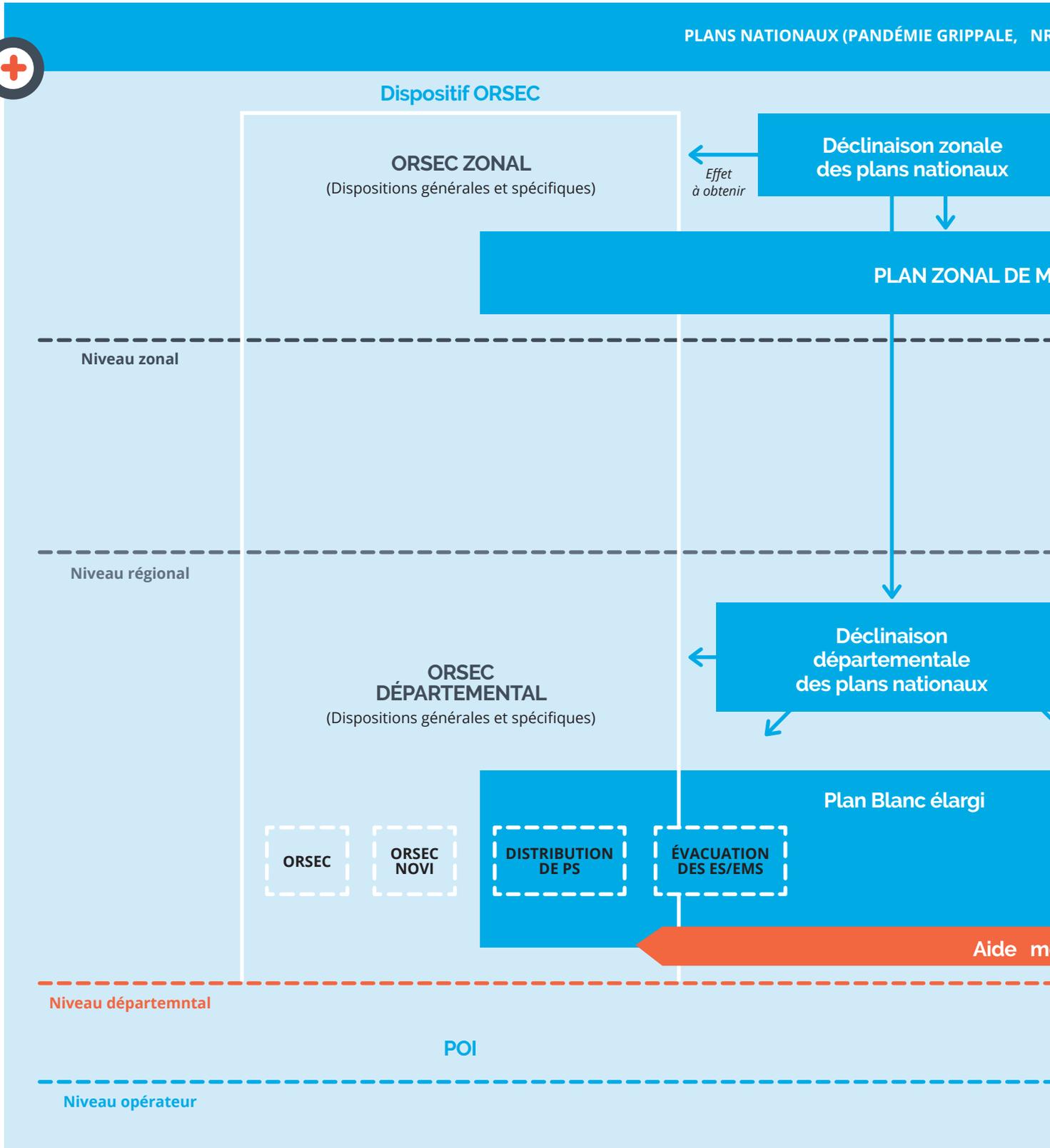
Lorsqu'une situation de crise est déclenchée, un administrateur **déclenche un scénario existant en un clic.**

