



CONFÉRENCE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX
DES CENTRES HOSPITALIERS RÉGIONAUX UNIVERSITAIRES
COMMISSION COMMUNICATION

GUIDE DE LA COMMUNICATION DE CRISE



"Ne pas prévoir c'est déjà gémir."

Léonard de Vinci

FONDATION MACSF

Pour une meilleure relation soignants-patients



EN 5 ANS D'EXISTENCE, DÉJÀ PLUS DE 40 PROJETS SOUTENUS... »

MACSF assurances - Société d'Assurances Maladies - Enchères régies par le Code des Assurances - Adresse postale :
10 cours du Triangle de l'Europe - TSA 47001 - 82019 LA DÉFENSE CEDEX - SPRES N° 775 685 931

L'objet de la Fondation d'entreprise MACSF, créée en 2004, est de soutenir des projets ayant pour objectif d'améliorer les relations entre les soignants et les patients.

Les projets individuels ou collectifs, initiés par des professionnels de la santé, hospitaliers ou libéraux, ou par des patients, proposés par leurs établissements ou leurs associations sont, deux fois par an, étudiés attentivement par le conseil d'administration de la Fondation.

Nadine Chastagnol, directrice des soins, membre du conseil d'administration et
Yves Cottret, délégué général de la Fondation, nous en disent plus...

Une Fondation MACSF... pourquoi ?

Yves Cottret: Pour aider à prévenir les réclamations et les conflits entre soignants et patients, dont près de 60 % sont générés par de la "mal information". Ainsi les mutuelles fondatrices ont décidé de soutenir des initiatives qui privilégient le dialogue, la relation et la compréhension mutuelle entre la société civile et le monde de la santé.

Quel est le rôle d'un administrateur ?

Nadine Chastagnol: J'ai rejoint récemment le conseil d'administration de la Fondation: on étudie et décide des projets qui seront soutenus, parfois, après d'âpres discussions. Rien n'est joué d'avance dans ce conseil.

Quels sont les projets qui vous ont le plus touché ?

N.C.: Tous ceux que choisit la Fondation ont une caractéristique intéressante ou attachante. Le projet de formation parents/soignants chez les IMC marque bien la volonté de mieux coopérer. L'apprentissage de la langue des signes par les étudiants en santé est aussi la preuve d'une empathie. La production du CD d'un musicien en services de réa pédiatriques me semble aussi porteur de cet "avenir" que les soignants s'efforcent de projeter dans leurs pratiques à destination des patients et des familles: celui d'une meilleure relation, d'une écoute réciproque.

Et pour vous, quel bilan pour ces 5 premières années ?

Y.C.: L'objet de la Fondation est très pointu. J'ai noté au fil du temps une meilleure appropriation de cet objet par la qualité et la justesse des projets déposés. En 5 ans, plus de 40 projets ont été sélectionnés, mis en œuvre, aboutis et évalués...

5 ans déjà! Et après ?

Y.C.: Le 26 novembre dernier, le conseil d'administration a acté son renouvellement. 5 ans encore! L'aventure continue! Je suis convaincu que les prochains projets soutenus conforteront notre volonté d'aider concrètement à une amélioration des relations soignants-patients.

Un projet vous tient à cœur ?

Renseignements sur www.macsf.fr



Sociétés fondatrices
Assureurs mutualistes

Au service de tous les professionnels de la santé



PRÉFACE

Dans la médecine hippocratique, la crise désigne un moment précis dans la progression de la maladie, celui où tout peut basculer. C'est donc tout à la fois un moment singulier, exceptionnel, et aussi une opportunité de repenser des comportements parfois inadéquats.

Le défi que pose toute crise aux dirigeants est par nature multiple. S'ajoutant aux nombreuses questions qui sont inscrites au cœur de l'activité quotidienne des dirigeants hospitaliers – recherche de la qualité, de l'efficacité, mise en œuvre de la réflexion stratégique... – l'attitude à adopter en situation de crise déplace les priorités.

Il s'agit tout d'abord de répondre à cet exceptionnel que constitue encore trop souvent, par exemple, la relation aux médias. Comprendre leurs attentes et y répondre est d'autant moins aisé que l'hôpital moderne est une organisation particulièrement complexe, où se rencontrent des professionnels aux logiques très diverses.

L'une des spécificités de la communication de crise est également qu'elle s'adresse à plusieurs cibles, aux personnels concernés bien-sûr mais aussi aux usagers, en étant auprès du grand public un vecteur d'image, positive ou négative.

Aussi ne peut-on que saluer l'initiative de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU, avec le soutien et l'implication de la MACSF, de produire ce guide. La Fédération Hospitalière de France a placé le souci de promouvoir une meilleure communication hospitalière au nombre de ses priorités, en rencontrant auprès des professionnels concernés un large écho comme en témoigne le succès des journées de la communication. Son Délégué Général ne peut que féliciter les auteurs de ce guide pour avoir su, avec talent et concision, lui conserver un caractère directement opérationnel, faisant véritablement "œuvre utile".

**Gérard Vincent, Délégué Général
de la Fédération Hospitalière de France**

REMERCIEMENTS

Eve Aulong, directrice de la communication – Assistance publique – Hôpitaux de Paris - Denis Burgarella, directeur de la communication – Assistance publique – Hôpitaux de Marseille / Claudine Champigny, relectrice / Edouard Couty, conseiller maître à la cour des comptes, ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) / Gaëlle de Surgy, directeur adjoint - CHU de Tours / Perrine Seghier, attachée de communication – Assistance publique – Hôpitaux de Marseille / Danielle Gimenez, directrice de la communication – Hospices civils de Lyon / Thierry Girouard, direction de la communication – Assistance publique – Hôpitaux de Paris / Rémi Heym, délégué à la communication – CHU de Rouen / Marie-Claude Sudre, déléguée à la communication - CHU de Toulouse / APM INTERNATIONAL

Cette publication bénéficie du soutien de la Fondation Macsf et du Groupe d'Assurances mutuelles Sou médical M.A.C.S.F.

Conception et réalisation graphique : Cithéa communication
www.citheacommunication.fr

ÉDITORIAL

Ce livret a vocation à aider les hospitaliers à un moment crucial : lorsqu'une crise apparaît et que la presse se saisit de l'événement. Cette médiatisation peut entraîner les équipes sur un terrain où les dérapages sont imprévisibles. A tout moment, la situation risque de dégénérer, d'être récupérée, d'échapper à tout contrôle, voire à toute approche rationnelle.

Ce guide a été rédigé par Marie-Georges Fayn, conseil en communication santé et sociale, et Stéphane Maret, ancien journaliste aujourd'hui directeur délégué à la communication du CHU de Poitiers. Sans prétention ni recette, l'ouvrage retranscrit l'analyse effectuée par les professionnels de la communication hospitalière lors des situations de crise qu'ils ont dû gérer : les constats partagés, les fondamentaux en matière de communication interne, de relations avec les publics et avec la presse.

Le lecteur trouvera aussi des conseils pratiques pour organiser la communication institutionnelle ainsi que des méthodes pour adapter les messages aux contraintes des médias.

Ces préconisations, pour utiles qu'elles soient, ne remplaceront ni le travail de fond mené avec les équipes pour les former aux possibles développements médiatiques d'une crise ni l'engagement des décideurs dans cette démarche d'anticipation.

Patrick Guillot
Directeur général des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Président de la commission communication de la Conférence des directeurs généraux
de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires



SOMMAIRE

9	DÉFINITION
11	TYPLOGIE DES CRISES
15	EN AMONT
17	L'ALERTE
21	LA CELLULE DE COMMUNICATION DE CRISE
24	LES RELATIONS PRESSE
28	ÉLÉMENTS DU DISCOURS
30	QUELQUES CONSEILS
33	QUESTIONS À RENSEIGNER
35	EN AVAL
36	FICHE RÉFLEXE
40	TÉMOIGNAGES
47	NOTES & BIBLIOGRAPHIE

DÉFINITION

“La crise fait désormais partie du quotidien des hôpitaux”

Malgré les progrès réalisés en matière de qualité et de sécurité des soins, **malgré** les contrôles effectués pour assurer la sûreté des équipements et des bâtiments, **malgré** la formation du personnel aux règles d'hygiène, de vigilance, de sécurité incendie, **malgré** toutes les mesures de prévention et les systèmes de détection, **la crise peut survenir dans tous services et à tout moment.**

La crise à l'hôpital demeure un sujet de prédilection des médias. L'hôpital, théâtre permanent de tragédies humaines, devient un haut lieu de “l'émotion en direct” avec ses images-chocs et ses témoignages bouleversants.

En prise directe avec les aléas de la vie, les personnels subissent aussi les contraintes d'un système fragile, sans cesse réformé, en proie aux tensions structurelles (enjeux financiers, pénuries de certaines professions de santé...), où tout dysfonctionnement même mineur peut dégénérer en crise profonde.

La crise échappe aux dispositifs et aux schémas habituels d'une organisation.

Elle peut naître :

- d'un événement exceptionnel perturbant le fonctionnement normal de l'établissement,
- de la couverture exceptionnelle accordée par la presse à un événement : la crise est créée ou aggravée par la réaction de la presse et l'émotion qu'elle véhicule.

Toute crise débute par le déclenchement d'une alerte. La manière dont elle est donnée détermine le caractère de la communication.

