



EHESP

Filière directeur d'hôpital

Promotion : **2019 – 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

Comment le management de crise sanitaire – Covid-19 - a rapproché la décision du terrain ? Constats et enseignements, l'exemple du Centre Hospitalier d'Arras.

Maxence LANCY

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement Madame Dussol, directrice des Ressources logistiques et techniques du Centre hospitalier d'Arras pour ses conseils, sa franchise et son regard dans la réalisation de ce mémoire en tant que maître de stage.

Je remercie les agents hospitaliers reçus en entretien pour leur grande disponibilité et leur transparence. Ces échanges ont été autant d'immersions dans l'hôpital public avec des visions, des ressentis différents mais le même attachement profond aux valeurs du service public hospitalier.

Je remercie plus largement l'ensemble des agents qui ont répondu à mes sollicitations pour mener à bien ce travail.

Je remercie, enfin, le Directeur Général qui m'a permis de mener en toute liberté ce mémoire portant sur une période de crise sanitaire troublée et sensible.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1. L'adoption d'une gouvernance de crise inédite rapprochant la décision du terrain-	3
-	
1.1 La suspension des espaces de décision institutionnalisés courants au profit d'une « Cellule Covid élargie », espace cohésif et régulateur.....	- 3 -
1.1.1. L'arrêt temporaire des instances et circuits de décisions courants.....	- 3 -
1.1.2 Une gouvernance de crise incarnée par la « Cellule Covid élargie », espace de régulation, de coordination et de cohésion.....	- 8 -
1.2. L'action des acteurs de terrain au cœur des décisions prises autour d'échanges opérationnels	- 13 -
1.2.1. « L'impératif opérationnel » au travers de la mise en place des unités Covid : le rapprochement entre la décision et le terrain	- 13 -
1.2.2. Les organisations transversales portées par les médecins sans « casquette institutionnelle »	- 16 -
1.2.3. La place des réseaux professionnels dans l'information et les décisions-	17 -
2. La gouvernance de crise interroge la gouvernance courante tout en relevant de logiques différentes.....	- 19 -
2.1. Un environnement et un management de crise qui rendent les comparaisons superflues	- 19 -
2.1.1 Une convergence des intérêts inédite	- 19 -
2.1.2. Un management de crise	- 21 -
2.2. Un fonctionnement de crise dérogatoire, non viable pour l'hôpital en dehors de la crise	- 25 -
2.2.1. Un rapport aux ressources biaisé : les exemples du biomédical et des ressources humaines.....	- 25 -
2.2.2. L'effacement des espaces de consultation et de concertation	- 27 -
2.2.3. La logique polaire questionnée par la crise sanitaire	- 28 -

2.3 La perception diffuse d'un fonctionnement hospitalier plus fluide et plus efficace commande de tirer des enseignements de cette crise sanitaire en matière de gouvernance	- 29 -
3.1 Prolonger l'association transversale et la transparence d'action pour valoriser les acteurs de terrain.....	- 32 -
3.1.1 Via l'outil contractuel, redynamiser l'activité polaire et associer davantage le terrain aux décisions.....	- 32 -
3.1.2 Connecter le Directoire à l'encadrement et au corps médical hospitalier ou rapprocher les décisions du terrain.....	- 33 -
3.1.3 Ecriture d'un projet de management et de gouvernance.....	- 35 -
3.1.4 Repenser la communication autour de tous les projets de l'établissement à l'amorce et durant leur réalisation	- 36 -
3.2 Formaliser une annexe au plan blanc consacrée au risque épidémique et biologique en s'appuyant sur l'expérience de la gestion de crise de l'épidémie du printemps 2020	- 37 -
Conclusion.....	- 41 -
Bibliographie	- 43 -
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMIR : (pôle) anesthésie, médecine intensive et réanimatoire

ARS : agence régional de santé

CGS : coordination générale des soins

CHA : centre hospitalier d'Arras

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

COPS : Commission relative à l'organisation de la permanence des soins

CTE : comité technique d'établissement

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

DPI : dossier patient informatisé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPI : équipement de protection individuelle

GHAT : Groupement Hospitalier Artois-Ternois

GIE : groupement d'intérêt public

HDJ : hôpital de jour

PCME : président de la communauté médicale d'établissement

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PRA : plan de retour à l'équilibre

REB : risque épidémique et biologique

ROR : répertoire opérationnel des ressources

SAMU : service d'aide médicale urgente

USIPR : unité de soins intensifs post réanimation

Introduction

Le déclenchement du plan blanc du Centre Hospitalier d'Arras (CHA) ¹ dans le cadre de la crise sanitaire Covid19, intervient le 7 mars 2020. Cependant, la réelle prise de conscience collective de la Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE)² se déroule le 13 mars 2020 au cours d'une assemblée générale de la communauté médicale du CHA en présence de la Direction de l'établissement. Cette Assemblée, convoquée à la suite notamment des témoignages émanant de l'Oise – Hôpital de Creil – et du Haut-Rhin – Hôpital de Mulhouse-, marque symboliquement le basculement dans une gestion de crise sanitaire totale. L'activité et le fonctionnement interne de l'établissement de santé sont, dès lors, adaptés pour répondre à l'épidémie qui affecte le département du Pas-de-Calais, dont le centre Hospitalier d'Arras est le siège du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Au total sur la période s'échelonnant du 1^{er} mars au 15 mai 2020, plus de 1 000 patients ont été pris en charge pour une suspicion au Covid19, 364 ont été hospitalisés en médecine dite Covid19 et 121 ont été hospitalisés en service de réanimation Covid19.

En tant qu'établissement de santé de seconde ligne, le Centre Hospitalier d'Arras est très vite « reconfiguré » pour être en capacité de prendre en charge des patients atteints du Covid19. Cette reconfiguration a impliqué, dès le début du mois de mars jusque fin mai, une mobilisation sans précédent et coordonnée des services hospitaliers, soignants et supports. Ainsi, au total près de 250 soignants ont été réaffectés dans un autre service, le capacitaire du service de réanimation est passé de 15 à 38 lits, des unités de médecine Covid ont été installées pour accueillir jusqu'à 70 patients atteints du virus et ont été dupliquées dans tous les pôles médicaux (Santé, Femme-Mère-Enfant, Gériatrie...).

Cette mobilisation soudaine en Situation Sanitaire Exceptionnelle a « percuté » la manière d'agir, d'interagir et de décider à l'hôpital. Une gouvernance de crise s'est substituée à celle préexistante, de la même manière qu'un management de crise a pris place. On retiendra comme définition de la gouvernance³ un « *processus continu par lequel les intérêts en*

¹Etablissement de seconde ligne dans la région Hauts de France ; les établissements de santé de première ligne de la région étant les Centres Hospitaliers Universitaires de Lille et d'Amiens.

²une situation sanitaire exceptionnelle désigne « la survenue » d'un événement émergent, inhabituel et ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de son ampleur et de sa gravité (notamment en termes d'impact sur la santé des populations ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique et pouvant aller jusqu'à la crise (Instruction n°274 DGS/DUS/CORRUS 2013 du 27 juin 2013)

³P.Moreau Defarges, La gouvernance, Paris PUF

présence, les conflits qui en résultent sont harmonisés, donnant naissance à des coopérations ».

La circulation de l'information, les interactions entre médecins, celles entre les médecins hospitaliers et la Direction, entre les cadres de santé et la Direction ont été bouleversées. Et ce, dans le sens d'une plus grande proximité, d'un rapport plus direct, d'une transparence, d'une logique d'intégration, d'une relative dé hiérarchisation et plus largement d'une simplicité des relations professionnelles et de l'action qui en ressort.

En d'autres termes, la crise sanitaire a exigé des solutions opérationnelles à mettre en place en urgence. Cet « impératif opérationnel » a favorisé la simplification de rapports professionnels et de « l'agir hospitalier ». La gouvernance de crise, mise en place pour garantir cette opérationnalité, s'est traduite par une adaptation de la manière de décider, d'associer et d'informer.

Aussi, les acteurs hospitaliers ont perçu⁴ un fonctionnement hospitalier plus fluide, plus transversal et plus efficace, en comparaison avec le fonctionnement courant de l'hôpital.

Au final, si dans un premier temps, la crise sanitaire a désorganisé le fonctionnement de l'hôpital elle peut aujourd'hui interroger ses organisations d'avant crise. Sans les remettre en cause, elle les interpelle. Car la gestion de crise a mis en exergue une transversalité et une efficacité hospitalières, qui ont vocation à amender le fonctionnement courant de l'hôpital.

Comment a-t-on modifié la manière de décider durant cette période ? Dans quelle mesure peut-on reproduire ou s'inspirer de cette gouvernance ad hoc pour améliorer le fonctionnement courant de l'hôpital d'Arras ? Quelles sont les limites à cette gouvernance de crise ? Quels sont les enseignements de cette gestion de crise, propre à l'hôpital d'Arras ?

Le présent mémoire a pour objectif de décrire la gouvernance de crise inédite mise en place au Centre hospitalier d'Arras dans le cadre de la crise épidémique du Covid19 (I). Il montrera ensuite en quoi ce mode de gouvernance, même si elle propre à une situation sanitaire exceptionnelle, interpelle le fonctionnement courant de l'hôpital (II). Enfin, il proposera de tirer des enseignements sous forme de préconisations de cette période pour une gouvernance plus associative et proche du terrain hospitalier (III).

⁴Observations issues des 16 entretiens réalisées dans le cadre de ce mémoire, de juin à août 2020, confer Annexe 1

1. L'adoption d'une gouvernance de crise inédite rapprochant la décision du terrain

1.1 La suspension des espaces de décision institutionnalisés courants au profit d'une « Cellule Covid élargie », espace cohésif et régulateur.

A compter de la mobilisation totale du Groupement Hospitalier Artois-Ternois (GHAT) sur la gestion de la crise Covid-19⁵, l'activité des instances de gouvernance et des espaces de décision et de concertation courants de l'hôpital a été suspendue. Les lieux de décision et de concertation se sont déportés.

Le plan blanc qui prévoit des espaces de coordination et de décision, s'est lui-même trouvé inadéquat. Une « Cellule Covid élargie » s'est installée se substituant aux espaces de gouvernance conventionnels. Ce lieu a été un moteur de cohésion et d'action collective tout au long de la crise sanitaire.

1.1.1. L'arrêt temporaire des instances et circuits de décisions courants

A l'instar du Conseil de surveillance du 20 mars annulé, l'ensemble des espaces de gouvernance de décision ou de concertation de l'hôpital est percuté par la crise sanitaire.

A compter de mi-mars, la crise sanitaire mobilise toutes les compétences et les énergies de l'établissement de santé. Les dates d'annulation – 20 mars – et de retour du Conseil de surveillance - le 19 juin – bornent une période durant laquelle l'organisation interne de l'hôpital s'est trouvée reconfigurée.

Le Directoire du 16 mars est transformé en « Directoire spécial Covid » avec un ordre du jour exclusivement consacré à la gestion de la crise Covid. Cette instance collégiale d'appui aux décisions stratégiques du Directeur de l'établissement ne se réunira ensuite que le 25 juin 2020. L'arrêt temporaire de l'activité du Directoire illustre l'arrêt partiel voire total des équipes du Centre Hospitalier d'Arras sur les projets de l'établissement qui étaient en cours du fait de la mobilisation exclusive dédiée à la gestion de l'épidémie. Par exemple, la restructuration du

⁵La communauté médicale s'est rassemblée le 13 mars 2020 au sein d'une assemblée générale exceptionnelle en présence de la Direction pour acter l'entrée dans la crise sanitaire et échanger sur la gestion de la crise sanitaire à venir.

« Bâtiment Artois » qui a vocation à rassembler l'ensemble des services administratifs de l'hôpital, jusqu'alors disséminés dans les locaux disparates, a été momentanément interrompu. De même le projet de remplacement du logiciel du Dossier Patient Informatisé (DPI) a été décalé...

De manière plus générale, les réunions participant aux décisions intéressant l'établissement - comme le Comité de Direction⁶, les Comités projets... - sont reportées *sine die*. Car les décisions se concentrent strictement sur la gestion de l'épidémie. Les espaces de décision durant cette crise s'adapteront et prendront des formes plus informelles, dépourvues des positions et postures institutionnelles.

L'activité des organes consultatifs et représentatifs qui participent du climat social de l'établissement de santé a été également fortement perturbée.

Le comité technique d'établissement (CTE) prévu le 17 mars s'est transformé en CTE d'information COVID, vidé de son ordre du jour initial. Le prochain CTE ne se réunira que le 2 juillet. De même, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ne s'est réuni qu'exceptionnellement le 10 juin durant la crise sanitaire.

Dans ces conditions, les changements de fonctionnement des services qui impactent directement le personnel hospitalier - comme l'organisation du temps de travail, les horaires, les fermetures de service, les évolutions de capacité – ne sont pas passés au CTE comme la réglementation le prévoit⁷. D'autres illustrations donnent à voir des décisions qui s'affranchissent des obligations d'information ou d'avis des organes consultatifs et représentatifs telles que la mise en place d'une nouvelle ligne d'astreinte ou encore la création d'un poste de « coordinateur famille Covid ».

