

Préparer et optimiser la période post-crise

Margaux Chabannon^{1,2}, Oscar Thabouillot^{1,3}, Matthieu Langlois^{1,4}, Catherine Bertrand^{1,5}

Disponible sur internet le :

1. Société française de médecine de catastrophe (SFMC), 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France
2. SAU-SAMU-SMUR, référente des situations sanitaires exceptionnelles, CHU de Nîmes, place du Professeur-Robert-Debré, 30900 Nîmes, France
3. Service de santé des Armées, 2^e centre médical des Armées, quartier des matelots, 78013 Versailles cedex, France
4. Service d'anesthésie-réanimation, hôpital de Bourg-Saint-Maurice, 139, rue du Nantet, 73700 Bourg-Saint-Maurice, France
5. Samu 94, CHU Henri-Mondor, 51, avenue du Marechal-de-Latre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

Correspondance :

Margaux Chabannon, SAU-SAMU-SMUR, référente des situations sanitaires exceptionnelles, CHU de Nîmes, place du Professeur-Robert-Debré, 30900 Nîmes, France.

margauxchabannon@hotmail.fr

■ Points essentiels

- L'improvisation post-crise peut être plus dévastatrice que la crise.
- Il faut savoir se préparer avant, s'adapter pendant et s'améliorer après.
- La conception du plan de continuité d'activité permet de gagner du temps sur la période de reconstruction post-crise.
- La pratique du retours d'expérience (RetEx) doit être systématique mais exige une méthodologie.
- Le RetEx encourage l'amélioration collective.
- Le contexte d'incertitude, la complexité des situations et l'absence de « responsables » prolongent la période post-crise.

■ Key points

Preparing for and optimising the post-crisis period

- Post-crisis improvisation can be more devastating than the crisis itself.
- You need to know how to prepare beforehand, adapt during the crisis and improve afterwards.
- Drawing up a hospital continuity plan saves time during the post-crisis reconstruction period.
- The practice of feedback (RetEx) is systematic but requires a precise methodology.
- RetEx promotes collective improvement.
- The context of uncertainty, the complexity of situations and the absence of knowing who has caused the disaster prolongs the post-crisis period.

Introduction

La gestion de crise repose en partie sur l'anticipation. La planification est un pilier de la préparation à la crise. Cela revient à analyser les risques et construire les plans de réponses en regard. La réalité est malheureusement plus complexe, chaque crise révèle les limites de la planification. Malgré une préparation optimale, la crise se caractérise par des adaptations, des innovations, mais aussi des échecs ou des erreurs. Les retours d'expérience (RetEx) permettent d'accepter ce principe en cherchant les améliorations qu'enseigne chaque crise. La gestion post-crise doit être intégrée à la gestion de crise.

Dans cet article, la crise désigne toute situation générant une situation complexe, brutale et inattendue ayant des conséquences matérielles majeures, déstructurante pour la société et provoquant un nombre important de victimes. Il peut s'agir de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) comme de catastrophes naturelles, technologiques ou attentats.

Pourquoi est-ce important ?

Dès la crise passée, une organisation, un groupe et l'ensemble des individus entrent dans la phase délicate de l'après-crise ou « post-crise ». En priorité, c'est le moment pour souffler, se ressourcer, reprendre des forces mais aussi pour préparer l'avenir en capitalisant sur ce qui vient de se passer. La démarche est collective et cherche l'amélioration continue pour éviter les sanctions individuelles et règlements de compte.

Il est donc important pour chacun d'entre nous de se préparer à optimiser cette période. Être capable de laisser la crise derrière nous, tout en sachant apprendre de celle-ci : un retour à la vie normale avec sérénité, enseignements, mesures correctrices. Sous-estimer ce travail, c'est prendre un risque de sortie de crise ratée, qui peut être plus dévastatrice que la crise elle-même [1]. La sortie de crise est ce moment délicat où l'on a envie de dire « ouf » et pourtant tout n'est pas encore revenu à une situation stable et pérenne et un climat d'incertitude persiste. La cellule de crise, que l'on trouve dans les hôpitaux, les services d'urgence et de secours, a pour responsabilité de gérer la situation de crise au mieux et d'assurer la transition vers la sortie. Un de ses devoirs est d'anticiper le retour à la normale d'un point de vue matériel et humain. Afin d'y parvenir, elle établit une véritable stratégie de sortie de crise avec plusieurs niveaux, et plusieurs timings différents, variables d'une struc-