Le manque d'anticipation aggrave systématiquement l'impact d'une crise. Si l'établissement n'a pas pu l'empêcher, on attendra en revanche de ses responsables qu'ils sachent la gérer avec sang-froid et pragmatisme, avec humanité et humilité.

La communication de crise consiste à mettre en œuvre des actions d'information internes, de relations presse et publiques adaptées, afin de limiter les conséquences négatives qu'un événement grave peut avoir sur l'image de l'hôpital, sur la confiance des patients et sur l'engagement des personnels qui y travaillent.

Une crise correctement gérée peut contribuer à valoriser l'image de l'hôpital. En faisant preuve de franchise et de rigueur dans ses messages, l'hôpital pourra saisir cette occasion pour rappeler les difficultés du métier hospitalier mais aussi sa noblesse.

Une crise mal conduite affectera durablement l'image de l'établissement. Dans certains cas, elle pourra anéantir des années d'investissement dans la promotion des valeurs et des activités de l'hôpital public. Elle peut aussi pulvériser les liens de confiance tissés avec les représentants des médias.

Le dilemme du décideur sera toujours d'en faire trop ou pas assez. Et l'expérience montre que seule la lecture des événements a posteriori permet de le savoir !

“La communication de crise est une méthodologie d'accompagnement d'individus ou de groupes confrontés à des situations de crise qu'ils doivent dépasser.” Alex Mucchielli*

“La communication de crise consiste à tout mettre en œuvre pour limiter les effets négatifs sur l'image de l'hôpital, sur ses activités hospitalières et sur les individus qui y travaillent”

Danielle Gimenez, Emmanuelle Frappat – Gestions hospitalières – octobre 2004

*Martin Jean-Louis, Fournet Michel, *La crise : risque ou chance pour la communication*, ouvrage collectif, préface d'Alex Mucchielli, Paris, Editions L'harmattan, 1999

TYPOLOGIE DES CRISES

“Une crise est la réalisation d’un événement qui menace les priorités et les missions d’une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress. Elle peut résulter d’un processus cumulatif de dysfonctionnements constituant les signes précurseurs de la crise. L’efficacité de la réponse repose sur l’organisation, qui doit être opérationnelle quels que soient le moment et les hommes en place.”

**Edouard Couty, conseiller maître à la cour des comptes,
ancien directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS).**

Les différentes catégories de crise

Crise subie et crise générée

La crise “subie”, ou la crise passive, est déclenchée par un événement totalement extérieur à l’hôpital. Dans certains cas, elle peut entraîner un afflux de victimes : accidents de transport, épidémies, incendies, tremblement de terre, inondation, mouvement de terrain, rupture de barrage, transport de matières dangereuses, accident industriel (Sévésco) auxquels s’ajoutent les risques nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC). Une enquête **(1)** menée par la DHOS en juillet 2004 a montré que, sur les 327 établissements ayant répondu, 115 ont déjà été impliqués dans la gestion d’une crise nécessitant le déclenchement d’un plan blanc, soit 35.17% de l’échantillon. Si l’on ne considère que les établissements ayant répondu et comportant un SAU, 50.83% d’entre eux ont déjà été confrontés à la gestion d’une telle crise.

Cela met en évidence l’importance pour les établissements de santé, en particulier ceux dotés d’un SAU, d’avoir un plan blanc opérationnel et de le mettre en pratique au cours d’exercices pour être en mesure de gérer la crise au moment où elle se produit.

Ces exercices permettent “la mesure du délai d'interventions des professionnels, l'adaptation des équipements et des systèmes d'information, la mise à jour des annuaires téléphoniques, des fiches protocoles et des procédures”.

La crise “générée”, ou la crise active, est déclenchée à l'hôpital et par l'hôpital. Elle implique directement l'établissement parce qu'il est, seul et lui-même, à l'origine de l'événement en son lieu, en sa nature et en sa gestion. De nombreux risques peuvent se transformer en crises majeures : crises sanitaires, techniques et environnementales. Toutes les crises générées par l'hôpital ne sont pas médiatisées. Mais l'opinion garde en mémoire les drames directement liés aux soins et dont la presse s'est fait l'écho. La maltraitance et l'euthanasie, subie ou voulue, ont fait l'objet d'une couverture particulièrement dense, procès de Christine Malèvre en tête suivi par l'affaire Vincent Humbert. La fugue ou le décès des patients, l'agression, le traitement judiciaire des plaintes, (enquête, condamnation et montant des indemnisations) sont assidûment suivis par la presse.

Ces événements déstabilisent l'ensemble de la structure. Mais les soins ne sont pas seuls à l'origine d'une crise. L'incendie dans un hôpital entraînant la mort de patients est aussitôt repris par les médias ; les pannes ou les défaillances techniques et leurs séquelles sur la santé des patients se retrouvent aussi à la une des scandales sanitaires.

Enfin, la “crise de l'hôpital”, épisodique et rituelle est un “marronnier” (2) à elle seule. L'ampleur du déficit de la Sécurité Sociale et la part des dépenses hospitalières, la gestion des établissements, les mouvements sociaux et les réductions d'effectifs suscitent l'intérêt croissant des chroniqueurs. Un mouvement social initialement circonscrit à un service peut enflammer un établissement. L'arrêt d'une activité médicale et la fermeture d'un service peuvent devenir une affaire nationale.

Les risques sanitaires

Le risque accompagne toute action de santé individuelle et publique. Il est inhérent à l'activité de soin. Ainsi, une intervention médicale peut-elle causer des dommages sans qu'il y ait nécessairement faute ; pour autant, dans certains cas, l'évolution de l'état du malade ne peut être considérée comme normale au regard des connaissances scientifiques du moment. La notion de perte de chance entre alors en jeu et devient la cause du contentieux.

Dans la loi du 4 mars 2002, sont considérés comme risques sanitaires les accidents médicaux, erreurs, affections iatrogènes et infections nosocomiales survenus dans le cadre d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins.

Peu sensibilisés à ces questions complexes voici une quinzaine d'années, les usagers d'aujourd'hui ne veulent plus ignorer les risques qu'ils encourent. Ils attendent donc des pouvoirs publics la plus grande transparence mais aussi la garantie d'une sécurité sanitaire renforcée.

Les risques techniques et environnementaux

Ils sont provoqués par des dommages aux immeubles, des dysfonctionnements des installations techniques et des équipements entraînant l'insécurité des personnes et des biens : voiries, travaux de construction, opérations de maintenance, incendies, systèmes de surveillance, équipements bio-médicaux, appareils ascenseurs, installations de traitement d'air, évacuation des eaux, circuits eau chaude et froide, courants forts, réseaux de gaz de combustion, installations de gaz médicaux et de vide, réseaux informatiques, systèmes automatisés de transport, lieux de stockage des produits dangereux, traitements et éliminations des déchets, pollutions chimiques, contaminations bactériennes.

Mouvements sociaux et corporatistes

Conditions de travail devenues trop difficiles, contestations de certaines professions, ire syndicale... les mouvements sociaux visent à une audience maximale. Ils y parviennent de façon plus ou moins spectaculaire et réussie : manifestations, grèves, pétitions, prise d'otage d'un dirigeant, incursion lors d'un conseil d'administration et perturbations des instances.

Justice

De nombreux procès ont pour objet les crises sanitaires sus-décrites. L'opinion publique est aussi alertée par des "affaires" à forte résonance médiatique : mise en examen d'un membre du personnel pour agression, abus de biens sociaux... Perquisitions ou arrestations sont diffusées aussi en ouverture de journaux télévisés.

Divers

D'autres événements peuvent subitement retenir l'attention des médias pour le caractère exceptionnel qu'ils revêtent et/ou leur soudaineté : l'hospitalisation ou le décès d'une personnalité, l'action d'une association d'usagers, les difficultés financières d'un établissement, une polémique avec d'autres institutions, les rumeurs, la prise de position d'un acteur politique, l'hospitalisation d'un détenu et une tentative d'évasion, un sabotage...

Les différentes crises recensées sur le site de l'Agence de presse médicale APM en 2008

- **Catastrophes : tempête, explosion...**
- **Accidents, intoxication, incendie, erreurs médicales**
- **Gestion/ressources humaines : Aggravation des déficits, difficultés financières, plans d'économies et de retour à l'équilibre, départs à la retraite non remplacés, licenciements de contractuels, mauvaises conditions de travail, qualité des soins en question, mouvement d'action et de grève des personnels, manifestations, conflits direction/personnel, dégradation des conditions de travail, démission...**
- **Hôpital et justice : erreurs médicales, agressions, maltraitance (ouverture d'information judiciaire, mise en examen, procès, condamnation de personnels ou de l'établissement, indemnisation des victimes, directeur suspendu...)**
- **Psychiatrie : fugue de patient, agressions**
- **Publication de rapports : critique de la méthodologie, contestation des résultats...**

EN AMONT

Relations avec les tutelles et les partenaires

Le service de communication de l'hôpital devra se rapprocher de ses homologues de la mairie, des autorités de régulation (les ARH aujourd'hui, les agences régionales de santé demain, préfecture, DRASS, DDASS) et des partenaires afin de concevoir un protocole d'intervention pour organiser une communication de crise.