Ces atteintes, en apparence, au droit hospitalier s'expliquent par les circonstances exceptionnelles qui ont commandé une réactivité extrême.

Au demeurant, le lien avec les syndicats a été maintenu au travers de rencontres hebdomadaires de début mars à mi-mai, en présence de l'ensemble des organisations syndicales du Groupement hospitalier, du Directeur Général, de la Direction des Ressources Humaines et de représentants de la Direction. En outre, des rencontres bimensuelles entre la Direction des Ressources Humaines et les secrétaires respectifs du CTE et du CHSCT étaient organisées. Ainsi le dialogue avec les organisations syndicales, malgré la suspension des instances au sein desquelles elles sont représentées, a été constant et nourri. Les représentants syndicaux de l'établissement ont globalement salué ce partage régulier des décisions de gestion de crise et compris le contournement des instances du fait de l'urgence.

⁶Entre mars et juin 2020, le comité de direction s'est réuni 2 fois le 11 mai et le 29 juin. En temps normal il se réunit toutes les semaines.

⁷Code de la santé publique, Article R6144-40

Enfin, l'ordre du jour du CTE annulé du 17 mars sera reproduit à l'identique le 10 septembre 2020. Il n'y a donc pas « d'évitement » du CTE mais un report directement lié aux circonstances exceptionnelles.

L'inadéquation du plan blanc a poussé le GHAT vers une gouvernance de crise horizontale, inédite.

Le plan blanc prévoit des repères d'organisation en vue de prendre en charge un afflux de patients durant une Situation Sanitaire Exceptionnelle ou un pic d'activité. Le 7 mars 2020, le niveau 1 du plan blanc du CHA est déclenché, puis le mouvement de déprogrammation conduit à l'activation du niveau 2, le 15 mars.

Durant une crise sanitaire, le plan blanc hospitalier est censé structurer la réponse à la crise et donc se substituer pour partie aux espaces de décisions suspendus temporairement. Dans les faits, le contenu du plan blanc du Centre Hospitalier d'Arras n'a pas appuyé significativement la manière de décider et de gérer l'épidémie Covid19 car le risque Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (NRBC) n'a pas été décliné dans le plan blanc du Centre Hospitalier d'Arras. Deux exemples illustrent le non usage des dispositions prévues dans le plan blanc : le rappel du personnel et le format de la cellule de crise.

D'une part, **le dispositif de rappel de personnel prévu par le plan blanc n'a pas été utilisé**. Ce dispositif est pensé pour une crise aiguë⁸, concentrée dans le temps avec la mise en place d'une cellule de rappel *ad hoc*. Or la crise sanitaire Covid 19 s'est étendue dans le temps et a donné lieu à des fluctuations d'activité à la hausse – activité Covid⁹ – et à la baisse – activité non covid déprogrammée¹⁰ - qui se croisaient n'entraînant pas au total un surplus d'activité. Par ailleurs, les arrêts de travail en lien avec le Covid 19 et les besoins en personnels spécialisés en réanimation ont conduit à adopter un fonctionnement plus souple entre les mains de la direction des soins sans rattachement à la cellule de crise.

⁸L'épidémie Covid19 ne s'est pas répercutée au CHA par une concentration soudaine de patients dans un temps réduit comme pour une crise de type attentat de masse. On a observé une montée progressive et durable du nombre de prises en charge avec un étalement dans le temps. Ces prises en charge ont mobilisé de larges compétences de l'hôpital. Enfin, la déprogrammation a généré un arrêt partiel mais significatif de l'activité hospitalière non covid.

⁹L'activité Covid au CHA autour de trois dates. le 15 mars, 5 patients en réanimation, le 13 en médecine Covid. Le 22 mars, 13 patients en réanimation, 24 en médecine Covid. Le 4 avril, 30 patients en réanimation, 41 en médecine Covid.

¹⁰Entre mi mars et mi avril, sur un mois glissant, comparé à la même période en 2019 : 312 opérations chirurgicales contre 834, 4 500 consultations contre 17 700, 831 hospitalisations contre 1 100.

D'autre part, le Directeur général du GHAT a fait le choix de s'écarter du format conventionnel d'une cellule de gestion de crise autour de référents étiquetés en lien avec leurs fonctions institutionnelles, réunis dans un lieu dédié, assurant le fil rouge de la crise et centralisant et distribuant les actions. En effet, très vite **le format de la cellule de crise prévu dans le plan blanc, avec des référents par fonction, a été abandonné au profit d'une « Cellule Covid élargie ».**

Comparé au choix du format de cellule de crise du GHAT, les établissements voisins ont fonctionné avec des formats plus resserrés et plus habituels. Par exemple, pour les cliniques privées du territoire, la cellule de crise était composée du directeur Général, d'un directeur adjoint dédié, d'un médecin conseil de la direction et des Présidents des communautés médicales d'établissement (PCME). Dans un établissement public comparable et proche, la cellule Covid était protocolaire autour du PCME, des chefs de pôles, du directeur de l'établissement, des cadres supérieurs de pôle concernés et du président du comité médical. Ainsi le GHAT a retenu un format de cellule de crise très atypique, horizontal et ouvert.

Tableau 1 – Le passage d'une cellule de gestion de crise conventionnelle à un format de gestion de crise participatif

Type de cellule de gestion de crise	Format initial inspiré du plan blanc	Format de gestion de crise retenu par le GHAT
Période	Du 24 février au 13 mars (3 semaines)	Du 13 mars au 15 juin (13 semaines)
Nombre de membres	12	Entre 30 et 45 selon les séances
Composition	<p>Directeur général PCME Direction des ressources logistiques et techniques Direction des soins Référénts médicaux : aide médicale d'urgente, laboratoire, infectiologie, hygiène, réanimation, pneumologie, pharmacie, radiologie pulmonaire.</p>	<p>Directeur général ; PCME ; les membres du comité de direction (8) ; Les chefs de pôles (8) ; les cadres supérieurs de pôle (8)</p> <p>Infectiologues (2) ; chef du service chirurgie ; chef du service radiologie ; chef du service des urgences ; chef du service gastrologie ; chef du service r de réanimation ; les chefs des services gynécologie, obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, SAMU 62, pneumologie ; chef de service du laboratoire ; chef de service de la pharmacie cadres de santé et ingénieurs de la direction de la qualité et gestion de crise (3) ; cadre de santé bloc opératoire ; cadre de santé du court séjour gériatrique ; cadre de santé du laboratoire ; cadre de santé de pharmacie ; cadre de santé pneumologie ; cadre de santé HDS/HDJ ; cadre de santé consultations externes Responsable du service Hygiène responsable accueil et facturation</p>
Périodicité	Permanence de la cellule de crise	3 fois par semaines, puis deux fois par semaine en corrélation avec l'activité Covid19
Lieu et configuration	Salle de crise adossée au SAMU avec ordinateurs, table ronde et pupitres selon les référents	Salle de réception du Centre hospitalier d'Arras ; Format « meeting » (pas de table, des chaises tournées vers l'animateur, places non attirées)

1.1.2 Une gouvernance de crise incarnée par la « Cellule Covid élargie », espace de régulation, de coordination et de cohésion

La « Cellule élargie covid » représente une atypie dans la gestion de crise au regard du nombre de participants¹¹, de la manière de décider et d'agir. Elle a été un moteur important de régulation (a), de coordination (b) et de cohésion (c).

(a) Une méthode d'action de crise régulatrice

La « Cellule élargie Covid » a représenté « une ligne de conduite opérationnelle »¹². En son sein étaient, soit validées, soit ajournées les décisions majeures de gestion de crise : évolution des capacités, emplacement des unités Covid, rythme des reprogrammations puis des déprogrammations, usage et gestion des équipements de protection individuelle (EPI), régime des visites, politique de dépistage...

Dès que des problématiques sensibles commandant des décisions se présentaient, les solutions étaient travaillées en amont par des groupes de travail défini en « Cellule élargie Covid » avec un pilote identifié et composé d'acteurs de terrain. Le pilote dudit groupe présentait alors en séance les actions proposées issues des travaux collégiaux ; la cellule se prononçait à travers la personne du directeur général - animateur de la cellule - et après avis des membres présents à la « Cellule élargie Covid ». Cette méthode de décision avait pour avantage de par sa transparence et l'intégration des acteurs de proximité de réguler la divergence des points – possibles sources de tension - en interne.

A titre d'exemple, ce fonctionnement a opéré pour la reprise d'activité, à compter de fin mai. L'objectif était de définir un plan institutionnel de reprise d'activité de manière concertée et progressive, en prenant en compte les ressources humaines disponibles, l'évolution de l'épidémie et le ralentissement des admissions de patients atteints du Covid. Pour orchestrer cette reprise six groupes thématiques ont été identifiés (*confer Tableau 2*).

La reprise d'activité constituait un potentiel sujet de discordance interne. A quel rythme retrouver un hôpital « normal » permettant la reprise des activités fortement impactées ? D'un côté, les opérateurs ayant vu leur activité baisser du fait des déprogrammations massives souhaitaient une reprise soutenue de l'activité. D'autre part, d'autres arguments commandaient une reprise plus progressive, par palier : incertitude sur la dynamique de l'épidémie, repos du personnel non médical...

¹¹Selon les séances entre 25 et 50 participants

¹²Entretien de mémoire, DG, GHAT

De là, l'appropriation du plan de reprise par des groupes de travail pluridisciplinaires avec des acteurs de terrain, a permis de réguler les attentes des opérateurs. Ces derniers étaient directement associés et avaient à l'instar de la direction une vision globale, à l'échelle de l'établissement de santé, de la situation, des tensions, des difficultés... Autrement dit, le partage inédit, en direct, des contraintes des services et plus largement des contraintes de l'établissement de santé a désamorcé les tensions.

Tableau 2 – Les groupes de travail pour le plan de reprise d'activité constitués en cellule Covid

Groupe de travail/Pilote	Sujets concernant le plan de reprise d'activité
filiale santé mentale et appui psychologique aux soignants et patients	Activités ambulatoires à réinstaller en priorité, Téléconsultation, Maintenir un soutien psychologique
filiales chirurgicales	Activités à réinstaller en priorité, Critères, Salles, Intégrer l'anticipation des ruptures de stock de médicaments
filiales médicales	Plateau de consultations, Réinstaller l'hôpital de jour, Démontez Covid 1, Déplacer CAMI, Maintenir un service Covid, Téléconsultation
Circuits	Conditions d'accès à l'hôpital (Température, masques, sas d'entrée, salles d'attentes...), Programmé / non programmé ? Patients et visiteurs ? Circuits d'attente ? Optimisation délais d'attente ?
Activité externe d'imagerie	Circuits public-privé covid/ non covid ? Activité externe ? Critères cliniques, indications ? Quel circuit ?

(b) L'élargissement de la cellule Covid a été un moteur de coordination entre services

Elargir la composition de la « Cellule élargie Covid », en quasi « Assemblée Générale de crise » - *confer* Tableau 1 - a permis une circulation décuplée de l'information dans les services hospitaliers qu'ils soient médicaux, médicotechniques ou administratifs. Surtout, les contraintes et les modes de fonctionnement de plusieurs services, au cœur de la réponse à l'épidémie, étaient mieux connus, compris et acceptés par tous. Cette proximité favorisée par la gouvernance de crise a facilité la coordination entre les services.

Alors qu'au quotidien les médecins sont polarisés sur l'activité de leur service, **la période Covid, en partie grâce à la « Cellule élargie Covid », a décloisonné les services, a créé des synergies et a donné de la visibilité aux médecins sur les articulations entre les services et plus largement sur une représentation plus intégrée de l'établissement.**

Par exemple, cette coordination se matérialise en début de crise par l'installation des unités Covid et plus largement par la reconfiguration de l'hôpital en mode Covid mobilisant les services supports. En effet, les premières actions de gestion de crise se concentraient sur la mise en place rapide d'unités Covid opérationnelles. Cette première séquence a tout de suite mis en avant les fonctions support. Sans ces ressources à la fois technique, d'ingénierie, d'organisation, aucun service n'aurait pu être mis en place. La communauté hospitalière a « redécouvert », alors le rôle des services supports.

Par exemple pour l'implantation d'une unité Covid en réanimation, les services biomédical et d'achat public interviennent pour l'installation des scopes, des cathéters et des lits de pesée ; les services techniques pour les flux d'air¹³, les flux de patients, le bâchage, la signalétique ; la pharmacie pour adapter le circuit et les stocks de médicaments dans l'hôpital reconfiguré...

Comme l'ensemble des décisions relevant de l'hôpital étaient *in fine* enregistrées par la « Cellule élargie Covid », elle constituait un lieu de repères mais aussi d'alerte et donc d'anticipation collective.

En définitive, ce partage systématique de l'information et des problématiques a constitué « *un moteur extraordinaire de coordination des services* »¹⁴. La séquence Covid est marquée par « *la convergence des compétences et des énergies et un renforcement du travail en collégialité* »¹⁵.

