



---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2015-2016**

**La transposition du retour d'expérience au**  
**sein des établissements de santé de**  
**référence : apports et limites d'un outil de**  
**management du risque épidémique et**  
**biologique**

---

Charlotte Glémarec



---

# Remerciements

---

**Je tiens tout d'abord à remercier mes maîtres de stage, le Professeur Catherine Leport et le Professeur Jérôme Salomon pour leur disponibilité, leur suivi et leurs conseils.**

**Je souhaite également remercier Christophe Van Der Linde pour ses conseils et Arnaud Campéon, directeur du master PPASP, pour son écoute, sa disponibilité et sa bienveillance.**

**Je remercie mes proches pour leur soutien permanent.**

**Je voudrais enfin remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien pour leur accueil et leur disponibilité :**

**Pascale Bellin, Gisèle Bendjelloul, Hervé Blanchard, Florence Bonnet, Philippe Brouqui, Murielle Charmot, Hélène Coignard, Valérie Denux, Magali Deschouvert, Agnès Ducret, Pierre Frange, Samuel Galtié, François Goehringer, Bruno Grandbastien, Benoît Guery, Yves Hansmann, Céline Heitz, Céline Hernandez, Martine Jarry, Stéphane Jaureguiberry, Thierry Lavigne, Isabelle Legras, Isabelle Le Guinche, Isabelle Le-Ny, Jean-Christophe Lucet, Matthieu Million, Elodie Miranda, Jade Pautrat, Thomas Perpoint, Christian Rabaud, Christophe Rapp, Anne Rappaport, Laurence Rol, Jean-Yves Siriez, Philippe Vandewoestyne, Benoît Vivien et Yazdan Yazdanpanah.**



---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>I- Le retour d'expérience au sein des ESR : une pratique managériale au service de la qualité du parcours du patient REB</b> .....	11
<i>A - Un outil de décloisonnement entre des professionnels multiples</i> .....	11
a) La prise en charge d'un patient REB : interdépendance et coordination pluridisciplinaires	12
b) Une collaboration à géométrie variable selon les spécialités .....	15
c) Le retour d'expérience : un vecteur de transversalité au service de la fluidité du parcours patient	24
<i>B- Un outil de formation professionnelle au service de l'anticipation et de la gestion du REB</i> .....	27
a) Un levier de perfectionnement des équipes.....	28
b) Un outil au service de la fiabilité technique .....	31
c) Un vecteur de sécurité organisationnelle .....	33
<b>II- La pratique du retour d'expérience par les professionnels des ESR : les limites d'une appropriation contrastée</b> .....	36
<i>A- La pratique du retour d'expérience dans les ESR : une pérennisation limitée</i> .....	36
a) Le retour d'expérience au sein d'organisations à flux tendu.....	36
b) Quelle place en période inter-crise ?.....	39
c) La mise en œuvre et la valorisation du retour d'expérience.....	43
<i>B- Le retour d'expérience : un outil de capitalisation inter-organisationnelle ?</i> .....	46
a) Un outil au service d'une mutualisation inter-ESR ?.....	46
b) Un outil d'animation zonale.....	50
c) Un outil d'intégration de toutes les interfaces ?.....	59
<b>III- Le retour d'expérience et la gestion des risques : quelques pistes pour renforcer la capacité de préparation et de réponse des ESR</b> .....	64
A- Proposition d'une méthodologie de retour d'expérience adaptée aux ESR .....	64
a) Les critères de qualité du retour d'expérience selon les professionnels de santé .....	64
b) Quelques pistes méthodologiques .....	69
<i>B- Consolider la préparation des ESR au REB : vers une nouvelle stratégie nationale ?</i> .....	77
a) La question du nombre d'ESR : une nouvelle organisation territoriale ? .....	77

- b) La nécessité d'un rapprochement entre les hôpitaux civils et les hôpitaux d'instruction des armées  
81

<b>Conclusion</b> .....	87
<b>Bibliographie</b> .....	91
<b>Liste des annexes</b> .....	I
<b>Annexe 1 : Liste des entretiens</b> .....	II
<b>Annexe 2 : Grille d'entretien</b> .....	III
<b>Annexe 3 : Le parcours d'un patient REB</b> .....	VII

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AFGSU** : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CESU** : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

**CNR** : Centre National de Référence

**DASRI** : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

**EOH** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène

**EPI** : Equipement de Protection Individuel

**ES** : Etablissement de Santé (non habilité)

**ESR** : Etablissement de Santé de Référence

**HIA** : Hôpital d'Instruction des Armées

**InVS** : Institut National de Veille Sanitaire

**NRBC-E** : Nucléaire Radiologique Biologique Chimique – Explosif

**ORSAN** : Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles

**PCR** : Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)

**REB** : Risque Epidémique et Biologique

**RETEX** ou **REX** : Retour d'expérience

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours

**SMIT** : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

**SRAS** : Symptôme Respiratoire Aigu Sévère

**SSA** : Service de Santé des Armées

**SSE** : Situation Sanitaire Exceptionnelle





## **Introduction**

### ***A- Choix du sujet et contexte :***

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre d'un stage de Master 2 au sein du réseau de Coordination Opérationnelle du Risque Epidémique et Biologique (COREB). Créé suite aux alertes Charbon en 2001 et SRAS<sup>1</sup> en 2003, ce réseau a pour objectif de renforcer les liens de coopération et de partager les bonnes pratiques entre les professionnels de santé des établissements de santé de référence (ESR). Ces établissements, mentionnés à l'article L. 3110-9 du Code de la santé publique, constituent des centres d'expertise en matière de gestion et de préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Ils disposent en effet des capacités humaines et techniques adaptées pour faire face à différents risques sanitaires (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014, p. 15). Répartis sur les sept zones de défense métropolitaines et sur trois départements d'Outre-Mer, ces établissements représentent un maillon essentiel du plan ORSAN (Organisation de la Réponse du Système de Santé aux situations sanitaires exceptionnelles) pour faire face à l'ensemble des risques NRBC-E (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique, Explosif). Le réseau COREB se concentre sur le risque biologique aussi appelé risque épidémique et biologique (REB). Cette appellation englobe des « pathologies hautement contagieuses et/ou graves (...) ou liées à des agents du bioterrorisme à potentiel épidémique » (ibid., p. 25).

L'ambition du réseau COREB est de renforcer la préparation des professionnels des ESR à ce risque. La multiplication des alertes REB interroge en effet la capacité de ces derniers à faire face à la prise en charge d'un patient potentiellement atteint par une maladie hautement contagieuse. Ce type de prise en charge peut engendrer certains dysfonctionnements relatifs à l'organisation des ESR face au REB. Le classement des cas, les conditions de transport des patients suspects, l'inadéquation entre les procédures officielles et la réalité constituent, entre autres, des failles dans la réponse apportée au REB. Il convient alors d'explorer des pistes permettant de renforcer l'opérationnalité des professionnels en cas d'exposition à ce risque. La formation des professionnels de santé au REB fait l'objet d'une réflexion majeure au sein du réseau COREB. Ce dernier s'attache en effet à impulser une dynamique de partage entre les ESR afin de mutualiser les

---

<sup>1</sup> SRAS : Syndrome Respiratoire Sévère Aigu

expériences et de diffuser les bonnes pratiques éprouvées par ces centres d'expertise. Le réseau promeut le développement d'une expertise collective entre les ESR afin de consolider la préparation des professionnels de santé au REB.

C'est dans le cadre de cette réflexion que ma mission de stage a été définie. J'ai en effet été chargée d'étudier une pratique managériale au service de la gestion des risques : le retour d'expérience aussi appelé RETEX ou REX. Le retour d'expérience est l'objectif premier d'un exercice de mise en situation des professionnels en cas de SSE. Il permet notamment de mesurer *a posteriori* les écarts entre les objectifs fixés au préalable et ceux réalisés pendant l'exercice. Il a donc vocation à restituer les failles d'un protocole ou les faiblesses d'un dispositif. On peut définir le retour d'expérience comme l'analyse de la gestion d'un événement réel ou fictif ayant pour objectif de « tirer les enseignements positifs et négatifs de l'évènement dans une perspective de prévention des risques et d'amélioration des réponses » (Direction Générale de la Santé, 2007, p. 4). Cette pratique constitue ainsi un outil correctif ou d'amélioration continue des entraînements proposés aux professionnels de santé. Il pourrait donc représenter une plus-value managériale et répondre aux besoins des ESR en termes de « capitalisation des expériences individuelles en expérience collective » (*op. cit.*). Dans ces conditions, on peut se demander dans quelle mesure le retour d'expérience pourrait compléter le dispositif actuel de formation professionnelle au REB. Actuellement, une formation est proposée aux professionnels de santé pour faire face à des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Il s'agit de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU). Il existe également une AFGSU spécialisée pour former de façon plus spécifique les professionnels aux risques NRBC-E (Direction Générale de la Santé, 2014). Cette dernière est dispensée par des formateurs SSE en collaboration avec les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU). Toutefois, il n'existe pas de formation spécifique au REB visant à améliorer un point critique de sa gestion : la prise en charge des patients. On peut alors se demander comment, dans le panorama actuel des formations proposées, le retour d'expérience pourrait contribuer à améliorer la préparation des professionnels de santé au REB.

Initiée par le secteur de l'aéronautique à la fin de la Première Guerre mondiale puis successivement développée par les professionnels des armées et du nucléaire (Garbolino et Wassenhove, 2009, p.8), cette méthode de gestion des risques pourrait permettre aux professionnels des ESR de mieux appréhender les failles du circuit de prise en charge d'un patient REB et de formuler des réponses adaptées à ce type d'alerte. La pratique du retour d'expérience reste toutefois limitée au sein des hôpitaux : « à l'inverse de certains secteurs de l'activité socio-économique, tels que l'industrie ou les transports, le milieu des soins ne

s'appuie encore que très peu sur le retour d'expériences pour concevoir et gérer la sécurité de ses activités » ( PNSP, 2013, p. 15). Une question se pose alors : la transposition de cette pratique est-elle possible au sein des ESR ?

## **B- Problématisation**

### ***1) Cheminement et cadrage théorique***

Cette question soulève la problématique de la pertinence du retour d'expérience au sein de l'organisation hospitalière. Si le retour d'expérience semble connaître une intégration pérenne dans les secteurs évoqués plus haut, il n'en est pas nécessairement de même au sein des ESR. On peut alors se demander si l'hôpital constitue un terrain de transposition favorable au retour d'expérience. La notion de transposition interroge la capacité d'une pratique à s'ancrer dans un contexte nouveau en s'adaptant aux spécificités et aux contraintes de ce nouveau terrain. Le retour d'expérience ne peut pas faire l'objet d'une transposition immédiate. L'intégration de cette pratique à l'organisation hospitalière est un processus qui s'inscrit sur le long terme et qui exige des ajustements et des compromis de la part de professionnels peu familiers de cette démarche. En effet, le retour d'expérience ne se réduit pas à un outil méthodologique mais constitue « un construit social » (Mbaye, 2008, p. 17). Une transposition réussie exige alors d'adapter cette pratique aux exigences et aux contraintes qui pèsent sur les professionnels des ESR. L'enracinement du retour d'expérience au sein de ces organisations implique avant tout de répondre aux besoins de ces derniers. Ce constat amène à formuler la question suivante : en quoi le retour d'expérience répond-il à un besoin des professionnels des ESR ? Cette réflexion amène à distinguer plusieurs objectifs auxquels nous tenterons de répondre tout au long de ce travail :

- 1) Déterminer quelles sont les attentes des professionnels de santé vis-à-vis du retour d'expérience.
- 2) Déterminer quels sont les obstacles qui entravent l'appropriation du retour d'expérience par les professionnels de santé.
- 3) Identifier les bénéfices potentiels du retour d'expérience pour des professionnels confrontés au REB.

- 4) S'inspirer des retours d'expérience organisés dans d'autres champs de l'action publique et préciser comment adapter ces méthodes aux ESR.

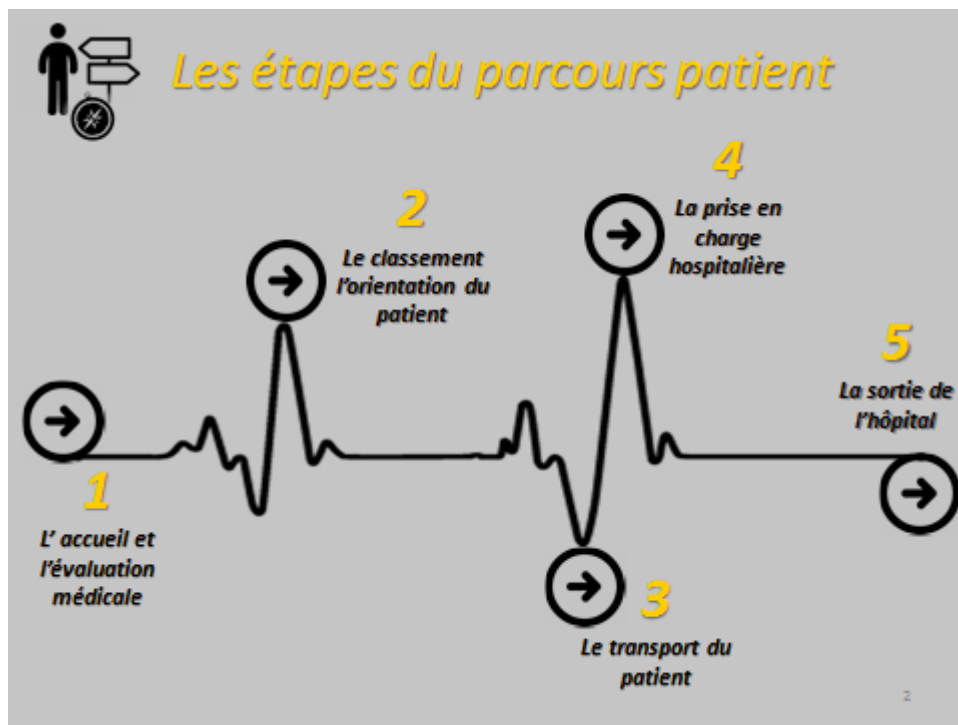
Ces questions concourent finalement à formuler la problématique suivante :

**Dans quelle mesure l'appropriation du retour d'expérience par les professionnels des ESR permet-elle de renforcer la préparation et la réponse au REB ?**

Cette problématique suppose de mobiliser et d'articuler différentes références théoriques qui viendront alimenter la réflexion tout au long de ce travail. Ce dernier s'appuie largement sur la littérature consacrée au retour d'expérience dans d'autres champs d'application que celui de la santé. Dans une perspective comparative, il était en effet pertinent de s'intéresser aux processus d'intégration du retour d'expérience à l'œuvre dans d'autres secteurs. Ce mémoire accorde également une place importante aux guides méthodologiques consacrés au retour d'expérience. Ces lectures permettront ainsi d'interroger le hiatus qui peut exister entre des préconisations théoriques et leur traduction concrète sur le terrain. Enfin, la littérature sur la coordination professionnelle au sein des organisations hospitalières a été mobilisée afin de questionner la transposition du retour d'expérience dans un univers hospitalier caractérisé par des cloisonnements. Cet angle d'analyse permettra d'envisager le retour d'expérience comme un outil de coordination entre des professionnels multiples.

## **2) Méthodologie de l'enquête**

Ces différents questionnements supposaient de rencontrer différents acteurs. Il semblait alors pertinent de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de professionnels concernés par la problématique du REB. Il convenait alors de définir, au préalable, le périmètre du terrain de l'enquête. Pour ce faire, il était judicieux de partir du parcours d'un patient REB pour identifier les acteurs à intégrer dans cette étude. Ce parcours se décline en plusieurs étapes comme l'illustre le schéma ci-dessous :



Derrière ces différentes étapes, se cache une multiplicité d'acteurs. La prise en charge d'un patient REB exige en effet l'intervention d'une pluralité de professionnels appartenant à des organisations multiples. Le schéma du parcours patient présenté ci-dessous illustre la diversité de ces intervenants :



Face à l'étendue du périmètre des acteurs impliqués dans la prise en charge, il convenait d'opérer un choix quant à l'échantillon des personnes à interroger. Il aurait en effet été trop ambitieux de viser une représentation exhaustive de l'intégralité des acteurs identifiés dans le parcours patient. Un tel objectif aurait exigé de mener un grand nombre d'entretiens ce qui posait un problème de faisabilité dans le cadre d'un stage de six mois.

Il semblait alors judicieux de se concentrer sur les professionnels des ESR. En effet, ces établissements constituent les centres d'expertise habilités à prendre en charge ce type de patient. Dès lors, les ESR s'avèrent être un terrain privilégié pour :

- 1) Rencontrer des professionnels ayant vécu une prise en charge REB. Il semblait en effet judicieux de rencontrer des professionnels ayant été directement confrontés à une alerte REB pour recueillir leur analyse de cette expérience.
- 2) Les interroger sur leurs perceptions des avantages et des limites de la pratique du retour d'expérience. Ces professionnels représentent de nouveau des interlocuteurs privilégiés pour explorer cette question dans la mesure où ils ont pu être amenés à participer à un retour d'expérience suite à une prise en charge REB ou dans le cadre d'un exercice grandeur nature organisé par l'ESR.
- 3) Examiner les relations que les professionnels des ESR entretiennent avec les autres partenaires de la prise en charge du patient. L'ESR se situe en effet au cœur du parcours patient et représente donc une interface où se créent de multiples interactions. Ce terrain d'enquête est ainsi propice pour interroger le rôle du retour d'expérience comme outil de coordination et d'animation zonale.

A ce stade, cependant, l'échantillon des acteurs à interroger n'était pas encore stabilisé. Restreindre ce travail de recherche à l'échelle de l'ESR ne permettait pas encore d'obtenir un échantillon réaliste. Il était donc nécessaire d'opérer de nouveaux choix.

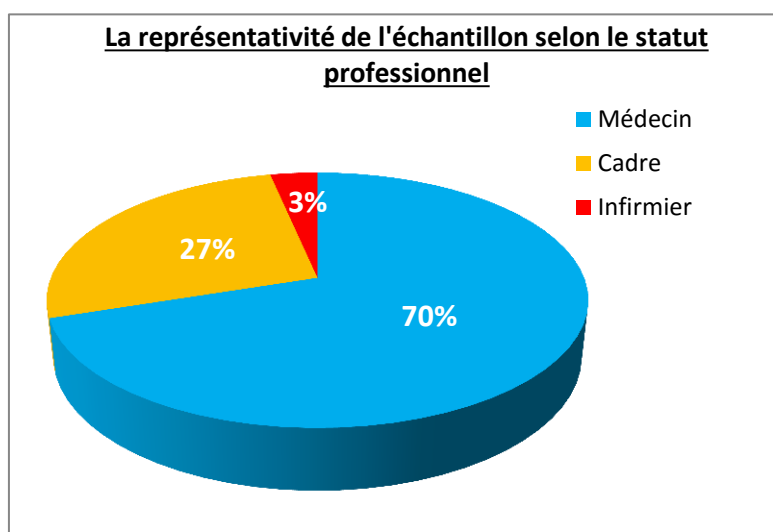
D'une part, pour des questions de faisabilité, le champ des acteurs a été réduit aux ESR de France métropolitaine. Il aurait été très enrichissant d'inclure les trois ESR d'Outre-Mer dans l'échantillon, notamment pour comprendre les contraintes qui pèsent sur des établissements isolés géographiquement. Toutefois, les entretiens « face à face » ayant été privilégiés méthodologiquement, il n'était pas envisageable pour des raisons pratiques de réaliser des déplacements en Outre-Mer.

D'autre part, l'ESR regroupe une multiplicité de professionnels susceptibles d'être impliqués dans la prise en charge d'un patient REB. Il était donc nécessaire de mieux délimiter le périmètre des professionnels interrogés. La sélection de l'échantillon avait vocation à respecter deux critères :

- 1) La pluri-professionnalité des acteurs interrogés : il est essentiel d'inclure tous les niveaux hiérarchiques afin d'obtenir une représentativité des différents statuts professionnels.

2) L'interdisciplinarité : la prise en charge d'un patient REB ne repose pas sur la seule expertise du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT). Il convient donc d'intégrer différentes spécialités à l'étude pour diversifier les points de vue.

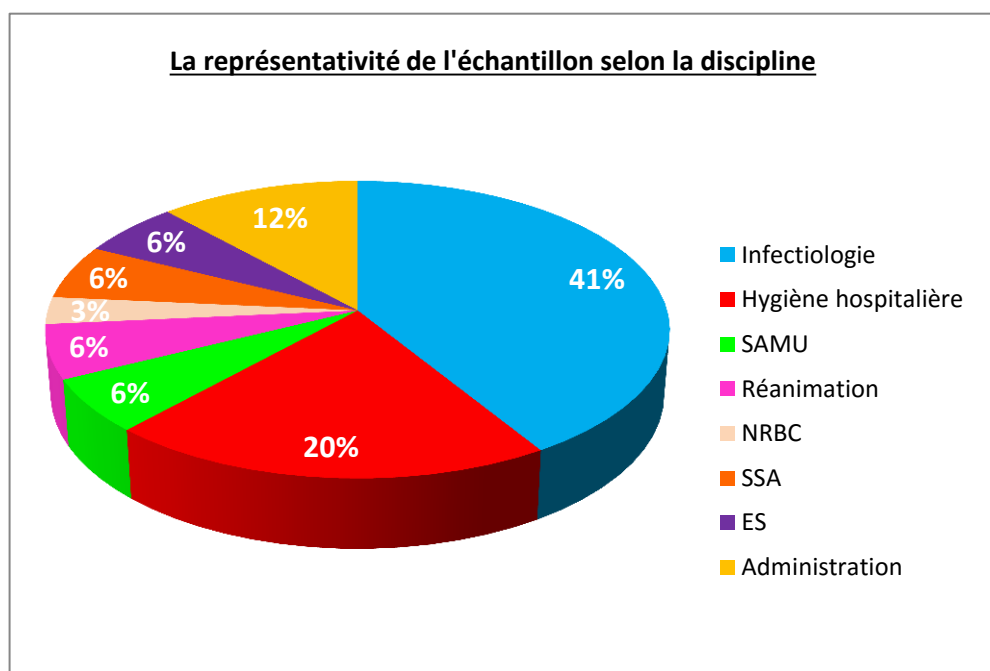
Finalement, 34 entretiens ont été réalisés dans 10 ESR de France métropolitaine. L'objectif de pluri-professionnalité n'a été que partiellement atteint dans la mesure où l'échantillon se caractérise par une surreprésentation du corps médical. En effet, 70% des entretiens ont été menés auprès de médecins.



Concernant l'interdisciplinarité, l'échantillon respecte davantage cet objectif même si 41% des entretiens ont été menés auprès de médecins ou de cadres de SMIT. On constate par ailleurs que les professionnels des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) sont représentés. Il était essentiel que les professionnels de l'EOH contribuent à ce travail de recherche pour apporter une vision transversale et interdisciplinaire. Ces derniers ont en effet joué un rôle crucial en termes de formation professionnelle au REB et ont une vision intégrée du circuit de prise en charge. Il était également nécessaire de donner la parole aux directeurs ou responsables de la gestion des risques (12% des acteurs interrogés) qui proposent une analyse à l'échelle de l'organisation hospitalière. Ce travail de recherche s'appuie également sur l'analyse de médecins du Services de Santé des Armées qui ont une expertise certaine en matière de retour d'expérience. De plus, ce mémoire donnera ponctuellement la parole aux professionnels d'un ES afin de changer de perspective et d'enrichir la réflexion. Cet échantillon présente toutefois une limite importante : les



professionnels des SAMU et des cellules NRBC-E sont sous-représentés comme l'illustre le diagramme suivant.



Enfin, il convient de préciser que les entretiens semi-directifs ont été privilégiés. Ces entretiens s'appuyaient sur une grille (Annexe 2) conçue au préalable et structurée autour de 4 grands items : 1) l'expérience d'une prise en charge REB 2) la formation au REB 3) la pratique du retour d'expérience 4) l'ESR et l'animation zonale. Ces quatre rubriques permettaient d'interroger l'appropriation du retour d'expérience par les professionnels des ESR ainsi que l'articulation entre cet outil de management et deux problématiques : la formation professionnelle au REB et l'animation zonale. La grande majorité des entretiens ont été réalisés « en face à face », enregistrés et retranscrits en intégralité afin de respecter au mieux la fidélité des propos des acteurs interrogés. Tout au long de ce mémoire, des extraits anonymisés de ces entretiens viendront illustrer et nourrir la réflexion.

### 3) *Annonce du plan*

Ce mémoire se décline entre trois grandes parties. Dans un premier temps, nous essaierons de comprendre comment le retour d'expérience peut représenter une pratique managériale au service de la qualité du parcours patient. Dans une deuxième partie, nous verrons que malgré ses avantages, le retour d'expérience fait l'objet d'une appropriation limitée dans des organisations à flux tendus. Enfin, nous essaierons de comprendre dans quelle mesure cette pratique peut participer à consolider la réponse formulée contre le REB.

## **I- Le retour d'expérience au sein des ESR : une pratique managériale au service de la qualité du parcours du patient REB**

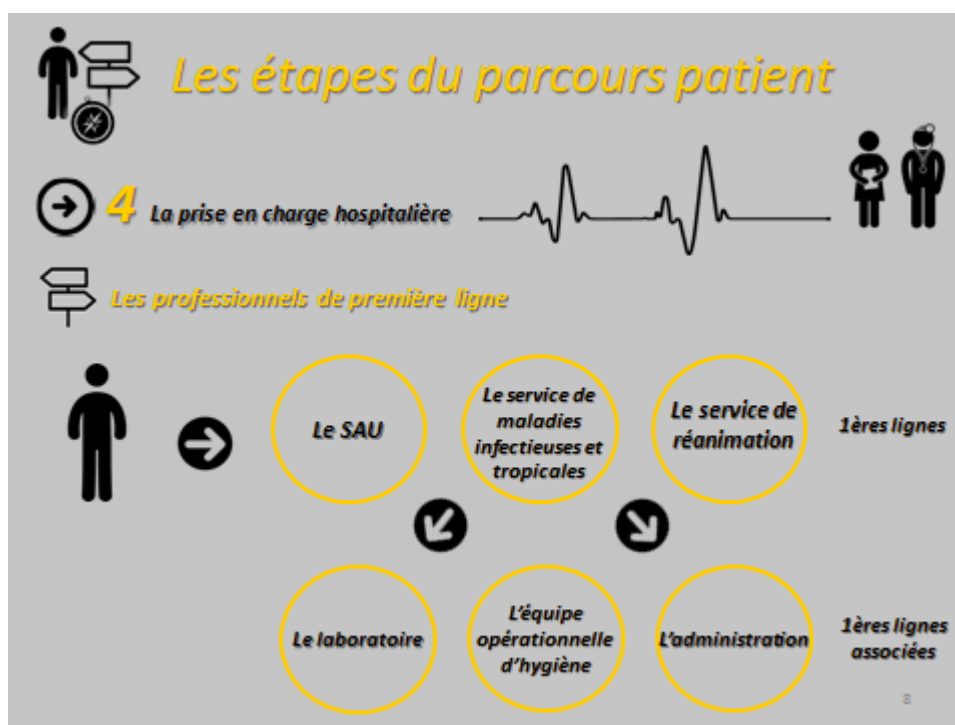
D'après l'article L. 3110-9 du Code de la santé publique, relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles, l'ESR de chaque zone de défense est censé « assurer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients ». Derrière cette formulation simple et concise se cachent des enjeux organisationnels complexes. En effet, l'organisation du diagnostic et de la prise en charge, qu'il s'agisse d'un patient suspect REB, d'un cas possible ou avéré, exige des ESR de conjuguer une mobilisation individuelle et collective soutenue. Ce type de prise en charge suppose ainsi de fédérer de multiples acteurs autour d'un objectif commun : la qualité de la prise en charge du patient. La mobilisation des différents partenaires de la prise en charge n'est toutefois pas spontanée. La pratique du retour d'expérience peut alors contribuer à stimuler la coopération de ces derniers. Cette démarche réflexive permet en effet « d'éviter le cloisonnement des connaissances internes » à chaque service (Garbolino et Wassenhove, 2009, p.10) et de favoriser ainsi la continuité de l'expertise. L'objectif de cette première partie est alors d'explorer les différentes potentialités du retour d'expérience à l'échelle de l'ESR. Dans un premier temps, nous essaierons de déterminer dans quelle mesure cette pratique managériale peut faciliter une coordination multisectorielle entre des mondes professionnels parfois hermétiques. Dans un deuxième temps, nous interrogerons le rôle du retour d'expérience en tant qu'outil de formation professionnelle permettant de renforcer la capacité de préparation et de réponse des ESR.

### ***A - Un outil de décloisonnement entre des professionnels multiples***

Le parcours d'un patient REB implique la coordination de multiples professionnels et de différentes disciplines. Il convient alors d'analyser la contribution de ces différents partenaires et d'identifier les entraves interdisciplinaires qui enrayent la fluidité de la prise en charge. En effet, la coordination pluri-professionnelle et pluridisciplinaire ne va pas de soi et l'on peut se demander dans quelle mesure le retour d'expérience peut être un outil de transversalité permettant de fédérer les différents partenaires de la prise en charge.