Il s'agit de délimiter les champs d'intervention pour chacun d'eux et de les porter sur une fiche réflexe. Par exemple, en cas d'accident de la route ou d'une épidémie, la préfecture peut s'exprimer sur les circonstances, les secours et les moyens déployés, l'hôpital se réservant la communication sur la prise en charge des victimes : nombre d'hospitalisés, nombre de blessés graves et légers, nombre de personnes décédées, diagnostics et traitements, services d'hospitalisation, dates d'entrée et de sortie.

Cette fiche-réflexe pourra être intégrée en annexe aux plans d'urgences (plan blanc, NRBC, biotox...).

Relations avec les assurances et les avocats de l'hôpital

L'hôpital doit s'interroger sur sa position, sur les conséquences humaines de ses décisions, sur leur cohérence avec les valeurs prônées par l'institution. Mais l'hôpital doit aussi tenir compte des éventuelles suites, notamment judiciaires, que pourrait connaître l'affaire et communiquer "en son âme et conscience" quels que soient les intérêts en jeu.

Des compagnies d'assurance proposent une assistance à la communication de crise. Avant d'y souscrire, l'hôpital pourra s'interroger sur son autonomie et sa liberté d'agir et de s'exprimer dans cette situation.

Dans le cadre d'une procédure judiciaire, le contentieux peut mettre en jeu des montants financiers très importants. Dans ce contexte, un établissement peut s'interdire un

mea-culpa devant les médias ou une mise en cause de sa responsabilité. Il convient de trouver, dans l'attente du jugement, la juste stratégie de communication qui préserve l'approche d'empathie et de compassion pour les victimes et les intérêts de l'établissement et des professionnels défendus par leurs assureurs et avocats.

Il est donc important de convenir préalablement avec les compagnies d'assurance ainsi qu'avec le cabinet d'avocats de l'hôpital, les prérogatives des différentes parties et les modalités de mise en œuvre concertée en matière de communication, lors du déclenchement d'une crise, au cours du procès, à l'issue du jugement.

Bon à savoir

Certains mots (faute, responsabilité...) peuvent prêter à confusion et donner lieu à une interprétation différente selon qu'ils sont employés devant les médias ou devant les juges : il convient de maîtriser leurs sens pour en faire l'utilisation ad hoc toujours aux fins de préserver les intérêts de l'ensemble des parties, dans l'attente des résultats de l'enquête et des conclusions du jugement.

Relations avec la presse

Les bonnes relations avec la presse et les rapports de confiance ne se décrètent pas. Elles sont le fruit d'une communication institutionnelle, cohérente et constante.

La légitimité du service de communication et celle de l'établissement passent par leur capacité à saisir les contraintes de la presse, à anticiper ses demandes, à répondre à ses sollicitations, honnêtement dans les délais imposés par l'actualité.

Ainsi, au fil des années, se constitue le capital confiance. Cette reconnaissance mutuelle et ce respect sont tangibles quand, écrivant un article critique, le journaliste s'oblige à contacter l'hôpital pour s'assurer de la véracité des faits ou pour laisser à l'établissement la possibilité d'exposer sa version.

Une bonne relation n'exclut pas un article critique et un article critique peut être aussi l'opportunité pour l'établissement de remettre en cause une organisation qu'elle n'aurait su initier sans cela. Un article critique n'est pas nécessairement le fruit d'une mauvaise foi ou d'une intention de nuire. Il ne doit pas inciter l'hôpital à se rétracter, à se renfermer, à ne plus s'exprimer.

L'ALERTE

La nature de l'alerte détermine le caractère de la communication

Qui sonne l'alerte ?

1. Le scandale éclate dans la presse ; l'hôpital est acculé, voire accusé ; la communication de crise sera alors réactive et le ton nécessairement défensif.

La presse nationale et locale peuvent être informées par les pompiers, la police, les familles, le parquet, les personnels, les syndicats ou... par un autre média ayant interviewé une personnalité mettant en cause publiquement l'établissement.

Lorsque les médias sont prévenus par une source extérieure à l'hôpital, la gestion de la crise est délicate. Les responsables sont pris par surprise et, dans certains cas, les journalistes peuvent être déjà sur place. Il faut alors discerner très vite les enjeux, préparer des réponses, évaluer l'incidence de chacune des options, tempérer les accusations et adapter sa communication au personnel qui devra être régulièrement tenu au courant... tout cela en un temps record.

A noter que la résonance médiatique n'est pas toujours proportionnelle à l'ampleur de l'événement.

Le positionnement du responsable de communication, l'organisation de son service, son intégration à la vie de l'établissement, à ses décisions et ses projets, les relations suivies qu'il a su instaurer avec les journalistes sont la clé de l'anticipation et d'une gestion maîtrisée de la communication de crise.

2. L'hôpital est le premier à informer la presse ; il peut alors "garder la main" sur l'information et maîtriser davantage la communication.

Si l'alerte est d'abord donnée en interne, l'établissement a davantage de temps pour réagir efficacement, d'où l'intérêt d'avoir organisé au préalable des circuits de gestion des plaintes, des vigilances sanitaires, techniques et environnementales, en mesure de délivrer une information rapide et précise à la direction.

Dans ces deux cas, le principal atout d'une communication de crise est la relation de confiance établie de longue date entre l'établissement et les journalistes.



Procédure en cas d'alerte

La direction de la communication des Hospices Civils de Lyon préconise de :

- mener rapidement une enquête en interne pour établir une chronologie des faits et identifier les acteurs,
- mettre en place une cellule de crise lorsque cela se justifie. Elle assurera la gestion des trois dimensions de la crise : technique, administrative, et “communicationnelle”,
- prévenir s'il y a lieu la direction des affaires juridiques ou le cabinet juridique, le cabinet d'avocats,
- prévenir la préfecture et les tutelles,
- stopper le risque de renouvellement. Par exemple, en cas de suspicion d'une infection nosocomiale dans un bloc, la première démarche sera de fermer le bloc et de réaliser toutes les analyses nécessaires,
- travailler immédiatement avec les médias si des victimes sont à déplorer, même s'il s'agit simplement de leur donner la date et l'heure du point presse, ou d'annoncer qu'une enquête est en cours et qu'une information, très rapidement, leur sera adressée,
- évaluer le caractère amiable et contentieux de l'accident. On sait notamment que, dans le domaine qui nous concerne, le caractère contentieux est souvent lié à la technicité. Un contact précoce avec l'assureur peut être un élément déterminant pour permettre une gestion amiable du dossier et l'élaboration d'une méthode de communication,
- choisir sa stratégie, mettre en place une organisation rigoureuse, adopter une aptitude responsable et claire, pour mieux assurer les conséquences,
- informer les salariés selon l'ampleur et les incidences de la crise. “Parler vrai” afin d'éviter qu'une crise n'en provoque une autre en interne ; les personnels sont aussi importants que les médias ; se sentant exclus de l'information, ils peuvent envenimer une situation.

LA CELLULE DE COMMUNICATION DE CRISE

La cellule de communication de crise est constituée au moins du directeur représentant le directeur général (directeur général adjoint, directeur de site, directeur de garde...), du ou des chefs de services concernés, du directeur des soins, du directeur de la gestion des risques, et du directeur de la communication. En fonction des circonstances, la cellule s'entoure des personnes ressources ou experts : président du CLIN, responsable de la cellule hygiène (infections nosocomiales), médecins spécialistes de pathologies et de la médecine du travail (exemples : SRAS, Creutzfeldt-Jakob, méningite ...), directeurs et ingénieurs des services techniques et des équipements pour les crises d'origine technique ou environnementale. Ces personnes ressources ou experts connaissent les actions de prévention et le dispositif de gestion du risque à l'origine de la crise.

Les membres de la cellule délèguent leurs tâches habituelles. Ils confrontent systématiquement leurs points de vue sur les éléments d'information recueillis.

Un membre de la cellule est le “porte-parole” : il est l'interlocuteur de la presse durant toute la durée de la crise. Il doit se préparer à répondre aux questions directes, posées sans ménagement voire agressives et déstabilisantes.

Pour un sujet médical, il est conseillé que le porte-parole soit un médecin qui a l'habitude de s'exprimer en public et de se montrer pédagogue.

Important : les changements de personnes au cours de la gestion de la crise constituent des sources de polémiques et souvent une occasion de mettre des déclarations en contradiction.

La cellule définit les lieux ouverts ou non à la presse en prenant en compte les aspects liés à la sécurité, à la protection des patients, aux activités de soins et au respect du droit à l'image.

Le service de communication veille à préserver les **patients** et le **personnel** de toute forme de harcèlement ou de voyeurisme. Il doit faire respecter la dignité, le droit à l'image **(3)**, le droit au respect de la vie privée des personnes et le droit au secret des informations les concernant.

Nous rappelons à ce propos que le Conseil d'Etat a spécifié dans une décision de mai 1999 que "même avec le consentement du patient, l'image de ce dernier ne peut être reproduite car cela est constitutif d'une violation du secret médical, secret médical dont le patient ne peut affranchir le médecin". En effet, le patient peut se retourner contre l'hôpital en faisant valoir que, hospitalisé, au moment de l'accident ou de la crise, il n'avait pas la capacité d'apprécier les conséquences de la reproduction de son image. Il est donc recommandé de flouter le visage, d'employer des mosaïques, de photographier de dos afin que la personne ne soit pas reconnaissable. Certaines directions d'établissement refusent que les mineurs ou majeurs sous tutelle soient filmés ou photographiés, même avec l'autorisation des parents ou du responsable.

