



EHESP

Elève Directrice d'Hôpital

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

Décider face à l'incertitude

L'exemple de la crise sanitaire « COVID-19 »

Sandy RIZZO

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Didier Hoeltgen, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand et Madame Christine Rougier, Directrice Générale Adjointe ainsi que le Professeur Henri Laurichesse, Président de la Commission médicale d'établissement pour la confiance dont ils ont fait preuve à mon égard. Dès le début de la crise sanitaire, ils m'ont invitée à participer à l'ensemble des Cellules de crise, ainsi qu'à la plupart des réunions stratégiques. De mes observations, de mes interrogations et parfois de mes doutes, le sujet de ce mémoire est né. Au-delà, ce fut une véritable opportunité pour appréhender les rouages de l'hôpital et cette expérience s'est révélée être un apprentissage accéléré de ce que sera mon métier demain, même si je sais avoir encore à apprendre et ce tout au long de mon parcours professionnel.

Je remercie également toute l'équipe de direction, qui m'a accueillie avec bienveillance et avec qui j'ai pu partager des moments à la fois constructifs et sympathiques. Merci aux membres de la communauté médicale, qu'il serait trop long de nommer personnellement. Nos échanges sincères, sans langue de bois et le formidable travail collaboratif qui a été effectué lors de cette crise me confortent dans l'idée que le clivage trop souvent rapporté entre la communauté médicale et la direction, est loin d'être une fatalité.

Je remercie tout particulièrement Jean-François Tirefort, mon maître de stage et Directeur des Ressources Humaines, pour sa présence, ses conseils avisés et son humanité. Blandine Seguy, Directrice en charge de la Qualité et de la Gestion des risques, mon « binôme de crise », merci de m'avoir supportée durant ces longues semaines et pour ton professionnalisme et ta gentillesse. Merci à Jacques Orvain, enseignant-chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de m'avoir guidée et accompagnée lors de la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je ne remercierai jamais assez ma famille pour leur soutien indéfectible et la confiance qu'ils me portent. A mon conjoint, mon pilier, mon phare dans la nuit. A ma douce et extraordinaire Olivia, dont je suis si fière et que j'aime infiniment.

« Prétendre résoudre tous les problèmes et répondre à toutes les questions serait une fanfaronnade si effrontée et une présomption si extravagante qu'on se rendrait aussitôt par-là indigne de confiance. »

Emmanuel Kant

Sommaire

Introduction	2
1 Les situations de crise ont par nature une part d'imprévu qui rend instable le processus décisionnel	5
1.1 Décider : un processus complexe au cœur des organisations hospitalières	5
1.2 La crise, source majeure d'incertitude	7
1.2.1 Les crises comportent toutes des aléas mais engendrent divers niveaux d'imprévisibilité	7
1.2.2 Les particularités des crises « hors cadre ».....	8
1.3 L'Humain, un facteur supplémentaire d'imprévisibilité	9
1.3.1 Les acteurs face à l'incertitude et au stress.....	9
1.3.2 La nécessité d'intégrer les biais de perception et leurs effets pervers	11
2 Les établissements de santé ont mis en place des systèmes d'anticipation et de planification pour faire face à l'incertitude des crises sanitaires	13
2.1 Le plan blanc : un outil décisionnel de prévision et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.....	13
2.1.1 L'aménagement des modalités de déclenchement et de levée du plan blanc.	14
2.1.1 L'adaptation de l'accueil des patients et de leur prise en charge	14
2.1.2 La mobilisation exceptionnelle des moyens humains, matériels et logistiques	15
2.1.3 La communication institutionnelle s'est parfaite au cours de la gestion de la crise sanitaire	16
2.1.4 L'hôpital et son territoire : la crise Covid-19 a malgré elle renforcé la coopération entre les acteurs	18
2.2 La décision à l'épreuve de l'incertitude engendrée par la crise de la COVID-19	19
2.2.1 Les acteurs décisionnels de la gestion de la crise sanitaire.....	19
2.2.2 La problématique de la légitimité à prendre les « bonnes » décisions en temps de crise	21
3 Accroître la résilience de l'hôpital face à l'incertitude	24
3.1 Développer la capacité d'adaptation de l'hôpital et de ses acteurs	24

3.1.1	Promouvoir une souplesse encadrée des organisations	24
3.1.2	Former les décideurs pour se préparer à être surpris	26
3.2	L'incertitude comme source de créativité grâce à l'intelligence collective.....	28
3.2.1	Ne pas négliger la compétence au détriment de la seule hiérarchie	29
3.2.2	Encourager les débats contradictoires	30
3.2.3	Renforcer et entretenir la cohésion de groupe	31
3.3	Communiquer de manière pertinente et adaptée	32
	Conclusion : du chaos naîtra l'opportunité	35
	Bibliographie.....	37
	Liste des annexes	39

Liste des sigles utilisés

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS : Agence régionale de santé
CARE : comité d'analyse, recherche et expertise
CCH : Cellule de crise hospitalière
CCS : Centre de Crise Sanitaire
CDU : comité des usagers
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CORRUS : le centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicoteknikue
CTE : comité technique d'établissement
DGS : direction générale de la santé
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAS : Haute autorité en santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
MARS : message d'alerte sanitaire rapide
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SPF : Santé Publique France
SSR : Soins de suite et de réadaptation
QVT : Qualité de vie au travail

Introduction

Ulrich Beck constate que les sociétés modernes sont devenues des « sociétés du risque ». De par sa nature même et ses missions, l'hôpital est un lieu de risque. Ce dernier y est présent partout et à chaque instant, qu'il s'agisse des patients, des professionnels hospitaliers ou des biens. Ainsi, depuis plusieurs années, le milieu de la santé a traversé de nombreuses crises sanitaires ayant des origines diverses. Elles peuvent en effet concerner des dispositifs médicaux et actes de soins avec notamment le Distilbène, à l'origine de malformations génitales et de cancers d'environ 160 000 enfants ; l'affaire du Sang contaminé en 1991 (2 500 infectés parmi les patients transfusés ou hémophiles) ; les hormones de croissance la même année et qui a conduit à la transmission de la maladie de Creutzfeld-Jacob à 2 000 enfants et a provoqué plusieurs décès ; et plus récemment le scandale du médiateur.

Fin décembre 2019, est apparu le virus dénommé SARS-CoV-2, dit « COVID-19 », qui s'est répandu de manière très rapide et exponentielle à l'échelle de la planète . Suite à sa qualification en pandémie mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en mars 2020, la plupart des états ont pris des mesures sans précédent conduisant au confinement de la moitié de la population.

Sur le territoire français, cette crise sanitaire a engendré une tension forte sur les réanimations, particulièrement dans les régions d'Ile-de-France et du Grand Est. Ainsi, d'après le rapport d'étape pour la mission d'information¹, la capacité d'accueil dans les réanimations de l'ensemble des établissements de santé est passée de 5 000 à 10 500 lits. Ces mesures ont été accompagnées d'un transfert sans précédent de près de 500 patients dans d'autres régions de France, et 168 vers d'autres pays d'Europe avec une mobilisation de moyens exceptionnels (armement de trains sanitaires, concours des forces armées). Les hôpitaux ont par ailleurs dû faire face à des pénuries sur certains médicaments, notamment les anesthésiques dont la consommation a augmentée jusqu'à 2 000% dans certains cas. Concernant les deux principales molécules, début avril 2020, le stock chez les fournisseurs correspondait à seulement 10 jours de traitement pour 8 000 patients en se basant sur une consommation raisonnée.

Cette situation correspond tout à fait à la définition de la crise, conduisant à une désorganisation plus ou moins longue, plus ou moins brutale, et qui traduit la rupture d'un équilibre, stable ou instable². Nous sommes aujourd'hui confrontés à une crise d'envergure, à la fois sanitaire, économique, sociale, politique voire géopolitique.

¹ Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19

² Kates, 2006 ; Benitez, 2018

Si une crise ne conduit pas forcément à une catastrophe, elle révèle néanmoins la vulnérabilité d'un système. De nombreux auteurs et acteurs de terrain ont pu constater qu'aucune crise n'est identique ; elles ont toutes des origines et des conséquences qui divergent. Elle ont néanmoins un point commun: il s'agit de la part d'incertitude qu'elles engendrent. C'est en effet l'une des caractéristiques les plus prégnantes de la crise sanitaire de la « Covid-19 » : qui aurait pu prédire la rapidité de sa diffusion dans la population, son degré de morbidité, ses conséquences sur le système de santé et la vie des français, et les moyens sans précédents mis en œuvre pour y faire face ? Et que dire de sa durée exceptionnelle puisqu'aujourd'hui, plusieurs mois après le début de la propagation du virus, les hôpitaux sont en train de se préparer à faire face à une éventuelle « seconde vague ».

L'incertitude engendre inévitablement un risque. Même si ces deux notions semblent proches, elles se distinguent l'une de l'autre. Ainsi l'économiste Frank Knight dissocie dans son ouvrage *Risk, Uncertainty and Profit*, le risque, qui correspond à des événements probabilisables, et l'incertitude, qui désigne des événements dont on ignore jusqu'à la probabilité d'occurrence.

Dans ce contexte d'instabilité, où l'improbable est possible³, il est particulièrement difficile pour les directeurs d'hôpitaux de prendre les « bonnes » décisions, indispensables à la gestion de la crise. La complexité des organisations, la nécessité d'assurer la continuité des soins et la multiplicité des acteurs internes et externes accentuent d'avantage la problématique. Ce constat est d'autant plus vrai que le domaine de la santé se retrouve à la croisée de nombreux enjeux, qui intéressent la santé publique, les politiques sociales, les contingences économiques, la sécurité des patients et du personnel, les avis des sociétés savantes ou encore les directives des tutelles...

Ainsi, les établissements de santé sont-ils suffisamment préparés à faire face à l'incertitude et ont-ils aujourd'hui les moyens de prévenir et lutter contre l'effondrement des organisations hospitalières que les crises sanitaires peuvent engendrer ?

Ce sont ces interrogations, qui en tant que future directrice d'hôpital, ont accompagnées l'immersion de l'auteure dans une gestion de crise hospitalière et auxquelles elle souhaitait tenter d'y apporter quelques réponses.

³ Philippe JAMET, entretien avec Cécile Klinger, *La Recherche*, n°453, juin 2011.

Ainsi, le premier temps de ce travail nous amènera à décrire le processus décisionnel dans un contexte d'instabilité engendré par une situation de crise(I). Dans un deuxième temps (II) nous analyserons la capacité des établissements de santé à faire face à l'incertitude, avant de proposer des pistes contextualisées d'amélioration (III).

Méthodologie de travail

Pour réaliser ce mémoire, un travail préliminaire de recherche documentaire à travers des rapports, ouvrages et revues, a été initié.

L'auteure s'est ensuite inspirée de ses observations lors de la gestion de la crise sanitaire « COVID-19 » au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, établissement l'ayant accueilli pour son stage de direction.

A cette occasion, six entretiens semi directifs ont été réalisés en présentiel auprès des professionnels hospitaliers du CHU, qu'il s'agisse de membres de la Direction, de praticiens ou de cadres supérieurs de santé. Il est néanmoins à noter que les situations décrites dépassent parfois le seul périmètre du CHU. L'auteure a pu en effet recueillir divers témoignages de pratiques exercées dans d'autres établissements de santé.

1 Les situations de crise ont par nature une part d'imprévu qui rend instable le processus décisionnel

En temps normal le processus décisionnel, s'il on peut tenter de le décrire, reste soumis à des aléas en fonction du contexte interne et externe à l'auteur. En situation de crise l'imprévisibilité, voire l'improbable, deviennent la règle et contribuent à perturber les organisations et à modifier les comportements des acteurs.

