



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : **2020 – Caroline AIGLE**

Date du Jury : **Décembre 2020**

**La situation de crise : une opportunité
managériale pour le directeur des
soins**

Frédéric MOUCHON

Remerciements

Je tiens à remercier,

Tous les professionnels qui ont accepté de partager leurs expériences personnelles et m'ont accordé de leur temps pour réaliser des entretiens dans un contexte particulier,

Madame Padellec, dont les conseils avisés et sa disponibilité m'ont permis tout au long de cette année particulière de progresser dans mon cheminement et l'écriture de ce travail,

Les directeurs des soins, maîtres de stages, auprès desquels j'ai acquis des compétences qui me permettront d'appréhender sereinement ma prise de fonction,

Claudie, Fabienne et Géraldine pour tous ces moments de complicité, de partage et d'amitié,

Et tout particulièrement, Sylvaine, Elliot, Lucas et mes parents pour leur soutien indéfectible et leurs encouragements à chaque instant durant ces dernières années.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES APPORTS CONCEPTUELS	5
1.1 La notion de crise	5
1.1.1 Les caractéristiques de la crise.....	6
1.1.2 Les critères essentiels d'une crise	7
1.1.3 Le risque, indissociable de la notion de crise	8
1.1.4 Les prises de décision en gestion de crise	9
1.1.5 Organisation des établissements de santé en situation de crise	10
1.1.5.1 Le "Plan Blanc d'Établissement", outil de préparation à la gestion de crise	10
1.1.6 La cellule de crise	11
1.2 La résilience	12
1.2.1 Vers un retour à la stabilité	12
1.3 L'apprentissage organisationnel.....	14
1.3.1 La circulation des informations liées aux compétences.....	14
1.3.2 Le directeur des soins et son rôle dans l'accompagnement managérial	16
2 L'ENQUETE DE TERRAIN	18
2.1 Méthodologie de la recherche	18
2.1.1 Phase exploratoire	19
2.1.2 Réalisation de grilles d'entretiens	19
2.1.3 Les entretiens semi-directifs	20
2.1.4 Population interrogée	21
2.1.5 Les difficultés de l'enquête.....	22
2.2 Analyse des résultats de l'enquête.....	22
2.2.1 Une gestion de situation de crise qui impacte les modalités d'accompagnement de l'encadrement	22
2.2.1.1 La crise, une définition qui varie selon les professionnels	22
2.2.1.2 Les enseignements de la crise.....	25
2.2.1.3 Continuité des soins et parcours de soins	27
2.2.2 L'innovation managériale au service de l'intelligence collective	28
2.2.2.1 Compétences et connaissances pour manager en situation de crise.....	28
2.2.2.2 Innovation managériale.....	30
2.2.2.1 L'apprentissage organisationnel et l'intelligence collective	32
2.2.3 Le retour à la normale et l'enjeu de la résilience	35
2.2.3.1 L'accompagnement des équipes	35
2.2.3.2 Interactions et flexibilité.....	37
2.2.3.3 Les outils utilisés	39

2.3	Synthèse de l'analyse et réponses aux hypothèses	42
2.3.1	Une opportunité pour renforcer l'anticipation et la réactivité.....	42
2.3.2	L'innovation au service de l'autonomie et de la collaboration.....	42
2.3.3	Le rôle de l'information dans la résilience et la montée en compétences	43
3	PROPOSITIONS D' ACTIONS A METTE EN PLACE PAR LE DIRECTEUR DES SOINS	45
3.1	La politique de management	45
3.1.1	La confiance comme levier managérial	46
3.1.2	L'organisation apprenante en soutien des équipes d'encadrement	47
3.2	La communication managériale.....	49
3.2.1	Une communication qui donne du sens à l'action de l'encadrement.....	49
3.2.2	Une cartographie des compétences au service du collectif.....	50
3.3	La formation pour développer l'acculturation à la gestion de crise.....	51
3.3.1	Des exercices et de la simulation pour développer les compétences	52
	CONCLUSION	54
	BIBLIOGRAPHIE	57
	LISTE DES ANNEXES.....	I
	Annexe I : Guide d'entretien des cadres et cadres supérieurs de santé	II
	Annexe II : Grille d'entretien semi-directif de directeur des soins et coordonnateur général....	III

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CCH	Cellule de Crise Hospitalière
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHG	Centre Hospitalier Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CS	Cadre de Santé
CSP	Code de Santé Publique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EI	Évènement Indésirable
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HJ	Hôpital de Jour
ORSAN	Organisation de la Réponse du Système de santé en Situation Sanitaire Exceptionnelle
ORSEC	Organisation de la Réponse en Sécurité Civile
PSE	Plan de Sécurisation d'Établissement
RETEX	Retour d'Expérience
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SSE	Situation Sanitaire Exceptionnelle

Introduction

La survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE - terme consacré depuis 2016 dans la loi de santé publique) est une éventualité à laquelle tout établissement de santé peut être confronté et doit se préparer. Ces derniers mois, notre système de santé dut faire face à une crise épidémique exceptionnelle par son ampleur, son évolution et sa durée. Après une rapide installation, les évènements qui se sont succédés, ont perduré, bousculé les repères et généré des tensions hospitalières plus ou moins marquées, selon les régions.

Passée la phase de désorganisation liée à l'imprévisibilité de la situation, la montée en puissance des besoins a imposé une forte adaptabilité des organisations, des professionnels de santé et des personnels d'encadrement. Ces derniers, habitués à mener des réflexions autour des parcours de patients et de l'amélioration de la coordination entre les acteurs, ont dû modifier en profondeur l'organisation des activités de soins pour mettre en place des actions permettant d'anticiper et d'éviter la rupture - ou son éventuelle survenue – et de maintenir ainsi les capacités d'intervention.

La mise en place d'une gestion graduée pour répondre à la nature de l'évènement s'inscrit dans une dynamique dont l'objectif est d'apporter une réponse aux besoins en santé de la population, tout en gardant les exigences de qualité et de sécurité des soins. Dans ce contexte particulier, notre expérience de cadre supérieur de santé (CSS) habitué à coordonner les activités de soins et le travail des professionnels de santé, a été bousculée en nous renvoyant à des logiques de risques et de dégradations potentielles de la qualité des organisations pouvant avoir un impact fort sur la qualité et la sécurité des soins. La gravité de la crise, pouvant remettre en cause les capacités mêmes de l'établissement à assurer son propre fonctionnement, est devenue une préoccupation de premier plan, que le directeur des soins et les cadres d'unités ont dû intégrer conjointement dans leur mode de management en se rapprochant pour mieux répondre à la crise. Comme le souligne I. SAINSAULIEU (2012)¹, les situations de travail des professionnels de santé peuvent créer des effets collectifs au sein desquels les dimensions d'équipe, de solidarité, de complémentarité, d'accessibilité et interactivité augmentent la capacité des équipes à se rassembler contre une menace extérieure.

Le déclenchement du plan de mobilisation interne, complété par le Plan Blanc, a permis d'apporter des solutions pour maintenir l'activité courante et garantir la qualité et la sécurité des soins pendant la crise. Cependant, quel que soit le niveau de préparation face à la survenue d'une telle situation, les transformations qui ont été mises en place, dès le

¹ SAINSAULIEU I., (2012), *La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ?* Revue française de sociologie, Vol.53, p. 461-492.

début et qui ont été accompagnées par les équipes d'encadrement, ont modifié les organisations et les relations interprofessionnelles.