Les autorisations de reportage doivent être remplies et les limites du travail des journalistes clairement déterminées avant qu'ils ne pénètrent dans les unités. Un membre de la cellule de communication, voire un agent de la sécurité, est désigné pour accompagner les journalistes dans l'établissement.

La présence des médias ne doit pas gêner les soins ou les actions en cours. Il faut avant tout protéger les victimes et leur famille. Si cela est nécessaire un cordon de sécurité peut être installé par les agents de sécurité de l'établissement voire, si nécessaire, par les services d'ordre sur décision de la préfecture afin de contrôler les accès.

Le standard est informé des procédures mises en place et des consignes le concernant.

Certaines situations peuvent imposer la mise à disposition de la presse de matériel et d'outils de communication (téléphone, fax, accès internet, téléviseur).

Communication prioritaire

Les autorités et personnalités à prévenir en premier lieu : président et membres du conseil d'administration, président de la commission médicale d'établissement, mairie, préfecture, ARH aujourd'hui, les agences régionales de santé demain, DRASS, DDASS.

Les membres de la cellule veillent à la cohérence des informations délivrées aux autorités de tutelle avec celles délivrées à la presse.

En cas d'erreur ou de faute commise par un des membres du personnel, de dysfonctionnement d'un équipement... transparence et compassion vis-à-vis de la victime et de ses proches sont les premiers devoirs de l'établissement.

Danielle Gimenez, directrice de la communication des Hospices Civils de Lyon, maître de conférences associée à l'université Claude-Bernard, Lyon 1 et Emmanuelle Frappat, directrice adjointe de la communication aux Hospices Civils de Lyon, ont listé les premières mesures à prendre dans un article publié dans le numéro d'octobre 2004 de Gestions hospitalières :

- recevoir et informer immédiatement la famille en cas de faute évidente, ne pas fuir les responsabilités, choisir ses mots.
- aider et accompagner la victime et/ou sa famille dans ses démarches en expliquant les circuits administratifs ou contentieux afin que, dès les premiers contacts, elles connaissent leurs droits.
- prévenir la direction des affaires juridiques pour éventuellement enclencher les démarches amiables d'indemnisation, non pas pour "étouffer" le problème mais pour être là, comprendre et aider les victimes.

On sait qu'une bonne gestion administrative éteint le risque pénal et que la plupart des crises hospitalières médiatisées naissent d'un manque d'information, d'une attitude de fuite, d'une incompréhension, d'une phrase mal interprétée.

Une démarche devant le juge pénal est souvent enclenchée par des victimes ou leurs familles dans un souci de "demande de vérité", de colère ou de vengeance, tandis que le tribunal civil répond à un souci d'indemnisation du préjudice

LES RELATIONS PRESSE

Ne jamais oublier que, lors d'une communication grand public, on s'adresse aussi au personnel de l'établissement. Penser aux conséquences en interne de cette communication.

Rédiger un communiqué de presse, le lire, le diffuser sur Internet, organiser des interviews, un point presse, une conférence de presse... chaque moyen présente ses avantages et ses inconvénients. Il convient d'évaluer approximativement le nombre de demandes de presse et la pression médiatique pour faire le choix du support le plus adapté.

Les techniques de relations presse

Le communiqué de presse : il est toujours très avantageux de le rédiger même s'il n'est pas utilisé. En effet, il permet de vérifier que l'on a répondu aux questions essentielles qui peuvent se résumer de la manière suivante : quoi ? quand ? où ? qui ? comment ?

A ce moment précis, chaque mot est important. Ecrire un communiqué, c'est poser le problème et le formuler en des termes simples et clairs. Ces expressions seront reprises par le porte-parole dans ses déclarations ou lors d'un point presse.

Le communiqué de presse est un texte bref et lisible, présenté sur une page format A4 avec des caractères de type Arial ou Times de taille 12. Utilisez un papier en-tête en mentionnant la date et l'heure, les coordonnées d'un référent et/ou du porte-parole.

Dans la rédaction, utilisez des phrases courtes, de 12 à 16 mots, de construction simple : sujet-verbe-complément.

Pas de parenthèses orales, pas de phrases qui s'emboîtent. Et une seule idée par phrase. Utilisez des mots simples : le langage utilisé par une personne X est de 1 200 mots. Un adolescent comprend le sens de 600 à 700 mots, un bachelier 1 500 mots, un cadre supérieur 3 000 à 3 500 mots.

Si on est contraint d'employer des mots compliqués, les expliquer. Attention au jargon professionnel, à l'emploi des sigles, aux noms et qualités des personnes que vous citez.

Enfin, il faudra donner un titre au communiqué de presse.

Les éléments du communiqué devront être largement diffusés au personnel et figurer sur le site Internet de l'établissement afin que chacun dispose de la même base d'information ce qui limite les risques de rumeur et d'interprétation erronée.

Le point presse : il se résume le plus souvent à la lecture d'un communiqué par le porte-parole. Les questions sont rarement admises. Il permet de délivrer le message à tous au même moment. Si une étude est en cours, il faut l'annoncer et rappeler la nécessité d'attendre les conclusions. Des éléments peuvent alors se négocier pour reprendre brièvement, face à une caméra, les éléments du communiqué.

La conférence de presse : il est déconseillé de tenir une conférence de presse à chaud. Ces rencontres sont réservées aux explications ultérieures. La conférence de presse réunira les membres de la cellule de crise, dans un lieu calme et adapté.

"Dans les périodes de crise, les conférences de presse au ministère de la santé font toujours salle comble. Les journalistes sont nombreux, posent de multiples questions, soulèvent toutes sortes de problèmes et, en général, rendent compte de la situation de manière assez fidèle. Les plus spécialisés d'entre eux sont souvent très au fait des sujets à l'ordre du jour dans leurs moindres détails. Des techniciens, des médecins, des juristes sont présents pour répondre à leurs interrogations. Après la conférence, les reporters de la télévision ou de la radio tentent parfois de vous arracher quelques phrases cinglantes ou définitives.

Ce sont les règles du jeu. Tout le monde ne les apprécie pas. Mais je crois l'exercice indispensable sur les questions difficiles, qui requièrent de longues explications. Pendant la canicule, en l'absence de conférence de presse, nous avons dû rencontrer les journalistes un par un : non seulement cela nous a fait perdre un temps considérable, que nous ne consacrons donc pas à la gestion de la crise, mais cela n'a pas permis une couverture médiatique satisfaisante du sujet."

**Pr Lucien Abenhaim, ancien directeur général de la santé,
auteur de "Canicules" Editions Fayard, Paris, 2003 - p 102 et 103(4)**

Une périodicité des rencontres avec la presse, ou de la diffusion des communiqués de presse, peut être définie et annoncée. Il est alors vivement recommandé de respecter ce planning pour rester crédible. Dans ce cas, ne pas hésiter à rappeler systématiquement l'ensemble des faits et à préciser s'il y a ou non des éléments nouveaux.

Il est aussi important d'enregistrer scrupuleusement toutes les demandes de presse : nom de l'organe de presse, nom du ou des journalistes, adresse, coordonnées téléphoniques et adresses électroniques.

Les interviews, radio ou télévisées, peuvent se dérouler en direct ou être enregistrées, par téléphone, en studio ou sur place. Lorsque vous êtes interviewé, ne regardez jamais la caméra. Vous regardez la personne qui vous parle, comme dans la vie de tous les jours. L'œil de la caméra n'est qu'un témoin : celui du téléspectateur.



Cet échange personnalisé doit être bien préparé. Le risque est de se faire piéger si tous les aspects délicats n'ont pas été envisagés auparavant.

Les demandes d'interview peuvent conduire à répéter la même information à de multiples reprises et faire perdre un temps précieux.

Les personnes ressources : au fil des opérations rythmant la crise, dresser une liste exhaustive de tous les acteurs ayant apporté leur contribution : personnalités, professionnels de l'établissement, professionnels extérieurs à l'hôpital, associations, bénévoles, organismes publics et entreprises privées.

Ils seront remerciés par un courrier et/ou un communiqué de presse à l'issue de la crise.

Comprendre les impératifs de la presse

Les heures de bouclage, c'est-à-dire l'heure limite à laquelle le journaliste doit rendre son reportage sont :

Média	Heure de publication/diffusion	Fin de reportage sur le terrain
Presse écrite	Le matin	19h environ 11h pour les journaux du soir
Radio	Toutes les heures mais les grands journaux sont à 7h30, 8h, 8h30, 12h30, 13h, 18h, 18h30, 19h	De 1h à 15 minutes avant le journal
TV	12h/13h – 19h/20h	11h ou 18h

Ces horaires ne sont qu'indicatifs. Les médias peuvent décider d'attendre jusqu'au dernier moment une information ou une intervention en direct pour les radios et les télévisions. Ils peuvent aussi mettre en place des éditions spéciales à des horaires variables.

Bon à savoir

En cas d'afflux de victimes, les membres du service de presse pourront être facilement identifiés en portant un gilet avec le logo de l'hôpital et le mot PRESSE inscrit en grandes lettres majuscules.

ÉLÉMENTS DU DISCOURS

Quelques principes

Le porte-parole livre des informations validées par la cellule de communication de crise ne se rapportant qu'à la situation de l'établissement dans la crise. Il n'aborde pas de question pouvant relever d'autres corps professionnels (gendarmerie, police, enquêteurs, pompiers...).

Le porte-parole ne fait pas de commentaire.