### a) La prise en charge d'un patient REB : interdépendance et coordination pluridisciplinaires

La prise en charge d'un patient REB au sein d'un ESR n'échappe pas à l'impératif d'une coordination accrue de différents professionnels afin d'assurer la fluidité et la sécurité du parcours de soins. En effet, si les professionnels du service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) apparaissent comme les interlocuteurs privilégiés en termes d'expertise, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique, la contribution d'autres disciplines est indispensable à la prise en charge optimale du patient au sein de l'hôpital. Cette prise en charge hospitalière suppose, en amont comme en aval, l'intervention d'acteurs multiples comme l'illustre le schéma suivant extrait du « Parcours du patient REB » présenté en intégralité dans l'Annexe 3 :



Ce premier panorama des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient souligne la multiplicité des partenaires et invite à formuler un premier constat : la prise en charge d'un patient REB ne peut se réduire à l'intervention d'une spécialité, en l'occurrence l'infectiologie. Les infectiologues ne peuvent agir seuls et sont dépendants de la contribution d'autres spécialités. Tout d'abord, ils sont amenés à interagir avec deux autres services. D'une part, avec le service d'accueil d'urgence (SAU) en cas de

présentation spontanée du patient à l'hôpital. D'autre part, avec la réanimation selon l'état de gravité du patient. Ce premier trio forme les professionnels de santé de première ligne qui dispensent des soins directement au patient.

Dans un deuxième temps, des premières lignes associées interviennent. Parmi elles, l'équipe opérationnelle d'hygiène joue un rôle majeur quant à l'élaboration des mesures de protection à adopter pour limiter les risques de contamination des professionnels et des autres patients. De plus, la prise en charge du patient peut impliquer la contribution du laboratoire chargé d'analyser les prélèvements réalisés par le SMIT. La prise en charge d'un patient REB ne repose donc pas sur l'expertise d'une seule spécialité mais nécessite une articulation inter-service. Comme le résume un médecin hygiéniste : « *il y a un service d'urgence, de réanimation, de maladies infectieuses, des laboratoires et donc il faut que tout ce petit monde-là fonctionne ensemble* ». Ces propos illustrent un basculement majeur au sein des hôpitaux : le passage d'une logique de spécialisation à une logique de transversalité. En effet, « *là où la spécialisation était une des références majeures à la qualification des métiers hospitaliers, l'exigence de coopération a pris le pas* » (Dumas *et al.*, 2016, p. 48).

Enfin, le périmètre des acteurs impliqués s'étend au-delà des différentes équipes médicales et para-médicales. L'infectiologue doit en effet alerter l'administration lorsque ce type de patient est pris en charge. L'administrateur de garde assure alors un rôle de coordination et se situe au croisement de plusieurs interfaces. Il peut ainsi favoriser « *l'articulation entre les logiques d'action* » (Havard, 2015, p. 91) propres à chaque intervenant. Une gestionnaire de crises insiste sur la capacité de l'administrateur de garde à renforcer la cohérence globale de la prise en charge : « *le service de soins est tellement mobilisé à juste titre sur la mission de soin qu'il faut absolument le libérer de tout ce qui est information du siège, le lien avec les autorités administratives, le matériel. Il y a une partie de l'activité qui doit être déléguée à d'autres et quand je dis à d'autres c'est l'administrateur de garde ou des personnes référentes. Par exemple, je suis allée avec l'administrateur de garde chercher du matériel en plus dont le service de soins avait besoin et tout ça se sont des choses dont le service de soins doit absolument être libéré* ». La qualité de la prise en charge du patient REB serait donc avant tout tributaire « *d'une organisation collective qui consiste à juxtaposer et coordonner de multiples actes entre de nombreux acteurs aux aptitudes variées* » (Haberey-Knuessi *et al.*, 2013, p. 10). Le défi d'une coordination pluri-professionnelle et pluridisciplinaire est d'autant plus prégnant que le périmètre des partenaires de la prise en charge d'un patient REB continue de s'agrandir.

Le service de sécurité apparaît également comme un maillon essentiel de la prise en charge. Une cadre de santé d'un SMIT rappelle que la sécurisation du parcours patient dépend aussi de la contribution du service de sécurité : « *Dans notre circuit, les patients arrivent par le rez-de-chaussée, passent par l'hôpital de jour donc on ferme la circulation de l'hôpital de jour enfin tout dépend de l'heure à laquelle arrive le patient mais du coup on est obligé de fermer la circulation et ça veut dire que le service de sécurité fait en sorte que les patients de l'hôpital de jour ne circulent pas pendant le passage du brancard du patient possible (...)* ».

De plus, la contribution des services logistiques à la prise en charge illustre également l'impératif d'une « coopération transversale » (Krief, 2012, p. 56) entre différents corps de métier. Comme l'indique un directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, la gestion logistique est essentielle à la fluidité du parcours patient : « *Il y a un aspect logistique très important dans ce type de prise en charge (...) j'insiste sur ce point c'est vraiment le pluri-professionnel qui permet de travailler sur ce type de prise en charge. On le voit bien dans l'hôpital on est sur l'essence même de nombreux métiers qui doivent travailler ensemble pour une prise en charge et dès qu'il y a un maillon qui ne fonctionne pas, comme le circuit des déchets<sup>2</sup> à l'hôpital qui est un sujet stratégique, si le circuit des déchets ne fonctionne pas ça ne fonctionne* ». Au-delà de la nécessité d'une gestion logistique rigoureuse, cet extrait met ici en évidence la notion d'interdépendance. On peut en effet analyser la prise en charge d'un patient REB comme une chaîne d'actions reliées les unes aux autres. Dans ces conditions, « l'interdépendance des tâches induit la dépendance des membres » (Dumas, M, *art. cit.* p. 49). Le défi d'une prise en charge cohérente réside finalement dans la gestion de cette dépendance mutuelle entre des professionnels multiples.

La gestion de cette dépendance réciproque repose sur une communication efficace entre les différents partenaires. Une gestionnaire de crises rappelle le rôle central que joue la communication en termes de cohérence et de synchronisation des différents temps de la prise en charge : « *On a parlé du transfert du patient dans le sens où il y a la notion d'hygiène tout au long du parcours (...) il y avait l'importance de communiquer, de s'assurer de la répartition des tâches, l'importance pour tous les professionnels de savoir ce qu'ils devaient faire et à quel moment parce qu'il y a toute une zone d'hygiène à avoir*

---

<sup>2</sup> Il s'agit des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Le Haut Conseil en Santé Publique dans son avis du 10 avril 2014 recommande la gestion suivante : « Les précautions dans la gestion des DASRI Ebola étant un micro-organisme de classe 4, un circuit spécifique doit être organisé pour les DASRI générés par la prise en charge d'un cas « confirmé » [9]. Les DASRI doivent ainsi être inactivés avant leur élimination (avec de l'eau de Javel) ou autoclavés. Les liquides peuvent être gélifiés avec un produit compatible avec l'eau de Javel, ou stockés dans des fûts étanches, puis éliminés selon une filière spécifique avant incinération » (p. 7).

*autour du patient donc il ne faut pas de coquille (...) ».* La fluidité et la sécurité du parcours patient impliquent donc « la synchronisation des efforts» (Krief, N, *art. cit.* p. 47) afin d'assurer « l'absence de contradictions dans l'enchaînement des activités » (Adrot et Garreau, 2010, p. 120). Une cadre hygiéniste souligne que la transmission d'une information claire n'est pas toujours optimale lors de la prise en charge d'un patient REB : « *Il y a eu aussi du transport de patient d'un service à un autre sans que les personnes qui transportent soient suffisamment informées donc au début les personnes disent 'Oui on a transporté ce patient' et les autres disent 'Il était à risque Ebola' ça fait des frayeurs qui sont énormes chez le personnel donc il y a un manque de communication* ». Ainsi, la coordination des différentes parties prenantes de la prise en charge ne va pas de soi. Elle suppose une véritable « orchestration des activités » (Godé, 2011, p. 422) inhérente à une prise en charge qui s'inscrit dans « un contexte aux interfaces multiples » (Lancini et Sampieri-Teissier, 2012, p. 21).

Etant donné la multiplicité de ces interfaces, l'échelle d'analyse pertinente pour étudier la prise en charge d'un patient REB n'est pas celle d'un service spécialisé mais bien celle de l'hôpital. Comme l'illustrent les propos d'une cadre d'un SMIT: « *C'était vraiment très intéressant de remettre les pratiques à jour, de penser le fonctionnement du service, de le mettre à l'échelle de l'hôpital, parce que finalement ce n'est pas la prise en charge d'un patient dans un service c'est vraiment la prise en charge d'un patient dans l'hôpital pour le coup* ». Dès lors, la mobilisation collective est un facteur clé pour assurer la qualité de la prise en charge. Les différents corps de métier ne doivent faire qu'un pour former une véritable équipe. Estry-Béhar et Le Nezet (2006, p. 5) indiquent en effet qu'une équipe « n'est pas un simple côtoiement hiérarchique de personnes œuvrant dans différentes disciplines pour délivrer des soins aux patients. Une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif ». Ce fonctionnement collectif peut cependant être entravé par une intégration inégale des différents partenaires de la prise en charge.

### **b) Une collaboration à géométrie variable selon les spécialités**

La coordination transversale nécessaire à la fluidité du parcours d'un patient REB peut être compromise par un obstacle majeur : le cloisonnement des différents partenaires de la prise en charge. En effet, l'organisation hospitalière se caractérise par de nombreux « cloisonnements, particularismes, spécialisations » (Dumas, M, *art. cit.* p. 48) peu propices à l'émergence d'une logique d'action collective. Christelle Havard qualifie ainsi Charlotte Glémarec *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>*

les hôpitaux d'organisations « compartimentées voire balkanisées » (*art. cit.* p. 93). Dès lors, « les stratégies catégorielles dominent les logiques d'action » (*ibid.*, p. 96) et sont renforcées par les identités professionnelles attachées à chaque discipline (*ibid.*, p. 94). Dans ces conditions, susciter une mobilisation collective cohérente au service de la qualité de la prise en charge du patient se révèle être problématique. Olivier Hassid précise en effet qu'une organisation « est un assemblage de sous-systèmes dont la cohérence d'ensemble est loin d'être évidente » (2012, p. 3). Il convient alors d'examiner les différents cloisonnements qui peuvent être à l'œuvre lors de la prise en charge d'un patient REB.

- **Gérer l'interface entre services : la difficile intégration de certaines spécialités**

Tout d'abord, la collaboration entre les infectiologues et le laboratoire de l'hôpital peut être complexe. C'est ce qu'explique un infectiologue : « *Il suffit qu'un tube arrive à un endroit où il ne devait pas arriver il y a tout le personnel du laboratoire qui se met en émoi (...) ce sont eux qui mettent le plus de bâtons dans les roues, c'est avec eux qu'on a le plus de problèmes alors que justement dans la littérature c'est pour eux qu'il y a le moins de risque. D'accord, ils ont des tubes avec du sang mais (...) nous on a un malade face à nous que l'on ne va pas laisser alors c'est facile face à un tube de dire 'Je ne m'en occupe pas je ne le technique pas' (...) donc ce n'est pas le même degré d'implication directe envers le malade ce qui fait que ça peut créer des tensions* ». Cet extrait met en évidence un « clivage inter-professionnel » (Zardet *et al.*, 2011, p. 285) entre les deux disciplines ainsi qu'une dichotomie forte entre une activité centrée sur le soin au patient et une activité davantage technique. L'identité professionnelle apparaît ici comme une frontière compromettant la transversalité entre le SMIT et les professionnels du laboratoire.

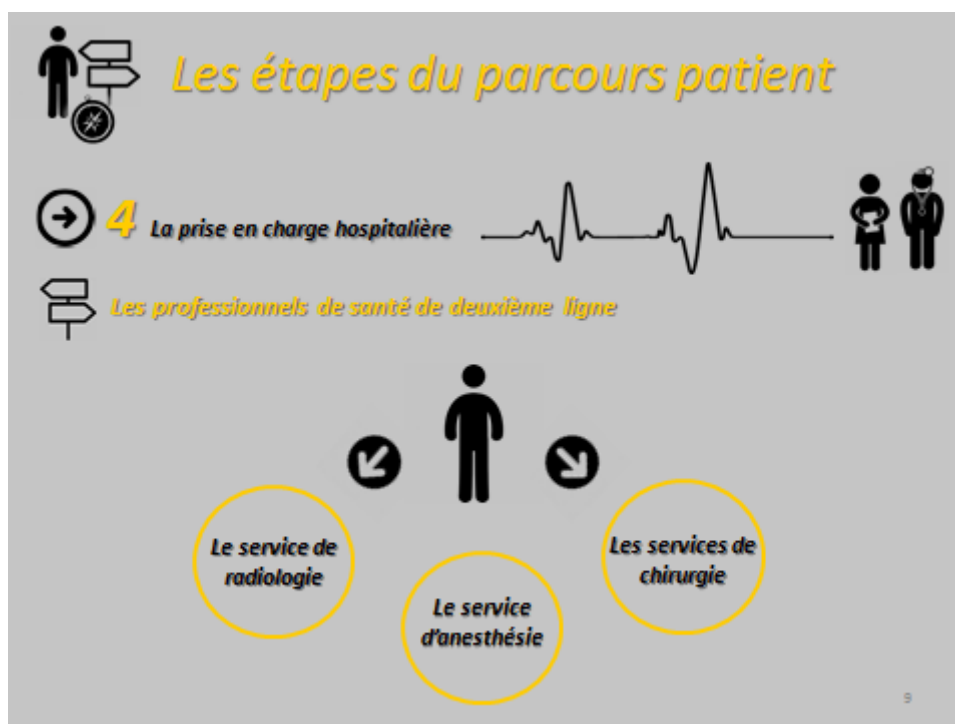




La qualité de la prise en charge du patient exige pourtant de « supplanter les intérêts particuliers catégoriels » (Krief, N, *art. cit.* p. 55) afin d'éviter une rupture du parcours de soins. Le « manque de communication interdisciplinaire » (ibid., p. 280) se fait donc avant tout au détriment du patient puisqu'il inhibe la synchronisation des différentes activités. L'infectiologue cité plus haut souligne ainsi que ce déficit de coopération interdisciplinaire a entravé la prise en charge rapide d'un patient dont l'état était pourtant sérieux : « *Je me souviens pour le patient en état de choc, dès que l'InVS nous a dit que ce n'était pas ça, immédiatement la première chose que j'ai fait c'est que j'ai fait prélever et fait partir mais sous prétexte que c'était un tube arrivé du P3<sup>3</sup> même si c'était un patient qui avait été déclassé, ça a fait l'effet d'une bombe atomique là-bas et le prélèvement a été jeté à la poubelle car ils exigeaient que je leur écrive avec signature un certificat de non contagiosité du patient alors que nous on avait un patient à huit de tension qu'on avait rempli de trois litres avant (...)* ». Cet exemple montre ainsi que la prévalence des logiques catégorielles peut prendre le pas sur la prise en charge optimale du patient et rendre les différents services « hermétiques à toute transversalité » (ibid., p. 285). Dans ces conditions, la diversité disciplinaire « au lieu d'être une source de richesses, devient alors une pierre d'achoppement qui a comme effet le cloisonnement entre les services » (Haberey-Knuessi, V, *art. cit.* p. 11).

<sup>3</sup> Un laboratoire de niveau de sécurité P3. Les ESR doivent disposer de ce type de laboratoire hautement sécurisé pour assurer les examens biologiques nécessaires à la prise en charge d'un patient REB (Haut Conseil en Santé Publique, 2014, p. 8).

Le manque de formation des différents partenaires de la prise en charge au REB vient renforcer ce cloisonnement. Ce type de prise en charge exige que les professionnels de santé maîtrisent les procédures d’habillage et de déshabillage pour se protéger contre la contamination<sup>4</sup>. Pourtant, l’implication de ces derniers aux sessions de formation est très variable selon les spécialités. Un médecin hygiéniste le confirme : « *Encore une fois, le défi c’est qu’on doit se former à la prise en charge ce qui implique forcément de former la réanimation, le service de radiologie et en particulier l’échographie donc il y a de nouveaux intervenants qui arrivent comme les réanimateurs et les anesthésistes également et dans certains centres ils travaillent ensemble ce qui était souvent le cas entre les infectiologues et les réanimateurs et donc d’emblée certains sites avaient identifié les réanimations mais dans d’autres centres ce sont des mondes séparés* ». Ces propos invitent à reconsidérer le périmètre des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge du patient REB :

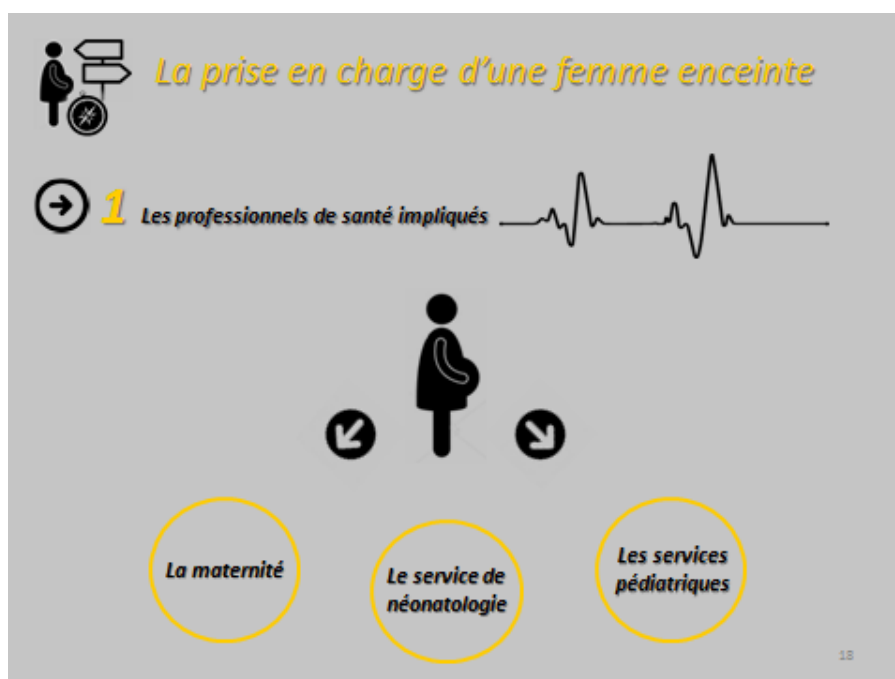


Les radiologues, les anesthésistes et les chirurgiens peuvent en effet intervenir si l'état du patient requiert leur intervention. La coordination inter-service devient ici d'autant plus problématique que ces disciplines ne sont pas familières des problématiques liées à la prise en charge d'une pathologie hautement contagieuse. Un médecin hygiéniste raconte ainsi que la collaboration des chirurgiens peut être problématique face à un patient suspect

<sup>4</sup> Le Haut Conseil en Santé Publique indique ainsi que « *Devant une pathologie très grave, émergente, sans traitement spécifique à ce jour, il est nécessaire de renforcer la protection des professionnels de santé prenant en charge les patients susceptibles d'être infectés par ces virus* » (art. cit. p. 2).

Ebola : « L'autre élément de désorganisation qu'il y a eu c'est avec l'équipe chirurgicale parce qu'au début c'était 'attention on ne peut pas l'opérer n'importe comment parce qu'il a Ebola' et on se demandait vraiment comment on allait faire correctement à l'époque parce qu'on n'était pas encore préparé sur cet aspect-là pour le prendre en charge chirurgicalement (...) et j'avais déjà négocié une place dans la réanimation médicale parce que la réanimation chirurgicale ne voulait pas enfin c'était un peu la panique à un moment donné (...) mais quand même du coup en pratique on a perdu plusieurs heures pour opérer ce jeune homme ». On constate ainsi que l'hyperspécialisation des professionnels susceptibles d'intervenir et le « caractère composite de l'institution hospitalière » (ibid., p. 10) compromettent la coordination optimale des professionnels et nuisent à la fluidité du parcours de soins.

Ce constat est d'autant plus problématique que le panorama des professionnels susceptibles d'intervenir peut s'étendre davantage selon le profil du patient. Par exemple, la prise en charge d'une femme enceinte présentant des signes compatibles avec une pathologie hautement infectieuse nécessite l'intervention de nouveaux acteurs présentés ci-dessous :



La question de la formation de ces nouveaux intervenants se pose de nouveau. D'après un infectiologue, l'intégration de la maternité à la problématique REB s'est Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

révélée difficile : « *On a eu des problématiques avec la maternité ça a été de pouvoir former des personnels qui étaient quand même très éloignés des problématiques REB. Les urgences avec le risque NRBC sont de plus en plus formées finalement à ces problématiques d'accueil et d'urgence (...). La maternité, ils n'en ont rien à faire, ils sont très étrangers de cette problématique-là donc ce n'était pas évident* ». Cet extrait met en évidence la prééminence des logiques propres à chaque discipline et la difficulté d' « assurer l'interopérabilité » (Chédotel et Krohmer, 2014, p. 19) de services rarement confrontés au REB. Les réticences des professionnels de la maternité peuvent s'expliquer par leur méconnaissance de ce type de pathologie. Cette méconnaissance et la peur de la contamination exacerbent alors une « coopération interprofessionnelle atrophiée » (Zardet, V, *art. cit.* p. 285).

On peut formuler le même constat concernant la collaboration des pédiatres. La prise en charge d'une pathologie hautement infectieuse chez un enfant impliquerait nécessairement l'expertise de ces derniers. Ceux-ci, à l'exception de l'hôpital Necker, l'unique ESR pédiatrique de France, n'ont pas toujours été intégrés à la problématique du REB. En effet, selon un infectiologue : « *En ce qui concerne le contrôle de l'infection, on est responsable des autres c'est une histoire de travail de groupe mais en France les pédiatres sont restés très autonomes par rapport à ça au moins jusqu'à Ebola parce que ça leur a fait un peu peur* ». Une nouvelle fois, il semble que la mobilisation collective nécessaire à la prise en charge d'un patient REB se heurte à la prévalence des frontières interdisciplinaires.

Il en va de même pour les professionnels censés intervenir en cas de décès du patient. Ces derniers sont présentés ci-dessous :



D'après un infectiologue, ces professionnels se sentent peu concernés par ce type de prise en charge : « *C'est pareil pour les morgues, elles devraient être équipées mais les professionnels ne prennent pas de précaution et pour faire des autopsies, les médecins légistes ne sont pas formés au REB et c'est compliqué de leur faire comprendre que le diagnostic post-mortem est très important. Il y avait eu ce cas d'une femme qui revenait de Guinée, c'était bien après la fin d'Ebola, et qui est décédée à domicile. Elle présentait un certain nombre de facteurs épidémiologiques qui pouvaient laisser penser que c'était ça donc ça aurait pu être Ebola mais personne n'a su si elle était fébrile ou pas. La question était donc de savoir s'il fallait faire une autopsie et donc dans les centres ça serait bien d'avoir des professionnels formés sur cette question* ».

La prise en charge d'un patient REB exige donc d'élargir le cercle des intervenants potentiels afin d'envisager toutes les configurations possibles de prise en charge. Ceci n'est pas sans poser problème puisque plus le périmètre s'agrandit moins les professionnels concernés sont sensibilisés à la problématique du REB. Dans ces conditions, il devient nécessaire de favoriser une meilleure « collaboration entre des mondes souvent opposés » (Haberey-Knuessi, V, *art. cit.* p. 14) afin de surmonter les « communautarismes professionnels » (Zardet, V, *art. cit.* p. 278). Ce défi est d'autant plus complexe quand il s'agit d'intégrer des acteurs extrahospitaliers.

- **Gérer l'interface avec des acteurs extérieurs : la problématique du transporteur et du centre national de référence (CNR)**

La qualité de la prise en charge d'un patient REB au sein d'un ESR peut également dépendre de la collaboration d'acteurs extérieurs à l'hôpital. C'est notamment le cas pour un patient possible ou avéré Ebola. En effet, les ESR dépendent de l'expertise du CNR de Lyon pour confirmer ou infirmer le diagnostic de cette pathologie<sup>5</sup>. Cette habilitation exclusive au CNR est contraignante dans la mesure où elle empêche l'ESR de confirmer ou de lever la suspicion rapidement. Les professionnels des ESR maîtrisent difficilement cette étape du parcours patient qui repose sur deux acteurs : le transporteur agréé chargé d'acheminer le prélèvement à Lyon et les professionnels du laboratoire du CNR. La synchronisation de l'ESR, du transporteur et du CNR est alors décisive dans la mesure où un diagnostic tardif compromet la fluidité de la prise en charge du patient. En pratique, cette synchronisation est difficile à atteindre comme l'illustrent les propos d'un médecin hygiéniste : *« Le souci qu'on peut avoir et qui peut donner un délai plus difficilement prévisible c'est le transporteur agréé et sa disponibilité. C'était la variable qui pouvait nous retarder et le fait qu'on n'ait pas de garantie sur sa disponibilité, le fait qu'on n'ait pas de service national par exemple qui nous permette un transport dans les délais et que l'on soit tributaire d'une entreprise privée agréée. On a beau pouvoir les contacter à n'importe quelle heure le véhicule adéquat avec le chauffeur habilité n'est pas forcément disponible et tout ce qui s'en suit (...) donc pour le délai on ne peut pas savoir précisément c'est de 24 heures à 48 heures pour le délai maximum et donc tout est prêt et on n'attend plus qu'eux ».*

Une incertitude forte pèse ainsi sur l'estimation du délai de confirmation ou d'infirmité du diagnostic. Cette incertitude n'est pas sans incidence sur la qualité de la prise en charge. Sans diagnostic définitif, il est difficile de dispenser les soins adéquats au patient. C'est ce qu'explique un infectiologue : *« ce qui était vraiment embêtant c'était qu'on avait un patient qui était en état de choc qu'il fallait remplir, perfuser et qu'on soignait complètement à vue, on ne savait pas ce qu'on traitait chez un patient grave pendant 24 heures jusqu'à ce qu'on ait le résultat du CNR qui nous dit ce n'est pas une fièvre hémorragique Ebola ».* L'impossibilité de maîtriser le délai du diagnostic conduit un infectiologue à remettre en cause l'habilitation exclusive accordée au CNR : *« On reste en*

---

D'après le Haut Conseil en Santé Publique : « Le diagnostic de FHV Ebola relève de l'expertise du CNR avec des techniques virologiques déployées dans un laboratoire de très haut niveau de sécurité (art. cit.p. 4). Un prélèvement sanguin sera adressé au CNR dès que la suspicion aura été classée en « cas possible » (ibid. p.8).

guerre et ce n'est pas éthique parce que la base de la gestion c'est le diagnostic rapide et si la suspicion tombe rapidement il n'y a pas de panique inutile, on n'active pas inutilement le circuit de prise en charge et on n'utilise pas le matériel mais le problème est que certains veulent garder cette suprématie et c'est inadmissible parce que par exemple (...) le délai du diagnostic (...) pour la Réunion c'est 5 jours alors qu'il est nécessaire d'avoir un diagnostic rapide d'autant que ce type de suspicion peut provoquer un désordre et une panique monstrueuse ».



La prise en charge d'un patient REB se caractérise donc par la collaboration de professionnels multiples et par la gestion d'une multitude d'interfaces. Cette collaboration peut se heurter à l'organisation segmentée et cloisonnée d'un univers hospitalier peu propice à la coordination innée des différents professionnels. Ces derniers sont pourtant impliqués dans des chaînes d'interdépendances qui déterminent la qualité de la prise en charge du patient. Dans ces conditions, la communication entre des acteurs aux compétences et aux identités diverses est essentielle. Il convient alors d'interroger le retour d'expérience en tant que « levier d'action propre à réconcilier les stratégies corporatistes des acteurs » (Krief, N, *art. cit.* p. 44).

### **c) Le retour d'expérience : un vecteur de transversalité au service de la fluidité du parcours patient**

Dans son étude sur la pratique du retour d'expérience au sein de l'équipe de haute voltige de l'armée de l'air, Cécile Godé propose une définition éclairante du retour d'expérience : « Evoquant un travail de rétrospection d'une action passée afin de concevoir l'action à venir, le retour d'expérience renvoie aux trois dimensions de communication, de socialisation et d'apprentissage » (*art. cit.* p. 417). On peut alors se demander dans quelle mesure ces trois fonctions sont à même d'introduire de la transversalité entre les partenaires de la prise en charge d'un patient REB. En d'autres termes, il s'agit ici de comprendre comment le retour d'expérience peut faciliter la coordination complexe de différents professionnels afin que « les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail » (Strauss, 1992, p. 191). Le retour d'expérience peut en effet apparaître comme un espace de discussion (Conjard et Journour, 2013, p. 86) privilégié pour activer un « travail d'articulation » (Strauss, *op. cit.*) entre des univers cloisonnés.

- **Le retour d'expérience : l'identification réciproque des partenaires**

Le retour d'expérience permet de réunir dans un même lieu une diversité de professionnels qui ne sont pas nécessairement habitués à se rassembler. La dimension pluri-professionnelle constitue une caractéristique fondamentale du retour d'expérience. Une gestionnaire de crises et du plan blanc met alors en évidence la pluralité des acteurs présents : « *On a fait beaucoup de réunions et de RETEX qui ont débouché sur des réunions de travail avec les services impactés donc c'était les services d'urgence, les maladies infectieuses, l'hygiène, par la suite la réanimation et aussi la médecine du travail très importante puisqu'il y a la prise en charge des personnels qui se sont occupés du patient* ». La réunion d'une telle diversité de professionnels n'est pas habituelle dans un contexte hospitalier marqué par des cloisonnements et des frontières interdisciplinaires fortes. La première vertu du retour d'expérience est alors de rassembler des professionnels qui ne se connaissent pas. Ce constat peut sembler anodin mais comme un cadre hygiéniste l'explique : « *il faut réunir les gens parce qu'il faut que l'on puisse identifier le groupe qui fait partie de la cellule de crise. Alors c'est facile dans un petit hôpital mais dans un grand comme nous, dès fois on ne connaît pas les interlocuteurs donc les RETEX permettent au moins de favoriser les échanges* ». Le manque de familiarité entre services constitue en effet un frein majeur à la transversalité (Estryn-Béhar et Le Nezet, 2006, p. 4).



