



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

---

**Manager dans un environnement  
incertain : le nouveau cadre normal de la  
prise de décision des managers en santé.**

*L'exemple de la gestion de la crise sanitaire « Covid-19 » au  
sein des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc.*

---

**Alexandra MECHOUD**



---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Jean-Rémi RICHARD, Directeur général des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc, ainsi que toute l'équipe de direction pour leur accueil, leur soutien, leurs conseils et leur bienveillance tout au long de mon stage de direction. Ils m'ont apporté un regard sur le management hospitalier qui a profondément inspiré l'écriture de ce mémoire.

Merci également à l'ensemble des professionnels des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc, qui par leur gentillesse et leur bienveillance, m'ont permis de me sentir intégrée au sein d'un établissement particulièrement attachant.

Je tiens par ailleurs à adresser mes remerciements à Monsieur Christophe Van Der Linde, qui par son intérêt pour mon travail de recherche, a su m'apporter conseils et accompagnement pour la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je souhaite remercier mon entourage, qui par sa patience et son écoute, a su me soutenir tout au long de ce stage de direction atypique.



---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>1 DE LA GESTION DE CRISE AU MANAGEMENT DE L'INCERTITUDE : UN APPRENTISSAGE DIFFICILE.....</b>	<b>6</b>
1.1 RISQUE, INCERTITUDE OU INCONNU : DE QUOI PARLE-T-ON EXACTEMENT ? .....	6
1.2 UNE PREPARATION THEORIQUE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE A LA SURVENUE D'EVENEMENTS SANITAIRES INATTENDUS : UNE MALLETTE D'OUTILS ADAPTES POUR LES DECIDEURS EN SANTE ? .....	7
1.2.1 <i>Les principes de veille et de sécurité sanitaire</i> .....	7
1.2.2 <i>Le principe de précaution : pierre angulaire de la sécurité sanitaire depuis le début du XXIème siècle en France et en Europe.</i> .....	12
1.2.3 <i>La planification : la préparation du système de santé aux potentielles crises sanitaires.</i> .....	14
<b>2 FAIRE DE L'INCERTITUDE ET DE L'INCONNU LE CADRE NORMAL DU MANAGEMENT HOSPITALIER... 18</b>	<b>18</b>
2.1 LA CRISE COVID EN PRATIQUE : MANAGEMENT DE CRISE OU MANAGEMENT DE L'INCERTITUDE ? .....	18
2.1.1 <i>Les caractéristiques de la pandémie « Covid-19 »</i> .....	19
2.1.2 <i>Le management de crise en pratique : un management exceptionnel ? L'exemple de la gestion de crise au sein des HPMB</i> .....	22
2.2 DEVELOPPER L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE COMME OUTIL CLE DU MANAGEMENT.....	27
2.2.1 <i>Intelligence émotionnelle : de quoi parle-t-on et pourquoi les managers en santé doivent-ils développer ce type de compétences ?</i> .....	28
2.2.2 <i>Comment développer de telles compétences chez les managers en santé ?</i> .....	30
2.3 L'IMPROVISATION ORGANISATIONNELLE : PREREQUIS POUR UN MANAGEMENT DE L'INCERTITUDE EFFICACE .....	32
2.4 POUR UNE REFORTE DU LEADERSHIP HOSPITALIER PAR UNE EVOLUTION DE LA GOUVERNANCE. ....	34
2.4.1 <i>La crise du leadership dans les établissements de santé : faut-il un « patron » pour l'hôpital public ?</i> .....	34
2.4.2 <i>De la confiance à l'autonomie : le cercle vertueux sur lequel doivent s'appuyer les managers en santé.</i> .....	35
2.4.3 <i>Le concept du « servant leadership » : une réponse managériale adéquate face à l'incertitude ?</i> .....	36
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>39</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>42</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADALIS : Addictions, drogues, alcools, info service

AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANSP : Agence nationale de santé publique

ARS : Agence régionale de santé

EIGS : Evénement indésirable grave associé aux soins

EPRUS : Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HPMB : Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc

HPST : Hôpital, patient, santé et territoire

IE : intelligence émotionnelle

InPES : Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MDO : Maladie à déclaration obligatoire

MEIS : échelle multifactorielle d'intelligence émotionnelle

MARS : Message d'alerte rapide sanitaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

RSI : Règlement sanitaire international





## Introduction

« Le vrai réalisme se fonde sur l'incertitude du réel »<sup>1</sup>. La pensée d'Edgar Morin à propos de la question de la « pensée complexe » et des liens « complexes » qui unissent aujourd'hui les Hommes, fait écho à la situation sanitaire mondiale actuelle. La réalité d'aujourd'hui, différente de celle d'hier mais surtout de celle de demain, repose dans nos sociétés du XXIème siècle sur un constat évident : le monde et les Hommes sont interconnectés et leurs relations sont complexes. Ces liens, ces nouveaux réseaux sont renforcés par le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ils apportent des avantages considérables et bien connus<sup>2</sup> (économies d'échelle, développement des libertés individuelles) ; ils ont cependant créé de nouveaux types de risques.

Le risque, notion fondamentale à la fois dans la construction des politiques publiques dans leur ensemble, mais aussi au sein des établissements de santé, qui renforcent depuis quelques années, leur démarche de « gestion des risques », est devenue en peu de temps, un élément central dans la manière dont les institutions et les citoyens appréhendent le monde et leur santé. Risque sanitaire, risque infectieux, risque pandémique, autant de risques connus de l'homme et des gouvernements et pourtant, la crise sanitaire mondiale de la Covid-19 a déstabilisé des organisations supposément préparées. Dès lors il est important de faire un état conceptuel des différentes notions qui seront développées dans ce mémoire à savoir les notions de risque, de crise, d'incertitude et d'inconnu.

La crise de la Covid-19 est issue d'une étroite interaction de toutes ces notions. Si le risque peut être défini comme une « probabilité de survenue d'un incident »<sup>3</sup>, la réalisation de ce risque est précédée par l'apparition de « signaux » plus ou moins faibles, puis par l'apparition d'un « événement » qui peut être plus ou moins important. Dans le cas de la crise actuelle, les « signaux » en France ont été les premiers clusters identifiés, dont l'un aux Contamines-Montjoie, commune très proche de Sallanches et entrant dans le périmètre d'intervention des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc (HPMB) ; ils serviront d'étude de cas pour ce travail de recherche. Le rassemblement évangélique dans la région Grand Est pourrait être identifié quant à lui comme « l'événement » déclencheur. Il s'est transformé en événement « exceptionnel », caractérisé par un dépassement des

---

<sup>1</sup> Edgar Morin, *Ethique (La méthode 6)*, Seuil, 2004.

<sup>2</sup> Erwann Michel-Kerjan, « Risques à grande échelle dans les systèmes en réseau : quelques interrogations », s. d., p.26.

<sup>3</sup> « La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé », s. d., <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>.

moyens ordinaires nécessitant la mise en œuvre de moyens exceptionnels (rappel de personnel, déploiement d'un hôpital de campagne par exemple), événement qui peut lui-même se transformer en crise. La crise a suscité de nombreuses réflexions conceptuelles et il paraît difficile d'en trouver une définition exhaustive. Je retiendrai pour la suite de mon analyse la description de Patrick Lagadec construite sur la notion de « déferlement, dérèglement et rupture »<sup>4</sup>. La crise peut dès lors être définie comme « une situation sortant du cadre habituel des incidents connus, avec la nécessité de prendre dans l'urgence des décisions stratégiques et d'organisation »<sup>5</sup>. A mesure que les sociétés évoluent, les risques et les sources de crises s'avèrent de plus en plus nombreux, à tel point qu'il apparaît aujourd'hui impossible de « prévoir ces crises ou de se protéger efficacement contre toutes leurs conséquences »<sup>6</sup>. Chacune d'entre elles est composée de nombreuses incertitudes qui peuvent être un frein à la prise de décisions rapides, alors même que la situation appelle des réponses urgentes. Ces incertitudes peuvent être définies comme étant des « événements dont on ignore jusqu'à la probabilité d'occurrence »<sup>7</sup>. Dès lors, l'incertitude « sanctionne l'incapacité à convertir l'inconnu ou l'indéterminé en savoirs objectifs qui peuvent ensuite permettre un choix rationnel »<sup>8</sup>. Il s'agit donc aujourd'hui « d'appivoiser la crise, d'apprendre à vivre avec : c'est le premier impératif à intégrer »<sup>9</sup>.

Dans ce contexte caractérisé par un environnement fondamentalement incertain, dans une société sensibilisée aux risques de plus en plus nombreux et imprévisibles, il apparaît important de réfléchir à la place du manager en santé qui doit leur faire face ainsi qu'à son rôle dans ce nouvel environnement incertain. L'objet de ce travail de recherche sera d'identifier dans quelles mesures le management hospitalier peut et doit être utilisé comme un outil pour aider les managers en santé à intégrer cette incertitude dans leur nouveau cadre d'action quotidien.

Si de nombreux outils de gestion de crise ont été élaborés depuis les années 1980 pour répondre aux différentes crises qui se sont succédées à la fin du XXème siècle, bien que nécessaires pour préparer les esprits, ceux-ci paraissent aujourd'hui limités face à

---

<sup>4</sup> Patrick Lagadec, « La gestion des crises », s. d., p.300.

<sup>5</sup> Laurent Combalbert, *Le Management des situations de crise. Anticiper les risques et gérer les crises* (Paris: ESF éditeur, 2005), p.23.

<sup>6</sup> Laurent Combalbert et Éric Delbecq, *La gestion de crise*, vol. 2eéd., Que sais-je ? (Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2018).

<sup>7</sup> Frank Knight, *Risk, Uncertainty, and Profit*, Signalman Publishing, 2009.

<sup>8</sup> Magali Reghezza-Zitt, « Gestion de crise et incertitude(s) ou comment planifier le hors-cadre et l'inimaginable. Application aux crises résultant de crues majeures en Île-de-France », *Annales de géographie* 726, n° 2 (2019), p.9.

<sup>9</sup> Combalbert et Delbecq, *La gestion de crise*.

des événements inimaginables pour lesquels l'esprit semble « impréparé »<sup>10</sup>. Il devient alors nécessaire de changer de paradigme en adoptant comme premier outil de réponse, un management résilient capable d'intégrer ces notions d'incertitude et d'inconnu.

Fondé sur l'expérience acquise durant cette crise de la Covid-19 au sein des Hôpitaux du pays du Mont-Blanc, ce travail est basé sur des recherches en sciences du management, mais aussi sur les représentations managériales des professionnels des HPMB et leur vision du management hospitalier de demain.

---

<sup>10</sup> Hervé Dumez et Etienne Minvielle, « Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion | Centre de Recherche en Gestion », 30 juin 2020, 20, [https://portail.polytechnique.edu/i3\\_crg/fr/le-systeme-hospitalier-francais-dans-la-crise-covid-19-une-contribution-des-sciences-de-gestion](https://portail.polytechnique.edu/i3_crg/fr/le-systeme-hospitalier-francais-dans-la-crise-covid-19-une-contribution-des-sciences-de-gestion).

# **1 De la gestion de crise au management de l'incertitude : un apprentissage difficile.**

## **1.1 Risque, incertitude ou inconnu : de quoi parle-t-on exactement ?**

Une première définition des notions de risque, d'incertitude et d'inconnu a été réalisée en introduction de ce travail de recherche. Comprendre les liens entre « risque », « incertitude » et « inconnu » est nécessaire pour identifier les prérequis à adopter en tant que manager en santé afin d'adopter, de manière certaine et consciente, un type de management adéquat.

La notion d'incertitude recouvre plusieurs acceptions, mais renvoie généralement au fait de ne pas savoir. Elle peut être définie comme un « mélange entre insuffisance de connaissances scientifiques et imprévisibilité des effets, découlant de la complexité »<sup>11</sup>. Elle caractérise donc les situations de crise qui sont par définition des situations incertaines. Cette incertitude, fortement liée à la notion de risque, est souvent le résultat d'un manque de connaissance d'un événement dont les conséquences sont inconnues. La crise est la réalisation d'un risque dont l'issue et les conséquences sont imprévisibles. Dès lors le manager en santé, ne possédant pas toutes les informations utiles à la gestion efficiente de ces incertitudes, doit repenser ses méthodes afin de construire de nouveaux repères, lui permettant d'exercer ses fonctions dans cet environnement incertain.

L'être humain peut adopter diverses attitudes face à l'incertitude. Il va soit tenter de maîtriser la situation par la recherche du « savoir », qui par définition est limité en temps de crise, soit développer une incompréhension de la situation qui peut engendrer un potentiel retard dans les prises de décision. Le manager doit trouver le moyen de tirer parti de cet environnement incertain. Le général Vincent Desportes illustre cette idée par la réflexion suivante : « l'humain détient à la fois la capacité de créer l'incertitude, mais aussi d'en trouver la solution »<sup>12</sup>. Cependant, plutôt que de trouver la solution à ces incertitudes, il s'agit de trouver le moyen de créer les conditions qui permettront d'appréhender de manière plus sereine cet inconnu. Le principal prérequis pour s'inscrire dans cette dynamique, est d'accepter de ne pas savoir. Le rôle du manager est d'articuler les connaissances disponibles en clarifiant « ce que l'on sait » et « ce que l'on ne sait pas ». Le manager devra ensuite créer un environnement permettant d'appréhender cet

---

<sup>11</sup> Reghezza-Zitt, « Gestion de crise et incertitude(s) ou comment planifier le hors-cadre et l'inimaginable. Application aux crises résultant de crues majeures en Île-de-France », p.8.