1.1 Décider : un processus complexe au cœur des organisations hospitalières

Le verbe décider connaît de multiples définitions; d'après le Larousse, c'est « l'acte par lequel une autorité prend parti après examen ». Décider fait appel à diverses notions telles que résoudre un problème, trancher, juger, choisir, statuer ou encore ordonner.

Il existe différentes typologies de décisions. Tout d'abord la décision unilatérale qui est prise par un seul individu mais qui contrairement à la décision personnelle, engendre des conséquences sur autrui. Le décideur unilatéral tranche seul, sans associer les acteurs.

La décision devient collective lorsqu'elle est prise par plus de deux personnes. D'après Christian Thuderoz⁴ sur les 6 modes principaux de décision, 3 sont collectives : le vote, la négociation et le palabre. L'imposition, le recours à un tiers et le tirage au sort sont quant à eux des modes individuels de prise de décision.

Elles peuvent également être classées en fonction de l'instance qui en est à l'origine (permanente avec le Conseil de Surveillance, exceptionnelle à l'issue de la réunion de la Cellule de crise) ou bien du formalisme du processus (décision arbitraire, majorité absolue ou relative, unanimité ...).

La décision ne peut être dissociée du processus décisionnel, cheminement plus ou moins conscient qui amène à prendre une décision. Pierre Pastor⁵ décrit les étapes du processus cognitif et du parcours mental que l'on emprunte.

Tout d'abord nous percevons une problématique, qui se définit par un décalage entre ce que l'on observe et la « norme ». La perception varie en fonction de notre personnalité, notre expérience, nos valeurs ou encore de notre relation au risque.

La deuxième étape consiste quant à elle à envisager les solutions possibles, à étudier l'ensemble des scénarios qui s'offrent à nous, avant d'effectuer un choix, en privilégiant la solution qui paraît la plus opportune pour atteindre les objectifs fixés. Le rôle du décideur est de comparer les avantages et inconvénients de chacune des solutions et

⁴ Thuderoz, Christian. *Décider à plusieurs*. Presses Universitaires de France, 2017

⁵ Pierre Pastor, *Décider, oui mais comment ? De l'efficacité décisionnelle*. Editions Laisons, 2006

de les prioriser. Il s'agit par exemple de tenter de concilier la prise en charge des patients COVID et le maintien des autres activités, afin d'éviter des pertes de chance pour les patients. Mais, aussi compétent que soit un décideur, il ne peut avoir une connaissance précise dans tous les domaines qu'il supervise en raison d'un périmètre d'action plus ou moins large mais également parce que la compétence va souvent de pair avec une certaine spécialisation. Robert Kegan indique que l'ordre de conscience le plus abouti implique que n'importe quel point de vue, y compris le nôtre n'est que partiel. Sa théorie repose sur le non-savoir plutôt que la certitude, qui n'est pas un aveu de faiblesse mais une occasion supplémentaire d'apprendre.

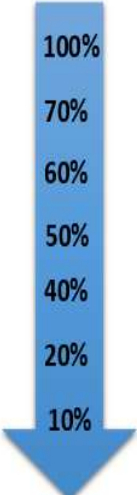
La quatrième étape qui est la mise en œuvre décisionnelle, est complexe puisqu'elle ne dépend pas uniquement de la volonté du décideur. En effet son succès est soumis à l'environnement interne et externe des établissements, ainsi qu'à de très nombreux facteurs, dont la motivation des acteurs.

Enfin, l'évaluation de la décision, étape incontournable, est parfois négligée à tort. Elle permet de contrôler l'application de la décision, son efficacité et de l'ajuster le cas échéant.

La question de la communication des décisions est par ailleurs centrale car de son efficacité et de sa qualité dépend en grande partie l'exécution de ces dernières.

La communication suppose une relation, un échange entre les individus. En tant qu'émetteurs ou récepteurs, nous communiquons à la fois des opinions, des pensées et des émotions. La théorie de Shannon est la première grande théorie de la communication ; elle définit cette dernière comme un transfert d'information entre un émetteur et un récepteur à travers un canal de communication.

Mais communiquer efficacement est difficile, car soumis à une multitude de "filtres" qui déforment le message.



Etape	Traduction
Intention	Ce que je veux communiquer
Expression	Ce que je dis et comment je le dis
Transmission	Ce que l'autre entend
Réception	Ce que l'autre écoute
Compréhension	Ce que l'autre comprend
Acceptation	Ce que l'autre veut comprendre
Mémorisation	Ce que l'autre retient

Quant aux décisions prises en temps de crise, si l'esprit du processus décisionnel reste identique, en raison notamment de l'incertitude, les priorités sont souvent redéfinies, les circuits décisionnels courts privilégiés et les choix accélérés.

1.2 La crise, source majeure d'incertitude

L'instabilité qui découle des situations de crise rend le système en place fragile et met de fait les acteurs face à de nombreuses inconnues telles que l'évolution de son ampleur, de son périmètre ou de sa durée. Si chacune de ces situations comporte obligatoirement des aléas, ces derniers se révèlent être plus ou moins sclérosant en fonction des catégories de crises.

1.2.1 Les crises comportent toutes des aléas mais engendrent divers niveaux d'imprévisibilité

S'inspirant de la littérature scientifique sur les risques et les crises, Reghezza-Zitt Magali⁶ a tenté d'identifier et de nommer les différentes formes d'incertitudes auxquelles les acteurs peuvent être confrontés.

Il existe tout d'abord ce que l'on peut nommer l'« ordinaire » des situations de crise (F. Dedieu), qui consiste en un imprévu conduisant à des défaillances à la fois techniques et humaines pouvant elles-mêmes conduire à des défaillances organisationnelles. La gestion de ces crises entre alors dans une sorte de routine, dans laquelle on anticipe l'imprévu et l'on s'y prépare.

Nassim Nicholas Taleb fait ensuite référence à « l'inconnu connu ». L'incertitude est ici assimilée à l'inconnu, soit par manque de données ou d'outils pour récolter et/ou les traiter, soit par surabondance de connaissances. En effet cette dernière engendre de l'instabilité car elle est source de nouvelles interrogations ou peut conduire les acteurs à ne plus être en capacité de prioriser, interpréter et transmettre les informations importantes.

Un palier supplémentaire est franchi avec l'imprédictible ou l'imprévisible structurel, qui suppose que les acteurs ont conscience de la part d'imprévu qui existe en situation de crise et que certains événements peuvent se produire sans que l'on puisse les anticiper. L'incertitude structurelle ne fait pas référence à un déficit de connaissance mais plutôt à des éléments non probabilisables mais objectifs tels que l'aborde J.-P. Dupuy à propos des systèmes complexes chaotiques. L'absence de préparation à ce type d'incertitude amène fréquemment les acteurs en remettre en cause la capacité et la compétence des décideurs à faire face à la crise.

⁶ 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, vol. 726, no. 2, 2019.

Enfin, certaines crises conduisent à l'inimaginable où, contrairement aux 3 cas précédents, les acteurs n'ont pas conscience de leur ignorance. Avoir conscience de l'imprévu permet de l'intégrer comme une donnée de crise à part entière et ainsi de développer des outils pour tenter d'y faire face. Mais lorsque l'on ne sait pas que l'on ne sait pas, l'évènement impensé peut conduire à l'effondrement d'une organisation. Les professionnels ne comprennent pas ce qu'il se passe et ont des difficultés à agir car l'ensemble des cadres de référence disparaissent (Weick, 1993). Certains impensés résultent de croyances : « on aura le temps de s'organiser », d'autres viennent de notre difficulté à envisager une perte de contrôle et l'impossibilité de pallier l'imprévu par la planification. Or si le « hors-cadre » ne peut être anticipé, il doit au moins pouvoir être envisagé et intégré.

1.2.2 Les particularités des crises « hors cadre »

Les crises hors cadre se définissent par leur singularité. Non seulement les schémas types de description du processus des crises ne sont pas suivis, mais il n'existe aucune référence précise sur lesquelles le décideur peut s'appuyer. L'art de la guerre de Sun Tzu, invite à la même réflexion : « de même que l'eau n'a pas de forme stable, il n'existe pas dans la guerre de conditions permanentes ». Ainsi, l'une des particularités de la crise sanitaire de la COVID-19 est l'incertitude voire l'ignorance qu'elle engendre. Si d'après Presqueux « gérer le risque c'est créer de la certitude », il s'avère que certaines conséquences de la crise n'étaient pas imaginables, rendant toute action préventive caduque. Comment pouvait-on anticiper la saturation brutale des services de réanimations en l'Île-de-France ou dans le Grand-Est ?

Dans ce contexte les décisions se révèlent particulièrement difficiles à prendre d'autant qu'il est complexe d'en évaluer les conséquences. Comment un décideur peut-il éclairer ses choix à partir d'un certain nombre d'éléments de contexte si ces derniers sont changeants d'heure en heure ? L'incertitude engendre une pression forte sur les décideurs qui doivent agir rapidement, souvent au coup par coup, ce qui accroît d'autant plus l'instabilité.

Dans la gestion de la crise COVID-19, le risque résiduel, pour ce que la connaissance scientifique et technique ne permet pas de cerner, est très important. Il devient alors difficile de mettre en application le principe de précaution de Dupuy et Grinbaum, même si l'anticipation est indispensable. Nos systèmes de prévision sont conçus pour la linéarité hors nous sommes en présence d'un système complexe⁷.

Par ailleurs, la crise sanitaire du COVID-19 illustre le bouleversement de notre notion de l'espace-temps en ce qu'elle s'étend à l'échelle de la planète, qu'elle se propage

⁷ Silberzahn, Philippe

avec rapidité et que sa durée est bien plus longue que la majorité des situations sanitaires exceptionnelles auxquelles nous avons l'habitude de faire face.

Enfin, elle met également en évidence la problématique de l'hyper complexité des crises hors cadre qui empêche une vision éclairée de la situation, ainsi que la possibilité de se projeter à moyen et long terme. Nous avons pu observer notamment à travers la pénurie de masques, le caractère systémique de cette crise sanitaire et les liens d'interdépendance entre les différents acteurs, au-delà même du territoire national. Le contexte étant lui-même complexe, notre système de santé n'a jamais été aussi « liquide »⁸, alliant mobilité et vitesse.

Au vu de ces éléments, la crise sanitaire que nous traversons peut en conséquence être qualifiée de « hors cadre » telle que le définit Patrick Lagadec. Elle conduit nécessairement à dépasser les systèmes traditionnels de gestion de crise, ce qui nécessite des moyens exceptionnels pour y faire face. Mais si l'instabilité fait partie intégrante de la crise, l'imprévisibilité provient également du facteur commun à toutes les organisations : l'humain.

1.3 L'Humain, un facteur supplémentaire d'imprévisibilité

Edgard Morin a mené une réflexion sur la différence entre situation compliquée et situation complexe. Ainsi une situation de crise est une situation complexe dans laquelle le facteur humain a une place aussi, voire plus importante que la mécanique des procédures.

1.3.1 Les acteurs face à l'incertitude et au stress

L'incertitude et le stress qui en découle sont des contraintes déterminantes dans la prise de décisions. Lorsque le schéma pré établi est perturbé, le cerveau humain se sent menacé. La plupart des êtres humains ont une aversion naturelle pour le risque. Inconsciemment nous feront donc tout pour revenir à la « norme », quitte à imposer notre vision de la normalité et à l'imposer de manière stricte pour être certain que cela ne sera pas de nouveau modifié. Le philosophe américain Richard J. Bernstein utilise le terme « d'angoisse cartésienne » qui nous pousse inlassablement à retrouver une certaine stabilité.