¹³Contraintes de ventilation strictes posées par l'ARS Hauts-de-France en début de crise puis assouplies

¹⁴Entretiens de Mémoire, réanimateur, GHAT

¹⁵Propos d'un agent de la Coordination générale des soins, « Le GHAT face au Covid19 », 24 février-11 mai 2020, service communication du GHAT

Tableau 3 – La variété des sujets évoqués et les services concernés en « Cellule élargie Covid » du 19 mars 2020

(confer Annexe 2 : compte rendu de la séance du 19 mars 2020)

Les sujets évoqués en séance	Services concernés directement
Flux des appels SAMU du Pas-de-Calais ; besoin de renforts	SAMU62 ; Direction des ressources humaines ; Coordination générale des soins
Organisation du bio nettoyage	Service bio nettoyage ; Direction des ressources logistiques et techniques ; Les unités Covid ; service hygiène ; Coordination générale des soins
Diminution des urgences hors covid	Urgences ; coordination générale des soins
Circuit et fonctionnement en urgences pédiatriques, en néonatalogie et en maternité	Urgences pédiatriques ; néonatalogie ; maternité ; Les unités Covid ; imagerie ; Direction des ressources logistiques et techniques ; Service hygiène ; Coordination générale des soins ; Pharmacie
Affectation des scanners au covid (imagerie)	Partenaires GIE ; Urgences ; Unités covid ; Imagerie ; Equipe mobile de dépistage
Laboratoire : politique de dépistage, modalités et délais dépistage	Equipe mobile de dépistage ; Laboratoire ; Unités Covid ; Coordination générale des soins ; EHPAD du GHAT ; Direction des ressources humaines ; Direction de la communication
Activité en réanimation covid du CHA et du territoire	Unités Covid ; Direction des ressources logistiques et techniques ; SAMU ; Urgences
Prise en charge en ambulatoire (conduite à tenir)	Direction de la communication ; Coordination générale des soins ; Unités Covid ; Equipe mobile de dépistage ; Bureau des entrées ; Pharmacie ; Laboratoire
Organisation médecine covid (astreintes, ligne de garde médicale, extension)	Direction des affaires médicales ; COPS ; Unités Covid ; Coordination générale des soins
Secteur dédié covid en santé mentale	Pôle santé mentale ; Direction des ressources logistiques et techniques ; coordination générale des soins
Tension sur blouses	Coordination générale des soins ; Direction des ressources logistiques et techniques ; Direction de la Communication ; Unités Covid ; tous les services médicaux ;
Les symptômes Covid chez la personne âgée	Unités Covid ; Urgences ; SAMU
Déploiement du dispositif CUMP	Coordination générale des soins ; Direction des ressources humaines ; Unités Covid ; Direction de la Communication ; Pôle santé mentale ; EHPAD du GHAT

(c) De la cohésion forgée par la transparence et la liberté des échanges

Avant d'être un lieu de décision, la « **Cellule élargie Covid** » a constitué un lieu de communication, vecteur de cohésion.

En un seul lieu, identifié des acteurs hospitaliers, l'ensemble des informations concernant la gestion de l'épidémie au GHAT était traité. Cette unité de lieu, concentrant les informations et les échanges, a participé de l'esprit cohésif présent tout au long de la crise de mi-mars à mi-mai. Symboliquement, les acteurs hospitaliers réunis physiquement dans le même espace percevaient « le collectif hospitalier » mobilisé pour un même objectif. Cela a rapproché les équipes et créé de la proximité.

La configuration et le fonctionnement de la cellule a pour partie effacé symboliquement les statuts et la hiérarchie hospitalières : pas de place attitrée, placement libre, des prises de parole libres, liberté de venir et de partir, pas de table, un ordre du jour indicatif, pas de temps de parole.

Cette cohésion s'est forgée aussi sur le contenu des échanges, transparents et basés sur le principe du contradictoire. Les points de vue et les positions des parties prenantes à un sujet étaient systématiquement écoutés en toute transparence. Ainsi, les réserves, alertes ou appuis sur telle ou telle orientation étaient entendus de tous. A la fin de ces échanges, soit l'animateur – le Directeur général ou son représentant – tranchait dans un sens s'étant appuyé sur les arguments exprimés, soit il renvoyait le point à une autre séance afin qu'entre temps une solution plus travaillée soit recherchée par un groupe de travail comprenant les acteurs directement concernés. Cette méthode d'animation et d'organisation du travail a participé de la cohésion, ressentie par les agents hospitaliers.¹⁶

De surcroit, la « **Cellule élargie Covid** » a été un lieu de partage des interrogations, et par là, un vecteur de « réassurance ».

Ces interrogations portaient sur des thématiques très variées illustrant l'esprit englobant, intégré, de cette cellule de crise : éthique¹⁷, thérapeutique, hygiénique, etc. Certaines de ces thématiques n'avaient pas, de prime abord, leur place au sein de cet espace dans la mesure où il ne pouvait y avoir de décisions opérationnelles prises sur ces sujets de la part de l'institution. Les unes relevant de directives émanant des autorités sanitaires, les autres relevant de la stricte responsabilité médicale.

¹⁶Confer Partie 2.3

¹⁷Dans plusieurs situations le corps du défunt covid ou susceptibles de l'être était mis dans un drap sous housse, puis mis en bière directement sans présence automatique de la famille. Ces cas soulevaient des interrogations éthiques auprès du personnel médico-soignant

Par exemple, la conduite à tenir sur l'usage de l'Hydroxychloroquine a été soulevée en « Cellule élargie Covid » du 23 mars par des médecins. Or au niveau régional ou national aucune conduite n'avait été arrêtée. Au final, à l'initiative de médecins, une réunion médicale pluridisciplinaire sur le sujet a été organisée en interne aboutissant à la simple recommandation de non usage de l'Hydroxychloroquine comme conduite à tenir thérapeutique. Ainsi, la « Cellule élargie Covid » sur ce sujet a été un lieu de pédagogie, d'expression des points de vue, de régulation sans pour autant empiéter sur le terrain qui relève de la responsabilité médicale.

1.2. L'action des acteurs de terrain au cœur des décisions prises autour d'échanges opérationnels

Si la « Cellule élargie Covid » a été un lieu majeur de coordination, de communication et de cohésion, la préparation du contenu des décisions, leur caractère opérationnel a relevé des acteurs de terrain. Ces derniers ont eu durant la crise une visibilité, et, en miroir, une liberté d'initiative et de proposition essentielle. Leur liberté d'action et leur force de proposition ont été d'autant plus visibles qu'ils étaient souvent en relation directe avec les décideurs du fait d'un relatif effacement des strates hiérarchiques, lié à « l'impératif opérationnel ».

Ce bouleversement de l'organisation interne de l'hôpital s'est traduit également par la prise en main de missions transversales par des médecins sans « casquettes » institutionnelles et par l'influence évocatrice des réseaux professionnels informels.

1.2.1. « L'impératif opérationnel » au travers de la mise en place des unités Covid : le rapprochement entre la décision et le terrain

Une fois actée la mise en place d'unités Covid – ambulatoire, médecine, réanimation – la place prise par les cadres de santé et les chefs de service, directement concernés dans les décisions, a été substantielle. De surcroît, les déménagements¹⁸ et les variations de capacités – à la hausse ou à la baisse -, donc les organisations, se sont succédé

¹⁸Pour le seul pôle Anesthésie, Médecine intensive et Réanimatoire (AMIR, on compte vingt-deux déménagements pour la période de mars à mai inclus, liés principalement à la prise en charge des patients Covid en réanimation.

mobilisant d'autant ces acteurs. Ce contexte les a rapprochés des décisions notamment par l'effacement circonstanciel de la logique polaire.

La mise en place des unités Covid au Centre Hospitalier d'Arras offre des exemples de décisions construites par le terrain. Les cadres de santé, qui maîtrisent tout à la fois les contraintes médicales et les aspects organisationnels des services, avaient une légitimité naturelle pour proposer des scénarios d'organisation des unités Covid en relation avec les chefs de services impactés. Par exemple, pour les soins critiques, les cadres de proximité connaissent les ressources médicotechniques spécifiques (report de centrale, scope, lits télémétrés), biomédicales (upgrade des espaces de soins intensifs pour devenir de la réanimation avec des respirateurs, des cathédialyses...).

Plus largement et donc au-delà des soins critiques, le cadre de proximité, de par sa fonction a une visibilité de l'ensemble des besoins indispensables au bon fonctionnement d'une unité médicale. Plus précisément, il a la visibilité sur trois volets. Premièrement, les ressources qu'elles soient humaines (paramédicales, anticiper un fonctionnement en situation dégradée) ou matérielles. Deuxièmement, l'organisation du travail dans le service à travers les bonnes pratiques (élaboration d'un « trousseau de travail » à destination des équipes, kit de prise en charge pour les équipes paramédicales, écriture des nouvelles procédures, kit masque, espace commun de travail). Troisièmement les circuits logistiques et la configuration du service (flux du linge, flux des déchets, stockage et flux du médicament, disposition des locaux).

Ainsi, s'ils n'ont pas été décideurs en dernier ressort, les cadres de santé ont largement influencé le sens des décisions relatives à l'implantation et au fonctionnement des unités Covid. Ils s'inséraient dans un trio qui a co-construit les solutions avant présentation pour validation en « Cellule élargie Covid » : la Coordination générale des soins autour des cadres de proximité, du cadre supérieur de pôle et de la Directrice des soins, la communauté médicale au travers des chefs de service directement concernés – au dépens des chefs de pôle - et la direction des Ressources logistiques et techniques dotée des ressources pour adapter matériellement l'hôpital.

Ces travaux prenaient forme autour de relations horizontales, de confiance, sans posture institutionnelle. Cette co-construction a largement « préfabriqué » le consensus autour de solutions directement opérationnelles.

Ce qui caractérise le plus la manière d'agir pendant cette période de crise sanitaire c'est l'absence de strates entre la direction et les cadres de santé, autres que les chefs

de service ou la Directrice des soins. Le lien était plus direct, plus instantané. Ces processus décrits pour mettre en place les unités COVID ont ainsi procédé d'une simplification et d'une relative d'une dé hiérarchisation.

Tableau 4 – Process - La mise en place de la première unité COVID HDJ au Centre Hospitalier d'Arras

Etapes à la mise en place de l'unité ambulatoire Covid	Acteurs hospitaliers
1. Décision d'ouverture d'une unité Covid ambulatoire, le CHA est établissement de seconde ligne	Direction CHA en lien avec l'ARS Hauts-de-France
2. Définition du cahier des charges pour l'implantation de l'unité ambulatoire Covid : - structure éloignée de l'activité de soins non-Covid de l'hôpital -entrée et sortie distinctes - possibilité aisée de déprogrammation - possibilité de confiner facilement des chambres.	CGS-médecins et direction
3. En fonction du cahier des charges dégager des propositions d'implantation de l'unité ambulatoire Covid	CGS-médecins et direction
4. Travailler sur le fonctionnement et l'organisation de l'unité pour assurer son opérationnalité	cadre de proximité HDJ/HDSM, cadre de santé dialyse, cadre supérieur de pôle médecine
5. Le projet est présenté à la direction générale des soins pour validation	cadre de proximité HDJ/HDSM, cadre de santé dialyse, cadre supérieur de pôle médecine et Directrice des soins
6. Le projet est présenté à la direction générale par la CGS pour validation et mise en œuvre	Directions, CGS

Ce rapport plus direct entre les acteurs de terrain et la direction était également valable pour les chefs de service, au dépens de la structure polaire. L'exemple du rôle joué par le chef du service réanimation en atteste.

A l'installation des premiers lits de réanimation Covid, l'enjeu était d'arrêter le capacitaire initial dédié à la réanimation Covid. Celui-ci impacterait d'autant le capacitaire de réanimation conventionnelle. Ces capacitaires devaient être à la fois suffisants pour prendre en charge les patients Covid tout en ne sacrifiant pas les capacités de prise en charge en réanimation de patients non Covid. Et ce, alors même que les départements du Nord et du Pas-de-Calais

sont historiquement en tension sur l'occupation des lits de réanimation¹⁹.

Ces décisions de capacité renvoient à la stratégie de l'établissement dans l'équilibre entre la réponse à la crise sanitaire et la prise en charge courante des patients du territoire. Elles sont prises collégalement entre le chef du service de réanimation, les infectiologues et le représentant de la direction.

Aussi, plusieurs de ces décisions ont été prises en dehors de réunions de crise formelles. Elles s'effectuent donc au sein de cercles resserrés. Dépourvues de contraintes formelles, la décision est pragmatique, rapide, discutée autour des responsables des prises en charge. Cette association des principaux responsables médicaux évacue les contestations en interne.

Ici, clairement, la crise sanitaire a remis sur le devant de la scène, le chef de service qui avait, plus que le chef de pôle, la légitimité tirée de sa spécialité médicale pour influencer les choix de gestion de crise.

1.2.2. Les organisations transversales portées par les médecins sans « casquette institutionnelle »

La sortie d'un fonctionnement interne courant à l'hôpital se manifeste par le rôle joué par des médecins qui s'autosaisissent d'organisations qu'exigent la réponse sanitaire à l'épidémie. Et ce, sans casquette institutionnelle préalable pour les désigner à de tels rôles. Cela a été le cas notamment pour l'organisation des gardes des médecins dans les unités de médecine Covid et pour la gestion de la déprogrammation au sein de l'établissement de santé. La prise en main de ces organisations par des représentants spontanés du corps médical sans intrusion de la direction fait montre de la simplicité de « l'agir hospitalier » durant cette période. De même, que pour l'implantation et la mise en place des unités Covid, les décisions ont été marquées par le pragmatisme, dépourvues des postures institutionnelles en retrait.