En tant que « processus de socialisation » (Godé, C, *art. cit.* p. 417), le retour d'expérience rendrait donc possible la « réduction des distances relationnelles » (Dumas, M, *art. cit.* p. 61).

L'identification mutuelle des différentes parties prenantes de la prise en charge permet en outre de clarifier la répartition des rôles entre cette multiplicité d'acteurs. Un cadre de santé souligne en effet que « *ces réunions étaient utiles parce qu'au moins on sait qui fait quoi* ». Le retour d'expérience permet donc d'introduire de la visibilité dans un contexte aux interfaces multiples. Il constitue alors un cadre propice à la « combinaison des logiques plurielles » (Havard, C, *art. cit.* p. 119).

- **Le retour d'expérience : un outil de décloisonnement**

En effet, le retour d'expérience peut être analysé comme un « processus d'intermédiation » ou comme une « passerelle » (Godé, C, *art. cit.* p. 428) entre différents univers professionnels. Les propos du chef d'un médecin hygiéniste illustrent comment les exercices et les retours d'expérience ont permis de générer des « situations collaboratives » (Havard, C, *art. cit.* p. 120) entre services : « *Oui nous avons réalisé plusieurs exercices. Tout d'abord, un grand exercice en obstétrique avec l'arrivée d'une patiente aux urgences pédiatriques jusqu'à la césarienne donc on a fait intervenir le SAMU pour le transfert et on a gardé l'enfant en réanimation (...). Le SAMU a participé, les sages-femmes, l'équipe du bloc opératoire obstétrical et je ne dirais pas qu'on serait à l'aise si demain la cas se présentait mais cet exercice était intéressant parce qu'il a permis de faire travailler ensemble des équipes qui ne le faisaient pas forcément avant* ». On perçoit ici la « fonction intégrative » (Dumas, M, *art. cit.* p. 63) du retour d'expérience qui permet de dépasser les cloisonnements interprofessionnels et de gérer l'articulation interdisciplinaire (Havard, C, *art. cit.* p. 98). Un cadre d'un SMIT souligne également que le retour d'expérience participe d'un « management intégrateur » (Dumas, M, *art. cit.* p. 58) : « *On a travaillé aussi en partenariat avec la réanimation alors moi j'étais ravie parce que je prône le décloisonnement entre les services et ça a vraiment été l'occasion de travailler avec les services de réanimation pédiatrique et adulte qui sont venus. On a fait des échanges de pratique, ils étaient habitués à travailler d'une certaine façon donc on n'était pas là pour aller à l'encontre de ce qu'ils souhaitaient donc vraiment ça a été un éclairage mutuel, un partenariat et depuis je pense que ça a créé aussi comment dirais-je on se connaît mieux entre ces services avec des procédures et des interrogations communes* ». Le partage et l'échange de pratiques semblent ainsi constituer un terreau fertile à « l'élaboration

collective de sens » (Godé, C, *art. cit.* p. 422) dans la mesure où il « nourrit la capacité d'un collectif à produire une interprétation consensuelle d'une situation » (ibid., p. 429).

- **Le retour d'expérience : un outil de conciliation ?**

La prise en charge d'un patient REB ne suscite pas toujours une analyse consensuelle. Dans ces conditions, le retour d'expérience s'avère être un outil de médiation. Comme nous l'avons vu précédemment, les cloisonnements professionnels et disciplinaires peuvent être à l'origine de frictions voire de conflits entre les différents services. Le retour d'expérience apparaît alors comme un moment privilégié pour dénouer les tensions et trouver des solutions. Il semble ainsi jouer le rôle de « facilitateur » (Lancini et Sampieri-Teissier, *art. cit.* p. 32) permettant la « confrontation des représentations » (Chédotel et Krohmer, *art. cit.* p. 18) et la « concertation interprofessionnelle » (Zardet, V, *art. cit.* p. 290). Une cadre hygiéniste indique ainsi que le retour d'expérience a pu favoriser la conciliation avec les professionnels du laboratoire : « Avec le MERS-CoV par exemple, des prélèvements sont partis au laboratoire alors qu'aucun prélèvement n'était pris en charge au laboratoire donc là il y a eu un RETEX spécifique avec le laboratoire parce qu'en fait ça a généré une panique même si les résultats étaient négatifs car en fait il n'y a pas eu d'annonce spécifique que c'était un patient suspect et donc quand ça s'est su ça a généré une panique et une panique à la fois légitime puisque ce que nous ont dit les médecins biologistes c'est 'Qu'est-ce qu'on aurait fait de nos automates s'ils avaient été vraiment contaminés ?' Donc c'était clair qu'on ne pouvait pas se dédouaner de faire ce RETEX ». Le retour d'expérience semble ainsi s'inscrire dans une dynamique d'intégration dans la mesure où il permet d'atténuer les frontières interdisciplinaires en laissant à chaque service la possibilité d'exprimer son point de vue. Le retour d'expérience peut ainsi constituer un espace de « formulation d'un compromis » (Havard, C, *art. cit.* p. 98) entre les différentes parties prenantes de la prise en charge.

- **Un outil de cohésion pour fédérer les équipes**

Au-delà d'un rapprochement interdisciplinaire, le retour d'expérience permet aux participants de se fondre dans un « collectif pluri-professionnel » (Zardet, V, *art. cit.* p. 287). D'après un directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, les retours d'expérience ont participé à forger « un sentiment d'appartenance du groupe ». Une cadre d'un SMIT confirme les « qualités cohésives » (Godé, C, *art. cit.* p. 424) du retour d'expérience : « les équipes ont des idées, elles sont sur le terrain et donc elles maîtrisent

*mieux que personne et en fait elles font émaner, elles éclairent parfois les problématiques parce qu'elles le vivent donc c'est très intéressant d'avoir leur approche c'est comme ça qu'on avance. Moi je ne crois pas qu'on avance seul, on est dans l'interdépendance et dans le collectif et donc Ebola ça a vraiment été ça on joue collectif* ». La dynamique collective impulsée par la pratique du retour d'expérience peut finalement mener à la formation d'une seule et même équipe pluridisciplinaire caractérisée par une « dimension identitaire et sociale du groupe » (ibid., p. 430). Ce nouveau collectif peut jouer un rôle moteur pour formuler des solutions collectives. Le directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques cité plus haut rappelle ainsi que le retour d'expérience avait permis de générer « une émulation » conduisant les professionnels à « décider ensemble, travailler ensemble ». Le retour d'expérience devient alors un « cadre de décision collective » (Chédotel et Krohmer, *art. cit.* p. 20).

Après avoir examiné les processus de communication et de socialisation à l'œuvre lors du retour d'expérience, il convient maintenant d'interroger cette pratique rétrospective comme un processus d'apprentissage (Godé, C, *art. cit.* p. 429) au service de la formation des professionnels de santé.

### ***B- Un outil de formation professionnelle au service de l'anticipation et de la gestion du REB***

Le retour d'expérience serait non seulement un outil permettant aux professionnels de santé de travailler ensemble mais aussi un moyen de renforcer leurs compétences. Il convient alors d'examiner dans quelle mesure cette pratique rétrospective a permis aux équipes d'améliorer leurs pratiques professionnelles face au REB. La démarche du retour d'expérience s'inscrit dans un processus d'apprentissage permettant aux professionnels de santé de tirer des enseignements et de s'améliorer sur plusieurs plans : sur un plan humain en termes de formation, sur un plan technique en termes de sécurisation des équipements et du matériel et enfin sur un plan organisationnel en termes de modifications des procédures et des stratégies (Ministère de l'Intérieur, 2006 ). Le retour d'expérience contribue ainsi à conjuguer l'apprentissage individuel et collectif : « La maîtrise d'un retour d'expérience apporte un apprentissage pour l'individu et, lorsqu'elle est élargie à un groupe d'acteurs, cette maîtrise du retour d'expérience apporte un apprentissage au niveau de l'organisation. Il s'agit alors d'un apprentissage organisationnel » (Garbolino et Wassenhove, 2009, p.7).

Dès lors, nous analyserons comment le retour d'expérience a participé à convertir l'ESR en « organisation apprenante » (ibid.).

### a) Un levier de perfectionnement des équipes

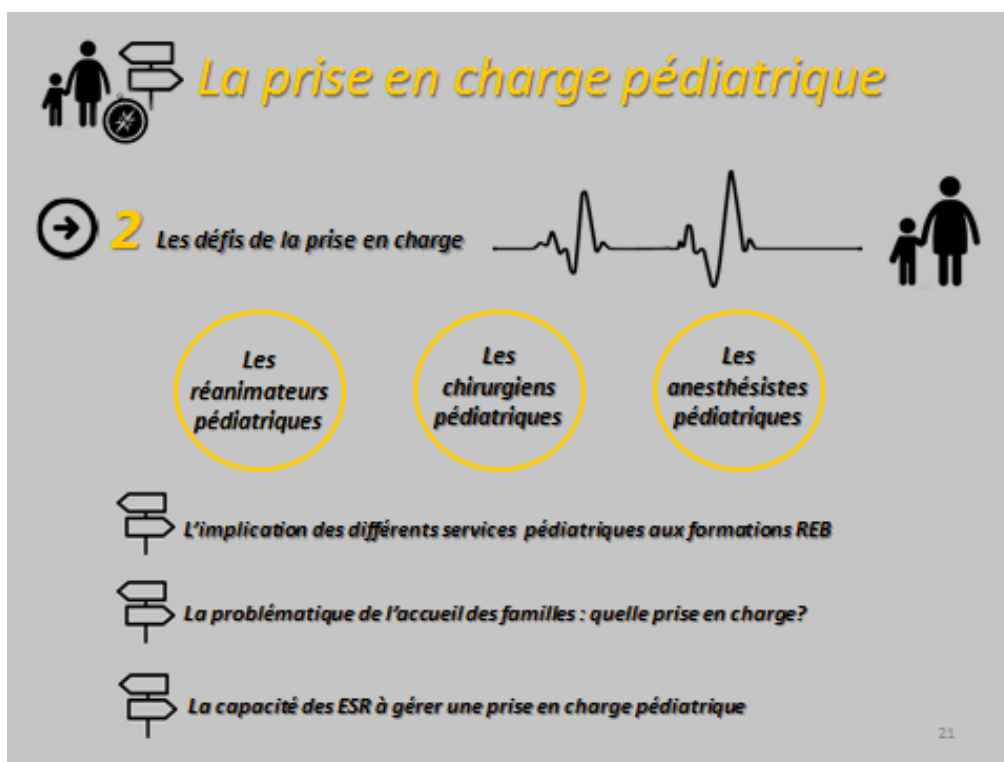
Sur un plan humain, le retour d'expérience permet de renforcer la formation des professionnels de santé. Organisé suite à un exercice ou suite à une prise en charge réelle, le retour d'expérience offre aux professionnels de santé la possibilité de porter un regard critique sur leurs pratiques et de les ajuster. Cette démarche réflexive constitue ainsi un « levier de développement d'une compétence collective » (Chédotel et Krohmer, *art. cit.* p. 15) au service de la sécurité et de la qualité de la prise en charge du patient. En effet, le retour d'expérience apparaît comme un moment privilégié pour capitaliser les enseignements issus de la mise en situation des professionnels de santé. Dans un premier temps, la prise en charge réelle d'un patient et les exercices de simulation permettent aux professionnels de santé d'éprouver leurs capacités à faire face à la gestion d'une pathologie hautement contagieuse. Le retour d'expérience permet, dans un second temps, de mettre en évidence certains points critiques et d'identifier des voies de perfectionnement. Cécile Godé précise ainsi que le retour d'expérience se révèle être « un moyen d'élever le niveau » (*art. cit.* p. 428). Il convient alors de montrer comment les professionnels de santé confrontés au REB ont exploité le retour d'expérience comme un outil de perfectionnement.

Tout d'abord, le retour d'expérience a permis aux professionnels de consolider leur maîtrise des procédures d'habillage et de déshabillage. Lors de la prise en charge d'un patient ou lors de simulations, ces derniers ont pu éprouver l'opérationnalité de ces procédures et identifier des points de vigilance. Une cadre d'un SMIT indique ainsi que les professionnels de santé se sont confrontés à la pénibilité causée par le port des combinaisons de protection : *« C'est très inconfortable à l'intérieur, on dégouline vraiment, littéralement et la durée maximale est de 45 minutes et ça passe très vite en fait et c'est surtout le piège c'est qu'on est dans la tenue et on ne se rend pas compte qu'on souffre parce qu'on tient, parce qu'on est occupé, parce qu'on fait les prises de sang, on est minutieux dans ce qu'on fait et on ne se rend pas compte de ça et c'est une fois qu'on sort de la chambre là on sent la fatigue et c'est là tout le danger on se dit que c'est fini alors que non justement c'est le moment critique c'est le déshabillage et donc justement ça a été l'élément essentiel de la prise en charge et pareil on s'en est rendu compte au fur et à mesure de la prise en charge de ces patients »*. De la même façon, une cadre hygiéniste

confirme le défi que posent ces tenues de protection en termes de maîtrise du risque infectieux : « *On s'est rendu compte au moment de l'habillage et du déshabillage que les gens ne savaient pas forcément retirer leurs gants (...) au départ par exemple on n'attachait pas les gants et ensuite on a dit 'on les attache' parce qu'on s'est rendu compte que même avec les plus grandes précautions les gants partaient dans tous les sens alors qu'on n'avait pas fini de se déshabiller donc on pouvait se retrouver mains nues* ». Une gestionnaire de crises souligne quant à elle l'inadaptation des tenues : « *On a évoqué aussi la communication entre la chambre et l'extérieur car les professionnels qui sont habillés ce n'est pas facile pour eux de communiquer avec cet équipement-là qui est extrêmement bruyant, la tenue quand on la porte, on bouge le bras il y a un bruit de plastique assez important donc la communication entre le professionnel qui est à l'intérieur et les collègues à l'extérieur même pour dire qu'il a besoin de sortir ou de faire un relais des choses comme ça on l'a évoqué parce que ça fait partie des choses qui n'ont pas été faciles pour les professionnels* ».

Ces différents points de vigilance constatés en situation ont pu être ensuite exploités lors des retours d'expérience. En effet, la seule mise en situation ne permet pas aux professionnels de tirer des enseignements. Une cadre d'un SMIT explique en effet que : « *le débriefing est obligatoire pour avancer parce que de toute façon quand on est dans l'action on ne se voit pas donc celui qui vous dit 'moi je fais tout bien' c'est faux (...) c'est en débriefant et en faisant une analyse systémique que l'on se rend compte des dysfonctionnements* ». Le retour d'expérience permet en effet de tirer parti des obstacles rencontrés par les professionnels de santé. D'après une cadre d'un SMIT, cette démarche rétrospective a ainsi permis d'intégrer les contraintes des procédures d'habillage et de déshabillage à l'aménagement des locaux : « *Après la simulation, on se réunit et puis même au fur et à mesure on voyait ce qui clochait et ce qui ne clochait pas et on a beaucoup évolué au niveau de l'aménagement de la chambre de haut isolement c'est-à-dire qu'on a mis des miroirs partout notamment dans le sas intermédiaire pour que si la personne qui sort de la chambre est toute seule à ce moment-là elle puisse se déshabiller en se regardant dans le miroir pour voir si elle ne fait pas de fautes d'asepsie c'était très important* ». Le retour d'expérience a ainsi stimulé la formulation et l'application de mesures permettant de renforcer la sécurité des procédures d'habillage et de déshabillage. Il peut donc être analysé comme un outil de maîtrise des risques au service de la culture de sécurité (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 15).

Par ailleurs, le retour d'expérience constitue un outil de perfectionnement puisqu'il permet d'anticiper les situations de prise en charge les plus complexes. La question de la pénibilité des tenues de protection a par exemple amené les équipes à envisager le scénario d'un malaise d'un professionnel en combinaison. Les propos d'une cadre d'un SMIT illustrent cette problématique : « *l'ID va rentrer par exemple, si vous ne minutez pas combien de temps, elle peut avoir fait un malaise donc là on s'est aperçu qu'on n'avait pas créé de procédures (...) donc ça a ouvert le champ des questionnements et ça nous a permis de retravailler des points* ». La pratique du retour d'expérience semble ainsi être propice à « l'émergence de routines réflexives » (Godé, C, *art. cit.* p. 430) contribuant à soulever des problématiques nouvelles. Il semble également stimuler la volonté des professionnels de se mettre à l'épreuve. Une cadre hygiéniste indique en effet que les exercices et les retours d'expérience ont poussé les équipes à se préparer aux prises en charge pédiatriques les plus difficiles : « *Dans nos exercices, on a fait le pire, on a pris des gens du personnel pour faire les parents : des parents angoissés, des parents violents, des parents qui veulent partir à tout prix et qui s'échappent de la salle donc ça a permis de réajuster (...) sincèrement les retours d'expérience nous ont bien aidés* ». La prise en charge pédiatrique a d'ailleurs fait émerger d'autres difficultés présentées dans le schéma ci-dessous :



La question de l'accueil de la famille d'un enfant hautement contagieux a pu être discutée lors des retours d'expérience. Cette question a été d'autant plus délicate concernant le MERS-CoV. La cadre de l'EOH citée plus haut explique en effet que : « *En fait Ebola ça faisait peur, MERS-CoV un peu moins donc là les familles avaient encore plus de mal à se séparer de leur enfant et certains refusaient. En réanimation, il y a eu une famille qui était en vacances à Paris avec trois enfants, deux hospitalisés et une non donc là il y avait un parent par chambre parce que là on avait autorisé les parents dans la chambre parce que les enfants étaient très agités mais que faire de la petite sœur qui restait ? Donc la pauvre enfant (...) il n'y avait personne pour s'en occuper donc c'est quelque chose qui a posé problème* ». Le retour d'expérience organisé suite à cette prise en charge a alors permis aux professionnels de formuler une solution collective comme l'explique une infirmière : « *L'autre point aussi qu'on a amélioré et c'est pour ça qu'on a formé les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture à s'habiller et à se déshabiller pour justement avoir une présence dans la chambre si l'enfant en a besoin pour jouer pour qu'il évite de sortir de la chambre (...) c'est pour ça que dans un second temps on a mis les aides-soignants* ». Le retour d'expérience a finalement contribué à élever le niveau de préparation des équipes et à intégrer de nouveaux partenaires à l'effort de formation. On peut donc considérer que cet outil managérial « matérialise la volonté individuelle et collective d'améliorer le savoir-faire afin d'améliorer les résultats, de façon durable et permanente » (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 39).

#### **b) Un outil au service de la fiabilité technique**

Sur un plan technique, le retour d'expérience est susceptible de renforcer la sécurisation des équipements et du matériel. Cette sécurisation est essentielle à la qualité de la prise en charge du patient et les exercices ont montré aux professionnels que des négligences techniques pouvaient constituer des failles dans les circuits de prise en charge. Si ces négligences techniques semblent être à première vue des détails, elles peuvent compromettre la sécurité du parcours patient. Les propos d'un cadre d'un SMIT illustrent ce constat : « *Il y a eu également la question de l'ascenseur qui ne fonctionnait pas, on s'est aperçu que l'ascenseur n'était pas contrôlé toutes les semaines, qu'il n'y avait pas de traçabilité, des détails qui n'en sont pas en fait quand on est au cœur de l'urgence* ». De la même façon, une collègue cadre d'un autre SMIT souligne qu'un détail technique non anticipé peut fragiliser l'opérationnalité des équipes : « *dès fois il y a des petits détails de* Charlotte Glémarec *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>*

*rien qui sont hyper intéressants quand je vous dis par exemple que le patient arrive par l'hôpital de jour c'est des portes battantes qui ne tiennent pas donc du coup on a fait créer des cales parce que sinon les portes touchaient le brancard enfin bon ce n'était pas gérable, des détails insignifiants auxquels on ne pense pas du tout quand on écrit la procédure donc c'est essentiel d'avoir des phases d'exercices comme ça et puis de tester le plus de choses possibles ». L'exercice et le retour d'expérience qui le suit ont donc permis d'optimiser la fiabilité technique et de stimuler la vigilance des professionnels de santé. Une cadre d'un SMIT précise quant à elle que la prise en charge réelle d'un patient peut cristalliser des problèmes techniques restés invisibles lors des simulations : « C'est sûr que le premier vrai patient possible c'est vrai que c'est des problèmes techniques qui ont été surtout mis en évidence notamment il y a eu une inondation parce que la douche n'évacuait pas assez vite donc on a été inondé dans le secteur voilà des petits détails vite rectifiés qu'on n'avait pas vu en situation d'exercice parce qu'en situation d'exercice tout le monde ne passait pas à la douche de façon systématique donc la première fois on baignait un peu dans l'eau ». Ces différents exemples invitent ainsi à ne pas négliger les défaillances techniques qui constituent un facteur de déstabilisation certain en situation de prise en charge.*

Si le retour d'expérience permet d'accroître la vigilance des professionnels de santé quant à la sécurité technique des équipements, il peut être aussi considéré comme un moyen de catalyser le progrès technique voire l'innovation. Le retour d'expérience pourrait alors stimuler la capacité des professionnels de santé « à développer des trésors d'ingéniosité nécessaires à la réalisation d'ajustements informels de manière à corriger et amender sans cesse un ensemble de règles et de dispositifs structurellement incomplets » (Bourrier et Laroche, 2001, p. 18). La prise en charge d'un patient hautement contagieux incite en effet les professionnels de santé à concevoir et à éprouver de nouvelles solutions techniques. Un médecin hygiéniste indique ainsi comment les professionnels sont parvenus à concilier les contraintes de ce type de prise en charge et la fiabilité technique : « On a fait une simulation aussi pour faire un geste d'imagerie en scanner où on a transporté un patient en bulle et on a réalisé l'imagerie dans la bulle et on a pu valider qu'on pouvait parfaitement faire un scanner sans sortir le patient de la bulle donc en toute sécurité pour l'imagerie ». Les mises en situation suivies du retour d'expérience conduisent ainsi à élever le niveau d'expertise technique des professionnels confrontés à des prises en charges inhabituelles.

Les prises en charge réelles ont également obligé les équipes à trouver des solutions techniques novatrices au service du bien-être du patient. Les retours d'expérience ont ainsi



mis en évidence le problème de la communication entre les professionnels de santé et le patient placé en chambre de haut isolement. Cette contrainte a poussé les équipes à mettre en place un nouveau dispositif technique pour pallier ce problème. La cadre d'un SMIT indique en effet que *« ce qui était très compliqué c'était de pouvoir parler facilement avec le patient parce qu'il y a un interphone mais une fois couché dans le lit c'est difficile d'atteindre l'interphone il faut appuyer sur le bouton pour parler donc le patient doit se lever pour appuyer sur le bouton donc ce n'est pas très facile du coup on a un peu amélioré ça (...) et on a mis aussi en place un réseau pour avoir une sorte de caméra pour faire une sorte de vidéo-conférence avec le patient et l'équipe à l'extérieur »*. Le retour d'expérience représente ainsi un « facteur de reconception » ou une « source d'innovation » (Gaillard, 2005, p.3) permettant aux professionnels de santé d'approfondir leur maîtrise technique.

### **c) Un vecteur de sécurité organisationnelle**

Le retour d'expérience permet aux professionnels de santé d'appréhender la prise en charge du patient dans sa globalité. Cette vision d'ensemble est cruciale pour optimiser la qualité du parcours patient à l'échelle de l'organisation. Les mises en situation des équipes lors de simulations ou de prises en charge réelles ne leur permettent pas complètement d'identifier les failles des différents circuits. Le retour réflexif que constitue le retour d'expérience leur offre alors la possibilité de développer une approche organisationnelle de la prise en charge. C'est ce qu'explique un infectiologue : *« le RETEX je pense que c'est très intéressant, en fait on ne se rend pas bien compte, ce que je veux dire par là c'est qu'en réfléchissant à la gestion par avance d'une situation compte tenu à la fois de la multiplicité des acteurs, de la complexité de la prise en charge, il est très difficile en fait de prendre en compte l'ensemble des variables qui vont intervenir dans ce type de gestion de A à Z j'entends par là et forcément si quelque chose n'a pas été tout à fait anticipé, il ne manquera jamais d'arriver un problème sur ce point qui n'a pas été pensé par avance donc en fait le RETEX c'est un outil (...) pour mettre en évidence un point de procédure qui n'a pas été suffisamment ou pas du tout imaginé auparavant parce qu'il est mis en évidence par le problème survenu dans la vraie vie et ça permet donc d'améliorer ce point de procédure particulier qui était passé peut-être sous silence »*. Le retour d'expérience complète et enrichit les enseignements tirés des simulations ou des prises en charge réelles car il permet d'identifier des failles non anticipées et d'adopter une

Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes –  
<2015-2016>

perspective organisationnelle. Dans ces conditions, il constitue « un apport indéniable pour faire progresser le niveau de sécurité et la maîtrise des risques au niveau de l'organisation car il apporte, en continue, des informations sur le système et sa gestion » (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 55).

Le retour d'expérience représente alors un vecteur d'adaptation organisationnelle. Face à la prise en charge d'un patient hautement contagieux, les professionnels ont tiré profit du retour d'expérience pour ajuster leurs procédures et modifier l'organisation de la prise en charge. Les propos d'un cadre d'un SMIT illustrent que l'exploitation du retour d'expérience peut être porteuse de modifications organisationnelles : « *à chaque fois on a fait un vrai RETEX à la suite de l'exercice qui prenait quasiment toute la matinée en tout cas plusieurs heures (...) à la suite de ça on devait se retrouver et débriefer un petit peu sur ce que l'on devait observer et ce que l'on en déduisait et à la suite de ça on avait une réunion vers les cinq heures où tout le monde se retrouve (...) toutes les personnes qui ont participé et puis on faisait le retour de tout ça avec justement tout ce qui n'allait pas. Je me souviens justement qu'il y avait le labo qui n'avait pas été activé ou qui avait été activé une heure après parce que justement il y avait un appel qui avait été oublié et donc du coup on a inscrit dans la check-list de l'administrateur de garde de téléphoner au labo* ». Le retour d'expérience contribue ainsi à créer un « état de vigilance collective » (Vidal *et al.*, 2010, p. 64) permettant une amélioration continue de l'organisation. La pratique du retour d'expérience représente alors un gage de fiabilité dans la mesure où il encourage les acteurs à « tirer une leçon proactive de sécurité » (Amalberti et Barriquault 1999 p 11).

La mise en place d'une supervision obligatoire illustre comment le retour d'expérience a consolidé la gestion du risque infectieux à l'échelle de l'organisation. Le cadre d'un SMIT revient sur la nécessité de cette modification organisationnelle : « *l'élément essentiel ça a été la supervision (...) on avait mis une astreinte vingt-quatre heures sur vingt-quatre sept jours sur sept d'encadrement donc (...) on supervisait toutes les séquences d'habillage, toutes les séquences dans la chambre et toutes les séquences de déshabillage avec des checklists créées au fur à mesure des expériences une checklist qui reprend point par point les étapes du déshabillage et ça a été quelque chose qui a énormément soulagé les équipes parce qu'elles ne se trouvaient pas seules à toutes les étapes et notamment à l'étape de déshabillage en sachant le danger qu'il pouvait y avoir et le fait de ne pas se sentir seules ça les rassurait vachement et nous c'était pareil parce qu'on avait la vision de ce qu'il se passait* ». Les professionnels de santé se sont donc approprié le retour d'expérience comme un outil d'apprentissage renforçant « la réponse

globale et collective » de l'organisation « en assurant la cohérence des actions posées individuellement et collectivement » (Robert et Cloutier, 2012, p. 21).

Pour conclure, le retour d'expérience semble bien s'inscrire dans un processus d'amélioration continue des compétences des professionnels de santé. Cet outil managérial favorise en effet le rapprochement des différents acteurs de la prise en charge et leur offre la possibilité de travailler ensemble. Il rend alors ces derniers « plus à même de générer collectivement des réponses à l'incertitude » (Adrot et Garreau, *art. cit.* p. 123). Ce vecteur de transversalité apparaît en effet comme un outil de gestion des incertitudes liées au risque infectieux. Le retour d'expérience stimule la capacité des professionnels de santé à concevoir des solutions organisationnelles innovantes. Il représente donc un outil d'ajustement et joue « un rôle majeur dans la maîtrise des situations nouvelles pour lesquelles la réponse opérationnelle était absente ou incomplète » (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 58). *In fine*, le retour d'expérience peut donc contribuer à « considérer les accidents et les crises comme des occasions de rapprocher les acteurs et de progresser ensemble » (Adrot et Garreau, *art. cit.* p. 123). Malgré ces multiples potentialités, l'intégration du retour d'expérience au sein d'organisations à flux tendus comme les ESR peut être compromise comme nous le verrons dans une deuxième partie.

## **II- La pratique du retour d'expérience par les professionnels des ESR : les limites d'une appropriation contrastée**

Au cours de la première partie, nous avons mis en évidence les apports du retour d'expérience en termes de coordination interdisciplinaire, de fiabilité technique et organisationnelle ainsi qu'en tant qu'outil de formation professionnelle. Ces bénéfices ne doivent cependant pas laisser entendre que le retour d'expérience est une pratique plébiscitée par l'organisation hospitalière. La transposition de cette pratique semble au contraire incertaine dans un contexte qui présente des entraves majeures à la pérennité de cette démarche. Il convient alors de présenter les freins organisationnels qui accentuent la vulnérabilité du retour d'expérience au sein des ESR. Cette deuxième partie s'attachera également à interroger le retour d'expérience comme outil de mutualisation inter-organisationnelle.