ture à l'autre, d'un service à l'autre au sein d'un même système. Il y a la sortie fondamentale de la crise lorsque l'ensemble des victimes physiques et des lésions somatiques a été prise en charge médicalement, mais il y a aussi la sortie de crise plus psychologique avec la compréhension et l'acceptation des changements induits par la crise. Il s'agit de reprendre confiance pour un retour progressif à une situation plus stable et acceptable par chacun, où le sentiment de subir a disparu. Anticiper cette sortie de crise et ses problèmes inhérents permet un temps de latence plus court, avant l'acceptation et la compréhension de la crise par chacun et donc une meilleure résilience de l'ensemble du système.

Tous les acteurs de la crise : victimes, acteurs du secours, population en général sont affectés psychologiquement par la crise. Pendant la crise, la population retient ses larmes et c'est le temps de l'action. Les équipes témoignent de véritables traumatismes psychologiques de la population rescapée. Dans des situations d'urgences collectives, chaque personne rescapée peut ressentir une culpabilité de ne pas avoir porté secours ou assistance, de ne pas avoir pris les bonnes décisions, voire même d'être en vie alors que des proches enfants, parents, camarades sont décédés. Cela se retrouve de manière encore plus forte chez des secouristes et soignants qui ont été confrontés frontalement à la crise. La crise COVID-19 a révélé cela parfaitement. À titre d'exemple, le confinement de la période COVID-19 privant les personnes de voir leurs proches hospitalisés, voire décédés a été une source de souffrance indélébile, incomprise aussi bien par les familles que par les soignants [2]. C'est le devoir et la responsabilité des acteurs du secours et du soin que de connaître, d'anticiper et de traiter l'impact psychotraumatique causé par ces situations. Les soignants apportent non seulement un soutien psychologique pendant la crise, mais ils doivent aussi anticiper l'après-crise et proposer une réponse qui tient compte du temps long de l'après-crise. Le terme d'impliqués a été créé pour tenir compte des blessés non pas somatiques mais psychiques qui doivent être pris en charge et protégés des médias qui peuvent réactiver des traumatismes via les images et les sons des reportages. Le plus souvent c'est le soin psychique qui mobilise le plus de ressources humaines, longtemps, très longtemps après la crise. C'est le cas de la pandémie COVID-19, des attentats (Bataclan, camion bélier à Nice). Pendant la crise, tous les publics sont mobilisés, une démotivation peut naître en post-crise, favorisant un éloignement des tâches quotidiennes, un isolement contre lequel il faut lutter. Les plans doivent prévoir la prise en charge médicale post-crise des traumatismes physiques mais aussi psychiques sans occulter la prise en charge financière.

Comment anticiper l'après-crise ?

Seule une préparation exigeante peut aider les organisations et les personnes à traverser la crise, malgré les émotions. L'inconnu, l'incertitude, l'impréparation sont facteurs de stress,

Glossaire

DMC	Directeur médical de crise
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé
PCA	Plan de continuité d'activité
RetEx	Retours d'expérience
RMM	Revue de morbi-mortalité
SSE	Situations sanitaires exceptionnelles

de comportements inadaptés individuels et collectifs. Les retentissements psychologiques individuels et collectifs sont encore plus importants si l'après-crise est mal gérée. Cela comprend le soutien mais aussi la volonté de s'améliorer face à la vérité de la crise, annihilant ainsi la multitude de biais cognitifs qui offrent une lecture avantageuse, voire fantasmée de la crise.

C'est pour cela que protéger les intervenants des troubles psychologiques passe par une exigence qui se résume par : se préparer avant, s'adapter pendant et s'améliorer après [3].