Ainsi, la gestion d'un tel évènement, inattendu, renforce le rôle de la direction des soins dans sa mission de structuration organisationnelle devant permettre de garantir la continuité des soins. Les repères managériaux ont été déplacés par la mise en place d'organisations inhabituelles et l'apparition de situations génératrices d'incertitudes qui ont nécessité des réflexions plus poussées entre tous les acteurs du soin, et hors du soin. A la différence d'une SSE qui s'inscrit dans un management maîtrisé et performant, la crise a impacté significativement l'activité des cadres de santé hospitaliers. Selon LOUAZEL, M., MOURIER, A., OLLIVIER, E., OLLIVIER, R. (2018)², elle « [...] réunit l'urgence et la déstabilisation. Elle combine déferlement de difficultés, dérèglements dans le fonctionnement des organisations, divergences dans les choix fondamentaux. ». Elle est le reflet de la rupture d'un équilibre.

Dans ce contexte, l'accompagnement assuré par le directeur des soins (DS) a eu pour objectif d'identifier rapidement des remontées d'informations et des difficultés issues du terrain afin de les intégrer dans les processus décisionnels. Le référentiel métier du directeur des soins de mars 2010 prévoit d'ailleurs que ce dernier, sous l'autorité du directeur d'établissement, organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique de soins de l'établissement, coordonne l'organisation et la mise en œuvre de l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins, et contribue [...] à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement³.

La collaboration développée avec les équipes d'encadrement de proximité s'est appuyée sur la transversalité des connaissances et la prise en compte de problématiques de toutes natures. Un espace plus large a été laissé aux solutions managériales innovantes, à la prise d'initiatives, à la prise de décisions, à l'anticipation et à l'autonomie. Ainsi, les questions relatives à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins en situation de crise ont fait l'objet d'une adaptation continue pour répondre aux besoins et devancer les évolutions. Les modifications organisationnelles déployées pendant la période la plus difficile de la crise sont le résultat d'une co-construction dans laquelle le directeur des soins a laissé une latitude nouvelle aux cadres supérieurs de santé et cadres de santé pour apporter les réponses adaptées aux besoins des usagers et des professionnels de santé. La soudaineté de cette crise et l'absence de repères ne permettant pas de modéliser des solutions « clefs en main », transposables, a imposé à chaque organisation la mise en

² LOUAZEL, M., MOURIER, A., OLLIVIER, E., OLLIVIER, R. (2018), *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé*, Les Presses de l'EHESP p. 496

³ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

œuvre de solutions spécifiques et à puiser dans ses aptitudes à faire face et à apporter les réponses managériales ajustées à une situation inédite.

Lors des deux premiers stages réalisés dans le cadre de la formation de DS à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), nous avons pu observer, à l'occasion de retours d'expériences, suite à la crise sanitaire (RETEX), que nombre de cadres et cadres supérieurs de santé ont exprimé le besoin d'avoir à leur disposition plus d'outils formalisés reprenant l'ensemble des typologies de situations imprévues face auxquelles ils pourraient être confrontés. Force est de constater que les documents institutionnels mis à disposition (plan de mobilisation interne, Plan Blanc, notamment) ne semblent pas apporter toutes les réponses à leurs questionnements ; ils déclarent d'ailleurs ne pas avoir été associés à leur élaboration et reconnaissent ne pas en maîtriser tous les contenus, alors qu'ils en sont les acteurs de premier plan.

Cette situation, préoccupante, a été particulièrement notable au début de la crise et ce, jusqu'à ce que les repères managériaux permettent la mise en œuvre de réponses sanitaires et organisationnelles mieux adaptées aux besoins, tout en anticipant ceux à venir. Notre expérience nous a montré que la mobilisation autour de ces sujets varie selon les établissements en fonction de leur niveau de développement et de maturité de la culture de crise. Cependant, le positionnement du directeur des soins pendant cette période de doute et d'instabilité est important pour coordonner et prioriser les actions situées en dehors des repères habituels et éviter la perte du sens de l'action. La dynamique managériale mise en place pendant la période de crise contribue donc au développement de l'anticipation, de la créativité et de l'adaptabilité des équipes d'encadrement, capacités qui seront mobilisables en toutes circonstances, lors du retour à une situation normale, dans une forme de résilience. Par conséquent, pour maintenir un équilibre organisationnel en situation de crise, il faut une capacité à apprendre de cette situation et à capitaliser dessus pour mieux résister à l'inattendu et ne pas répéter des modèles obsolètes.

Au regard de l'ensemble de ces constats, nous pouvons nous questionner sur la représentation qu'ont les cadres de leur rôle dans la préparation d'une gestion de crise et sur le lien qui peut exister entre le management du directeur des soins et l'appropriation d'une « culture de crise » en situation sanitaire normale.

La question centrale de notre recherche vise à comprendre **en quoi l'accompagnement mis en place en situation de crise par le directeur des soins peut-il modifier le management des cadres de proximité lors du retour à la « normale ».**

Les hypothèses que nous allons explorer dans des approches théoriques et exploratoires sont les suivantes :

- **Hypothèse 1** : Les modes d'accompagnement mis en place par le directeur des soins en période de crise contribuent à l'optimisation des mesures à prendre lors du retour à une situation normale.
- **Hypothèse 2** : L'innovation managériale des cadres en situation de crise conduit le directeur des soins à exploiter ses effets en situation normale.
- **Hypothèse 3** : La dynamique managériale du directeur des soins en situation de crise influence les cadres de santé dans la construction de la résilience.

Dans une première partie, nous nous attacherons à apporter un éclairage théorique en prenant appui sur différents concepts de crise, d'apprentissage organisationnel, d'innovation managériale et de résilience. Puis, dans une seconde partie, nous exploiterons les données qui ont été recueillies lors des différents entretiens réalisés auprès de cadres de santé, cadres supérieurs de santé et directeurs des soins de trois établissements et confronterons les hypothèses.

Enfin, dans une dernière partie, les résultats obtenus nous permettront, le cas échéant, de proposer des pistes d'action et des préconisations en lien avec le métier de directeur des soins.

1 Les apports conceptuels

1.1 La notion de crise

Issu du latin *krisis*, phase où une maladie est à son paroxysme avant de basculer vers la guérison ou le décès, le mot « crise » appartient originellement au vocabulaire médical. C'est en observant tous les signes de cette maladie que le médecin doit alors prendre une décision, en grec ancien *krinein*, c'est-à-dire décider, choisir, trancher.

Entre le XVII^e et le XIX^e siècle, ce concept, utilisé uniquement dans le champ de la médecine, a pénétré peu à peu dans les sphères financières, économiques, politiques, psychologiques pour rendre compte d'une situation de rupture ou traduire diverses formes aiguës d'instabilité. Désormais, le terme de crise annonce l'état de mauvais fonctionnement d'un système devenu incapable d'assurer ses fonctions essentielles à cause d'éléments externes ou de caractéristiques internes.