Le premier exemple est celui de l'organisation des gardes médicales dans les unités Covid de médecine. La démarche, portée par un médecin de la douleur, est non institutionnelle et non polaire. Elle a fait consensus car elle était non partisane et efficace. Le chef du pôle médecine a proposé à un médecin libéré pour partie de son activité et non rattaché au pôle de médecine de coordonner le planning des gardes médicales dans les unités Covid de

¹⁹Taux d'occupation de 92 % des services de réanimation des départements du Nord et du Pas-de-Calais cumulés, avant la crise sanitaire.

médecine. Le médecin sollicité s'est porté volontaire. Son positionnement en tant que médecin de la douleur a fait consensus, car il était connu de l'ensemble des services de l'établissement et il n'était pas rattaché au pôle médecine mais au pôle transversalité²⁰.

La coordination a consisté ensuite sur la base du volontariat à arrêter les gardes des médecins avec l'outil *Doodle* en anticipant le déploiement des unités et l'évolution des capacités. Une Commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) *ad hoc* est intervenue pour valider ce process qui a fonctionné tout au long de la crise sanitaire²¹.

Le deuxième exemple est celui de l'organisation de la déprogrammation à compter de mars 2020. La direction a dans un premier temps acté, en présence du corps médical, le principe de déprogrammation générale en intégrant la notion de non de perte de chance pour les patients. Cependant, elle ne s'est pas « aventurer » au-delà, car là n'était pas sa place. Ainsi, dans un second temps, la direction a laissé les discussions relatives au périmètre et au rythme des déprogrammations aux opérateurs entre eux laissant toute place à la responsabilité médicale de chaque médecin.

A compter du 23 mars 2020, la déprogrammation a impacté l'organisation du bloc opératoire. La nouvelle organisation du bloc opératoire²² a été portée par le président du Conseil de Bloc avec le soutien tacite de ses collègues et sans être chef de pôle ou désigné par l'institution.

1.2.3. La place des réseaux professionnels dans l'information et les décisions

Durant cette crise sanitaire une partie significative des informations portant sur les disponibilités de places dans les services de réanimation de la région ou sur le profil et la prise des patients Covid circulaient via des réseaux non institutionnels. Cette réalité participe à nouveau d'une simplification des relations professionnelles au dépens des outils institutionnels et des logiques hiérarchiques.

²⁰Le Pôle transversalité du Centre Hospitalier d'Arras comprend les services de Biologie médicale, d'Imagerie médicale, de Pharmacie et de Réadaptation fonctionnelle.

²¹Au total, 40 médecins sur plus de 200 que compte le groupement hospitalier ont tourné sur les gardes de médecine COVID représentant une diversité de spécialités (néphrologie, rhumatologie, douleur, addictologie, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, gastro-entérologie, gynécologie, cardiologie...).

²²Réduction du cadre de fonctionnement, verrouillage des programmations qui doivent passer par une cellule de programmation réduite ad hoc, mise en attente des blocs annulés, mutualisation de salles, non garantie des plages opératoires pour les opérateurs...

Le 12 mars, le chef du service réanimation du Centre Hospitalier d'Arras lance une conversation *WhatsApp* des réanimateurs des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Cette discussion instantanée avait deux fonctions : l'une concerne la prise en charge thérapeutique du patient, l'autre la coordination entre les établissements.

La discussion dite de « coordination des établissements de santé en matière de réanimation », consistait à faciliter l'orientation des patients dans un établissement en fonction des tensions hospitalières, des places libres dans chaque service de réanimation. Il s'agissait donc d'un outil de coopération interservices d'établissements hospitaliers distincts. Il s'est avéré particulièrement efficace le premier mois de la crise. Ensuite, la reprise en mains de ces discussions par les acteurs plus institutionnels a eu tendance à ralentir la coopération inter-hospitalière.

En somme, c'est un outil de la société civile, très médiatique et non propre au domaine de la santé qui s'est révélé être l'outil privilégié de partage d'informations des professionnels, parce qu'efficace et simple d'utilisation.

Cet usage questionne l'efficacité des outils numériques portés par les autorités sanitaires mais non retenus par les opérateurs à l'instar du Répertoire Organisationnel des Ressources (ROR)²³.

*

²³Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est un outil prévu par l'article D. 6124-25 du code de la santé publique, qui apporte aux professionnels des services d'aide à l'orientation d'un patient sur les champs d'activité du sanitaire.

2. La gouvernance de crise interroge la gouvernance courante tout en relevant de logiques différentes

La survenue de l'épidémie et la mobilisation générale du GHAT pour gérer cette crise sanitaire exceptionnelle a modifié les rapports entre les acteurs hospitaliers, de même que les modes de gouvernance ont été adaptés. Les manières de prendre les décisions et d'associer ont été également bouleversés.

Si l'environnement et le management de crise ont conduit à ces bouleversements, ils ne sont pas pour autant à dupliquer pour l'avenir même s'ils ont favorablement marqué la communauté hospitalière et commandent d'en tirer des enseignements.

2.1. Un environnement et un management de crise qui rendent les comparaisons superflues

L'environnement et le management de crise commandent des adaptations organisationnelles qui rompent avec les pratiques courantes.

2.1.1 Une convergence des intérêts inédite

Au sein de l'hôpital public, de fait, chaque médecin défend des intérêts et des objectifs liés à sa spécialité, ou à son service, son pôle. La gouvernance hospitalière s'appuyant sur le projet médical et le projet d'établissement vise à donner de la cohérence aux différents projets émanant des services et pôles de l'établissement. Des arbitrages interviennent, au profit ou aux dépens de services reposant sur des considérations stratégiques, logistiques ou financières.

Pendant la période Covid, un changement de paradigme s'est opéré. Il n'y avait plus qu'un seul projet, un seul objectif pour tous les acteurs hospitaliers. Cet objectif, la lutte sanitaire contre l'épidémie Covid19 s'est substitué à tous ceux existant, temporairement suspendus.

En ce sens, la crise a été « une parenthèse » durant laquelle on observe un dépassement des conflits interprofessionnels, des égos et des positions hiérarchiques. La dimension humaine a pris le dessus sur les intérêts professionnels ; la stratégie individuelle n'avait pas sa place.

La solidarité au sein du corps médical illustre cette convergence de tous les acteurs hospitaliers autour d'un seul projet. « *Sur le plan médical, il y avait un vrai soutien des médecins et chirurgiens, toutes spécialités confondues. Ça nous a beaucoup rapprochés* » relate un praticien du CHA²⁴. Des médecins nutritionnistes dès le début de la crise sanitaire sont venus renforcer l'unité ambulatoire Covid. Les pédiatres ont proposé de prendre en charge les jeunes adultes eu égard à leur faible activité. Plus largement, des médecins de toutes spécialités ont tourné dans les unités de médecine Covid. Au total, 40 médecins sur plus de 200 que compte le groupement hospitalier ont tourné sur les gardes de médecine Covid représentant une diversité de spécialités (néphrologie, rhumatologie, douleur, addictologie, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, gastro-entérologie, gynécologie, cardiologie...).

Cet état d'esprit au sein du corps médical a favorisé indéniablement la souplesse, la fluidité, les compromis. Il faut observer que la mobilisation remarquable des médecins hospitaliers pendant cette période est aussi liée à l'arrêt partiel de leurs activités respectives²⁵. Le PCME du CHA relève « *un climat de bienveillance mutuelle qui s'est naturellement installé* »²⁶.

La solidarité s'est également manifestée entre hospitaliers et la médecine de ville au sein de l'hôpital. A titre d'exemple alors que d'ordinaire la Permanence des soins ambulatoires (PDSA) et le SAMU cohabitent sans synergie, en période de crise des substitutions de médecins entre ces organisations distinctes sont intervenues.

Cependant, cette période ne reflète pas la réalité des interactions entre les acteurs hospitaliers au quotidien. D'ailleurs pendant la crise sanitaire, une fois le pic de prise en charge passé, des points d'achoppement ont refait surface. Tels que le transfert ou non des résidents d'EHPAD atteints du Covid19 dans les unités de réanimation du Centre hospitalier d'Arras ou le devenir de l'unité de soins intensifs post réanimation (USIPR)²⁷ ou encore le rythme de reprise de l'activité à compter de fin mai.

L'exemple de la reprise d'activité est évocateur de ce retour des intérêts divergents. A compter du déconfinement, les chirurgiens de l'établissement de santé considèrent qu'il est temps pour eux de retrouver rapidement une activité « normale ». Ce retour à une activité normale passe par la récupération des capacités effectives avant la crise, donc de locaux et

²⁴Entretiens de mémoire, Médecin du CHA

²⁵Entre mi mars et mi avril, sur un mois glissant comparé à 2019 : 312 opérations chirurgicales contre 834, 4 500 consultations contre 17 700, 831 hospitalisations contre 1 100.

²⁶Entretiens de mémoire, PCME du CHA

²⁷Nouvelle activité qui s'est installée dans les locaux de la chirurgie ambulatoire en pleine période Covid

de personnels correspondant à ces capacités. Or, le redémarrage de l'activité, piloté à l'échelle de l'établissement, est volontairement progressif du fait des dispositifs contraignants d'accueil des patients en période épidémique et plus largement de l'incertitude quant à l'évolution de l'épidémie²⁸.

Les chirurgiens vont faire pression auprès de leurs propres représentants, de la Coordination générale des soins et de la direction pour accélérer un retour à une activité normale. Ils ne se trouvent plus dans le temps coordonné institutionnel de reprise mais souhaitent une reprise dynamique de leur activité. Si on comprend la position des chirurgiens, on relève que c'est une logique de service, de spécialité qui reprend son cours. La « parenthèse Covid » se lézarde.

2.1.2. Un management de crise

Une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) appelle un management adapté. L'objectif principal devient la mise en œuvre d'actions visant à la prise en charge des besoins sanitaires que génère la crise et concomitamment au maintien de l'activité hospitalière de telle manière qu'elle ne crée pas de pertes de chances pour les patients du territoire. Dès lors, « *l'organisation traditionnelle ne semble plus adaptée. Pour y faire face, la conduite et le pilotage en cellule de gestion de crise requièrent un cadre décisionnel rénové qui s'appuie sur une méthode spécifique de management* »²⁹.

Conformément aux théories sur le management de crise³⁰, le management au GHAT s'est adapté aux circonstances consacrant l'intelligence collective (a), le principe de subsidiarité (b) et la cohésion (c) ce qui ne peut rendre ce management comparable au management hospitalier courant en dehors d'une crise sanitaire majeure.

(a) Promouvoir l'intelligence collective à travers la « cellule élargie »

Incontestablement la « cellule Covid élargie » a favorisé la transversalité des savoirs. En un lieu unique, les corps de métiers mobilisés pour la gestion de crise se retrouvaient physiquement deux à trois fois par semaine pour balayer les problématiques relatives à la crise et organiser l'action. Ce fut un lieu de coordination très fort au sein duquel tous les

²⁸A compter du déconfinement, l'établissement a fixé la règle d'un patient toutes les 30 minutes puis de 1 patient toutes les 20 minutes, le but étant de réguler le nombre de passage à l'hôpital afin de maîtriser la reprise de l'activité en sortie de première vague Covid

²⁹Le management en santé, Chapitre 5, Christophe Van der Linde Presses de l'EHESP, 2018

³⁰Mémento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé, Christophe Van Del Linde, 2019

acteurs œuvraient pour un but commun. L'intelligence collective était d'autant plus favorisée que ce format permettait l'usage d'un langage et de repères communs (l'évolution du déploiement des unités, les règles d'hygiène instaurées, l'évolution du nombre de patients Covid pris en charge au sein de l'établissement, les flux aux urgences, le nombre de décès...).

L'ouverture de cet espace de partage commun – non virtuel - centré sur tous les aspects de la gestion de la crise a démarré le 13 mars 2020. Une Assemblée générale médicale, s'est rassemblée. Durant cette séance - empreinte de solennité de par la vulnérabilité ressentie par la communauté hospitalière³¹-, pour la première fois des mots qualifiaient la crise sanitaire qui se profilait s'appuyant sur les témoignages de confrères de l'Oise et du Grand-Est. Cette séance inaugurale a préfiguré la management de crise de la « Cellule Covid élargie » mise en place quelques jours plus tard³².

Ce fonctionnement a permis de donner **une vision partagée de la situation**. Chacun dès lors ayant un niveau d'information homogène et actualisé a pu se positionner pour se rendre utile au service du collectif hospitalier.