### ***A- La pratique du retour d'expérience dans les ESR : une pérennisation limitée***

L'objectif consiste ici à identifier les contraintes organisationnelles hospitalières qui entravent l'appropriation du retour d'expérience par les acteurs des ESR ainsi que son intégration pérenne aux pratiques professionnelles. L'appropriation du retour d'expérience dépend de la façon dont il peut s'adapter aux contraintes de l'environnement dans lequel il est transposé. En effet : « Les pratiques de 'retour d'expérience' s'inscrivent ainsi dans des systèmes d'action concrets, des cultures locales, des identités professionnelles, tout en contribuant à les transformer » (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 7). Il semble alors que l'inscription du retour d'expérience dans le contexte hospitalier ne soit pas acquise.

#### **a) Le retour d'expérience au sein d'organisations à flux tendu**

En tant que processus de communication, de socialisation et d'apprentissage (Godé, C, *art. cit.* p. 417), le retour d'expérience est un outil d'interaction permettant de nouer des liens de collaboration entre acteurs. Il exige alors des professionnels des ESR de mobiliser une ressource essentielle : le temps. Le retour d'expérience repose en effet sur la

constitution d'un noyau collaboratif, d'un groupe. Dès lors, il ne peut « faire l'économie du facteur temps qui rend possible cet espace d'échange nécessaire à une construction stable parmi ses membres » (Haberey-Knuessi, V, *art. cit.* p. 12). Or, c'est précisément le temps qui fait défaut aux professionnels des ESR sur lesquels pèsent de fortes contraintes. En effet, dans un contexte hospitalier caractérisé par une réduction des effectifs et une augmentation de la quantité de travail (*ibid.*, p. 9), consacrer du temps au retour d'expérience peut se révéler problématique. Une cadre d'un SMIT explique ainsi que la charge de travail peut dissuader les professionnels de participer au retour d'expérience :

*« Ce qui va être plus compliqué c'est que c'est forcément en dehors des horaires de travail ou sur les horaires de travail c'est-à-dire que les réunions qu'on peut faire elles sont souvent à partir de 14 heures. L'équipe du matin a fini mais l'équipe de l'après-midi commence et donc celles du matin font 2 heures de plus ou celles de l'après-midi ne sont pas tout à fait présentes sur leur aile de travail puisqu'elles sont en double donc il y en a une qui reste et l'autre qui peut aller en réunion mais ça veut dire qu'elle a deux heures de retard sur sa prise en charge l'après-midi donc c'est la difficulté, ça peut freiner les gens qui se disent 'J'ai trop de boulot je ne peux pas y aller' ». Cet extrait traduit ainsi la difficulté d'identifier un créneau adapté. Dans ces conditions, au lieu d'être perçu comme un moment essentiel à l'amélioration des pratiques professionnelles, le retour d'expérience peut être vécu comme du temps sacrifié au détriment d'autres activités.*

Par ailleurs, comme nous l'avons vu au cours de la première partie, la pertinence du retour d'expérience suppose la participation d'une grande diversité d'acteurs. Réunir simultanément des professionnels multiples de services différents n'est pas sans poser problème. En effet, d'après la cadre citée plus haut : *« les obstacles ça va simplement être une question d'organisation entre tant d'intervenants c'est-à-dire qu'on n'a pas la même façon de fonctionner, les mêmes difficultés, ou le même planning donc c'est vrai que se retrouver pour deux heures de temps ce n'est pas forcément simple »*. Une gestionnaire de crises et du plan blanc indique ainsi que l'organisation d'un retour d'expérience demande une certaine flexibilité et adaptabilité : *« C'est sûr que c'est compliqué le RETEX ce n'est pas à 8 heures du matin c'est 17 heures, 18 heures. Les RETEX Ebola on les finissait parfois à 21 heures le soir on s'adapte aussi au personnel qu'on a si on a de l'administratif ça va être du RETEX en journée si c'est du RETEX médical ça sera plutôt en fin de journée après les programmes opératoires, après les consultations en fait on s'adapte »*.

Ces propos mettent également en évidence que le retour d'expérience peut constituer une charge de travail supplémentaire pour des professionnels de santé déjà très

Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes –  
<2015-2016>

sollicités. Un infectiologue rappelle en effet que la gestion du REB est une mission qui vient s'ajouter à d'autres activités : *« En fait la problématique qui est donnée c'est qu'on va vous demander de faire des choses en plus avec les mêmes moyens et c'est quelque chose de dramatique qui ne fait qu'épuiser les personnes parce que vous n'avez que des missions qui se surajoutent mais qui ne sont finalement jamais protégées (...) et c'est très triste ce mode de gestion et Ebola en est l'expression c'est-à-dire qu'on nous a demandé de faire des choses sans nous donner aucun moyen en plus »*. Ce contexte semble alors peu propice à l'intégration du retour d'expérience au sein de l'organisation hospitalière. Ce même infectiologue souligne ainsi que cette démarche reste précaire dans certains ESR : *« Par rapport à votre idée de RETEX, votre idée de structure de savoir s'il y avait du temps consacré, il n'y a jamais eu de temps consacré c'est du temps volé sur d'autres activités en flux tendu par rapport à d'autres choses et en gros on n'est pas bon sur cette question-là en France, c'est une catastrophe en fait. (...) Donc les temps de RETEX c'était du temps volé sur de l'activité qui n'a jamais été diminuée par ailleurs »*.

Dans ces conditions, il semble que le retour d'expérience soit relayé au second plan dans des organisations où l'urgence prime. Une cadre de santé d'un SMIT souligne que ces contraintes perturbent l'organisation optimale du retour d'expérience notamment en termes de temps alloué : *« ça ne sert à rien en une demi-heure on discute, on ne parle pas vraiment de problématiques et ça a vraiment été le sentiment de tout le monde voilà ça n'a servi à rien, et commencer à 8 heures pour ça ce n'est pas très utile mais c'est parce qu'on avait prévu 1 heure et il y a quelque chose qui est venu se greffer dessus et donc ça n'a duré qu'une demi-heure et voilà quoiqu'il en soit je crois qu'1 heure ce n'est pas forcément suffisant non plus après tout dépend peut-être du nombre d'intervenants mais je pense que si on parle des RETEX (...) avec les professionnels il faut deux heures, il faut laisser le temps de la parole »*. Ces différents témoignages mettent en exergue une tension entre les exigences méthodologiques présentées dans la littérature sur le retour d'expérience et les contraintes de la réalité empirique. Les professionnels des ESR sont ainsi confrontés à la difficulté de concilier les critères de qualité du retour d'expérience aux impératifs de l'organisation hospitalière. Le retour d'expérience et l'hôpital s'inscrivent en effet dans des dynamiques temporelles opposées. Le retour d'expérience exige de *« pouvoir arrêter ou ralentir l'action »* et cette démarche est *« souvent en opposition avec la 'tyrannie de l'urgence' qui se retrouve dans certaines organisations »* (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 40). Ceci pose ainsi la question de la transposabilité du retour d'expérience au sein des ESR.

## b) Quelle place en période inter-crise ?

Cette question est d'autant plus problématique en période inter-crise. En effet, il est difficile de maintenir la mobilisation et la motivation des professionnels face à un risque qui devient de nouveau hypothétique. La pertinence du retour d'expérience en période inter-crise est alors moins évidente aux yeux de professionnels qui ne sont plus confrontés à des prises en charge de patients REB. L'utilité de cette pratique peut ainsi poser question face à l'absence de prise en charge. Toutefois, le retour d'expérience conserve tout son intérêt dans le cadre des exercices et des simulations. La difficulté est précisément que l'organisation de ces exercices est de moins en moins fréquente. Plusieurs professionnels constatent en effet que l'effort de formation a tendance à s'étioler. Un infectiologue explique ainsi qu'il est actuellement difficile de maintenir la fréquence des formations au REB : « *On table sur une formation tous les six mois d'un exercice en condition réelle. Le dernier on l'a fait début mars, on ne peut pas faire ça l'été parce qu'il n'y a pas toutes les personnes et en hiver non plus parce qu'on est en flux tendu donc on va maintenir ça mais il y a un risque d'essoufflement majeur car c'est de moins en moins dans les préoccupations* ». La perception du risque en période inter-crise constitue alors un frein au maintien de l'effort de formation. Une cadre hygiéniste souligne en effet que « *dans une interface, il n'y a plus d'alerte donc remotiver les troupes c'est difficile* ». De la même façon, un infectiologue confirme que l'intérêt des professionnels pour le REB a tendance à décliner : « *il y a la perception que les gens ont à un instant T de l'importance de ça par rapport à un tas d'autres missions qu'ils ont en route et là aujourd'hui elle est plutôt basse cette perception* ».

La fin d'une alerte REB conduit ainsi les professionnels de santé à revoir l'ordre de leurs priorités et ceci au détriment de l'effort de préparation. C'est ce que souligne un infectiologue : « *Une des problématiques c'est que vous consacrez du temps à un évènement qui est hypothétique et derrière vous ne faites pas le boulot qui est réel parce qu'il est présent et ce n'est pas facile aussi même pour nous soignants de dire 'je vais consacrer du temps à monter des protocoles sur un truc finalement ben je ne sais pas si ça va m'arriver' alors qu'il y a des milliards de trucs à faire à côté et ça on n'est pas tous à l'aise avec ça* ». On constate ainsi que l'effort de préparation au REB « *entre en collision avec les pressions du quotidien* » (Gaillard, I, *art.cit.* p.10). Les priorités du quotidien prennent ainsi le pas sur l'attention accordée à un risque hypothétique. Comme l'explique un infectiologue : « *En dehors des périodes de crise, c'est très compliqué les gens se*

*concentrent sur d'autres problématiques plus urgentes, il faudrait qu'il y ait un soutien financier à l'entraînement mais dans les hôpitaux les gens vont au plus pressé et donc tant qu'il n'y aura pas quelque chose qui soit pré-fléché sur la préparation en amont, en dehors des crises (...) on gèrera la crise quand elle sera là ».*

A cette difficulté, s'ajoute l'impératif de rentabilité qui limite également la pérennité de la formation. Un infectiologue explique en effet que d'un point de vue financier, l'exercice peut être considéré comme une perte d'activité : *« aujourd'hui ça devient difficile de maintenir le niveau d'expertise, de compétence et de préparation parce que bloquer deux heures d'infirmière pour apprendre à s'habiller etc. c'est pris sur leur temps de travail ça rapporte zéro euro et ça coûte du temps infirmière il faut les remplacer etc. donc c'est quand même du temps et de l'énergie ».* Face à cette exigence de rentabilité, il devient difficile de justifier des temps de formation à un risque qui ne constitue plus une menace imminente. Les propos d'un médecin hygiéniste résument ainsi la problématique de la pérennité de la formation en période inter-crise : *« La formation c'est un vrai défi parce qu'il faut à la fois nourrir le besoin et l'envie de formation ».* Ce défi est crucial puisque le maintien d'une formation pérenne est essentiel pour conserver les acquis des professionnels. La perte de ces acquis représente un écueil majeur selon un médecin hygiéniste : *« Ce qui pose problème c'est de garder la motivation clairement aujourd'hui l'épidémie est considérée comme terminée la Guinée même a déclaré l'absence de nouveaux cas donc ça perd ce côté ère du temps et nous on en a parfaitement conscience et on en a parlé régulièrement en se disant bon il y a eu avant Ebola il y a eu pendant Ebola et il y a l'après Ebola qu'il faut maintenir parce qu'on a quand même crée pas mal de choses, une dynamique, des organisations, des modifications de locaux et franchement on en a quand même tous bavé pour qu'ensuite ça disparaisse ».* Le maintien de la formation pose finalement la question de la pérennité de l'expertise. En effet, face au REB, les professionnels ont développé des savoir-faire et des compétences qu'ils ne mobilisent plus après la crise. L'inter-crise impose ainsi aux professionnels de réfléchir à la manière de cultiver leurs compétences si une alerte REB se présentait de nouveau.

Dans ce contexte, la place du retour d'expérience est d'autant plus fragile. L'absence de prise en charge et l'irrégularité des exercices ne favorisent pas la pérennité de cette pratique. Susciter l'intérêt des professionnels vis-à-vis du retour d'expérience n'est pas sans poser problème. Un infectiologue indique ainsi que le retour d'expérience ne parvient plus à fédérer tous les professionnels : *« Pour les RETEX, on essaie de maintenir des réunions, on l'a appelé Copil Ebola et on l'appelle maintenant Copil REB parce qu'il était Ebola au départ et qu'il est devenu MERS- CoV et ça on essaie de le maintenir. C'est*



*difficile, on voit que les infectiologues et les hygiénistes restent intéressés, les microbiologistes aussi mais les réanimateurs nous disent 'Aujourd'hui on a plein d'autres choses à faire' donc pour les réanimateurs c'est compliqué* ». Cet extrait souligne la difficulté de garantir la stabilité du retour d'expérience sur le long terme et d'assurer « dans le temps son adaptabilité à l'évolution des moyens, des personnes, des structures, des missions et des responsabilités » (ibid., p. 25). Les guides méthodologiques consacrés au retour d'expérience soulignent pourtant que l'inter-crise est le moment le plus opportun pour préparer et assurer l'opérationnalité de cette pratique. La méthodologie proposée par le ministère de l'Intérieur recommande ainsi que l'organisation du retour d'expérience soit mise en place « en temps de paix, de manière à la rendre plus efficace lorsqu'il faut la déployer sur un événement ou une situation de crise » (Ministère de l'Intérieur, 2006, p. 7). La pérennité du retour d'expérience dépend ainsi d'une organisation en amont de la crise. Il ne saurait être assimilé à une démarche improvisée ou à un dispositif créé *ex nihilo* pour répondre à un besoin *ad hoc*. Le retour d'expérience doit en effet reposer sur des assises solides garantissant l'enracinement de cette pratique au sein de l'organisation hospitalière. En pratique, toutefois, les ESR sont confrontés à des impératifs qui les empêchent de garantir la durabilité du retour d'expérience. Ceci est d'autant plus en inter-crise. Les propos d'un infectiologue résument ainsi cette problématique : « *C'est le problème de l'inter-crise qui n'existe pas et qui n'est pas envisageable parce qu'on a tellement d'autres choses à faire* ».

Cette problématique est d'autant plus sensible dans un contexte hospitalier caractérisé par une forte rotation du personnel. Ce renouvellement permanent constitue un facteur d'instabilité peu propice à l'enracinement du retour d'expérience. Comme nous l'avons vu, le retour d'expérience représente un « travail d'articulation » qui « s'appuie significativement sur un savoir travailler ensemble et sur un historique du travail collectif » (Havard, C, *art. cit.* p. 115). La notion d'historique traduit ici l'exigence de relations pérennes entre les professionnels afin que le retour d'expérience soit efficace. Au contraire, le renouvellement des équipes renforce sa vulnérabilité. Comme l'expliquent Wassenhove et Garbolino « il suffit d'un changement de personnel pour diminuer sa performance ou le rendre inopérant » (*art. cit.* p. 6). La rotation du personnel compromet non seulement la pérennité du retour d'expérience mais aussi celle de l'expertise. En effet, les nouveaux arrivants ne bénéficient pas toujours des formations REB dispensées à leurs prédécesseurs. Ainsi, d'après une cadre hygiéniste : « *on a un turn-over important des professionnels et on n'est même pas certain que si demain ça nous arrive on va avoir des professionnels qui* Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

*ont déjà eu une formation donc on va se retrouver avec des professionnels entre guillemets nouveaux ». L'émergence d'une nouvelle alerte REB supposerait pourtant la disponibilité d'effectifs formés. Il semble pourtant que le pourcentage de professionnels formés décline pendant l'inter-crise. C'est ce qu'indique l'infectiologue cité plus haut : « Je m'attarderais plus à garder une pérennité de la formation ce qui est loin d'être le cas parce qu'autant les SAMU sont obligés d'être formés autant chez nous ce n'est pas le cas, et là avec le turnover d'infirmières que l'on a je pense que l'on doit être à 50% de formées ». Cet extrait met ainsi en évidence une perte des compétences professionnelles et la difficulté de maintenir la continuité de l'expertise après la crise. Selon la cadre hygiéniste citée plus haut : « à chaque fois le soufflet est retombé, pour le SRAS, les gens avaient très peur je me souviens des gens qui arrivaient en combinaison pour nous apporter des gens et puis c'est tombé dans les oubliettes ». Dans ces conditions, la stratégie de préparation et de formation au REB consiste avant tout à réagir au gré des crises plutôt que d'assurer un effort d'anticipation constant. Un infectiologue met en évidence ce manque de constance : « de toute façon quelle que soit la pandémie on revit à chaque coup une redécouverte de la poudre. En 2009, la grippe H1N1, on forme des gens, on fait une formation, ça s'écrase plus personne de formé. En 2013, le MERS-CoV, on ouvre un secteur dédié, on dit qu'il faudrait construire quelque chose qui soit pérenne, on forme des gens, ça s'éteint. Un an après, on recommence avec Ebola en 2014, on fait un secteur dédié qu'on remonte de bric et de broc pour avoir quelque chose qui tienne la route, on forme des gens mais je peux vous dire qu'un an après ben effectivement on est à 50% de gens formés et plus aucune formation au niveau du CHR (...) ».*

Enfin, les missions de l'ESR ne concernent pas exclusivement le REB. Ses prérogatives s'étendent aux risques NRBC-E. Le REB se trouve ainsi fondu dans un ensemble de risques auxquels l'ESR doit aussi se préparer (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014). En inter-crise, l'effort de mobilisation peut ainsi être orienté vers un risque dont la probabilité est alors plus élevée. Dans ces conditions, maintenir sur le long terme les compétences des professionnels quant au REB se révèle être complexe. Un directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques rappelle cette difficulté : « On a une insuffisance de formation. Force est de reconnaître qu'on a mis le paquet de formation dans le cadre du risque Ebola mais aujourd'hui on n'est pas sur une formation au fil de l'eau, sur l'épidémie et les hauts risques ce qui pose également des questions du temps de formation parce qu'il faut former sur tous les domaines et pour moi c'est un point de vigilance de plus en plus c'est qu'on demande aux établissements de former les professionnels sur tous les domaines et on s'aperçoit à un certain moment qu'il y a des

*points de blocage parce que le personnel n'est pas dans les services, il n'y a pas d'activité, et on nous demande de faire de l'activité ».*

De multiples contraintes fragilisent la continuité des exercices et des formations au REB. En tant qu'outil de formation professionnelle, le retour d'expérience rencontre ainsi des difficultés à s'inscrire dans un univers hospitalier en constante mutation.

### **c) La mise en œuvre et la valorisation du retour d'expérience**

La pérennisation du retour d'expérience peut être également entravée par le manque de formalisation de cette pratique. Cette formalisation implique un suivi rigoureux de la mise en œuvre des pistes d'amélioration identifiées lors du retour d'expérience. Il s'agit également de valoriser cette pratique en communiquant sur les résultats obtenus. Wassenhove et Garbolino soulignent en effet l'importance de « communiquer sur la pratique et sur les résultats pour garantir la pérennité du REX et pour éviter que la démarche ne s'essouffle après un certain temps » (ibid., p. 35). Le degré de formalisation du retour d'expérience varie alors selon les ESR.

Concernant la mise en œuvre des mesures correctives, certains ESR ont adopté un suivi systématique des actions à mettre en place. Une gestionnaire de crises indique par exemple que des tableaux de suivi permettaient de contrôler au fil du temps la mise en œuvre des actions : *« Ce qui est bien aussi dans les RETEX ce sont les tableaux de suivi, le premier qui présente voilà on a ça et ça comme problèmes on a décidé de travailler sur ces points dans tel groupe de travail puis ensuite on fait un tableau de suivi pour voir ce qui a avancé ce qui n'a pas été fait la mise en œuvre en fait »*. Si l'utilisation de ces tableaux peut sembler anecdotique, elle traduit pourtant la volonté de formaliser les résultats du retour d'expérience et d'objectiver la progression des actions à entreprendre. Cet effort de formalisation est crucial dans la mesure où il est nécessaire que les participants du retour d'expérience *« perçoivent la valeur ajoutée de ces temps d'échange et qu'ils aient, rapidement, des signes tangibles de l'activité de traduction qui s'opère dans ces espaces »* (Conjard et Journourd, *art. cit.* p. 95). Matérialiser la progression des mesures permet en outre de stimuler la mobilisation des participants sur le long terme. Le retour d'expérience peut ainsi constituer un outil de motivation. La gestionnaire de crises citée plus haut précise en effet que le retour d'expérience permet de valoriser l'effort des équipes : *« C'est aussi rassurant pour les personnels parce qu'ils se rendent compte qu'on ne les laisse pas qu'ils ont fait quelque chose qui était difficile qu'on le reconnaît qu'on essaie de leur*

*trouver une solution* ». On peut ainsi conclure que « pour les individus au sein de l'organisation, un REX réussi est un moyen de valorisation et de motivation » (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 55).

Au contraire, un manque de valorisation du retour d'expérience conduit les professionnels à s'interroger sur la plus-value de cette démarche. Une cadre de santé regrette ainsi l'absence d'exploitation du retour d'expérience : « *Alors moi je dirais que le problème c'est qu'on n'exploite pas le RETEX on explique ce qui s'est passé et il ne se passe rien derrière et je trouve ça dommage parce que beaucoup de choses ressortent des RETEX mais il faut mettre un plan derrière et en fait il n'y a pas eu forcément de plan derrière (...) même en exercice plan blanc ça reste compliqué en fait j'ai la sensation qu'une fois que l'exercice est fini on se retrouve pour en parler mais point barre* ». Dans ces conditions, l'organisation d'un retour d'expérience se révèle contre-productive dans la mesure où les participants l'associent à une « dérive de la discussion pour la discussion » (Krief, N, *art. cit.* p. 63) voire à un exercice de communication. Un infectiologue formule ainsi le constat suivant : « *à peu près 90% des RETEX auxquels j'ai assisté, c'était une réunion dont le seul but est de s'auto-congratuler et de dire qu'on a été extraordinairement efficaces et très très bons donc ça c'est la définition du RETEX qui ne sert à rien, c'est de la communication* ». La littérature sur le retour d'expérience souligne en effet que cette pratique peut être instrumentalisée à des fins communicationnelles et se réduire alors à « une espèce de réassurance collective » (Gaillard, I, *art.cit.* p.10). Une gestionnaire de crises indique que le retour d'expérience peut, dans certains cas, s'inscrire exclusivement dans une stratégie de communication : « *voilà il y avait aussi le ministère il ne faut pas se le cacher on passait à la télé parce qu'il fallait montrer qu'on s'entraînait et on a dû tout organiser un jour où on avait la télé qui était là enfin voilà* ». Cependant, tous les professionnels interrogés ne réduisent pas le retour d'expérience à un plan de communication. Un infectiologue considère le retour d'expérience comme un véritable outil de formation : « *Je n'ai pas le sentiment de difficultés par rapport à ça ni l'impression de perte de temps ni l'impression que ce ne soit qu'un exercice de communication c'était vraiment quelque chose qui était dans une logique de progresser de continuer à essayer de mettre en place l'organisation* ».

Ces perceptions différentes sont sans doute dues à une formalisation inégale du retour d'expérience selon les ESR. A l'instar du tableau de suivi, le compte rendu permet de conserver une trace officielle des décisions prises lors du retour d'expérience. Il s'agit ainsi d'un outil de formalisation essentiel. Cet outil n'est pourtant pas utilisé de façon

systématique comme l'explique une cadre de santé : « *Je trouve ça déroutant, on n'avait pas de compte rendu officiel des réunions (...), chacun prenait des notes et il n'y avait pas de compte rendu global* ». Cette absence de formalisation pose en effet problème dans la mesure où il empêche non seulement de sauvegarder les échanges mais aussi de diffuser les enseignements tirés du retour d'expérience. Or, comme l'indiquent Wassenhove et Garbolino : « le retour d'expérience n'atteint son plein potentiel qu'au moment où la capitalisation et le partage des informations sont intégrés au sein de l'organisation » ( *art. cit.* p. 14). La gestionnaire de crises citée plus haut insiste également sur la nécessité du compte rendu : « *Ce qui est important aussi c'est le compte rendu du RETEX parce qu'il faut absolument que tout soit acté qu'on montre aux gens que ce qui a été dit a été pris en compte, noté* ». Formalisé, le retour d'expérience apparaît ainsi comme un outil de valorisation voire de reconnaissance du travail effectué (Havard, C, *art. cit.* p. 116).

Par ailleurs, cette gestionnaire du plan blanc souligne que le compte rendu constitue une preuve écrite de l'engagement de l'ESR : « *On fait toujours des comptes rendus de nos RETEX parce que si jamais il y a un problème ce sont des choses qui nous permettent de dire voilà ce qu'on a fait (...) on a une directrice de la qualité pour qui vraiment ce genre de chose est très important et donc on ne passera pas à côté et elle a raison parce que c'est aussi une protection pour l'établissement ces RETEX parce que quand il y a un problème ça permet de dire qu'on n'est pas resté les bras ballants qu'on a pris le problème à bras le corps qu'on a essayé de trouver des solutions* ». Le retour d'expérience représente ainsi un gage objectivant la réponse apportée par l'ESR. La formalisation de cette pratique constitue ainsi un enjeu crucial.

Enfin, formaliser et valoriser le retour d'expérience permettrait de favoriser l'appropriation de cette pratique par les professionnels. L'institutionnalisation du retour d'expérience au sein des ESR repose en effet sur l'adhésion de ces derniers à une pratique novatrice. D'après un médecin du SAMU, la culture du retour d'expérience n'est pas encore enracinée dans les pratiques : « *c'est le fait de j'allais dire de vivre des situations de crise tout simplement, le SAMU est quand même ancré dans la crise alors de petite ampleur ou de grande ampleur, les petites ampleurs c'est le quotidien, les grandes ampleurs c'est assez fréquent et c'est là où on fait les RETEX alors que je pense que les services cliniques vivent moins dans la crise donc ont moins ce besoin de RETEX, de se regrouper, de discuter, d'avancer, de gérer l'imprévu, voilà et que là on découvre la crise dans les SMIT par les alertes REB je pense* ». L'enracinement du retour d'expérience exige finalement un « changement culturel » (Gaillard, I, *art.cit.* p. 9) dépassant le simple recours à des outils de formalisation. Au-delà d'une appropriation technique, le retour

Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

d'expérience doit être l'expression d'un besoin ressenti par les professionnels des ESR : « Si la mise en place des outils et procédures du REX ne peuvent prendre que quelques mois, l'acceptation, l'appropriation, l'utilisation adéquate et en toute confiance de l'outil peuvent prendre plusieurs mois, voire des années » (ibid., p. 31). L'enracinement de la pratique du retour d'expérience à l'échelle de l'ESR est donc un processus de longue haleine. Ce constat se vérifie également si l'on change d'échelle. Au-delà de l'ESR, le retour d'expérience peut s'inscrire dans un contexte bien plus large. Il convient donc d'interroger la place de cet outil dans un contexte caractérisé par des interfaces multiples.

### ***B- Le retour d'expérience : un outil de capitalisation inter-organisationnelle ?***

Le retour d'expérience « n'atteint sa vraie valeur que s'il y a réutilisation et partage entre les acteurs » (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 28). Ce constat s'applique d'autant plus à un contexte multi-organisationnel nécessitant de coordonner les différentes interfaces du parcours d'un patient REB. Un retour d'expérience élargi contribuerait ainsi à développer une « vision intégrée » (Tillement, 2008, p. 84) du circuit de la prise en charge en mobilisant toutes les parties prenantes. La « consolidation du retour d'expérience inter-organisationnel » permettrait alors d'« augmenter la fiabilité organisationnelle » (Lalouette, 2008, p. 109). Cette hypothèse invite à examiner la capacité du retour d'expérience à impulser une dynamique de partage inter-organisationnel à différentes échelles.

#### **a) Un outil au service d'une mutualisation inter-ESR ?**

Le retour d'expérience pourrait favoriser l'instauration d'une culture du partage entre les ESR. En effet, il apparaît « comme un instrument pour apprendre de ses propres expériences mais également des expériences des autres » (Garbolino et Wassenhove, *art. cit.* p. 7). Face au REB, la mutualisation des expériences serait bénéfique pour des ESR parfois esseulés et dépassés face à une alerte REB inédite. Comme l'explique un cadre hygiéniste : « au départ avec ces protocoles on s'est retrouvé seul au monde et c'est la première fois qu'on a travaillé avec les autres ESR (...) c'est la première année où on a travaillé avec eux et on peut vraiment dire que l'on a fait des procédures communes ».