Face à l'incertitude, les travaux de l'américain William Perry établissent 3 stéréotypes distincts de personnalités et de comportements qui leur sont associés.

⁸ Zygmunt Bauman

Tout d'abord, pour les « dualistes », la connaissance est la vérité absolue ; ils s'inscrivent dans un schéma « ou/ou », l'acceptable / l'inacceptable. Les décisions non tranchées ou changeantes sont perçues comme une défaillance ou une incompétence. Ainsi certains professionnels ont pu reprocher à la gouvernance les modifications parfois quotidiennes des décisions ou protocoles pourtant nécessaires pour adapter l'organisation à l'environnement particulièrement incertain de cette crise.

Ensuite pour les « multiplicateurs » il n'existe pas de catégories tranchées et absolues ; il existe au contraire différents points de vue qu'il convient de mettre en perspective. Ils font le constat qu'il existe autant de vérité que d'individu. Il faut néanmoins veiller à ne pas succomber à la passion de l'égalité qui peut conduire à l'égalitarisme.

Enfin les « relativistes contextuels » ne se reconnaissent ni dans le dualisme qui est trop réducteur, ni dans la multiplicité qui peut parfois nous perdre dans la recherche impérative du consensus. Le relativisme contextuel réconcilie les deux approches en proposant une démarche dynamique où le choix est opéré en fonction du contexte et de l'environnement de la situation.

Christian MOREL⁹ quant à lui établit 3 principales façons de combattre l'indétermination : l'évitement en ayant recours au principe de précaution, la « rationalité substantielle¹⁰ » qui consiste à croire que la science permet à elle seule de vaincre l'incertitude et la « rationalité procédurale » qui incite à mettre en place des règles imparfaites mais simple d'utilisation. Même si cette dernière approche ne réduit pas totalement le risque, elle met en place une base rigoureuse mais qui permet de s'adapter, pour peu que les règles soient claires et précises et qu'il y ait régulièrement une évaluation afin d'ajuster les décisions le cas échéant.

Enfin, le stress influence la prise de décision puisqu'il engendre des modifications dans le ressenti et le comportement des individus. Il se manifeste de diverses manières et peut ainsi conduire les professionnels à prendre des risques inutiles et faire des choix inappropriés, à fuir en dehors de la réalité (passivité, inaction et blocage), à perdre le contrôle des émotions (colère, transmission de l'agressivité) ou encore à chercher à tout prix un coupable. Ce dernier élément est particulièrement prégnant en situation de crise avec la montée en puissance de ce que l'on nomme le « bashing » des décideurs. Les individus ne sont pas égaux face au stress ; certains vont être « boostés » et vont dépasser leurs limites. C'est notamment le cas des professionnels particulièrement exposés au stress et situations à risque comme les urgentistes et réanimateurs.

⁹ Christian MOREL, Les décisions absurdes 2 « comment les éviter »

¹⁰ Inspirée des travaux de Herbert Simon, prix Nobel d'économie en 1978

La prise en compte des émotions dans le processus décisionnel est indispensable mais reste complexe, presque tabou, surtout dans le monde professionnel. Nous sommes à la croisée des sciences cognitives, de la psychologie et des valeurs.

1.3.2 La nécessité d'intégrer les biais de perception et leurs effets pervers

Dans les organisations, et plus particulièrement face à l'incertitude, nous avons tendance à vouloir tout rationaliser, y compris les relations entre les hommes et leurs actions. Nous pouvons parfois même avoir une vision quasi « mécaniste » de l'humain. Or, depuis les années 1970 la psychologie cognitive interroge les économistes et autres défenseurs des sciences dites « dures » sur les failles de l'homo oeconomicus qui se voudrait indéfectiblement rationnel. Alors comment expliquer que malgré les nombreux messages d'information et de sensibilisation, et la conviction de la majorité de la population à la nécessité d'appliquer les gestes barrières, certaines personnes dont des professionnels de santé finissent par ne plus les pratiquer ?

Deux psychologues en particulier, Daniel Kahneman et Amos Tversky, ont étudié le processus cognitif qui entraîne la décision et les raisons pour lesquelles les hommes n'agissent pas toujours de manière rationnelle. Ils mettent en lumière ce que l'on appelle les biais de perception. Ils constatent que les individus sont souvent de bonne foi dans la perception qu'ils se font des événements qui les entourent, mais les distorsions de la réalité sont inhérentes au traitement de l'information que l'on reçoit.

Ainsi de nombreux biais modifient notre perception et peuvent nous conduire à prendre des décisions non opportunes :

- l'existence de précédents nous conduit à sur estimer la fréquence d'un événement ;
- la perception sélective où ce que l'on s'attend à voir, finit par déformer ce que l'on voit réellement ;
- une seule expérience vécue l'emporte sur l'ensemble des statistiques ;
- les biais de confirmation tendent à privilégier les décisions qui confortent notre position et sont conformes à nos valeurs ;
- l'effet tunnel, plus nous avançons dans un processus, plus il est difficile de faire marche arrière.

C'est ce dernier phénomène que le milieu de l'aéronautique désigne par le terme de « destinationite ». Il existe ainsi une sorte de polarisation excessive sur l'objectif à atteindre sans que nous prêtions attention à ce qui nous entoure. Il s'agit là d'un facteur de risque important dans la prise de décision puisqu'il amoindrit notre vigilance face aux faisceaux d'indices et d'alerte.

Le biais de pouvoir ou d'autorité peut par ailleurs conduire à prendre des décisions seul et à écarter le travail en équipe ; l'acte de décider étant en lui-même une récompense car il révèle la capacité à contrôler soi-même et son environnement. Il favorise également un autre biais : celui de l'excès de confiance et la prise de risques non mesurée. De nombreux individus n'osent pas s'opposer aux décisions du décideur, particulièrement si celui-ci fait preuve d'autoritarisme, quand bien même elles seraient contraires aux objectifs fixés ou à la morale. C'est ce que démontre l'expérience de Milgram qui évalue le degré d'obéissance d'un individu notamment quand elle induit des actions qui posent des problèmes de conscience au sujet. Il est alors nécessaire de veiller à mettre en place et maintenir une certaine « sécurité psychologique ».

Il existe enfin une autre source pouvant influencer la prise de décision : il s'agit des effets pervers de la mécanique de groupe. Le groupe constitue une entité à part entière qui répond à des mécanismes psychologiques et sociologiques, qui se développent entre les membres de ce dernier. Plusieurs biais ou effets pervers y sont associés, au titre desquels l'effet de polarisation¹¹, qui conduit le groupe à prendre des décisions plus extrêmes que ce que chaque individu aurait fait initialement, que ce soit en faveur d'une prise de risque plus importante ou d'une prudence plus grande. Ce rapprochement de chaque individu de décisions plus radicales leur permet de ne pas se singulariser ou s'isoler au sein du groupe. Cet effet se rapproche du paradigme de Asch¹² qui démontre le pouvoir du conformisme sur les décisions d'un individu, surtout lorsque les membres du groupe sont nombreux ou qu'ils se prononcent à l'unanimité.

L'incertitude qui émane des situations de crise mais également des comportements humains, met à l'épreuve les décisions et outils participant à l'anticipation, la planification et la conduite de la gestion de crise.

¹¹ Cass R . Sunstein

¹² Solomon Asch

2 Les établissements de santé ont mis en place des systèmes d'anticipation et de planification pour faire face à l'incertitude des crises sanitaires

La question de la crise et de sa gestion ont fait l'objet de nombreux travaux depuis les années 1980. S'il est un fait que d'une manière générale la France gagnerait à améliorer d'avantage son système de prévention des risques, les établissements de santé ont développé depuis de nombreuses années des dispositifs permettant de prévenir la survenue d'un risque, de l'atténuer et de le gérer. Ainsi lors de la crise de la COVID-19 si certains outils se sont révélés tout à fait opportuns et adaptés, d'autres sont apparus inappropriés voire contreproductifs.

S'il existe au sein de l'hôpital de nombreux plans de prévention et dispositifs de vigilance, le choix est volontairement porté de restreindre la mise en perspective des observations effectuées au sein de l'établissement à deux éléments qui ont semblé essentiels à l'auteure dans la gestion de crise : le plan blanc et les modalités de la prise de décision.

2.1 Le plan blanc : un outil décisionnel de prévision et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Chaque établissement de santé, public ou privé, est tenu de se doter d'un dispositif de crise dénommé plan blanc. Il permet à l'établissement de « mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ».

Son contenu est défini par l'article R.3131-4 (C.S.P.) qui dispose notamment que le plan blanc doit indiquer les modalités de : son déclenchement et sa levée, la constitution et le fonctionnement de la cellule de crise, les modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains de l'établissement et l'accueil et l'orientation des victimes, ou encore les plans de circulation et de stationnement, de confinement et d'évacuation de l'établissement.

Il est ici proposé de reprendre les éléments du plan blanc ayant suscité des interrogations au regard des observations faites lors de la crise sanitaire et des entretiens réalisés avec les acteurs de terrain. Les éléments relatifs à la cellule de crise feront l'objet d'un focus spécifique dans la deuxième sous-partie consacrée au processus décisionnel.

2.1.1 L'aménagement des modalités de déclenchement et de levée du plan blanc

Le Plan Blanc s'applique aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) entraînant des conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées. La saturation rapide des services de réanimation dans les régions d'Ile-de-France et du Grand Est et le risque que cette situation s'étende à l'ensemble du territoire français, ont conduit au déclenchement du plan blanc au niveau national. Si cela s'est avéré être une nécessité afin de pouvoir mobiliser l'ensemble des moyens pour faire face à cette crise de grande ampleur, le mode de déclenchement reste inédit de par sa généralisation, et du fait que certaines prérogatives réservées aux chefs d'établissement leur ont partiellement échappé. Ainsi, le déclenchement du plan blanc le 6 mars 2020 a été décidé par le Ministre des solidarités et de la santé alors qu'il est en principe déclenché par le Directeur de l'établissement (ou son représentant), de sa propre initiative ou sur la demande du Préfet. De manière identique, la levée du dispositif, qui consiste là encore en une prérogative du Directeur de l'établissement a été annoncée par le Ministre des solidarités et de la santé, avant d'être demandés aux chefs d'établissement par le Directeur Général de l'ARS.

Par ailleurs, le plan blanc est un dispositif mis en place pour faire face à des crises dont certes la survenue est incertaine mais dont la durée est relativement courte dans le temps (accident de la route impliquant de nombreux véhicules, intoxication alimentaire dans un collège, explosion avec risque chimique ...). Ainsi, si le degré 3 du plan blanc introduit le facteur « temps », dans l'hypothèse où la crise devrait durer plus de 72h, il n'est toutefois pas adapté pour être actif durant plusieurs semaines ou mois.

2.1.1 L'adaptation de l'accueil des patients et de leur prise en charge

Tout d'abord concernant la gestion administrative des patients accueillis, une partie des outils prévus dans le plan blanc ont été activés tel que SI-VIC, permettant la remontée des données patients à l'ARS. Sa mise en œuvre a été facilitée du fait que le protocole y est décrit de manière précise et que les professionnels sont formés à son utilisation à travers divers exercices de mise en situation. La remontée d'informations aux tutelles est néanmoins parue relativement complexe du fait de la demande d'utilisation en parallèle d'autres outils de reporting qui se sont avérés parfois redondants et chronophages à renseigner.