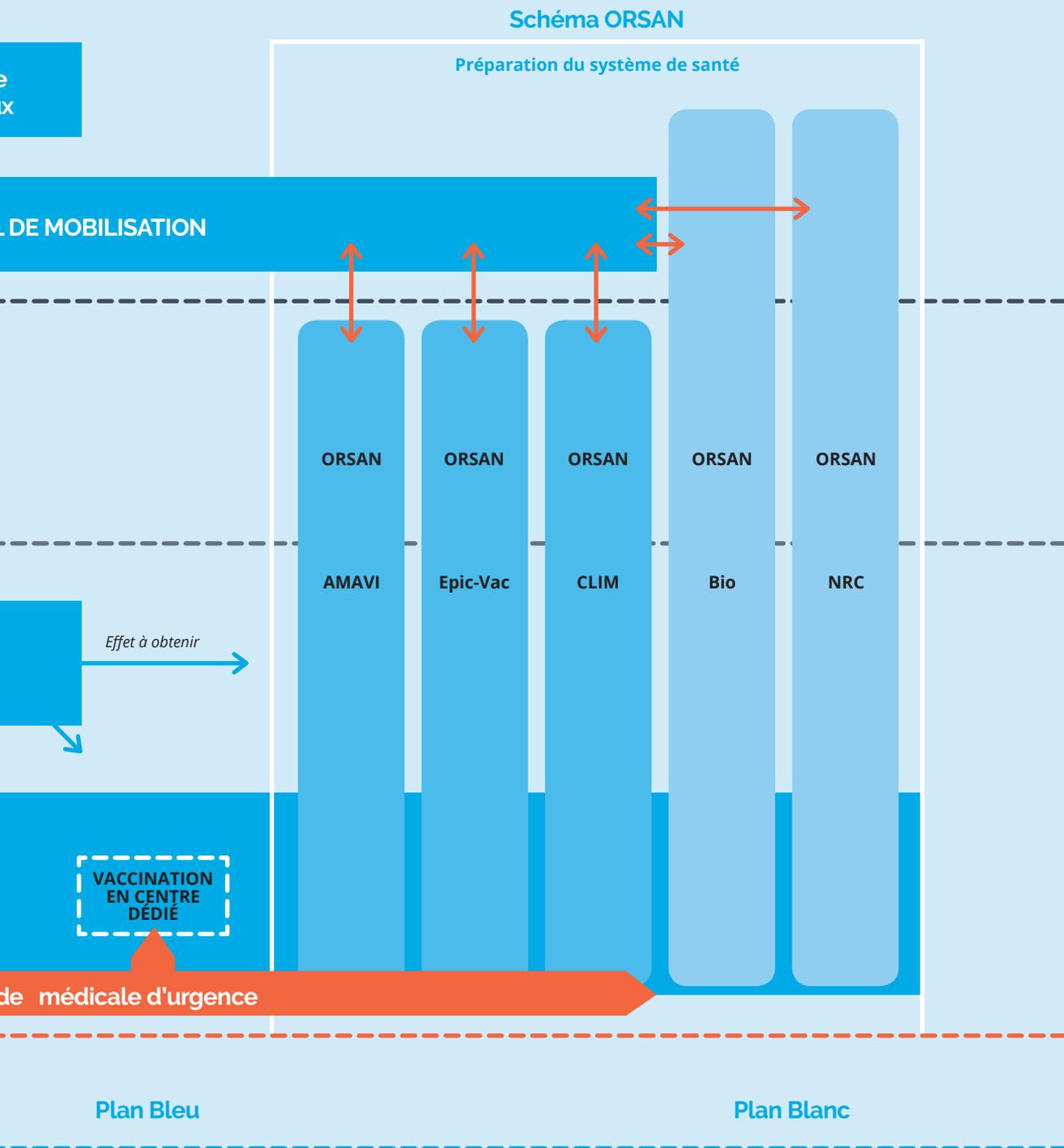


Annexe



PLANS NATIONAUX (PANDÉMIE GRIPPALE, NR)





Source : Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles, Guide méthodologique, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, 2014, p. 13.

Auteurs & Bibliographie

Les auteurs



ANTOINE LORON
Président de medGo



THOMAS BERTRAND
Élève Directeur d'Hôpital,
EHESP



Documentation

- *Plan blanc et gestion de crise*, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs d'EPS, Ministère de la santé, 2006
- Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes, p.8
- *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, Guide méthodologique, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, 2014
- J-C Aymard, *Le plan blanc : quelques notions pratiques...*, 2010
- S. Molenda et al., *Définition d'aides instrumentales pour la gestion de crise à l'hôpital : « Le plan blanc »*, Le travail humain 2008/4 (Vol. 71), p. 297-322.
- *La préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles*, ministère des solidarités et de la santé, 21 décembre 2016, <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/la-preparation-du-systeme-de-sante-aux-situations-sanitaires-exceptionnelles>
- *Le plan blanc élargi*, Ministère des solidarités et de la santé, 4 janvier 2016, <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/le-plan-blanc-elargi>
- *Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires*, Ministère des solidarités et de la santé, 4 janvier 2016, <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/plan-zonal-de-mobilisation-des-ressources-sanitaires>



Articles de presse

- Agnès Petit et alii., *Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015, Rôle d'une cellule de crise hospitalière*, Annales française de médecin d'urgence, volume 6, numéro 1, février 2016.
- Dr Isabelle Catala, *Attentat de Nice : retour d'expérience de l'hôpital pédiatrique CHU-Lenval*, Medscape, 24 mai 2017, http://francais.medscape.com/voirarticle/3603275_2
- *Le plan blanc dans les établissements publics ou privés de santé*, infodroits.fr ; <http://infosdroits.fr/le-plan-blanc-dans-les-etablissements-publics-ou-privés-de-sante-definition-declenchement-mesures-dorganisation>
- *Le prochain guide plan blanc intégrera en 2017 le « changement de paradigme » lié aux attentats*, Hospimédia, 22 mai 2017 ; <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170522-paris-healthcare-week-2017-le-prochain-guide-plan>