Certains ESR se sont ainsi engagés dans un processus de co-construction permettant de mieux véhiculer les connaissances et de réduire ensemble les incertitudes générées par le REB. La cadre citée plus haut précise en effet que la collaboration inter-ESR a permis d'éclaircir certaines problématiques : « *Nous, à un moment donné finalement on s'est dit il y a un autre ESR (...) qui est dans la même galère que nous donc est-ce qu'on ne peut pas travailler avec eux et on a travaillé avec eux et ça a vraiment été un plus parce qu'à la fois ça nous a conforté dans ce que l'on mettait en place parce qu'on se posait des questions parfois et puis ça a permis d'uniformiser les procédures parce qu'il y avait la procédure de prise en charge mais il y a eu toutes celles dont on ne parle pas par exemple l'élimination des déchets qui nous a pris un temps certain parce que personne ne voulait prendre position sur les déchets (...)* ». Cet extrait met en évidence la nécessité de renforcer la cohésion entre les ESR et ceci à double titre. D'une part, face à l'incertitude, la solidarité inter-ESR participe à dissiper certains doutes. D'autre part, une meilleure cohésion permettrait d'harmoniser les réponses apportées par chaque ESR. Une cadre de santé regrette précisément ce manque de cohésion : « *chaque établissement travaille, chaque ESR est sollicité et donc va sortir des documents qui lui sont propres et donc il n'y a pas de consensus et je trouve ça fort dommage on voit bien la problématique sur l'habillage et le déshabillage : 'est-ce qu'on met les lunettes masques en dessous ou au-dessus ?' et ça c'était une grosse problématique donc en fait je trouve ça un peu dommage car on travaille tous dans notre coin sur des thématiques identiques donc production de matière grise à gogo et en fait perte de temps donc ça j'ai trouvé ça dommage on n'a pas eu en tant qu'ESR de rencontres nationales depuis des années pour partager nos pratiques ou faire des ateliers de réflexion sur tel ou tel sujet* ».

Le manque d'uniformisation des procédures reflète l'absence de cohérence globale de la réponse apportée par les ESR. Un médecin hygiéniste rappelle également ce déficit d'homogénéisation : « *très vite les gens pensaient qu'il était possible de s'équiper avec des équipements différents par exemple avec des combinaisons avec un seul rabat ou plusieurs rabats la question s'est posée de savoir si l'on devait mettre ou pas un heaume, si les lunettes devaient être placées en-dessous ou au-dessus (...)* ». Ce défaut de cohérence a alors été exacerbé par la multiplication des voix de l'expertise. En effet, d'après la cadre hygiéniste citée plus haut : « *tout le monde s'est mêlé de l'affaire y compris le ministère de la santé, des gens ont été missionnés etc. et le problème c'est que personne ne coordonnait* ». Le décuplement des recommandations officielles a entravé une mutualisation adéquate entre les ESR. C'est ce qu'explique le médecin hygiéniste cité plus haut : « *La préparation a commencé en août sans qu'il n'y ait de réflexion commune sans* Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

*une seule parole d'expert et des documents ont été diffusés dès juillet alors qu'ils n'auraient pas dû l'être. Les périmètres et les rôles ne sont pas bien définis et aujourd'hui encore ce n'est toujours pas clair. A un moment donné, une seule voix d'expertise suffit surtout en période d'agitation alors qu'en fait il y a eu des discours multiples par exemple 'le CESU<sup>6</sup> a dit que' et on a entendu des trucs terribles au travers de l'ARS par exemple avec des recommandations différentes pour les EPI<sup>7</sup> selon l'état sécrétant ou non du patient et le choix d'un EPI light ou d'un EPI complet a été incompréhensible pour le terrain donc il y a des partis pris qui ont été faits selon l'expertise des uns et des autres et donc il y avait des contrastes par rapport à l'habillement et au déshabillage ». Cet extrait met en évidence l'absence d'une instance d'arbitrage unique qui aurait pu asseoir son autorité et orienter les choix des ESR dans une direction commune. La multiplication des instances a au contraire accentué la confusion et le manque de lisibilité.*

Dans ces conditions, un « retour d'expérience inter-organisationnel » (Lalouette, 2008, p. 109) aurait pu être un outil d'harmonisation entre les ESR. Alors que l'expertise et les connaissances semblaient éclatées voire désarticulées, un retour d'expérience inter-ESR pouvait en effet jouer un rôle d'articulation. Un infectiologue précise que ce type de retour d'expérience aurait dû être organisé dès le début de l'alerte Ebola : *« on a participé aux RETEX nationaux aussi celui de Bégin par exemple et ces RETEX étaient très intéressants et il faudrait que le COREB nous aide à faire des RETEX beaucoup plus précoces en fait par rapport à la problématique et pour le réseau des ESR, l'intérêt c'est d'avoir un RETEX un peu en permanence pour savoir ce que font les autres, savoir les difficultés des autres et monter des groupes de travail en inter-crise et ça a tardé énormément pour mobiliser ces énergies là et c'est dramatique, c'est dommage c'est-à-dire que l'on s'est retrouvé en novembre à Paris alors que ça faisait trois mois que tout le monde trimait pour faire avancer son ESR et il fallait qu'il y ait une cohésion avant »*. On peut donc constater que les potentialités du retour d'expérience dans un contexte multi-organisationnel n'ont pas été suffisamment exploitées. Cette pratique peut pourtant représenter un vecteur de cohésion propice à la mutualisation inter-ESR. Le réseau COREB pourrait ainsi impulser une dynamique de mutualisation et de partage entre les ESR via l'organisation de retours d'expérience inter-organisationnels.

En tant qu'instigateur de cette démarche, le réseau COREB peut toutefois être confronté à deux obstacles majeurs. D'une part, la notion de solidarité inter-ESR, inhérente à toute démarche de mutualisation, ne va pas nécessairement de soi. Les différents ESR

---

<sup>6</sup> CESU : Centre d'Enseignements des Soins d'Urgence

<sup>7</sup> EPI : Equipement de Protection Individuelle : tenues de protection portées par les professionnels lors d'une prise en charge REB



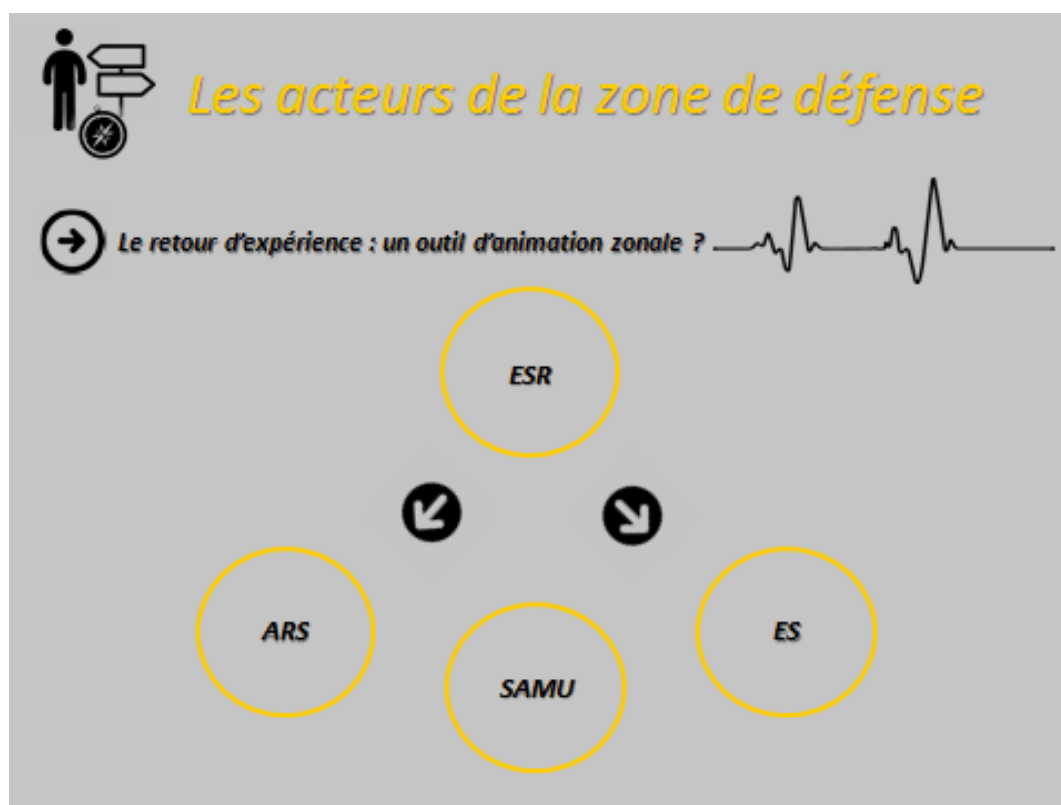
peuvent constituer des « territoires professionnels » en compétition (Tillement, 2008, p. 99). Ces rivalités compromettent alors « l'instauration d'une culture de partage et d'un climat de confiance » (Lalouette, 2008, p. 113) qui constituent les conditions *sine qua non* d'un réseau. Un médecin hygiéniste indique ainsi que la concurrence peut prendre le pas sur la volonté de collaboration : « *il faut essayer de partager et d'échanger entre tous les ESR pour favoriser l'échange de procédures et au moment d'Ebola ce qui s'est passé c'est qu'il y a eu une course à la procédure chacun voulait être le premier à diffuser telle ou telle procédure* ». Un réseau qui s'inscrit dans un contexte multi-organisationnel doit ainsi prendre en considération ces éventuelles rivalités : « *it cannot be presumed that linkages in networks are exempt from power bargains and other mechanisms of self-defence and self-promotion* » (Therrien, 2015, p. 76)<sup>8</sup>. D'autre part, insuffler une dynamique de mutualisation ne peut reposer uniquement sur l'organisation d'un retour d'expérience inter-organisationnel. Le retour d'expérience doit s'appuyer sur des relations préexistantes et ne peut stimuler *ex nihilo* des relations coopératives. Un médecin du Service de Santé des Armées (SSA) souligne ainsi qu'un retour d'expérience n'a de sens que s'il repose sur un réseau pérenne : « *Peut-être je rajouterai un réseau parce que si l'ESR fait son RETEX tout seul dans son coin... alors que s'il se met en réseau avec d'autres hôpitaux ils vont peut-être pouvoir potentialiser le résultat mais ce n'est pas simple le réseau aussi ça prend du temps* ». Ainsi, le retour d'expérience ne peut à lui seul instaurer une culture du partage entre les ESR mais constitue un outil au service de cet objectif. Au-delà de cet outil, un infectiologue souligne qu'une plateforme interactive pourrait favoriser les échanges de bonnes pratiques entre les ESR : « *là des retours d'expérience en ce moment il n'y a rien donc pour moi ce qui serait bien ça serait d'essayer de développer une plateforme simple avec des choses évolutives pour comprendre quelles ont été les réactions des uns et des autres car finalement on est douze ESR et quand on veut un renseignement on ne sait plus trop à qui s'adresser en fait* ». Cette piste pourrait ainsi être explorée par le réseau COREB afin de cultiver les relations entre ESR et d'assurer le partage de l'expertise.

---

<sup>8</sup> Il n'est pas permis de supposer que les liens noués dans un réseau sont épargnés par des relations de pouvoir et d'autres mécanismes d'auto-défense et d'autopromotion ».

## b) Un outil d'animation zonale

Au-delà du partage des bonnes pratiques, la prise en charge d'un patient REB pose la question de la continuité de l'expertise tout au long du parcours patient. Ce type de prise en charge implique en effet l'intervention de partenaires au-delà de l'organisation hospitalière. Le parcours d'un patient REB ne s'inscrit pas seulement dans un ESR : il s'ancre dans un contexte multi-organisationnel qui se déploie à l'échelle de la zone de défense. Les acteurs de la zone de défense sont présentés dans le schéma ci-dessous :



Ce schéma invite à formuler un premier constat : la prise en charge d'un patient REB requiert l'intervention de plusieurs organisations. Le défi posé à ces dernières est alors de se coordonner afin de maîtriser le risque de propagation à chaque interface. On se place en effet dans un contexte, qui en multipliant les interfaces, tend à décupler les contingences et les dysfonctionnements. Chaque jonction peut alors constituer une éventuelle faille du circuit de prise en charge. Dans ces conditions, on peut se demander si le retour d'expérience, en tant qu'outil de décloisonnement, a permis de favoriser une coordination inter-organisationnelle. En d'autres termes, il s'agit de comprendre dans quelle mesure le retour d'expérience peut être un outil d'animation zonale. Les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire ont insisté sur la coordination de l'ESR avec trois

interfaces majeures : les établissements de santé de la zone non habilités (ES), l'ARS et enfin le SAMU. Cette partie se concentrera ainsi sur ces trois acteurs.

- **L'articulation entre l'ESR et les ES de la zone de défense : une interface complexe**

L'orientation directe d'un patient hautement contagieux vers un ESR représente une situation idéale dans la mesure où cette configuration est conforme au circuit anticipé par les autorités sanitaires. Dans la réalité, cependant, le patient ne respecte pas nécessairement le schéma fléché conçu « sur le papier ». Dès lors, il peut se présenter au service d'accueil d'urgence (SAU) d'un hôpital non habilité. Comme le précise une cadre d'un SMIT, la distinction entre un ESR et un établissement non habilité ne va pas de soi pour le patient : *« les gens ne savent pas forcément quel est l'établissement de référence peut-être qu'il faudrait refaire une campagne de communication en disant que c'est ici qu'on a la spécificité (...) mais après il faut se faire connaître donc peut être un mouvement de communication en disant qu'est-ce qu'un ESR quelles en sont les valeurs quelle est l'expertise je pense que ça serait intéressant pour la notoriété du service et pour le patient, qu'il sache où aller, où être pris en charge pour avoir le meilleur soin au meilleur moment, la meilleure qualité, (...) parce que je vous dis on ne peut pas aller n'importe où »*. Les établissements de santé non habilités représentent ainsi des points de vigilance dans la mesure où ils peuvent être en première ligne face à un patient REB. Ceci pose de fait la question de la préparation de ces derniers au REB. Selon une cadre hygiéniste, il serait nécessaire d'intégrer ces établissements à l'effort de préparation : *« Dans la vraie vie, il faut un minimum d'implication des autres hôpitaux (...) on a beau définir des endroits stratégiques après il faut bien réfléchir aux moyens d'aller jusque-là que ça soit extrêmement bien coordonné et que les gens qui sont à l'accueil les premiers, il faut qu'ils sachent quoi faire et qu'on ne leur dise pas 'vous n'aurez jamais ce type' de patient donc vous mettez le patient dans un box et vous ne faites rien, vous attendez ça paraît inenvisageable (...) se dire qu'on ne fait rien c'est incompatible avec l'esprit de soins et de continuité des soins à donner au patient »*. Les établissements de santé non habilités devraient ainsi être en mesure de faire face à une alerte REB. Pourtant, la stratégie déployée par les autorités sanitaires n'a pas suffisamment intégré les ES dans le dispositif de réponse. Un médecin hygiéniste indique que ces établissements pouvaient alors être vulnérables face au REB : *« la plupart des urgences des hôpitaux étaient moyennement prêtes elles n'avaient pas identifié de circuit et l'organisation s'est mise en place très*

*tardivement autour des autres établissements que les ESR et c'est probablement une des leçons d'Ebola c'est qu'on a beaucoup focalisé l'attention sur la biologie et la prise en charge des patients dans les ESR ».*

Le manque d'intégration des ES a alors généré certains dysfonctionnements. Face à un patient REB, ces derniers ont pu se trouver démunis. Le témoignage d'un médecin de garde lors de l'arrivée d'un patient suspect Ebola au SAU d'un établissement non habilité est à ce titre très révélateur : *« ça avait été complètement le bazar parce qu'on ne savait pas à qui il fallait déclarer le cas, on ne savait pas où transférer l'enfant et donc effectivement ça a été une galère absolue pour appeler. Il y avait plein de sons de cloches différents et donc ça a vraiment été très mal organisé par rapport à qui joindre et où l'enfant devait être transféré ».* Une cadre de cet établissement rappelle que le personnel de première ligne n'était pas non plus au fait des mesures à appliquer quant aux tenues de protection : *« on n'était pas prêt du tout. Je suis arrivée le matin moi mais du coup les filles elles avaient piqué mais elles n'avaient pas forcément mis de masques il y avait la sœur qui était là aussi (...) il y avait toute la famille dans le box (...) ».* L'accueil de ce type de patient pouvait également générer une désorganisation majeure dans des établissements contraints d'improviser face à l'alerte. Un pédiatre de l'établissement en question se souvient de l'impact organisationnel causé par l'arrivée du patient : *« il s'est passé entre trois et quatre heures et c'est vrai que pendant ce temps-là, la file active des urgences continuait de se remplir et les gens attendaient, il y a eu une très très longue attente des patients ce soir-là. C'est un de nos problèmes majeurs et ça sera récurrent (...) avec la nécessité pour nous de ne pas paralyser la filière des urgences comme on ne pouvait pas mettre un médecin pour accueillir des patients éventuellement atteints d'Ebola vingt-quatre heures sur vingt-quatre ».* Enfin, le manque d'expérience des ES face au REB ne leur permettait pas toujours de reconnaître les symptômes d'une pathologie hautement infectieuse dès le début de la prise en charge. Un médecin hygiéniste soulève en effet la problématique d'un diagnostic différé : *« Au tout début de la crise, il y a eu une malade qui était en réanimation, qui avait un syndrome hémorragique et à j4 ou j5 un réanimateur s'est dit 'Mais est-ce que ce n'est pas Ebola ?' ça c'était dans un hôpital pas loin d'ici (...) donc je me suis déplacé parce que c'était une situation de crise difficile parce que d'un seul coup on se rend compte que cette patiente était passée en gynécologie initialement puis est arrivée en réanimation elle a été opérée donc il y avait la gynéco le bloc opératoire la réanimation et donc c'était une situation psychologiquement très difficile ».* Ainsi, il semble que les établissements de santé non habilités ne constituaient pas, au début de l'alerte, un premier rempart fiable contre le risque de propagation. Le

manque de connaissance des procédures de transfert du patient, des mesures de protection et le risque d'un diagnostic différé démultipliaient en effet les risques de propagation.

Ce constat soulève la question de l'articulation entre ces établissements et l'ESR de la zone de défense. En tant que centre de référence, ce dernier est en effet censé venir en appui aux établissements non habilités. D'après l'article L. 3110-9 du Code de la santé publique, l'ESR a pour mission « d'apporter une expertise technique aux établissements de santé sur toute question relative à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ». Il est aussi chargé de « conduire des actions de formation du personnel des établissements de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ». Ces deux missions mettent en évidence la volonté d'attribuer à l'ESR un rôle de liaison et d'interface avec les ES de la zone. On peut alors se demander si cette volonté exprimée « sur le papier » connaît une réelle traduction sur le terrain. Une cadre de santé indique que la collaboration entre l'ESR et les ES de la zone de défense concernée est soutenue : *« on est très sollicité par les établissements pour aller les aider, pour valider aussi les exercices, on travaille avec eux aussi sur leurs exercices sur leur besoin d'accompagnement sur un exercice ou dans la situation de crise en elle-même. On est là pour aider tous les établissements et je dis bien tous d'ailleurs pour ça on a fait un site internet mission NRBC (...) où on glisse toute la réglementation tous les évènements importants et l'organisation des soins en situation de crise on essaie de leur apporter des réponses quand ils en ont besoin. Ils savent qu'ils peuvent nous appeler ou nous laisser un message donc on essaie toujours de leur apporter une réponse même quand on ne sait pas on va la chercher pour eux »*. De la même façon, une gestionnaire du plan blanc précise que l'ESR assure sa mission d'animation zonale : *« c'est vrai qu'avoir notre niveau d'expertise et de pouvoir le transmettre à d'autres établissements c'est compliqué je vous l'accorde c'est une cellule NRBC qui tourne à 200% chez nous après on répond aussi par mails et puis ce sont des liens qui se font des rencontres (...) c'est un bon moyen de créer des liens, d'échanger, de se rencontrer (...) et puis on fonctionne beaucoup par mail ou par téléphone il ne faut pas croire qu'on se déplace tout le temps mais on se déplace au besoin »*.

Il semble toutefois que cette mission d'animation zonale ne soit pas opérationnelle dans toutes les zones de défense. Un infectiologue indique ainsi : *« à ma connaissance on ne forme pas les autres établissements (...) cette dynamique de formation est loin d'être active de notre part vers les ES de la zone d'autant que notre zone s'étend »*. Cet extrait met en évidence la mise en œuvre difficile des missions de l'ESR. Il convient alors de *« rendre compte des facteurs qui permettent de comprendre le non-accomplissement, ou*  
Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes –  
<2015-2016>

*l'accomplissement (très) partiel des décisions* » (Hassenteufel, 2011, p. 84). Une ressource essentielle semble avoir une nouvelle fois entravé l'accomplissement de ces missions : le temps. Un médecin hygiéniste précise en effet que l'ESR n'était pas en mesure d'accorder le temps nécessaire à cette dynamique d'animation zonale : « *Nous n'étions pas en capacité de le faire déjà que nous avons nos propres équipes à former, nous n'avons pas le temps de nous déplacer dans d'autres établissements pour former tout le monde. (...) on n'a rien promu en terme d'animation zonale non en fin en tout cas pas de façon formalisée et on ne s'est pas déplacé ailleurs pour faire de l'animation zonale* ». De la même façon, un infectiologue souligne que l'ESR n'a pas pu assumer sa mission de formation à destination des ES de la zone : « *Alors l'expertise technique on a clairement limité ça au fait qu'on prenait en charge les patients et on n'est pas allé dans les autres établissements, ça a été discuté mais clairement il y a eu une décision qui a été prise que nous n'allions pas dans les établissements de la région parce que nous n'avons pas les moyens en temps justement et la direction quand on discutait de ces problèmes de temps a eu cette écoute en disant nous à ce moment-là on prend la responsabilité de vous demander ne pas aller dans ces établissements alors évidemment il y a quand même eu des contacts et je crois qu'il y a eu des échanges de procédures en particulier pour les services des urgences mais ça s'est limité à ça* ».

La question des moyens financiers, humains et techniques nécessaires à la mise en œuvre des missions de l'ESR se pose également. Un infectiologue souligne que l'animation zonale exige des ressources ambitieuses dont l'ESR ne dispose pas : « *On a déjà du mal à avoir les moyens de former les personnes chez nous, c'est sûr qu' idéalement on devrait se déplacer (...) mais il faut qu'il y ait les moyens de le faire, aller se déplacer ailleurs pour faire des journées de formation, en tant que temps plein hospitalier, on n'a pas de temps médical ou paramédical de coordination pour faire ça et ça prend énormément de temps* ». Cet extrait illustre le hiatus qui existe entre une mission énoncée sur le papier et le manque de ressource allouée pour mener à bien celle-ci. Ce constat rappelle ainsi que l'application d'une décision administrative peut être entravée par le « jeu de la mise en œuvre » (Hassenteufel, 2011, p. 100) opéré par les acteurs de terrain.

Ces derniers ont rencontré un dernier obstacle pour assurer l'implémentation de l'animation zonale. En effet, en tant que centres de référence détenteurs de l'expertise technique, les ESR n'ont pas toujours été en mesure de prodiguer des conseils aux ES. Selon la cadre hygiéniste, l'expertise technique faisait précisément défaut aux ESR face à certaines questions : « *Le point sur lequel ça a été plus compliqué c'est l'ESR comme plate-forme de conseils et de référence pour les établissements autour et ça par contre ce*

*n'était pas toujours très facile parce que vous êtes le nez dans le guidon, vous êtes dans vos procédures, dans vos formations (...) donc vous imaginez que quand on avait trois, quatre, dix coups de fil par jour de type 'voilà je suis les urgences de X hôpital si j'ai un patient qui se présente qu'est-ce que j'utilise comme matériel où est-ce que j'ai le matériel ?' et parfois nous on était incapable de répondre parce qu'on n'arrivait déjà pas nous à avoir nos réponses parce que ça a commencé fin juillet Ebola ma collègue était toute seule et elle m'a dit 'moi j'ai été seule au monde pendant un mois et demi' ».*

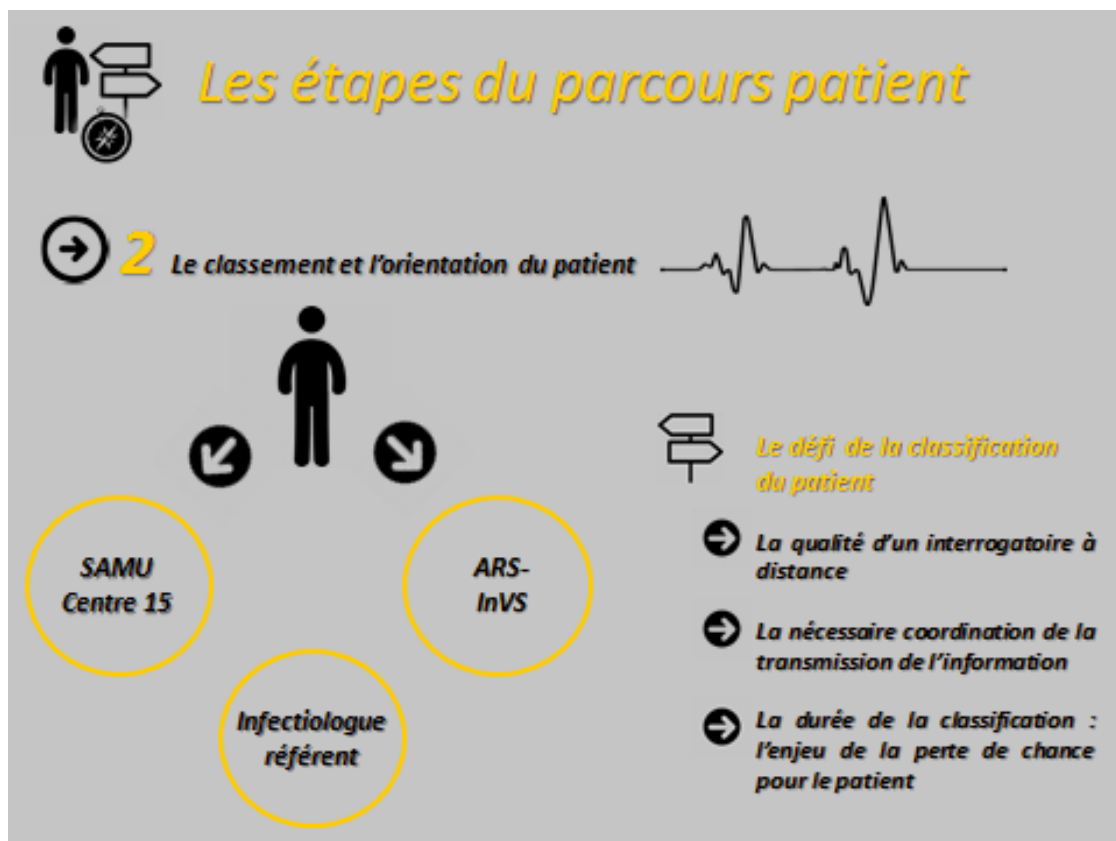
Dans ces conditions, on peut se demander si le retour d'expérience, en tant que vecteur de cohésion, aurait pu insuffler cette dynamique d'animation zonale envers les ES. Un infectiologue se montre sceptique quant à la capacité du retour d'expérience à fédérer des organisations à flux tendus : *« aller plus loin dans ces thématiques en se disant on est ESR donc on va faire des réunions régulières avec les hôpitaux de la région etc. ça demande un investissement en temps et en organisation qui est majeur et on se heurte au fait qu'on a autre chose à faire et qu'on n'y arrive pas. Après, je n'ai pas l'impression, si vous prenez tous les services de la région (...) qui sont à même d'accueillir le malade, je ne sais pas s'ils sont très demandeurs »*. Cet extrait souligne ainsi que la mission d'animation zonale peut se concrétiser si elle émane d'une volonté réciproque entre l'ESR et les ES de la zone. Il semble que le retour d'expérience ne permette pas à lui seul d'impulser cette dynamique de partage et d'échange de pratiques. Cet outil semble adéquat quand il s'inscrit dans un historique de relations stabilisées. Sans ce préalable, le retour d'expérience peut difficilement renforcer des liens qui n'existent pas initialement. C'est ce qu'explique une cadre d'un SMIT : *« S'il y a une volonté on va dire (...) de l'ESR en question il faut qu'il y ait de l'écho en face et donc c'est un gros travail, s'il n'existe rien, s'il n'y a pas d'existant, il va falloir tout créer et ça ne se fait pas en deux semaines et c'est un gros travail à faire et il faut que les personnes en face l'entendent et soient d'accord pour le réaliser parce que ça ne peut pas être une mission où on arrive et on crée tout et puis il faut que ça reste pérenne sinon ça ne sert à rien donc voilà c'est presque une culture à mettre en place petit à petit donc ce n'est pas simple et puis pour un risque qui n'est pas quotidien donc ça peut être beaucoup d'effort pour quelque chose qui est n'est pas forcément vécu comme important en fonction des contextes locaux »*.