Face à la caméra ou à un micro, vous n'avez que peu de temps pour vous exprimer.

En radio, les interviews incluses dans un sujet sont de l'ordre de 30 secondes.

En télé, les interviews incluses dans un sujet vont de 5 à 25 secondes.

Discerner la demande

Toute interview se prépare.

Quand vous acceptez une interview, respecter si possible le délai qui vous est imparti mais ne vous précipitez pas pour répondre.

Prendre le temps de discerner la question et ce que l'on attend de vous. Attention : très souvent, la réponse recherchée par le journaliste est implicitement formulée dans sa question.

Préparer et hiérarchiser votre message

La première règle consiste à construire et à organiser votre message.

Demandez-vous : si mon interlocuteur ne devait retenir qu'une seule chose de mon propos, laquelle serait-ce ? Placez-la en tête.

Rappel scrupuleux des faits

L'événement :

- déroulement chronologique précis
- qui ou quoi est concerné
- incident terminé ou pas

La gestion de l'événement :

- lancement de l'alerte : qui a prévenu qui, le timing, comment le directeur de garde a été informé...
- traitement de l'alerte : nature des interventions, qualité des acteurs
- remerciement des équipes qui sont intervenues

Les effets

- victimes (compassion)
- dégâts constatés
- moyens mis en place pour la protection des patients, etc

Les causes possibles

- hypothèses avancées, préalablement validées par la cellule de communication de crise, recherches en cours...

Les pratiques de l'établissement

Les éléments de prévention sur lesquels s'appuie le fonctionnement de l'établissement :

- la sécurité électrique, la sécurité incendie, la sécurité des biens et des personnes, les plans internes de secours et l'organisation d'une évacuation de l'établissement en cas de sinistre, le CLIN, les protocoles de prise en charge de certaines pathologies, le plan blanc, le plan rad...
- des exercices relatifs à certains points ont lieu régulièrement (dates et objets)

QUELQUES CONSEILS

1. Rester soi-même

La règle de l'exercice veut que vous répondiez à toutes les questions. Mais ne perdez pas tous vos moyens si vous séchez face à une interrogation du journaliste. Vous n'êtes pas infailible.

2. À faire

- compassion pour les victimes
- rassurer les familles, les patients
- rassurer le public
- les soins sont assurés
- remercier les équipes
- rester dans le factuel
- être sincère, naturel et authentique
- tenir le même discours quel que soit l'organe de presse
- dire non à la presse peut être mal accepté par les journalistes ; le "non" est légitime s'il est argumenté et justifié. Cependant, moins on dit "non", meilleures sont les relations avec la presse
- interview télévisée : avant l'interview, vérifier l'arrière-plan (attention détournée, va-et-vient, exposition des patients ou des familles...)
la réponse vous appartient et vos propos sont les vôtres : au montage et dans le reportage, ne sera repris que ce qui est dit par l'interviewé, et pas nécessairement les questions : quelle que soit la phrase extraite, elle doit avoir du sens

3. À ne pas faire

- refuser par principe une demande de presse
- parler négativement (formule “ne pas” à proscrire)
- dramatiser
- minimiser
- mentir, même par omission
- juger
- accepter une interview sans avoir réfléchi aux réponses (même si on ignore les questions !)

4. Droit au but

- éliminez les précautions oratoires qui repoussent trop loin votre message :
“en tout état de cause, on ne peut pas dire que les choses se soient effectivement passées de cette manière même si celle-ci peut se comprendre au vu des événements qui nous ont été rapportés mais qui doivent encore être vérifiés. Pour notre établissement, tout cela est faux”
- attaquez directement le sujet : “Tout cela est faux. Nous précisons que...”
- allez à l’essentiel de ce que vous avez à dire
- faire simple, ce n’est pas faire pauvre. Faire simple : c’est enrichir le plus grand nombre

5. La question du journaliste

Dans certains cas, vous pouvez reformuler la question du journaliste dans votre réponse : l’auditeur sait immédiatement de quoi vous parlez. C’est aussi une manière de s’approprier le discours. De plus, au cours d’une interview enregistrée, les questions du journaliste ne sont pas diffusées. Parfois quelques relances du journaliste peuvent être conservées, mais c’est rare.

6. Le commentaire du journaliste

N'oubliez pas qu'au cours d'une interview enregistrée, le journaliste pourra reprendre dans son commentaire tous les éléments que vous avez évoqués pour réaliser son reportage. Il ne gardera alors que quelques secondes seulement de vos propos pour illustrer l'angle qu'il aura choisi.

7. Des images

Exprimez-vous par image pour mieux "donner à voir" votre message. Utilisez des exemples, des comparaisons, surtout lorsque votre information est complexe.

8. Vos tics

Repérez vos tics de langage. Nous en avons tous.

9. Votre domaine de compétence

Vous ne savez pas ? Expliquez : "Je ne suis pas en mesure de vous répondre à l'heure qu'il est. Dès que j'aurai des éléments, je vous les transmettrai".

Vous ne pouvez pas répondre ? Expliquez : "Dans ce domaine, seul le Préfet est en mesure de vous répondre".

Ou encore, avouez : "Je ne sais pas répondre à cette question..."

Ne sortez jamais de votre domaine de compétence.

10. Dire vrai

Une interview n'est pas un interrogatoire. Mais ne mentez pas. Dites la vérité. Habillez-là en fonction des risques et des enjeux, mais dites toujours la vérité. Ne trichez pas.

11. Penser "toujours" à son message

Enfin, répondre à une question inattendue ou embarrassante est toujours possible. C'est parfois le moyen de délivrer son message. L'une des formules utilisables est la suivante : "Je comprends votre question. Mais l'important dans cette affaire..."

QUESTIONS À RENSEIGNER

Les faits

- Que s'est-il passé ?
- De quelle version des faits avez-vous eu connaissance ?
- Comment avez-vous été informé ?
- Combien y-a-t-il de victimes (blessés, décédés) ?
- Que savez-vous de leur état de santé ?
- Où sont-elles ?
- Peut-on avoir leur identité ?
- D'où sont-elles originaires ? Parmi elles, y a-t-il des étrangers ?
- Seront-elles rapatriées et, si oui, de quelle manière ?
- Parmi les victimes, y a-t-il des enfants ?
- Parmi les victimes, figure-t-il des personnalités ?

Questions pièges

- Quelle est votre opinion personnelle sur cet événement ?
- Trouvez-vous cette situation normale ?

Les mesures mises en place

- Les familles ont-elles été prévenues ?
- Par qui ?
- Quel dispositif a été mis en place pour les accueillir ici (hébergement, restauration...) ?
- Bénéficient-elles d'un soutien psychologique ?
- Après l'accident ou l'incident, quel dispositif d'intervention a été imaginé et comment a-t-il été mis en place ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en place du plan et des secours ?
- A quelle heure sont partis les secours ?

- Avec quels moyens ?
- Jugez-vous avoir été performant et efficace ?
- Où pensez-vous avoir eu des faiblesses ?
- Actuellement, maîtrisez-vous la situation ?
- Avez-vous eu recours à des renforts extérieurs (autres centres hospitaliers, pompiers...) ?
- D'autres hôpitaux ont-ils été sollicités pour l'accueil et la prise en charge des victimes ?
- De quelle manière s'est alors effectué le transfert des victimes vers ces hôpitaux ?
- Combien de personnes avez-vous rappelées : médecins, infirmiers, agents... ?
- Qui l'a fait ?

La prévention et l'historique

- L'établissement. a-t-il été déjà confronté à des crises de cette nature ?
- En temps normal, comment s'y prépare-t-il ?
- Procédez-vous à des exercices d'entraînement et de simulation ?
- A quel rythme ?
- A quand remonte le dernier exercice et quel en était le scénario ?
- La crise que nous rencontrons aujourd'hui a-t-elle déjà fait l'objet d'un scénario ?

La suite des événements et le dispositif

- Des points presse et des communiqués de presse sont-ils prévus ?
- Où sont actuellement le Président du Conseil d'administration ? le chef de l'établissement ? le Président de la commission médicale d'établissement ? le Préfet ?
- Pouvons-nous les rencontrer, ainsi que les chefs de service des Urgences et du SAMU ?
- Peut-on interroger les membres d'une équipe de secours qui se sont rendus sur place ?
- Quelles sont les autres autorités prévenues ?
- Quelles sont celles qui se sont rendues sur les lieux du drame puis dans l'hôpital ?
- Ont-elles rencontré des familles ?

Organisation du travail des journalistes

- Peut-on parler aux familles pour recueillir des témoignages ?
- Peut-on également interroger des victimes pour recueillir des témoignages ?
- Peut-on se déplacer librement dans l'hôpital ?
- Si non, pourquoi ?
- Où peut-on s'installer pour téléphoner et travailler ?

EN AVAL

Dans le cadre du débriefing conduit à l'issue de la crise, rappeler les actions de communication et analyser leur impact dans la presse et auprès de l'opinion publique : nombre de communiqués de presse et de contacts avec la presse, articles de presse – locale et nationale –, journaux télévisés et radiophoniques, informations reprises et traitement de l'information, angles privilégiés par les journaux locaux, par les médias nationaux, réactions des autres acteurs de la crise.

Il est recommandé de tirer un bilan des conséquences de la crise sur l'image de l'institution en interne comme en externe, de repérer les dysfonctionnements et les faiblesses puis proposer des mesures correctrices.

