

Codiv-19 : L'HÔPITAL EN SOINS INTENSIFS – CHANGER DE LOGICIEL

Patrick LAGADEC¹

25 Mars 2020

Dans mes derniers “posts”,² j’ai tenté d’explorer le cadrage stratégique de la situation extrême et “barbare” que nous traversons.³

Mais il nous faut réfléchir aussi aux questions plus immédiates, notamment pour les hôpitaux, notre première ligne de front : sur le terrain, comment chaque établissement, chaque équipe, chaque acteur, peut-il s’organiser pour tenir sa fonction sans être balayé ?

Bien sûr, la haute compétence, le dévouement, sont requis. Et Hippocrate fixe le Serment. Mais quand on bascule dans un autre monde, là comme ailleurs, il faut s’interroger sur les « logiciels » que l’on suit. Et envisager même de devoir les bousculer de fond en comble.

Il ne s’agit pas simplement de faire beaucoup plus, mais de faire tout à la fois infiniment plus, et bien plus encore : différemment. Il ne suffit plus d’accélérer, de compresser. Il faut savoir où l’on va, comment, et donc sur la base de quels repères, de quelles organisations collectives, de quels ressorts personnels.

Les réponses sont bien entendu à trouver, à ajuster, dans chaque cas particulier. Mais il est néanmoins possible de flécher quelques principes-repères à partir desquels réfléchir et, surtout, agir.

Et même si, à cette heure, les déferlantes ne laissent aucun répit, et que les préparations sociétales aux méga-chocs sont marquées de béances abyssales. Cela ne doit conduire à encore plus d’intelligence de situation et de mobilisation créatrice. Bien entendu personnelles et sociétales.⁴ Mais aussi organisationnelles – la dimension qui va être ici examinée.

Le défi est massif et brutal : l’hôpital est d’abord pensé, armé, vécu, valorisé comme une agglomération de services et d’équipes de haute compétence. Chacun dans son alvéole de très haute technicité (au détriment parfois d’un management humain moins exceptionnel), avec quelques passerelles bien entendu pour ce qui exige coopération. Soudain, voici que le typhon met en péril le vaisseau tout entier, attaquant ses premiers fronts, pénétrant tous les étages, bousculant toutes les fonctions, et risquant d’épuiser les meilleures bonnes volontés.

Il n’est plus possible d’en rester aux fonctionnements nominaux. Beaucoup s’interrogent : que faire ? Quelle [ré]organisation ? Quel pilotage ? Alors bien sûr qu’en même temps on fait tout ce qu’il est possible pour sauver le navire, colmater les brèches – en appeler de la façon la plus ardente à l’appui de tous à l’extérieur.⁵

Dans cette note de réflexion portant, comme indiqué, sur la dimension organisationnelle, je vais tenter de proposer quelques pistes. À partir de l’écoute de personnes du monde médical et soignant, mariant chacune différentes expertises, et différents registres d’expertise. Et plus encore : ayant traversé des crises dans lesquelles la technicité médicale n’était pas *la* solution, le levier *unique* à mobiliser.

Je pense notamment :

- Aux réflexions et propositions de Matthieu Langlois, Médecin anesthésiste-réanimateur, Chef du Groupe médical du RAID, intervenant crucial dans l'épreuve du Bataclan⁶, et à l'origine d'enseignements essentiels en médecine tactique.⁷
- À Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie – qui viennent de publier « *Faire face : 10 points sur la guerre au virus* », et avancent des propositions opérationnelles précises.⁸
- À l'expérience de Marine Kretly, Médecin responsable du Smur de Nice lors de l'attentat du 14 juillet 2016.⁹
- À celle de Marie-Cécile Barthet, Directrice des Secours médicaux lors de la catastrophe AZF, le 21 septembre 2001.¹⁰
- À celle de Murielle Arondeau, Directrice de l'hôpital de Mitrovica lors de la guerre de Yougoslavie.¹¹
- À celle du Docteur James Young, qui intervint en conseiller stratégique des autorités lors de l'épisode du SARS en Ontario et à Toronto en 2003.¹²

Je proposerai ci-après : des repères essentiels qui peuvent inspirer l'action, les mots, les attitudes, les décisions dès lors que l'on bascule dans l'inconcevable ; des suggestions pour aider à l'organisation du système, et alors qu'il ne s'agit pas de transformer un établissement hospitalier ni en cuirassé ni en colonne de chars d'assaut.

1. Absorber le choc

Le premier impératif est de savoir, à l'avance, que l'événement majeur est et sera par essence... "le n'importe quoi qui déferle", "l'abyssal qui engloutit".

C'est n'est pas "un peu plus" que l'ordinaire, c'est infiniment plus, et totalement étranger. Piégeant. Hors cartes de lecture innées comme acquises. Paralysant, car l'esprit doit instantanément reconfigurer la cartographie de référence, alors même que ce sont les moments mêmes où agendas et habitudes, logiques de fonctionnement et niches, s'imposent comme sécurités existentielles. Il faut d'emblée alerter : « Stop, on va jouer à autre chose – Reset ».

Comme on le voit dans le film « Apollo 13 », le chef de mission clarifie : « *On ne va plus sur la Lune* ». « *Et je me fiche de savoir pour quoi est conçu tel dispositif, je veux que l'on mobilise ce qui peut marcher, dans le but qui est désormais le nôtre.* »

C'est le témoignage de Marie-Cécile Barthet sur AZF. L'alerte reçue : "Il y a des bombes dans tout Toulouse". La prise à revers : les cohortes de premières victimes sont des patients de l'hôpital, blessés par des éclats de verre. La vitesse et la puissance du flux : des centaines de patients arrivent sur l'hôpital, sans passer par les canaux prévus, et en 7 minutes. Les consignes qui ne fonctionnent plus : "Fermer les vitres et les entrées d'air", en raison du nuage orangé qui plane – il n'y a plus de vitres, il n'y a que des entrées d'air. Les décisions totalement hors cadre, à prendre dans le premier quart d'heure, avec des partenaires loin de ceux que l'on côtoie : le bâtiment avait subi des lésions de structures, fallait-il évacuer l'hôpital au moment où il était d'intérêt vital – qu'en disent les architectes ? Marie-Cécile Barthet indique que le choc a été absorbé en actionnant et en mariant deux ressources : une très solide expertise et pratique préalable en matière de médecine de catastrophe ; une réactivité instantanée pour reconsidérer ses lectures, tisser des relations nouvelles, s'adapter tactiquement, etc.¹³

Comme le témoignage de Marine Kretly qui, lors du drame de Nice, sait sortir du cadre et avertir : « Non, ce ne sont pas trois accidents de la route. C'est un seul et même événement, et ce n'est pas du registre de l'accident – c'est un *attentat* ». Changement total de situation, réorganisation instantanée des missions des équipes SMUR.