Ce fonctionnement a également été propice à l'anticipation. Sous l'égide du Directeur général animateur de la cellule, les échanges intégraient une approche prospective pour s'adapter au plus proche à l'évolution de l'épidémie et à ses impacts pour l'établissement. Par exemple cette anticipation a porté sur le plan de reprise d'activité ou la saturation de la filière SSR (du fait du manque de place en aval et des cohortes Covid créées dans plusieurs services de SSR) ou de la réouverture progressive des EHPAD sur l'extérieur et des activités au sein de ses structures ou encore de l'accueil des patients sortis de réanimation Covid mais nécessitant une réadaptation cardiaque en unité de soins intensif post réanimation (USIPR)...

Enfin ce format a donné place à **un dialogue contradictoire constant et non stérile** car une orientation était systématiquement prise par le Directeur général en transparence vis à vis des membres de la cellule de crise.

³¹La prise de conscience au GHAT d'entrer dans une crise sanitaire sans précédent est intervenue à la suite des témoignages de personnel hospitalier de l'Oise et de l'Est de la France ; en particulier des correspondances par messagerie du Groupement Hospitalier de la Région Mulhouse et Sud Alsace, datant du 12 mars 2020.

³²La première cellule de crise élargie se déroule le 19 mars 2020

(b) Le principe de subsidiarité comme règle de management

La gestion de la crise Covid - comme souligné dans la première partie - a donné lieu à une certaine « dé hiérarchisation ». Des rapports plus directs se sont noués dans la résolution des problèmes opérationnels entre les acteurs de terrain et la direction. Cet état de fait a été pour partie spontané, pour partie organisé.

Les missions ont été confiées à des agents non pas en fonction de leurs positionnements hiérarchiques ou de leur poste mais au regard des compétences reconnues. Plusieurs exemples font état de cette méthode de management appliquant le principe de subsidiarité : la réflexion sur le capacitaire du service de réanimation Covid, la réorganisation du bloc opératoire, les déclinaisons du plan de retour d'activité (PRA), la stratégie de dépistage en sortie de crise... Les préconisations dégagées par chaque groupe de travail étaient ensuite directement présentées en cellule de crise sans autre strate.

Concernant la réflexion sur le capacitaire du service de réanimation Covid, le respect de la hiérarchie polaire a prévalu mais avec une influence prépondérante du chef du service de réanimation du fait de son positionnement au cœur de la crise sanitaire. Au total sous l'égide du chef de pôle, des réunions entre chirurgiens, anesthésistes et réanimateurs ont été organisées en lien avec les représentants des établissements publics et privés voisins.

Pour la réorganisation du bloc opératoire, le président du conseil de bloc – chirurgien - a pris le pilotage, traversant les lignes hiérarchiques notamment polaires. S'appuyant sur sa fonction de président de Conseil de bloc³³, il disposait de l'expertise en matière de programmation, déprogrammation et modification des flux des patients au bloc. Dès lors, il pilotait les réunions avec les services de réanimation, d'hygiène et de la coordination générale des soins prenant, de fait, un rôle institutionnel non formalisé. Il a mené un travail pluridisciplinaire sur les mesures de prévention Covid au bloc opératoire et sur l'ensemble des impacts pour le bloc opératoire³⁴.

Enfin, ultime exemple, la stratégie de dépistage en sortie de crise a été pilotée en direct par un infectiologue et deux nutritionnistes animant un groupe de travail associant la médecine

³³Le conseil de bloc opératoire assure la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et des règles de sécurité sanitaire et anesthésique. (source ANAP)

³⁴Modification du circuit au bloc (bâchage), organisation des prises en charge des patients au bloc selon qu'il soient Covid+ ou Covid-, organisation des dépistages PCR avant passage au bloc, remise d'un questionnaire « suspicion COVID » au patient, déprogrammation bloc et consultations, gestion des EPI

du travail, la coordination générale des soins, la direction des ressources humaines. Les pilotes n'avaient pas avant la crise de position institutionnelle, mais une fois encore les compétences et la place prise pendant la crise sanitaire a déterminé le choix des pilotes.

(c) La communication vecteur de cohésion et d'unité

La communication interne a été un facteur de cohésion. D'une part, l'information circulait au travers de la « cellule Covid élargie ». Mais celle -ci ne touchait pas tout le personnel hospitalier. D'autres outils de communication interne ont été mis en place. Ils avaient pour fonction de donner du sens à l'action collective et des repères.

Parmi ces outils, le plus emblématique était le point d'information journalier du Directeur général. Envoyé par message électronique à compter du 15 mars, il était dans un premier temps destiné aux infectiologues, chefs de pôles, chefs de services et cadres supérieurs de santé. Dès le 22 mars, l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier d'Arras en est destinataire. Ce faisant, le personnel hospitalier disposait tous les jours d'un point actualisé de la situation sanitaire pour le CHA comprenant les capacités des unités Covid avec l'occupation, les fermetures ou ouvertures d'unités, les problématiques en cours de résolution, un état des lieux de la situation pour les EHPAD et des données régionales permettant de situer la situation au CHA. (*confer* Annexe 3 : exemple de point d'information journalier à destination des agents hospitalier du CHA). En sus, chaque dimanche ledit message comprenait un mot d'accompagnement à l'attention du personnel développant des aspects de la gestion de la crise sanitaire (état de l'absentéisme, causes et attendus des réorganisations en lien avec l'activité Covid, historique de la crise au CHA...).

La communication interne était également relayée par les organisations syndicales qui disposaient d'un point hebdomadaire avec la Direction générale et la Direction des Ressources Humaines, dans un même souci pédagogique et de transparence visant à expliquer les organisations mises en place et les choix de gestion faits.

En somme, le sens donné à l'action et les repères ont permis aux agents de se projeter dans la crise, et ce, malgré les incertitudes sur la maladie de la Covid19. En outre, ils ont permis grâce à un seuil d'information identique pour l'ensemble des agents du CHA – 1 900 agents au CHA – d'entretenir le sentiment d'être embarqué dans la même mobilisation collective, donnant corps à une communauté hospitalière soudée, solidaire.

Vis à vis de l'extérieur, ce même souci de transparence prenait la forme de conférences téléphoniques hebdomadaires avec les élus du territoire, avec les familles des résidents en EHPAD et des interviews régulières données aux médias locaux.

Plusieurs décisions institutionnelles sujettes à débats ont pu être plus facilement acceptées grâce à cette exigence de communication décrite plus haut. Par exemple la réouverture très progressive des EHPAD sur l'extérieur, les règles de visites pour les accompagnants au sein de l'établissement de santé, la continuité du travail pour les agents testés Covid+ asymptomatiques, les règles relatives au port du masque...

2.2. Un fonctionnement de crise dérogatoire, non viable pour l'hôpital en dehors de la crise

2.2.1. Un rapport aux ressources biaisé : les exemples du biomédical et des ressources humaines

Les acquisitions en équipement biomédical et le recrutement sur des besoins spécifiques durant la crise sanitaire ont représenté aux yeux du personnel hospitalier des « marqueurs » d'une administration à l'écoute des professionnels et particulièrement réactive. Cependant, ce rapport aux ressources est biaisé par l'urgence qui a prédominé et supplanté toute autre considération.

Durant la période Covid, les besoins biomédicaux étaient exprimés au fil de l'eau dans l'urgence absolue. Dans ces conditions, ces besoins faisaient l'objet d'un examen sommaire par le service biomédical, en vue d'une livraison la plus rapide possible³⁵. A titre d'exemple, 10 armoires de médicaments commandées par la pharmacie pour équiper les lits de réanimation ont été demandées le 10 mars, et commandées trois jours plus tard. En temps normal – hors crise sanitaire - ce type de sollicitation aurait pu prendre plus d'une année pour être validé en tant qu'investissement parmi un ensemble d'autres besoins exprimés à l'échelle de l'établissement.

³⁵Six exemples d'équipements biomédicaux achetés en urgence, durant la période Covid au CHA : Respirateurs de réanimation, Pousses seringues, Automate PCR de dépistage pour le Covid, Pompes à nutrition, Moniteurs multi-paramétriques et leurs accessoires (module de pression invasive, câbles, etc), Thermomètres (tympaniques mise à disposition, ou infrarouge achetés)

Dans un fonctionnement courant, les besoins urgents sont marginaux. Le plan d'équipement permet d'éviter l'émergence non maîtrisée de besoins urgents. Le plan d'équipement prévoit d'une part le renouvellement de l'équipement limitant l'expression de besoins urgents, d'autre part, l'équipement à acquérir pour la mise en place de nouvelles activités.

De là, les acquisitions de matériel biomédical en période Covid et hors Covid ne sont pas comparables. Elles procèdent de logiques différentes. L'une répond à l'urgence : la vérification de la justification est sommaire, les quantités ne sont pas discutées, la logique financière s'efface car l'urgence s'impose et relègue tout autre aspect. L'autre est la logique courante *via* le plan d'équipement qui prévoit l'expression de besoins, l'instruction de ces besoins, la priorisation entre plusieurs besoins, la confirmation du besoin avec le temps ; la validation de l'acquisition du besoin s'intégrant dans un plan d'équipement pluriannuel, en théorie contraint par les moyens humains (ressources internes) et les possibilités financières d'investissement.

Les besoins en ressources humaines durant la crise ont été très rapidement satisfaits au prix d'un regard moins étroit sur la maîtrise budgétaire et la qualité du processus de recrutement. L'écartement de la ligne budgétaire en matière de recrutement n'a pas fait l'objet de discussions. En temps normal, un recrutement intervient en cas de vacance d'un poste, de remplacement temporaire si l'absence d'un agent occupant le poste en question intervient ou en cas de création d'un poste dans le cadre d'un budget de l'Agence Régionale de Santé dédié. Pendant la crise sanitaire ces règles étaient temporairement mises de côté, à l'instar des équipements biomédicaux, des travaux d'aménagement ou des équipements de protection individuelle, les besoins exprimés étaient satisfaits dans les plus brefs délais étant donné l'urgence de la situation sanitaire.

Par exemple, très vite début mars, du personnel est venu renforcer le SAMU en tension du fait d'un afflux d'appels liés à l'épidémie. Trois lignes de garde supplémentaires et quatre postes d'agent de régulation médicale (ARM) ont ainsi été ajoutés en quelques jours. La rapidité des recrutements effectués avait pour contrepartie une simplification des entretiens, parfois limités à une prise de contact téléphonique. En d'autres termes l'extrême réactivité a pour contrepartie une moindre garantie de qualité du recrutement.

Au total, l'établissement a recruté 117 vacataires sur la période de mars à juin 2020 sur des postes majoritairement d'aide-soignant, d'infirmier, d'ASH et d'agents entretien qualité.

2.2.2. L'effacement des espaces de consultation et de concertation

L'effacement des espaces de consultation et de concertation – en particulier CTE, CSIRMT et CHSCT -, ont de fait permis une réactivité plus forte de l'hôpital en le libérant temporairement de passages de décisions au sein d'instances pour avis ou information. La contrepartie est l'atteinte faite aux droits des agents publics. En effet, ces espaces garantissent l'association du personnel aux décisions de l'établissement *via* leurs représentants. Il s'agit d'espaces de régulation sociale essentiels à la bonne marche de l'établissement. Aussi, ce contournement « forcé » ne peut être qu'exceptionnel.

Le **comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)** dont la mission est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité du personnel, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, n'a pas été réuni avant le 11 juin 2020. Pourtant relativement à ses missions, le CHSCT était directement interpellé car les conditions de travail des agents étaient bouleversées et imprégnées par la gestion de l'épidémie. Celle-ci occasionnait des risques pour la santé et générait de l'angoisse auprès du personnel hospitalier qu'il soit soignant ou non soignant.

Par ailleurs, les textes prévoient que le CHSCT soit obligatoirement consulté sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail dont les transformations de poste de travail. Or, ces projets d'aménagement étaient le quotidien de « l'hôpital reconfiguré » en fonction de l'épidémie : organisation du télétravail en lien avec le Covid, transformation de l'hôpital de jour en unité ambulatoire Covid, transformation de la chirurgie ambulatoire en unité de médecine Covid, aménagement des urgences pour la mise en place de « cohortes Covid », aménagement de l'espace d'accueil des patients – bureau des entrées – avec la systématisation de Plexiglas, aménagement d'espaces de rencontre du fait de l'épidémie en EHPAD...

De la même manière que pour le CHSCT, le **Comité Technique d'Etablissement** du Centre hospitalier d'Arras ne s'est pas réuni de mi-mars à début juillet. Il représente les personnels non médicaux et est consulté notamment sur les sujets ayant une incidence sur le fonctionnement et sur l'organisation de l'établissement. Evidemment les incidences durant la période Covid sur le fonctionnement et l'organisation de l'établissement ont été substantielles et quasi quotidiennes entre mars et mai. La consultation du CTE n'a ainsi pas été observé pour les changements qui se sont succédé de cadre de fonctionnement des services et de modification du temps de travail.

2.2.3. La logique polaire questionnée par la crise sanitaire

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 consacre les pôles d'activité prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. Aussi, le Centre hospitalier d'Arras s'est organisé en organisation polaire, la dernière datant de septembre 2018 autour de huit pôles d'activité clinique et médicotechnique³⁶. La gestion de la crise sanitaire a donné lieu à des observations équivoques sur les pôles.