La culture de l'exercice suivi d'un debriefing permet de mettre en place cette culture de l'après-crise. L'entraînement et la simulation permettent de « désacraliser » les périodes de crises et mieux anticiper cette phase post-crise. Mais l'exercice doit être construit pour justement mettre en évidence l'importance d'apprendre des échecs par une culture de l'amélioration continue. Cela doit être réalisé dans un premier temps au sein d'une équipe, puis étendu à un service et enfin à l'interservices. L'organisation des RetEx en interservices demande une grande expérience et une volonté stratégique de construire une réponse globale loin du corporatisme. L'exemple méthodologique de l'enquête pilotée par le gouvernement anglais après l'attentat de Manchester est riche d'enseignements [4]. Cela peut être encore un retour d'expérience plus transversal avec des partages de cultures lors de la projection d'équipes de secours hors de la France, obligeant à s'adapter au contexte. Une unité de la sécurité civile a ainsi identifié des problèmes lors du séisme en Turquie en 2022, afin de les prendre en compte dans la phase préparatoire des équipes [5]. De même, une application a été créée pour préparer les professionnels de santé à aborder les situations sanitaires exceptionnelles dans les pays en voie de développement [6]. Quant aux travailleurs de la Croix-Rouge internationale, ceux-ci relatent un grand nombre d'agressions, mais acceptent en amont ce risque car ils sont conscients des aspects sécuritaires [7].

Cela forme un cycle permanent d'apprentissage alternant exercices, RetEx et mises en situation [8]. Afin d'optimiser la performance collective, le processus d'amélioration est continu, d'autant plus qu'il est illusoire de croire pouvoir tout anticiper. Cette préparation en amont concerne l'organisation structurelle, les procédures et la préparation humaine. Si l'on regarde les procédures, appelées plus généralement « plans ». Ceux-ci n'ont pas vocation à anticiper tous les risques. Les plans servent de « guide » de référence pour organiser la réponse. Ils doivent être flexibles et adaptables, ce qui revient à intégrer l'incertitude et l'inconnu dans le plan. Ils doivent par exemple laisser la place à l'innovation pour chaque crise et contexte et laisser une place à des initiatives. Ils permettent d'établir des stratégies de relance et d'identifier les facteurs de résilience nécessaires pour contribuer au retour à la normale au plus vite, à travers des capacités d'adaptations de l'ensemble des acteurs et structures. Le partage de responsabilité collective, la nécessaire coordination des acteurs sont des facteurs de cohésion, ce que montrent

les conclusions d'un exercice entre les pompiers et les policiers de Londres, impliquant plus de 300 participants lors de la simulation d'une attaque [9].

Avec ces entraînements, chacun peut également identifier en amont ses difficultés personnelles et collectives permettant une meilleure résilience globale. En effet, les décisions pendant la crise doivent être prises en urgence, en contexte d'incertitude. Cependant, il faut limiter au maximum l'improvisation, source d'erreurs et de controverses suscitant défiance et non-acceptation des décisions et donc in fine, source d'échecs. Il est donc impératif d'établir des plans pour avoir un coup d'avance sur d'éventuelles crises sanitaires. Ainsi sont apparus le plan Blanc et le Plan de continuité d'activité (PCA). Le plan Blanc permet à la cellule de crise, en lien avec le Directeur médical de crise (DMC), de piloter la crise de manière la plus efficiente possible, en limitant la phase de sidération initiale, en se basant sur des procédures réflexes, et en permettant à la structure sanitaire de s'adapter, d'être flexible et en sécurité face aux événements perturbateurs. Le plan de continuité d'activité, qui existe depuis longtemps dans les entreprises, est déclenché par la cellule de crise en parallèle du plan Blanc, afin de poursuivre au maximum l'activité sanitaire habituelle en parallèle de la crise. Il permet d'éviter la perte de chances pour tous les patients, en mutualisant les moyens humains et matériels, en protégeant les ressources humaines (vaccinations du personnel, etc.). Ces plans anticipent une sortie de crise la plus optimale possible, en adéquation avec la cinétique de la crise, en renforçant la compétitivité, l'image et la confiance des citoyens dans le système. La notion de point de rupture peut aussi aider à l'anticipation dans la crise et à mieux débiter la sortie de crise. C'est l'esprit des plans capacitaires ORSAN qui obligent les établissements à définir leurs capacités d'accueil et leurs seuils. L'objectif est de compléter l'arsenal des plans en fixant une limite au plan et prévenir le décideur du risque d'échec. Écrire un plan avec point de rupture, c'est déjà accepter la culture de l'échec. Par exemple, à partir de quel niveau de menace peut-on considérer que l'hôpital n'est plus en capacité de fonctionner ?