<sup>12</sup> Vincent Desportes, « Décider dans l'incertitude », s. d., p.1.

inconnu, en accompagnant les équipes et en favorisant l'adaptation des hommes et des institutions à celui-ci.

## **1.2 Une préparation théorique de notre système de santé à la survenue d'événements sanitaires inattendus : une mallette d'outils adaptés pour les décideurs en santé ?**

### **1.2.1 Les principes de veille et de sécurité sanitaire**

#### *a) Cadre conceptuel et enjeux*

Discipline structurante dans la construction du système de santé actuel, la santé publique cherche aujourd'hui à répondre aux enjeux épidémiologiques de notre siècle. Développée assez tardivement sur le territoire français, elle s'est construite à la fin du XXème en réponse aux crises sanitaires qui ont bouleversé la France et le monde à cette période. L'affaire du sang contaminé en 1984 fait partie des questions de santé publique ayant soulevé le besoin à la fois de prévention et d'organisation de la réponse étatique à des problématiques d'ordre sanitaire, considérant la prise en compte de risques pour la santé humaine, animale ou végétale. Elle s'inscrit dans une logique de judiciarisation de l'action publique<sup>13</sup>. Les différentes crises de la fin du XXème siècle, qu'elles aient été d'ordre sanitaire (sang contaminé, SIDA) ou bien qu'elles aient eu un impact économique (« vache folle », grippe aviaire) ont mis en exergue des dysfonctionnements dans la réponse étatique notamment dans la capacité de l'Etat à assurer la sécurité sanitaire de la population. Ces crises n'impactent pas uniquement le champ sanitaire ou économique, elles comportent également un risque judiciaire pour l'Etat qui sera par exemple reconnu responsable en 1993 par le Conseil d'Etat d'une « faute dans l'organisation générale du service public de la transfusion sanguine, dans le contrôle des établissements qui sont chargés de son exécution et dans l'édition des règles propres à assurer la qualité du sang humain »<sup>14</sup>.

C'est dans ce contexte qu'apparaît la nécessité de mettre en place une réelle sécurisation sanitaire sur le territoire français. A partir de ce constat, le système de santé s'est progressivement développé autour de la santé publique à mesure que de nouvelles crises survenaient, imaginant des dispositifs de prévention et de gestion en constante évolution, parfois en améliorant les dispositifs existants, parfois en créant de nouvelles

---

<sup>13</sup> Olivier Borraz, Virginie Gimbert, et Didier Tornay, « Regards sur la sécurité sanitaire en France », *Horizons stratégiques* 3, n° 1 (2007), p. 63-79.

<sup>14</sup> Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993, 138653, publié au recueil Lebon.

agences, superposant ainsi de nombreux dispositifs de gestion<sup>15</sup>. Ceux-ci se basent désormais sur une nouvelle logique plaçant l'expert au centre de la stratégie de surveillance et de veille sanitaire, garantissant ainsi une indépendance vis-à-vis de l'Etat. On assiste alors à une spécialisation et sectorisation de la réponse étatique aux différentes problématiques de santé publique, inscrivant le système dans une «agencification» de l'Etat. Cette organisation a engendré de nombreux cloisonnements ne facilitant pas une réponse coordonnée des différents acteurs dont les gestionnaires de crise.

Les années 2000 vont marquer un tournant important dans l'organisation de la sécurité sanitaire, par la recherche du décroisement de ces agences et des dispositifs de veille sanitaire. Ce tournant est notamment la conséquence d'une évolution réglementaire avec :

#### **Au niveau national :**

- La loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, qui crée notamment l'InVS (Institut de Veille Sanitaire), l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) et l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé).
- La loi de santé publique du 9 août 2004 qui précise les missions de l'InVS,
- La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, qui par la création des ARS (Agences Régionales de Santé), redistribue les compétences de veille sanitaire, d'observation de la santé en région, et du recueil et du traitement des signalements sanitaires en collaboration avec les agences nationales de sécurité sanitaire.
- La loi de modernisation de notre système de santé du 11 janvier 2016, qui transforme fondamentalement l'organisation de ces agences par la création de l'ANSP (Agence nationale de santé publique), aujourd'hui appelée Santé Publique France qui regroupe l'InVS, l'EPRUS (Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) créé en 2007, l'InPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), et le groupement d'intérêt public Adalis (Addictions, drogues, alcool info service). Cette évolution organisationnelle répond aux nombreuses critiques émises depuis les années 90, et participe à la clarification

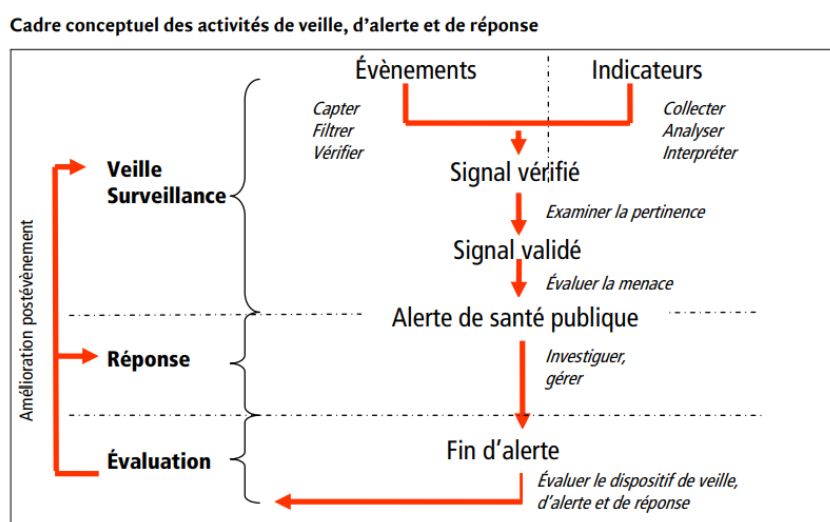
---

<sup>15</sup> Jean-Yves Grall, « Réorganisation des vigilances sanitaires », Rapport de mission, juillet 2013, <https://solidarites-sante.gouv.fr>

du fonctionnement du système de veille et de sécurité sanitaire. Elle est aujourd'hui un acteur central dans la surveillance, la veille et la gestion des crises sanitaires. Son implication dans la gestion de la pandémie de Covid-19 l'aura d'ailleurs confirmé. Plus qu'un simple organisme de veille et de surveillance, Santé publique France est doté d'un réel pouvoir de prévention et d'action que représentaient les anciennes missions de l'EPRUS notamment.

### Au niveau supra-national :

- Le RSI (règlement sanitaire international) en 2005, qui « est un instrument juridique international qui a force obligatoire pour 194 pays, et notamment pour l'ensemble des États membres de l'OMS. Il a pour but d'aider la communauté internationale à éviter la propagation internationale des maladies pouvant constituer une menace dans le monde entier, en prenant les mesures qui s'imposent »<sup>16</sup>. Le système de veille et de sécurité sanitaire peut être défini comme « l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine, animale ou végétale dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce »<sup>17</sup>. Il a pour principal objectif de répondre de manière rapide et efficace à un événement menaçant pour la santé de la population. Pour plus de compréhension de la part de tous les acteurs, y compris de la population, il a été organisé en trois grands volets que sont la veille et l'alerte, la réponse et l'évaluation, représentés par la figure ci-dessous<sup>18</sup> :



<sup>16</sup> Danièle Ilf et al., « La veille et l'alerte sanitaires en France », s. d., p.63.

<sup>17</sup> « Sécurité sanitaire : veille et gestion des crises | Vie publique.fr », <https://www.vie-publique.fr/dossier/24066-securite-sanitaire-veille-et-gestion-des-criSES>.

<sup>18</sup> Ilf et al., « La veille et l'alerte sanitaires en France ».

Le système de veille et de sécurité sanitaire repose aujourd'hui sur l'interaction de multiples acteurs, à différents échelons, et sur la surveillance de nombreux indicateurs. Il compte quatre acteurs principaux que sont les ARS, les préfets, le ministère de la santé et des solidarités (plus particulièrement la Direction générale de la santé) et Santé Publique France.

L'interaction et la définition claire du cadre de responsabilité de ces quatre acteurs sont primordiales dans l'organisation de la réponse du système de santé à des événements sanitaires exceptionnels et sont garantes d'une réponse adaptée et efficace à une éventuelle crise sanitaire. Leurs actions sont en outre complétées par l'intervention de nombreux partenaires (régionaux, nationaux et internationaux) organisés pour certains en réseaux de professionnels de santé (réseaux sentinelles, établissements de santé avec les comités de lutte contre les infections nosocomiales par exemple, les SAMU-centre 15), diverses institutions nationales (comme la police, la gendarmerie, les pompiers, Météo-france...), ou bien internationales comme l'OMS (Organisation mondiale de la santé).

*b) Une organisation nécessaire et stratégique mais à perfectionner*

Cette organisation est le premier outil de prévention des risques et le premier rouage de la gestion opérationnelle de crise dans le système de santé français. Elle a permis depuis sa création d'instaurer une culture importante de la prévention et de la gestion des risques, en faisant de celles-ci une priorité étatique. Telle que construite aujourd'hui, cette organisation en constante évolution, tente de répondre à des enjeux de clarification du rôle des acteurs, ainsi que de transparence dans les processus de surveillance, de veille et d'action. Ainsi, chaque acteur du système de santé, mais plus généralement chaque citoyen est-il investi d'un rôle dans la prévention des risques sanitaires. C'est par ce système d'agences et de réseaux que peuvent circuler les informations dans une logique ascendante et descendante, mais aussi décloisonnée (professionnels de santé, établissements de santé, ARS, citoyens, préfectures, gendarmerie...).

Les managers et décideurs en santé peuvent donc s'appuyer sur un réseau territorial et national, leur permettant de développer des actions coordonnées avec les acteurs du territoire, s'inscrivant dans une stratégie globale de gestion des risques. La culture du risque s'est, de fait, développée au sein des établissements de santé, suite à la nécessité d'intégrer cette notion dans leur politique d'établissement. Ainsi, les établissements de santé participent à la veille et sécurité sanitaire par, entre autres, la déclaration d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ou bien par la déclaration



d'incidence d'une maladie à déclaration obligatoire (MDO), comme le choléra ou la dengue.

Cependant plusieurs limites à cette organisation doivent être soulignées. La première, et sans doute la plus importante, est l'environnement dans lequel la société évolue aujourd'hui. Nous l'avons vu en introduction, ce qui caractérise les crises actuelles est qu'elles sont de plus en plus imprévisibles, voire parfois unimaginables comme l'a démontré l'accident nucléaire de Fukushima par exemple. Une crise est différenciée d'une situation exceptionnelle par le phénomène de sidération qu'elle suscite et par le développement d'incertitudes multiples qu'elle génère, empêchant le décideur de raisonner rationnellement. Cette sidération et parfois ce déni, provoque un retard dans l'analyse des signaux dits « faibles », et en conséquence, retarde la prise de décision.

Malgré la diffusion de signaux faibles et la mise en alerte à différents échelons des institutions sanitaires internationales, nationales et locales, la propagation du coronavirus en France semblait en début d'année 2020 peu probable. Ce nouveau virus paraissait alors loin des réalités des établissements de santé et le monde n'avait pas encore pris conscience des risques qui lui étaient liés. En ce qui concerne la Haute-Savoie, ce mécanisme de déni et de sidération a été observé lors du premier cluster identifié en dehors de la région parisienne, aux Contamines-Montjoie. La semaine du 3 février, deux patients « cas suspects » se sont présentés dans le service d'accueil des urgences des HPMB. S'ensuivront alors les premières mesures d'isolement, décidées en lien avec le Samu-74, qui effectuera les prélèvements de dépistage directement au domicile des patients. Dans l'attente des résultats, la veille du week-end, les directeurs de l'hôpital au nombre de 7 dans l'établissement, ont tenté de rassurer l'administrateur de garde : « Ne t'en fais pas, les probabilités que les résultats reviennent positifs sont très faibles ». Déni, ou tentative de dédramatisation d'une situation incertaine et inattendue, les faits sont clairs : le coronavirus est bien présent sur le territoire local. Personne dans les établissements de santé et institutions territoriales, n'aurait pu prévoir que le coronavirus encore très peu actif en Europe, serait identifié dans un village en fond de vallée haut-savoyarde.

L'esprit humain n'est par nature pas ou peu entraîné à gérer ces phénomènes inattendus. Si les managers en santé le sont un peu plus, et disposent aujourd'hui d'outils de veille et d'alerte, ils n'en restent pas moins humains, et peuvent être sujets à ce mécanisme de défense qu'est le déni et l'état de sidération. On s'aperçoit alors que la veille et la sécurité sanitaire ne sont efficaces que si les décideurs qui ont accès à ces données sont prêts à les analyser, et à accepter les conséquences intrinsèques de ces analyses. De plus, la complexité des liens qui unissent aujourd'hui l'humanité et la

typologie des crises actuelles tendent à faire émerger des événements présentant des signaux de plus en plus faibles et de plus en plus complexes à interpréter, rendant compliqué en amont le travail de veille et d'alerte tel qu'il existe dans le système de santé français.

### **1.2.2 Le principe de précaution : pierre angulaire de la sécurité sanitaire depuis le début du XXIème siècle en France et en Europe.**

Autre concept devenu aujourd'hui fondamental dans la gestion de crise : le principe de précaution. Instauré dans la loi Barnier de 1995, puis repris dans la Charte de l'environnement de 2004, il est posé enfin comme principe constitutionnel en 2005. La loi Barnier dispose que « l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable »<sup>19</sup>.