Certains outils n'ont en revanche pas trouvé d'utilité en raison de la particularité de la crise, à savoir une arrivée brusque mais diffuse dans le temps des patients, et non massive de victimes. Ainsi l'établissement n'a pas eu besoin d'avoir recours aux bracelets d'identification SINUS. Cette souplesse dans l'utilisation des outils est par ailleurs prévue dans le plan blanc, ce qui permet une adaptation au contexte de la crise. D'autres outils ont

été créés au fil du temps, tel que SIDEPA concernant l'identification des patients se faisant tester en laboratoire. Il est à noter que si la mise en oeuvre de ces derniers a perturbé les organisations humaines et techniques, les professionnels ont su rapidement s'adapter grâce à leur mobilisation et une rapide formation.

Quant à la prise en charge médicale des patients, dans la perspective d'un risque de saturation des services d'urgences et de réanimations, le degré 2 du plan blanc prévoit les déprogrammations et/ou les transferts de patients hospitalisés vers d'autres établissements de santé. Si ces grands principes ont servi de base, les fiches réflexes se sont ici néanmoins révélées trop détaillées voire inadaptées. Ainsi le découpage des paliers de prise en charge est élaboré en fonction du temps (T0, T=1h, T=2h ...); or il est vite apparu nécessaire de privilégier le passage d'un palier à l'autre en fonction du nombre de patients admis.

D'une manière générale, durant cette crise sanitaire la prise en charge des patients COVID a nécessité une réorganisation de l'hôpital d'une ampleur exceptionnelle et en un temps record à travers notamment l'augmentation capacitaire en lits de réanimation, voire la création de ces unités dans certains établissements qui en étaient dépourvus.

Le défi fut de réorganiser intégralement les activités de l'hôpital en instaurant des filières COVID / non COVID, et en suspendant de nombreuses activités afin de se concentrer sur la prise en charge des patients contaminés.

2.1.2 La mobilisation exceptionnelle des moyens humains, matériels et logistiques

Le plan blanc prévoit qu'au déclenchement du degré 3, la Cellule de Crise, tout en tenant compte du contexte extérieur à l'hôpital établit le plan de mobilisation des personnels et valide les modifications de plannings qui en découlent. La réaffectation des professionnels hospitaliers a permis la prise en charge efficiente des patients COVID dans les secteurs en tension, notamment le service d'accueil des urgences, les réanimations, l'imagerie, et les laboratoires de virologie.

Mais les mesures qui ont été prises au sein de l'établissement ont dépassées celles initialement prévues par le plan blanc, telles que l'assouplissement de l'accès au télétravail ou encore du positionnement des agents en ASA (autorisation spéciale d'absence). L'enjeu était alors de maintenir la continuité des soins et la prise en charge des patients, tout en veillant à la sécurité des professionnels.

Des mesures exceptionnelles de soutien au personnel ont par ailleurs été mises en oeuvre : plateforme de soutien psychologique, cellule éthique, cellule opérationnelle Ressources Humaines/Affaires Médicales pour la gestion de l'absentéisme, la mise en

œuvre du télétravail, la garde d'enfants. Concernant ce dernier élément, les mesures de mobilisation de la crèche prévues au plan blanc ont été renforcées par la sollicitation des écoles et crèches municipales, en partenariat avec la maire.

Quant à la mobilisation des moyens matériels, les grandes orientations des fiches réflexes du plan blanc ont été appliquées, notamment en ce qui concerne le recensement de la disponibilité du matériel, particulièrement de réanimation. En revanche la procédure d'armement logistique de la cellule de crise s'est révélée peu souple et relativement contraignante. Ainsi, si les membres et acteurs de la cellule de crise se réunissaient chaque jour au plus fort de la crise, il n'était nul besoin d'une présence physique permanente en salle de crise. Les différents outils de communication (téléphones, et ordinateurs portables) ont permis une réactivité forte des professionnels sur la gestion de crise, tout en poursuivant leurs actions de coordination sur le terrain.

Les fonctions supports ont été également fortement impactées: modification de la chaîne logistique, protocole de nettoyage du linge revu, maîtrise stricte de l'approvisionnement de certains matériels et dispositifs médicaux pour face à la pénurie, adaptation des chaînes de production dont celle de la pharmacie afin de fabriquer de la solution hydro-alcoolique (SHA). Il est alors apparu que les éléments architecturaux de l'établissement ont une incidence importante sur la chaîne logistique : un établissement monobloc sera confronté à moins de contraintes organisationnelles et logistiques qu'un établissement implanté sur plusieurs sites (ex : démultiplication des lieux de stockage sécurisés des masques).

Enfin, nous avons pu observer que les moyens techniques et informatiques ont été mis à rudes épreuves, notamment la capacité des serveurs à absorber les demandes importantes de télétravail, ou la mise en place de la remontée d'information des plateformes de prélèvements hauts débit vers les Caisses Primaires de l'Assurance Maladie, non prévue initialement pour les établissements publics.

2.1.3 La communication institutionnelle s'est parfaite au cours de la gestion de la crise sanitaire

Le plan blanc établit une fiche réflexe à destination du directeur de la communication. Cette dernière est peu détaillée, ce qui laisse une certaine souplesse permettant de s'adapter à la situation. Il est néanmoins à noter qu'elle est relativement centrée sur la communication externe, notamment les relations avec les médias. Or nous avons pu observer que la communication interne est également très importante.

En effet, un manque de communication ou une communication non pertinente rend le système fragile en raison d'une perte de connaissance¹³. A titre d'illustration, une forte incompréhension et méfiance ont émanées des personnels hospitaliers lorsqu'à la demande des ARS les établissements ne pouvaient communiquer eux-mêmes sur les cas positifs. Certains professionnels de santé ont alors appris par les médias que des patients positifs étaient hospitalisés dans l'établissement, voire dans leur propre service.

Les professionnels étant les premiers concernés, ne pas les informer conduit non seulement à une perte de confiance et fragilise le sentiment d'appartenance, mais favorise les rumeurs et contrevérités.

La difficulté est alors de choisir les bons supports et vecteurs de communication : comment porter efficacement à la connaissance des acteurs les procédures et protocoles quand l'accès dans la GED est souvent considéré comme fastidieux.

Les avis des professionnels divergent à ce sujet. Ainsi les acteurs qui en sont destinataires apprécient la transmission par mail des relevés de décisions de la cellule de crise. Néanmoins sa diffusion a conduit à devoir répondre à un certain nombre de sollicitations en raison d'une incompréhension concernant les informations ou décisions « brutes » qui y sont décrites. En effet il est difficile d'appréhender ces dernières sans connaissance du contexte ni des débats qui les ont précédées.

A titre d'exemple, l'annonce de la réception de 1 500 ampoules de produits anesthésiques, a pu paraître comme un stock important auprès des chirurgiens qui attendaient de pouvoir redémarrer leur activité. Or cela ne représentait en réalité qu'une semaine de traitement pour trois patients hospitalisés en réanimation. Il est donc question de l'équilibre entre la volonté de promouvoir la transparence et la nécessité d'adapter les réponses au public ciblé.

Le dilemme s'applique par ailleurs sur le nombre de support de communication : plus il est important et plus il y a de possibilité de toucher l'ensemble des professionnels. A contrario cela conduit à un risque fort de perte d'information voir de contradiction et d'incohérence.

Aussi, les supports de communication de l'établissement ont évolués au cours de la crise, un bulletin « covid-19 » a été créé et diffusé à l'ensemble du personnel hospitalier.

¹³ Christian Morel, les décisions absurdes 2, comment les éviter.

2.1.4 L'hôpital et son territoire : la crise Covid-19 a malgré elle renforcé la coopération entre les acteurs

Si comme nous l'avons déjà vu le plan blanc prévoit le transfert de patients sur les autres établissements de santé du territoire, la crise du Covid-19 a profondément renforcé les coopérations sur le territoire, voire entre régions notamment à travers les EVASAN qui ont permis le transfert de patients des régions de Bourgogne-Franche-Comté et d'Ile-de-France sur l'établissement. Mais cette coopération n'a pas été remarquée qu'entre les établissements de santé, elle l'a également été avec le secteur médico-social et autres partenaires tels que les collectivités territoriales ou les entreprises privées.

Il a tout d'abord été observé que le niveau de complexité d'une prise de décision concertée et homogène, augmente en fonction des contraintes liées à l'implantation de l'établissement sur son territoire. Ainsi l'exécutif doit veiller à donner une ligne directrice cohérente entre les différents établissements en direction commune, tout en tenant compte des spécificités de chacun. Les réunions bi hebdomadaires des directions communes ont ainsi permis l'organisation territoriale de filières entre les établissements avec notamment la mise à disposition des plateaux techniques et blocs opératoires. La coordination a également été favorisée par la transmission aux autres établissements des procédures élaborées par le CHU, la mise à disposition d'une ligne téléphonique dédiée avec les infectiologues ou encore l'accès à la plateforme de soutien psychologique aux personnels.

Chaque établissement s'inscrit par ailleurs dans un Groupement hospitalier de territoire (GHT), en tant que coordonnateur ou établissement parti. En raison des liens historiques préexistants entre les établissements et du découpage parfois imposé du territoire du GHT, des difficultés organisationnelles et relationnelles peuvent apparaître. Par ailleurs l'articulation est complexe entre l'autonomie de la prise de décisions de chaque établissement et la recherche d'une ligne directrice commune. A titre d'exemple, lors de la mise en place de la plateforme de prélèvement et d'analyse haut débit au sein du CHU, certains établissements partis n'ont pas eu recours à cette prestation mais se sont dirigés vers des prestataires privés. Mais face à la volonté d'une prise en charge des patients la plus efficiente possible, des dispositifs ont été mis en place sur le territoire, tels que l'élaboration d'une cellule de régulation des lits de réanimation ou la mise en place d'une Hot-Line du Service de santé au Travail pour accompagner des professionnels.

Enfin, et au-delà du cadre règlementaire des coopérations, chacun des établissements de santé a eu un rôle à jouer sur son territoire, qu'il détienne une expertise particulière, qu'il soit un établissement de recours ou qu'il soit un établissement comportant des filières d'aval.

La frontière entre le sanitaire, le médico-social et le social est mince et il existe une véritable interdépendance entre les structures. La crise du COVID-19 a mis en exergue la nécessité de ne plus fonctionner en tuyau d'orgues mais de créer ou conforter d'avantage les partenariats pour une prise en charge optimale et graduée des patients.

Ainsi le CHU, conscient de l'impact de l'activité des autres établissements sur les siennes, est allé au-delà des missions qui lui sont habituellement confiées et s'est révélé être un véritable pivot territorial de la gestion de crise. A ce titre, il a notamment organisé en lien avec l'ARS un soutien médical et logistique aux EHPAD: soutien en termes d'hygiène, de renfort de personnel et d'évaluation médicale. Cette coopération renforcée s'est d'ailleurs poursuivie au-delà du pic de la crise sanitaire puisqu'une réunion entre le CHU et les EHPAD du territoire continue d'être organisée de manière bi-mensuelle ou hebdomadaire en fonction de l'actualité (canicule, éventuelle deuxième vague...).

Enfin, les hôpitaux ont été soutenus par de très nombreux partenaires : certaines entreprises ont rapidement modifié leur ligne de production afin de fabriquer des blouses ou des consommables de respirateurs, les forces armées ont apporté leur concours pour protéger les stocks de matériels sensibles et le personnel municipal et de l'éducation nationale a été sollicité.

L'ensemble de ces mesures exceptionnelles, qui n'ont nullement été décrites de manière exhaustive, se sont globalement appuyées sur les dispositifs prévus par le plan blanc. Il est néanmoins apparu que ce dernier a pu se révéler insuffisant, voire peu adapté. Mais a-t-il ou peut-il avoir vocation à répondre à l'ensemble des situations sanitaires exceptionnelles ?