Ou celui de Murielle Arondeau, Directrice de l'hôpital de Mitrovica lors de la guerre de Yougoslavie : je vais devoir diriger un hôpital où opèrent des unités médicales venant de camps ennemis et pour l'heure armées... à l'intérieur même de l'hôpital.¹⁴

Premier repère : ne pas se laisser personnellement détruire ou anesthésier par le choc. Ce « n'importe quoi », c'est la règle en pareil univers, sinon nous ne serions pas dans de la crise majeure. On encaisse, on ACCEPTE le fait immédiat que l'on est dans un chaos, hors des univers habituels, et que l'on est submergé. C'est le moment essentiel : on déchire la cartographie. On s'arrache à la tyrannie du cadre conventionnel. Et alors on peut passer à l'action.

C'est là que la préparation est cruciale. Je sais que ce sera le décor qui me tombera sur les épaules ; je sais que, plus la situation sera aberrante et inquiétante, plus je voudrai me cramponner aux logiques habituelles – alors justement qu'il va s'agir d'en sortir (sans pour autant s'abandonner au n'importe quoi).

Comme me le confiait Patrick Chauvel, documentariste de guerre : « *J'ai été surpris – mais une demi seconde* ». Et la préparation est précisément ce qui permet de changer de carte mentale à haute vitesse, et sans que ce bouleversement de vision ne tue l'intelligence ni la capacité d'invention.¹⁵

Comme le dit l'Amiral Thad Allen, qui prit en charge le chaos du cyclone Katrina en 2005 : « *En arrivant, j'ai compris que nous n'avions rien compris. Ce n'était pas un cyclone, c'était une arme de destruction massive, sans dimension criminelle* ». Clarification, énonciation, réorganisation, action.¹⁶

Tout de suite, se mobiliser pour amener son organisation, son équipe, en phase avec ce nouveau territoire.

2. Ancrer des fondations ad hoc

Le responsable doit savoir que chacun va spontanément se retourner vers lui. Question : que dire ?

La seule parole possible est celle de la clarification sans détour : « *On ne va pas se raconter des histoires : on entre dans l'inconnu ; on y entre ensemble, et l'on va inventer* ».

Comme me le dit un jour un Préfet très averti : « *Rester en état de questionnement me semble la bonne posture dans ces circonstances. Car tolérer l'incertitude est ce qui prépare le mieux à l'imprévisible.* »

La parole de vérité est la seule qui puisse permettre d'insuffler du respect, de la réassurance, de la cohésion. Comme un médecin qui doit inspirer de la confiance dans ses annonces et ses décisions.

Et un second message s'impose : « *Je vous protégerai* ». Mon équipe, c'est l'assurance ultime. Sa sécurité, sa cohésion, la confiance et la lucidité partagées – voilà le socle indispensable.

Deuxième repère : un leadership marqué par l'authenticité directe, personnelle, immédiate. On ne triche pas. Tricher, c'est déjà avoir perdu. Ce n'est pas le chef qui impose, c'est le responsable qui inspire.

Limites : Il ne faut hélas pas, ici non plus "se raconter des histoires". Deux précipices se présentent bien vite : 1°) L'inconnu comme le tragique ne cessent de s'approfondir. Ce n'est pas une affaire à un coup, mais à coups répétés, avec toujours plus d'opacité, de questions

inconcevables, de vécus intolérables. 2°) Le « *Je vous protégerai* » peut fort bien ne pas tenir, dès lors que les soignants sont touchés, certains d'entre eux, ou même la plupart d'entre eux. Il n'y a sans doute plus alors d'autre voie possible que celle de l'authenticité nue : admettre et partager le tragique. Benoist-Méchin parle ainsi de Churchill et de sa force, qui mobilisa des forces profondes :

"Sa volonté est comparable à celle d'un William Pitt qui, torturé par la goutte, les membres enveloppés de pansements et marchant sur des béquilles, trouvait encore la force de répondre à un amiral qui lui affirmait que ce qu'il lui demandait était impossible : "-Monsieur, regardez-moi ! Je marche sur des impossibilités !"17

3. Repenser l'organisation

Spontanément, l'esprit se focalise sur la tâche immédiate – et en matière de santé c'est encore plus prégnant car l'objet de la tâche, c'est une personne humaine, pour laquelle le soignant va se donner totalement.

Dans une situation de débordement, il est impératif de toujours pouvoir regarder hors du champ immédiat, et notamment de s'interroger sur les flux que vont porter les dynamiques déclenchées. Ce n'est plus LE patient, mais le FLUX. Comme en médecine de catastrophe, ne voir que la victime dont je m'approche, c'est le risque d'en perdre des cohortes entières.

Très vite, c'est l'organisation qui est à repenser.

Comme le disent les auteurs cités dans le texte « la Guerre au virus », il faut sortir du soin pour penser l'organisation et gérer des flux *en situation dégradée*.

Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie : « *Chacun doit agir à la bonne échelle. Un médecin gérant un service de réanimation fait des choix tactiques dans son unité (gestion des personnels, des matériels, des techniques médicales qu'il va décider d'utiliser ou non...), un directeur d'hôpital, qui a la vision de l'ensemble des services et des besoins va faire des choix tactiques (privilégier certains services, en fermer d'autre, gérer ses approvisionnement, rechercher des solutions alternatives, gérer l'affectation des personnels entre les services tout en pensant dans le temps ...), un infirmier isolé dans une maison de retraite va quant à lui également faire des choix tactiques pour améliorer au mieux la survie de ses pensionnaires malades, les personnels en soutien direct et indirect du personnel-soignant vont contribuer à l'efficacité de l'ensemble de façon cruciale, etc.*

La spécificité d'une crise est que, précisément, il n'y aura pas de routine, plus de routine. La séquence qui s'ouvre va obliger chaque acteur à changer de modèle. Donc il ne s'agit pas d'une habitude mais bien de l'obligation de changer complètement de logiciel. »¹⁸

Et dans l'univers de la crise, il n'y a pas de temps long dans lequel penser l'architecture très à l'avance, s'inscrire dans une logique de « gestion de projet », avec maints comités, consultation de toutes les alvéoles, hiérarchies, strates... Il faut rapidement discerner les points d'appui possibles, qui vont d'ailleurs émerger :

Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie : « *Dans une structure non préparée à une gestion de crise il faut rapidement identifier ces gestionnaires « innés » ou expérimentés et rebâtir l'organisation opérationnelle autour d'eux.*

Cela passe par trois étapes : décider, rassurer par la décision et, last but not least, innover.

À ce titre, les personnels-soignants vont probablement devoir sortir, comme souvent, de leur zone de confort. Leur rôle ne sera pas d'être des bons techniciens – ce ne sont pas des difficultés techniques qui menacent avec le nouveau coronavirus, mais bien la propagation de l'épidémie – mais de décider dans les moments où c'est difficile. Non pas seulement décider d'ailleurs, mais bien décider en inspirant confiance et donc en rassurant les populations. C'est bien là qu'est la plus grande difficulté. La force des process et des routines est qu'elles ont presque force de loi. Il n'est pas nécessaire de légitimer une procédure habituelle. Lorsqu'on agit dans le « hors cadre », lorsqu'on innove, la difficulté est redoublée. »¹⁹

Et les auteurs soulignent avec force l'importance cruciale de l'organisation, là où jusqu'alors l'individu était la référence normale :

***Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie** : « En situation de crise particulièrement, on est défait à partir du moment où l'on commence à se penser comme un héros, c'est-à-dire seul. »²⁰*

4. Cultiver la plasticité

Une difficulté supplémentaire est qu'on ne peut même pas se reposer sur le « modèle » que l'on vient juste de construire, d'inventer. Il va falloir constamment réinventer. On ne vise pas à se raccrocher à un plan, qui ne fonctionne plus ; on puise dans une préparation, qui apporte une épaisseur tant technique qu'humaine qui peut nourrir une grande intelligence de situation.

***Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie** : « Chaque nouveau jour implique de remettre en question ce qui a été fait la veille. Ai-je bien fait ? Ces mesures étaient-elles suffisantes ? etc.*

Si nous voulons vaincre la crise, il faut changer d'échelle : avec le Covid-19, les parties prenantes doivent se poser ces questions en permanence, plusieurs fois par jour.

Pour dompter le moment, les acteurs doivent sortir des sentiers battus et se demander en permanence : quelle est la situation actuelle ? est-ce que la vision que j'en ai est conforme à la réalité ? les décisions prises hier sont-elles cohérentes aujourd'hui ? quelles sont les situations prévisibles qui m'attendent demain. Il s'agit de sortir du tunnel de l'action en cours.

C'est tout le paradoxe de la légitimité de l'action qui se retrouve ainsi à plat : quelle règle appliquer s'il n'y a pas de règle ? Comment savoir si la règle que j'invente, à travers les solutions que je mets en œuvre, est la bonne ? Il s'agit d'avoir un impact sur ce qui se passe. »²¹

5. Structurer la chaîne de décision

***Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie** : « La base de toute opération de soin en situation d'urgence, comme en opération militaire, est la structuration de la chaîne de décision. C'est elle qui va être l'aiguillon en dernier ressort, même dans les moments d'improvisation.*

Son objectif tend à limiter au maximum que des micro-décisions soient laissées aux individus, mais qu'elles soient au contraire portées par la structure. Les objectifs choisis doivent pour cela être clairs et compris de tous, de façon à ce que chaque échelon puisse adapter sa tactique à la réalité du terrain et atteindre l'objectif assigné. Pour ce faire, la maîtrise de l'information a donc une importance capitale.

Au fond, l'organisation du commandement doit donc n'avoir qu'un seul objectif : permettre la prise de décisions adaptées et s'assurer de leur exécution. C'est pour cela qu'elle doit permettre d'établir dès le départ une vision parfaitement claire.

Il faut alors pouvoir se raccrocher à son expérience, à son entraînement et à ses capacités intrinsèques. C'est cela, au bout du compte, qui fait la différence.

Cet état d'esprit concourt à la réussite de la mission. En situation de crise particulièrement, on est défait à partir du moment où l'on commence à se penser comme un héros, c'est-à-dire seul. »²²

L'innovation récente de la fonction de *Directeur Médical de Crise* ouvre ici des perspectives à consolider, enrichir par nombres d'expériences.

6. L'aide au pilotage

Dans un brouillard permanent, il va falloir se concentrer sur les décisions à prendre, et les prendre, sans attendre d'avoir toutes les preuves, tous les plans, tous les modes d'emploi. Ce qui suppose du discernement en univers liquide. Et souvent explosif.

On serait tenté de se raidir et de ne rien changer. Et chaque alvéole d'attendre, de plus en plus focalisée sur ses meilleures pratiques d'excellence, d'être à son tour happée par la tourmente.²³

On serait tenté d'importer des modèles qui satisfont d'autres organisations, confrontées aux urgences. C'est la classique organisation hiérarchique centralisée autour d'un PC, d'un état-major. Pareil modèle est bien éloigné de ce que le milieu hospitalier requiert et attend.

Il faut inventer des formes (ne parlons pas trop vite de schémas, encore moins de "doctrines") bien mieux ajustées au monde de l'hôpital.

Je proposerai, en appui aux directions, de disposer deux entités.