Dans sa définition usuelle du mot *crise*, le dictionnaire « Robert » précise qu'il s'agit « d'une phase grave dans l'évolution des choses, des événements, des idées », renvoyant à un mécanisme évoluant en différentes étapes successives allant vers une rupture d'équilibre. Celle-ci est souvent connotée de manière négative, associant des événements difficiles à gérer, lesquels entraînent des conséquences fâcheuses dans « un processus qui, sous l'effet d'un événement déclencheur, met en éveil une série de dysfonctionnements ».⁴

Dès lors, abordée sous l'angle managérial, se pose la question de la « gestion de la crise ». Celle-ci devient essentielle dans le contexte institutionnel de l'hôpital où le maintien de la qualité et de la sécurité des soins est primordial. La crise « est un processus global à faible probabilité et fortes conséquences, pouvant entraîner des changements organisationnels importants. Ceux-ci peuvent être positifs ou négatifs en fonction du contexte et de la manière de gérer la crise »⁵. S'agissant de l'hôpital, il est à craindre qu'une telle rupture organisationnelle mette en péril les capacités mêmes de l'établissement à assurer sa mission de production de soins. C'est ce que pointe LAGADEC P. (1991)⁶, qui va plus loin encore en définissant la crise comme une situation qui menace les buts essentiels des unités de prise de décisions, réduit le laps de temps disponible pour la prise de décision et donc [...] surprend les responsables ».

⁴ ROUX-DUFORT C., (2000), *La gestion de crise, un enjeu stratégique pour les organisations*. De Boeck Université.

⁵ BOUMRAR J., (2010), *La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel*. Vie sciences de l'entreprise n° 185-186, 13-26.

⁶ LAGADEC P., (1991), *La gestion des crises. Outils de réflexion à l'usage des décideurs*. Ed. McGraw-Hill. p.51.

1.1.1 Les caractéristiques de la crise

Les crises peuvent s'appliquer à tous types de situations, cependant, leur nature, leur durée et les acteurs impliqués ont tous une influence importante sur le contexte opérationnel de la crise. Leur compréhension peut se réaliser à partir d'une approche de type « évènementiel » pour laquelle la crise est inattendue ou à partir d'une approche de type « processuel » pour laquelle la crise est le résultat d'un long cheminement.

Tableau 1 : différentes approches de la crise⁷

Approche évènementielle	<ul style="list-style-type: none">▪ Manifestation violente, période difficile, situation préoccupante, qui oblige à adapter une gouvernance spécifique pour revenir à une mode de vie usuel.▪ Évènements dont la probabilité d'occurrence est faible mais les conséquences fortes sur les organisations.▪ Évènements inattendus mettant en péril la réputation et le fonctionnement.
Approche par processus	<ul style="list-style-type: none">▪ Processus de transformation induit par une rupture majeure qui force à la restructuration des systèmes sociaux, technologiques et humains.▪ Conséquence d'une dégradation réelle ou supposée de la capacité des autorités à faire face à un évènement qui trouble le fonctionnement ordinaire de la société.▪ Moment transitoire et périlleux qui peut conduire à une rupture définitive entre deux états nécessitant de prendre dans l'urgence et avec discernement des décisions conséquentes soumises au jugement réel.

Notons également que ces notions d'incertitude ou d'imprévisibilité qui caractérisent la crise, sont très fortement liées à la perception qu'en ont les acteurs concernés. Attendue ou aboutissement d'un mécanisme continu et cumulatif de dysfonctionnements organisationnels dont les causes et les conséquences s'imbriquent pour rendre la situation complexe et instable, la crise est particulièrement difficile à piloter. Les phénomènes de rupture créés, d'apparence brutale, engendrent sur les organisations impactées, des effets de déstabilisation consécutifs aux notions d'incertitude, d'incohérence, de vulnérabilité et de surprise qui peuvent désorienter l'action des managers. Si elle semble inciter à l'urgence de la décision et, consécutivement à l'action de manière à modifier l'évènement afin de le rééquilibrer, HERMANN C.F notait en 1969⁸, que les phénomènes de crises sont une menace pour les responsables des unités de prise de décision. Selon son analyse, elle réduit le temps de réaction par le biais d'un effet de surprise, par définition difficile à

⁷ RATINAUD C., DUFES E., (2013), École Nationale Supérieure des Officiers de sapeurs-pompiers (ENSOP) - *Formation au management des situations de crise*.

⁸ HERMANN C.F., (1969), *Crisis in Foreign Policy : A Simulation Analysis*. Bobbs-Merrill Company.

anticiper. Dans ces conditions, la mise en place d'un processus décisionnel adapté aux actions qui devront être mises en œuvre pour revenir à une situation plus acceptable, comparable à un nouvel équilibre, est rendu difficile, bien que nécessaire.

1.1.2 Les critères essentiels d'une crise

La confrontation de l'hôpital avec une situation de crise indique que la SSE a été dépassée. Celle-ci se définit comme étant « la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise ».⁹ A minima, les critères mentionnés afin de définir une SSE, événement inhabituel ou méconnu, ampleur et gravités inhabituelles, forte médiatisation, sont présents dans la crise, mais ils sont insuffisants pour l'appréhender avec la pertinence nécessaire. D'autres viennent s'y ajouter afin d'en préciser le caractère spécifique et pouvant permettre d'en faciliter la compréhension de la survenue. CROCQ, L., HUBERSON, S., VRAIE, B. (2009)¹⁰ en citent sept. Ce sont :

- La rupture dans la continuité des événements.
- Le point de bifurcation.
- L'enjeu grave (pour l'intégrité, pour la vie, la liberté...).
- L'urgence de décision et une nécessité d'action rapide.
- Le contexte d'émergence dégradé (carence d'information, inadéquation des moyens, manque de contrôle).
- Le contexte de tension psychologique (stress) des individus et des groupes.

Pour les individus qui sont confrontés à une situation de crise, tous les événements évoluent rapidement. D'un instant à un autre, un événement intervient et engendre des évolutions génératrices d'incertitudes, en référence à leurs habitudes « d'avant crise » ou en rapport avec les éléments dont ils disposent mais souvent inadaptés à la situation nouvelle à gérer. Cette situation impose aux décideurs de puiser dans leurs capacités à s'adapter pour apporter les réponses appropriées à l'urgence de la situation et mettre en œuvre le « Cycle de Boyd » (Fig. 1) pour savoir quand une décision a été prise afin d'éviter

⁹ Instruction DGS/DUS/CORRUSS n° 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE.

¹⁰ CROCQ, L., HUBERSON, S., VRAIE, B., (2009), *Gérer les grandes crises*, 1^{re} ed. Odile Jacob. p. 124

de rester statique et réévaluer de manière systématique les décisions prises à l'aide du test de la boucle.

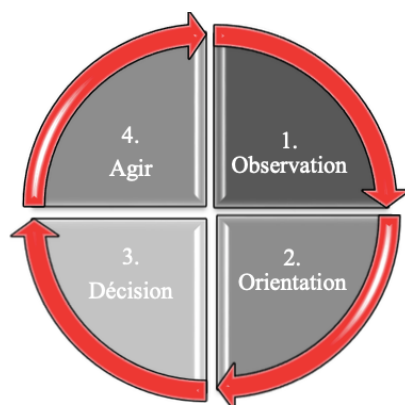


Fig. 1 : Cycle de Boyd ou boucle OODA.

1.1.3 Le risque, indissociable de la notion de crise

Pour anticiper une situation de crise, il est essentiel que chaque établissement « mène une démarche méthodologique d'identification, d'analyse et de hiérarchisation des risques qui peuvent impacter son fonctionnement pour élaborer un plan de réponse adapté et efficace »¹¹, sous la forme d'une cartographie des risques.