2.2 La décision à l'épreuve de l'incertitude engendrée par la crise de la COVID-19

2.2.1 Les acteurs décisionnels de la gestion de la crise sanitaire

Dans une gestion de crise, chaque acteur tient une place et un rôle définis. Ainsi les acteurs nationaux et régionaux ont eu un rôle décisif, qu'il s'agisse du centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) déclenché par la Direction Générale de la Santé (DGS) le 25 janvier 2020 et mobilisé afin de répondre 24h/24 et 7J/7 aux urgences sanitaires ayant un impact sur le territoire national ; du Centre de Crise Sanitaire (CCS) qui entraîne un pilotage et une coordination au niveau national et régional, ou encore les ARS, centres régionaux de réception et de régulation des signaux, qui ont eu un rôle important à jouer quant au déploiement de la stratégie nationale sur les

territoires. Concernant ces dernières, si cette gestion déconcentrée est indispensable afin de s'adapter aux particularités des territoires et de leur population, il a néanmoins été ressenti par certains professionnels une disparité dans la réactivité et l'efficacité des mesures prises par les agences.

Quant au préfet, ce dernier étant en charge de la mise en œuvre de l'état d'urgence dans les départements, il a procédé notamment à la limitation de la circulation, ou à certaines réquisitions (ex : stock de produits auprès des alcooliers afin de contribuer à la fabrication des Solutions Hydro alcooliques).

Certaines agences nationales ont par ailleurs été particulièrement mobilisées dans la gestion de cette crise sanitaire. Il s'agit notamment de Santé Publique France (SPF) qui assure la gestion de la réserve sanitaire et celle des stocks stratégiques nécessaires à la protection des populations tels que les masques, et du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui a contribué à appuyer le ministre des solidarités et de la santé dans ses décisions.

Enfin il est à noter que cette crise a entraîné la création de deux conseils spécifiques à la COVID-19 : le Conseil scientifique Covid-19 qui propose des recommandations notamment en matière de déconfinement et éclaire les décisions publiques en matière de gestion de la crise, et le comité d'analyse, recherche et expertise (CARE) qui apporte son aide à la décision du gouvernement sur les vaccins ou encore les tests.

Quant à l'organisation de la gestion de crise interne à l'établissement, elle repose sur la Cellule de Crise Hospitalière (CCH), organe de commandement. Elle réunit notamment les fonctions suivantes : le Directeur Général (présidence de la cellule de crise), le Secrétaire de la Cellule de crise, le Président de la CME, le Coordonnateur médical, les directeurs des soins et directions fonctionnelles (ressources humaines, affaires médicales, achats et logistique, qualité et gestion des risques ...). Il a été observé que la CCH a pu voir sa composition évoluer au fur et à mesure des besoins relatifs à la gestion de la crise. Ainsi, si le chef de pôle de la pharmacie comme ceux des réanimations étaient toujours présents, d'autres acteurs sont intervenus en fonction des problématiques ou tensions particulières (ex : chef du pôle SSR, gériatres).

La CCH a pour missions principales de piloter la gestion de la crise, d'assurer la coordination générale et de prendre les décisions appropriées, d'assurer les relations avec les autorités (Préfet, DG ARS, Président du conseil de surveillance), de définir la politique de communication, de garantir un approvisionnement et une logistique adaptés aux besoins. Il est rapidement apparu nécessaire de mettre en place certains dispositifs opérationnels supplémentaires au sein de l'établissement afin d'appuyer la CCH. Il s'agit notamment des cellules opérationnelles de sites prévues par le plan blanc, de la Cellule de

régulation des lits de réanimation sur le territoire et de la constitution de groupes de travail par thématique (circuit du patient par filière COVID/non-COVID, révision des protocoles d'utilisation des Equipements de Protection Individuelle, mise en place de la plate-forme de dépistage haut débit ...).

Quant à la gouvernance hospitalière, le COVID a profondément bouleversé le fonctionnement institutionnel. Les instances telles que le Conseil de Surveillance, le Directoire ou la CME ont dû être reportées, malgré leur rôle quant aux décisions prises en matière de politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Afin de pallier la relative lourdeur des instances notamment en termes de temporalité, d'autres dispositifs ont été élaborés en parallèle afin de permettre une communication rapide et un fonctionnement assoupli et adapté. Ainsi, concernant le dialogue social, si des CHSCT exceptionnels consacrés aux mesures prises ou envisagées en lien avec la COVID-19 ont pu parfois se réunir, un point d'information était organisé tous les 2 jours par le Directeur des Ressources Humaines avec un représentant du personnel par organisation syndicale, afin d'informer mais aussi d'échanger et de répondre aux interrogations.

Par ailleurs, si la structuration des pôles est restée inchangée, la collaboration entre certains d'entre eux a été renforcées et les frontières sont parues plus perméables notamment en terme d'organisation, de personnels ou de matériels.

Les conditions d'hygiènes étant au cœur des préoccupations dans ce contexte infectieux, le CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) a également eu un rôle particulièrement important dans la gestion de cette crise de par ses décisions et recommandations en terme notamment de politique de port du masque, d'accès des familles aux services de soin ou encore de transformation des chambres doubles en chambres simples.

Comme nous l'avons vu en première partie, une fois les décisions prises, l'étape suivante est leur mise en œuvre opérationnelle. Or cette action s'est révélée parfois complexe, notamment du fait d'une remise en cause de la légitimité des décideurs à décider.

2.2.2 La problématique de la légitimité à prendre les « bonnes » décisions en temps de crise

La légitimité des décisions prises n'est pas une problématique spécifique au temps de crise. Néanmoins en raison du stress qu'engendrent la peur et l'incertitude, la remise en

question de la légitimité des décisions peut être exacerbée d'autant plus que de nouveaux acteurs apparaissent, tels que la CCH.

Si globalement la situation de crise a permis une collaboration plus importante entre les différents acteurs quel que soit leur fonction et positionnement dans l'établissement, il s'avère que les décisions prises ont parfois rencontré des difficultés quant à leur application sur le terrain. Ainsi certains praticiens ont eu des difficultés à accepter les décisions prises en CCH auxquelles ils n'avaient pas participé directement. Or face à l'urgence, il est parfois difficile de consulter l'ensemble des acteurs et de trouver un consensus décisionnel.

D'autre part a parfois été mis en œuvre un circuit de décision parallèle à celui de la CCH, et qui pouvait entrer en contradiction avec les orientations institutionnelles retenues. Ce phénomène peut s'expliquer d'une part parce que face au risque ou à l'urgence, il n'est pas toujours concevable pour les professionnels de patienter et attendre que les décisions soient prises par les organes institutionnels. D'autre part, la tentation est forte pour les chefs de pôle ou de service d'anticiper l'organisation de leur activité en fonction de leurs besoins propres, sans avoir le recul et la vision globale et systémique que requiert ce genre de situation. A cela s'ajoute la complexité d'un double circuit hiérarchique, qui gagnerait à être complémentaire mais qui dans les faits se révèle trop souvent imperméable : le circuit « administratif » (CCH, équipe de direction, cadres supérieurs, cadres, agents) et le circuit « médical » (CCH, Président de CME, chefs de pôle, chefs de service, praticiens). Enfin, la difficulté à faire appliquer des décisions uniformes est d'autant plus importante si l'établissement est implanté sur des sites distincts qui détiennent une forte culture historique de site.

La problématique de légitimité s'inscrit par ailleurs dans un contexte global de plus en plus prégnant de défiance envers l'institution, l'état et les dirigeants. Ce phénomène est amplifié en temps de crise et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord la médiatisation de cette dernière, puisque l'on a pu notamment constater la sur exposition des aspects délétères et anxiogènes par rapport aux événements positifs (dysfonctionnements des organisations plutôt que des pratiques positives, nombre de décès plutôt que nombre de personnes guéries). La plupart des médias ont par ailleurs communiqué des informations parcellaires qui ne permettaient pas à la population d'avoir un avis et une analyse objective. A titre d'exemple il a été mis en avant la présence en Allemagne d'un nombre de lits de réanimation bien plus important qu'en France alors que les critères de comptabilisation n'étaient pas identiques (lits de réanimation stricto sensu, de soins continus ...). D'autre part, la défiance portée à l'égard des décideurs a été favorisée par la publication d'un très grand nombre de directives qui ont obligé les établissements à sans cesse modifier les procédures et ce en très peu de temps. Même si cette pratique est dans les faits justifiée

au regard des évènements, elle engendre de l'incertitude et de la méfiance quant à la compétence de l'exécutif à prendre les « bonnes » décisions.

Ainsi, au cœur de la crise sanitaire les décisions, bonnes ou moins bonnes, ont permis au système de santé de résister et de prendre en charge les patients atteints de la COVID-19. Néanmoins ces décisions ont été mises à mal à de nombreuses reprises car perçues comme trop nombreuses, changeantes et parfois incomprises. Dans ce cas, nous pouvons légitimement nous poser la question de qu'est-ce qu'une « bonne décision ». Est-ce lorsque cette dernière respecte les contraintes budgétaires ? Lorsqu'elle favorise la qualité de vie au travail au sein des équipes ? Lorsqu'elle permet de respecter la ligne de conduite imposée pas les tutelles ?

D'après Amartya Sen¹⁴, il n'existe pas de décisions parfaitement justes, mais plutôt des décisions comparativement justes. Ainsi « L'option A peut être considérée comme meilleure que l'option B car A permet de générer x ou d'éviter y, ce que ne fait pas B. »

De manière rationnelle, une bonne décision consisterait à choisir l'hypothèse qui permettrait d'atteindre les objectifs dans le laps de temps déterminé en tenant compte de tous les paramètres et informations. Or lors des entretiens menés auprès des professionnels, chacun d'entre eux a fait part d'une définition qui lui était propre. Si pour certains la bonne décision est une décision qui permet de résoudre une problématique en limitant les impacts négatifs, pour d'autres elle doit obligatoirement prendre en considération la dimension éthique et répondre au mieux à nos valeurs en admettant dès le départ que l'on peut faire des erreurs. Enfin certains professionnels ont témoigné de leur besoin absolu qu'une décision soit prise et connue, la non-décision étant pour eux le pire des scénarii.

Ainsi, deux approches décisionnelles cohabitent et se complètent au sein des établissements de santé : la relation intuition personae de praticien à patient, nécessitant une décision directe, opérationnelle et souvent rapide pour nécessité vitale, et la vision systémique et à moyen ou long terme de l'équipe de direction.

Enfin, certaines décisions paraissant peu importantes ou peu rationnelles peuvent parfois avoir des impacts très importants. A titre d'exemple la campagne de tests massifs de sérologie qui pour certains infectiologues n'a qu'un intérêt relatif en termes de santé publique, est néanmoins importante d'un point de vue politique afin de rassurer la population. Dans certaines situations encore la bonne décision c'est de ne pas en prendre : l'instruction de déconfinement des EHPAD annoncée par le Ministre des Solidarités et de la Santé, s'est révélée en l'état inapplicable et faisait courir un risque trop important en

¹⁴ Amartya Sen, *L'Idée de justice*, Paris, Flammarion, 2010, p. 558.

termes de responsabilité aux Directeurs des établissements et en termes de protection pour le personnel et les résidents. Le mythe de la bonne décision peut être paralysant pour le décideur qui sera sans doute jugé, dans une société où le doute est peu permis car synonyme d'incompétence.