La charte de l'environnement qui en donne une définition en 2004, précise les responsabilités et devoirs des autorités publiques : « Lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage »<sup>20</sup>.

Ce principe d'abord utilisé pour la protection de l'environnement, est aujourd'hui un principe fondamental en santé publique. Il a été un élément essentiel tout au long de la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19. En effet, le principe de précaution, longtemps soumis à la règle de la preuve scientifique, voit son champ élargi depuis quelques années, cette preuve n'étant plus requise de manière impérative. Cela illustre une évolution de la manière d'appréhender les crises et l'incertitude inhérente à celles-ci par l'acceptation de ne pas tout savoir. Les experts et scientifiques ne sont aujourd'hui pas toujours en mesure de fournir aux décideurs les éléments scientifiques nécessaires à la prise de décision en temps de crise, qui est le temps de l'urgence. Cette observation s'applique à l'échelon national, mais aussi local.

---

<sup>19</sup> « Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement » (s. d.).

<sup>20</sup> « Charte de l'environnement de 2004 | Conseil constitutionnel », <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/charte-de-l-environnement-de-2004>.

La gestion de la crise au sein des HPMB a été caractérisée par un débat scientifique permanent, faisant écho parfois aux débats nationaux. Ces derniers ont eu un réel impact local. De longues discussions entre infectiologues et hygiénistes ont notamment alimentées les cellules de crise. Souvent d'accord, parfois en désaccord, il revenait au chef d'établissement d'arbitrer, alors même que les preuves scientifiques supposées orienter et rationaliser le choix du décideur en santé, n'étaient pas suffisamment étayées. C'est ainsi que de nombreuses décisions comme le port du masque chirurgical, FFP2 ou en tissu pour les professionnels de santé, les personnels administratifs, techniques, logistiques, pour les visiteurs et les accompagnants ont été prises en application de ce principe de précaution. Cependant ce principe s'est heurté à des considérations logistiques n'ayant pas permis de le mettre en œuvre dans des conditions satisfaisantes. Cela reste un exemple parmi d'autres durant cette crise. Les débats concernant les traitements possibles ont aussi amené les pouvoirs publics à utiliser ce principe de précaution. A défaut d'éléments scientifiques probants, les comités scientifiques étatiques, partie prenante du système de sécurité sanitaire se sont opposés à l'utilisation de certains d'entre eux.

A l'échelle du décideur dans un établissement de santé, le principe de précaution est un outil tout aussi utile en temps de crise. Visant à protéger et responsabiliser les décideurs, celui-ci permet à la fois de s'inscrire dans une dynamique de l'action (port du masque obligatoire pour toute personne entrant dans l'établissement) ou de l'inaction (interdiction de l'utilisation des masques easy-breath en réanimation à titre expérimental sans protocole de recherche encadré). Ces deux exemples ont par exemple été vécus aux HPMB.

Ce principe présente cependant des risques pour la santé publique, notamment en ce qu'il peut conduire à une décision « négligeant des risques connus en raison de dangers potentiels, parfois peu ou mal étayés »<sup>21</sup>. L'arrêt complet de la vaccination contre l'hépatite B au cours des années 1980 au nom du principe de précaution est « l'exemple le mieux connu des tensions qui peuvent résulter de l'emploi de la précaution en santé publique »<sup>22</sup>.

Ainsi il est à utiliser avec prudence, quel que soit l'échelon auquel il est employé. Il permet d'adopter « une attitude de prudence et de recherche active de risques inconnus » mais il « conduit à rompre avec le raisonnement même de la santé publique, à privilégier

---

<sup>21</sup> Claude-Olivier Doron, « Le principe de précaution : de l'environnement à la santé », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 3, n° 1 (2009): 39, <https://doi.org/10.3917/ccgc.003.0003>.

<sup>22</sup> Doron, p.40.

certaines menaces potentielles au nom de leur force médiatique [...] aux dépens de risques connus plus graves et bien réels »<sup>23</sup>.

### **1.2.3 La planification : la préparation du système de santé aux potentielles crises sanitaires.**

La planification de la réponse des établissements de santé, et plus largement du système de santé dans sa globalité, à une situation sanitaire exceptionnelle, représente un outil majeur, le plus développé et le plus utilisé en temps de crise. Il convient de définir tout d'abord ce qu'est un plan et ce qu'il n'est pas : un plan est un outil permettant d'anticiper, de préparer et d'organiser une réponse adaptée à une situation exceptionnelle ou de crise. L'objectif ici ne sera pas de décrire l'organisation et l'ensemble des plans existants aujourd'hui, mais d'analyser en quoi ils sont des outils fondamentaux pour les managers d'établissement de santé.

#### *a) Le plan : un outil essentiel à la préparation et à la réponse aux crises sanitaires*

Premièrement les plans de réponse sanitaire permettent de définir le cadre réglementaire de l'action. Ils permettent d'encadrer juridiquement les décisions qui seront prises. Les situations de crise appellent la mobilisation de moyens supplémentaires pour répondre à une situation extraordinaire (rappel de personnel par exemple). La définition précise du cadre d'action du décideur en santé dans ces plans, est le garant d'une responsabilité claire et établie, permettant de protéger le décideur, les agents et surtout les patients.

Deuxièmement les plans sont la ligne de vie des agents et des managers en temps de crise : ils définissent des repères, invitent les acteurs à se rattacher à un cadre, à des actes réflexes, limitant les effets de sidération, source d'inaction, préjudiciable en temps de crise. Ils permettent donc de garder sa compétence opérationnelle. Les actes réflexes, définis en amont et souvent décrits dans des fiches actions, maintiennent une certaine cohérence dans l'action, favorisant l'efficacité de chacun. Les missions sont connues, les tâches principales à mettre en œuvre en temps de crise décrites, créant ainsi un cadre clair auquel se raccrocher lorsque les repères habituels ont disparu.

Enfin les plans proposent des outils opérationnels, utilisables dans un temps restreint, qui contribuent à la préparation en amont de la réponse à des événements et des risques

---

<sup>23</sup> Doron, p.40.

connus. « Plus le connu a été préparé, plus on sera en mesure de faire face à l'inédit »<sup>24</sup>. Cette préparation en amont, est essentielle : elle permet de faire interagir les différents acteurs qui pourraient être sollicités en situation exceptionnelle. Elle permet en outre une réflexion concernant les moyens humains et matériels mobilisables, favorisant une réactivité forte au moment opportun.

*b) Des prérequis nécessaires : garant de l'efficacité du plan*

Plusieurs prérequis doivent être respectés pour qu'un plan puisse être efficace. Le plan ne doit pas être revu sans cesse, mais il doit susciter la réflexion : Il convient qu'il soit la base réflexive d'une réponse qui doit être cohérente et adaptée à une situation donnée. Il est vain d'espérer prévoir l'imprévisible. Cependant cela n'empêche pas les acteurs de se préparer à toute éventualité. Si les situations et scénarii exacts ne peuvent être imaginés à l'avance, les esprits doivent être prêts. Cette préparation doit passer par des exercices et des entraînements non planifiés plaçant les acteurs face à l'inattendu. Ces exercices entrent dans une logique d'apprentissage par l'identification de points de rupture, évitant des tensions ultérieurement. Cette anticipation est donc nécessaire pour appréhender de manière plus sereine une situation souvent stressante.

*c) Des limites intrinsèques au concept même de planification*

Cependant les plans, s'ils sont des outils indispensables, ne doivent pas être la seule réponse des managers en santé. Hubert Blanc, préfet du département des Bouches du Rhône disait : « L'important n'est pas que le plan ait été fait, mais de faire en permanence l'élaboration du plan. »<sup>25</sup>. Ce sont les interactions permanentes entre les différents acteurs qui créent les conditions d'une réponse coordonnée et réussie. De plus, le principe même de la crise est qu'elle est inattendue, imprévisible et qu'elle soulève de nombreuses incertitudes. Les plans permettent de répondre en partie aux défis posés, mais peuvent parfois cristalliser l'action autour de ceux-ci. Tout doit être planifié, c'est-à-dire sous contrôle. Cependant il est primordial pour les managers et décideurs en santé d'accepter que tout ne soit pas maîtrisable le moment venu. Accepter cette part d'incertitude et d'impuissance, c'est aussi permettre à la créativité de s'exprimer. Si les plans peuvent être des appuis méthodologiques, ils ne répondent que partiellement aux problématiques soulevées en temps de crise. Enfin, il convient de noter que chaque plan a été bâti en réponse à un risque particulier, souvent issu d'événements antérieurs qui n'avaient pas nécessairement été anticipés : il est dès lors le résultat d'un apprentissage et d'une

---

<sup>24</sup> Patrick Lagadec, « La question des plans - Entre points d'appui et pièges stratégiques » (2009), <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00422147>.

<sup>25</sup> Hubert Blanc, « Le Préfet face à la crise », Stage d'adaptation des Directeurs de Cabinet, 23 janvier 1996.

évaluation a posteriori. Citons pour exemple, le plan pandémie grippale ou le plan canicule, qu'il est apparu nécessaire d'élaborer après les conséquences dramatiques de la canicule de 2003.

*d) Quid des plans et protocoles d'urgence : une fausse bonne idée ?*

Lors de la crise de la Covid-19, les plans et protocoles d'urgences construits antérieurement par les pouvoirs publics ont montré leurs limites. A titre d'exemple, il a fallu diffuser dans l'urgence un guide méthodologique « préparation au risque Covid-19 » à l'ensemble des établissements de santé le 25 février 2020, marquant la volonté de l'Etat de définir un cadre qui n'existait pas. Cependant ces directives nationales sont arrivées souvent trop tardivement : en ce qui concerne les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc, il est arrivé à diverses reprises qu'un message d'alerte rapide sanitaire (MARS) soit envoyé par le ministère des solidarités et de la santé, via les ARS, avec retard, la mesure ayant déjà été anticipée au sein de l'établissement comme par exemple la déprogrammation d'activités non urgentes. Ainsi, il apparaît que le temps de la crise est moins propice à la planification qu'à la coordination. En 2003, le Docteur James Young, conseiller des autorités de l'Ontario au Canada fait part de son vécu : « Lors de l'épidémie de SRAS, quand je suis allé voir les hauts fonctionnaires et les responsables administratifs de la Province pour leur dire : "Voici ce qu'on va faire et voici quelles sont les priorités", l'un de ces hauts fonctionnaires m'a dit : "Ce n'est pas ce que prévoit le plan." Il l'avait ouvert devant lui, et il a dit : "On va réunir tel comité, tel comité, dans cet ordre-là." Je lui ai répondu : "Non, ce n'est pas la priorité. La priorité, c'est l'aspect médical pour empêcher la propagation de l'infection". La crise venait à peine de commencer que le plan était déjà dépassé. Il fallait immédiatement innover, et le modifier. »<sup>26</sup>

La refonte des protocoles et des fiches réflexes a par exemple été nécessaire au sein des HPMB. Il a fallu revoir de nombreux protocoles, mais aussi en créer de nouveaux qui n'étaient pas anticipés au sein du plan blanc. Pour exemple, les procédures funéraires ou les procédures de prise en charge de patients cas-suspect ont été réajustées au risque épidémique. La principale difficulté a été d'adapter ces procédures aux directives nationales parfois contradictoires. Une procédure pouvait dans certains cas ne pas avoir encore été diffusée qu'elle faisait état d'une nécessité de modification.

Un effort de réflexion et de formation a été effectué tout au long des trente dernières années pour tenter de mieux comprendre, de mieux anticiper les risques sanitaires, qui nous l'avons vu sont aujourd'hui multiples, complexes et pour beaucoup imprévisibles. De

---

<sup>26</sup> Extraits de : "Leadership in the age of unconventional crises and chaotic environment", entretien de Patrick Lagadec avec le Dr. James Young, décembre 2007.

nombreux outils ont été conçus pour préparer le système de santé français et l'ensemble des décideurs en santé à faire face aux crises sanitaires, leur offrant une base méthodologique et opérationnelle. Cependant ces outils présentent un certain nombre de limites. C'est pourquoi il est aujourd'hui nécessaire de les repenser plutôt comme des vecteurs permettant d'instaurer une capacité de « réflexion stratégique pour doter les dirigeants à l'aptitude à redéfinir les enjeux, les visions, les buts, les logiques d'intervention »<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Lagadec, « La question des plans - Entre points d'appui et pièges stratégiques ».

## **2 Faire de l'incertitude et de l'inconnu le cadre normal du management hospitalier**

Le cadre global de la prise de décision doit être repensé pour appréhender cet environnement incertain. Il est tout d'abord primordial d'introduire l'incertitude dans les projets stratégiques d'établissement et redéfinir le cadre de cet espace stratégique<sup>28</sup>. Il découle de deux constats selon Vincent Desportes.

Le premier consiste à accepter la dimension humaine de ce cadre, et la liberté des individus présents dans celui-ci. L'objectif principal des décideurs en santé est de faire converger les actions vers un même but, qui doit dès lors être clairement défini. Durant la crise Covid-19, le but était clair et fédérateur : il s'agissait pour l'ensemble des professionnels d'assurer une prise en charge sécurisée des patients atteints et de ceux qui ne l'étaient pas. Cet objectif commun a mobilisé les agents des HPMB, qui ont su appréhender les incertitudes liées à cette crise, de manière collective et solidaire. Cependant le monde hospitalier est aujourd'hui confronté, hors période de crise, à des injonctions paradoxales qui limitent la compréhension des objectifs stratégiques d'un établissement par les professionnels. Il apparaît dès lors essentiel de redéfinir des objectifs clairs, réalisables et non contraints.