D'une part, certains pôles, de par leur composition, ont constitué un regroupement cohérent de services permettant, sous l'impulsion du cadre supérieur de pôle, une réponse coordonnée à l'échelle du pôle et facilitant les complémentarités pour mettre en œuvre la réponse sanitaire à la crise. C'est le cas du pôle Urgence, pôle femme-Mère-enfant, Santé mentale, Chirurgie ou encore Médecine au sein desquels les parcours patients Covid+ ou non Covid étaient identifiés et fluides, les ressources partagées, se coordonnant entre services et offrant une visibilité de l'organisation polaire.

D'autre part, la réponse à la crise sanitaire - donc l'impératif d'opérationnalité - a mis en évidence le rôle prépondérant du chef de service – parfois aux dépens du chef de pôle -, associé à une spécialité médicale de laquelle il tire sa légitimité et dont il est responsable. En tant que chef de service, le médecin garde une autonomie professionnelle très forte et de vraies responsabilités qui compliquent le plein exercice de la fonction de chef de pôle.

Par ailleurs, la gestion de la crise a mis en évidence une logique d'interactions interservices plus qu'inter-pôles, encore une fois basée sur l'impératif d'opérationnalité. Le chef de service était perçu comme l'interlocuteur idoine, propre à porter les responsabilités et à apporter des solutions pragmatiques dans la spécialité qu'il représente. Dans une certaine mesure, la strate polaire a été contournée dans les relations interprofessionnelles. A titre d'exemple, en « Cellule élargie Covid » ou lors de la constitution de groupes de travail, les médecins étaient davantage sollicités au titre de chef de service qu'au titre de chef de pôle.

La mobilisation remarquable des médecins pour des sujets dépassant leur spécialité allant jusqu'à un intérêt pour des problématiques relevant de l'échelle de l'établissement est une opportunité. La crise sanitaire a développé, au sein du corps médical et au-delà, une vision plus intégrée de l'établissement. C'est l'occasion pour l'hôpital de mobiliser au-delà de la

³⁶Les huit pôles au CHA : Anesthésie Médecine Intensive et Réanimatoire (AMIR, Femme-Mère-Enfant, Gériatrie, Médecine polyvalente hospitalière et spécialités médicales, Santé médicale, Spécialités chirurgicales, Transversalité, Urgence.

crise sanitaire des médecins sur des projets médicaux voire de redynamiser les pôles et les instances de gouvernance.

2.3 La perception diffuse d'un fonctionnement hospitalier plus fluide et plus efficace commande de tirer des enseignements de cette crise sanitaire en matière de gouvernance

Même si le fonctionnement adopté au Centre Hospitalier d'Arras durant la crise sanitaire ne saurait être comparé ou dupliqué au fonctionnement courant de l'hôpital, la crise sanitaire a marqué les « esprits hospitaliers » du CHA. Il ressort des entretiens³⁷ réalisés dans le cadre de ce mémoire des observations et des ressentis très convergents.

Premièrement, le sentiment d'avoir été davantage écouté par la Direction (disponibilité immédiate des services supports, réponses favorables aux expressions de besoins notamment matériels et RH).

Deuxièmement, le constat d'une « horizontalisation » des rapports professionnels avec des circuits de décision plus courts et plus directs, dépourvus de postures institutionnelles.

Troisièmement, davantage de transversalité, de coordination et une association des acteurs hospitaliers plus forte.

Quatrièmement, plus de solidarité.

Pour davantage objectiver le ressenti des agents hospitaliers sur le fonctionnement de l'hôpital durant la crise Covid, une enquête a été construite en juin 2020 (*confer* Annexe 4 – Questionnaire Retex – Crise Covid au CHA). Elle a pris la forme d'un questionnaire à destination de l'ensemble des agents du Centre Hospitalier d'Arras, 1 900 agents. Le questionnaire disponible en ligne du 22 au 28 juin a recueilli 168 réponses soit près de 10 % des effectifs du CHA, avec une diversité représentative des corps de métier.

Cette enquête avait notamment pour objectif de confronter les réactions des agents reçus en entretien – principalement des médecins, des cadres de santé et des Directeurs - dans le cadre du mémoire, avec celles plus larges des agents hospitaliers dans leur ensemble.

³⁷Seize entretiens ont été réalisés avec des médecins, des chefs de services, des chefs de pôles, des cadres de santé de proximité, des cadres supérieurs de pôles, des Directeurs, des représentants syndicaux (*Confer* Annexe 1)

Il ressort de cette enquête la perception globale d'un fonctionnement de crise efficace notamment autour de l'adaptabilité, du circuit de décision court, de la circulation de l'information et de la coopération.

A la question quels sont les trois mots qui reflètent le plus la crise vécue – parmi une sélection de 18 mots³⁸ - si le « stress » est l'occurrence qui arrive en première position (59% des répondants le mentionne), « l'adaptabilité » arrive en seconde position (47%). Cette notion d'adaptabilité est reliée à celle de réactivité. Aussi, 79 % des répondants estiment que l'hôpital a été « réactif » dans sa réorganisation – transformation - et donc sa réponse sanitaire.

Concernant l'information, 75 % des répondants estiment avoir reçu les informations pour bien remplir leur mission. Ce qui correspond à un ratio qui atteste d'un degré de diffusion et de circulation de l'information pendant la crise sanitaire très satisfaisant. Les vecteurs d'information que furent le point d'information journalier du Directeur Général à destination des agents du CHA ou encore la « Cellule de crise élargie Covid » ont participé à l'amplitude et à la qualité de l'information au sein de l'hôpital pendant la crise.

La coopération interservices, qui implique de la transversalité et des synergies entre les différents services de l'hôpital aux cultures, process, attentes, contraintes différents, ont permis de faciliter la gestion de la crise pour 76 % des répondants. A nouveau une grande majorité des répondants estime ainsi que la coopération interservices a été au rendez-vous.

Au final, lorsqu'on pose la question « Que désirez-vous garder de la gestion de la crise sanitaire ? », les réponses qui reviennent le plus – parmi une sélection³⁹ – sont l'entraide (50%) des réponses, le circuit court de prise de décision (42,55%), la communication interne (36%) ou encore l'absence de contraintes économiques (32%).

³⁸Les 18 mots proposés dans le questionnaire pour qualifier la crise sont : stress, adaptabilité, fatigue, solidarité, pénurie, peur, coopération, responsabilité, collectif, décloisonnement, sécurité, générosité, émulation, innovation, loyauté, agilité, reconnaissance, confiance.

³⁹Les propositions sont : l'entraide, le circuit court de prise de décision, la communication interne, l'absence de contraintes économiques, l'innovation organisationnelle, la télé-consultation, la coopération avec la médecine de ville, l'opérationnalité, avoir une formation pour exercer un nouveau métier, le télétravail, la coopération avec les établissements privés, la découverte de nouveaux services, échanges avec les acteurs locaux.

**Verbatim des témoignages des agents hospitaliers
sur la crise sanitaire au Centre Hospitalier d'Arras**

« Le GHAT face au COVID 19 »

24 février 11 mai 2020, service communication du GHAT

« *On tirera du positif, comme notre capacité d'adaptation par exemple* »
(réanimateur, CHA)

« *Convergence des compétences et des énergies et un renforcement du travail en
collégialité* » (CGS)

« *Ce qui serait bien aussi, c'est que cette cohésion continue* » (agent technique,
CHA)

« *Que cet élan commun et cette démarche commune vont perdurer* » (chef de pôle,
CHA)

« *Résilience professionnelle inédite* » (chef de service, CHA)

« *C'est très appréciable de travailler en situation de crise et d'avoir une réactivité de
tous les corps de métiers* » (médecin, CHA)

« *Sur le plan médical, il y avait un vrai soutien des médecins et chirurgiens, toutes
spécialités confondues. Ça nous a beaucoup rapprochés* » (médecin CHA)

« *Un climat de bienveillance mutuelle s'est naturellement installé* » (PCME, CHA)

3. Tirer les enseignements du fonctionnement de crise apprécié des acteurs hospitaliers du CHA

3.1 Prolonger l'association transversale et la transparence d'action pour valoriser les acteurs de terrain

3.1.1 Via l'outil contractuel, redynamiser l'activité polaire et associer davantage le terrain aux décisions

Objet de la préconisation :

La mise en place de contrats de pôle a pour but de décentraliser partiellement la gestion auprès des acteurs de terrain médico-soignant en vue d'améliorer les conditions de travail, d'associer directement les acteurs médico-soignant à la dynamique d'activité et aux projets qui la soutiennent.

Constats et contexte :

L'activité des pôles est discutée au Centre hospitalier d'Arras (tenues aléatoire des bureaux de pôle et des conseils de pôle). Par ailleurs, le désintérêt de nombreux médecins du CHA vis à vis de l'échelle polaire est partagé sans être total. Ce désintérêt vient en contraste avec la mobilisation du corps médical pour les sujets institutionnels pendant la crise sanitaire. Par ailleurs, la démarche de contrat de pôle engagée en 2018 a été interrompue.

Or, la contractualisation polaire permettrait de rapprocher les décisions de gestion et celles relatives aux projets du « terrain hospitalier » à l'instar de ce qui a été pratiqué pendant la crise sanitaire dans le cadre d'un management de crise. En effet, les contrats de pôle s'appuient sur le principe de subsidiarité : des décisions de gestion sont déléguées à un échelon plus proche du terrain. Il s'agirait de diffuser l'application du principe de subsidiarité, dans le prolongement de la crise sanitaire, via le moyen des contrats de pôle.

Objectif(s) de la préconisation et description des actions :

A travers la mise en place de contrats de pôle l'objectif est de rapprocher le médecin de la gestion quotidienne de l'établissement à l'instar de qu'il a vécu pendant la crise covid. Via les contrats de pôle des objectifs partagés entre médecins, cadres et direction sont établis et formalisés. De plus, via cet outil contractuel (logique de performance, de suivi d'indicateurs, de prime d'intéressement à la qualité et à la bonne gestion), le médecin se voit davantage impacté, répercuté et donc intéressé.

Les objectifs associés sont les suivants : redynamiser la logique polaire en accordant une place essentielle aux chefs de services dans la déclinaison du contrat de pôle ; faire du pôle un espace d'association des agents hospitaliers aux projets institutionnels ; utiliser le pôle pour développer la logique d'intégration, l'appropriation des projets et sujets d'établissement par les médecins hospitaliers ; développer les délégations de gestion aux pôles et aux services en particulier concernant les petits travaux et les équipements courants.

Limites, points de vigilance :

Le danger de la contractualisation interne est d'en faire un outil trop lourd et trop dense qui perd en lisibilité et en souplesse. Il doit constituer un outil d'intérêt, de confiance de gestion pour les acteurs du pôle.

*

3.1.2 Connecter le Directoire à l'encadrement et au corps médical hospitalier ou rapprocher les décisions du terrain.

Objet de la préconisation :

Faire évoluer la composition, l'élaboration de l'ordre du jour et la communication du Directoire dans le sens d'un rapprochement avec le corps médical et l'encadrement paramédical.

(Inspiré de la recommandation n°6 de la Mission Claris « La gouvernance et la simplification hospitalières », juin 2020).

Constats et contexte :

Les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire font état d'une distance voire d'un désintérêt des médecins hospitaliers et de l'encadrement paramédical pour le Directoire. Ce constat rejoint celui fait par la Mission Claris sur « La gouvernance et la simplification hospitalières » confiée au Pr Olivier CLARIS (Juin 2020).

Les entretiens font état du peu d'attraction du corps médical pour cette instance et d'une méconnaissance des sujets qui y sont traités et des décisions prises. En comparaison avec l'implication du corps médical durant la crise sanitaire sur des sujets institutionnels, le Directoire apparaît éloigné des chefs de services, des cadres de proximité voire des cadres supérieurs de pôle.

Le fonctionnement plus direct de la remontée des informations et des préconisations pendant la crise sanitaire du fait de la crise sanitaire, invite à repenser le fonctionnement du

Directoire du Centre Hospitalier d'Arras en le rattachant davantage aux acteurs hospitaliers qui en sont éloignés. Ce rapprochement permettrait aussi de nourrir l'ordre du jour du Directoire, souvent alimenté par la Direction faute de propositions des chefs de pôles.

Objectif(s) de la préconisation et description des actions :

Les trois actions proposées – composition à géométrie variable et enrichi de l'encadrement hospitalier selon les sujets, élaboration de l'ordre du jour ouverte aux chefs de service et aux cadres de santé et communication institutionnelle plus ambitieuse et systématique sur l'activité du Directoire – visent toutes à rendre plus visible, dynamique et arrimé aux acteurs de terrain le Directoire.

Elles contribueraient aussi à donner plus de place et d'influence à l'encadrement paramédical dans la politique de l'établissement en les impliquant plus directement dans « l'agenda » du Directoire, reconnaissant par là leur rôle de « cheville ouvrière » de l'hôpital.

La composition du Directoire peut être plus flexible en fonction de l'ordre du jour et dépasser les membres prévus dans les textes. Les présentations peuvent ainsi être portées par les acteurs de terrain. Le Secrétaire général coordonne en fonction de l'ordre du jour la composition du Directoire.