Nous avons donc pu observer que la gestion de la crise sanitaire, si elle a mis en exergue quelques dysfonctionnements, a été particulièrement efficace sur le CHU. Mais dans un souci d'amélioration continue de la qualité et sécurité de prise en charge des patients, ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels, certains aspects méritent soit d'être améliorés soit d'être envisagés sous un nouvel angle.

3 Accroître la résilience de l'hôpital face à l'incertitude

De nombreuses pistes d'action peuvent être évoquées afin d'aider les décideurs ainsi que l'ensemble des acteurs de l'hôpital à procéder à un changement dans la manière de concevoir et de mettre en œuvre la gestion de crise. Au vu des observations réalisées, le choix a été porté de mettre l'accent sur deux facteurs incontournables pour faire face à l'incertitude de ces situations : le développement de la capacité d'adaptation de l'établissement et le renforcement du travail en équipe.

3.1 Développer la capacité d'adaptation de l'hôpital et de ses acteurs

3.1.1 Promouvoir une souplesse encadrée des organisations

L'ensemble des plans de prévention et des procédures institutionnelles est indispensable pour faire face aux situations de crise car l'ouverture intellectuelle et la recherche de solutions exigent cadres et points de repères précis. Si leur utilité n'est donc plus à démontrer, ces outils ne doivent néanmoins pas être trop rigides, lourds ou difficilement compréhensibles.

Ainsi, pour être efficaces, les procédures et autres plans doivent être simples, clairs (à l'aide par exemple de logigrammes), facilement accessibles, actualisés pour tenir compte des évolutions et des retours d'expériences et enfin suffisamment souples pour s'adapter à l'environnement et aux contraintes des acteurs. En effet, en raison de la complexité des organisations et de l'imprévisibilité de la crise, il serait sclérosant et contreproductif de vouloir trop prévoir et anticiper dans les moindres détails. Les dispositifs mis en œuvre doivent au contraire permettre aux professionnels d'acquiescer de réflexes.

Ainsi la constitution d'un référentiel¹⁵ permet à l'ensemble des professionnels hospitaliers de travailler sur des bases similaires et de parler le même langage, ce qui est une gageure au vu de la diversité des activités exercées à l'hôpital. L'atout majeur de ce dispositif repose sur l'adaptabilité puisque c'est la situation qui apporte les réponses. Ainsi, il convient de privilégier des guidelines, des automatisations qui rassurent plus qu'elles n'enferment. Car il n'est bien évidemment pas question de s'affranchir de l'ensemble des règles de gestion et du cadre sous peine de dériver vers une désorganisation qui pourrait être délétère pour la sécurité des professionnels et des patients. La conduite n'invalide pas la nécessité de la planification en amont, bien au contraire. La planification est l'outil qui va permettre de définir des procédures et la répartition des moyens qui permettront aux différents acteurs d'agir de façon autonome et réactive (Planchon, Reghezza, 2017).

La notion de subsidiarité est également intéressante. En dehors de la nécessité impérative d'une gestion globale et centralisée, comme pour le répartition des approvisionnements en masque, la main est laissée aux différents acteurs. Ainsi, lorsque l'interdiction des visites a été imposée sur l'ensemble du CHU, les directeurs ont pu l'adapter en fonction de la particularité de chaque site ou service (pédiatrie, EHPAD ...).

Par ailleurs comme le souligne LAGADEC, il ne s'agit pas de révolutionner les organisations en troquant un modèle contre un autre. Il s'agit plutôt d'accepter l'idée du non modèle ou du modèle indéterminé. Il ne faut pas chercher des réponses à tout prix mais plutôt encourager la faculté à réfléchir pour agir. Ainsi les protocoles deviennent des méthodes plus que des recommandations ou des obligations.

Développée par Frédérique Chédotel, la notion d'improvisation organisationnelle¹⁶, tente quant à elle de « gérer la tension entre le dispositif de contrôle et l'adaptation à l'imprévu ».

Afin d'aider le décideur à faire face à l'incertitude, il est proposé de suivre une méthodologie par étape, inspirée des travaux d'Amitai Etzioni et de l'approche « incrémentaliste disjointe » de Lindblom.

Tout d'abord face à l'impossibilité de réunir de manière exhaustive l'ensemble des éléments nécessaires à une prise de décision éclairée, il est préférable après avoir défini des objectifs précis, d'envisager quelques scénarii et de les comparer entre eux.

Il est alors possible de s'appuyer sur les expériences antérieures et d'étudier au fur et à mesure les écarts entre ces situations connues et la situation nouvelle. En effet, il est souvent plus facile de modifier une base existante plutôt que de partir de zéro.

¹⁵ L'agilité des organisations dans la gestion des crises : le facteur humain et la formation des hommes au cœur du système – Laurent Combalbert.

¹⁶ Frédérique Chédotel, Revue Française de Gestion, 2005 n°154 p123-140

Ainsi, le CHU se prépare depuis plusieurs semaines à la période automnale. L'objectif est d'anticiper une éventuelle deuxième vague et de prévenir une saturation des urgences et réanimations. Ne connaissant pas avec exactitude l'ampleur et la temporalité de l'afflux de patients souffrant de virose respiratoire sévère, plusieurs alternatives sont étudiées en fonction des filières (réanimations, urgences, psychiatrie, gériatrie ...).

Ensuite, il convient de prioriser et choisir un nombre limité de scénarii (ex : en cas de rebond modéré/ rebond soutenu), mais d'en étudier tous les aspects, les conséquences et les effets pervers. Il faut néanmoins veiller à ne pas trop entrer dans les détails pour favoriser la souplesse organisationnelle et ne pas se retrouver de nouveau enfermé dans un schéma difficilement applicable. Il s'agit plutôt d'avoir une vision d'ensemble, intégrant quelques focus sur les points sensibles, tels que :

- en termes de ressources médicales et non médicales : à partir de combien de patients avec virose respiratoire sévère doit-on up grader le personnel (prévoir éventuellement des fourchettes pour établir des paliers) ;
- en termes de matériel : prévoir le recensement du matériel nécessaire et un schéma de répartition dans les services;
- en termes de logistique : déterminer un circuit de livraison spécifique pour les services qui risquent d'être rapidement en tension ;
- en termes de parcours patient : élaboration aux urgences d'une filière distincte pour les viroses respiratoires ...

Par ailleurs il ne faut pas négliger l'étape de l'évaluation régulière des mesures mises en place. Cette pratique, indispensable même lorsque le temps fait défaut, permet à la fois d'ajuster si nécessaire les décisions prises, mais également de s'interroger si les objectifs poursuivis sont toujours identiques. Ainsi l'organisation du centre de prélèvement s'adapte en fonction de l'évolution des objectifs de dépistage (des seules personnes symptomatiques au dépistage massif de la population).

Enfin, il convient de ne pas rechercher sans cesse la « bonne » solution, qui comme nous l'avons vu est relative et instable. Il est préférable de s'en approcher au plus près et de considérer que les décisions qui s'ensuivent sont des corrections, voire des améliorations des précédentes.

3.1.2 Former les décideurs pour se préparer à être surpris

La formation des décideurs à la gestion de crise n'est que très rarement abordée dans les manuels de management. Des formations spécifiques existent, elles sont principalement axées sur l'organisation institutionnelle de la gestion de crise, les boîtes à outils et les bonnes pratiques. Il est néanmoins indispensable qu'elles soient complétées

par une ligne d'apprentissage différente qui ne doit plus seulement apporter des réponses codifiées, censées éviter les surprises. Il est nécessaire de se préparer à être surpris¹⁷. Si les outils restent importants et indispensables, il faut également porter les efforts sur le pilotage, sur la capacité à redéfinir rapidement l'architecture organisationnelle et la logique opérationnelle. Il s'agit en réalité de préparer les hommes plus que les structures.

Ainsi, une nouvelle dynamique pédagogique est à inventer¹⁸ à travers notamment un renforcement des mises en situation, afin que les leçons « théoriques » soient testées, assimilées et retenues. Ces mises en situations doivent se traduire par des cas concrets qui tiennent compte des remontées des difficultés du terrain ainsi que des expériences antérieures (CREX), mais pour autant doivent rester inédites pour recréer l'inconfort de l'incertitude et s'exercer à y faire face.

C'est ce que propose le dispositif Red Teams¹⁹. Principalement utilisé dans le cadre de la cyber sécurité, ce dispositif est repris par l'Agence de l'innovation et la Direction générale des relations internationales et de la stratégie (DGRIS). L'idée est de provoquer une réflexion innovante, pour préparer au mieux les décideurs à être confrontés à des situations de ruptures majeures et inattendues. Nous sommes bien dans un changement de paradigme puisqu'il ne s'agit plus seulement de se baser sur les expériences antérieures mais bien d'imaginer l'inimaginable, tout en restant dans des hypothèses stratégiques valides.

Le document d'orientation de l'innovation de défense indique pour ce faire que le profil attendu de l'équipe élaborant les scénarii est celui de « futurologues, prospectivistes et auteurs de science-fiction ». Pour être efficace, ce dispositif doit dépasser une culture encore dominante qui accepte difficilement de se mettre en situation d'inconfort, de faire face à ses limites et d'envisager ses potentiels échecs. Bernstein parle de « faillibilité » de nos choix. Il ne s'agit pas de se dégager de notre responsabilité mais d'avoir le courage de se remettre en question et de réaliser une autocritique, afin de limiter notamment « l'effet tunnel ».

Parallèlement, d'autres types de formation doivent être envisagés sur les établissements de santé. La formation brève et pratique du fonctionnement de l'hôpital permettrait aux praticiens de connaître les contraintes organisationnelles, réglementaires, sociales, institutionnelles, nationales affectant le processus décisionnel.

La formation au facteur humain, à la psychologie et à la sociologie, telle qu'elle se pratique dans le secteur de l'aéronautique, apprend à détecter et contrer les biais et effets pervers nuisibles à la prise de décision. Il est également indispensable de former ou de rappeler

¹⁷ Lagadec, Patrick. « Gestion de crise : nouvelle donne », Sécurité et stratégie, vol. 10, no. 3, 2012

¹⁸ Lagadec, Patrick. « Crises « hors cadres » : oser un enseignement »

¹⁹ L'innovation de défense pour la gestion des crises : dispositifs Red team et Blue team, Thomas Meszaros et Fabien Despinasse - Revue Défense Nationale, 2020.

aux décideurs que la politique de la sanction des erreurs est contreproductive voire délétère dans un système d'amélioration de la qualité et la sécurité. Exploiter et analyser les erreurs, et non les fautes, constitue un but préventif et pédagogique.

Enfin, pour être efficace, le changement de comportement doit s'accompagner d'un changement de culture. La culture de la sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient, des professionnels et des structures²⁰.

Elle ne se décrète pas, elle se construit et s'éprouve au quotidien dans les discours et les actes en tenant compte des facteurs économiques, techniques ou encore réglementaires. D'après René Amalberti et Gaël Morel, la sécurité repose sur deux composantes complémentaires : la sécurité réglée qui anticipe des situations susceptibles de survenir et met en place de règles et de moyens pour y faire face et la sécurité gérée qui fait référence à la compétence des professionnels, qui identifient la situation réelle et réagissent de façon appropriée. Cette dernière composante favorise par ailleurs la résilience du groupe face aux événements inattendus.

3.2 L'incertitude comme source de créativité grâce à l'intelligence collective

Cette crise sanitaire nous a fait prendre conscience, si cela était nécessaire, qu'il est indispensable de s'entourer d'une équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire afin de résoudre les différentes problématiques auxquelles a été confronté le système de santé. Dans ce cadre, l'intelligence collective se révèle être un véritable atout. Cet outils consiste à permettre à un groupe de professionnel de faire converger ses connaissances et expériences afin d'atteindre un objectif commun.