Si nécessaire, revoir les protocoles définis préalablement avec les partenaires.

Le communiqué de presse de remerciement : à l'issue de la crise, un communiqué de presse de remerciement aux équipes sera adressé.

MÉTHODOLOGIE	QUI FAIT QUOI ?	OBSERVATIONS
<p>L'alerte – l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ identifier l'origine et la nature de l'alerte : alerte sanitaire, sociale, technique, accidents, erreurs, crise médiatique, procès, ■ rassembler tous les éléments dont on dispose, ■ réunir les acteurs en interne liés à l'alerte, ■ établir la chronologie des faits, ■ recenser les causes de la crise, ses effets probables et les moyens de les limiter, bien connaître les pratiques de l'établissement sur ce point. 	<p>Le directeur décide des mesures adaptées à la nature de la crise (crise générée ou pas par l'établissement).</p> <p>Lister les personnes ressources qui contribuent à la gestion de la crise ou sont susceptibles d'intervenir.</p>	<p>En cas d'erreur ou d'accident médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ prévenir en premier lieu les familles et les proches, ■ expliquer la situation, ■ faire preuve de compassion.
<p>Cellule de crise et coordination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ directeur - coordonnateur de la crise, ■ coordonnateur médical, ■ coordonnateur communication, ■ porte-parole. 	<p>Le directeur organise les interventions et coordonne la communication et valide les communiqués.</p>	

FICHE RÉFLEXE

MÉTHODOLOGIE	QUI FAIT QUOI ?	OBSERVATIONS
<p>Information prioritaire des responsables</p> <p>Faire le point sur la diffusion de l'information : qui, au moment de l'alerte, est déjà informé ?</p>	<p>La cellule de crise prévient les responsables :</p> <ul style="list-style-type: none">■ directeur de garde,■ président du conseil d'administration,■ président CME,■ centre 15,■ urgences,■ standard de l'établissement,■ service sécurité,■ DDASS,■ DRASS,■ ARH (futures ARS),■ la Mairie,■ CPAM,■ direction juridique et/ou avocats immédiatement ou de le réserver en cas de besoin.	<p>En interne, le directeur</p> <p>Informe le personnel, si possible avant la presse.</p>

METHODOLOGIE	QUI FAIT QUOI ?	OBSERVATIONS
<p>Communication</p> <p>Rédiger un communiqué de presse qui précise les faits connus, l'organisation mise en place pour faire face à l'événement.</p> <p>Ses premières conséquences. Mentionner la date et l'heure de sa rédaction.</p> <p>Prévoir une mise à jour au fil des événements et des informations recueillies.</p> <p>En cas de demandes de presse, recueillir de manière exhaustive les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nom du média, ■ nom du journaliste, ■ adresse / Tél / Fax, ■ courriel, ■ date et heure de la demande, ■ nature de la demande, ■ délai de réponse, ■ prises de vues envisagées (lieux et autorisation d'images), ■ date (et heure) de diffusion du reportage. <p>Préciser le lieu et les modalités d'accueil des journalistes.</p>	<p>Le responsable de la communication propose un plan de communication.</p> <p>Dès sa diffusion, mettre le communiqué en ligne sur le site de l'établissement.</p> <p>Plusieurs communiqués par jour peuvent être diffusés.</p>	<p>L'envoi du communiqué de presse relève d'une décision stratégique.</p> <p>Réfléchir à l'opportunité de le diffuser immédiatement ou de le réserver en cas de besoin.</p> <p>Ce communiqué permet au porte-parole de s'appuyer sur un écrit validé lors de sa déclaration.</p> <p>Presse écrite et TV</p> <p>Accompagner les journalistes, veiller à protéger le droit à l'image des patients et du personnel.</p> <p>Deux options sont possibles : s'assurer que les journalistes demandent leur accord aux personnes qu'ils filment ou prennent en photo ou bien exiger le floutage systématique des visages...</p>

FICHE RÉFLEXE

MÉTHODOLOGIE	QUI FAIT QUOI ?	OBSERVATIONS
Débriefing	<p>La cellule de crise analyse le déroulé de la crise et les points à améliorer Remercier les personnels</p> <p>La Direction explique la nouvelle organisation retenue afin d'éviter une crise similaire ou des erreurs dans sa gestion. Remercier tous les intervenants qui ont apporté leur contribution à la bonne gestion et à la résolution de la crise</p>	Remercier tous les intervenants qui ont apporté leur contribution à la bonne gestion et à la résolution de la crise.

MARSEILLE / ROUEN / TOULOUSE

Pour illustrer ces recommandations, trois situations de crise sont proposées aux lecteurs. Par la suite, nous invitons les personnels des établissements de santé à adresser leur retour d'expérience sur le sujet à resochu@club-internet.fr ou à s.maret@chu-poitiers.fr de manière à en mutualiser les enseignements.

Assistance Publique – Hôpitaux De Marseille

Personnalité hospitalisée à Marseille

Denis Burgarella, directeur de la communication et Perrine Seghier, attachée de communication – AP-HM

La crise

Octobre 2006 : des jeunes mettent le feu à un bus dans les quartiers au nord de Marseille. Une jeune fille qui n'a pu quitter le bus à temps est gravement brûlée (62%). Elle est hospitalisée au centre régional des grands brûlés de l'hôpital de la Conception dans un état critique.

Facteurs aggravants

- Un fait divers qui se produit à Marseille est toujours fortement médiatisé.
- L'incendie criminel survient à la date "anniversaire" des émeutes de 2005 dans les banlieues : les rédactions nationales sont à l'affût de manifestations spectaculaires.

Le contexte

L'affaire émeut toute la France. La pression médiatique est très forte. Nicolas Sarkozy, alors ministre de l'intérieur se déplace à Marseille pour rencontrer l'équipe médicale et la famille. La direction de la communication et la direction de l'hôpital sont sollicitées plusieurs fois par jour pour des demandes d'interview du médecin et des parents de la jeune fille qui ne souhaitent pas s'exprimer.

Les tensions

Rumeurs

Pour faire réagir les parents, certains journalistes n'hésitent pas à diffuser des rumeurs : la jeune fille aurait été amputée des deux jambes ; elle serait en cause dans l'incendie criminel, etc.

Pression

Du côté des photographes, la pression est constante. Certains "planquent" dans l'hôpital pour rapporter un cliché. D'autres harcèlent la famille qui loge à l'hôtel.

La gestion de la communication de crise

Point presse avec le médecin

Un point presse est organisé le lendemain de l'accident avec le responsable du centre des grands brûlés, en présence d'une trentaine de journalistes locaux et d'envoyés spéciaux de la presse nationale. Certains journalistes TV et photographes tentent d'approcher le service des grands brûlés, qui est heureusement d'accès restreint. La sécurité est renforcée autour de l'hôpital.

Visite du ministre de l'intérieur

Les journalistes sont bloqués par le service de sécurité en-dehors de l'hôpital pendant que le ministre rencontre l'équipe médicale et la famille. En sortant, il fera quelques déclarations à la presse. Des photographes réussissent à entrer dans l'hôpital pendant que la famille est accompagnée à l'extérieur par une porte dérobée.

Communiqués

Pour répondre aux questions des journalistes, un bulletin de santé de la jeune fille est envoyé chaque jour à l'ensemble de la presse. Le rythme deviendra hebdomadaire lorsque ses jours ne seront plus en danger.

Point presse avec la famille

Les parents de la jeune fille, venus du Sénégal, sont harcelés par les journalistes et photographes devant leur hôtel. Ils sollicitent la direction de la communication, qui leur conseille de rencontrer la presse une fois pour toutes et de faire retomber ainsi la pression médiatique.

Un point presse est organisé dans un endroit neutre (club de la Presse) afin d'éviter un afflux de journalistes à l'hôpital. Un représentant de la famille répond à toutes les demandes d'interview et renvoie désormais sur un cabinet d'avocats. La pression retombe.

Point presse avec les médecins et la famille

Trois mois après l'accident, un dernier point presse est organisé à l'hôpital avec l'équipe médicale et la famille, qui souhaite remercier tous ceux qui ont témoigné leur solidarité. Seuls les correspondants locaux sont présents, le sujet n'est plus en "une" de l'actualité.

Analyse de la crise

Dans ce type d'événement, les mots clés sont "informer" et "protéger".

Information

- Le manque d'information suscite la curiosité et la défiance, donne cours aux rumeurs les plus fantaisistes.
- Dans ce cas, l'équipe médicale a parfaitement joué le jeu en fournissant régulièrement des éléments d'information sur l'état de santé de la jeune fille.

Protection

Les hôpitaux de Marseille accueillent régulièrement des VIP, de passage aux urgences ou hospitalisées : hommes d'affaires, personnalités politiques locales, sportives ou du show business, etc.

L'hôpital leur doit, comme à tout autre patient, la sécurité des soins et la protection de la vie privée.

La vie publique s'arrête aux portes de l'hôpital : les patients sont en droit de recevoir les meilleurs soins de la part d'équipes médicales qui n'ont pas besoin d'être importunées par des problèmes extérieurs.

Pour préserver les patients de la curiosité des médias, des mesures de sécurité sont indispensables : fermeture des accès, surveillance accrue des sociétés de gardiennage, sensibilisation des personnels au signalement de toute intrusion ou de comportements inhabituels de la part de personnes étrangères au service.

Peut-on prévenir ce type de crises ?