La construction du RetEx

Il faut avoir conscience que lorsqu'on sort d'une crise, on ne revient pas à une situation antérieure identique. On parle de transformation ou de mutation sinon nous réitérerions les mêmes crises sans cesse [10]. Cette transformation implique l'amélioration grâce à une analyse rigoureuse et factuelle. L'après-crise est un moment de vérité qu'il ne faut pas rater. Du RetEx pour chaque situation sanitaire exceptionnelle aux revues de morbi-mortalité (RMM) lors d'un incident à l'hôpital, la démarche doit être la même et demande une méthodologie comparable. Il faut chercher à tirer tous les enseignements sur les difficultés rencontrées pendant la crise tant du point de vue de l'anticipation que de la gestion de la crise elle-même. Le

RetEx fait partie intégrante de la préparation de réponse aux SSE, de même que les RMM.

On peut, pour simplifier, proposer une *timeline* de la post-crise. On commence par le *defusing* (voir ci-dessous) : on déchoque, puis le temps du ou des débriefings on cherche surtout à récupérer le maximum d'informations, enfin le temps du RetEx représente le temps de l'analyse et de la construction des axes d'améliorations.

Le defusing

On peut, pour simplifier, proposer une *timeline* de la post-crise. On commence par le *defusing* (voir ci-dessous) : on déchoque, puis le temps du ou des débriefings on cherche surtout à récupérer le maximum d'informations, enfin le temps du RetEx représente le temps de l'analyse et de la construction des axes d'améliorations.

Le *defusing* à chaud, en post-crise immédiate, permet d'identifier les problématiques humaines et risques immédiats et d'en déduire les mesures correctrices rapides. C'est ce qu'on appelle l'adaptation pendant la crise.

La période post-crise s'inscrit dans le temps mais commence très tôt. Différentes méthodes sont adoptées pour éviter le stress post-traumatiques (*post traumatic stress disorder* [PTSD]).

Le *defusing* veut dire désamorçage. Le professeur Louis Crocq le définissait par le terme « déchochage immédiat » dont le but est de procéder à un entretien psychologique visant une première verbalisation des émotions et des affects par un groupe ou une personne ayant vécu un événement traumatique [11]. Ce *defusing* obéit à des règles définies de façon à ne pas être intrusif. La personne doit avoir envie de parler. Elle parle de son propre vécu, pas de celui des autres.

Le débriefing

Le débriefing est réalisé en deux séances espacées. Il s'agit de raconter ce qui a été fait, vu, entendu. Il vise l'événement dans sa globalité. On parle de débriefing opérationnel.

Parfois il est difficile de réunir tous les acteurs. Une étude portant sur une situation de gestion de crise intra-hospitalière montre que les participants déclarent que le débriefing par vidéo leur permet de mieux cerner le scénario et les motive à prendre des responsabilités dans les structures décisionnelles de crise de l'hôpital [12]. Ces entretiens ne s'improvisent pas. Un débriefing non réussi compromet les chances d'amélioration [13].

Le RetEx

Le terme de RetEx recouvre différentes démarches et objectifs qui sont discutés à l'avance sur des aspects techniques, organisationnels, humains et l'expérience collective.