1. ***Une cellule opérationnelle***, visant l'efficacité pour la conception, la mise en place et le suivi des décisions et actions engagées. Elle a pour mission de recueillir l'information et de la traiter, de repérer les difficultés opérationnelles et de prévoir tous les appuis à apporter etc. C'est un travail de ruche, à l'écoute de l'ensemble de la structure, qui vise à donner intelligence, cohérence et cohésion au pilotage. Cette cellule est en quelque sorte la cellule de crise habituelle, ajustée en fonction de l'échelle et de la difficulté de la crise.
2. ***Une cellule innovation, pour la détection et le traitement des difficultés et ruptures critiques***. Il va en effet falloir voir plus loin que le seul problème de submersion par le nombre. Voir même davantage que la somme de tous les grains de sables qui pourraient venir gripper la machine et lui faire perdre de son efficacité. Il faut surtout s'interroger sur ce qui pourrait venir *mettre en échec l'ensemble de la réplique*. C'est le défi majeur des grandes crises systémiques telle que celle que nous traversons actuellement. Dès lors, le grand danger est de ne pas pouvoir rester en phase avec les défis posés, de ne pas comprendre ce qui se joue et traverse les corps sociaux concernés, de se mettre en réaction quand l'invention s'impose comme condition de sortie de crise.

Je reprendrai ici bien volontiers les principes mis en action par David Kaufman, le conseiller stratégique de la FEMA (la sécurité civile américaine) lors du cyclone Sandy (2012).²⁴ Il avait mis sur pied trois sous-groupes :

- a) *Un sous-groupe « détection et correction des failles »* : la gravité et l'étrangeté des situations conduit nécessairement à ouvrir des béances qui doivent être détectées au plus vite, pour action également très précoce ; et même : anticipées, pensées avec un coup d'avance.

- b) *Un sous-groupe « détection des initiatives émergentes »* : la complexité des dynamiques sociales sera extrême, et il est donc impératif de saisir ce qui se passe entre les multiples acteurs, avec des initiatives ne venant pas du haut, et qui peuvent s'avérer des points d'appui décisifs.
- c) *Un sous-groupe « invention-temps réel »* : c'est sans doute le plus difficile. Penser sur d'autres schémas, d'autres repères, pour inventer des combinaisons d'impulsions qui pourront faire sens, et bien sûr être pertinentes d'un point de vue opérationnel.

D'un point de vue très opérationnel, pour cette cellule innovation, on peut préciser quelques repères de conception et de fonctionnement.

On mobilisera pour la composer quelques personnes :

1. Représentant les multiples publics de l'organisation ;
2. N'ayant aucune difficulté, bien au contraire, à rechercher les signaux aberrants comme les situations sans solution sur étagère ;
3. N'ayant pas besoin de se cacher derrière leurs titres, ou de faire montre d'un égo surdimensionné, dont on n'a vraiment pas besoin dans ces circonstances ; (on peut même, à toutes fins utiles, mettre une affiche à l'entrée comme à Heathrow : « *Leave your ego here* »).
4. Tout à fait ouvertes au travail dans le vide avec d'autres, tout aussi perdus ;
5. Et surtout dans un excellent esprit collégial.

Pour les modalités du travail :

1. Il faut éviter les séances de brainstorming chronophages et rapidement démobilisantes, pour privilégier des rythmes bien plus rapides et fléchés. Du type : avant d'échanger, chacun jette sur une feuille blanche Une idée résumant sa vision fondamentale du problème. On se donne 3 minutes pour cela. Puis on travaille sur une vision commune.
2. Et l'on se focalise ensuite sur un même mode (d'abord concentration personnelle puis échange rapide), sur les suggestions concrètes que l'on peut proposer aux dirigeants.

Dans le cas du SRAS à Toronto, la question s'était posée de savoir s'il fallait regrouper tous les patients SRAS dans un même hôpital (option 1), ou surtout ne pas choisir cette option (donc option 2). Le Dr Young divisa son groupe de crise en deux, chacun devant réfléchir pendant 90 mn sur les arguments de l'option 1 pour un groupe 1, de l'option 2 pour le second groupe 2. A sa grande surprise le groupe 1 revint en salle plénière avant l'heure prévue pour indiquer qu'il n'avait pas réussi à trouver des arguments confortant le choix de l'option 1. ²⁵

Cela suppose toutefois un peu d'entraînement à la conduite inventive des groupes de crise. On le voit à nouveau : très loin de l'image réflexe que l'on peut avoir d'une salle de crise.

Pour aller plus loin, on peut consulter : Patrick Lagadec, *Force de Réflexion Rapide*, les principes²⁶, et les repères opérationnels. ²⁷

7. Leadership : le grand rendez-vous avec soi-même

Trop souvent, les réflexions le management et le leadership en restent à des schémas organisationnels. Bien sûr, des recommandations en matière de comportement sont aussi proposées. Mais la réflexion va rarement sur le point ultime – quand le vide se fait omniprésent, la perte de repères abyssale, le risque vital pour soi comme pour les autres.

La crise qui nous percute risque fort de nous entraîner vers ces rivages du tragique. Des espaces dans lesquels on a besoin de véritables leaders, qui en imposent et inspirent d'abord par leur personnalité.

J'emprunte ce dernier point à Murielle Arondeau, aux prises avec une situation pathétique à Mitrovica dans son hôpital en zone de guerre. Comment une directrice, étrangère, parachutée, sans appui institutionnel dans son propre pays, peut-elle ré-instituer de la règle, de la vie commune, de l'efficacité, quand tous les repères ont été pulvérisés ? Comment faire encore quand tous les repères sont détruits – que le personnel de l'hôpital, quand on arrive, est composé de factions ennemies, armées à l'intérieur même de l'hôpital ?

Murielle Arondeau : « C'est un grand rendez-vous avec vos convictions. Il faut avoir donné déjà un sens à sa vie. Sinon, on fera seulement partie de la destruction ambiante.

Le sens n'est plus donné par les outils, les encadrements. On se retrouve dans un face à face avec le sens. Et c'est parce que vous donnez du sens que vous donnez un sens à votre action. C'est ça qui donne du repère, qui recentre. Mais il faut que ce soit très fort pour que les gens se raccrochent. On ne triche pas.

Et c'est parce que vous donnez du sens que vous trouvez le courage d'aller jusqu'au bout. Je crois que ma force, là-bas, ce fut ce courage.