Les risques sont catégorisés et hiérarchisés selon deux sources principales :

- Les risques internes, qui correspondent à ceux qui sont une menace propre à chaque établissement, évalués en fonction de ses EI, de son DUERP, de sa certification HAS, des résultats d'audits internes ou de rapports d'inspection divers.
- Les risques externes, qui correspondent à ceux susceptibles d'impacter l'offre de soins au niveau régional, dans le cadre du dispositif ORSAN, ou au niveau départemental (ORSEC) dans le cadre des risques naturels et technologiques et dans le cadre de l'analyse des risques de toutes natures auxquels sont confrontés les SDIS.

Cette catégorisation des risques, en lien avec leur probabilité d'occurrence, doit permettre de définir le niveau de réponse que les établissements de santé sont en mesure de mettre en œuvre pour chacun des risques identifiés : **la notion de crise est donc indissociable de celle de risque.**

Cependant, la notion de crise doit être séparée de celle de SSE, car son imprévisibilité ne permet pas une préparation exhaustive des réponses. Ainsi, à l'échelle d'un établissement de santé, les décisions managériales prises en situation de crise auront pour

¹¹ Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles – 2019, Ministère des Solidarités et de la Santé p.34

objet, d'une part, d'éviter le dépassement des capacités de l'établissement à assurer ses propres missions et, d'autre part, de « rebasculer » en SSE, zone où le pilotage et la mise en œuvre des réponses sanitaires sont organisés et maîtrisés.

1.1.4 Les prises de décision en gestion de crise

Si la crise est structurellement complexe, elle l'est aussi à travers les contraintes qui pèsent sur sa gestion. Celle-ci repose sur le déploiement de stratégies liées à l'anticipation et à la présence de risques encore inconnus. Dans ces conditions, la prise de décisions appropriées est extrêmement difficile. Des informations peuvent donner lieu à des décisions alors même que la situation n'est pas encore stabilisée. Le traitement d'informations incomplètes et l'acceptation d'incertitudes sont donc des variables importantes à prendre en compte dans le management des crises. Ainsi, comme le fait remarquer J.M Hoc (1987)¹², en période de crise, les opérateurs, en l'occurrence les équipes d'encadrement en milieu hospitalier, doivent impérativement optimiser leurs actions, gérer leurs connaissances et leurs limites propres (leurs représentations), tout en prenant en compte le processus à gérer et ses évolutions potentielles qui peuvent varier dans des proportions de normales à critiques.

La complexité de certaines situations de crise demande aux gestionnaires de devoir faire face à des incertitudes qui nécessitent la création de définitions, de cadres, de normes et de repères stabilisés. Dans ce contexte, « il s'agit moins d'imaginer l'inimaginable que de s'entraîner à lui faire face » (RAYER J. cité par LAGADEC P. in Lagadec 2010). L'essentiel est de doser l'importance des situations et les objectifs recherchés et de considérer la gestion de crise comme un processus. L'acceptation de la part d'incertitude inhérente à toute activité est fondamentale pour gérer une crise avec efficacité. Cela nécessite la mise en place de savoir-faire organisationnels mais aussi d'une certaine flexibilité permettant d'autoriser une part plus ou moins importante d'incertitude.

Le contexte, tel qu'il est perçu par l'opérateur, joue donc un rôle important dans la planification des actions mises en place en gestion de crise et sur les hypothèses du déroulement de la situation dans le futur, selon ce qui est compris et selon le délai dont il dispose pour agir. Ces spécificités nous montrent qu'une situation de crise exige des savoirs et des savoir-faire particuliers (expertise) pour permettre une bascule rapide de la phase de diagnostic à celle de la mise en place d'action adaptées alors même qu'aucun objectif à atteindre n'est fixé.

Même en difficultés de crise, l'hôpital doit se réorganiser et modifier ses capacités de production de soins afin d'amortir au maximum les effets de la situation. Il ne peut et ne doit pas « tomber ». Cela générerait une crise dans la crise. Néanmoins, comme le font

¹² HOC, J.-M., (1987), *Psychologie cognitive de la planification*. Grenoble PUF.

remarquer LOUAZEL, M., MOURIER, A., OLLIVIER, E., OLLIVIER, R. (2018)¹³, si de nombreux acteurs ont un objectif collectif commun pour faire face aux nouvelles conditions, ils peuvent aussi mettre en œuvre des actions très différentes selon leur domaine d'activité. Mais des interdépendances et des interactions entre ces niveaux vont alors se créer et se renforcer à partir d'un partage d'informations issues de sources variées, aussi bien d'origine interne qu'externe. FALZON P. (1994)¹⁴ montre qu'afin que ces informations aient la portée attendue sur la prise de décisions et la mise en place d'actions adaptées, un processus de synchronisation entre les différents acteurs est nécessaire. Cette synchronisation a pour objectif de s'assurer que chacun a pris connaissance des faits et du contexte de la situation et partage un même savoir général, proche d'un référentiel commun donnant au collectif un rôle identique à celui des représentations individuelles. Ces connaissances communes vont permettre à chacun de comprendre ce que l'autre sait de la crise et ce que chacun est en mesure de faire.

Prendre des décisions, c'est apporter des réponses destinées à faire face à un événement. Comme nous l'avons évoqué en introduction, tous les établissements de santé doivent structurer leur organisation interne en accord avec cet objectif. La priorité est de garantir la continuité et la qualité des soins en mobilisant de manière la plus adaptée les ressources sanitaires en fonction de l'ampleur et de la gravité de la crise.

Le système de santé français est pourvu de différents dispositifs dédiés aux crises sanitaires et prévoit que « chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'évènement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'évènement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale »¹⁵.

1.1.5 Organisation des établissements de santé en situation de crise

1.1.5.1 Le "Plan Blanc d'Établissement", outil de préparation à la gestion de crise

Conformément à l'article L. 3131-7 du Code de la Santé Publique, le « Plan Blanc d'Établissement », format opérationnel des risques identifiés dans ORSAN (AMAVI¹⁶, NRC¹⁷, REB¹⁸, EPI-CLIM¹⁹, MEDICO-PSY²⁰), chaque établissement de santé a obligation

¹³ LOUAZEL, M., MOURIER, A., OLLIVIER, E., OLLIVIER, R., (2018), *Opcit.*

¹⁴ FALZON P., (1994), *Dialogues fonctionnels et activité collective*. Le Travail Humain p.299-312

¹⁵ Article L. 3131-7 du code de la Santé Publique modifié par la Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 - art.68

¹⁶ Accueil Massif de Victimes

¹⁷ Nucléaire, Radiologique, Chimique

¹⁸ Risque Épidémique et Biologique

¹⁹ Épisode Climatique

²⁰ Médico-psychologique

de se doter d'un Plan Blanc d'Établissement qui doit lui permettre « 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 SSE ». Le Plan Blanc est donc un des outils de gestion de crise qui formalise le niveau de préparation des établissements, attendu par l'ARS, sur la base d'une description détaillée de l'organisation prévue et anticipée en cas de survenue d'une situation exceptionnelle.

Comme précisé dans le guide d'aide à la préparation et la gestion des SSE de 2019, le déclenchement du Plan Blanc permet la prise en charge de patients lors d'évènements graves et inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'évènement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il est déclenché à la demande du directeur de l'établissement, ou, le cas échéant à la demande du directeur général de l'ARS.