Le travail de la direction de la communication est facilité par les relations de confiance entretenues tout au long de l'année avec les journalistes et photographes. Mais cela n'empêche pas que, dans un fait divers au retentissement national, les rédactions parisiennes exercent une forte pression sur les journalistes locaux – même quand ces derniers souhaiteraient calmer le jeu.

Parfois des envoyés spéciaux sont dépêchés de Paris, censés mieux couvrir l'événement. Il faut savoir que certains clichés peuvent rapporter des dizaines de milliers d'euros à leur auteur. Les paparazzi sont donc prêts à squatter devant un hôpital nuit et jour si besoin.

CHU de Rouen

Situation de crise récurrente :

La prise en charge par le Centre 15 des cas de méningite en Haute-Normandie

Rémi Heym - délégué à la communication – CHU de Rouen

La crise

La presse régionale amplifie systématiquement les cas tragiques de méningite et porte, à travers les propos tenus par la famille ou les proches des victimes, des accusations sévères envers le SAMU 76.

Le contexte

Un rapport de l'INVS vient de pointer du doigt le fait que la région de Haute-Normandie possède un taux de cas avérés de méningite deux fois supérieur à la moyenne nationale (une personne par mois est admise au CHU de Rouen pour un cas de méningite).

Le SAMU assure la permanence des soins qui n'est plus assurée par les médecins libéraux (plus de gardes, de visites à domicile...). D'où une augmentation importante des appels (300 000 en 2008), qui s'oppose à la faiblesse des moyens techniques et humains actuels et qui accroît sensiblement le nombre de situations à risque.

Les véhicules du SAMU ne pouvant être mobilisés à chaque appel, le médecin régulateur du centre des appels évalue le degré d'urgence de la situation (et ne fournit en aucun cas de diagnostic par téléphone) dans un souci de rationalisation des interventions. Une rationalisation des interventions très mal vécue par la population...

TÉMOIGNAGES

Les accusations

Dans la majorité des cas, les accusations faites au Centre 15 sont : Ils n'ont pas voulu se déplacer ! Dès lors, la notion de “perte de temps” est directement liée à celle de “perte de chances”. Pourtant, dans cette majorité des cas, la chance de survie des victimes n'est pas liée au retard présumé des secours mais au type même de méningite (purpura fulminant) qui ne laisse quasiment aucune chance.

Par ailleurs, dans des cas de panique, le temps se dilate. Pour la famille, l'attente des secours paraît souvent durer plusieurs heures... alors que l'arrivée du SAMU et le déclenchement de la procédure (pompiers, médecins de garde...) se font souvent dans un délai tout à fait normal compte tenu de la zone géographique souvent éloignée des secours.

La gestion de la communication de crise :

- mise en place d'une cellule de crise (direction, chef de services, médecins concernés, directeur de garde, communication...),
- mise en place immédiate d'une veille médiatique, alerte de la Préfecture - DASS
- centralisation des relations avec la presse (redirection systématique de toutes les demandes des journalistes sur la communication),
- analyse complète de la crise,
- détermination des éléments de réponses : les preuves (bandes sonores) sont étudiées pour analyser les éléments de discours et le timing des différentes phases de la procédure de prise en charge des appels au Centre de régulation,
- vérification de la cohérence des informations transmises et la fiabilité des sources. Ainsi les biologistes peuvent être appelés à témoigner sur les problèmes liés au méningocoque (la résistance des souches aux vaccins, l'effet foudroyant de la maladie...),
- si besoin alerte de l'avocat du CHU,
- organisation des contacts personnalisés avec les journalistes (interviews téléphoniques avec le chef de service ou rendez-vous) pour répondre point par point aux accusations et rappeler les missions du SAMU,
- analyse des retombées presse,
- maintien d'une veille.

Prévention des crises

Des visites du Centre 15 sont régulièrement organisées pour les élus locaux (très concernés) et la presse. Mais nos efforts d'information ne nous placent pas à l'abri d'une erreur... Chaque situation est particulière et les médias ne peuvent refuser aux familles, qui sont leurs lecteurs potentiels, la prise en compte de leur souffrance. Tout au plus, peuvent-ils modérer leurs propos...

CHU de Toulouse

Accident de radiochirurgie stéréotaxique

Marie-Claude Sudre - déléguée à la communication - CHU de Toulouse

Le déroulé des faits

Le 17 avril 2007, le CHU de Toulouse est informé par la société BrainLAB d'une erreur de mesure, découverte lors d'un contrôle de routine, sur un appareil situé au centre de radio chirurgie stéréotaxique. Le Novalis, système de radiothérapie de haute précision, est spécialisé dans le traitement des pathologies crâniennes et extra-crâniennes.

Le CHU de Toulouse interrompt immédiatement les traitements, informe les autorités de tutelle et met en place une cellule de crise pour analyser l'accident, étudier les dossiers des patients concernés (145 patients identifiés) et concevoir le dispositif d'information (patients, tutelles, médias).

Le 3 mai suivant, l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) procède à une inspection, menée conjointement avec la DDASS et l'AFSSAPS, afin de préciser les circonstances de l'événement. Le 14 mai, constatant l'ensemble des mesures prises, l'ASN autorise la reprise de cette activité et souligne la réactivité des équipes du CHU.

Dans la semaine du 6 mai, le CHU envoie un courrier individualisé à chaque patient l'invitant à prendre rendez vous avec le centre de radiochirurgie stéréotaxique ; cette consultation médicale personnelle (complétée par une IRM de contrôle) ayant pour objectif d'informer précisément le patient sur l'existence de l'accident, sa nature, et la forme que cela a pris pour chacun des 145 patients concernés, et enfin de lui proposer un suivi médical.

Une fois que l'information individuelle de chaque patient aura pu être faite, l'ASN et le CHU s'engagent à communiquer publiquement sur cet accident, par le biais de leur site Internet.

Le 23 mai, les faits font l'objet d'un article dans les colonnes du Parisien, avant que toutes les lettres aient pu parvenir à l'ensemble des patients. L'accident est désormais public.

Un contexte difficile

Cet accident survient à un moment où d'autres accidents plus ou moins comparables ont fait l'objet d'une sur-médiatisation (Grenoble, Lyon, Angers et surtout Epinal). L'amalgame entre ces événements s'en trouve facilité alors que chacun d'entre eux possède ses propres caractéristiques.

Une technologie innovante se retrouve à l'origine d'un accident concernant une cohorte de 145 patients. Les conséquences de cet écart de dose sur la santé des patients ne pourront être connues rapidement (suivi médical sur le long terme, expertise).

TÉMOIGNAGES

La nécessité d'attendre les conclusions des rapports officiels :

- L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) entame une longue étude clinique ;
- L'IGAS diligente également une enquête.

Les conclusions des 2 rapports sont rendues publiques conjointement le 25 février 2008.

Concilier l'information des usagers, le secret médical et éviter la panique

L'obligation d'informer rapidement les patients concernés par l'accident est très importante tout en prenant le temps de le faire de manière personnalisée (consultation médicale) afin de ne pas engendrer un sentiment d'angoisse. Le dispositif de communication imaginé par le CHU et qui reposait sur un deux temps "information personnalisée de chaque patient avant de rendre public l'accident" se retrouve totalement mis à mal par une médiatisation prématurée dans un contexte contraint par le secret médical et l'obligation de réserve.

Deux associations de patients dont l'une s'est créée à cette occasion prennent en charge la défense des patients ; une seule intente une action pénale.

Quelles réactions du CHU de Toulouse ?

A court terme

- Une cellule de crise permanente est mise en place afin de répondre systématiquement aux questionnements ou interpellations des associations et des avocats des victimes qui se font essentiellement via la presse.
- Une conférence de presse se tient le jour même de la parution de l'article du Parisien
- La mise en place d'un numéro vert ouvert aux usagers permet aux médecins de répondre à l'urgence de la situation
- Le médecin médiateur du CHU se met à la disposition des patients
- Le rythme des consultations de suivi médical est accéléré, complété rapidement par un accompagnement social
- Un dispositif logistique spécifique est mis en place au sein du centre
- Une information est faite régulièrement aux membres du conseil d'administration, ainsi qu'aux personnels de l'établissement via le site Intranet.
- Conseil est pris auprès de l'avocat du CHU afin de définir certaines modalités de réponse (messages, forme, porte-parole, respect de la double obligation de réserve et du secret médical).

TÉMOIGNAGES

A court et moyen terme

Soucieux que les patients victimes de cet accident puissent obtenir réparation le plus rapidement possible, le CHU et son assureur s'engagent pleinement dans une démarche conventionnelle visant à indemniser les patients sur la base d'une expertise médicale, avec les différentes parties réunies au sein de la commission présidée par Claude Evin à la demande de la ministre en charge de la santé. L'objectif de cette convention, d'une durée de deux ans, étant que les patients soucieux d'être indemnisés puissent l'être rapidement après qu'une expertise médicale ait établi le lien d'imputabilité entre l'accident et la santé des patients. A cette fin, une cellule pluridisciplinaire dédiée à l'accompagnement de ce dispositif se met en place pour toute la durée de la convention afin de faciliter la communication des dossiers médicaux, l'accompagnement social et psychologique des patients qui le souhaitent etc...

Cette démarche d'expertise nécessitant du temps, le CHU et son assureur proposent qu'une somme d'un montant de 5 000 euros soit accordée à chaque patient, correspondant à une avance pour préjudice exceptionnel lié à l'annonce de l'évènement.