Il faut entreprendre et rêver l'impossible. Entreprendre même si ça paraît impossible. »²⁸

¹ Patrick Lagadec : *Le Temps de l'invention - Femmes et Hommes d'État aux prises avec les crises et ruptures en univers chaotique*, Préventique, 2019.

<http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/Lagadec-LeTempsdeInvention.pdf>

[Pour une vidéo de synthèse :](#)

Patrick Lagadec, point de situation sur les crises hors cadres, **1er juillet 2009** : partage de réflexions dans le cadre du projet de recueil de témoignages "Arrêt sur image : Pandémie et société", engagé par l'Espace Ethique AP-HP, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Entretien et réalisation : Patrice Dubosc.

https://www.youtube.com/watch?v=6aE-NNJWEOQ&feature=emb_logo

² 19 mars 2020 : COVID-10 : GPS en folie, Cadrages à dompter.

<https://www.linkedin.com/pulse/codiv-19-gps-en-folie-cadrages-%25C3%25A0-dompter-patrick-lagadec/?trackingId=qPI%2FIhplRSWS7gsALnvh2g%3D%3D>

9 Mars 2020 : Covid-19 : Troisième phase, second souffle.

<https://www.linkedin.com/pulse/codiv-19-troisi%25C3%25A8me-phase-second-souffle-patrick-lagadec/?trackingId=%2F1fa37FRQnSAAfeDrVMpWA%3D%3D>

28 février : Covid-19, Principes-Guides pour temps de ruptures

<https://www.linkedin.com/pulse/covid-19-principes-guides-pour-temps-de-ruptures-patrick-lagadec/>

23 Février 2020 : « Covid-19. Défi mondial - Irruptions locales : Quel pilotage ?

<https://www.linkedin.com/pulse/covid-19-d%25C3%25A9fi-mondial-irruptions-locales-quels-rep%25C3%25A8res-lagadec/?trackingId=eH92AS4WTleGylJ3VYjca%3D%3D>

21 Février 2020 : "Codiv-19 : Naviguer avec discernement, entre débordement et engloutissement ».

<https://www.linkedin.com/pulse/covid-19-naviguer-avec-discernement-entre-débordement-patrick-lagadec/?published=t>

19 Février 2020 : Méga-Crises : Être en phase - Terrible défi

<https://www.linkedin.com/pulse/m%25C3%25A9ga-crisis-%25C3%25Aatre-en-phase-terrible-d%25C3%25A9fi-patrick-lagadec/?trackingId=DZQg4IPTQTyI%2FV6U5ZiOgg%3D%3D>

³ Je me souviens du retour d'expérience sur Katrina, et les hôpitaux de la zone. VOIR ANNEXE

-
- Voir aussi : Patrick Lagadec et Xavier Guillhou: "Katrina - Quand les crises ne suivent plus le script", *Préventique-Sécurité*, n° 88, Juillet-août 2006, pp. 31-33.
http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/PS88_Katrina_ok.pdf
- 4 Comme je le notais dès le 28 février dans ma note LinkedIn: « *Lors de l'incendie de Notre-Dame, épreuve que rappelait un médecin de la Pitié-Salpêtrière lors de la visite du Président de la République, de très grandes fortunes avaient annoncé qu'elles apportaient une aide financière importante pour la reconstruction de l'édifice. Il serait probablement fort opportun pour la première ligne de front de recevoir ce type d'appui, et sans délai, même si c'est bien évidemment loin d'être le seul facteur à considérer pour tenir l'assaut qui s'amplifie.* »
 28 février : Patrick Lagadec Covid-19, Principes-Guides pour temps de ruptures
<https://www.linkedin.com/pulse/covid-19-principes-guides-pour-temps-de-ruptures-patrick-lagadec/>
 - 5 https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-c-est-plus-qu-un-appel-a-laide-s-alarme-martin-hirsch_3883727.html
 - 6 Matthieu Langlois, avec la collaboration de Frédéric Ploquin, *Médecin du Raid – Vivre en état d'urgence*, Paris, Albin Michel, 2016.
 - 7 Matthieu Langlois : "Prise de décision dans l'incertitude – Expérience des médecins tactiques du RAID", *Lirec* n° 58, Janvier 2019, (pages 14-18).
http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/lirec_58.pdf
 - 8 Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie : "Faire face : 10 points sur la guerre au virus", *Le Grand Continent*, 20 mars 2020.
<https://legrandcontinent.eu/fr/2020/03/20/faire-face-guerre-coronavirus/>
 - 9 Entretiens personnels, dont je la remercie.
 - 10 "Toulouse, 21 septembre 2001", Entretien avec le Docteur Marie-Cécile Barthet, Responsable de l'unité de médecine de Catastrophe du Samu-31, Directeur des Secours Médicaux lors de la Catastrophe d'AZF, le 21 septembre 2001. in www.patricklagadec.net, section Film pédagogique.
 - 11 "Un management de l'extrême – Hôpital de Mitrovica, 1999", à l'écoute de Murielle Arondeau, Directrice de l'hôpital de Mitrovica – conflit du Kosovo, 1999, montage Aurélien Goulet, 15 juin 2005 in : www.patricklagadec.net, section Films pédagogiques. Voir aussi son livre : *Un hôpital pour la paix : L'été 1999 au Kosovo*, France Europe Editions, 2005.
 - 12 "Leadership in the age of unconventional crises and chaotic environment", Dr. James Young, O. Ont., M.D, Special Advisor to the Deputy Minister, Public Safety Canada talking to Patrick Lagadec, October 2007. Montage, sous-titrage, Vidéo-Adapt, Immédiars, Décembre 2007. In <http://www.patricklagadec.net/fr/>, section Films pédagogiques.
 - 13 "Toulouse, 21 septembre 2001", Entretien avec le Docteur Marie-Cécile Barthet, Responsable de l'unité de médecine de Catastrophe du Samu-31, Directeur des Secours Médicaux lors de la Catastrophe d'AZF, le 21 septembre 2001. in www.patricklagadec.net, section Film pédagogique.
 - 14 "Un management de l'extrême – Hôpital de Mitrovica, 1999", op.cit.
 - 15 "Dans l'inconnu, en risque vital : Recadrez votre vision, vous avez UNE seconde", à l'écoute de Patrick Chauvel, Journaliste-Documentariste de guerre, Juin 2008. Montage, Olivier Cour - Immédiars. (1h29mn), in www.patricklagadec.net, section Film pédagogique.