Selon un directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, la construction d'un réseau serait plus à même d'encourager l'animation zonale entre les ESR et les ES : *« Il n'y a pas forcément de dynamique régionale des acteurs en charge de ces sujets. On a le prisme de l'urgence parce qu'il y a des organisations spécifiques sur l'urgence avec des réseaux pleinement constitués et donc pour répondre pleinement à votre question s'il y a Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>*

*un réseau existant d'acteurs concernés de fait ça fonctionnera mais s'il n'y en a pas ça sera difficile et c'est peut-être ça le frein ou le levier c'est l'existence de réseaux et puis de personnes clairement identifiées au sein des établissements ». Cet extrait fait ainsi écho à l'une des ambitions du réseau COREB : promouvoir et entériner la coopération zonale entre les ESR et les hôpitaux non habilités.*

- **Le classement du patient : la jonction de différentes interfaces**

La coopération zonale mériterait également d'être renforcée entre les acteurs intervenant dans le classement du patient. Cette étape du parcours patient requiert la coordination de plusieurs acteurs : l'InVS est en effet en liaison avec l'ARS, le SAMU et l'infectiologue référent de l'ESR afin de déterminer si le patient est un cas possible ou non



La coordination de ces différents acteurs n'a pas toujours été optimale. D'après un infectiologue, en effet : « Sur la régulation, ce sont les procédures téléphoniques qui sont un peu complexes comme il faut se mettre en relation avec l'ARS qui demande l'avis de l'InVS ainsi de suite donc ça fait une boucle qui prend pas mal de temps sur le plan téléphonique ». Cette boucle impose alors de garantir une diffusion cohérente de



l'information à toutes les parties prenantes. Un médecin hygiéniste rappelle que la remontée de l'information a parfois été court-circuitée : *« En fait le classement de l'InVS ne nous ait pas parvenu. Le fait qu'on ait nécessité de passer par le médecin de l'ARS pour interroger l'InVS a fait que la réponse descendante de l'InVS a été bloquée par le médecin de l'ARS qui a considéré en son âme et conscience que la réponse de l'InVS n'était pas satisfaisante et a souhaité confirmer l'alerte pour nous pousser à faire le prélèvement et essayer d'organiser la prise en charge des personnels potentiellement contacts et une sorte de fermeture des urgences. Enfin, il est parti dans une organisation qui découlait du fait que pour lui le cas était néanmoins possible et du coup il nous a demandé d'organiser le prélèvement et l'envoi du prélèvement et c'est au moment de cette organisation-là qu'un contact direct a été établi entre notre établissement et l'InVS qui était très étonnée que la démarche se poursuivre alors qu'ils avaient donné la consigne de lever la suspicion »*. Ce dysfonctionnement n'est pas anodin dans la mesure où il se traduit concrètement par une désorganisation majeure pour l'ESR et par un retard dans la prise en charge du patient.

Cet exemple met également en évidence la difficulté de formuler un diagnostic précis à distance. Les propos d'un médecin hygiéniste illustrent cette difficulté : *« Le premier dysfonctionnement c'est qu'on a reçu onze cas suspects et en fait il y a deux malades qui auraient pu être initialement exclus (...) ils sont arrivés et ils ont été pris en charge comme un cas possible jusqu'à ce qu'on dise très rapidement que non ce n'est pas un cas possible donc il y a des problèmes de classification des cas qui ne sont pas forcément faciles à résoudre mais c'est par exemple le fait que des patients soient pris en charge à domicile et que le questionnaire est difficile à appliquer, qu'à travers le SAMU ou le médecin généraliste ou à travers la personne sur place en dehors des urgences, le lien avec l'ARS n'est pas facile donc il y a sans doute un problème de classification dans le circuit initial »*.

- **Le transfert du patient : une collaboration à renforcer entre le SAMU et l'ESR**

Un classement erroné conduit finalement à une mauvaise orientation du patient vers l'ESR. Un infectiologue rappelle qu'une coopération difficile avec le SAMU contraint les ESR à accueillir des patient mal orientés : *« il y a eu des dysfonctionnements dans la capacité des équipes du SAMU à faire un diagnostic de cas possibles et donc on a pris des gens qui étaient suspects c'est-à-dire que le SAMU n'assumait pas de faire l'enquête épidémiologique qui permettait de statuer en cas possible et ça c'était un grand*

*dysfonctionnement c'est-à-dire que l'on a récupéré des gens (...) qui étaient des migrants qui parlaient anglais, la police était effrayée par Ebola et ils sont arrivés chez nous alors qu'avec un interrogatoire médical de quelques minutes on excluait la possibilité d'un cas soit d'un point de vue épidémiologique soit d'un point de vue finalement clinique et c'était très rapide (...) et on a vraiment insisté auprès du SAMU pour qu'il participe dans l'acte médical du classement de cas et qu'on ne soit pas en train de prendre des gens trop rapidement ». La complexité du classement du patient pose également des difficultés au SAMU. En effet, la durée de la classification peut immobiliser les équipes du SMUR envoyées par le SAMU pour effectuer le transfert. Un médecin hygiéniste précise alors qu'une classification difficile compromet l'opérationnalité du SAMU : « le principal dysfonctionnement en amont de la prise en charge (...) c'est le certain délai de latence et la complexité de classification des cas en lien avec les autorités de santé en pratique avec l'ARS et effectivement il y avait un cas pédiatrique étiqueté suspect qui était aux urgences d'un hôpital et dont la procédure de classification du cas a pris plusieurs heures entre le moment où l'hôpital nous avait directement appelé (...) et le moment où l'ARS a finalement exclu ce cas mais pendant ce temps-là le SAMU était sur place en stand by (...) donc là pour le coup c'est une vraie complexité qui dépend probablement de la qualité de l'interrogatoire sur place de l'interrogatoire de la famille et du patient et du degré d'expérimentation du correspondant à l'ARS donc il y a une chaîne de prise en charge qui est parfois un peu complexe ».*

Pour remédier à ces différents dysfonctionnements, les ESR et les SAMU semblent alors avoir travaillé de concert. Un médecin du SAMU indique en effet qu'il est nécessaire de renforcer l'articulation avec l'ESR afin d'assurer une meilleure fiabilité du transfert du patient : « On participe aux simulations sur les transports (...) donc une simulation d'arrivée d'un patient dans l'équipe SAMU donc on est présent et on participe ensemble (...) parce qu'on a besoin d'interaction et de choses spéciales par exemple quand on arrive il faut qu'eux prévoient des fûts DASRI<sup>9</sup> pour toute nos tenues et pour stocker notre bulle le temps d'avoir l'identification par PCR<sup>10</sup> donc il faut se coordonner ». La participation du SAMU aux exercices organisés par l'ESR semble ainsi matérialiser une dynamique d'animation zonale privilégiée entre ces deux acteurs. Dans ces conditions, le retour d'expérience a pu faciliter les échanges entre le SAMU et l'ESR. Une gestionnaire des risques précise que la participation du SAMU au retour d'expérience était nécessaire pour améliorer la sécurité du parcours patient : « on avait parfois le SAMU sur par exemple le

---

<sup>9</sup> DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

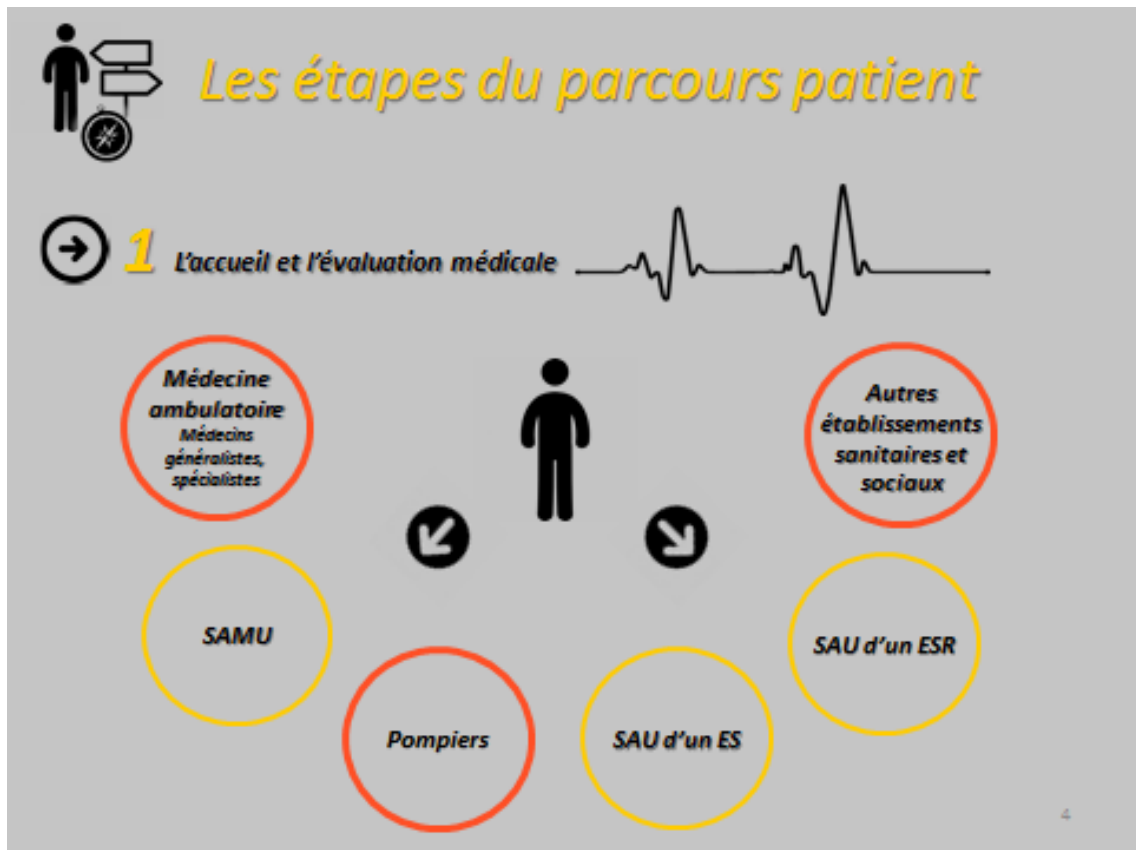
<sup>10</sup> PCR : de l'anglais Polymerase Chain Reaction, en français : Réaction en Chaîne par Polymérase. Il s'agit d'un examen biologique permettant par exemple de confirmer ou d'infirmer un diagnostic Ebola.

*lien entre l'arrivée d'un enfant et sa prise en charge au niveau du site, là on était plus au niveau de l'enceinte du site pour cette réunion mais dès qu'il y avait un sujet on travaillait avec eux ne serait-ce que pour le circuit de l'arrivée à l'hôpital jusqu'aux services puisque tout le circuit se faisait avec les professionnels du SAMU donc on avait besoin qu'ils connaissent le circuit et savoir dans quelles conditions ils nous amenaient l'enfant ». Cet extrait met ici en évidence la capacité du retour d'expérience à fédérer des acteurs différents dans le but d'améliorer la cohérence de leurs actions. Un infectiologue souligne quant à lui que le retour d'expérience a soulevé le problème du manque d'homogénéité des pratiques adoptées par le SAMU d'une même zone de défense : « on a fait plusieurs fois des réunions avec l'ensemble des SAMU régionaux qui devaient transférer le patient chez nous pour Ebola et donc essayer de travailler le parcours de soin et ça a été un dysfonctionnement majeur dans le manque d'homogénéité des pratiques du SAMU même au sein d'une même région où tout le monde n'arrivait pas à faire la même chose (...) et ça dans les dysfonctionnements c'est un cas important ».*

Ainsi, on constate qu'à mesure que le périmètre des acteurs s'agrandit, la complexité de la prise en charge s'accroît. Les acteurs de la zone de défense doivent en effet maîtriser le risque de propagation à chaque interface d'où la nécessité d'une coordination accrue. Cette coordination semble être à géométrie variable selon les intervenants et le retour d'expérience ne permet pas toujours de matérialiser une animation zonale difficile à alimenter.

### **c) Un outil d'intégration de toutes les interfaces ?**

Anticiper la gestion d'une alerte REB impose d'identifier tous les points d'accueil auxquels un patient hautement contagieux est susceptible de se présenter. Ces portes d'entrées potentielles ne se limitent pas aux différentes interfaces de la zone de défense. Au-delà des acteurs zonaux, d'autres partenaires peuvent participer à l'accueil d'un patient REB. Ceux-ci sont signalés par un cercle rouge dans le schéma ci-dessous :



Un patient hautement contagieux ne pense pas nécessairement être atteint d'une pathologie grave exigeant une hospitalisation. Son premier réflexe peut alors être de consulter son médecin généraliste. Les praticiens libéraux peuvent ainsi constituer la première porte d'entrée du parcours patient. Dans ces conditions, intégrer les praticiens libéraux à la préparation d'une alerte REB se révèle être cruciale. En effet, d'après le guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle : « il convient de mettre en place un dispositif robuste d'information des professionnels de santé libéraux afin d'être en mesure de leur communiquer des éléments sur la situation sanitaire, de leur faire parvenir les recommandations sur les modalités de prise en charge de leur patientèle et les filières de soins à privilégier » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014, p. 27). En tant que professionnels de premier recours, les praticiens libéraux doivent pouvoir représenter un rempart efficace contre la propagation de la pathologie concernée. Délivrer des recommandations claires à ces derniers est capital à double titre. Il est d'abord nécessaire que des professionnels rarement exposés à ce type de pathologie puissent formuler un diagnostic adéquat lors de la consultation. Ensuite, le praticien en question doit connaître les procédures à suivre pour limiter le risque de contamination. En effet, penser au diagnostic ne suffit pas car il convient de mettre en œuvre les mesures de

protections indiquées. Le patient doit ainsi être isolé des autres personnes présentes dans le cabinet de consultation et porter un masque chirurgical en attendant que le SMUR intervienne pour le transférer dans un ESR (HCSP, *art. cit.* p. 7). De même, la traçabilité des autres patients présents dans la salle d'attente doit être assurée afin de limiter tout risque de propagation en cas de contact avec le patient REB (*Ibid.*, p. 8).

En pratique, toutefois, les praticiens libéraux ne sont pas nécessairement au fait de ces procédures. Une cadre d'un SMIT souligne en effet que l'information auprès des médecins généralistes n'a pas toujours été efficace : *« il y avait eu un message pour tous les médecins généralistes qui disait que s'ils avaient un patient suspect Ebola ils devaient téléphoner au 15 et en fait une fois moi j'étais dans la cour et un patient est arrivé vers moi en me donnant une lettre du médecin et la lettre disait 'ce patient est suspect d'Ebola' donc il est arrivé comme ça, il déambulait dans la cour et il ne savait pas où aller donc moi je me dis que dès fois les messages n'étaient pas bien relayés parce que beaucoup de gens passaient en dehors du 15 donc si vous voulez là c'est un peu embêtant »*. Cet extrait traduit le déficit d'intégration des praticiens libéraux à la gestion du REB. Il reste en effet difficile de fédérer des professionnels autour d'alertes qui demeurent exceptionnelles. Ces alertes aussi exceptionnelles soient elles imposent pourtant de mobiliser des praticiens libéraux qui apparaissent comme un relai privilégié auprès de la population. Ceux-ci ont ainsi un rôle essentiel à jouer en termes de santé publique face au REB : *« Les praticiens libéraux (...) constituent le premier maillon du parcours de santé des patients. Leur association à la préparation et à la réponse aux SSE constitue donc un facteur clé pour l'acceptation des décisions publiques par la population »*. Finalement, l'intégration de ces derniers pose de nouveau la question de la continuité de l'expertise tout au long et dès le début du parcours patient.

Cette problématique concerne également les établissements sanitaires et sociaux. En effet, un patient REB peut se présenter aux portes de ces établissements bien qu'ils n'aient pas été identifiés dans le circuit dédié à ce type de prise en charge. Une cadre de santé se rappelle ainsi que : *« Le premier patient aussi était dans un foyer enfin une association qui s'occupe des personnes qui viennent de l'étranger et en fait il arrivait directement de Guinée Conakry pour rejoindre sa famille »*. Cette configuration impose alors aux établissements sanitaires et sociaux de connaître *« les règles de transfert en milieu hospitalier »* (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014, p. 16) en l'occurrence vers l'ESR. Ceci suppose également d'avoir défini au préalable des *« modalités de coopération et d'échange de bonnes pratiques »* (*ibid.*) entre ces structures et l'ESR.

Ces recommandations théoriques se heurtent cependant à la réalité. Face au REB, les établissements sanitaires et sociaux n'étaient globalement pas préparés ce qui a pu susciter une désorganisation majeure lors de l'accueil d'un patient suspect. Un cadre d'un SMIT se souvient notamment de l'histoire d'un migrant abandonné par un passeur : *« il ne se sentait pas bien, il avait de la fièvre et du coup il l'a largué dans la rue et (...) parce qu'il était affamé, il n'avait pas d'argent, il n'avait rien du tout, il est allé se présenter au commissariat en disant qu'il était mineur et il a été dépêché à l'aide sociale à l'enfance et quand d'un seul coup en faisant l'interrogatoire ils se sont rendus compte qu'il venait de Guinée là pour le coup c'était le branle-bas de combat »*. Cette déstabilisation met en évidence le manque d'intégration d'interlocuteurs novices à l'effort d'anticipation du REB. Etant donné le nombre et la diversité des établissements sanitaires et sociaux, il est extrêmement complexe de les sensibiliser à cette problématique. Un directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques confirme cette complexité : *« ce qui est difficile c'est que ce ne sont pas forcément des établissements sanitaires qui vont être confrontés à des prises en charge de cas possibles et là c'est forcément plus compliqué parce que ce ne sont pas des établissements avec lesquels on a l'habitude d'avoir des contacts importants donc ce sont tous les lieux de vie comme les foyers d'aide sociale à l'enfance. Ce qui est compliqué par exemple c'est que l'aide sociale à l'enfance c'est une multitude d'acteurs »*. L'absence de relations de coopération pérennes entre les ESR et les établissements sanitaires et sociaux peut ainsi fragiliser la réponse formulée pour faire face au REB. Les portes d'entrée difficilement intégrées peuvent constituer des failles dans le circuit de prise en charge et favoriser le risque de propagation. Les mesures permettant de limiter le risque de contamination devraient pouvoir être appliquées dès le début de la prise en charge et ce quel que soit le point de départ du parcours patient. Ceci suppose de nouer des relations pérennes en amont des alertes avec une multitude de structures peu sensibilisées à la préparation au REB. Dans ces conditions, le retour d'expérience n'apparaît pas comme un outil d'intégration permettant d'inclure des acteurs nouveaux à l'effort de mobilisation. Le retour d'expérience ne peut pas fédérer *per se* des acteurs qui évoluent dans des univers professionnels très différents. L'existence de relations pérennes semble ainsi constituer un prérequis indispensable pour que le retour d'expérience inter-organisationnel puisse être un vecteur d'intégration.

Enfin, un patient atteint d'une pathologie hautement infectieuse peut se tourner, en premier recours, vers les pompiers. Ceux-ci relèvent des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et contribuent à l'aide médicale urgente au même titre que le SAMU (ibid., p. 17). Si le SAMU a été identifié comme l'interlocuteur privilégié dans le

circuit de prise en charge, les pompiers peuvent être sollicités par un patient et assurer son transfert jusqu'à l'ESR. La collaboration de ces acteurs de la sécurité civile et du SAMU n'a alors pas toujours été optimale. Ces derniers n'ont par exemple pas réussi à trouver un terrain d'entente pour harmoniser leurs procédures d'habillage et de déshabillage. Un médecin hygiéniste précise que les ESR n'ont pas réussi à nouer des relations collaboratives avec les pompiers : *« on a aussi eu l'occasion de partager avec les SAMU donc il y a eu ce travail pour essayer de faire en sorte que tout le monde ait la même procédure de prise en charge des patients et d'acheminement vers l'ESR qui ont fait que les SAMU ont à peu près la même politique d'habillage de déshabillage de protection en revanche les pompiers on a jamais réussi (...) normalement ils ne participent pas c'est le SAMU qui est censé transporter mais vous savez que les pompiers participent aussi pas mal à l'activité d'urgence donc on a vu arriver une fois des pompiers mais les pompiers c'est une grosse machine donc ça a été difficile alors que le SAMU ça a été un peu plus souple on a pu partager un peu plus avec eux »*. Un collègue rappelle que l'absence de procédure homogénéisée peut altérer la fiabilité du circuit : *« Il est par exemple inacceptable que les pompiers n'aient pas les mêmes procédures que le SAMU et que personne ne leur dise rien et cela pose de nouveau la question de l'homogénéisation et de la gestion de l'interface entre différentes personnes qui n'a pas toujours été réglée et qui a fait que certains collègues n'ont pas vu ou anticipé certains problèmes »*.

Deux constats peuvent finalement être formulés à l'issue de cette deuxième partie. Tout d'abord, il semble nécessaire d'intégrer des acteurs qui n'ont pas été initialement fléchés sur le papier pour recevoir ce type de patient. Occulter ces nouveaux intervenants conduirait à renforcer une contingence difficile à appréhender : il n'est pas possible de prévoir avec certitude à quelle porte d'entrée un patient REB se présentera, en particulier dans un contexte aux interfaces multiples. La mobilisation de partenaires très divers autour de la préparation au REB ne va pourtant pas de soi comme nous avons pu le démontrer tout au long de cette partie. L'étendue du périmètre des acteurs à mobiliser invite à formuler un deuxième constat : face à des parties prenantes toujours plus nombreuses et toujours plus éloignées de la problématique REB, le retour d'expérience ne semble pas être à lui seul un outil d'intégration pertinent. La pertinence du retour d'expérience soulève plusieurs enjeux qui seront analysés dans la partie suivante.

### **III- Le retour d'expérience et la gestion des risques : quelques pistes pour renforcer la capacité de préparation et de réponse des ESR**

Au cours de la deuxième partie, nous avons pu constater que l'institutionnalisation du retour d'expérience au sein des ESR demeurerait limitée. Le difficile enracinement de cette pratique peut alors traduire un obstacle étudié de façon récurrente dans la littérature consacrée au retour d'expérience : « le problème de l'appropriation du REX par les acteurs » (Mbaye, 2008, p. 10). Il convient finalement de poser la question suivante : « dans quelle mesure le processus de REX est-il perçu comme pertinent par les acteurs ? » (ibid., p.14). Répondre à cette question permettrait de renforcer la place du retour d'expérience dans la stratégie de préparation et de réponse des ESR. Cette partie interrogera l'opportunité de réorienter la stratégie nationale vers une plus grande valorisation de la formation professionnelle au REB et du retour d'expérience.

#### **A- Proposition d'une méthodologie de retour d'expérience adaptée aux ESR**

Afin de s'ancrer dans un contexte nouveau, la pratique du retour d'expérience doit s'adapter aux logiques d'action des professionnels des ESR (ibid., p. 8). Pour mieux appréhender ces logiques d'action, il semble alors pertinent d'identifier quels sont les critères de qualité d'un retour d'expérience selon ces derniers. Cette étape permettra ensuite de formuler des pistes méthodologiques à la lumière des préconisations énoncées dans la littérature et des attentes mises en évidence par les acteurs interrogés. Cette esquisse méthodologique a pour objectif de concilier les exigences théoriques aux contraintes des professionnels des ESR.

##### **a) Les critères de qualité du retour d'expérience selon les professionnels de santé**

Avant de proposer une méthodologie de retour d'expérience, il convient d'examiner les exigences des professionnels de santé vis-à-vis de cette pratique. Il s'agit en effet de comprendre quelles sont selon eux les critères de qualité d'un retour d'expérience afin de soumettre une méthodologie en adéquation avec leurs attentes. Cet objectif pourrait susciter une plus grande adhésion des professionnels des ESR aux pratiques du retour



d'expérience (ibid., p. 14). Imposer à ces derniers une méthodologie empruntée de toute pièce à un autre secteur, sans adaptation, conduirait au contraire à l'échec de la transposition de cette démarche au sein des ESR. La réussite et le respect des procédures de retour d'expérience sont « largement soumis aux motivations des acteurs » (ibid., p. 12). Il convient donc d'examiner les critères qui selon ces derniers déterminent la qualité d'un retour d'expérience.

Tout d'abord, les professionnels des ESR s'interrogent quant à la « pertinence du retour d'expérience en fonction du type de l'évènement source » (DGS, 2007, p. 6). Comme nous l'avons vu tout au long de la deuxième partie, le retour d'expérience exige de mobiliser des acteurs et des ressources conséquentes dans des organisations à flux tendus. Dans ce contexte, il convient donc d'avoir recours au retour d'expérience à bon escient. Un médecin du SAMU rappelle cet impératif : *« tout dépend de l'ampleur de l'évènement parce que rassembler cent personnes pour le cas d'un patient où il y a eu un petit dysfonctionnement entre trois services bon ben c'est un problème local ponctuel qui n'aurait peut-être pas eu lieu dans un autre établissement parce que l'organisation est différente donc voilà il n'y a pas tellement d'enseignement à tirer sauf d'une procédure locale alors que sur un évènement comme les attentats du 13 novembre c'est quand même une autre ampleur qu'un seul patient donc là on est sollicité un peu partout dans le monde pour aller (...) faire un RETEX mais sur un cas de maladie infectieuse je ne suis pas sûr qu'on puisse faire un RETEX national là-dessus. Par contre, faire un RETEX sur l'ensemble des personnes prises en charge sur une année, sur un endroit, pourquoi pas »*. Cet extrait met en exergue deux impératifs. D'une part, la nécessité de définir précisément l'objectif du retour d'expérience afin de s'assurer de la pertinence ou non de cette pratique. D'autre part, il est essentiel de déterminer la nature du retour d'expérience : l'évènement en question appelle-t-il un retour d'expérience en interne ou a-t-il vocation à faire l'objet d'une analyse inter-organisationnelle ? Cette distinction est fondamentale pour garantir la pertinence du retour d'expérience. Un médecin militaire précise cette distinction : *« Il y avait plusieurs niveaux de retour d'expérience : il y a avait un niveau tactique c'est-à-dire le quotidien sur le terrain tactique, les choses simples et cliniques donc ça concernait le soutien santé des opérations donc c'est les petites choses du quotidien j'ai eu tel problème sur le plan clinique ou opérationnel' donc ça c'était un premier niveau (...). Après, j'avais le niveau stratégique, c'est plus les relations avec les commandements, les organisations chapeaux, les relations avec les pays (...) et on faisait le point sur les remontées (...) et en fait ce qui est intéressant c'est les deux donc le RETEX à chaud voilà l'équipe qui discute*

*ensemble et puis le RETEX à froid qui va être de prendre un peu plus de recul mais aussi de l'agglomérer à tous les autres RETEX ».*

Ces propos soulignent que la démarche du retour d'expérience s'inscrit dans deux temporalités différentes. Un retour d'expérience à vocation interne devra être organisé dans un délai restreint après l'évènement : « L'analyse doit se poursuivre ensuite de façon plus approfondie dans des délais suffisamment proches de l'évènement, afin de bien cerner les mesures préventives à mettre en œuvre » (Programme National pour la Sécurité des Patients, 2013, p. 10). D'après un cadre hygiéniste, en effet : « *un obstacle c'est de ne pas le faire trop à distance car sinon les gens oublient et puis ils ne sont plus forcément motivés* ». Un retour d'expérience inter-organisationnel ou élargi s'inscrit quant à lui sur le long terme pour prendre de la distance vis-à-vis des enseignements tirés d'un contexte local : « A distance des évènements, le regroupement des analyses et des mesures auxquelles elles donnent lieu, peut permettre de tirer des enseignements plus généraux au niveau régional ou au niveau national » (ibid.).

La distinction opérée entre le niveau opérationnel et stratégique invite ainsi à réfléchir à l'échelle du retour d'expérience ce qui *in fine* revient à définir le périmètre des participants. Cette question pratique soulève des interrogations récurrentes parmi les professionnels de santé interrogés. Ces derniers doivent en effet concilier deux impératifs contradictoires.

D'une part, il est nécessaire de garantir la représentativité de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge. La pluri-professionnalité des participants est un critère essentiel comme le rappelle un directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques : « *ce qui était important c'est (...) que participent au RETEX les différentes professions impliquées parce qu'un RETEX c'est pluri-professionnel la question ne se pose pas* ». De même, un médecin hygiéniste souligne cet impératif de diversité : « *Si on veut que le RETEX soit productif, il faut mobiliser très large parce que s'il n'y a que les médecins par exemple, on n'a qu'une partie du problème donc ça serait difficile* ». La dimension pluri-professionnelle assure ainsi de ne passer sous silence aucune étape du parcours patient. Le directeur cité plus haut souligne cet impératif : « *si on ne traite pas l'ensemble du parcours déjà le pluri-professionnel ne sert à rien donc c'est l'aspect méthodologique du RETEX qui de fait est assez basique mais c'est de réussir à bien traiter les différentes étapes et s'arrêter étape par étape pour analyser les dysfonctionnements* ». Le critère de représentativité implique également d'inclure les personnels de première ligne directement impliqués dans la prise en charge du patient. Plusieurs professionnels de santé considèrent que la participation de ces derniers est indispensable. En effet, d'après un infectiologue :

« *Il faut absolument que les soignants qui étaient là, les infirmières, les aides-soignants, les médecins et biologistes qui étaient là soient là pour que chacun à son niveau donne son ressenti et mette le doigt sur les choses qui ont été ou n'ont pas été* ». Un médecin regrette toutefois qu'en pratique les professionnels de première ligne ne puissent pas toujours participer au retour d'expérience : « *Je trouverais ça bien dans l'absolu que les personnels directement impliqués puissent être à ces RETEX-là parce que parfois c'est 'ah oui mais j'ai cru entendre que ça c'était passé comme ça' et en fait on gagnerait beaucoup plus avoir les personnels clairement impliqués qu'ils soient présents mais bon ce n'est pas toujours possible* ».

D'autre part, les professionnels interrogés précisent que le nombre de participants doit être limité. Ce critère se heurte alors à la nécessité d'intégrer des professionnels multiples intervenant aux différentes étapes du parcours patient et d'inclure les professionnels de première ligne. Organiser un retour d'expérience impose ainsi d'accorder deux exigences opposées. La participation des acteurs de première ligne ne fait alors pas l'unanimité chez les professionnels interrogés. Certains soulignent que pour des raisons de faisabilité, il était davantage opérationnel de compter sur les représentants des services impactés pour effectuer une remontée efficace des informations. C'est ce qu'explique un gestionnaire des risques : « *On n'invitait pas ceux qui avaient été dans le service (...) mais ils se parlaient beaucoup en fait donc le fait d'avoir les cadres et le chef de service globalement on avait les informations parce qu'il y avait un échange très important au sein du service donc ils venaient vraiment avec toutes les informations et on ne voulait pas non plus que ça fasse une grande messe de trente personnes donc on limitait aux personnes habituelles (...) mais globalement on n'a jamais eu un manque d'information, les cadres étaient très au courant et très impactées par le sujet* ».