A moyen et long terme

Après un diagnostic interne, le CHU de Toulouse décide de tirer tous les enseignements de cette situation de crise en renforçant fortement sa politique de gestion des risques.

Cette nouvelle dynamique institutionnelle comporte plusieurs volets :

- L'amplification de la politique clientèle (dispositif d'écoute des usagers, de la société civile, des professionnels de santé, renforcement des relations avec les associations).
- Renforcement de l'identification et du traitement des situations à risque.
- Media training d'acteurs identifiés en interne.

Cette politique forte devrait notamment délivrer ses premiers enseignements mi-juin 2009 lors d'une rencontre internationale dédiée au nouveau paradigme de la gouvernance des risques, et qui pourrait initier la première d'une série d'échanges réguliers entre acteurs français et étrangers, dans le but d'approfondir les thématiques de gouvernance des risques y compris le volet recherche.

NOTES

- (1) L'enquête portait sur le caractère opérationnel des plans blancs dans les établissements de santé comportant un SAU ou un UPATOU en 2003/2004
- (2) En journalisme : "Événement" événement prévisible qui revient régulièrement sur le devant de la scène
- (3) Par principe, toute personne dispose sur son image et sur l'utilisation qui en est faite d'un droit exclusif et peut s'opposer à sa reproduction et diffusion sans son autorisation.
- (4) "Une crise survient quand la confiance dans la capacité des pouvoirs publics à régler les problèmes s'effondre." Pr Lucien Abenheim.

BIBLIOGRAPHIE

Un site internet : <http://www.communication-sensible.com/portail>
ou <http://www.communication-de-crise.com/>

Plan blanc et gestion de crise

Ministère de la santé et de la protection sociale, décembre 2004

Gestion hospitalière, octobre 2004

- Abenheim Lucien, **Canicules, Paris**, Éditions Fayard, 2003
- Martin Jean-Louis, Fournet Michel, **La crise : risque ou chance pour la communication**, ouvrage collectif, préface d'Alex Mucchielli, Paris, Editions L'harmattan, 1999



L'ART SUTIL DE LA COMMUNICATION DE CRISE : LE POINT DE VUE DE L'ASSUREUR

En cas de crise "subie" - tels une catastrophe naturelle, accident ferroviaire - l'hôpital est certes acteur de l'évènement, puisqu'il accueille les victimes, mais il n'est ni à l'origine du drame ni directement impliqué dans ses développements. Dans cette hypothèse, on attend de lui qu'il communique sur l'étendue de l'évènement et ses conséquences, de façon purement informative.

Il en va autrement des crises "générées" par l'hôpital, notamment lorsqu'il s'agit d'un accident médical à l'origine d'un dommage pour un patient. L'établissement n'est plus alors un simple "témoin" de l'évènement : il en est un protagoniste à part entière. S'il doit évidemment transmettre des informations, avec honnêteté et transparence, l'hôpital doit également tenir compte des éventuelles suites, notamment judiciaires, que pourrait connaître l'affaire. Cela doit l'inciter à la plus grande prudence dans le choix de la forme et du contenu de sa communication, car une formulation malheureuse largement reprise dans les médias peut avoir de lourdes conséquences en termes de responsabilité et d'image...

C'est pourquoi il est fortement recommandé d'alerter son assureur aussitôt qu'une « crise médiatique » se profile afin de solliciter son avis sur la conduite à tenir. Dans ce contexte, quels peuvent être les conseils de l'assureur ?

Une préoccupation constante et un leitmotiv : le respect du secret médical !

Communiquer en cas de crise est particulièrement difficile pour les responsables hospitaliers. Contrairement aux patients, et autres personnes concernées, les professionnels de santé ne disposent pas d'une totale liberté de parole, ils doivent respecter le secret médical ce qui limitera nécessairement leur communication. Cette obligation s'impose à l'établissement à toutes les étapes de sa communication ; une fois la tempête médiatique passée, il pourrait lui être reproché d'avoir divulgué des informations couvertes par ce secret. Il est donc indispensable que la personne chargée de communiquer au sein de l'établissement soit très clairement informée des limites à ne pas franchir.

Cet impératif est à la fois un désavantage et un atout : un désavantage quand l'établissement ne peut pas répliquer aux déclarations du patient ou de son entourage, ou des médias eux-mêmes, laissant ainsi s'installer dans l'opinion publique une vision inexacte ou trompeuse des faits. Un atout, quand cette prudence permet de se prémunir de "sorties médiatiques" incontrôlées, faites sous le coup de l'émotion ou de la surprise. Le respect du secret médical impose une distance, une "mise à l'abri" qui peuvent s'avérer salutaires.

Un crédo : intelligibilité et concision !

En cas d'accident médical médiatisé, l'objectif pour l'hôpital est, dans un premier temps, d'informer le public. L'établissement doit ensuite "démêler" une situation difficile, qui peut être génératrice de litiges.

L'effort portera sur la clarté des messages, exercice indispensable en médecine afin d'éviter tout "jargon" incompréhensible pour les non-experts. Le porte-parole, dans un souci de pédagogie et surtout s'il est médecin, peut être tenté de livrer des détails techniques compliqués, des explications "scientifiques" pointues. C'est là un écueil à éviter absolument : en effet, ces explications, censées éclairer le débat, ne seront généralement pas comprises par le grand public. Quant aux journalistes, ils risquent de les retranscrire de façon erronée, ou de les diffuser hors de leur contexte.

Il est donc préférable d'utiliser des mots du langage courant, tout en veillant toutefois à ce qu'ils soient fidèles au message que l'on souhaite faire passer. L'usage d'un vocabulaire simple ne nuit pas au professionnalisme.

Cette volonté de simplicité, alliée aux contraintes de temps des médias, requiert, en cas d'interview de commenter par délivrer la réponse, puis de développer une brève argumentation. En effet, les journaux radio ou TV ne reprennent que quelques secondes extraites du message,. Il est donc primordial d'être le plus concis possible.

Un impératif : ne pas prendre parti sur la responsabilité !

En cas d'accident médical, il est évidemment essentiel de manifester intérêt et compassion pour la victime et son entourage. Outre le fait qu'il s'agit avant tout d'une réaction humaine, c'est aussi une marque de respect pour le patient et ses proches.

Si des dysfonctionnements sont avérés, il n'est évidemment pas question de les nier ou de les minimiser. Ce serait à la fois inutile et contre-productif en termes de communication.

Mais il faut bien distinguer les notions d'erreur, de dysfonctionnement, de manquement, et celle de responsabilité, cette dernière étant une notion purement juridique, son appréciation sera laissée aux juristes et aux magistrats. La correspondance entre toutes ces notions est loin d'être évidente. Ainsi il serait hasardeux d'invoquer une responsabilité de l'établissement au stade de la communication de crise qui intervient dans l'instantanéité. En effet, quand l'accident vient de se produire, on ne dispose pas de tous les éléments qui permettraient de se prononcer sur les éventuelles responsabilités ; il est donc prématuré d'en faire état.

De plus, si l'établissement vient à reconnaître sa responsabilité dans le cadre de sa communication de crise, le public ne retiendra que cette révélation. Par la suite, si la procédure pénale ou administrative aboutit à la mise hors de cause de l'établissement, il en résultera un sentiment d'injustice et une certaine suspicion...

La communication de crise est donc un art subtil qui allie information, concision et rapidité, dans le respect du secret médical. Un exercice bien difficile, mais indispensable pour préserver et améliorer l'image de l'hôpital.

Stéphanie TAMBURINI, juriste
Le Sou Médical – Groupe MACSF





On peut être
 professionnel de la santé
 et avoir besoin d'un
diagnostic personnalisé
 à chaque instant de sa vie.

**Mutuelle, assurance,
 épargne, financement...**

à la MACSF, les services pour votre vie privée
 sont aussi efficaces que ceux que nous
 vous proposons pour votre vie professionnelle.

www.macsf.fr

☎ 3233* ou 01 71 14 32 33

*Pris d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.



Notre vocation, c'est vous.

Mutuelle Assurance Epargne Financement

Communication de crise, moment de vérité !

La Conférence des directeurs généraux de CHRU a confié à sa commission "communication" présidée par Patrick Guillot, directeur général des HUS de Strasbourg, l'élaboration d'un guide pratique pour permettre aux dirigeants des établissements de soins et médico-sociaux ainsi qu'aux responsables hospitalo-universitaires d'appréhender et de gérer au mieux les situations de crise dans leurs établissements.

Marie-Georges Fayn, conseil en communication pour la conférence des directeurs généraux de CHRU (resocho@club-internet.fr), et Stéphan Maret, ancien journaliste, directeur délégué à la communication du CHU de Poitiers (s.maret@chu-poitiers.fr), se sont appuyés sur leurs pratiques et celles des membres de la commission.

Ils proposent de partager ces expériences, les méthodologies appliquées et les évaluations ainsi qu'une synthèse des fiches réflexes collectées.

Ils insistent aussi sur la nécessité de s'approprier ces conseils et de prolonger la démarche par le biais d'actions de formation.

Nous espérons que ce travail contribuera à une meilleure maîtrise de la communication en ces instants cruciaux où l'hôpital risque le pacte de confiance qui le lie à la société.

Paul CASTEL

*Président de la Conférence des directeurs généraux
de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires*