Dans ce cadre, le Plan Blanc d'établissement définit notamment :

- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
- Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- Des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'orientation des patients ;
- Les modalités de communication interne et externe ;
- Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- Un plan de sécurisation et de confinement de l'établissement ;
- Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- Des mesures spécifiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

1.1.6 La cellule de crise

Sous l'autorité du directeur de l'établissement, la cellule de crise est l'organe de commandement du Plan Blanc. Elle est le poste décisionnel qui regroupe les principaux responsables de l'établissement qui assurent la coordination de l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. La cellule de crise assure la centralisation des informations, prend les décisions stratégiques nécessaires et délivre toutes les instructions, en conséquence. Ses principales missions consistent à :

- Analyser la situation,
- Coordonner les actions

- Décider pour répondre à la situation
- Adapter l'organisation et la continuité des soins
- Dimensionner les moyens matériels
- Assurer le suivi des victimes et des familles
- Sécuriser l'établissement
- Assurer le lien avec les autorités
- Communiquer en interne et en externe

En situation de crise ou en SSE, la production de soins et d'actes médicaux est réalisée dans un contexte qui sort de celui auquel sont habitués les professionnels de santé, compte tenu des priorités liées au temps et à l'espace. Le bouleversement des habitudes et des organisations génère, dans un premier temps, un niveau de déstabilisation important du fonctionnement classique de l'hôpital couplé à une remise en cause de ses capacités à faire face à la situation.

Dans un second temps, qui fait suite à cet épisode de bouleversement, l'organisation reprend progressivement un fonctionnement plus stabilisé en enclenchant le processus de résilience.

1.2 La résilience

Dans un contexte de crise où les conditions peuvent être extrêmes, la résilience va permettre aux organisations de santé de maintenir un équilibre organisationnel qui les rendra plus fortes et dotées de ressources nouvelles. La réussite de ce processus repose sur des mécanismes qui dépendent directement des facultés individuelles et collectives des acteurs pourvus d'une « capacité à surmonter des épreuves, à se développer et à se reconstruire après un traumatisme »²¹. La mise en œuvre de ces mécanismes renvoie à la notion de résilience. Celle-ci est la capacité à se relever après un choc très grave. La structure hospitalière va déclencher des mécanismes qui vont l'amener tout d'abord à résister, puis à s'adapter et, enfin à tirer parti du traumatisme vécu, en développant des réponses dont le degré de pertinence sera amélioré. Elle permet ainsi d'absorber le choc lié à l'imprévisibilité de la crise et au désordre qu'elle engendre, et d'offrir à l'organisation hospitalière la capacité d'apprendre et de capitaliser sur l'évènement.

1.2.1 Vers un retour à la stabilité

Du point de vue de la physique des matériaux, « la résilience est un terme employé [...] pour exprimer l'élasticité des matériaux qui leur permet de retrouver leur aspect initial après avoir absorbé un effort plus ou moins important. Au-delà de cette limite, il se déforme ou

²¹ CYRULNIK B., (1999). *Un merveilleux malheur*. Ed. Odile Jacob, Paris.

casse »²². Ainsi, comme nous l'avons décrit précédemment, les périodes de crise provoquent de nombreux changements générateurs de déstabilisation des organisations.

Passée la phase de chaos liée à l'incertitude, les organisations reprennent un fonctionnement proche de la normalité grâce au processus de résilience. Celui-ci est généré par les situations limites que la crise a imposées. Il s'agit en fait plutôt d'une capacité que d'un processus. Celle-ci permet d'assumer de manière plus souple le retour à des situations normales. Elle résulte d'une part, de la mise à l'épreuve de nos capacités générales lors d'une phase de grands pics de stress et, de l'autre, de la volonté d'exploiter cette expérience anxiogène pour mieux en surmonter les effets si elle devait se présenter à nouveau. Les problèmes rencontrés tout au long de la crise et qui auraient pu rendre chaque expérience difficile, stressante voire décourageante dans certains cas, sont abordés de manière positive dans la perspective d'en appréhender les effets visibles et de les exploiter dans une prochaine situation de retour à la normale.

Ainsi, la résilience n'est pas innée mais résulte d'un affrontement à des problèmes rencontrés durant des expériences ou des situations limites fortement impactées sur les plans professionnel et psychique. Les obstacles et l'adversité deviennent des opportunités capables de rendre l'équipe soignante plus efficiente. La prise de conscience de ses capacités et de ses points forts autant que de ses limites et des domaines dans lesquels elle est moins performante, constitue un ensemble de ressources mobilisables qui seront mieux rationalisées et mises en adéquation avec les nouveaux objectifs fixés. Une plus grande souplesse guidera la gestion de l'équipe. Cette souplesse peut prendre des formes diverses allant de la délégation de responsabilité au renforcement des acquisitions dans un domaine où les compétences sont moins saillantes. Ainsi, la flexibilité et l'adaptation sont des prérequis sur lesquels la résilience va prendre appui pour affronter les changements aigus qui caractérisent les phases de crise.

Sur un plan plus personnel, la résilience résultant d'une meilleure connaissance de soi-même, entraînera, par voie de conséquence, une meilleure organisation de ses objectifs individuels en tenant compte de ses propres capacités. Elle incitera à plus de patience dans la conduite de projets complexes ou déstabilisants où les progrès individuels pourront émerger et encourager le sujet à persévérer.

La résilience encourage à ne pas répéter des réponses du passé mais plutôt à les évaluer pour les enrichir dans la perspective d'élaboration de plans nouveaux grâce à la réalisation d'exercices et d'entraînements similaires à ceux utilisés en gestion des risques (méta-routines).²³ Afin de créer les conditions de la résilience possible, il paraît important et nécessaire d'anticiper les transformations de l'environnement en développant des capacités d'apprentissage organisationnel et de créativité par la mise en place de

²² RICHEMOND, A., (2003). *La résilience économique*, 1^{re} Ed. Éditions d'Organisation, Paris.

²³ LOILIER T, TELLIER A., (2003), *Gestion de l'innovation : comprendre le processus d'innovation pour le piloter*, Ed. EMS. Les méta-routines sont des procédures standardisées pour changer les routines existantes et en créer de nouvelles.

« processus collectif d'acquisition de connaissances et de pratiques participant au remodelage permanent de l'organisation »²⁴.

1.3 L'apprentissage organisationnel

L'apprentissage organisationnel est exploré depuis de nombreuses années en sciences de gestion et a pris une dimension particulière dans les organisations soumises à des environnements instables. L'apparition de crise dans le milieu sanitaire nous renvoie généralement à la survenue de situations de forte complexité faisant apparaître des questionnements nouveaux auxquels les pratiques managériales ont parfois des difficultés à répondre, tant les repères peuvent être bousculés.

L'approche conceptuelle de l'apprentissage organisationnel peut être divisée en deux dimensions, complémentaires l'une de l'autre :

- La première prend appui sur l'approche cognitive de l'apprentissage organisationnel, résultat des processus de réflexion réalisés par l'ensemble des acteurs de l'organisation.
- La seconde dimension considère que l'apprentissage organisationnel prend appui sur les échanges et les interactions qui ont lieu à l'intérieur de l'organisation, facilitant ainsi le partage des connaissances et des expériences.

Comme le souligne KOENIG G.²⁵, l'apprentissage organisationnel se définit comme « un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes. » Il prend appui sur l'organisation apprenante et sur le processus d'apprentissage à l'œuvre dans les organisations hospitalières.