Il se prépare : quels sont les objectifs ? Il s'organise : qui participe ? Qui parle en premier ? Qui anime ? Les conclusions sont diffusées lors d'une restitution. Systématiquement les points positifs, négatifs et les axes d'amélioration sont identifiés. Respecter la méthodologie du RetEx permet de

dédramatiser car il faut identifier les pratiques positives ou négatives et les faire connaître aux autres acteurs. Cette procédure suppose de ne pas tricher, accepter les erreurs et échecs et accepter d'en faire des axes d'amélioration. L'objectif est d'impliquer tout le monde. La période, le lieu et la durée font l'objet d'une réflexion préalable. Cette démarche n'est pas un tribunal, avec jugement de valeur, mais doit, au contraire, servir de démarche collective inspiratrice de confiance et envie de s'améliorer.

Le RetEx à froid se décompose en trois phases : une phase préparatoire, une phase de mise en œuvre et une phase de suivi et valorisation. Il prend en compte à la fois l'analyse du côté organisationnel et technique de la gestion de la crise, mais également les ressentis humains pendant et après la crise. En effet, l'humain est source de 99 % des erreurs, en particulier en période de crise, avec parfois des décisions pouvant paraître absurdes à posteriori mais prises au moment T de la crise dans l'incertitude et pondérées de multiples impératifs extra-médicaux. En contexte hospitalier, le RetEx doit être coordonné par le (s) référent(s) qualité de l'établissement qui n'est pas obligatoirement un intervenant ayant participé à la crise, en concertation avec les différents partenaires ayant été impliqués dans les problématiques de la crise. Il doit faire l'objet d'une conclusion avec des mesures correctrices et un exercice de simulation pour tester l'efficacité de ces dernières qui seront incluses dans les plans de gestion de crise in fine. Ce RetEx, outre le côté purement analytique de la crise, permet également une prise en charge des émotions des intervenants, le repérage des victimes collatérales de la crise parmi les personnels, avec pour but ultime d'éviter les syndromes PTSD. Il fera l'objet d'un suivi pour les personnels impliqués dans la crise, offrant des possibilités de solutions individuelles ou collectives de soutien psychologique des intervenants de la crise.

Une démarche difficile, constructrice mais qui a des limites

Plus les organisations, les groupes et les personnes sont formés, participent à des exercices avec du matériel adéquat, partagent des retours d'expériences, plus les périodes de crise et de post-crise sont optimisées.

Pendant des limites existent. Comment rétablir la confiance quand les données scientifiques sont incertaines pour expliquer la physiopathologie de la pandémie COVID-19 ou les conséquences sanitaires de l'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen. L'accident nucléaire de Fukushima est une crise loin de la France, mais le rejet des eaux polluées dans le pacifique réactive les représentations sur le risque nucléaire et prolonge la période post-crise. Un RetEx ne peut se construire dans l'urgence sans élément factuel et référence scientifique validée, faisant consensus.

Les situations complexes laissent place à une surabondance d'informations parfois contradictoires qui ne font qu'augmenter

le doute et le manque de confiance envers les décideurs ou autorités, ce qui montre l'importance de la communication en situation de crise et en post-crise.

Bertrand Morel montre comment le collectif peut construire des modèles explicatifs absurdes [14]. Notre esprit cartésien ne se satisfait pas de ne pas pouvoir désigner un responsable à une crise, de ne pas en connaître la cause. Les politiques n'ont souvent pas d'autres solutions que de pourvoir à des indemnités forfaitaires, si possible par un financeur extérieur en capacité de le faire.

Conclusion

On ne sort jamais indemne d'une crise. La crise abîme la structure, les procédures et les équipes. Le RetEx est là pour réparer et préparer l'avenir et se projeter tout en garantissant la cohésion collective. Ne pas admettre ce travail délicat mais

tellement constructif c'est laisser pénétrer silencieusement les risques de ruptures. Le RetEx est, certes, la cible de critiques, mais il faut en faire une opportunité d'amélioration. Il s'agit d'une démarche difficile mais constructrice pour sans cesse être dans l'optimisation des pratiques en terme médical, psychologique et organisationnel. C'est ainsi que le système de soins doit admettre de connaître des crises sanitaires malgré des plans anticipatoires. En effet, il est utopique de tout prévoir. Il faut tirer les conclusions sans honte ou remords sur ce qui nous a fait défaut lors de la crise dans les RetEx. Il faut modifier et améliorer nos plans avec une nouvelle phase préparatoire, tout en soulignant les points positifs pour mieux accepter et reconquérir la confiance de chacun. Comme le disait Friedrich Nietzsche « ce qui ne me tue pas me rend plus fort ».