L'élaboration de l'ordre du jour qui, de fait, est assez descendante actuellement faute de propositions des chefs de pôle pourrait tendre, pour partie, à un renversement avec des propositions émanant des chefs de service et cadre de santé remontées et sélectionnées par les chefs de pôle.

Enfin, un format de communication interne diffusé après chaque Directoire aux médecins et cadres de santé et cadres administratif permettrait de donner plus de visibilité et de transparence au Directoire, participant d'une appropriation des sujets institutionnels par les acteurs hospitaliers.

*

3.1.3 Ecriture d'un projet de management et de gouvernance

Objet de la préconisation :

Ecriture d'un projet de management et de gouvernance

(Inspirée de la recommandation n°1 de la Mission Claris « La gouvernance et la simplification hospitalières », juin 2020).

Constats et contexte :

Les entretiens réalisés mettent en évidence, pendant la crise, l'existence de circuits de décision plus directs et d'une circulation de l'information très fluide. Ces observations convergentes sous-entendent que le fonctionnement courant de l'hôpital est perçu comme souffrant d'un circuit de décision parfois trop formaliste, incompris ou méconnu et d'une circulation de l'information aléatoire. L'association aux procédures de décision est parfois contestée.

Ce constat mis en exergue durant les entretiens réalisés dans le cadre du mémoire rejoint celui fait dans les conclusions de la mission Claris (« La gouvernance et la simplification hospitalières », juin 2020), mentionnant « *l'existence d'une sorte de « plancher de verre » : en dessous du pôle, les informations ont manifestement du mal à « redescendre », mais également à « remonter »* ».

Objectif(s) de la préconisation et description des actions :

Dans le but de donner plus de lisibilité, de transparence à la gouvernance de l'établissement – pour qu'elle soit mieux connue et comprise - et de favoriser la valorisation des « intelligences de terrain » dans la continuité de la mobilisation pour la crise sanitaire, il est proposé de construire un projet de management et de gouvernance.

Ce document expliciterait par exemple les processus d'instruction des projets, la démarche de contractualisation et ses incidences si elle aboutit, les liens entre les instances de décision, les pôles et les services ou encore les règles de désignation des responsables institutionnels...

*

3.1.4 Repenser la communication autour de tous les projets de l'établissement à l'amorce et durant leur réalisation

Objet de la préconisation :

Mettre en place au lancement d'un projet « une fiche identité projet » visant l'association des acteurs de terrain aux projets de l'établissement (a), communiquer sur l'avancement des projets plus systématiquement autour d'un format consacré et identifié de tous (b), organiser des « Assemblées de revue de projets » annuelles (c)

Constats et contexte :

Durant la période de crise sanitaire, la gouvernance de crise a montré une association très large des services en direct et en interaction les uns les autres pour une même action se substituant à tous les projets suspendus temporairement. Cette mobilisation a été caractérisée par sa transversalité.

Hors crise, les services support estiment parfois « subir » les projets en arrivant en bout de chaîne sans considération préalable de l'opérationnalité des actions que prévoit le projet.

Objectif(s) de la préconisation et description des actions :

(a) Mettre en place au lancement d'un projet « une fiche identité projet » destinée à l'ensemble des médecins et des responsables de services support.

Cette fiche synthétise les caractéristiques du projet : historique relatif à l'émergence du projet, gouvernance du projet, objectif principal, sous-objectifs, enjeux, services impactés, incidences, articulations induites entre services, calendrier, aspects financiers...

Le premier but recherché est de permettre à tous les acteurs hospitaliers de s'appropriier le projet dès son lancement et d'être associé – s'il est impacté - à la conduite de projet.

Le second but est de donner une visibilité inédite à la conduite des projets. Cette transparence donne du sens à l'action hospitalière auprès des acteurs de terrain et fonde pour partie la confiance entre l'institution et les agents.

(b) Accompagner les étapes de réalisation du projet d'une communication institutionnelle. Cela permet aux agents destinataires de situer l'avancée du projet. Retenir un format de communication identique pour tous les projets affichant une identité GHAT.

(c) Dans le cadre d'une démarche participative, organiser une fois par an une « Assemblée de revue de projet » ouverte à tout le personnel du GHAT ayant pour objet de communiquer sur l'avancée des projets, les nouvelles projections, le sens donné à leur co-réalisation.

3.2 Formaliser une annexe au plan blanc consacrée au risque épidémique et biologique en s'appuyant sur l'expérience de la gestion de crise de l'épidémie du printemps 2020

Objet de la préconisation :

Ecrire l'annexe au plan blanc consacrée au risque épidémique et biologique (REB) en retenant les points de réussite de la gestion du Covid19.

Constats et contexte :

Le CH d'Arras est identifié « Etablissement de santé de 2^{ème} ligne » en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Lors du déclenchement du plan blanc pour la réponse sanitaire à la crise Covid 19, le Centre Hospitalier d'Arras ne disposait pas d'annexe sur le risque épidémique et biologique. Ce document formalise les mesures à mettre en œuvre – en théorie – pour la prise en charge médicale des personnes malades et des sujets contacts ou co-exposés et la limitation du risque de transmission au personnel soignant et aux autres patients hospitalisés.

Objectif(s) de la préconisation et description des actions :

L'objectif est de disposer d'un document « repère » recensant les procédures à mettre en place en fonction de la situation sanitaire exceptionnelle et son évolution.

L'annexe comprend ainsi, les volets énumérés dans le tableau ci-après.

Tableau 5 – Exemple de la fiche procédure « Dispositif gradué du bloc opératoire »

Dispositif gradué du bloc opératoire et consignes spécifiques	
Montée de l'épidémie/ plateau	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Réunir le Conseil de bloc exceptionnel<input type="checkbox"/> Activer la cellule de programmation réduite<input type="checkbox"/> Déprogrammer les blocs<input type="checkbox"/> Mettre en place le fonctionnement dégradé<input type="checkbox"/> Programmer les interventions sur validation du cadre (aide avec la cellule de programmation)<input type="checkbox"/> Mutualiser la Salle de programmé<input type="checkbox"/> Lisser l'activité et modifier la répartition des plages opératoires<input type="checkbox"/> Imposer l'ordre opératoire<input type="checkbox"/> Ne pas reprogrammer les blocs annulés<input type="checkbox"/> Mettre en place la téléconsultation pour les patients déprogrammés<input type="checkbox"/> Modifier les circuits de circulation

Tableau 6 – Exemples des procédures et volets à intégrer dans l'annexe au plan blanc REB - Covid19

Gouvernance de Crise
- Composition, mission et modalités de fonctionnement de la cellule de crise
- Composition et mission de la cellule activité REB
- Les procédures avec montée en charge selon cinétique de la circulation du virus
- Accueil des patients (cas possible/ cas confirmé)
- Déprogrammation/ Reprogrammation
- Dispositif CRRA 15
- Dispositif gradué d'imagerie médicale
- Dispositif gradué du SAU
- Dispositif gradué de la maternité
- Dispositif gradué du bloc opératoire
- Gestion des appels et visites
- Prise en charge du corps d'un patient cas suspect ou confirmé COVID 19
- Gestion des EPI
- Stratégie de dépistage comprenant le dépistage ambulatoire, le dépistage des professionnels et le dépistage des patients/résidents.
Gestion des Ressources humaines
- Garde d'enfants du personnel hospitalier
- Fonctionnement du self du personnel
- Soutien psychologique aux équipes
- Mesures de précautions pour les professionnels revenant des zones à risques identifiés
- Mobilisation/réaffectation des ressources humaines paramédicales

Conclusion

La période de crise sanitaire traversée par les agents du GHAT a bouleversé la manière de décider, d'associer et d'informer. La gouvernance entendue comme un « processus continu par lequel les intérêts en présence, les conflits qui en résultent sont harmonisés, donnant naissance à des coopérations », s'est transformée.

Si cette adaptation de l'organisation du travail et de la fabrication de la décision est propre à la crise, elle peut constituer une inspiration pour amender la gouvernance courante à l'hôpital du CHA. Car il a été constaté pendant cette période par les agents hospitaliers, dans l'action hospitalière une réactivité, une transversalité, une fluidité et une cohésion partagée.

Plusieurs moyens mis en place ont contribué à cette qualification de la gestion de crise, parmi lesquels, la « cellule de crise Covid élargie », et à travers cet espace la place laissée aux acteurs de terrain dans un souci de rendre opérationnel les actions.

La « Cellule élargie Covid », de par son format ouvert et centralisant, a donné de la visibilité aux médecins sur les articulations entre les services et plus largement sur une représentation plus intégrée de l'établissement. Elle constituait un lieu de repère mais aussi d'alerte et donc d'anticipation collective. Elle a constitué un lieu de communication, d'échanges transparents et basés sur le principe du contradictoire.

Dans l'organisation de la réponse sanitaire, les acteurs de terrain étaient plus proches de la décision. La préparation du contenu des décisions, leur caractère opérationnel a relevé des chefs de service, des cadres en particulier de santé qui ont eu durant la crise une visibilité, et, en miroir, une marge de manœuvre essentielle dans la gestion de la crise. Ils se trouvaient en relation directe avec les décideurs du fait d'un relatif effacement des strates hiérarchiques, lié à « l'impératif opérationnel ».

La plupart des travaux engagés pour être en capacité de faire face à l'épidémie prenaient forme autour de relations horizontales, entre les acteurs directement intéressés qui présentaient leurs solutions en cellule élargie Covid, pour avis puis validation ou ajournement.

Ce bouleversement de l'organisation interne en faveur des acteurs de terrain s'est traduit également par la prise en main de missions transversales par des médecins sans « casquettes » institutionnelles et par l'influence des réseaux professionnels informels.

Cependant, « l'enthousiasme » sur gestion de crise et « l'agir hospitalier » durant cette période d'exception doit être, pour part nuancer. Une convergence des intérêts a opéré ; il

n'existait plus qu'un seul objectif : la lutte contre l'épidémie. Et toutes les ressources et énergies de l'hôpital étaient mobilisées au service de cet objectif. Cet état d'esprit présent au sein du corps médical a favorisé indéniablement la souplesse et les compromis. Enfin le rapport aux ressources autant qu'aux obligations réglementaires était biaisé par l'urgence. Concernant les ressources : « on ne parlait pas moyen, on ne parler que de soins »⁴⁰ . De même, les espaces formels – CHSCT, CTE - garantissant l'association du personnel aux décisions de l'établissement via leurs représentants étaient contournés.

Malgré ces nuances, les points positifs qui ressortent de cette période dans la manière de décider et d'agir ont vocation à interpeller l'établissement : la promotion de l'intelligence collective à travers la « cellule Covid élargie », la culture d'une vision partagée de l'établissement, des contraintes de chaque service ou encore l'application du principe de subsidiarité comme règle de management.

Ces points positifs méritent de proposer des évolutions dans la gouvernance hospitalière du CHA visant à prolonger l'association très directe et transversale des acteurs de terrain durant cette période. Ainsi il est proposé de développer la contractualisation interne, de revoir le fonctionnement du Directoire dans le sens d'une association plus systématique des cadres de santé et des chefs de service, d'écrire un projet de management et de gouvernance et enfin de développer la communication autour de tous les projets de l'établissement de leur amorce à leur réalisation.

⁴⁰Entretien de mémoire, cadre de santé, GHAT

Bibliographie

Ouvrages

- ❖ LOUAZEL Michel, Le management en santé, Presses de l'EHESP, 2018
- ❖ VAN DER LINDE Christophe, Memento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé, 2019
- ❖ Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, Ministère des solidarités et de la santé, 2019
- ❖ P.Moreau Defarges, La gouvernance, Paris PUF, 2008
- ❖ MINTZBERG Henry, Structure et dynamique de l'organisation, Éditions d'Organisation, 1982.

Rapports

- ❖ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, 2008
- ❖ Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, IGAS 2010.
- ❖ Rapport du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, Jean-Pierre Fourcade, 2011
- ❖ Rapport de la mission CLARIS, juin 2020

Articles de périodiques, revues

- ❖ Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins, Gaëlle Dechamp Cécile Romeyer, 2006
- ❖ La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital, Gérard de Pouvourville ; Dans Le journal de l'école de Paris du management 2010/6 (N°86)
- ❖ Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs ; Anne-Marie Fray ; Dans Management & Avenir 2009/8 (n° 28)
- ❖ « Le GHAT face au COVID 19 », 24 février 11 mai 2020, service communication du GHAT

Liste des annexes

- **Annexe 1** : liste des entretiens
- **Annexe 2** : compte rendu de la séance Cellule de crise Covid élargie du 19 mars 2020
- **Annexe 3** : exemple de Point d'information journalier au personnel hospitalier
- **Annexe 4** : questionnaire Retex – crise sanitaire Covid – CHA
- **Annexe 5** : trame d'entretien

ANNEXE 1
Liste des entretiens réalisés

- Christine Barbier, représentante Force Ouvrière, Centre Hospitalier d'Arras
- Pierre Bertrand, Directeur, Groupement Hospitalier Artois-Ternois
- Adrien Bonnet, chirurgien, président du conseil de bloc, Centre hospitalier d'Arras
- Fabienne Burnel, Directrice des soins, Centre Hospitalier d'Arras
- Sylvain Delporte, cadre supérieur du pôle AMIR, Centre Hospitalier d'Arras
- Marion Douaud, infectiologue, Centre Hospitalier d'Arras
- Amandine Duquesnoy, Directrice des Ressources Humaines, Centre Hospitalier d'Arras
- Johan Dusautois, directeur de la qualité et des parcours, Centre Hospitalier d'Arras
- Delphine Dussol, Directrice des Ressources logistiques et techniques, CHA
- Vincent Florent, Médecin nutritionniste, Centre hospitalier d'Arras
- Maxime Granier, chef du service de réanimation du Centre Hospitalier d'Arras
- Sébastien Karas, cadre de proximité, Centre Hospitalier d'Arras
- Karine Legrand, médecin de la douleur, Centre Hospitalier d'Arras
- Pierre-Luc Maerten, chef du pôle Urgence, Centre hospitalier d'Arras
- Imad Moslem, ingénieur biomédical, Centre hospitalier d'Arras
- Laurence Réal, pharmacienne, chef de service, Centre Hospitalier d'Arras
- Marielle Rovis, cadre supérieur des pôles AMIR et Médecines, Centre Hospitalier d'Arras

1. SAMU

- Nombre des appels : stable.
- Augmentation des RH sur les plateaux, présentant un risque de contamination.
- Echanges autour des modalités de bionettoyage/protection du matériel (film plastique sur les claviers ?)
- Mobilisation des professionnels arrivés en renfort, selon les compétences (lisser 24h/24)
- Réouverture de la 3^{ème} ligne de garde des régulateurs en nuit profonde.