Le deuxième constat effectué par Vincent Desportes, est qu'il est nécessaire pour les managers d'accepter de ne pas maîtriser toutes les variables d'un environnement. Il ajoute « qu'aucune décision ne peut espérer s'appliquer comme elle a été conçue »<sup>29</sup>. Le manager doit donc prendre des décisions, mais accepter cette part d'inconnu qui peut conduire à des erreurs. L'espace stratégique doit être construit comme un ensemble d'interactions, de réactions et de confrontations, qui, par le collectif, permet d'apprendre de ses erreurs et d'appréhender, de manière collective, cet environnement incertain.

Une fois ces prérequis acceptés, et cet espace stratégique clairement défini, plusieurs outils et modes de management peuvent être adoptés afin de mettre en place un réel « management de l'incertitude ».

### **2.1 La crise Covid en pratique : management de crise ou management de l'incertitude ?**

Après avoir étudié d'un point de vue théorique de quels outils le système de santé français, et plus largement les décideurs en santé disposent, il est intéressant de faire un parallèle concret avec la gestion de la crise de la Covid-19 en pratique. Un focus sera

---

<sup>28</sup> Desportes, « Décider dans l'incertitude ».

<sup>29</sup> Desportes.



porté sur le management de crise au sein des HPMB. Il conviendra de se demander s'il peut être apparenté à un management de l'incertitude et dans quelle mesure les managers en santé peuvent s'inspirer de ce type de management dans leur quotidien afin de mieux appréhender l'environnement incertain dans lequel ils évoluent.

### **2.1.1 Les caractéristiques de la pandémie « Covid-19 »**

#### *a) Des caractéristiques globales*

Nous l'avons vu une crise peut être définie comme une situation sortant du cadre habituel des incidents connus, exigeant de prendre en urgence des décisions stratégiques notamment organisationnelles. La crise que le monde traverse actuellement n'échappe pas à cette vision. Cependant elle présente des caractéristiques auxquelles le système hospitalier n'est pas habitué.

Cette crise n'a tout d'abord pas pris la forme des événements inattendus que rencontrent habituellement les établissements de santé (accidents de la route avec plusieurs victimes, catastrophes comme celle de l'usine AZF en 2001, la canicule en 2003, la grippe H1N1, ou plus récemment les attentats). Si ces crises ont été intenses, leur inscription dans le temps n'était pas la même. La crise actuelle bouleverse l'idée selon laquelle elle est nécessairement temporaire. Si l'on considère aujourd'hui qu'une crise peut s'inscrire dans un temps très long, alors il est sans doute nécessaire de repenser le principe même de sa gestion, élaboré pour faire face à des situations intenses, soudaines, inattendues mais avec une durée plus courte.

Une deuxième caractéristique de cette pandémie, qui a eu un impact important sur l'organisation de la réponse, est la typologie des professionnels impactés. Si la gestion de crise est habituellement le domaine de prédilection des médecins urgentistes confrontés quotidiennement à ce type de situation, formés à la médecine de guerre pour certains, cette période aura été fondamentalement différente en ce qu'elle a fortement impacté les services de médecine et de réanimation. Une place importante a été donnée aux médecins infectiologues et hygiénistes, ainsi qu'aux médecins anesthésistes réanimateurs instaurant de fait de nouvelles dynamiques de gouvernance médicale.

La troisième caractéristique importante est le rôle qu'ont joué les experts scientifiques et la forte médiatisation de leurs propos. Cette implication s'est traduite par la création au niveau national d'un comité scientifique pluridisciplinaire, traduisant la volonté d'apporter des réponses scientifiques à une problématique peu connue et très technique, le traitement des virus émergents. Ce comité, chargé d'éclairer les décisions politiques, s'est parfois illustré par des prises de position controversées. Les périodes d'incertitude sont

compliquées car elles nécessitent de reconnaître que nous ne savons pas mais aussi que le besoin de communication et de transparence est grand. La médiatisation des experts et le rôle qu'ils ont joué dans la gestion de cette crise sont bien décrits dans l'étude menée par Hervé Dumez (directeur de recherche au CNRS) et Etienne Minvielle (professeur à l'Ecole polytechnique) au cours de laquelle ils ont questionné près de 50 acteurs du monde hospitalier et libéral, des médias ou bien encore des cabinets ministériels. L'un d'entre eux fait état de possibles amalgames entre la parole scientifique et politique ou bien encore managériale. Il donne l'exemple d'un médecin urgentiste qui indiquait qu'il « fallait rouvrir les cinémas : ce n'est pas son rôle »<sup>30</sup> précise la personne interviewée. Ce phénomène a également été observé à l'échelon régional. La presse locale a contacté directement de nombreux professionnels de l'établissement avec une forte notoriété publique dans la vallée afin d'avoir leur opinion sur la situation au sein des HPMB. Cette communication a nécessité de revoir les formats et vecteurs d'information externes par la diffusion de communiqués de presse plus nombreux ou par la diffusion de « points d'information » réalisés avec le Directeur général et le président de la commission médicale d'établissement sur les réseaux sociaux.

Dernière caractéristique particulièrement importante : cette crise sanitaire est mondiale et son impact s'inscrit bien au-delà de la santé des populations. Il a fallu repenser en profondeur les réseaux et les liens qui unissent les uns et les autres. Des mesures exceptionnelles très rarement utilisées comme le confinement des populations par exemple, ou bien le financement par l'Etat d'un dispositif de chômage partiel pour en limiter l'impact économique, ont été nécessaires. Chaque individu, chaque institution, chaque entreprise a dû repenser ses modes de fonctionnement et de pensée (télétravail, distanciation physique, e-learning).

#### *b) Des spécificités locales*

Bien que la crise ait impliqué la mise en œuvre de préconisations de portée nationale, les spécificités locales dans les territoires, ont eu un impact significatif dans la réponse à la pandémie.

La première d'entre elles, qui a joué un rôle important dans la gestion de la pandémie en Haute-Savoie, est l'apparition de deux clusters, le premier aux Contamines-Montjoie le 7 février 2020, c'est-à-dire presque un mois avant que l'épidémie ne se généralise à l'ensemble du pays, le second à la Balme de Sillingy, dans le bassin annecien. Ces clusters ont placé le département en situation de tension très rapidement. A noter la

---

<sup>30</sup> Dumez et Minvielle, « Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion | Centre de Recherche en Gestion », p.22.

réactivité remarquable de l'ARS qui a permis de limiter la propagation du virus sur le reste du territoire. Le cluster des Contamines-Montjoie a particulièrement impacté la manière d'appréhender la crise au sein des HPMB en ce qu'il a permis d'être confronté plus tôt au virus, imposant sans délai un bouleversement des organisations. Le premier protocole décrivant l'accueil d'un patient suspect Covid a par exemple été rédigé dès le 31 janvier 2020. Ce cluster a également favorisé la sensibilisation de la population au risque épidémique. Mais surtout, il aura permis d'être confronté à l'inconnu beaucoup plus rapidement que dans d'autres régions, conduisant les managers en santé à adapter leurs actions en fonction de nouvelles variables : fermeture précoce des écoles, médiatisation importante de la situation, justifiant la visite de la ministre des solidarités et de la santé, dépistage massif, notamment des professionnels des HPMB dont l'enfant était scolarisé avec celui dépisté positif aux Contamines-Montjoie, générant une réaction émotionnelle forte. Les managers en santé ont dû apprendre à gérer ces émotions nouvelles nourries d'un mélange de peur et de désarroi lié à l'incertitude, alors que dans le même temps ils devaient entreprendre une nécessaire réorganisation des services, compte tenu de la mise en quarantaine dès le début février, de quelques-uns d'entre eux.

La situation géographique des HPMB apparaît comme une seconde spécificité locale importante : ceux-ci sont en effet situés à 30km de l'Italie, par le tunnel du Mont-Blanc et à 50km de Genève qui possède un aéroport international. Une grande partie des praticiens de l'établissement sont italiens et ont donc entretenu de nombreux contacts avec leurs homologues d'Italie du Nord. Il a donc fallu gérer à la fois le déficit d'informations scientifiques disponibles sur ce nouveau virus, mais aussi les retours des établissements italiens qui étaient déjà submergés par la vague épidémique. Ces retours d'expérience ont parfois été anxiogènes, mais ils ont permis d'accélérer la préparation des structures d'accueil des malades, avec des clés de lecture actualisées. Cette idée renvoie au principe de précaution évoqué plus haut. Les HPMB ont probablement « exagéré la menace »<sup>31</sup>, mais se sont organisés pour faire face à une vague épidémique telle que rencontrée en Italie. Cette préparation éclair a placé les soignants dans une position d'attente de cette fameuse « vague » qui tardait à arriver, créant parfois des frustrations, induisant la remise en question des décisions prises et des nouvelles organisations mises en place. Un sentiment de « flottement » a été ressenti par beaucoup de professionnels de l'établissement, des soignants aux cadres de santé ou de direction. L'ensemble des activités habituelles a été stoppé afin de se consacrer exclusivement à la gestion de la crise, suscitant une dynamique nouvelle au sein de l'établissement. Les HPMB comme

---

<sup>31</sup> « Le principe de précaution oblige à exagérer la menace », [https://www.lemonde.fr/epidemie-grippe-a/article/2010/01/09/le-principe-de-precaution-oblige-a-exagerer-la-menace\\_1289598\\_1225408.html](https://www.lemonde.fr/epidemie-grippe-a/article/2010/01/09/le-principe-de-precaution-oblige-a-exagerer-la-menace_1289598_1225408.html).

l'ensemble des hôpitaux des départements proches de l'Italie, imaginaient que la vague épidémique passerait la frontière ; elle est finalement arrivée en France par la région Grand Est. Le mode de propagation du virus, imprévisible et inattendu, illustre bien le fait que l'évolution de cette crise soit apparue si difficile à prévoir et maîtriser.

Enfin, une troisième composante importante localement concerne la singularité des acteurs principalement impactés. La gouvernance médicale en temps de crise a conduit des praticiens habituellement peu présents dans la vie institutionnelle de l'établissement, à prendre une responsabilité significative dans la gestion de la pandémie, leur conférant une visibilité nouvelle. C'est par exemple le cas des médecins infectiologues et hygiénistes. La crise a également permis une intégration plus facile du nouveau service de santé au travail créé en janvier 2020, en réservant à ses membres une place et un rôle essentiel dans l'accompagnement des agents mais aussi de la direction des ressources humaines. Enfin il est important de noter que l'activité des HPMB est marquée par une forte saisonnalité, hiver comme été, créant de fait, une culture des organisations temporaires bienvenue en pareilles circonstances. Cette pratique saisonnière, d'ouverture et de fermeture de services entiers a incontestablement permis aux professionnels de santé de s'adapter plus facilement aux nouveaux dispositifs imaginés pour faire face à la crise Covid. Les HPMB ayant été confrontés au virus début février, c'est-à-dire en plein milieu de la haute saison d'hiver, qui nécessite chaque année l'embauche de professionnels contractuels. Ceux-ci étaient encore présents dans l'établissement et leur contrat de travail a pu être prolongé de quelques mois afin de renforcer les équipes, ce qui a été un atout considérable au plus fort de la crise.

Toutes ces spécificités locales ont impacté de manière significative les réponses aux enjeux nouveaux soulevés par ce virus, permettant ainsi aux HPMB d'être opérationnels plus rapidement que des établissements installés dans des régions où le virus est apparu plus tard. Après avoir exposé le contexte dans lequel la crise est survenue, il est désormais nécessaire de s'intéresser à la réponse apportée au sein des HPMB, plus particulièrement dans sa dimension managériale.

### **2.1.2 Le management de crise en pratique : un management exceptionnel ? L'exemple de la gestion de crise au sein des HPMB**

L'analyse se basera sur des retours effectués par les agents des HPMB, collectés à l'occasion d'un « débriefing à chaud » organisé le 10 juin 2020 (cf. Annexe 1). Ce débriefing a eu pour principal objectif de lutter contre l'oubli sélectif, de valoriser l'expérience acquise en identifiant les points positifs et à améliorer, de capitaliser et

pérenniser les actions qui constituent une évolution souhaitable des organisations dans le quotidien hospitalier. Plusieurs remarques concernent le management de la crise.

a) *Une organisation exceptionnelle au sein des HPMB impactant le rôle et l'action des managers.*

Les managers ne sont pas impuissants face à la crise, bien que fondamentalement difficile à prévoir et à maîtriser. Cela passe par une analyse précise des besoins, la recherche de solutions aux problématiques, souvent compliquées à mettre en œuvre, par des décisions managériales courageuses, parfois politiques mais qui, dans tous les cas, visent à adapter l'institution et à aider les professionnels qui la composent, à faire face à une situation inattendue.

### **La ou les cellules de crise**

Constituée et entraînée à répondre à des situations inattendues, la cellule de crise regroupe un ensemble de managers en santé, qu'ils soient directeurs, cadres ou bien médecins. Elle dispose de moyens humains mais aussi techniques ; son action s'appuie sur des protocoles et procédures visant à définir clairement le rôle et le cadre d'action de chacun. Présente à différents échelons, la cellule permet de coordonner l'action et facilite la prise de décision.