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Lagadec P, Langlois M. Ne pas rater le retour d'expérience. In: Hirsch E, editor. *Pandémie 2020. Éthique, société, politique*. Paris: Les Éditions du Cerf; 2020. p. 798-805. <http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/23-04-2020.pdf>.
- [2] Bertrand C, Lecarpentier E. COVID-19: a disaster. *Med Catastrophe Urgences Collectives* 2022;6(1):45-8. doi: 10.1016/j.pxur.2021.10.007.
- [3] Lagadec P, Langlois M. La pratique du RETEX face aux situations complexes et incertaines. *Horizons Publics* 2021;12-6. [Hors-série Automne] <https://www.patricklagadec.net/wp-content/uploads/2022/01/la-pratique-du-retex-face-aux-situations-complexes-et-incertaines.pdf>.
- [4] Manchester arena inquiry. Volume 2: emergency response, 2022. Report of the public inquiry into the attack on Manchester Arena on 22nd May 2017. <https://files.manchesterarenainquiry.org.uk/live/uploads/2022/11/03141804/MAI-Volume-2-Part-i.pdf>.
- [5] Kedzierewicz R, Couret A, Cazes N, Süssler A, Arvieux C, Arnaud I, et al. Deployment of the French Civil Protection Field Hospital (ESCRIM) in Gölbazi, Turkey after the February 2023 earthquake: lessons learned. *Prehosp Disaster Med* 2023;38(4):522-8. doi: 10.1017/S1049023X23005873.
- [6] Mehmood A, Barnett DJ, Kang BA, Chhipa UE, Asad N, Afzal B, et al. Enhancing willingness-to-respond to disasters and public health emergencies among Health care workers using mHealth intervention: a multidisciplinary approach. *Disaster Med Public Health Prep* 2023;17:e469. doi: 10.1017/dmp.2023.129.
- [7] Guisolan SC, Ambrogio M, Meeussen A, Althaus F, Eperon G. Health and security risks of humanitarian aid workers during field missions: experience of the International Red Cross. *Travel Med Infect Dis* 2022;46:102275. doi: 10.1016/j.tmaid.2022.102275.
- [8] Ministère des Solidarités et de la Santé. Retour d'expérience. Guide méthodologique. Situations d'urgence sanitaire et exercices de simulation; 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_retex_bd.pdf.
- [9] Neal DJ, Loconti P, Mengel T, Holway K, Wenner D. After action report: lessons learned from simulating unified command in response to an active shooter incident using a command competency laboratory. *J Spec Oper Med* 2022;22(4):60-4. doi: 10.55460/VU55-6JG4.
- [10] Lagadec P. *Sociétés déboussolées – ouvrir de nouvelles routes*. Paris: Les éditions Persée; 2023.
- [11] Crocq L. Secours psychologiques aux victimes d'attentats terroristes – partie 2 : prise en charge des victimes psychiques d'attentats. Création du réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique. *Perspect Psy* 2017;56(2):173-80. doi: 10.1051/ppsyl/201756217.
- [12] Gretenkort P, Döpker S, Thomas P. Simulationstraining für die operative Krankenhausseinsatzleitung [Simulation-based training for a hospital incident command group]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2023;118(3):196-201. doi: 10.1007/s00063-022-00930-8.
- [13] Tomisawa T, In N, Ota K, Tsujiguchi T, Kudo H, Osanai M, et al. Training of medical responders to nuclear disaster: hybrid program in the COVID-19 pandemic. *Disaster Med Public Health Prep* 2022;17:e147. doi: 10.1017/dmp.2022.59.
- [14] Morel C. *Les décisions absurdes III. L'enfer des règles. Les pièges relationnels*. Collection bibliothèque des sciences humaines. Paris: Gallimard; 2018.