1.3.1 La circulation des informations liées aux compétences

Au sein de chaque organisation, et à l'hôpital, tout particulièrement, toute compétence nouvelle détenue par une personne est susceptible de modifier les capacités de l'organisation à faire face et à gérer une situation, notamment en période de crise.

²⁴ DE LA VILLE V.I. (1998), *L'apprentissage organisationnel : perspectives théoriques*, Management et organisation des entreprises, Cahiers français n°287 p. 96-104

²⁵ KOENIG G., (2006), *L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux*, Revue française de gestion n° 160, p. 293-306.

Pour que cette dimension collective puisse être mise en action, il faut, d'une part, que la diffusion des nouvelles pratiques liées aux nouvelles compétences circule, et, d'autre part, que des relations soient créées entre ces nouvelles compétences et celles déjà en place.

Nous pouvons observer que l'apprentissage organisationnel prend une dimension importante dès lors que :

- Le nombre d'interprétation et de comportements face à une problématique augmente.
- Le nombre de personnes ayant acquis de nouvelles compétences utiles augmente.
- Un nombre élevé de personnes au sein d'une organisation comprend de manière identique les interprétations produites.

Comme nous l'avons cité précédemment, l'apprentissage organisationnel repose aussi sur la construction des relations entre des compétences déjà existantes et opérationnelles avec de nouvelles compétences. Ainsi, la résolution de problèmes en situation de crise passe aussi par la qualité et la maturité du réseau de collaboration qui existe entre les cadres de santé, les cadres supérieurs de santé et le directeur des soins.

Au sein de ce dispositif, les systèmes de connaissances en place, tacites ou formalisés, selon la distinction faite par Reix R. (1995)²⁶, permettent d'acquérir, de traiter et de stocker de nouvelles connaissances. Ces mécanismes se développent sur la base de circuits d'informations dont s'enrichissent les processus de décision. Le développement d'une organisation apprenante doit permettre à chacun des maillons de la chaîne d'encadrement de mobiliser de nouvelles connaissances et compétences utiles pour apporter les réponses adaptées. C'est ici que le DS devient un rouage essentiel en contribuant de façon significative au renforcement et à l'accroissement des connaissances du collectif, à condition toutefois que la flexibilité managériale de l'encadrement soit privilégiée. C'est en effet elle qui contribue à l'amélioration des pratiques en favorisant au mieux, leur mise en adéquation avec la situation de tension.

La question qui se pose est de savoir si cette flexibilité sera transférée en régime courant d'activités. Le DS devenant un acteur incontournable dans la réussite des opérations de transfert, un rappel de ses missions devrait nous permettre de nous éclairer davantage sur ses possibilités.

²⁶ REIX R., (1995), *Savoir tacite et savoir formalisé dans l'entreprise*, Revue française de gestion n°105, p. 17-28

1.3.2 Le directeur des soins et son rôle dans l'accompagnement managérial

En référence au décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, l'article 4 précise les missions du DS :

« Art. 4.-I. — Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce, **sous l'autorité du directeur d'établissement**, les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction.

« II. — Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à **l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement**, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la **politique des soins** infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« III. — Sous l'autorité du directeur d'établissement :

« 1° Il **organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement** ;

« 2° Il **coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités** de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en **assure l'animation et l'encadrement** ; [...]

« 4° Il **participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement**, à la conception, **l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins** ;

« 5° Il **contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement** de l'établissement ;

« 6° Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et **en tenant compte des compétences et des qualifications** ;

« 7° Il **participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu** dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ; [...]

Selon AUBERT N, GRUERE J.P, JABES J. et al. (2010)²⁷, toute organisation a besoin de « définir ce qu'elle fait, comment elle va le faire, pourquoi elle le fait et ce sur quoi elle va faire reposer ses efforts ». *Quoi, comment* et *pourquoi* sont les interrogations qui guident en permanence le pilotage stratégique du DS. Son rôle de premier plan dans la mise en œuvre des politiques de terrain que les équipes d'encadrement seront amenées à mettre en œuvre, influence la stratégie institutionnelle. Compte tenu que le DS dispose de « marges de manœuvre » lui permettant, tout en respectant ses missions, d'encourager les équipes d'encadrement à développer des pratiques innovantes révélées lors de débriefings, de nouvelles capacités apparaîtront qui pourront avoir des effets bénéfiques sur l'ensemble du fonctionnement de l'institution en situation de crise. Dans le cadre d'une politique managériale dynamique, ces capacités nouvelles pourraient, à leur tour, poursuivre leurs effets bénéfiques, lors de leur transfert et leur adaptation à des situations de retour à la normale.

²⁷ AUBERT N, GRUERE J.P, JABES J. et al., (2010), *Management des aspects humains et organisationnels*, 9^{ème} édition, PUF, Paris

2 L'enquête de terrain

Le positionnement institutionnel du DS le destine à renforcer l'implication des personnels d'encadrement dans la gestion des risques et dans la mise en œuvre de la politique de soins de l'établissement. En période de forte tension, le management qu'il met en place afin de faire face à l'ampleur et la gravité inhabituelle et inattendue de la nouvelle situation, devrait connaître des prolongements capables de subsister au-delà de la phase de crise et avoir des conséquences bénéfiques sur le management des cadres eux-mêmes lors du retour à une situation « normale ». La crise deviendrait en quelque sorte une opportunité dont le DS se saisirait pour en extraire des bonnes pratiques transférables en période de gestion "ordinaire" et mises à la disposition des cadres à des fins d'application. L'étude suivante a pour objectif de déterminer dans quelles conditions l'hypothèse générale selon laquelle l'accompagnement mis en place en situation de crise par le directeur des soins peut modifier le management des cadres de proximité lors du retour à un régime courant d'activités, est vérifiée.

Après avoir soumis un public de CS, CSS et DS à des questions ouvertes, les données recueillies ont donné lieu à une analyse qualitative tenant compte des trois catégories professionnelles interrogées. Les réponses ont été examinées dans la perspective des trois hypothèses opérationnelles qualitatives s'appuyant sur des questionnaires à destination d'un public, les données recueillies seront analysées selon les hypothèses opérationnelles rappelées ici :

1. Effets croisés : « Top-down et Bottom-up » : modes d'accompagnement mis en place par le directeur des soins en période de crise → optimisation des mesures à prendre lors du retour à une situation normale.
2. Effet « Top-down » : dynamique managériale du directeur des soins en situation de crise → influence les cadres de santé dans la construction de la résilience.
3. Effet « Bottom-up » : innovation managériale des cadres en situation de crise → conduit le directeur des soins à exploiter ses effets en situation normale.

2.1 Méthodologie de la recherche

L'objectif de la démarche est basé sur le postulat que le mode de management déployé par le DS en période de crise, influence celui des cadres de proximité au-delà de cette période, à travers le développement de nouvelles capacités (innovation managériale, résilience, acculturation) mobilisables en cas de réapparition de périodes de crise ou de situation sanitaire exceptionnelle.

Quatre phases se sont succédées dans l'élaboration de la méthode de recherche.