La crise Covid a impliqué d'en repenser la composition et l'organisation. Ainsi au sein des HPMB, la cellule de crise a-t-elle rapidement dû faire face à une contradiction également soulevée par d'autres établissements de santé<sup>32</sup>. En effet, sa composition devait être suffisamment restreinte pour permettre une prise de décision rapide et efficace : mais dans une composition élargie, « elle fonctionne mieux en tant qu'outil de communication »<sup>33</sup>, et plus largement comme outil permettant, par la pluridisciplinarité, de prendre du recul sur certaines décisions. Cette cellule de crise appelée « cellule Covid » a tout de suite été renforcée par quatre autres cellules, chargées de la coordination opérationnelle de certaines thématiques (ressources humaines, logistique, médico-social et déprogrammation-reprogrammation/gestion des lits). Sur le plan managérial, cette nouvelle organisation a permis un partage des tâches efficace, tout en plaçant la discussion pluridisciplinaire au centre des prises de décisions, centralisées lors des « cellules Covid ». A noter que les réunions de ces instances, compte tenu du nombre important de participants, ont été réalisées en visioconférence. Ce nouveau mode d'échange jusqu'alors très peu utilisé au sein des HPMB, est devenu la règle : il a

---

<sup>32</sup> Dumez et Minvielle, « Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion | Centre de Recherche en Gestion », 25.

<sup>33</sup> Dumez et Minvielle, « Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion | Centre de Recherche en Gestion ».

nécessité de repenser les techniques d'animation ainsi que de revoir le processus décisionnel souvent très hiérarchisé. Ces visioconférences ont permis au plus grand nombre d'être présent, sans pour autant avoir nécessairement à intervenir, réunissant ainsi des informations facilement restituées au sein de leurs équipes. L'animateur de la cellule Covid, ici le chef d'établissement, a peu à peu établi des routines dans l'ordre du jour comprenant un point sur le nombre de passages aux urgences, le nombre d'hospitalisations ainsi qu'une évaluation de la situation dans les services de soins continus et de médecine infectieuse. Etaient abordés ensuite des sujets en lien avec les besoins du moment.

### **La gestion des ressources humaines**

Fortement mobilisées tout au long de la crise, les équipes des HPMB ont dû s'adapter à une situation aussi incertaine qu'inattendue. Pour ce faire, la gestion des ressources humaines a été primordiale. L'objectif premier était de rendre le moins anxiogène possible la situation à laquelle était confrontée l'établissement et plus largement le pays, tout en protégeant de l'épuisement, les professionnels dont l'engagement durant cette période a été remarquable et doit être salué. Pour ce faire, la cellule ressources humaines s'est révélée être un appui fondamental à cette nouvelle gestion. La prise de congés annuels a été maintenue durant toute la période par exemple afin que les agents puissent se reposer. Il a fallu restructurer les services, bouleverser les plannings ou bien trouver comment impliquer les personnels fortement impactés par l'arrêt de l'activité. Cette gestion a été facilitée par un esprit d'équipe et un sentiment d'appartenance à l'établissement très fort.

### **La temporalité de l'action et de la prise de décisions**

La gestion de crise induit la nécessité de prises de décisions rapides. La temporalité de l'action a été très importante durant la crise, et vécue différemment selon les établissements. Les différents échelons de prise de décision (national, territorial, local) se sont parfois entrechoqués : diffusion de l'information descendante et parfois ascendante trop lente, induisant des retards dans la mise en place effective des nouvelles consignes. Les managers des HPMB ont parfois dû prendre des décisions pour lesquelles aucune directive nationale n'avait encore été émise ; ce fût notamment le cas avec la décision d'annuler une partie d'abord, puis la totalité de l'activité programmée non urgente. Près de 70 messages d'alerte rapide sanitaire ont été envoyés via les organismes de tutelle aux établissements de santé en l'espace de deux mois : ils sont représentatifs d'un cadrage de la crise au niveau national parfois excessif, laissant peu ou pas d'autonomie aux

établissements de santé. Les décisions ont souvent été imposées créant parfois des incompréhensions, qui en temps de crise peuvent retarder des décisions importantes.

### **De nouvelles formes de coopérations et d'innovations organisationnelles**

Enfin la crise Covid aura été le moyen de renforcer, voire de créer de nouvelles coopérations ainsi que d'innover. Les managers ont dû faire preuve d'une grande capacité d'adaptation à ces nouvelles dynamiques et développer leur aptitude à accompagner le changement.

Au sein des HPMB, et plus largement au sein du GHT Léman Mont Blanc et sur le territoire, les coopérations ont été renforcées par la création d'une cellule Covid GHT ayant pour objectif de coordonner les actions mises en place par les établissements de santé et médico-sociaux du groupement et d'organiser la réponse sanitaire sur le territoire par le renforcement des unités de réanimation de l'établissement support, le CHAL Centre Hospitalier Alpes Léman notamment. C'est ainsi que 16 professionnels du bloc opératoire comprenant anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes et aides-soignants sont partis renforcer les équipes de l'établissement support. La coopération s'est aussi traduite par une coordination logistique importante afin de limiter les tensions sur les stocks d'équipement de protection individuelle notamment.

La crise a aussi été l'occasion de renforcer les liens avec les établissements médico-sociaux publics et privés du territoire, par la création d'une cellule « lits d'aval » permettant de coordonner les sorties précoces des patients âgés ne nécessitant plus d'hospitalisation. Par cette concertation, les établissements du territoire ont démontré une agilité organisationnelle qui a été particulièrement bénéfique pour accueillir un nombre de patients atteints de la Covid-19 conséquent.

Enfin de nouvelles organisations ont vu le jour, avec notamment la formation, au cours de la crise, des infirmiers de médecine et de chirurgie, à la polyvalence pour la prise en charge des patients de leur secteur respectif, rendant l'organisation plus agile et moins cloisonnée.

In fine, la crise a provoqué une transformation profonde des organisations, imposant aux managers une adaptation permanente. Décrivons quelles sont les caractéristiques de ce management de crise et quelles compétences nouvelles les managers en santé peuvent acquérir suite à l'apprentissage de ces techniques managériales atypiques.

b) *Quels grands principes caractérisent le management de crise ?*

**Un management adapté à une situation donnée**

Le premier enseignement que l'on peut évoquer et qui a été essentiel durant cette période est la mise en place d'un management « adapté spécifiquement à la situation ». La crise Covid de type épidémique et virologique, a nécessité d'adapter la prise en charge médicale pour assurer qualité et sécurité des soins pour les patients hospitalisés, mais aussi pour protéger les professionnels de l'établissement face à ce risque. La réponse managériale par le renforcement de la cohésion des équipes médicales, paramédicales et administratives a permis une prise de recul permanente par rapport à la survenance des événements.

**Un management décloisonné**

Ce qui est apparu durant la crise et qui a été fortement apprécié de l'ensemble des agents a été le décloisonnement occasionné par la mise en place de nouvelles organisations. Ce décloisonnement s'est traduit par une plus forte et meilleure collaboration au sein des services. A noter qu'il a aussi été effectif au niveau des instances de décisions : cadres, médecins, directeurs, tous contribuaient à la prise de décision, avec une mise en œuvre bien souvent collégiale également. Le management de crise, alors même que l'avenir est difficile à anticiper et préparer, permet de créer un sentiment d'appartenance à une institution mais aussi à un groupe, favorisant une prise de décision efficace. Des erreurs peuvent être commises, mais la responsabilité étant partagée, leurs conséquences sont appréhendées et gérées de manière collective.

**Un management qui repose sur la communication et la transparence**

La communication, essentielle en temps de crise, devient un outil central du manager. Plus les incertitudes sont multiples, plus le besoin d'information et de transparence concernant la connaissance de la situation est important.

Au sein des HPMB, plusieurs vecteurs de communication ont été actionnés afin d'expliquer, de rassurer, et d'informer les agents sur la situation de l'établissement. Pour ce faire un « totem Covid19 » prenant la forme d'un panneau d'affichage central accessible aux professionnels, a été structuré en « compartiments d'informations » comme : « la situation épidémiologique » (en France, dans la région et dans l'établissement) ou « l'organisation de l'établissement » (avec les différents protocoles et plans en vigueur). Ce totem a été également produit de manière dématérialisée, avec un envoi bi-hebdomadaire à l'ensemble des agents. Une boîte à idées, suggestions a été placée à côté du totem afin de recueillir les observations des professionnels souhaitant



apporter une contribution aux organisations Covid. Cet outil a permis d'inscrire l'établissement dans une démarche d'implication des professionnels à l'organisation institutionnelle.

Des vidéos, deuxième vecteur de communication, ont permis de rendre compte de la situation à l'ensemble des professionnels mais aussi à la population savoyarde voire nationale. Une première série de vidéos « infos Covid » institutionnelles a été diffusée deux fois par semaine sur les réseaux internes et externes aux HPMB. Elles ont pris la forme de courts bulletins d'information visant à être transparents envers la population sur la situation sanitaire aux HPMB. Une deuxième série de vidéos intitulées « HPMB mobilisés ! », tournées au sein des services, a permis de remercier les acteurs et de valoriser l'engagement des équipes dans la mise en œuvre de nouveaux circuits au sein de l'établissement. Enfin des vidéos « un jour, un métier » ont été réalisées afin de mettre en valeur le travail de certaines catégories de professionnels fortement impactés par la crise mais peu présents dans les médias.

Malgré la présence de ces outils, la communication est apparue au sein de l'établissement parfois insuffisante et inefficace. L'une des caractéristiques de la crise Covid a été le flot d'informations reçues dans un temps restreint, très vite caduques. Cet afflux massif d'informations et de directives a pesé à tous les échelons de l'institution. L'abondance de protocoles et de procédures révèle la volonté d'encadrer cette situation imprévue, en donnant une relative sensation de maîtrise.

Il apparaît donc que les grandes caractéristiques inhérentes au management de crise sont applicables à une démarche managériale du quotidien. Cela nous ramène au questionnement initial de ce travail de recherche : comment préparer les managers en santé à faire de l'incertitude le cadre normal de leur prise de décision ?

## **2.2 Développer l'intelligence émotionnelle comme outil clé du management**

La crise de la Covid-19 l'aura démontré, les situations d'incertitude peuvent avoir un impact émotionnel très fort. La part d'inconnu d'une situation, le fait de ne pas savoir peut être difficilement acceptable par l'être humain. Il en va de même de la sociologie des risques et de leur appropriation par la population. Ils peuvent être acceptés car la survenue de ceux-ci et leurs conséquences sont connues. C'est par exemple le cas pour le tabagisme. A contrario, un risque peut apparaître comme inacceptable lorsque ces variables sont inconnues. Cet inconnu peut alors être source d'anxiété, de peur, de stress, de fatigue qu'il est important de prendre en compte dans l'analyse que réalise le manager. De plus le cadre quotidien de travail des professionnels hospitaliers les

confronte à des situations difficiles et spécifiques, suscitant de nombreuses émotions (joie, tristesse, peur, en contradiction avec leur éthique professionnelle...).

### **2.2.1 Intelligence émotionnelle : de quoi parle-t-on et pourquoi les managers en santé doivent-ils développer ce type de compétences ?**

Le premier modèle d'intelligence émotionnelle (IE) a été conceptualisé au début des années 1990 par les recherches de Peter Salovey et John Mayer qui définissent l'IE comme « une forme d'intelligence qui suppose l'habileté à contrôler ses émotions et sentiments et ceux des autres, à faire une distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et ses actions »<sup>34</sup>. Ce concept est basé sur l'importance du développement de cinq catégories de capacités que sont : la conscience de soi, l'autorégulation, la motivation, la conscience sociale et les compétences sociales<sup>35</sup>.

La conscience de soi consiste à être en mesure de pouvoir identifier ses forces et faiblesses, en tant que personne, mais aussi en tant que manager. Il s'agit de comprendre et d'accepter ses propres émotions, et l'impact que celles-ci peuvent avoir sur soi et sur son travail pour en tirer parti de manière positive.

L'autorégulation peut être définie par la capacité d'un individu à maîtriser ses émotions afin d'adapter son comportement et ses réactions à une situation donnée.

La motivation désigne dans ce cadre conceptuel, la capacité de chacun à comprendre les émotions qui permettent d'atteindre des objectifs fixés.

La conscience sociale, ou empathie représente la capacité d'un individu à comprendre et reconnaître les sentiments d'autrui.

Enfin, les compétences sociales permettent d'établir des relations sociales saines favorisant le développement personnel des individus.

L'IE, souvent rattachée à des courants philosophiques et sociologiques, doit être définie comme un courant managérial opérationnel. Elle ne doit pas être considérée comme un trait de personnalité, dont un manager est doté ou non ; elle est la résultante de l'apprentissage effectif de compétences individuelles et collectives.

Les émotions sont décrites comme des facteurs d'altération du jugement dans les théories néoclassiques, illustrées notamment par celle de l'*homo economicus* selon laquelle l'homme est un être parfaitement rationnel. Cette théorie, qui se fonde sur un concept de rationalité absolue, conduit à une prise de décision optimale. Elle prévoit que

---

<sup>34</sup> Peter Salovey et John Mayer, *Emotional Intelligence. Imagination, cognition and Personality*, 1990.

<sup>35</sup> « S'orienter dans les nouvelles pratiques managériales », *Gestions Hospitalières*, 1 mars 2019, <http://gestions-hospitalieres.fr/sorienter-dans-les-nouvelles-pratiques-manageriales/>.

l'être humain, étant un être doté de raison, est capable de prendre la bonne décision s'il dispose de l'information adéquate. Cette théorie ne peut donc pas s'appliquer dans un environnement caractérisé aujourd'hui par de nombreuses incertitudes, limitant souvent les connaissances d'un individu, et altérant donc sa capacité à prendre des décisions entièrement rationnelles. Ce manque d'information peut être considéré comme un biais décisionnel qui ne conduit pas nécessairement à des erreurs de décision, mais dont le caractère partiel ne permet pas de prendre une « décision optimale » au sens néoclassique du terme.