Les entretiens réalisés ont par ailleurs mis en évidence une autre condition *sine qua non* : la nécessité de réserver un temps alloué à cette pratique. Selon la cadre d'un SMIT, il n'est pas possible de faire l'impasse sur ce critère : « *Ce qui est pour moi la condition de base c'est un temps suffisant pour discuter c'est-à-dire qu'on va prendre le temps d'une réflexion d'au moins deux heures et (...) laisser parler les gens qui ont vécu l'expérience* ». Cependant, on constate une nouvelle fois que les spécificités de l'organisation hospitalière empêchent de répondre parfaitement aux critères de qualité d'un RETEX. Les propos d'un infectiologue illustrent cette difficulté : « *Le RETEX appartenait à la réunion de crise donc en gros (...) la cellule de crise durait une heure à une heure et demie et dans ce temps-là il y avait une partie de RETEX et d'évolution de protocoles alors il y avait un quart d'heure ou vingt minutes consacrés à ce qui s'était passé quand on avait* Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

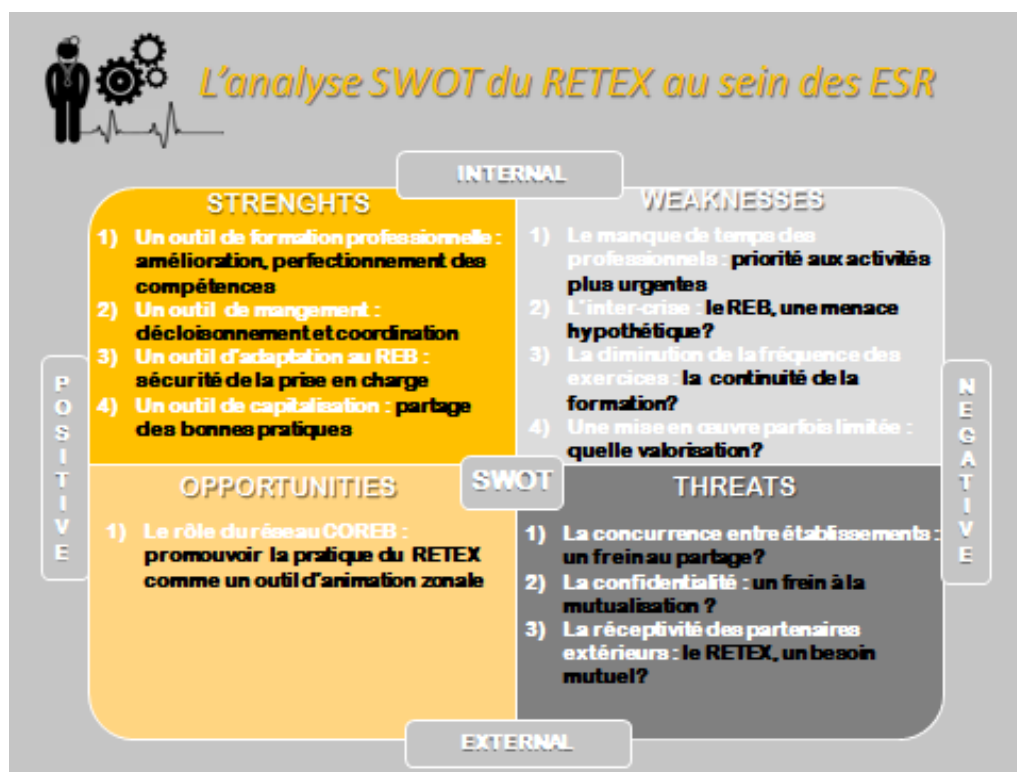
*accueilli un patient* ». Cet extrait illustre ainsi le hiatus qui peut exister entre les prescriptions méthodologiques et leur traduction concrète dans un contexte caractérisé par de fortes contraintes.

Enfin, les professionnels des ESR s'accordent pour dire qu'un retour d'expérience efficace ne peut pas s'improviser. Les questionnements suscités par l'organisation d'un retour d'expérience illustrent la nécessité d'anticiper sa préparation. Une gestionnaire de crises et du plan blanc met ainsi l'accent sur cet effort de préparation : « *Les conditions importantes déjà c'est qu'il soit bien travaillé en amont ne pas attendre le jour du RETEX pour demander aux gens ce qu'il s'est passé donc le préparer, leur demander une remontée avant, faire déjà une première synthèse donc avec des documents d'appui* ». Ces propos illustrent une nouvelle fois la mobilisation qu'exige un retour d'expérience opérationnel, efficace et profitable à tous. Une infectiologue souligne ainsi que le retour d'expérience repose sur un savoir-faire qui n'est pas inné : « *c'est vrai que ça prend du temps à organiser, il faut être réactif, il faut mobiliser tous les acteurs rapidement, enfin ça demande un certain travail et de la réactivité et ça il faut savoir le faire donc soit il faut avoir quelqu'un qu'on identifie comme référent pour le faire rapidement soit il faut le faire soi-même mais quand on en n'a jamais fait ce n'est pas évident non plus* ». La préparation rigoureuse du retour d'expérience peut en retour favoriser l'appropriation de cette pratique par des professionnels de santé qui auront perçu la plus-value de cette démarche.

A ce stade de la réflexion, il semble judicieux de présenter succinctement les enjeux qui entourent l'appropriation du retour d'expérience par ces derniers. Le SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)<sup>11</sup> présenté ci-dessous permet de modéliser les leviers et les freins de l'institutionnalisation de cette pratique au sein des ESR.

---

<sup>11</sup> Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces.



## b) Quelques pistes méthodologiques

Nous proposons ici de synthétiser les conditions d'efficacité d'un retour d'expérience identifiées par les professionnels de santé afin de soumettre une méthodologie de retour d'expérience qui prenne en considération les attentes et les contraintes de ces derniers. Cette proposition n'a pas vocation à se substituer aux méthodologies existantes mais vise avant tout à fusionner les éléments essentiels présentés dans certains guides et les *conditions sine qua non* perçues par les professionnels de santé. Les pistes méthodologiques qui suivent s'inspirent donc des guides existants tout en incorporant les problématiques identifiées par les professionnels des ESR. Il s'agit donc de présenter les différentes étapes nécessaires à l'organisation d'un retour d'expérience. Les ESR pourraient éventuellement s'inspirer des pistes méthodologiques qui suivent et les adapter à leur propre contexte.

## *Le RETEX au sein des ESR : quelques pistes méthodologiques*



1



### *Le RETEX : quelques pistes méthodologiques*

- ➔ **1** *Définir les objectifs du RETEX*
- ➔ **2** *Délimiter le périmètre des acteurs concernés*
- ➔ **3** *Organiser la mise en œuvre du RETEX*
- ➔ **4** *Valoriser le RETEX*



2



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 1 Définir les objectifs du RETEX



Déterminer la pertinence du RETEX en fonction du type d'évènement :



Suite à une situation de crise ou à une prise en charge REB sensible



Suite à un exercice



S'assurer que l'évènement en question mérite d'organiser un RETEX selon deux critères:



Le niveau de déstabilisation pour l'ESR



Le degré de capitalisation : l'évènement en question permet-il de tirer des enseignements?

3



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 1 Définir les objectifs du RETEX



Co-construire une vision globale de l'évènement en s'attachant à :



Identifier les points positifs afin de capitaliser les bonnes pratiques professionnelles et de les partager



Ne pas surestimer les points positifs afin d'éviter le RETEX « exercice de communication » et la « réassurance collective »



Repérer les dysfonctionnements afin de renforcer le niveau de fiabilité et de sécurité de la prise en charge



Eviter le RETEX « sanction »

4



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 1 Définir les objectifs du RETEX



Déterminer la nature du RETEX :



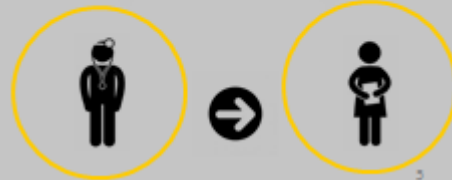
Un RETEX au niveau interne ou opérationnel



Un RETEX inter-organisationnel ou stratégique



Dans quelle mesure les enseignements tirés d'une expérience locale sont extrapolables à d'autres organisations?



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 2 Délimiter le périmètre des acteurs concernés



Pour le RETEX en interne ou opérationnel :



Identifier les services pertinents



Respecter trois critères :



Sélectionner les professionnels :

1) Intégrer les personnels de 1<sup>ère</sup> ligne?

2) Privilégier les représentants des services : chefs de service ou cadres?

- 1) La pluri-professionnalité
- 2) L'interdisciplinarité
- 3) Un nombre restreint de participants





## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 2 Délimiter le périmètre des acteurs concernés



Pour le RETEX inter-organisationnel ou stratégique



Définir l'échelle appropriée :  
S'agit-il d'un RETEX zonal?  
D'un RETEX inter-ESR?



Sélectionner les participants  
selon l'échelle choisie



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 3 Organiser la mise en œuvre du RETEX



Anticiper la remontée des informations en amont du RETEX



La littérature sur le RETEX préconise de réaliser des entretiens individuels ou collectifs auprès des différentes parties prenantes



Cette consigne théorique n'est pas en adéquation avec les contraintes qui pèsent sur les professionnels des ESR en termes de temps



Identifier les cadres comme des relais permettant de centraliser et de faire remonter au pilote ou au comité de pilotage les informations



Recueillir le témoignage des personnels de 1<sup>ère</sup> ligne si ces derniers ne participent pas au RETEX



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 3 Organiser la mise en œuvre du RETEX



Définir le calendrier en fonction du type de RETEX :



Pour le niveau opérationnel, un RETEX « à chaud » semble pertinent



*Si le RETEX en interne est organisé à distance de l'évènement, les professionnels peuvent oublier certains éléments et se démobiliser*



Pour le niveau stratégique, un RETEX à distance de l'évènement est davantage indiqué

10



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 3 Organiser la mise en œuvre du RETEX



Identifier un pilote RETEX



L'identité professionnelle du pilote : un soignant ? Un administratif (Direction de la Gestion des Risques, gestionnaire de crises) ?



*Identifier une personne qui soit à l'interface de plusieurs logiques d'action*

*Choisir une personne expérimentée en termes de conduite et d'animation de RETEX*



Créer un comité de pilotage



*Assurer la représentativité du comité de pilotage du RETEX*

8



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 3 Organiser la mise en œuvre du RETEX



Reconstituer l'intégralité du parcours patient pendant le RETEX :



Afin de n'occulter aucune faille potentielle du circuit de prise en charge



Afin de solliciter l'avis de l'ensemble des participants



11



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 4 Valoriser le RETEX



Formaliser le RETEX :



Grâce à un compte rendu officiel qui permet de conserver une trace écrite des échanges



Le compte rendu du RETEX peut constituer une protection pour l'ESR dans la mesure où il matérialise la volonté de l'établissement de répondre à une alerte REB



Grâce à un tableau de suivi qui permet de contrôler la mise en œuvre des actions correctives issues du RETEX



Valider la pertinence du RETEX en intégrant les correctifs mis en évidence

12



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 4 Valoriser le RETEX



Elaborer une stratégie de diffusion :



En interne, pour valoriser le travail et la mobilisation des participants du RETEX



Veiller à utiliser des supports de communication appropriés



A usage externe, pour officialiser la tenue du RETEX auprès d'autres organisations

13



## Le RETEX : quelques pistes méthodologiques



### 4 Valoriser le RETEX



Réaliser un plan de communication

Principales étapes	Destinataires	Objectifs et contenu de l'information	Supports de l'information	Emetteur de l'information	Dates clés de diffusion
Diffusion interne	Les services impactés	Bilan du RETEX (points positifs et de vigilance) Mesure correctives à mettre en œuvre	Compte rendu Tableau de suivi Newsletter de l'hôpital Intranet	Le pilote RETEX/ Comité de pilotage - Direction	Privilégier une diffusion rapide après le RETEX
Diffusion zone de défense	ARS, ARS de zone, SAMU, SAMU de zone, ES, préfet et délégué de zone	Diffusion des bonnes pratiques Leçons extrapolables	Rapport officiel Mise en ligne sur Internet? Présentation lors d'un séminaire	Comité de pilotage - Direction	Date de diffusion à définir
Diffusion inter-ESR	L'ensemble des ESR	Diffusion des bonnes pratiques Leçons extrapolables	Rapport officiel Mise en ligne sur Internet? Présentation lors de la journée des ESR?	Comité de pilotage - Direction	Date de diffusion à définir

14

## ***B- Consolider la préparation des ESR au REB : vers une nouvelle stratégie nationale ?***

L'institutionnalisation difficile du retour d'expérience au sein des ESR invite à interroger la pertinence de la réponse formulée pour faire face au REB. Le manque de temps consacré à l'effort de formation et au retour d'expérience interroge la capacité des ESR à se préparer de façon optimale au REB. La stratégie nationale adoptée pour répondre à ce type d'alerte repose sur une organisation territoriale particulière : neuf ESR sont répartis sur les sept zones de défense métropolitaines ainsi que trois ESR pour l'Outre-Mer. Ces derniers sont mentionnés dans l'arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence. Dans ce contexte, la pérennisation limitée du retour d'expérience au sein des ESR invite à formuler l'hypothèse suivante : une nouvelle stratégie territoriale permettrait peut-être une meilleure répartition des moyens financiers, techniques et humains. Cette possible réorientation pourrait ainsi conduire à réserver une place privilégiée à la formation professionnelle au REB et par conséquent à la pratique du retour d'expérience. Par ailleurs, la stratégie nationale déployée contre le REB n'encourage pas suffisamment la coopération entre les ESR et les hôpitaux d'instruction des armées (HIA). Ces derniers ont en effet développé une expertise certaine dans le domaine de la gestion de crises et un savoir-faire en termes de retour d'expérience. Il s'agit alors de comprendre en quoi une réorganisation nationale des ESR et un rapprochement avec le service de santé des armées (SSA) permettrait d'accorder une plus grande place à l'effort de formation et au retour d'expérience.

### **a) La question du nombre d'ESR : une nouvelle organisation territoriale ?**

Le nombre actuel d'ESR soulève deux questions : 1) ces derniers ne sont-ils pas trop nombreux ? 2) Ce nombre ne traduit-il pas un éparpillement des ressources et des moyens ?

Répondre à ces deux questions suppose de revenir sur les tenants et les aboutissants du débat mis en évidence lors des entretiens. Deux positions se dégagent alors. D'une part, la volonté de maintenir la stratégie nationale actuelle afin de préserver un maillage territorial solide. D'autre part, la volonté de réduire le nombre d'ESR afin de concentrer les moyens sur quelques établissements.

Les partisans du maintien du nombre d'ESR avancent l'argument suivant : la répartition des ESR sur l'ensemble du territoire favorise l'accès d'un patient REB à ces centres d'expertise. Une gestionnaire de crises et du plan blanc souligne que cette proximité représente un avantage pour le patient : *« ça rassure aussi la population il ne faut pas se leurrer ça joue aussi ça évite les crises de panique on se dit 'c'est bon j'habite à côté d'un établissement qui pourra me prendre en charge' »*. Un infectiologue exprime ainsi ses réticences face une éventuelle réduction du nombre des ESR : *« Moi je suis assez partagé personnellement je pense que c'est dommage parce qu'on doit répondre à la situation d'une population, que derrière cette connaissance, il est normal qu'elle soit répartie sur la totalité du territoire (...) je pense que si on est en situation d'épidémie alors (...) il est normal qu'il y ait plusieurs établissements qui soient en capacité d'accueillir (...) et donc à mon sens il vaut mieux faire plusieurs centres comme c'est décidé maintenant qui tourneront régulièrement sur des risques moindres qu'Ebola mais qui seront en capacité dans leur culture, dans leur formation et dans leur expertise personnelle d'accueillir en sécurité pour leur personnel ces patients donc je suis plutôt porté par l'idée qu'il faut maintenir la possibilité d'accueillir à différents endroits sur le territoire ces gens-là »*. Le maintien du maillage territorial actuel présente en effet les avantages suivants : la répartition et la continuité de l'expertise sur l'ensemble du territoire et l'égalité d'accès aux soins pour le patient.

Une cadre de santé ajoute que cette organisation territoriale permet de limiter le temps de transport d'un patient REB. Les conditions actuelles de transport ne permettent pas d'assurer un transfert optimal sur une longue distance. La réduction du nombre des ESR viendrait alors accentuer cette difficulté : *« quand je vois la difficulté de transport de ces patients-là, le fait qu'il y ait moins d'ESR ça veut dire plus de transport et donc ça m'interroge pour la prise en charge du patient d'une part et aussi pour le respect des soignants quand ils vont devoir porter la tenue plusieurs heures ce qui est le cas chez nous déjà. Si je prends un exemple récent, mon collègue m'a dit que la prise en charge et le temps de transport ça avait duré trois heures donc moi ça m'interpelle beaucoup de me dire que ça serait plus long encore (...) et en plus on n'a pas de transport hélicoptéré en tout cas validé là encore c'est une grosse question qui reste en suspens et pour laquelle on n'a jamais eu de réponse concernant le transport hélicoptéré de ces patients il n'y a pas eu de consignes nationales officielles »*.



Les partisans d'une réduction du nombre d'ESR présentent quant à eux l'argument suivant : cette réduction permettrait une meilleure allocation des ressources ce qui renforcerait *in fine* la cohérence globale de la réponse apportée au REB. Un infectiologue estime que la répartition territoriale actuelle est disproportionnée : « *Pour moi, avoir un nombre d'établissements qui devient gigantesque au niveau français pour prendre en charge ce type de patient est complètement déraisonnable c'est-à-dire qu'avoir seize ESR et douze en France métropolitaine, je suis désolé mais vous n'avez pas besoin d'avoir douze services capables de prendre en charge un patient extrêmement compliqué avec derrière un laboratoire qui nécessite une haute technologie pour moi il en faut aller deux à trois en France (...) mais le problème c'est vraiment d'optimiser les moyens (...) et il aurait mieux fallu en mettre trois et puis ils auraient distribué les sous pour construire les services et les structures qui permettent de correctement prendre en charge ce type de patient mais ça n'est pas entendable parce que chacun défend son petit clocher d'église* ». La question du nombre d'ESR soulève le problème d'une allocation inefficace des ressources. Un médecin hygiéniste souligne que la démultiplication des ESR conduit à un éparpillement des ressources : « *Il est certain qu'on devrait avoir peut-être deux ou trois centres au maximum voire un, les Allemands n'en ont qu'un il y a Hambourg et c'est tout* »

Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

*et les Italiens n'en ont qu'un c'est Rome. Pourtant, l'Allemagne est un pays aussi peuplé que la France donc je pense qu'on devrait avoir un nombre beaucoup plus réduit d'ESR peut-être un au Sud et un au Nord (...) donc je pense que là il y a vraiment un problème de stratégie nationale parce qu'on mobilise des moyens considérables (...) et que c'est éparpillé sur plusieurs ESR avec des gens qui ne sont pas forcément bien formés* ». Cette comparaison internationale semble ainsi plaider pour une réduction du nombre des ESR. Cette réorientation permettrait en effet de mieux orienter et de concentrer les ressources vers un nombre restreint d'établissements.

Ceux-ci disposeraient alors des moyens adéquats pour définir une stratégie de formation cohérente et pérenne. Un médecin hygiéniste rappelle que le nombre actuel d'ESR conduit au contraire à disperser l'effort de formation : *« c'est compliqué de mobiliser et de maintenir un niveau de formation pour un nombre important d'ESR pour un risque extrêmement ponctuel. C'est une vraie énergie de mobilisation et je comprends que les ESR de métropole surtout dans une situation d'éclatement et sur un risque hypothétique aient des difficultés concernant la formation donc je ne suis pas sûr qu'il soit pertinent de maintenir ce nombre, oui c'est beaucoup d'ESR »*. Un infectiologue souligne quant à lui que la stratégie nationale actuelle contraint les ESR à improviser face à une alerte REB : *« Si on veut bien faire les choses, il faut avoir une équipe qui soit bien formée, il faut avoir vraiment le temps, le personnel et la structure qui aillent et pour ça je pense qu'il faut avoir moins de structures qui soient mieux équipées en médecins, en infirmières donc je pense qu'on a tous fait la même constatation c'est qu'on bricole, c'est un peu le sentiment qu'on a alors je pense que c'est du bon bricolage on met les choses en place comme il le faut mais on a quand même cette crainte que le jour où on a vraiment un vrai patient qu'on soit confronté à des problèmes que l'on n'arrive pas à gérer tout à fait comme il le faut et on ne peut pas se sortir complètement l'idée de la tête qu'on arrivera peut-être pas à tout faire correctement et c'est terrible à dire »*. A titre de comparaison, un médecin hygiéniste montre que la stratégie allemande permet d'accorder une place privilégiée à la préparation et à la formation des professionnels au REB : *« c'est vrai qu'ils font des entraînements quasiment mensuels et ils ont une équipe dédiée alors ça coûte cher mais ils n'ont que trois centres point »*. L'orientation française, au contraire, ne permet pas aux ESR de déployer une véritable stratégie de formation du fait d'un éparpillement des ressources. Ce contexte est peu propice à l'enracinement du retour d'expérience car les ESR ne sont pas en mesure de consacrer un temps dédié à une pratique qui a pourtant porté ses fruits dans d'autres secteurs.



Ce constat invite par ailleurs à interroger la pertinence du cahier des charges des ESR français. Les comparaisons internationales semblent montrer que les centres étrangers habilités accordent une place de choix à l'effort de préparation et à la formation professionnelle. Il conviendrait alors de s'en inspirer pour redéfinir le cahier des charges français. Il semble que ce dernier repose majoritairement sur des critères techniques qui s'ils demeurent nécessaires ne sont pas suffisants. Un médecin hygiéniste plaide ainsi en faveur d'une révision du cahier des charges des ESR : *« au début il y avait juste le fait d'avoir une chambre à pression négative contrôlée avec des critères mais c'est tout ce qu'il y avait et moi je disais 'vous jugez sur un squelette alors qu'il y a les muscles, les nerfs le système nerveux' »*. La fiabilité technique des ESR n'assure pas à elle seule la sécurité de la prise en charge qui repose également sur le savoir-faire des professionnels. Ainsi, une place essentielle devrait être accordée aux formations, aux exercices et aux retours d'expérience. Les propos d'un médecin militaire confirment cet impératif : *« La préparation des ESR soulève plusieurs questions : comment faire fonctionner une chambre à pression négative vu que l'on n'a pas le budget ? Comment faire de la formation continue ? Il faut revoir le cahier des charges des ESR mais la discussion est tendue car cela débouche sur la question des budgets or on fait tout à budget constant donc c'est un casse-tête chinois difficile à résoudre »*. La formation des professionnels des ESR au REB mériterait donc d'être renforcée afin de formuler une réponse adaptée en cas d'alerte. Cet effort de préparation pourrait être propice au développement de la pratique du retour d'expérience qui reste limitée voire embryonnaire selon les ESR.

#### **b) La nécessité d'un rapprochement entre les hôpitaux civils et les hôpitaux d'instruction des armées**

Cette préparation pourrait être consolidée par le développement de relations pérennes avec les hôpitaux d'instruction des armées (HIA). Ces derniers pourraient en effet orienter les hôpitaux civils, en l'occurrence les ESR, en matière de préparation au REB. Les HIA constituent en effet les détenteurs privilégiés d'une expertise reconnue en termes de gestion de situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Selon un médecin du SAMU : *« la confiance est dans le service de santé des armées parce qu'ils ont une culture de l'exercice, du risque qui est beaucoup plus ancrée que dans le civil, ils ont cette particularité d'agir en terrain extérieur dans des conditions difficiles d'avoir un entraînement dont on sait qu'ils sont très bien suivis parce que ce sont des militaires et on*

*Charlotte Glémarec Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>*

*sait qu'ils appliquent très bien les consignes* ». Dans ces conditions, les professionnels des HIA constituent des interlocuteurs privilégiés pour les ESR. C'est ce qu'explique un médecin hygiéniste : « *Pour le coup, ils ont une vraie culture de la mobilisation sur ce type de thématique, sur des professionnels rapatriés donc leur retour d'expérience nous a beaucoup servi et on s'est rendu compte qu'ils avaient rencontré les mêmes difficultés que nous c'était rassurant pour nous et ça nous a beaucoup aidé* ».

Au-delà de leur expertise en termes de gestion du REB, les HIA ont développé un savoir-faire concernant la pratique du retour d'expérience. Cette démarche semble pleinement intégrée aux pratiques des professionnels du SSA. Un médecin militaire rappelle que le retour d'expérience fait l'objet d'une formalisation au sein du SSA : « *En opération extérieure, on fait systématiquement un rapport de fin de mission formaté avec des rubriques spécifiques (...) et donc chaque personne qui revient de mission remplit ce rapport qui est ensuite adressé à notre état-major opérationnel santé celui qui pilote des opérations et donc il y a un Bureau retour d'expérience donc il analyse tous ces rapports et il en tire des questionnements, des points d'amélioration ou au contraire des bonnes pratiques qui peuvent être utilisées et il le diffuse dans les différents bureaux intéressés par le sujet* ». Ces propos mettent également en évidence l'organisation dédiée dont fait l'objet cette pratique. Il s'agit d'une condition indispensable à l'organisation d'un retour d'expérience efficace selon le médecin militaire cité plus haut : « *De toute manière, si on veut faire du bon RETEX on ne peut pas couper à une organisation dédiée pour le RETEX ça ne peut pas marcher autrement (...) le seul point c'est de consacrer du temps, des gens et des moyens parce que faire du RETEX pour du RETEX c'est-à-dire que vous recevez les informations et derrière pas d'application concrète ce n'est pas que ça ne sert strictement à rien mais parce que ça sert toujours de savoir qui se passe mais ce n'est pas exploité comme il faut* ». Dès lors, il serait profitable aux ESR de collaborer étroitement avec les HIA pour bénéficier de leur expérience. Un médecin hygiéniste rappelle qu'il est nécessaire que « *le lien avec le SSA soit renforcé notamment pour animer les formations parce qu'il est important que les militaires nous entraînent il est nécessaire qu'ils participent à l'élan* ». On peut alors se demander dans quelle mesure la culture et l'expertise des HIA peuvent être transmises aux hôpitaux civils. Le rapprochement des professionnels des ESR et du SSA revient à tisser des liens entre deux univers très différents. Une collaboration sans entrave entre ces derniers ne relève pas de l'évidence. Un médecin militaire explique ainsi qu'« *il ne faut pas avoir une vision trop idéalisée de ce que l'on pourrait faire avec les militaires* » avant d'ajouter « *pourquoi on devrait aider les hôpitaux civils à faire leur RETEX si on n'a pas de retour ?* ». Ainsi, une collaboration

entre les ESR et le SSA ne va pas de soi. Un infectiologue souligne par exemple que l'impératif de confidentialité qui pèse sur les HIA peut compromettre la fluidité et la transparence des échanges : « *j'ai bien aimé le RETEX de Bégin mais ce que je reprocherais à Bégin bon apparemment ce n'est pas eux c'est le ministère qui les a un peu coincés c'est le délai trop grand entre le moment où ils ont eu l'expérience et le retour car c'est quand on est dans le feu qu'on en a besoin* ». Ces propos posent finalement la question de la capacité des acteurs à dépasser leurs logiques d'action propres afin de mutualiser leur expérience et leur expertise.



*Charlotte Glémarec> -*

*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>*



## **Conclusion**

Tout au long de ce travail, nous avons essayé de saisir les leviers et les freins sous-jacents au processus de transposition du retour d'expérience au sein des ESR. Il s'agissait alors de déterminer dans quelle mesure les professionnels des ESR avaient exploité les potentialités du retour d'expérience et quelles contraintes compromettaient leur appropriation de cette pratique.

Le retour d'expérience peut d'abord apparaître comme une opportunité pour les professionnels des ESR :

- 1) Une opportunité de rapprocher des professionnels et des disciplines multiples. Le retour d'expérience peut en effet constituer un outil de coordination pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.
- 2) Une opportunité de renforcer la sécurité du parcours patient. Le retour d'expérience représente un vecteur de transversalité permettant d'appréhender la prise en charge d'un patient REB dans sa globalité et mettant ainsi en évidence les potentielles failles du parcours patient.
- 3) Une opportunité d'élever le niveau de compétence des professionnels des ESR. Le retour d'expérience s'inscrit dans une dynamique de préparation et de formation des professionnels. Il peut ainsi être un outil au service de l'amélioration continue des bonnes pratiques.

Le retour d'expérience peut ainsi participer à consolider la préparation des ESR à une alerte REB en privilégiant la distanciation critique et l'élaboration de solutions collectives.

Malgré ces différents apports, la transposition du retour d'expérience au sein des ESR demeure limitée. Ceci pose la question de l'adaptabilité du retour d'expérience aux contraintes des professionnels des ESR. On a ainsi pu mettre en évidence une tension entre la rigueur méthodologique présentée dans la littérature consacrée à cet outil et la réalité de l'univers hospitalier dans lequel cette pratique est censée s'enraciner. Les professionnels des ESR peuvent être confrontés à deux impératifs difficilement conciliables : 1) le retour d'expérience est une pratique exigeante en termes d'organisation et de mobilisation de ressources comme le temps et l'investissement des professionnels. 2) Les ESR sont des

*Charlotte Glémarec*

organisations à flux tendus, aux marges de manœuvre limitées, peu propices à la pérennisation d'une pratique nécessitant une forte mobilisation collective.