2.1.1 Phase exploratoire

Dans un premier temps, une phase exploratoire a été menée au centre hospitalier au sein duquel j'ai effectué mon premier stage. Elle avait pour objectif de déterminer le thème de l'étude et d'en dégager une problématique de recherche et formuler une hypothèse générale ainsi que des hypothèses opérationnelles. Cette phase exploratoire a été réalisée dans un réel contexte de crise sanitaire nationale, à un moment charnière de la vie institutionnelle de l'établissement, juste avant le déclenchement du Plan Blanc.

2.1.2 Réalisation de grilles d'entretiens

Après une première période d'étude documentaire (projet de soins, projet managérial, projet d'établissement, rapport de certification, Plan Blanc d'Établissement) et d'observations qui ont fait l'objet d'une analyse de situation, les questionnaires ont été réalisés. Ils comportent chacun quatre à six interrogations conçues de telle sorte qu'elles renvoient le plus fidèlement possible au contenu supposé de chacune des trois hypothèses opérationnelles. Ainsi, elles visaient à faire ressortir les thématiques suivantes :

- Le management du DS perçu par lui-même et par les équipes d'encadrement en situation de crise.
- L'innovation organisationnelle et l'intelligence collective en situation de crise et leurs évolutions au retour à un régime courant d'activités.
- Les outils mis en place pour faciliter le travail des équipes d'encadrement en situation de crise.
- La notion de résilience et ses effets sur la gestion des risques.
- L'impact de la crise sur la continuité des soins et sur les parcours de soins.
- La place du projet managérial au sein de l'établissement et son rôle en situation de crise.

Les questions ont été testées auprès d'un public identique à celui utilisé durant la phase expérimentale, soit deux coordonnateurs généraux des soins, deux cadres de santé et deux cadres supérieurs de santé dans deux établissements distincts. Après corrections, ajustements et reformulations, les questions définitives²⁸ ont été finalisées dans un souci de pertinence par rapport à chacune des thématiques explorées par les hypothèses opérationnelles.

Chaque grille d'entretien comprend 15 questions, regroupées en trois blocs correspondant aux trois hypothèses.

²⁸ Annexe I - Grille d'entretien semi-directif de cadre et cadre supérieur de santé, Annexe II - Grille d'entretien semi-directif de directeur des soins

Parallèlement à cette étape de confection des grilles d'entretiens, des recherches bibliographiques, couplées à différents ateliers encadrés par un enseignant chercheur de l'EHESP et un DS référent ont permis d'affiner la réflexion, d'argumenter l'intérêt professionnel de ce travail de recherche et de faciliter l'identification de la question centrale et des hypothèses.

2.1.3 Les entretiens semi-directifs

Les grilles ainsi réalisées ont donné lieu à des entretiens semi-directifs avec des CS, CSS et DS. Ce choix d'une enquête qualitative associée à des entretiens semi-directifs est une méthode d'investigation conseillée par QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (2011)²⁹ qui précisent qu'elle permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations [...], leurs lectures de leurs propres expériences* ».

L'ensemble des entretiens a été réalisé après une prise de rendez-vous, dans un lieu calme choisi par la personne interrogée, en tête à tête, afin de créer une relation de confiance et de faciliter les échanges. La confidentialité des informations a été assurée. Les entretiens ont été enregistrés après accord de la personne interrogée, et l'anonymat de tous les acteurs a été respecté. Il faut rappeler que les entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le contexte particulier où les établissements et les personnels interrogés étaient encore en tension, compte tenu de la situation épidémique toujours en cours.

Afin de préserver la dimension non verbale des entretiens qui permet d'ajouter aux échanges la perception d'éléments utiles tels que la posture, les rencontres physiques ont été privilégiées à celles téléphoniques.

Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription détaillée. Toutes les réponses ont été regroupées en catégories, en lien avec les thématiques étudiées dans le cadre conceptuel. Dans un second temps, les réponses catégorisées ont été mises en perspective avec nos trois hypothèses opérationnelles afin de répondre à la problématique de départ. Enfin, lors d'une dernière phase, les propos analysés pourront faire l'objet de préconisations professionnelles.

Afin d'éviter que la situation sanitaire présente au moment de la réalisation des entretiens, ne vienne influencer leurs contenus et ainsi créer un biais expérimental, un court préambule précédait chaque interview. Il visait à mettre à distance, autant que possible, le contexte singulier dans lequel chaque personnel hospitalier était plongé. Cette procédure avait pour objectif de limiter les possibilités d'association entre la crise en cours et la nature

²⁹ VAN CAMPENHOUDT L., QUIVY R., (2011), *Manuel de recherche en sciences sociales*- 4e Ed. Dunod.

des questions posées, en incitant les personnes interviewées à ne pas rattacher systématiquement l'une à l'autre, mais au contraire à faire abstraction de la crise pour se focaliser sur le sujet.

2.1.4 Population interrogée

Nous avons fait le choix de réaliser cette enquête au sein d'établissements de santé de tailles et d'activités différentes afin d'élargir notre échantillon en partant du principe que les situations de crise peuvent avoir lieu au sein de tout type de structure. Par ailleurs, la question de la culture de crise et de l'acculturation nous a paru pertinente à croiser entre des personnels exerçant en établissements de médecine, chirurgie, obstétrique et d'autres exerçant en psychiatrie.

Pour des raisons de commodité d'accès aux personnes interrogées, l'enquête s'est déroulée dans trois établissements situés dans une même région. Afin d'élargir au maximum les réflexions des personnels d'encadrements, nous avons privilégié la combinaison de trois types de structures sanitaires (CHU, CHG et EPSM). N'ayant évidemment aucune prétention de représenter « l'institution hospitalière », cet échantillonnage, limité à 11 professionnels au total³⁰ (1 DS, 2 CGS, 6 CS et 2 CSS), demeure modeste et ne prétend nullement fournir des conclusions généralisables à l'ensemble de la population représentée. Il se veut avant tout un travail préparatoire pouvant servir de base introductive à une recherche de plus grande ampleur.

Les entretiens réalisés ont concerné un DS exerçant en CHU, établissement (A), deux Coordinateurs Généraux des Soins (CGS) exerçant, pour l'un, au sein d'un CHG (B), et pour l'autre, au sein d'un EPSM (C) et de six CS dont deux exercent dans l'établissement A, deux dans l'établissement B, deux dans l'établissement C et deux CSS exerçant dans l'établissement C.

Les professionnels interrogés pour cette étude se répartissent comme suit :

	Établissement A CHU		Établissement B CHG		Établissement C EPSM	
DS 1 Age / ancienneté dans la fonction	DS1 49 ans / 3 ans					
CGS 1 et 2 Age / ancienneté dans la fonction			CGS 1 59 ans / 8 ans		CGS 2 57 ans / 11 ans	
CS 1 à 6 : Age / ancienneté dans la fonction	CS 1 38 ans / 1 an	CS 2 39 ans / 2 ans	CS 3 51 ans / 16 ans	CS 4 40 ans / 6 ans	CS 5 39 ans / 3 ans	CS 6 60 ans / 17 ans
CSS 1 et 2 Age / ancienneté dans la fonction					CSS 1 56 ans / 5 ans	CSS 2 48 ans / 2 ans

Tab. 1 : Population interrogée

³⁰ Cf. Tab. 1

2.1.5 Les difficultés de l'enquête

Plusieurs difficultés sont apparues durant la réalisation de ce travail. Effectuée durant une période sanitaire inédite avec une situation épidémique méconnue et vivement ressentie par les personnels soignants, notre recherche ne pouvait pas ne pas être marquée par ce contexte exceptionnel. Celui-ci s'avérait très prégnant et sa mise à distance a nécessité, de la part des personnes interrogées, de prendre de la hauteur alors que les effets de la SSE n'étaient pas terminés et le retour à la normale encore très incomplet. Les réponses formulées peuvent donc être affectées par une certaine confusion entre crise et SSE et il est possible qu'une plus grande distance temporelle avec la crise aurait permis l'émergence d'observations ou remarques moins connotées par la particularité des circonstances.