De nombreux travaux en neurosciences tentent de démontrer depuis plusieurs années le rôle des émotions dans les processus décisionnels. Ainsi il apparaît que les émotions ont un caractère « adaptatif »<sup>36</sup> en ce qu'elles permettent « d'intégrer un ensemble d'informations nécessaire à une prise de décision adaptée et logique »<sup>37</sup>, par notamment un effet d'apprentissage émotionnel. De plus les émotions peuvent influencer le processus décisionnel en augmentant ou diminuant la prise de risque d'un individu. La peur et l'anxiété peuvent par exemple engendrer des « comportements d'aversion au risque, alors que la colère et la tristesse tendent à augmenter la prise de risque »<sup>38</sup>. Il apparaît alors primordial pour un manager d'intégrer, d'accepter et de comprendre ses émotions qui influenceront nécessairement sa position managériale.

Enfin de nombreuses études sur l'IE ont démontré un effet positif de celle-ci sur la performance au travail<sup>39</sup>, aussi bien individuelle que collective, sur le leadership, la gestion du changement ou bien encore la gestion d'équipe<sup>40</sup>. Ces études se sont tout d'abord construites autour d'une étude de Reuven Bar-On, ayant démontré par des recherches en neuropsychologie notamment, une distinction entre le quotient intellectuel (QI) et l'intelligence émotionnelle (IE). Il apparaît donc, au-delà de la compétence cognitive des managers à encadrer une équipe, que « la composante émotionnelle explique le succès d'un manager, car sa fonction première est avant tout de susciter des émotions positives auprès de ses équipes ». Identifier, comprendre et se servir des émotions éprouvées au sein d'une équipe permettra au manager de mieux appréhender des situations complexes, favorisant ainsi une prise de décision éclairée, tout en

---

<sup>36</sup> « S'orienter dans les nouvelles pratiques managériales ».

<sup>37</sup> Marianne Habib, « Influence des émotions sur la prise de décision chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : Comment le contexte socio-émotionnel et le développement des émotions contrefactuelles influencent-ils nos choix? », s. d., p.197.

<sup>38</sup> Jennifer S. Lerner et Dacher Keltner, « Beyond Valence: Toward a Model of Emotion-Specific Influences on Judgement and Choice », *Cognition & Emotion* 14, n° 4 (juillet 2000): p.473-93.

<sup>39</sup> Steve Langhorn, « How emotional intelligence can improve management performance », *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 16, n° 4 (1 janvier 2004): 220-30.

<sup>40</sup> Cécile Dejoux et al., « Intelligence émotionnelle et processus de décision », *Gestion 2000* 28, n° 3 (2011) : p.73.

développant la collaboration au sein de l'équipe favorisant une dynamique de travail positive.

### **2.2.2 Comment développer de telles compétences chez les managers en santé ?**

La crise de la Covid-19 a provoqué l'émergence de nombreuses émotions chez les professionnels de santé, parfois difficiles à gérer, dépassant parfois le cadre individuel, et ayant souvent des conséquences visibles sur les organisations. Ce sont aussi ces émotions qui ont permis un engagement important des professionnels de santé, et qui ont provoqué un élan de générosité et de solidarité au sein de la population. Le mélange de toutes ces émotions, dans un contexte incertain, a mis en difficulté certains managers en santé. C'est pourquoi il apparaît aujourd'hui indispensable de réfléchir aux outils qui peuvent être mis en place au sein des établissements de santé afin de favoriser un management s'appuyant sur les principes de l'intelligence émotionnelle.

L'intérêt pour l'IE a été développé dans de nombreux secteurs d'activité, mais le monde de la santé n'a pas encore réellement intégré ce concept<sup>41</sup>. Cela s'explique notamment par le fait que « beaucoup de managers en santé pensent à tort que la compassion, qui les a conduit à choisir ce secteur d'activité, suffira pour diriger leurs structures. Ils ne comprendraient sans doute pas devoir se former à un type de management pour lequel ils se sentent déjà compétents. Or, beaucoup de leurs tâches quotidiennes peuvent être associées à l'IE »<sup>42</sup>. Brenda Freshman et Louis Rubino donnent à leur propos plusieurs illustrations : en ce qui concerne la conscience de soi et la compréhension de ses émotions, « reconnaître que les réunions tardives affectent mes relations familiales » en est un exemple.

Les différents modèles de conception de l'IE ont donc conduit à la recherche d'outils permettant d'en mesurer le niveau. Il existe par exemple l'échelle multifactorielle d'intelligence émotionnelle (MEIS) qui évalue l'habileté d'un individu à conduire des tâches qui impliquent la gestion des émotions. Cette mesure est effectuée en quatre thématiques : identification des émotions, utilisation des émotions, compréhension des émotions et gestion des émotions. L'évaluation est construite autour d'un test à bonnes ou mauvaises réponses, évaluant des habiletés et non des compétences, ce qui la rend applicable dans des organisations de manière opérationnelle. Ces outils de mesure peuvent être utiles pour effectuer des auto-évaluations, afin d'identifier les besoins des individus.

---

<sup>41</sup> Brenda Freshman et Louis Rubino, « Emotional Intelligence: A Core Competency for Health Care Administrators » (Aspen Publishers, juin 2002), p.5.

<sup>42</sup> Freshman et Rubino, p.5.

D'autres outils, comme la formation professionnelle, peuvent être pertinents pour placer l'intelligence émotionnelle comme principe clé du management hospitalier de demain. Intégrer ce concept au cursus de formation initial des managers en santé semblerait dès lors judicieux. Cette sensibilisation aurait pour objectif de leur fournir les clés de réussite permettant de gérer les nombreuses émotions quotidiennes en lien avec le milieu hospitalier.

Le manager serait invité en outre à créer les conditions d'écoute et de dialogue au sein de ses équipes, permettant ainsi de libérer la parole, premier pas vers la compréhension de l'autre et la compréhension de ses propres émotions. Les temps de crises, caractérisés par l'urgence sont peu propices aux échanges de ce type ; c'est pourquoi il est important d'avoir un espace de dialogue suffisamment développé en dehors des situations de tension, favorisant l'expression des émotions de chacun dans n'importe quel contexte. Longtemps considérées comme relevant de la sphère personnelle, les émotions n'ont que très peu leur place au sein du monde du travail. Savoir identifier et exprimer ses émotions de manière adaptée au contexte n'est pas inné chez l'homme. Cette faculté est développée dès le plus jeune âge lorsque l'enfant traduit ses émotions par des expressions faciales et des postures adaptées. Sans cette capacité à identifier les émotions, le développement de l'intelligence émotionnelle d'un individu est impossible<sup>43</sup>. Cet espace d'écoute et de dialogue peut passer par divers procédés comme le développement de temps dédiés aux échanges sur les ressentis de chacun dans une situation donnée. Les débriefings organisés après la crise Covid en sont de bons exemples, mais ils doivent être pérennisés en dehors des temps de crise. Le manager doit alors apprendre à développer ses compétences d'écoute active en laissant son ou ses interlocuteur(s) exprimer ses émotions et sentiments sans l'interrompre.

Enfin le manager peut enrichir sa démarche d'accompagnement des collaborateurs par des techniques de développement personnel. Il s'agit d'aider les agents à avoir conscience de leurs émotions, et à les utiliser en impulsant une dynamique positive au sein du service. Le manager peut par exemple, mettre en place des plans de développement individuels annuels, systématiques pour tous ses collaborateurs, prolongés par la construction conjointe d'un plan d'actions personnalisé permettant d'identifier des zones de progrès personnel.

L'intelligence émotionnelle apparaît donc comme une démarche favorisant le bien-être au travail, à la fois à titre personnel mais aussi interpersonnel. Elle permet au

---

<sup>43</sup> Salovey et Mayer, *Emotional Intelligence. Imagination, cognition and Personality*.

manager d'impulser des dynamiques positives, au service de la performance Cette intelligence peut aussi contribuer au développement d'un esprit d'équipe et d'appartenance fort, permettant l'émergence d'idées créatives et saines, malgré un environnement de travail de plus en plus incertain.

### **2.3 L'improvisation organisationnelle : prérequis pour un management de l'incertitude efficace**

Si l'agilité du manager est importante pour mettre en place des organisations performantes, les organisations elles-mêmes dans leur fonctionnement peuvent être source de performance et d'agilité. La crise de la Covid-19 a obligé les organisations à devenir agiles et adaptables.

Cette agilité organisationnelle et managériale a permis, pendant la crise, de diminuer les problèmes de gestion et « il faudrait ne pas la perdre »<sup>44</sup>, souligne une personne interviewée dans la recherche effectuée par Dumez et Minvielle.

Le manager doit aujourd'hui faire face à l'incertitude, mais la vie des organisations est elle aussi confrontée à ce nouvel environnement. Le rôle du manager est donc essentiel pour, à la fois accompagner ses collaborateurs dans cette incertitude, mais aussi s'assurer que les organisations qu'il dirige soient suffisamment agiles pour faire face aux imprévus. Les bouleversements que le système de santé est en train vivre ont incité les établissements de santé, dans un temps contraint, à remettre en question leur organisation. Il a été fait appel à une improvisation certaine. Mais alors qu'est-ce qu'improviser ? Si l'on s'en tient à la définition donnée dans le Larousse, improviser est la capacité à « produire quelque chose sans l'avoir préparé ». Caractérisée par cette « impréparation » l'improvisation semble un concept difficilement utilisable pour des organisations hospitalières qui doivent fonctionner quotidiennement avec un objectif principal qu'est la prise en charge de patients. Elles sont soumises à diverses obligations notamment en lien avec la sécurisation des prises en charge. Ce constat risque cependant d'enfermer les organisations et les personnes qui les composent dans un réel immobilisme. Or, il est apparu récemment que faire preuve d'agilité a justement permis d'atteindre ce principal objectif d'une prise en charge de qualité et sécurisée des patients. L'improvisation n'est donc pas « l'art de ne rien préparer, mais l'art de se préparer à tout »<sup>45</sup>. Elle s'apprend et se travaille, elle n'est pas innée ni chez les personnes, ni dans

---

<sup>44</sup> Dumez et Minvielle, « Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion | Centre de Recherche en Gestion », p.45.

<sup>45</sup> Thomas Royère, « Manager dans un contexte incertain », s. d., <https://www.unroleajouer.com/single-post/2019/02/07/Manager-dans-lincertitude>.

les organisations. Improviser peut parfois être synonyme d'échec ou d'erreur : il faut composer avec un environnement qui par essence est marqué par de fortes incertitudes et par des enjeux intrinsèques au monde hospitalier qui supporte difficilement l'échec (sécurité des patients avant tout, une organisation trop flexible pouvant compromettre la qualité et la sécurité des soins). C'est donc au manager de trouver le juste équilibre entre stabilité et flexibilité des organisations.

L'improvisation organisationnelle repose sur des actions réfléchies et associées aux notions d'imprévu et d'innovation. Improviser, c'est essayer collectivement, mais c'est aussi accepter d'échouer collectivement. Le manager en santé qui veut la mettre en œuvre, doit donc créer les conditions d'un fonctionnement réel en équipe. Les prises en charge à l'hôpital sont aujourd'hui complexes, imposent de manière plus importante des coopérations intra et inter services, mais aussi intra et extra hospitalières. Les actions entreprises doivent être orientées vers la découverte, parfois de manière empirique, afin de tester, d'explorer de nouvelles opportunités. Le manager doit susciter la créativité et encadrer cette créativité pour faire en sorte que celle-ci ne devienne pas néfaste à l'organisation. Il convient de trouver un équilibre entre cette quête d'innovation dans les organisations et les prises en charge, tout en s'assurant que les pratiques établies soient sans cesse optimisées. L'article 51 de la loi de modernisation de notre système de santé fait écho à ce besoin de créativité, d'innovation et d'improvisation au sein des organisations en santé. Cet outil, trop peu valorisé, est un moyen pour les établissements de santé de s'inscrire dans une culture de l'innovation.

Le cadre de l'improvisation organisationnelle doit être clairement défini par le manager en santé qui fixe les priorités et laisse des marges de manœuvre suffisantes à ses collaborateurs pour innover. C'est la définition d'une « structure minimale »<sup>46</sup> qui servira de socle organisationnel. Le manager en santé doit donc être capable d'accepter d'autres formes d'intelligence dans un environnement collectif sain dans lequel ses collaborateurs se sentent libre d'innover. L'exemple du déploiement du télétravail dans les services administratifs a suscité un bouleversement dans les habitudes managériales des directeurs d'hôpitaux durant la crise de la Covid-19. Leurs équipes n'étant plus sur place pendant près de deux mois, ils ont dû repenser les dynamiques collectives.

Le manager en santé peut adopter une posture permettant de favoriser l'innovation organisationnelle. Il peut par exemple promouvoir une culture de l'expérimentation visant à valoriser les actions innovantes au sein de l'organisation. Cela implique qu'il accepte d'autres formes d'intelligence et de réflexion mais aussi les erreurs, lorsque les

---

<sup>46</sup> Frédérique Chédotel, « L'improvisation organisationnelle. Concilier formalisation et flexibilité d'un projet », *Revue française de gestion* 154, n° 1 (2005): p.131.

recherches d'innovations n'aboutissent pas. Accepter l'échec est un prérequis fondamental que la société française peine à intégrer. Dès lors, le manager veillera à ne pas stigmatiser ces échecs qui s'inscrivent de fait dans un processus global d'apprentissage.