L'expérience de chacun des membres du groupe permet ainsi de constituer une véritable équipe à valeur ajoutée pour la résolution des problématiques, grâce à la perception et aux observations répétées et mémorisées. Il faut toutefois veiller à ce que ce partage d'expérience reste enrichissant et non réducteur, qu'il permette aux nouvelles idées d'émerger, particulièrement dans un contexte incertain.

Inspirés des travaux de Cass Sunstein et Reid Hastie²¹, ainsi que de Christian Thuderoz, il est proposé d'explorer plusieurs pistes permettant à l'hôpital, à travers l'intelligence collective de faire face à l'imprévu, voire l'inimaginable.

²⁰ Adapté de la définition de la Haute Autorité en Santé (Certification V2020)

²¹ Cass Sunstein et Reid Hastie, « Comment rendre le groupe plus intelligent », Harvard Business Review, octobre-novembre 2015

3.2.1 Ne pas négliger la compétence au détriment de la seule hiérarchie

Habituellement, chaque professionnel se voit attribuer un rôle et des missions spécifiques et définies. Il est positionné dans un ensemble hiérarchisé dans lequel les décideurs sont clairement identifiés. Mais en situation de crise, il arrive que le schéma décisionnel pré établi soit mis à mal voire s'écroule : qui décide si la majorité des membres de la cellule de crise décide à la suite d'un attentat ? Sans en arriver à des situations si extrêmes, il est indispensable que l'hôpital gagne en souplesse organisationnelle pour faire face avec plus d'efficacité aux situations imprévues. En effet, aussi compétent que soit un décideur, il ne peut avoir une connaissance précise dans tous les domaines qu'il supervise en raison d'un périmètre d'action plus ou moins large et également parce que la compétence va souvent de pair avec une certaine spécialisation. Kegan indique que l'ordre de conscience le plus abouti implique que n'importe quel point de vue, y compris le nôtre n'est que partiel. Sa théorie repose sur le non-savoir plutôt que la certitude. Plutôt que d'imposer son point de vue ou de rejeter celui des autres ou de cacher son incompetence, la personne se considère en auto-transformation : ce n'est pas un aveu de faiblesse mais une occasion d'apprendre et de grandir. L'incertitude est alors positive car elle est créatrice et permet l'adaptabilité.

Comme nous l'avons déjà cité, nous avons observé lors de la récente crise sanitaire, l'apparition ou le renforcement de pratiques plus agiles. La hiérarchie de compétence est l'une d'entre elles. Cet outil implique que les décisions soient prises par les professionnels qui sont les plus à même d'apporter des solutions à une problématique donnée. Nous nous rapprochons du concept de hiérarchie restreinte impliquée²². Ce système d'atténuation de la hiérarchie qui permet de gagner en efficacité et en sécurité, peut être intégré dans le processus décisionnel tel que les Plans Blancs. Dans le secteur de l'aérospatial, des techniciens ont pour mission de stopper le lancement d'une fusée Ariane s'ils rencontrent le moindre problème technique et pour garantir l'efficacité de cette mesure, ils sont isolés dans une pièce sans moyen de communication pour ne pas subir la pression de leur hiérarchie. C'est ce que l'on appelle également le principe d'effacement de la hiérarchie devant la compétence.

Néanmoins il n'est pas question ici d'entrer dans un système sans aucune autorité, l'absence de cette dernière étant aussi délétère que son excès. Par ailleurs donner des ordres n'est pas suffisant pour être efficace et inversement la compétence ne prédispose pas systématiquement à la capacité à la transmettre.

²² Christian Morel

Ainsi de nouveaux acteurs peuvent être sollicités pour leurs compétences particulières : un stagiaire qui n'a de fait aucune fonction hiérarchique au sein de la structure qui l'accueille mais qui a des compétences en matière d'achat peut élaborer des outils de pilotage et de suivi du matériel en tension, un PH qui n'exercerait aucune responsabilité de chef de service peut être référent à la CCH car plus à même d'expliquer les contraintes organisationnelles du service. Inviter des experts extérieurs constitue également une opportunité car ils peuvent obliger les membres du groupe à réévaluer leur position ou enrichir la décision finale. A travers la question de hiérarchie de compétence, nous touchons là au cœur de nos conceptions de la gouvernance.

Afin d'assouplir la relative rigidité hiérarchique plusieurs outils ou méthodes de travail peuvent être utilisés. Ainsi, il est peut être envisagé d'informer en début de réunion que tous les avis exprimés ont la même valeur, peu importe la fonction ou le positionnement de son auteur. Pour appuyer ces dires il est conseillé d'éviter de maintenir le positionnement spatial habituel (ex : le directeur en bout de table). Le responsable hiérarchique doit par ailleurs accepter parfois de quitter le lieu de réunion pour laisser les acteurs échanger entre eux sans pression ou peur des représailles.

Quant à l'empowerment qui fait référence au pouvoir d'agir, il représente plus que le travail collaboratif et moins que l'autonomie. Il s'agit en quelques sortes d'une habilitation permettant à un collaborateur ou à une équipe, de prendre des initiatives ou des décisions dans un périmètre d'action défini. Au-delà de la plus-value en termes de pertinence dans le choix des actions, l'empowerment est également un facteur de la QVT à travers l'implication, la responsabilité et la reconnaissance. La condition incontournable est de donner à ces acteurs les moyens d'agir.

3.2.2 Encourager les débats contradictoires

Le débat contradictoire permet d'explorer tous les aspects d'une problématique et de définir les objectifs de manière collégiale car la réussite d'une action dépend d'un point de référence qui peut être différent d'un individu à l'autre. A titre d'exemple un chirurgien peut légitimement estimer que le patient a bénéficié d'une bonne prise en charge si l'intervention chirurgicale s'est bien déroulée et que le patient est « guéri ». Or le patient lui peut estimer que sa prise en charge a été optimale s'il a bénéficié d'un bon accueil, si l'on a pu soulager sa douleur, s'il a eu les informations qu'il estimait importantes etc ... La confrontation des points de vue divergents permet d'examiner la problématique sous différents angles et peut amener à prendre une décision différente.

Les débats contradictoires permettent également de lutter contre l'effet des biais de confirmation que nous avons déjà abordé ; il s'agit en réalité du droit à ne pas être d'accord. Encore une fois, il n'est pas question ici de rechercher absolument le consensus qui peut paralyser et aboutir à une décision confuse et non opérationnelle pour satisfaire aux exigences de tous les acteurs. Il faut plutôt rechercher le « *dissensus positif* »²³, ou désaccord positif pouvant se révéler être extrêmement productif lorsqu'il s'agit de se projeter et d'imaginer l'efficacité des scénarios possibles.

Pour faciliter cette démarche le groupe de travail peut désigner à un « avocat du diable » qui consiste en une personne ou un groupe qui aura pour mission de s'interroger sur les cas opposés, les discordances, les irrégularités, les manques. Il veillera à ce que ne soit prise aucune décision sans que, au cours de la réunion, « soit présentée et débattue une contre-proposition minoritaire »²⁴.

Par ailleurs il convient d'être attentif à l'illusion de l'unanimité en raison du biais de communication silencieuse. Certaines personnes constituent une véritable plus-value mais n'osent pas parler. Plutôt que de demander qui souhaite prendre la parole, il convient alors de privilégier les tours de table pour que chacun se sente légitime à exprimer son avis.

3.2.3 Renforcer et entretenir la cohésion de groupe

De la cohésion de groupe dépend l'efficacité des mesures prises et de leur exécution. Jacques Orvain²⁵ met en avant le terme de Qui-Vive organisationnel, pour décrire une alerte collective mêlant attention et action. Cet engagement de l'équipe n'est possible que si une véritable cohésion est présente au sein de celle-ci.

La cohésion de groupe permet d'activer une notion importante en situation de crise : la solidarité. Les décideurs doivent donc veiller à instaurer et entretenir un climat de confiance et le sentiment d'appartenance au sein des équipes. Il est à noter que la notion d'équipe ne doit pas elle non plus être figée dans les organisations en cas de crise. En effet le découpage notamment des pôles en situation ordinaire peut ne pas être pertinent en situation extraordinaire. Certains services ou une partie de certains services appartenant à différents pôles peuvent ainsi travailler en étroite collaboration tels que le service des urgences, la réanimation, l'imagerie, le laboratoire d'analyse.

Néanmoins, pour exister un groupe doit se structurer, mais il n'est pas forcé de le faire autour d'un individu unique, positionné au-dessus de l'équipe. Il est ici fait référence au leader qui contrairement au responsable hiérarchique, peut être différent d'une situation à

²³ Hélène Landemore et de Scott, « les contextes de pure résolution de problèmes »

²⁴ Christian Morel

²⁵ Orvain, Jacques. « Le Qui-Vive organisationnel : une forme de structuration du lien attention-action », *Management*, vol. 17, no. 5, 2014

l'autre ou au court d'une même période. Le leadership ne se désigne pas, il se révèle face à une difficulté ou une situation particulière. Sans toutefois entrer dans une définition stéréotypée, le leader doit détenir plusieurs qualités ou soft skills tels que la définition d'objectifs clairs et atteignables, la capacité à motiver et donner du sens au travail, à convaincre plutôt que contraindre, à être sûr de soi tout en sachant se remettre en cause ou encore à favoriser la cohésion sociale pour permettre la cohésion technique.

Par ailleurs, la cohésion de groupe favorise la résilience. Elle est définie comme la capacité à surmonter les chocs traumatiques. Ainsi, comme Weick le souligne, il est sans doute plus important « d'avoir un partenaire plutôt qu'une organisation quand vous combattez des incendies ».

La place plus ou moins importante laissée à l'intelligence collective ainsi que son degré d'autonomie dépendent bien évidemment du contexte. Car si les mesures prises sont trop créatives, elles peuvent apparaître comme irréalistes alors que le Directeur d'Hôpital doit concilier toutes contraintes y compris financières.

3.3 Communiquer de manière pertinente et adaptée

Tout comme chaque crise est différente, chaque communication de crise l'est également. C'est la raison pour laquelle il n'est pas question ici de lister l'ensemble des pistes d'amélioration, mais il est préférable de s'arrêter sur certains points de vigilance auxquels un décideur doit être attentif et ce quel que soit la situation de crise à laquelle il est confronté.

Tout d'abord, la communication n'étant pas l'information, il est impératif de s'assurer que le message a bien été reçu; c'est le feed-back. Ce dernier, par ailleurs considéré comme une marque de reconnaissance, permet d'être certain que l'ensemble des interlocuteurs se soient bien compris et aide à faire le point sur les objectifs fixés, le travail d'équipe et permet de corriger ou réajuster la trajectoire le cas échéant. Le feedback passe notamment par l'écoute active et la reformulation des idées.

Ensuite, si la prise de décision est mise à mal en période de crise en raison de l'incertitude il est néanmoins nécessaire de pouvoir s'appuyer sur des informations fiables, même temporaires. Aussi, il est indispensable de mettre en place une remontée d'information pertinente, rapide et centralisée, telle que la création d'une adresse mail dédiée « crise COVID-19 », dont la veille est assurée 24h/24 et 7 jours/7. Il faut également lutter contre le silence organisationnel qui désigne une situation où des informations importantes sont disponibles au niveau du terrain, mais ne remontent pas. Cela s'explique notamment par l'ancrage de la culture de la faute et la peur de la sanction, les effets du

conformisme dans un groupe, ou encore la faible connaissance technique du terrain par les décideurs, qui ne comprennent pas l'enjeu des alertes qui leur parviennent.