Sites internet

- <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- <http://infosdroits.fr/>
- <http://abonnes.hospimedia.fr/>
- <http://institutfrancais-israel.com>

Notes

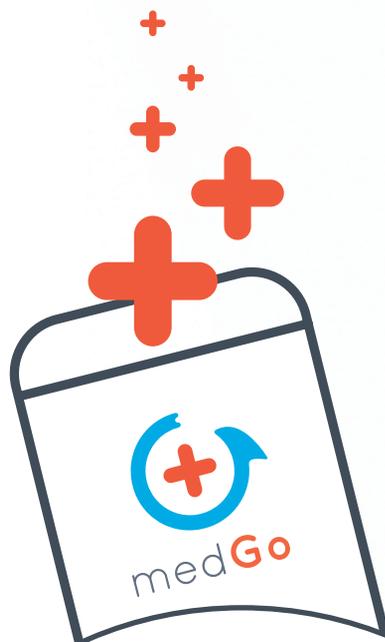
1. *Le prochain guide plan blanc intégrera en 2017 le « changement de paradigme » lié aux attentats*, Hospimédia, 22 mai 2017
2. <http://infosdroits.fr/le-plan-blanc-dans-les-etablissements-publics-ou-prives-de-sante-definition-declenchement-mesures-dorganisation>
3. J.-C Aymard, *Le plan blanc : quelques notions pratiques...*, 2010
4. Agnès Petit et Allii., *Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015, Rôle d'une cellule de crise hospitalière*, Annales française de médecine d'urgence, volume 6, numéro 1, février 2016, p. 48
5. Article R.3131-13 du code de la santé publique
6. J.-C Aymard, *Le plan blanc : quelques notions pratiques...*, 2010, p. 1162
7. Article R.3110-4 du code de la santé publique
8. Article L.3131-11 du code de la santé publique
9. Article L.3131-8 du code de la santé publique.
10. *Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires*, Ministère des solidarités et de la santé, 4 janvier 2016
11. Article L.3131-9 et R.3131-8 du code de la santé publique
12. *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014, p. 26
13. *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014, p. 19
14. *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014, p. 28
15. Le prochain guide ministériel pourrait notamment s'appuyer sur les expériences de pays confrontés à la gestion d'attentats, comme Israël (cf. <http://institutfrancais-israel.com/blog/un-seminaire-sur-la-gestion-des-attentats-par-les-hopitaux-reunit-experts-francais-et-israeliens-2/>)
16. *Plan blanc et gestion de crise, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs d'établissement*, Ministère de la santé et des solidarités, 2006, p. 39
17. J.-C Aymard, *Le plan blanc : quelques notions pratiques...*, 2010, p. 1160
18. J.-C Aymard, *Le plan blanc : quelques notions pratiques...*, 2010, p. 1170
19. *Plan blanc d'établissement AP-HP*, février 2009, p. 23
20. Article 432-4 du code pénal : « *Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende* ».
21. Question publiée au J.O de l'Assemblée Nationale du 11 février 1985 – Établissements d'hospitalisation, de soins et de cure : « *aucune disposition réglementaire ne permet d'obliger les autres catégories d'agents à communiquer à leur employeur le numéro de téléphone de leur domicile personnel. Une telle communication ne peut être effectuée qu'à titre volontaire* ».
22. Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes, p. 8 : « *les conditions relatives à l'obligation de service légitiment la communication de cette information à l'établissement. Afin de concilier le caractère confidentiel de données personnelles et la possibilité d'être joint en cas de rappel, ces listes sont placées sous enveloppe scellée, à n'ouvrir que sur ordre du directeur* ».
23. Agnès Petit et Allii., *Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015, Rôle d'une cellule de crise hospitalière*, Annales française de médecine d'urgence, volume 6, numéro 1, février 2016, p. 50
24. *Plan blanc d'établissement AP-HP*, février 2009, p.30.
25. *Hôpital : les nouvelles technologies au service d'une meilleure « expérience patient »*, Journal du Net, 13 septembre 2016 : <http://www.journaldunet.com/solutions/expert/65174/hopital-les-nouvelles-technologies-au-service-d-une-meilleure-experience-patient.shtml>

Crédits photographiques :

Fotolia

Création graphique :

JB Godefroy/www.jbgodefroy.com



CONTACT

www.medgo.fr

 **01 76 41 02 30**

 **contact@medgo.fr**

 **@_medGo_**

 **medGo.fr**

 **@wearemedgo**