2. Urgences adultes

- Tension constatée hier soir avec des profils de patients suspects plus graves
- Constat d'une diminution des urgences lambda
- Déploiement de la ZHTCD, en complément de la zone 4 box dédiée au suspect covid

3. Pédiatrie

Urgences pédiatriques :

- Peu de passages aux Urgences Respi (RDC)
- Renfort d'un interne possible selon l'évolution de l'activité
- Erreur constatée d'orientation par l'IAO sur le tri respi/non respi/déchoquage : Ajustement

HC Pédiatrie :

- Zone dédiée de 15 lits : 9 enfants présents à 6h.

Néonatalogie :

- Secteur dédié à l'accueil des bébés de mamans Covid+, déployé le 19/03.

4. Maternité

- Activité soutenue en maternité, ne permettant pas ou difficilement la sectorisation d'une partie du service en Covid.
- Suite au RETEX Mulhouse, lancer une réflexion sur la circulation en secteur de maternité (limitation à prévoir pour les accompagnants).
- Quid de la capacité d'accueil des autres maternités aux alentours / réorientation des parturientes ne relevant pas d'un niveau 3.

5. Imagerie

- Scanner dédié au Covid ; Si urgence, plage au Churchill.
- Diagnostic de pneumopathie interstitielle peut être effectué via Scanner (nombreuses PCR revenues négatives).
- Arrêt des externes et hospitalisés non urgent en imagerie CHA ; Maintien de l'activité externe au Churchill.

6. Laboratoire

- Les délais de rendu des résultats s'allongent.
- Dépistage prioritaire pour les cas graves
- Flux tendu sur les hémocultures : 2 flacons au lieu de 4 ; Prélèvement des 2 suivants si persistance de fièvre uniquement.

- Transport des prélèvements : Respi/selles 2 sachets manuportés, reste via pneuma.

7. Réanimation

- Capacité d'accueil évolutive : 15 lits de Réa Covid. Pas de tension dans le secteur.
- Capacitaire sur le territoire :
 - Les bonnettes : 8 lits REA Covid
 - Lens : 8 lits REA Covid (en attente de confirmation)
 - Béthune : 10 lits REA Covid

8. Ambulatoire

- Indications de dépistage modifiées : Femme enceinte ; Premier cas en collectivité ; Personnels soignants avec 2 facteurs de risques (âge, ATCD respi...)
- Professionnels soignants : Eviction de 7 à 8 jours, après 48h d'apyrexie et absence de toux : reprise du travail possible avec un masque
- Consultation de suivi à 10 jours
- Renfort médical des nutritionnistes
- Proposition de création d'une Equipe mobile d'IDE Covid pour assurer les dépistages (Psy, US, EHPAD...)

9. HC Médecine Covid

- Nouvelle zone Covid 2 de 17 lits
- 7j/7 astreinte des pneumologues
- Ligne de garde médicale en continuité avec l'extension à 3 zones HC.
- Rappeler auprès du corps médical l'importance de réaliser des sorties précoces en phase plan blanc.

10. Points divers

- Sectorisation de 10 lits en santé mentale.
- Tension attendue sur le stock de surblouses à UU.
- Consommation textile a doublé.
- Signes respi chez le sujet âgé peuvent apparaitre à 3 jrs + diarrhée en 1er signe.
- Déploiement du dispositif CUMP
- Participer à la réflexion Ethique - Participation Hopale ? HAD Santelys ?
- identifier une unité dédiée au SSR du CHB

Fait à Arras, le 23/03/2020

ANNEXE 3 : exemple de Point d'information journalier au personnel hospitalier

Envoyé : mercredi 8 avril 2020 20:04

À : Tout le CHA <toutleCHA@gh-artoisiermois.fr>

Objet : Point d'info COVID - 25

Point d'info 25 - COVID 19 - 8 avril

- Capacité dédiée au COVID à cette heure
 - 9 places d'ambu
 - 17 lits de conventionnel (2^{ème} étage) (COVID2) + 18 lits de conventionnel (COVID 3) + 11 lits (COVID 4) + 10 lits (COVID 5) = 66 lits
 - 16 lits en Réa Covid (Réa15) + 13 lits (Réa 10 – l'ancienne USC) + 6 lits (Réa 6 - l'ancienne USIC) = 35 lits
 - Pédiatrie - opérationnel
 - 3 box, 1 déchoq aux aux urgences péd
 - 15 chbres en pédiatrie conventionnelle
 - Maternité : 7 lits
 - Néonatal : 3 lits
 - Gériatrie : 15 lits SSR dédiés COVID
 - Psy : 10 chbres dédiées COVID
- A venir :
 - Déménagement de la neurologie général au 3^{ème} en diabeto-nephro
 - Identification d'un secteur COVID pour les patients relevant des SI Cardio/neuro (sur l'ancienne USINV)
 - Ouverture d'une unité Covid sur l'ancienne neuro
 - Regroupement de l'USINV et l'USIC en cardio
 - Ouverture de SI post-réa
- Activité :
 - 18 patients en ambulatoire
 - Covid2 11 patients (dont 11 covid+), Covid3&4 16 patients (dont 13 covid+) Covid 5 6 patients (dont 4 covid +) = 32 patients
 - Réa covid 15 : 13 patients (dont 12 covid+) + Réa covid 10 : 10 patients (dont 9 covid+) + Réa Covid 6 : 4 patients (dont 3 covid +) = 27 patients
 - Covid Péd : 1 enfant
 - Covid néonatal : 0 bébé
 - Covid mater : 0 patiente
 - Covid psy : 2 patients
- UCSA Bapaume : 1 détenu
 - UCSA Arras : 1 homme (isolés, non prélevés)
- Activité dans les SSR, USLD , EHPAD et Foyers de vie :
 - Arras : 22 résidents isolés
 - Bapaume : 63 résidents isolés (dont 7 confirmés)
 - Temois : 26 résidents isolés (dont 6 confirmés)
- Divers :
 - sur les HDF, diminution du nombre de patients Covid admis en Réa , -10 (la tendance est à peu près la même depuis 5 jours, on peut donc considérer être sur un plateau de la courbe – voire si une décline se confirme)
 - la vigilance demeure sur les patients admis en ECMO compte tenu du faible nbre de places dans les 2 CHU
 - la note concernant le dépistage de nos personnels et résidents d'EHPAD a été diffusé ce jour
 - demain, point tél avec l'ensemble des familles des EHPAD du CHA
 - 2 patients isolés en psy

Annexe 4 : Questionnaire - Retex – crise sanitaire Covid – CHA

1. Quelles limites du système de santé l'épidémie de coronavirus a-t-elle, selon vous, révélées ?

.....
.....

2. Selon-vous, qu'est-ce qui a bien fonctionné pendant la crise ?

.....
.....

3. Selon vous, quels devraient être les investissements prioritaires pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé ?

.....
.....

4. Selon vous, l'établissement a-t-il fait preuve de réactivité lors du déclenchement du plan blanc (mobilisation et disponibilités des ressources, réorganisation des services) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

COMMUNICATION DE CRISE :

5. Selon vous, les consignes données au personnel durant la crise étaient-elles claires ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

6. Selon vous, la communication (modalités d'accès, mesures barrières, visites...) réalisée auprès des patients/résidents/familles/ visiteurs était-elle efficace ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

COOPERATION/ RELATION INTERSERVICES :

7. Que pensez-vous de la coopération/ relation interservices à l'échelle de l'établissement et du GHAT (soins, administration, technique, logistique, biomédical) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

GESTION DES FLUX :

8. Que pensez-vous de la gestion des flux (circuit dédié COVID/ Déprogrammation/ reprogrammation) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

DEPISTAGE :

9. Que pensez-vous de l'organisation mise en place pour le dépistage des patients/résidents (organisation, délai examen/résultat, circuit) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

10. Que pensez-vous de l'organisation mise en place pour le dépistage des professionnels (organisation, délai examen/résultat, circuit) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

RESSOURCES MATERIELLES :

11. Que pensez-vous de l'approvisionnement des services en matière d'EPI (masques, sur blouses, SHA, visières...) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

12. Que pensez-vous de l'approvisionnement des services en produits de santé ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

13. Que pensez-vous de l'approvisionnement des services en matériels biomédical ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

RESSOURCES HUMAINES :

14. Que pensez-vous de la gestion des ressources humaines durant la crise (soutien proposé, prestations, réaffectation/ renfort du personnel, mobilisation des étudiants, formation hygiène...) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

15. Comment avez-vous vécu le télétravail (uniquement pour les CSP administratives)

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

OUTILS NUMERIQUES :

16. Selon vous, faut-il accélérer le développement de la télémédecine ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

17. Que pensez-vous des autres outils numériques mis en place durant la crise (téléconsultation, pré-admission en ligne, skype (appels visio), conférence téléphonique, animations numériques) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Vos remarques/ suggestions :

CELLULE DE CRISE :

18. Avez-vous participé à la Cellule crise ? Oui Non

Si oui, que pensez-vous des modalités de fonctionnement (fréquence des réunions, participants, relevé de décisions) ?

☹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Si oui, quelle est votre perception en matière de gouvernance (prise de décision, simplification...) ?

.....

Annexe 5

TRAME D'ENTRETIEN

- Ressenti sur la manière de décider pendant la crise sanitaire en général
- La cellule de crise Covid élargie
 - Que pensez-vous du format ?
 - Que pensez-vous de la circulation de l'information au sein de cette espace ?
 - Quels avantages et quels inconvénients ?
 - Les consignes remontaient-elles jusqu'aux services de soins ?
- L'association à la décision pendant la crise Covid
- L'association aux projets hors crise Covid
- Comparaison avec la « fabrication » de la décision hors période de crise
- Trouvez-vous que les cadres sont assez associés à la gouvernance de l'établissement hors crise Covid ?
- Avantages simplicité de l'action pendant la crise
 - Avantages ?
 - Les inconvénients ?
- Ce fonctionnement de crise est –il durable ?
- Que pensez-vous de l'échelle polaire ? ont-ils trouvé leur place ?
- Que pensez-vous du directoire et du Conseil de Surveillance ?
- Piste d'amélioration de la gouvernance à l'hôpital d'Arras

LANCRY

Maxence

Octobre 2020

Filière directeur d'hôpital

2019 - 2020

Comment le management de crise sanitaire – Covid-19 - a rapproché la décision du terrain ? Constats et enseignements, l'exemple du Centre Hospitalier d'Arras

Résumé :

La crise sanitaire du Covid-19 a exigé une réponse sanitaire expresse du Centre Hospitalier d'Arras, établissement siège du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) du département du Pas-de-Calais.

Cette réactivité extrême a nécessité un bouleversement de la gouvernance et du management hospitaliers aboutissant à une simplification de « l'agir hospitalier ». Les décisions – leur construction, leur contenu – se sont vues rapprochées des acteurs hospitaliers de terrain, en particulier des cadres de santé et des chefs de service.

Le choix d'une cellule de crise très ouverte a contribué tout à la fois à plus de transversalité, de fluidité, de coordination, d'intégration à la logique d'établissement et de cohésion.

Le fonctionnement durant la période sanitaire exceptionnelle ne peut être comparé au fonctionnement courant de l'hôpital, du fait de l'urgence.

Néanmoins, la gouvernance et le management hospitaliers ont vocation à s'inspirer de ce temps de crise, très horizontal, qui a marqué les professionnels.

C'est l'objet des préconisations allant dans le sens d'une association plus substantielle des cadres de santé et des chefs de services aux décisions hospitalières.

Mots clés :

Management de crise ; gouvernance hospitalière ; cadres de santé ; crise sanitaire ; simplification ; décision ; acteurs de terrain ; cellule de crise ; cohésion ; communication de crise.

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