Par ailleurs, communiquer les décisions et les grandes orientations qui sont prises au sein de l'établissement est indispensable pour que celles-ci soient exécutées, mais également parce que la transparence est aujourd'hui un enjeu important dans les relations de confiance entre les décideurs et les acteurs. Mais prôner la transparence ne signifie pas pour autant transmettre toutes les informations, à tous les acteurs et à tout moment. Outre certains éléments qui ne peuvent être transmis (ex : secret médical, secret défense ...) l'information doit être adaptée et accompagnée.

L'accompagnement des informations rejoint la Théorie des perspectives²⁶ qui stipule que le jugement des professionnels sur les choix réalisés n'est pas sur les données elles-mêmes mais sur leur reformulation en termes de connaissance. C'est la raison pour laquelle la communication de proximité est indispensable car elle facilite l'appropriation par les équipes de la stratégie mise en place et leur permet de comprendre en quoi leur contribution individuelle est importante, ce qui valorise leur travail et renforce leur engagement et le sentiment d'appartenance. Cette communication « personnalisée » bénéficie également aux dirigeants qui s'assurent que les équipes travaillent dans la bonne direction et renforcent leur image de leader. Plusieurs axes de travail permettent d'améliorer la communication de proximité, dont l'accompagnement des managers de proximité pour développer leur aptitude à communiquer de façon adaptée avec leur équipe, ainsi que la mise à disposition d'espaces de dialogues réguliers et neutre.

Ensuite les établissements doivent impérativement être acteurs de leur communication. Ils doivent apprendre à communiquer brièvement mais rapidement et par les bons canaux pour faire face à l'instantanéité des médias et des réseaux sociaux. Ainsi, initier une conférence de presse permet de canaliser et maîtriser la transmission d'information. En effet le droit de réponse ou les démentis ne suffisent pas à neutraliser, voire atténuer les conséquences parfois catastrophiques des « fake news » ou « infox ». Nous sommes malheureusement dans une aire de post vérité dans laquelle les faits objectifs ont moins de valeur que les appels à l'émotion et aux opinions personnelles.

Enfin, diversifier les sources d'information permet à la fois de toucher un nombre plus important d'interlocuteurs, de répéter l'information mais également d'éviter les biais de perception. S'il est parfois nécessaire que certaines décisions institutionnelles soient transmises via une note d'information co signées par le Directeur Général et le Président de la CME, certaines informations nécessitent en parallèle une communication moins « protocolisée ». Des débats et conférences permettront de rassurer les acteurs qui

²⁶ KAHNEMAN D., TVERSKY A. [1979], Prospect Theory : An analysis of decision under risk, *Econometrica*,

pourront poser des questions, des affiches indiqueront l'essentiel des gestes à retenir, un bulletin d'information sera consultable à tout moment, quant aux réseaux sociaux ils alerteront rapidement les plus connectés. Il faut néanmoins être vigilant à l'abondance des sources d'information qui peut manquer de cohérence ou conduire à des contradictions, ainsi qu'à la temporalité de leur diffusion. Ainsi, est-ce pertinent de publier une note la veille d'un WE si cela implique une réorganisation importante dans les équipes dès la semaine suivante ?

Conclusion : du chaos naîtra l'opportunité

Les crises révèlent de nombreux éléments : la capacité à prendre des décisions, à faire confiance, à agir, à être résilient ou encore à maintenir la qualité et la sécurité des soins des patients.

Celle que nous venons et que nous continuons à traverser a bien évidemment exacerbé des dysfonctionnements latents dans les structures. Mais nous devons retenir de ces derniers plusieurs leçons.

Tout d'abord, le système de santé et plus particulièrement l'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage de Direction a « tenu bon » pour reprendre les termes cités par les acteurs que j'ai rencontrés. Certains facteurs ont bien entendu contribué à maintenir la qualité et la sécurité des soins, au titre desquels l'opportunité de pouvoir malgré tout bénéficier d'une forme d'anticipation du fait de ne pas être situé dans une des régions qui ont été le plus rapidement et le plus intensément touchés. L'établissement a donc pu apprendre de l'expérience des établissements les plus impactés, dans les régions de l'Île-de-France et le Grand Est. Le deuxième facteur est que l'une des contraintes particulièrement fortes dans les établissements de santé, a durant la crise pour ainsi dire été neutralisée : c'est la contrainte financière. Si les décisions ont pour autant été parfois complexes à prendre, l'absence de restriction budgétaire a permis une souplesse organisationnelle inédite en termes de ressources, à la fois humaine et matérielle. Enfin, et comme l'auteure ne cessera de l'affirmer, les professionnels hospitaliers, qu'ils soient soignants ou non, ont démontrés une fois de plus leur compétence et leur engagement à servir l'hôpital public et à prendre soin des patients.

Par ailleurs, traverser une crise sanitaire permet de mettre en avant les points de faiblesse d'une organisation, ce qui constitue une véritable chance, celle de pouvoir s'améliorer d'avantage.

La « Covid-19 » a également démontré à l'ensemble des acteurs qu'il est possible de faire face à l'imprévu, que nous avons au sein de nos établissements les capacités de le faire. Il est possible dans certaines conditions de modifier les organisations, rapidement et avec efficacité. L'hôpital et ses directeurs peuvent faire preuve de pragmatisme lorsqu'ils ne s'enferment pas dans une bureaucratie enlisante et parfois décourageante. Ainsi certains projets en attente depuis plusieurs années ont été facilités grâce à la mise à disposition de nouveaux moyens, y compris normatifs (ex : télémedecine et téléconsultation), mais également parce que la situation de crise nous a forcé à rechercher de nouvelles organisations plus performantes. En cela nous pouvons dire que la « Covid-19 » est en quelque sorte un accélérateur décisionnel.

Sans doute les professionnels n'appréhenderont plus l'imprévu de manière identique, d'autant plus que si nous sommes sortis du plus fort de la crise, cette dernière reste à ce jour active. Si rien ne sera jamais complètement prévisible, nous avons pris un virage pour commencer à envisager l'inenvisageable et réfléchir à comment s'y préparer. A titre d'illustration, le CHU de Clermont-Ferrand prévoit la formation des acteurs à la communication de crise. L'incertitude doit devenir un élément structurel de nos organisations et non plus conjoncturel. Il semble que le retour à la normal ne soit définitivement plus possible, car le présent a été irrémédiablement modifié²⁷.

« Imaginer le pire pour qu'il n'arrive pas; prophétiser le malheur pour éviter qu'il ne se réalise ».

Hans Jonas, « principe de responsabilité ».

²⁷ Michel Seyres, Le temps des crises.

Bibliographie

Nicolas, Michel, Karine Weiss, et Stéphane Héas. « Le leadership dans les situations extrêmes », *Inflexions*, vol. 3, no. 2, 2006, pp. 183-198.

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*, vol. 726, no. 2, 2019, pp. 5-30.

Lagadec, Patrick. « Crises « hors cadres » : oser un enseignement », Emmanuel Hirsch éd., *Traité de bioéthique. I - Fondements, principes, repères*. ERES, 2010, pp. 469-485.

Lagadec, Patrick. « Gestion de crise : nouvelle donne », *Sécurité et stratégie*, vol. 10, no. 3, 2012, pp. 50-52.

Montuori, Alfonso. « Créativité et complexité en temps de crise. Un choc des mentalités », *Communications*, vol. 95, no. 2, 2014, pp. 179-198.

Silberzahn, Philippe. « Comment décider et prospérer dans un monde de surprises ? », *Le journal de l'école de Paris du management*, vol. 135, no. 1, 2019, pp. 8-15.

Claire Georges-Tarragano, Daphné Soffer, Nazmiye Aras, Maroua Atwa, Mario, Castié, Harold Astre, Denis Mechali « La méthode SIMPLE pour les situations complexes » - *Gestion hospitalière* Numéro 592 - janvier 2020

L'essentiel de la culture de sécurité – Institut pour une culture de sécurité industrielle (ICSI)

Le management en santé – Michel LOUAZEL, Alain MOURIER, Erwan OLLIVIER, Roland OLLIVIER – Presses de l'EHESP

Comportement humaines et management – Collectif Pearson

La boîte à outils de la prise de décisions, Jean-Marc SANTI, Stéphane MERCIER, Olivier ARNOULD, Dunod

Thuderoz, Christian. Décider à plusieurs. Presses Universitaires de France, 2017

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, vol. 726, no. 2, 2019, pp. 5-30.

Site du ministère de la santé et des solidarités : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Rapport d'étape par la Mission d'Information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19

Plan blanc du CHU de Clermont-Ferrand.

Liste des annexes

Annexe 1 : Support d'entretien semi directif effectué auprès des professionnels hospitaliers.

1. Durant votre carrière et au vu des fonctions que vous exercez vous avez sans doute dû gérer des situations de crise, en quoi diriez-vous que celle-ci est différente ?
2. Qu'est-ce qui vous a paru le plus difficile dans ce contexte pour prendre des décisions ?
3. Si vous deviez faire un bilan « à chaud » de la gestion globale de la crise au sein de l'établissement, qu'en pensez-vous ?
4. Connaissez-vous les dispositifs existants pour faire face à la crise ? Vous ont-ils paru adaptés ou pertinents pour faire face à cette crise sanitaire ?
6. Que retiendriez-vous des dispositifs mis en place sur l'établissement pour gérer la crise et qui vous semblent importants à maintenir ? quels sont les dispositifs à améliorer ? Quels sont ceux manquants ?
8. Qu'est-ce que pour vous une bonne décision ? Est-elle différente en temps normal et en temps de crise ?
9. Ou se situe le bon niveau de prise de décision ? Est-ce différent en temps de crise ?
10. Quels sont les vecteurs qui vous paraissent les plus pertinents pour diffuser de l'information? En période normale / en période de crise
 - Notes de services, courriers de la direction, protocoles ...
 - Mails professionnels
 - Bulletin d'information, gazettes
 - Site intranet
 - Réseaux sociaux
 - Autres
11. Pensez-vous que cette crise aura changé votre manière de prendre des décisions ?
12. Pensez-vous que cette crise aura changé votre manière de manager ?

RIZZO

Sandy

Octobre 2020

Elève Directrice d'Hôpital

Promotion 2019-2020

Décider face à l'incertitude l'exemple de la crise sanitaire « Covid-19 »

Résumé :

Depuis le mois de mars 2020 , les établissements de santé font face à une gestion de crise sanitaire hors norme : celle dite de la « COVID-19 ».

Cette dernière est exceptionnelle à plus d'un titre : de par son ampleur, sa rapidité, sa durée et ses conséquences qui ont mis à mal le système de santé. Elle a engendré une tension forte sur les réanimations et certains médicaments et dispositifs médicaux. L'une des caractéristiques prégnantes de cette crise sanitaire est la forte incertitude quant à son évolution, obligeant ainsi les établissements de santé à s'adapter sans cesse.

Cette instabilité rend complexe le processus décisionnel. En effet si la gouvernance peut s'appuyer sur les outils d'anticipation et de gestion de crise existants au sein de l'établissement, dont le plan blanc, elle n'est pas préparée à faire face à l'inimaginable. Pour autant, si l'hôpital et ses professionnels doivent apprendre à changer de regard sur les crises sanitaires et à mobiliser certaines ressources aujourd'hui peu exploitées, il s'avère qu'ils ont fait et font encore aujourd'hui preuve d'une extraordinaire résilience face aux difficultés.

Mots clés :

Gestion de crise, décisions, décider, incertitude, gouvernance, COVID-19, plan blanc, communication, adaptation, intelligence collective, anticipation, planification.

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.