Ces différents éléments invitent à nuancer fortement la notion d'institutionnalisation du retour d'expérience au sein des ESR. Placé dans un contexte hospitalier, le retour d'expérience semble davantage faire l'objet d'expérimentations. La transposition de cette pratique ne peut pas être immédiate. Elle s'inscrit dans un processus sur le long terme permettant aux professionnels de santé d'éprouver cette démarche en l'ajustant peu à peu à leurs attentes. La transposition du retour d'expérience doit finalement faire l'objet d'un apprentissage de la part de professionnels peu familiers de cette pratique. Son enracinement est dans une certaine mesure tributaire d'une acculturation de ces derniers. Le retour d'expérience s'inscrit en effet dans une culture de la gestion des risques, de la sécurité et de l'anticipation. Dès lors, le retour d'expérience pourrait stimuler l'instauration d'une culture de la préparation au sein des ESR.

A l'échelle inter-organisationnelle, il convient de formuler des conclusions plus prudentes quant à la capacité du retour d'expérience à fédérer des acteurs multiples sur le long terme. La transposition du retour d'expérience dans un contexte aux interfaces multiples est problématique. On constate que cette pratique demeure à un stade embryonnaire en termes de mutualisation inter-ESR et d'animation zonale. Le retour d'expérience ne peut pas à lui seul insuffler une dynamique de coopération inter-organisationnelle. Ceci est d'autant plus difficile lorsque que les acteurs concernés ne sont pas enclins à interagir. Comme le rappelle un médecin militaire : « *Le mal français c'est que les gens ont beaucoup de mal à travailler ensemble sauf lorsqu'il y a des crises on s'arrange au dernier moment* ». Dans ces conditions, la transposition de cet outil de partage et de mutualisation demeure limitée.

Ce travail avait donc pour ambition d'analyser l'appropriation du retour d'expérience par les professionnels des ESR. Cet objectif a restreint ainsi l'analyse à l'échelle hospitalière. Nous avons pourtant mis en évidence que le parcours d'un patient REB s'inscrivait dans un contexte multi-organisationnel. Il aurait ainsi été pertinent d'élargir le périmètre des acteurs concernés afin d'adopter une perspective zonale. Dans cette optique, nous aurions pu accorder une plus grande place aux professionnels du SAMU et des cellules NRBC-E. Il aurait été alors possible d'approfondir la réflexion en termes d'animation zonale. Il convient de souligner une autre limite de ce travail : les



acteurs institutionnels jouant un rôle dans la préparation et la gestion d'une alerte REB ne sont évoqués que très ponctuellement dans cette étude. Il aurait été alors judicieux de mener des entretiens avec des professionnels des ARS et ARS de zone mais aussi avec les délégués et préfets de zone. Ceci nous aurait permis d'adopter une perspective institutionnelle davantage surplombante, dépassant le cadre de l'organisation hospitalière. Nous aurions alors pu opérer un choix différent quant à la définition du périmètre des acteurs concernés. Il aurait pu être judicieux de se concentrer uniquement sur deux zones de défense pour couvrir l'intégralité du parcours patient et garantir la représentativité de l'ensemble des acteurs zonaux. Ce choix aurait permis d'obtenir une meilleure diversité des regards et aurait donné une perspective comparative à ce travail : il aurait été intéressant d'étudier les contrastes et les similitudes de la réponse au REB entre deux zones de défense.

Enfin, pour prolonger ce travail de recherche, il serait judicieux de procéder à une comparaison internationale. Ceci permettrait d'interroger la pratique du retour d'expérience au sein des centres habilités étrangers et le cas échéant de s'en inspirer pour favoriser l'appropriation de cette pratique au sein des ESR français.



---

# Bibliographie

---

## ➤ Travaux scientifiques

### Ouvrages :

- Bourrier M., Laroche H., « Risque de défaillance : les approches organisationnelles » dans Amalverti R., Fuchs C., Gilbert C., (dir). *Risques, erreurs et défaillances – Approche interdisciplinaire*, Publications de la MSH-Alpes, Grenoble, 2001, p. 15-70.
- Garbolino E., Wassenhove V., *Retour d'expérience et prévention des risques, Principes et méthodes*, éditions Tec et Doc (Lavoisier), Collection SRD Sciences du risque et du danger, série Notes de synthèse et de recherche, 72p.
- Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, 311p.

### Articles :

- Adrot Anouck., Garreau L., « Interagir pour improviser en situation de crise. Le cas de la canicule de 2003 », *Revue française de gestion*, n° 203, 2010, pp. 119-131.
- Amalberti R., Barriquault C., « Fondements et limites du retour d'expérience », *Revue Annales des Ponts et Chaussées*, n° 91, 1999, pp. 1-67.
- Chaskiel P., « Les relations professionnelles de la sécurité industrielle: le REX comme outil de médiation? », *Cahiers de la Sécurité Industrielle, Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle*, n° 2009-10, 2009, pp.1-29.

- Chédotel F., Krohmer C., « Les règles, leviers de développement d'une compétence collective – deux études de cas », *GRH*, n°12, 2014, pp. 15-38.
- Conjard P., Journoud S., « Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail », *Management & Avenir*, n°63, 2013, pp. 81-97.
- Dumas M et al., « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n°20, 2016, pp. 45-67.
- Estryn-Behar M., Le Nezet O., « Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession », *Soins Cadres*, hors-série n°2, 2006, pp.14-32.
- Gaillard I., « Facteurs socio-culturels de réussite du REX industriel par l'analyse bibliographique », *Cahiers de la Sécurité Industrielle, Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle*, 2005, pp.1-32.
- Gautier A., « Théorisation d'une pratique de retour d'expérience organisationnel. Comment éclairer le sens de l'action dans les comportements en situation ? », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. 18, 2012, pp. 193-221.
- Godé G., « Construire le sens par le retour d'expérience : le cas de l'Equipe de Voltige de l'Armée de l'air », *Management & Avenir*, n° 41, 2011, pp. 416-434.
- Haberey-Knuessi V. et al., « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, n° 115, 2013, pp. 8-18.
- Hassid O., « Les organisations ne sont pas par essence préparées à gérer les crises », *Sécurité et stratégie*, n° 10, 2012, pp. 2-3.
- Havard V., « L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles? », *GRH*, n° 16, 2015, (n° 16), pp. 91-125.
- Krief N., « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective », *GRH*, n° 3, 2012, pp. 43-67.
- Lalouette C., « Sécurité industrielle et sous-traitance dans l'aéronautique : comment renforcer le REX ? », *Cahiers de la Sécurité Industrielle, Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle*, 2008, pp. 109-115.

- Lancini A., Sampieri-Teissier., « Contribution des Objets-Frontière (OF) à la Gestion des Connaissances (GC) : analyse des dépendances dans un bloc opératoire », *Systèmes d'information & management*, vol. 17, 2012, pp. 9-37.
- Mbaye S., « Retour d'expérience et explications naïves : étude dans les secteurs de la chimie et du nucléaire », *Cahiers de la Sécurité Industrielle, Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle*, 2008, pp. 5-18.
- Roux-Dufort, C., « La vulnérabilité organisationnelle à la loupe : entre fragilité et ignorance », *Télescope*, vol. 16, n° 2, 2010, pp. 1-21.
- Therrien M et al « Iterative Factors Favoring Collaboration for Interorganizational Resilience: The Case of the Greater Montreal Transportation Infrastructure », *Research Gate*, 2015, pp. 75-86.
- Tillement S., « Dynamiques d'apprentissage dans des systèmes industriels en réseau : étude dans l'industrie ferroviaire », *Cahiers de la Sécurité Industrielle, Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle*, 2008, pp. 59-108.
- Vidal, R., Arnaud C., Tiberghien B., « Fiabilité organisationnelle et maîtrise de la tension entre contrôle et écoute dans la gestion des incendies de forêt : approche comparée France/États-Unis », *Télescope*, vol. 16, n° 2, 2010, pp. 59-74.
- Zardet V et al., « Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital », *Journal d'économie médicale*, vol. 29, 2011, pp. 277-293.

## ➤ Sources secondaires

### Textes législatifs et réglementaires :

- Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence
- Arrêté du 29 juin 2000 relatif à la désignation des délégués de zone de défense et à l'organisation territoriale de la défense dans le domaine des affaires sanitaires et sociales
- Article L3110-9 du code de la santé publique relatif aux missions des ESR

- Décret n°2000-555 du 21 juin 2000 relatif à l'organisation territoriale de la défense
- Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Instruction N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

### **Rapports officiels :**

- « Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles, Note technique de cadrage », Direction Générale de Santé, Département des Urgences Sanitaires, Bureau Organisation et Préparation, 2014.
- « Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles », Ministère de la santé et des affaires sociales, 2014.
- « Plan blanc et gestion de crise guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé édition 2006 », annexe de la circulaire n° DHOS/GRG/2006/401 du 14 septembre 2006, Ministère de la santé et des affaires sociales, 2006.
- Programme national pour la sécurité des patients, DGOS, DGS, HAS, 2013

### **Recommandations officielles :**

« Avis relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie Ebola », Haut Conseil en Santé Publique, avril 2014.

« Avis relatif à l'anticipation de l'évolution et de l'impact de l'épidémie de maladie à virus Ebola sur le territoire national », Haut Conseil en Santé Publique, décembre 2014.

### **Méthodologies de retour d'expérience :**

- Guide méthodologique « La conduite du retour d'expérience, éléments techniques et opérationnels », Direction de la défense et de la sécurité civile, 2006.
- « Méthodologie de retour d'expérience pour les évènements sanitaires ou à impact sanitaire », Direction Générale de la Santé, Département des situations d'urgence sanitaire, 2007.
- « Retour d'expérience en santé (REX) : Comprendre et mettre en œuvre », Mission Sécurité du patient, HAS, 2014.
- « Synthèse retour d'expérience », Direction générale de sécurité civile et de la gestion des crises, Ministère de l'Intérieur, 2013.

### **Document professionnel :**

Lettre n° 1 du réseau COREB consultable à l'adresse suivante :

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/coreb/COREB-Lettre-2015-01.pdf>





---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Liste des entretiens**

**Annexe 2 : Grille d'entretien**

**Annexe 3 : Parcours d'un patient REB**

## Annexe 1 : Liste des entretiens

Fonction	Date de l'entretien	Durée
<i><b>Chefs de SMIT</b></i>	11/05/2016	15 minutes
	17/05/2016	30 minutes
	24/05/2016	20 minutes
	02/06/2016	27 minutes
	03/06/2016	38 minutes
<i><b>Infectiologues de SMIT</b></i>	29/04/2016	43 minutes
	11/05/2016	50 minutes
	17/05/2016	15 minutes
	15/06/2016	45 minutes
<i><b>Cadres de SMIT</b></i>	06/05/2016	1h
	11/05/2016	45 minutes
	17/05/2016	35 minutes
	24/05/2016	30 minutes
	22/06/2016	38 minutes
<i><b>Hygiénistes</b></i>	03/06/2016	1h
	21/06/2016	40 minutes
	22/06/2016	1h30
	24/06/2016	50 minutes
	24/06/2016	38 minutes
<i><b>Cadres hygiénistes</b></i>	15/06/2016	50 minutes
	24/06/2016	1h03
<i><b>Cadres, infirmières réanimation</b></i>	28/04/2016	37 minutes
	28/04/2016	25 minutes
<i><b>Directeurs/Responsables gestion des risques</b></i>	22/04/2016	1h08
	11/05/2016	44 minutes
	02/06/2016	35 minutes
	03/06/2016	49 minutes
<i><b>Médecins et cadres SAMU-NRBC-E</b></i>	31/03/2016	50 minutes
	26/04/2016	25 minutes
	27/06/2016	1h05
<i><b>Médecins SSA</b></i>	21/04/2016	1h30
	08/06/2016	40 minutes
<i><b>Médecins et cadres ES</b></i>	19/04/2016	49 minutes
	23/06/2016	10 minutes

Charlotte Glémarec

## **Annexe 2 : Grille d'entretien**

### **I- Présentation**

- Pouvez-vous me préciser quelles sont vos fonctions (poste, missions) ?
- Depuis quand travaillez-vous dans cet établissement ?

### **II- Gestion d'une prise en charge REB**

- Le SMIT de l'hôpital a-t-il déjà été confronté à une prise en charge REB particulièrement complexe ?
- Pouvez-vous préciser les circonstances de cet évènement : dates, type de maladie infectieuse, chronologie de l'évènement (étapes de la prise en charge) ?
- Comment s'est déroulée la gestion de cet évènement ?
- Quels ont été les principaux dysfonctionnements ?
- Quels ont été les points positifs ?
- L'organisation de la prise en charge a-t-elle été satisfaisante ? Pensez-vous que cet évènement a perturbé le fonctionnement de votre service ? Des autres services ?
- Pendant cet évènement, avez-vous collaboré avec les équipes soignantes d'autres services ? Si oui, quels services ont été concernés ? La coordination avec ces services a-t-elle été satisfaisante ?
- Avez-vous eu des contacts avec des acteurs extérieurs à l'hôpital ? Si oui, quels étaient ces acteurs ?
- Quelles ont été les réactions des équipes soignantes du service ?

Charlotte Glémarec

### **III- Formation/entraînements**

- Quel est le contenu de la formation ou des entraînements proposés à l'équipe de votre service ? Ce contenu vous semble-t-il en adéquation avec les exigences d'une prise en charge REB ?
- A quelle fréquence l'équipe soignante de votre service est-t-elle entraînée ? Cela vous semble-t-il suffisant ? Une formation au REB a-t-elle été organisée cette année ?
- Pensez-vous que les équipes de votre service sont suffisamment préparées à une prise en charge REB ?
- D'après vous, comment pourrait-on améliorer la formation des équipes soignantes au REB ?
- Quelles sont les limites de la formation proposée aux équipes soignantes ?
- Quels services bénéficient d'une formation au REB ?

### **IV- Le RETEX**

- Avez-vous déjà entendu parler du RETEX ? A quelle occasion ? Si oui, comment le définiriez-vous ?
- Qu'attendez-vous d'un RETEX ?
- Avez-vous déjà participé à un RETEX ?
- Si oui, quel était le sujet de ce RETEX ? A-t-il été organisé suite à un évènement exceptionnel ? Ou suite à un entraînement ou à une situation virtuelle ?
- Un RETEX a-t-il été organisé suite à l'évènement REB vécu par le SMIT ?
- Si oui, quelle forme a pris ce RETEX ? S'agissait-il d'une réunion ? Quels étaient les participants ? Quels services étaient représentés ? La direction participait-elle ? Des acteurs institutionnels (ARS de zone, InVS) ont-ils participé ?

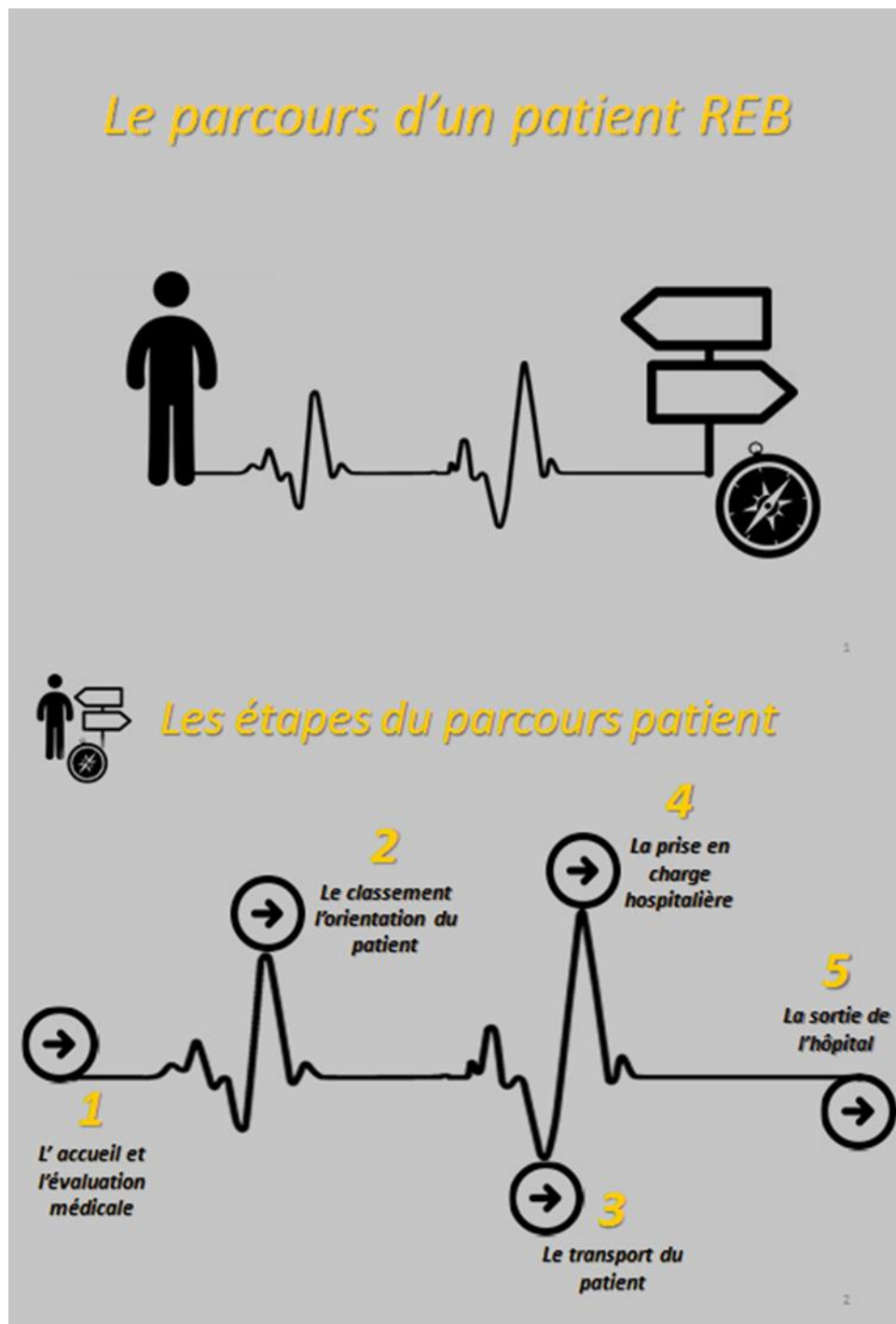
*Charlotte Glémarec*

- Quel était votre rôle pendant ce RETEX ?
- Une personne était-elle chargée d'animer ce RETEX ? Un pilote avait-il été identifié afin de mener le RETEX ?
- Sur quels supports s'appuyait le RETEX ? (présentation PowerPoint, rapport...)
- Quelles étaient les personnes chargées de réaliser ces supports ?
- Avez-vous été tenu informé à l'avance de l'organisation de ce RETEX ?
- Avez-vous été sollicité avant le RETEX pour réaliser un entretien individuel ? Un entretien collectif ?
- Des documents vous ont-ils été transmis en avance pour préparer le RETEX ?
- Comment s'est déroulé le RETEX ? Quel a été votre ressenti ? (tensions éventuelles, appréhensions).
- Quel retour avez-vous eu de ce RETEX (compte-rendu, rapport...)?
- Avez-vous été informé de la mise en œuvre des mesures correctives mises en évidence lors du RETEX ?
- Qu'avez-vous retenu de ce RETEX ? Quelle a été sa plus-value ? Avez-vous trouvé cette expérience utile ?
- Voudriez-vous participer de nouveau à un RETEX ?
- Selon vous, serait-il utile d'organiser des RETEX de façon systématique suite à un évènement exceptionnel ?
- Quels sont les obstacles à l'organisation des RETEX ?

## V- Rôle de l'ESR

- Connaissez-vous les infectiologues des ES de la zone ? Les rencontrez-vous régulièrement ? Vous arrive-t-il de travailler avec eux ?
- Connaissez-vous des ES de votre zone qui ont été confrontés à une prise en charge REB ?
- Si oui, quels ont été vos contacts avec cet ES pendant la gestion de l'évènement ? La coordination entre l'ESR et ce dernier a-t-elle été satisfaisante ? Quels ont été les principaux dysfonctionnements ? Les points positifs ?
- Une réunion entre l'ESR et cet ES a-t-elle été organisée suite à la gestion de cet évènement ?
- Selon vous, quelles sont les missions d'un ESR ?
- D'après vous, l'ESR remplit-il sa mission d'animation de la zone de défense ?
- L'ESR a-t-il organisé un exercice ou une formation à destination des ES de la zone sur le REB ? Propose-t-il des sessions communes aux professionnels de l'ESR et des ES ?
- Pensez-vous que l'ESR communique suffisamment avec les ES de la zone sur le REB ?
- Selon vous, quels sont les obstacles qui entravent une meilleure coordination entre l'ESR et les ES de la zone ?

## Annexe 3 : Le parcours d'un patient REB

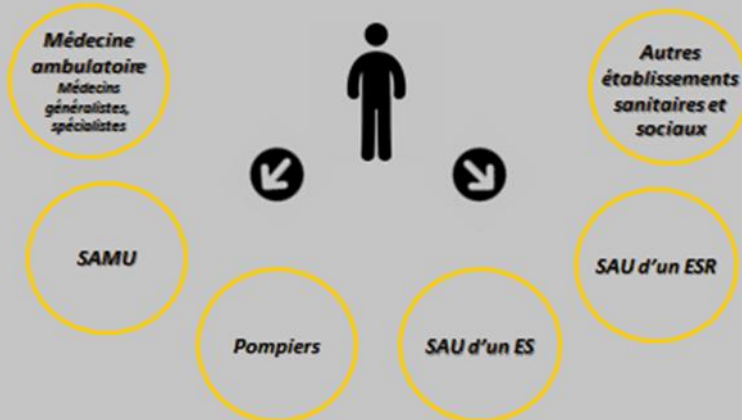




## Les étapes du parcours patient



**1** L'accueil et l'évaluation médicale



3



## Les étapes du parcours patient



**1** L'accueil et l'évaluation médicale



Penser au diagnostic (tableau clinique, retour de voyage, contact à risque)



Appeler le centre 15 et isoler le patient suspect en attendant le SMUR



Le défi de l'information et de la formation à destination d'un large périmètre d'acteurs

4

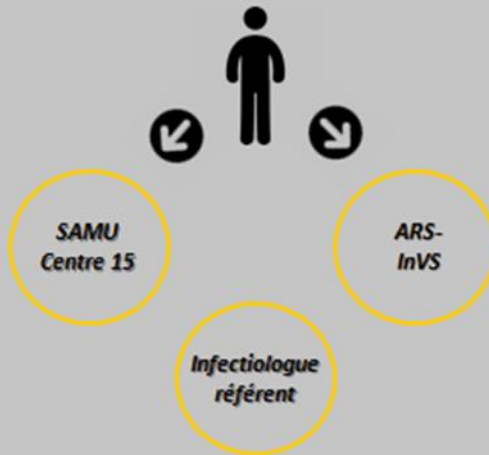




## Les étapes du parcours patient



### 2 Le classement et l'orientation du patient



#### Le défi de la classification du patient

- ➔ La qualité d'un interrogatoire à distance
- ➔ La nécessaire coordination de la transmission de l'information
- ➔ La durée de la classification : l'enjeu de la perte de chance pour le patient

5



## Les étapes du parcours patient



### 3 Le transport du patient



#### Le défi du transfert du patient

- ➔ La problématique de la durée du transport
- ➔ La nécessaire homogénéisation des procédures de prise en charge
- ➔ Quelle procédure en cas de transfert hélicoptéré?

6



## Les étapes du parcours patient



**4** La prise en charge hospitalière



Le défi d'une prise en charge pluridisciplinaire et multi-professionnelle



## Les étapes du parcours patient



**4** La prise en charge hospitalière



Les professionnels de première ligne



Le SAU

Le service de maladies infectieuses et tropicales

Le service de réanimation

1ères lignes



Le laboratoire

L'équipe opérationnelle d'hygiène

L'administration

1ères lignes associées



## Les étapes du parcours patient



**4** La prise en charge hospitalière



Les professionnels de santé de deuxième ligne



9



## Les étapes du parcours patient



**4** La prise en charge hospitalière



La contribution des services techniques



10



## Les étapes du parcours patient



**4** La prise en charge hospitalière



Scénario 1  
Présentation  
spontanée à  
l'ESR

Scénario 2  
Transfert par  
le SMUR

11



## Les étapes du parcours patient



**4** La prise en charge hospitalière



Scénario 1  
Présentation  
spontanée à  
l'ESR



SAU



Service de  
maladies  
infectieuses et  
tropicales

Service de  
réanimation

12



## Les étapes du parcours patient



### 4 La prise en charge hospitalière



Scénario 1  
Présentation  
spontanée à  
l'ESR



Le défi d'un accueil au SAU



L'isolement du patient dans un box dédié



La formation du personnel du SAU



La libération et la préparation rapide de la chambre du patient avant son transfert du SAU vers le service concerné

13



## Les étapes du parcours patient



### 4 La prise en charge hospitalière



Scénario 2  
Transfert  
par le SMUR



Service de  
maladies  
infectieuses et  
tropicales



Service de  
réanimation

14



## Les étapes du parcours patient



### 4 La prise en charge hospitalière



### L'envoi d'un échantillon au laboratoire



L'implication et la formation des professionnels du laboratoire au REB



La gestion de l'interface entre les infectiologues et les professionnels du laboratoire



Quelle procédure de désinfection du matériel en cas de confirmation du diagnostic?

15



## Les étapes du parcours patient



### 4 La prise en charge hospitalière



### L'envoi du prélèvement au CNR de Lyon



La disponibilité du transporteur privé agréé



Le délai de l'acheminement : l'attente du diagnostic



Une perte de chance pour le patient?



La confirmation du diagnostic : une habilitation exclusive au CNR de Lyon

16



## Les étapes du parcours patient



**4** La prise en charge hospitalière



Des prises en charges spécifiques





## La prise en charge d'une femme enceinte



### 1 Les professionnels de santé impliqués



La maternité

Le service de  
néonatalogie

Les services  
pédiatriques

18



## La prise en charge d'une femme enceinte



### 2 Les défis de la prise en charge



La maternité

Le service de  
néonatalogie

Les services  
pédiatriques



La faisabilité d'un transfert de la patiente vers un ESR



La formation des obstétriciens, des gynécologues, des sages-femmes au REB



La prise en charge du nourrisson

19





## La prise en charge pédiatrique



**1** Les professionnels de santé impliqués



Les  
réanimateurs  
pédiatriques

Les  
chirurgiens  
pédiatriques

Les  
anesthésistes  
pédiatriques

20



## La prise en charge pédiatrique



**2** Les défis de la prise en charge



Les  
réanimateurs  
pédiatriques

Les  
chirurgiens  
pédiatriques

Les  
anesthésistes  
pédiatriques



L'implication des différents services pédiatriques aux formations REB



La problématique de l'accueil des familles : quelle prise en charge?



La capacité des ESR à gérer une prise en charge pédiatrique

21



## La prise en charge d'un patient décédé



### 1 Les professionnels impliqués



Les médecins  
légistes

Les pompes  
funèbres

La morgue

22



## La prise en charge d'un patient décédé



### 2 Les défis de la prise en charge



Les médecins  
légistes

La morgue

Les pompes  
funèbres



La prise en charge d'un patient décédé : un risque de transmission post-mortem



Une procédure complexe : protection du corps du défunt, cercueils spécifiques



La collaboration avec la morgue, les médecins légistes et les pompes funèbres



La famille du défunt : quelles mesures appliquer?

23



## Les étapes du parcours patient



### 5 La sortie de l'hôpital



Le médecin généraliste

L'infectiologue



Le suivi des professionnels en contact direct avec le patient



La médecine du travail



Le relais entre le médecin traitant et l'infectiologue



GLEMAREC

Charlotte

27/09/2016

**Master 2**

**Pilotage des politiques et actions en santé publique**

**La transposition du retour d'expérience au sein des établissements de santé de référence : apports et limites d'un outil de management du risque épidémique et biologique**

Promotion 2015-2016

**Résumé :**

L'objectif de ce mémoire est d'analyser la transposition du retour d'expérience au sein des établissements de santé de référence (ESR). Cette pratique initiée par l'aviation et développée par le nucléaire, l'industrie et l'armée constitue un outil de management du risque porteur d'enseignements. Ce mémoire s'attache à explorer les potentialités du retour d'expérience placé dans un contexte nouveau : celui de l'organisation hospitalière. Face au risque épidémique et biologique, les ESR ont essayé de s'approprier cette démarche afin de renforcer leur niveau de préparation ainsi que la formation des professionnels. 34 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des professionnels de 10 ESR afin d'interroger leur rapport au retour d'expérience. Les résultats suggèrent que le retour d'expérience est perçu comme un outil pouvant contribuer à améliorer la prise en charge du patient en élevant le niveau de coordination interdisciplinaire et en consolidant la sécurité du parcours de soins. Ce travail souligne cependant que l'intégration de cette pratique est entravée par les contraintes de l'univers hospitalier. Les ESR sont des organisations à flux tendus disposant de marges de manœuvre restreintes pour faire face à un évènement REB survenant à l'improviste. Ce mémoire propose alors quelques pistes pour adapter la pratique du retour d'expérience aux ESR.

**Mots clés :**

**Retour d'expérience, ESR, risque épidémique et biologique, management du risque, formation professionnelle, parcours patient, transposition.**

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