- ¹⁶ Patrick Lagadec et Xavier Guilhou : “Pour éviter d’être en retard d’une crise », *Figaro-Vox*, 26 septembre 2008, <https://www.lefigaro.fr/debats/2008/09/26/01005-20080926ARTFIG00703-pour-eviter-d-etre-en-retard-d-une-crise-.php>
- ¹⁷ In Benoist-Méchin : *Soixante jours qui ébranlèrent l'Occident - 10 mai-10 juillet 1940*, Bouquins, Robert Laffont, 1956, p. 804-805.
- ¹⁸ Matthieu Dolain, Frédéric Petitjean, Jean-Marc Laborie , op. cit.
- ¹⁹ idem
- ²⁰ idem
- ²¹ idem
- ²² idem
- ²³ Voir les réflexions du Pr. Pierre Carli à ce sujet : "Médecine de catastrophe: nouveaux défis, nouvelles logiques d'action", à l'écoute du Pr. Pierre Carli, chef de service du SAMU de Paris , Hôpital Necker CHU Paris V (Professor and Chairman, SAMU de Paris, Anesthesiology and Critical Care Dept, Hopital Necker, Paris, France), montage Aurélien Goulet, mars 2005. In <http://www.patricklagadec.net/fr/> section films pédagogiques.
- ²⁴ Voir : “25 avril 2014 – Suivre les grandes percées : rencontre exceptionnelle à la FEMA à Washington“, in Patrick Lagadec : *Le Continent des imprévus – Journal de bord des temps chaotiques*, Paris, Manitoba, Les Belles Lettres, 2015. Page 202.
- ²⁵ Voir Leadership in the age of unconventional crises and chaotic environment", Dr. James Young, op.cit, in <http://www.patricklagadec.net/fr/>, section Films pédagogiques.
- ²⁶ Patrick Lagadec : “La Force de réflexion rapide – Aide au pilotage des crises”, *Préventique- Sécurité*, n° 112, juillet-août 2010, p. 31-35. http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/PS112_p31_Lagadec-p.pdf
- Patrick Lagadec : intervention dans le cadre d’une mission de préparation de documents pédagogiques sous forme de témoignages vidéo, confiée à CRISOTECH par le SGDSN, sur le thème de la fonction d’anticipation au sein de la Cellule Interministérielle de Crise, 16 janvier 2019, <http://www.patricklagadec.net/fr/films.htm>
- ²⁷ <http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/FRR-REPERES-OPERATIONNELS.pdf>
- ²⁸ "Un management de l'extrême – Hôpital de Mitrovica, 1999", à l'écoute de Murielle Arondeau, op.cit.

ANNEXE : le système médical lors du cyclone Katrina

1. Extraits de mon rapport :

Patrick Lagadec : "Katrina : Examen des rapports d'enquête", Tome 2 : "The Federal Response to Hurricane Katrina "Lessons Learned", The White House, 2006", Cahiers du Laboratoire d'Econométrie, Cahier n° 2007 - 11, Ecole Polytechnique, Juin 2007, première version, 156 pages. <http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/2007-11.pdf>, page 119.)

“La dimension Santé est au nombre des plus complexes. Soudain, un système déjà très en limite (les états du sud sont parmi les moins bien classés du pays), est privé de son architecture : hôpitaux, centres secondaires, dossiers, transport, etc.). Chaque élément est

exposé à des risques tous azimuts : patients dans des conditions inimaginables ; pas d'accès au soin ; dossiers inaccessibles ; risques sécuritaires graves, ou pensés comme tels, avec cette image des transports aériens sous le feu des snipers ; risques de maladies contagieuses, notamment dans centres d'hébergement surpeuplés et insalubres ; craintes de maladies, accroissant encore l'inquiétude générale ; etc. Et les grands nombres exacerbent la lourdeur de la tâche : 100 000 patients à traiter, 200 000 patients sortis de la région, 200 patients et personnels réfugiés sur le toit d'un hôpital et à hélitreuiller ; etc.

Il s'agit, là aussi, et plus encore qu'ailleurs, de sauver tout ce qui peut l'être en urgence absolue (hélitreuillages de dernière extrémité), de bloquer le tourbillon mortel (sécurisation de fortune), et de réussir une réanimation générale, dans des conditions instables, illisibles, hors-cadres. En comptant tout à la fois sur une tenue du terrain par les personnels, des consolidations fédérales – notamment par le CDC, qui envoie 200 experts et personnels–, des actions individuelles, de l'entre-aide entre hôpitaux, et une action forte de communication à travers des centres d'appel pour répondre à d'innombrables demandes (passées car ceux qui, par bonheur, ont des moyens d'appel). Car tout est bouleversé : par exemple, sans connaissance des dossiers médicaux, les soins peuvent représenter des risques pour les patients ; les patients ne savent plus quoi faire s'ils n'ont pas accès aux pharmacies, etc.”.

2. *Extraits de mon rapport :*

Patrick Lagadec : "Katrina : Examen des rapports d'enquête", Tome 3: "A Nation Still Unprepared", The US Senate, 2006", Cahiers du Laboratoire d'Économétrie, Cahier n° 2007-25, 155 pages.

<http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/2007-25.pdf>

Pages 127-131

Chapitre 17

LE SYSTÈME MÉDICAL CONFRONTÉ À UN AUTRE MONDE

Au-delà des éléments factuels, qui sont connus, ce chapitre apporte des réflexions montrant comment le système de santé, notamment les hôpitaux, glisse vers des territoires hors références habituelles.