L'innovation par ses élans de créativité est un atout majeur au développement d'organisations agiles mais peut parfois susciter de la déception et de la frustration lorsque le processus n'aboutit pas. C'est au manager d'apprendre à repérer et atténuer le sentiment de frustration que pourraient ressentir certains agents. L'intelligence émotionnelle du manager apparaît finalement complémentaire à l'improvisation organisationnelle et au management de l'innovation.

## **2.4 Pour une refonte du leadership hospitalier par une évolution de la gouvernance.**

La crise relative à la Covid-19 l'a montré, la principale force des établissements de santé tout au long de cette crise a été la confiance et l'autonomie donnée à l'ensemble des acteurs hospitaliers et plus largement aux acteurs participant au bon fonctionnement du système de santé. Un engagement exceptionnel durant deux mois, la réactivité des institutions publiques de santé à l'échelon local, régional ou national ont été la conséquence d'une confiance remarquable de la société, des dirigeants en santé mais aussi des pouvoirs publics dans le système de santé français et les agents qui le composent.

### **2.4.1 La crise du leadership dans les établissements de santé : faut-il un « patron »<sup>47</sup> pour l'hôpital public ?**

L'hôpital public a subi depuis plusieurs décennies, des changements substantiels à la fois dans la conception de son rôle sur un territoire, mais aussi de son fonctionnement et de ses objectifs. Ces transformations se sont traduites par des réformes structurelles comme les lois Hôpital, patient, santé et territoire en 2009, et de modernisation de notre système de santé en 2016. Celles-ci ont redéfini les principes de gouvernance des établissements de santé en tentant de rendre performantes les organisations et la gouvernance hospitalière. En 2009, l'objectif était de redonner « un patron » à l'hôpital. Cette recherche permanente d'une gouvernance équilibrée, d'un système de financement pertinent ou d'organisations efficaces a conduit à une perte de sens pour beaucoup de professionnels de santé. Les pouvoirs publics longtemps focalisés sur la recherche de la bonne synergie entre administration et communauté médicale, voient aujourd'hui les

---

<sup>47</sup> Nicolas Sarkozy, « Prononcé le 17 avril 2008 - Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République | Vie publique.fr », s. d.



cartes rebattues une nouvelle fois après les enseignements tirés de la crise de la Covid. L'hôpital public est le fruit d'une pluri-professionnalisation des membres qui le composent. Les « soignants », et plus largement « les professionnels de santé », sont passés d'une somme d'individualités (infirmiers, aides-soignants, médecins, personnel administratif...) à un collectif appartenant à la même entité, l'hôpital public. La pluridisciplinarité et le décloisonnement professionnel ont été au cœur des débriefings Covid. Le directeur général n'était plus seul maître à bord, la barre était partagée entre directeurs, médecins ou cadres de santé. Les professionnels paramédicaux, trop peu sollicités dans la gouvernance hospitalière, ont également trouvé pleinement leur place.

Les particularités inhérentes à cette pluridisciplinarité, aux mutations intrinsèques de la vision du travail et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, ainsi qu'aux mutations environnementales incertaines et complexes, doivent être aujourd'hui intégrées dans le management hospitalier et le leadership de demain. Les instances telles que construites aujourd'hui ne sont plus représentatives des réalités hospitalières. Le Directoire d'un établissement de santé doit par exemple devenir une réelle instance pluri professionnelle décisionnaire. La gouvernance et la responsabilité associée doit être partagée afin de redonner du sens et un cap, défini collégialement.

#### **2.4.2 De la confiance à l'autonomie : le cercle vertueux sur lequel doivent s'appuyer les managers en santé.**

L'adaptabilité constante et aujourd'hui nécessaire, des institutions et des organisations dans ce nouvel environnement incertain, suppose de faire confiance aux femmes et aux hommes qui les font vivre. C'est grâce à l'adaptabilité et à l'autonomie d'action de ces personnes qu'une organisation devient agile. C'est donc au manager en santé de créer les conditions humaines et matérielles de cette adaptation. Cela passe tout d'abord, et essentiellement, par le développement de la confiance réciproque au sein de ses équipes afin de créer un cercle vertueux à co-construire avec celles-ci. La confiance participe à la création d'un cadre favorisant l'initiative des collaborateurs, qui, comme présenté précédemment, est une des conditions indispensables à l'improvisation organisationnelle. De la même manière, ce cadre crée l'environnement propice à l'autonomie, l'initiative et l'innovation, facilitant ainsi l'engagement des professionnels qui se sentent libres dans leurs actions. Pour Vincent Desportes, la décision dans l'incertitude n'est possible que grâce à un « collectif puissant, homogène où chacun a sa place et est libre de prendre

des initiatives »<sup>48</sup>. Le rôle du manager apparaît alors primordial dans la construction de ce collectif. C'est à lui de « créer l'art de l'autonomie dans l'appartenance »<sup>49</sup>.

Cette confiance permet un dialogue sain entre les managers et leurs collaborateurs. Il faut que ceux-ci puissent exprimer leur point de vue en cas de désaccord et que le manager les entende et prenne en compte leurs remarques. Il est important de mettre en place ce « management de la contradiction » qui favorise une prise de décision pertinente, grâce au recul pris face à des événements qui bousculent les systèmes de pensée et d'action. La contradiction s'est avérée très utile durant la crise de la Covid-19, notamment dans les échanges au sein des cellules de crise, très hétérogènes dans leur composition. Pérenniser cette contradiction au sein de ses équipes apparaît donc tout à fait pertinent.

La confiance passe enfin par une recherche permanente de transparence et d'honnêteté envers ses équipes. Le manager doit respecter ses engagements, qui doivent être clairs et cohérents. Il doit de plus être un bon communicant. Cela se traduit entre autres par des points d'information réguliers : des newsletters quotidiennes étaient par exemple envoyées à l'ensemble des cadres de service au sein des HPMB durant la crise. Cette communication doit être claire, précise et efficace.

### **2.4.3 Le concept du « servant leadership » : une réponse managériale adéquate face à l'incertitude ?**

Le cadre d'action des managers étant en profonde mutation, il apparaît difficile de conserver un fonctionnement aussi hiérarchisé qu'aujourd'hui au sein des établissements de santé. Le principe du « servant leadership », qui peut se traduire par le « leadership du serviteur », offre des alternatives nouvelles et des réponses opérationnelles aux managers de demain. Le caractère multidimensionnel du leadership actuel (dimension individuelle, interpersonnelle et contextuelle) incite à repenser la place et le rôle du manager<sup>50</sup>. Ce concept assez ancien (développé durant les années 1970) repose sur une conception du leadership en partie opposée au modèle traditionnel d'un leadership très hiérarchique et bureaucratique<sup>51</sup>. Il se fonde sur un modèle de management par le service, plaçant le manager-leader non plus comme « l'homme providentiel »<sup>52</sup> qui trouvera des solutions aux problèmes organisationnels, financiers ou politiques, mais comme un manager qui se « considère d'abord comme un « serviteur de son organisation

---

<sup>48</sup> Desportes, « Décider dans l'incertitude », p.8.

<sup>49</sup> Desportes, « Décider dans l'incertitude ».

<sup>50</sup> Daniel Belet, « Le "servant leadership" : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management », *Gestion 2000* 30, n° 1 (2013): p.12.

<sup>51</sup> Belet.

<sup>52</sup> Belet.

et de ses équipes »<sup>53</sup>. Le servant leader ne s'inscrit donc pas dans une logique de commandement. Il adopte une posture lui permettant de pratiquer une écoute attentive de ses collaborateurs par la compréhension de leurs idées et de leurs besoins. Cette compétence est complémentaire à la capacité du manager à développer son intelligence émotionnelle. Ses outils d'actions si l'on s'en réfère au modèle présenté par Robert Greenleaf<sup>54</sup> portent sur :

- une information claire et complète de ses collaborateurs quant à leurs missions
- la construction d'une vision stratégique partagée
- le développement de l'autocontrôle (surtout au niveau des émotions)
- le développement d'une dynamique coopérative entre tous ses collaborateurs
- le soutien de toute démarche créative et innovante
- l'application à soi d'une attitude exemplaire
- le développement d'une culture managériale de l'apprentissage
- l'adoption d'un comportement humble, simple et de service envers l'ensemble des personnes de l'organisation et en particulier de ses collaborateurs.

Un tel comportement favorise l'apprentissage de tous et contribue donc à développer l'adaptabilité des organisations et des hommes dans un environnement incertain en permanente évolution.

Le « servant leadership » peut cependant se heurter à différents freins qu'il est préférable de lever en amont. La hiérarchie qui caractérise la vie hospitalière est le fruit d'une responsabilisation individualisée des actions. Ainsi le chef d'établissement est-il juridiquement responsable de son organisation, comme le médecin est responsable de la prise en charge médicale d'un patient. Cette responsabilité ne relevant que de quelques personnes tend à favoriser des comportements de contrôle et de validation, limitant le développement de l'autonomie, jusqu'à susciter parfois des crises de confiance au sein de l'équipe. Ce manque de confiance impacte alors la liberté que chacun trouve dans l'exercice de ses fonctions, conduisant bien souvent à un désengagement professionnel et personnel.

La responsabilité au sein d'un établissement de santé doit donc être repensée. La tolérance doit être développée pour permettre aux personnels d'expérimenter et d'innover et le rôle de l'hôpital public doit être de nouveau clairement défini par une politique de santé claire et cohérente. Sans le respect de l'ensemble de ces prérequis il sera difficile pour le manager d'appliquer un réel management de l'incertitude.

---

<sup>53</sup> Belet, « Le "servant leadership" : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management ».

<sup>54</sup> Robert Greenleaf, *The Servant as Leader*, Newton Center, 1970.

## Conclusion

La crise sanitaire de la Covid-19, imprévisible, violente et d'une durée inédite, a remis en question les fondements de la réponse sanitaire du système de santé français tel que construite aujourd'hui. Son effet de surprise, et son amplitude, malgré une préparation accrue des établissements de santé, des collectivités ou bien encore du gouvernement, a impliqué une nécessaire improvisation des organisations face à cette nouvelle menace virologique.

Ce travail de recherche, en partant du constat que l'incertitude est aujourd'hui la seule certitude, a tenté d'identifier les outils dont les managers en santé disposent pour faire face à un nouvel environnement incertain. Dès lors il est apparu intéressant de revenir sur les outils existants, comme les plans de veille, d'alerte et de réponse sanitaire qui par leur conception, dressent un cadre d'actions et de responsabilités rassurants pour les acteurs du système de santé. Cependant les plans sont toujours très vite dépassés en temps de crise et sont souvent construits a posteriori, une fois les enseignements tirés par les acteurs impliqués dans la gestion de celle-ci. Si cet apprentissage est nécessaire, il est insuffisant.

Le management de crise, s'il peut être défini comme un management de l'urgence, de la transparence et de la communication, doit être avant tout un outil performant pour les managers en santé. Le développement d'un management de l'incertitude, inspiré de ce management de crise, comme outil de gestion, semble adapté pour pallier l'incertitude quotidienne des décideurs et des organisations en santé. Celui-ci se fonde sur de grands principes tels que la confiance, l'autonomie ou la bienveillance envers ses collaborateurs et son institution. Ces qualités managériales peuvent être développées par la formation des managers en santé à l'intelligence émotionnelle, qui permettrait de replacer les émotions au cœur des relations de travail. Le décideur en santé doit aussi créer les conditions propices à l'initiative et l'innovation, permettant aux organisations et individualités de développer leurs capacités d'adaptation et d'improvisation. Le dialogue, nécessairement décroisé, entre managers et collaborateurs, mais aussi entre services et fonctions dans les établissements de santé, est le premier vecteur à instaurer pour la mise en place d'une dynamique pérenne et résiliente des établissements de santé face à l'incertitude.

Repenser le management implique cependant d'avoir la capacité de remettre en question le management hospitalier tel que construit aujourd'hui. Cette réflexion doit être collective mais surtout individuelle. Chaque manager peut et doit à son échelle impulser une nouvelle dynamique du changement.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- Belet, Daniel. « Le “servant leadership” : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management ». *Gestion 2000* 30, n° 1 (2013) : p.15-33. <https://doi.org/10.3917/g2000.301.0015>.
- Blanc, Hubert. « Le Préfet face à la crise », Stage d’adaptation des Directeurs de Cabinet, 23 janvier 1996.
- Borraz, Olivier, Virginie Gimbert, et Didier Torny. « Regards sur la sécurité sanitaire en France ». *Horizons stratégiques* 3, n° 1 (2007) : p.63-79.
- Charte de l’environnement de 2004 | Conseil constitutionnel (s. d.). <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/charte-de-l-environnement-de-2004>.
- Chédotel, Frédérique. « L’improvisation organisationnelle. Concilier formalisation et flexibilité d’un projet ». *Revue française de gestion* 154, n° 1 (2005) : p.123-40. <https://doi.org/10.3166/rfg.154>.
- Combalbert, Laurent. *Le Management des situations de crise. Anticiper les risques et gérer les crises*. Paris: ESF éditeur, 2005.
- Combalbert, Laurent, et Éric Delbecque. *La gestion de crise*. Vol. 2eéd. Que sais-je ? Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2018. <https://www.cairn.info/la-gestion-de-crise--9782130812616.htm>.
- Dejoux, Cécile, Isabelle Dherment-Férère, Heidi Wechtler, David Ansiau, et Line Bergery. « Intelligence émotionnelle et processus de décision ». *Gestion 2000* 28, n° 3 (2011) : p.67-81. <https://doi.org/10.3917/g2000.283.0067>.
- Desportes, Vincent. « Décider dans l’incertitude », s. d., p.11.
- Doron, Claude-Olivier. « Le principe de précaution : de l’environnement à la santé ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 3, n° 1 (2009) : p.3-40. <https://doi.org/10.3917/ccgc.003.0003>.
- Freshman, Brenda, et Louis Rubino. « Emotional Intelligence : A Core Competency for Health Care Administrators ». Aspen Publishers, juin 2002.
- Greenleaf, Robert. *The Servant as Leader*. Newton Center, 1970.
- Habib, Marianne. « Influence des émotions sur la prise de décision chez l’enfant, l’adolescent et l’adulte : Comment le contexte socio-émotionnel et le développement des émotions contrefactuelles influencent-ils nos choix ? », s. d., p.197.
- Ilef, Danièle, Astrid Derode, Évelyne Morel, ARS Rhône-Alpes, Hélène Perin, ARS Champagne-Ardenne, Alice Sarradet, et al. « La veille et l’alerte sanitaires en France », s. d., p.63.

- Knight, Frank. *Risk, Uncertainty, and Profit*. Signalman Publishing., 2009.
- Lagadec, Patrick. « La gestion des crises », s. d., p.300.
- Lagadec, Patrick. « La question des plans - Entre points d'appui et pièges stratégiques », 2009. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00422147>.
- Langhorn, Steve. « How emotional intelligence can improve management performance ». *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 16, n° 4 (1 janvier 2004): p.220-30. <https://doi.org/10.1108/09596110410537379>.
- Lerner, Jennifer S., et Dacher Keltner. « Beyond Valence: Toward a Model of Emotion-Specific Influences on Judgement and Choice ». *Cognition & Emotion* 14, n° 4 (juillet 2000) : p.473-93. <https://doi.org/10.1080/026999300402763>.
- Michel-Kerjan, Erwann. « Risques à grande échelle dans les systèmes en réseau : quelques interrogations », s. d., p.26.
- Morin, Edgar. *Ethique (La méthode 6)*. Seuil., 2004.
- Reghezza-Zitt, Magali. « Gestion de crise et incertitude(s) ou comment planifier le hors-cadre et l'inimaginable. Application aux crises résultant de crues majeures en Île-de-France ». *Annales de géographie* 726, n° 2 (2019) : p. 5-30. <https://doi.org/10.3917/ag.726.0005>.
- Royère, Thomas. « Manager dans un contexte incertain », s. d. <https://www.unroleajouer.com/single-post/2019/02/07/Manager-dans-lincertitude>.
- Salovey, Peter, et John Mayer. *Emotional Intelligence. Imagination, cognition and Personality*, 1990.
- Sarkozy, Nicolas. « Prononcé le 17 avril 2008 - Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République | Vie publique.fr », s. d. <https://www.vie-publique.fr/discours/170440-declaration-de-m-nicolas-sarkozy-president-de-la-republique-sur-la-re>.

### **Lois et réglementations :**

- Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993, 138653, publié au recueil Lebon (s. d.).
- Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement (s. d.).

### **Rapports :**

- Dumez, Hervé, et Etienne Minvielle. « Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion | Centre de Recherche en Gestion », 30 juin 2020. [https://portail.polytechnique.edu/i3\\_crg/fr/le-systeme-hospitalier-francais-dans-la-crise-covid-19-une-contribution-des-sciences-de-gestion](https://portail.polytechnique.edu/i3_crg/fr/le-systeme-hospitalier-francais-dans-la-crise-covid-19-une-contribution-des-sciences-de-gestion).
- « La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé », s. d. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>.
- Grall, Jean-Yves. « Réorganisation des vigilances sanitaires ». Rapport de mission, juillet 2013. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_JY\\_Grall\\_-\\_Reorganisation\\_des\\_vigilances\\_sanitaires.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_JY_Grall_-_Reorganisation_des_vigilances_sanitaires.pdf).

« Sécurité sanitaire : veille et gestion des crises | Vie publique.fr », s. d. <https://www.vie-publique.fr/dossier/24066-securite-sanitaire-veille-et-gestion-des-crises>.

**Périodiques :**

« Le principe de précaution oblige à exagérer la menace », s. d. [https://www.lemonde.fr/epidemie-grippe-a/article/2010/01/09/le-principe-de-precaution-oblige-a-exagerer-la-menace\\_1289598\\_1225408.html](https://www.lemonde.fr/epidemie-grippe-a/article/2010/01/09/le-principe-de-precaution-oblige-a-exagerer-la-menace_1289598_1225408.html).

Gestions Hospitalières. « S'orienter dans les nouvelles pratiques managériales », 1 mars 2019. <http://gestions-hospitalieres.fr/sorienter-dans-les-nouvelles-pratiques-manageriales/>.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Compte rendu du Débriefing à Chaud des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc



# Annexe 1 :



CORONAVIRUS (COVID -19)

## Débriefing à chaud COVID-19 | COMPTE RENDU

10 juin 2020, 14h – 17h, Salle du Triangle

### 1. Contexte

L'épidémie de Covid-19 a depuis mars 2020 bouleversée le système de santé français. Les Hôpitaux du Pays du Mont-blanc ont été particulièrement impactés par cette crise sanitaire sans précédent qui a nécessité une réactivité et une adaptation de nos organisations soignantes, médicales, logistiques et administratives. Cette crise a impliqué des changements rapides et profonds qu'il est important d'identifier afin de capitaliser sur les démarches entreprises et les organisations nouvelles créées depuis mars 2020.

Un « débriefing à chaud » a donc été réalisé le 10 juin 2020 de 14h à 17h, afin de dresser un premier bilan de cette expérience inédite.

Ce débriefing s'inscrit dans un contexte plus global de recherche permanente d'amélioration des organisations hospitalières pour construire des prises en charge modernes et innovantes, respectueuses des aspirations des professionnels hospitaliers.

C'est dans ce contexte que le partage d'expérience des professionnels des HPMB est important pour l'amélioration locale de nos pratiques et pourra servir de fondement opérationnel à une refonte globale du système de santé français tel que voulu par le lancement du Ségur de la santé fin mai 2020.

### 2. Objectif

Les objectifs de ce débriefing sont les suivants :

- Partager une vision globale de l'événement et renforcer les liens entre les acteurs
- Lutter contre l'oubli sélectif et les reconstructions personnelles par la constitution d'une mémoire collective
- Identifier les points positifs, capitaliser et pérenniser les actions
- Identifier les points négatifs et proposer des axes d'amélioration
- Reconnaître le travail de chacun et faciliter la résilience
- Valoriser l'expérience acquise
- Sensibiliser les professionnels de l'établissement, maintenir la dynamique collective

Ces temps d'échange se sont voulus participatifs et pluri professionnels afin de représenter l'ensemble des métiers des HPMB.

### 3. Méthodologie

La méthodologie s'est voulue participative afin de favoriser les échanges et permettre l'expression de tous.

Cinq cellules décisionnelles ont été créées au cours de la crise afin de répondre au mieux aux différentes problématiques soulevées depuis mars 2020. Dans une logique de cohérence avec l'organisation des HPMB durant l'épidémie, le débriefing s'est construit autour de ces cinq cellules.

Cinq groupes, ouverts à l'ensemble des professionnels des HPMB, se sont donc réunis le 10 juin 2020 de 14h à 17h. Un temps spécifique a été dédié à une mise en commun des différentes thématiques abordées et actions d'amélioration proposées dans chacun des groupes.

5

Groupes identifiés :

- Gouvernance
- RH
- Logistique
- Programmation
- Gériatrie



Analyse collégiale de témoignages individuels



Echanges sous forme de « brainstorming »



Propositions d'amélioration

### 4. Participation

Ci-dessous est détaillée la composition de chaque groupe de travail avec le nombre total de participants. Il est important de souligner qu'une diversité de métier des HPMB était représentée, ce qui a favorisé de riches échanges.

15

#### Logistique

- Cadres,
- IDE
- Responsables de services,
- Directeur,
- Représentant EOH,
- Agents d'accueil, technique, logistique,
- Ingénieur et technicien biomédical)

11

#### RH

- Cadres supérieur,
- Attachés,
- Représentant syndical,
- AS
- Directeurs
- IDE / formatrice IFAS
- Sage femme
- IDE de santé au travail

6

#### Programmation

- Cadres supérieur,
- Cadre de santé
- Référente stérilisation
- Référente consultations externes
- Directeur
- Secrétaire médicale (AMA)

-

#### Gériatrie

*(recensement effectué en amont du DAC dans chaque service du pôle gériatrie)*

11

#### Gouvernance

- Médecin
- IDE,
- Cadres de santé
- AS
- Directeur

**TOTAL : 43 participants**

## 5. Bilan

Ces échanges ont permis à chacun de faire part de son ressenti individuel, parfois de faire part d'un ressenti collectif au sein d'un service, mais ils ont surtout permis de faire une analyse collective de l'impact de la crise au sein des HPMB.



Ce nuage de mots représente de manière non-exhaustive les ressentis dont ont fait part les professionnels lors de ce DAC.

Chaque groupe, une fois les témoignages individuels exprimés, s'est efforcé de faire un retour sur les points positifs et les points à améliorer qui ont été identifiés durant l'épidémie, afin de pouvoir capitaliser dans le futur sur ces éléments.

Sont listés ci-dessous les grands axes et thématiques qui seront à maintenir et/ou améliorer :

### **Grands axes abordés :**

- Communication interne / externe
- Maintien du lien et de la solidarité interservices – décroïsonnement
- Dialogue interprofessionnel
- Formation et suivi épidémiologique
- Polyvalence / réactivité / adaptabilité des professionnels
- Reconnaissance, valorisation de tous les métiers de l'hôpital
- Maintien des coopérations interprofessionnelles et territoriales (sanitaire et médico-social)

## Quelques pistes de réflexion évoquées durant le débriefing à chaud

Communication interne / externe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développement d'une plateforme, application interne pour favoriser la communication instantanée.</li> <li>▪ Revoir la signalétique interne/externe de l'établissement (lumineuse pour la nuit notamment).</li> </ul>
Maintien du lien et de la solidarité interservices – décroisement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Création d'une instance pluriprofessionnelle permettant une prise de décision moins hiérarchisée et plus cohérente avec les réalités des professionnels par la participation de professionnels volontaires, issues du corps médical, soignant, technique ou administratif.</li> <li>▪ Pérennisation des liens créés entre les équipes mobiles et les services d'hospitalisation.</li> </ul>
Dialogue interprofessionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Création d'un groupe de travail pour échanger sur des innovations technologiques, techniques et organisationnelles.</li> <li>▪ Valoriser et renforcer les binôme cadre de santé / chef de service.</li> </ul>
Formation/ Suivi épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérenniser les formations hygiènes tout au long de l'année et pas seulement en pic épidémique (grippe...).</li> </ul>
Polyvalence / réactivité / adaptabilité des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Investir sur la formation professionnelle tout au long de la carrière afin de former les professionnels aux pratiques utilisées dans d'autres services de l'établissement (sous forme de « vis ma vie » par exemple).</li> </ul>
Accompagnement et valorisation de tous les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérennisation de l'accompagnement psychologique déployé durant la crise.</li> </ul>
Maintien des coopérations interprofessionnelles et territoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérennisation des coopérations entre les établissements médico-sociaux du territoire.</li> </ul>
Autre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Engager une réflexion autour de la prise en charge des patients en fin de vie et du rôle des équipes.</li> <li>▪ Rédaction d'un plan pandémie.</li> <li>▪ Réflexion autour des espaces de stockage interne.</li> <li>▪ Déploiement/pérennisation du télétravail.</li> <li>▪ Pérennisation du poste de bed manager.</li> </ul>

MECHOUD	Alexandra	Octobre 2020
<p style="text-align: center;"><b>DIRECTEUR D'HOPITAL</b> Promotion 2019-2020</p>		
<p style="text-align: center;"><b>MANAGER DANS UN ENVIRONNEMENT INCERTAIN : LE NOUVEAU CADRE NORMAL DE LA PRISE DE DECISION DES MANAGERS EN SANTE.</b></p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Rennes</p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La crise de la Covid-19 a bouleversé les systèmes de santé du monde entier. Elle a conduit à repenser les organisations et les rapports humains face à un risque virologique nouveau, inconnu et imprévisible. La multiplication des crises, qu'elles soient sanitaires, écologiques, ou bien économiques, implique de repenser la place des individus face à celles-ci. Ce travail de recherche a pour objectif d'analyser les outils dont disposent les managers en santé pour appréhender de manière plus sereine un environnement aujourd'hui en constante évolution. Si les crises, caractérisées par de nombreuses incertitudes, impliquent une réponse rapide et efficace par un management adapté, il est intéressant de réfléchir à la possibilité de mettre en place un management résilient en dehors des temps de l'urgence. Ce management de l'incertitude peut permettre à chaque manager en santé de mettre en place des dynamiques efficaces pour faire face à ce nouvel environnement incertain.</p>		
<p><b>Mots clés :</b> Management, incertitude, inconnu, gestion de crise, intelligence émotionnelle, risque, improvisation organisationnelle.</p>		

*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.*