- Les principes qui fondent habituellement les analyses coûts-bénéfices ne fonctionnent plus : une évacuation est certes un acte à haut risque, mais on se retrouve bien vite dans une impasse létale quand l'institution de santé part à la dérive.
- Les visions habituelles ne tiennent plus : on ne travaille pas sur des évacués extraits de la zone rouge, c'est l'ensemble du dispositif qui est en zone rouge.
- Il est normal d'attendre une aide extérieure pour sauver des hôpitaux : mais, en la circonstance, cette aide n'est pas disponible, et il faut éventuellement aussi (on n'a pas de certitudes sur ce point, mais il n'est pas facile d'attendre une preuve convaincante avant de déterminer une ligne d'action) compter avec des paramètres inimaginables comme celui de snipers prenant les hélicoptères pour cibles.
- La question d'une aide extérieure massive se pose, mais avec un problème d'accréditation qui relève rapidement du casse-tête. On ne saurait oublier toute sécurité dans l'embauche de volontaires, mais le processus d'accréditation, non préparé, se révèle impossible à établir (à noter que le risque, pour l'avenir, est une décision de centralisation bureaucratique interdisant toute flexibilité).

25 hôpitaux, 12 000 patients

Hundreds of special-needs patients were cared for at the Superdome and eventually evacuated. In the end, 19 nursing homes evacuated pre-landfall, and leaving 34 to do so after the hurricane. Moreover, a total of 12,000

patients and caregivers were evacuated from hospitals before and after Katrina with 25 hospitals evacuating in the first five days post-landfall. (Chapter 24-9)

Une analyse sur hypothèses conventionnelles, donc fausses

L'habitude, les difficultés, et aussi des références solides – mais non fondées en l'espèce – conduisent à construire peu à peu une impasse. On tient qu'il y a moins de risques à rester sur place qu'à évacuer – mais toute l'analyse est faussée par le fait que les paramètres habituels ne sont plus valides.

Hundreds of special-needs patients were cared for at the Superdome and eventually evacuated. In the end, 19 nursing homes evacuated pre-landfall, and leaving 34 to do so after the hurricane. Moreover, a total of 12,000 patients and caregivers were evacuated from hospitals before and after Katrina with 25 hospitals evacuating in the first five days post- landfall. (Chapter 24-9)

In both Mississippi and Louisiana, the onset of Hurricane Katrina found significant populations of acutely ill patients in hospitals and patients in nursing homes who were not evacuated. In the case of acutely ill hospital patients, most hospitals decided that the medical risk of moving these patients outweighed the benefit, and chose to shelter-in place.

Unfortunately, the majority were not adequately equipped to carry out this function in the face of a storm the magnitude of Katrina. Some nursing homes made similar decisions based on difficulties they encountered in previous evacuations or for other reasons. All told, some 235 deaths occurred in 28 of Louisiana's hospitals and nursing homes. Special-needs patients transported themselves or were evacuated to the Superdome and to other shelters. Although an estimated 450 special-needs patients were evacuated from the Superdome prior to landfall and transferred to a state-supported shelter in Baton Rouge, many more remained in the city. (Chapter 24-1)

Un système qui va au fiasco, en le sachant

La gravité des faits, la hauteur des contraintes, les règles du jeu qu'il faudrait avoir développé, font que l'on sait quelque part que le fiasco est au bout du chemin. Comme une tragédie qui se déroule, en toute connaissance de cause. Se mêlent ainsi des phénomènes tout à la fois d'aveuglement et de lucidité impuissante.

So on the eve of Katrina's landfall, federal, state, and local medical emergency managers found themselves confronted with the need to evacuate and care for thousands of medically compromised individuals – a circumstance forewarned in the Hurricane Pam exercise a year before Katrina.⁶ Even more telling is the fact that these officials were apparently well aware of the situation that they would face. For example, a U.S. Department of Health and Human Services (HHS) e-mail describes information communicated on a FEMA-arranged conference call on Sunday night, August 28, just hours before landfall. The e-mail stated that 40 to 50 patients at the Superdome special needs shelter were critical-care medical patients and that there were approximately 2,500 hospital patients still in New Orleans. The e-mail goes on to say, "Advanced planning was never completed on how the patients left in the hospitals will be evacuated after the event," and later noted, "it is assumed that many of the hospital generators will lose power given the expected height of the water."

L'inverse du schéma de référence : non plus un "ground zero", et un contexte préservé qui vient aider, mais un univers entièrement affecté

All of this had to be done in areas where major portions of the health-care system had been damaged or destroyed. All but three hospitals in the New Orleans area were incapacitated¹⁰ and essentially all hospitals in the Mississippi Gulf Coast area sustained some level of physical damage and operational disruption (from loss of power, evacuation of staff, disruption of their supply systems, etc.). Charity Hospital in New Orleans, which was rendered inoperable by flood water, was one of only two major trauma centers located in the entire state. (Chapter 24-2)

Some of the difficulties experienced in moving victims into the state's medical triage system were compounded by the fact that the evacuation of hospitals was simply not addressed in Hurricane Pam, despite the presumption that New Orleans would flood and that the hospitals would become inoperable. In fact, the Hurricane Pam exercise assumed that some 2,000 patients would be sheltered in place in area hospitals which would cease to operate as functional medical facilities due to flooding – a prediction that came strikingly close to reality during Katrina. Though faced with this daunting scenario, little action was taken to address it prior to Katrina. As

explained by Dr. James Aiken, Medical Director for Emergency Preparedness for the Medical Center of Louisiana in New Orleans (a.k.a. Charity and University Hospitals).

Une hypothèse hors-cadre : l'évacuation – Aux confins de l'insaisissable

Well, to start with my own hospital, it [Pam] did not change our planning at all. I don't think it changed anyone else's planning that I am aware of...[T]he focus of the health care planning that I participated in [during the exercise] had to do with not what happens within what we call the affected areas [that] have flooding but what happened on dry land. And most of the activities that happened in the health care breakout sessions had to do withstanding up the temporary medical support sites.

[M]any of my colleagues registered our concerns that we were literally writing off any serious planning above and beyond what we had then, which was to tell the hospitals they were going to have to be self-sufficient for three to five and now seven days... So, the Hurricane Pam, again, exercises and planning efforts, as far as I know, never addressed the issue of pre-threat evacuation or actually serious detailed planning for the affected area. (Chapter 24-3)

As Dr. Guidry [Medical Director and State Health Officer] explained:

When I had discussions with a number of these hospitals in this area over the years, the question was, "How are you going to evacuate?" And their response was always, "We do not plan to evacuate. Our evacuation plan will be to get those people out that can travel, elective surgeries. But we will remain here with the people that are not able to get out and the people that are going to need our care so that we can be here after the event." (Chapter 24-4)

In the end, hospitals in Southeastern Louisiana were simply reluctant to follow their plans and evacuate the critically ill because of the danger, expense, and uncertainty of the hurricane path itself. As LSU's Dr. Aiken put it:

Hurricanes have a remarkable capability of changing directions quickly. And so, when you say, "In the line of the path of a storm," you know, for us, that path actually gets realized after the fact. So, when you talk about evacuating patients from the number of hospitals that now exist, and we have to expand this conversation beyond New Orleans, because, quite frankly, a lot of the destination hospitals that some of the areas use would be the same ones that we [LSU] would want to use. ... how do you decide which hospitals should evacuate and where should they go? I mean, do we evacuate the entire coastline? ... and again, remember 24 hours [prior to landfall of the hurricane], we do not want anybody on the road. So, the risk benefit [issue arises], and also remember every single patient who is critically ill requires almost their own means of transportation, whether it's an ambulance or helicopter. We certainly could put a couple in. But for our critical care patients, school buses [are] not usually the answer.

In addition, evacuation would have required New Orleans area hospitals to confront the difficult problem of finding other hospitals that could take their patients. As Dr. Guidry explained, in Louisiana under normal situations, sick or emergency patients with pressing needs are sent to the New Orleans region, which hosts a large number of medical facilities, the state's "medical mecca." However, Katrina reversed that burden, causing 25 hospitals in the area to try to find places for their patients outside of New Orleans, and "the rest of the state can't absorb it." (Chapter 24-4-5)

Face à des impensables qui cristallisent brutalement – Plans-papier

However successful it had been in prior hurricanes, the strategy of hospitals to stay open for critically ill patients and storm victims proved untenable in Katrina. After a few days, most hospitals that had stayed open were running out of fuel for their backup generators, making it impossible to operate effectively or, in some cases, unable to operate at all due to flooding. In desperation, they appealed to DHH to help them evacuate. Dr. Guidry found that helicopters and other transportation assets were tied up in search and rescue efforts:

And so, their plan was stock up, be prepared to stay in place a few days. Most hurricanes, three days, five days out, you're done with it and be ready to take care of people after. The calls started coming in saying we're about to lose power, we're going to have to bag [manually ventilate] patients. We got to get them out of here. We got to get them out of here. We got to get them out of here. And I was asking for the resources to move them. Search and rescue is going to have to move them. I got to have the helicopters, I got to have the planes to move them out...So it then becomes where do I send them, how do I get them there, how do I get them out of there. So, the Hospital Association is coming to me in tears, the folks there are in tears trying to help their folks and I'm beating my head to try to get the help. And you've got the search and rescue that's trying to get people out of water and rooftops and out of hospitals. And that's all the competing needs for the limited assets. (Chapter 24-5)

The Committee also found that there was no process to vet the plans for consistency and practicability. For example, many nursing homes rely on ambulance services to evacuate their populations. During a crisis, however, ambulance services may be in use by other nursing homes or hospitals. Furthermore, nursing homes and hospitals are not required to evacuate. The facility's plan could simply be to weather the storm – even if the nursing home is in a flood-prone area. In short, nursing homes are only required to have their emergency plans *on the books*, which is a far cry from ensuring that they will actually work during a time of crisis. (Chapter 24-7)

Les volontaires : la question des accréditations, et l'impréparation générale

In the immediate aftermath of Katrina, HHS began receiving numerous calls from health professionals wanting to volunteer their time and services to the affected region. In response, HHS created an entirely new federal volunteer signup website.¹⁹² For lack of a national credentialing system, HHS decided to rely on a private contractor to individually verify the credentials of the 34,000 individuals who volunteered in the weeks after Katrina.

The volunteering and deploying process was time and resource consuming at best. After registering on the website, volunteers were contacted by the private contractor to verify their credentials. Volunteers were sent to the HHS Human Resources Office to be hired as temporary employees, then to OPHEP for deployment. Credentialing became a significant bottleneck in the process, and there seemed to be no consistent plan as the weeks went on. Numerous documents indicate credentialing delays by the private contractor, who was hired and started work only after landfall. Because different organizations were handling credentialing, hiring, and deployment, HHS had limited information on volunteers in the system and where they were being deployed. The volunteers also posed a host of difficulties for the HHS logistics department because volunteers were not familiar with travel regulations, procedures, and reimbursement protocols, among other issues. Creating this massive federal volunteer effort during the crisis took a significant amount of effort and resources at the federal and the local level and impaired HHS's ability to function as efficiently as possible.

Once created, the new volunteer system experienced many problems. Numerous documents indicate constant additions and changes to the website,¹⁹⁸ underscoring the unplanned nature of this project in the midst of a significant national catastrophe. This was also singularly a federal effort. Staff to the Secretary of HHS made clear in an e-mail to those administering the database that there was a lack of coordination with states around volunteer recruitment. States felt that the HHS volunteer recruitment effort conflicted with their own efforts to recruit and organize volunteers which they would dispatch themselves and the HRSA-sponsored credentialing programs they had been encouraged to establish. It also failed to directly include state emergency-management agencies which were trying to fill requests for medical assistance from the Gulf Coast to ensure the efforts were coordinated and not duplicative.

Eventually, approximately 1,400 out of 34,000 volunteers in HHS's volunteer system actually deployed, or only 3.5 percent of those that signed up on the volunteer website. The costs of HHS's constructing and maintaining this database, and of contracting with a private credentialing entity, are not known. In the end, it was unable to efficiently process volunteers. The federal volunteer-deployment effort was a haphazard attempt to respond to undoubtedly well-intentioned people offering help in the immediate aftermath of Katrina. While it is human nature to want to volunteer and assist in the face of a major disaster, the significant effort made to attempt to accommodate individual volunteers may not have been the best use of resources.

To date, HHS has failed to meet its statutory mandate to create a national credentialing system to allow health professionals to work across localities and states to meet healthcare personnel surge needs. Had a national credentialing system been in place for Katrina, volunteer health professionals would likely have been utilized more quickly and effectively, obviating the need to create an entirely new federal volunteer database and deployment effort in the midst of a national crisis. (Chapter 24– 22-23)