Afin de minimiser cet écueil, nous avons dû, au cours des entretiens, reformuler les questions et effectuer des relances afin de privilégier une expression professionnelle indépendante du contexte, dépourvue d'affects. Notons ici que le recours à des entretiens semi-directifs comme seul outil d'investigation a réduit la portée des analyses dans la mesure où celles-ci n'ont pas été croisées avec d'autres formes de questionnaires anonymes, par exemple.

Par ailleurs, il est possible que des réponses aient parfois été influencées par notre statut d'élève directeur des soins et que nos interlocuteurs aient anticipé inconsciemment nos attentes supposées.

Nous concluons ce point des difficultés en soulignant que les conditions matérielles (limitation du temps imparti et des déplacements en raison de l'épidémie de Covid-19 au moment de la réalisation des entretiens), ont imposé des contraintes non négligeables à l'enquête.

2.2 Analyse des résultats de l'enquête

Pour exploiter notre question de départ, nos trois hypothèses seront abordées du point de vue des cadres de santé, des cadres supérieurs de santé et des directeurs des soins à partir des données recueillies dans leurs réponses. Ce travail d'analyse par thématique permet de comprendre le positionnement et le sens que ces professionnels donnent à leurs pratiques au regard de leurs expériences respectives et des situations qu'ils rencontrent.

2.2.1 Une gestion de situation de crise qui impacte les modalités d'accompagnement de l'encadrement

2.2.1.1 La crise, une définition qui varie selon les professionnels

Pour le plus grand nombre des cadres de santé interrogés, la notion de crise et sa définition sont liées à la rapidité et à l'imprévisibilité de l'apparition d'une situation à laquelle ils ne sont pas habitués dans leurs pratiques courantes : « *C'est un évènement*

exceptionnel qui perturbe les activités de soins auquel personne n'est habitué à faire face (CS 1) » ; « c'est quelque chose de grave qui nécessite une modification des organisations et qui bouscule les repères (CS 3) » ; « je redoutais une crise, elle vient d'arriver, mais on n'est pas vraiment prêt à faire face, ni les soignants et ni les médecins...ni personne d'ailleurs. » (CS 4).

Pour les cadres de santé, la notion de crise est directement liée à celle de la SSE vécue pendant la période où les entretiens ont été menés. Dans ce contexte, les propos recueillis nous montrent que le concept de crise, tel que nous l'avons abordé dans la première partie de ce travail, n'est pas réellement dissocié de celui de SSE.

Pour deux cadres de santé, la crise n'est pas considérée comme étant une conséquence d'une SSE, mais le point de départ de la SSE : *« Nous n'avons pas vu arriver la situation actuelle, on était déjà en alerte et sous tension au niveau des lits depuis plus de deux semaines » (CS 2) ; « la crise était inévitable, compte tenu des besoins en lits et de nos capacités d'accueil [...] » (CS 1).*

La limite entre la SSE et la crise est mince, *« dès que le cadre de garde a alerté la Direction pour l'informer d'un afflux important de patients aux urgences, ça a été la panique à bord, on arrivait plus à gérer, on n'a pas réagi assez vite, alors que la veille, nous avions déjà alerté des difficultés à trouver des lits [...] » (CS 4).*

Les cadres ont tous relié la question de la gestion d'un afflux de patients au déclenchement du Plan Blanc, et la situation de crise à un évènement soudain, hors de contrôle, qui déborde largement des activités de soins produits en routine. Pour deux des cadres interrogés, une crise est un évènement non « prévu » dans le Plan Blanc, que l'institution devrait devoir gérer sans y avoir été préparée : *« dans un établissement psychiatrique, nous ne sommes pas préparés à devoir gérer une crise majeure comme une explosion, par exemple, nous n'avons pas de bloc, pas de service d'urgence, pas de matériel adapté ni de formations pour faire face à un évènement d'une telle gravité [...] » (CS 6).* Outre la relation mise ici entre les activités d'un établissement et la préparation à la survenue d'une crise, un cadre supérieur de santé positionne le Plan Blanc en vigueur au sein de l'EPSM comme « le document de gestion de crise » : *« Nous avons dû adapter notre Plan Blanc aux risques spécifiques de l'établissement, comme le risque d'inondation, qui est connu ici, mais on ne peut pas tout prévoir et tout écrire à l'avance dans le document de gestion des crises [...] » (CSS 2).*

Comme nous l'avons abordé précédemment, les CS et CSS interviewés font peu de différence entre « crise » et « SSE ». Cependant, les notions de durée, de nombre de personnes, d'impact sur les prises en charge, sur les parcours de soins sont systématiquement abordées lors de nos échanges, mais la notion de risque est celle qui est le plus mise en avant. La plupart des professionnels interrogés a fait le lien avec la culture du risque : *« [...] le directeur a déclenché le Plan Blanc. C'est une crise inhabituelle,*

on prend tous le risque de se faire contaminer, de contaminer un patient, ou un collègue, alors on met tout en œuvre pour limiter ce risque et stopper la crise. » (CS 5). La culture du risque répond, pour les deux cadres de l'établissement A, à un devoir de l'organisation de se protéger afin d'aborder toutes les situations de crise avec un maximum de sécurité : « la crise aurait pris une ampleur encore plus importante si les soignants des services à risques n'avaient pas eu tous les moyens de se protéger correctement [...] ».

Pour les équipes d'encadrement des établissements A et B, les crises vécues ont été synonymes de perturbations élevées des organisations, à des degrés plus ou moins élevés, selon le niveau d'implication de l'établissement. Cependant, tous ont fait part de l'importance du critère de la « durée » comme ayant eu un impact considérable sur le management des équipes, compte tenu du manque de visibilité à court et moyen terme : « [...] dès le début, on a réussi à gérer la situation de crise, le déclenchement du Plan Blanc nous a aidés pour assurer la continuité des soins mais au bout de plusieurs semaines, on a tous été un peu à court de solutions ». (CS 2)

A la différence des équipes d'encadrement, les DS et CGS, mettent en avant la provenance de la crise comme ayant une influence sur le mécanisme de crise, selon qu'elle est d'origine interne ou externe : « aborder la notion de crise nécessite déjà d'en connaître l'origine afin de déterminer quel mode d'action le plus adapté sera à déployer pour la juguler au plus vite » (DS 1). Nous sommes ici dans l'analyse de situation qui renvoie au cycle de Boyd³¹. La prise en compte des critères internes ou externes reste néanmoins reliée à celui de la gravité et à celui de la durée, les deux conditionnant les besoins aux capacités de production de soins.

La mise en danger des patients et des professionnels de santé sont des éléments qui ont été abordés lors de nos échanges. La notion de risque, de prise de risque et de stratégie sont pris en compte par les DS et CGS « on est vraiment dans la gestion des risques : quels risques sommes-nous capables de prendre et à quel moment la décision que nous prenons est la bonne ? » (CGS 2). La stratégie est un élément fort des discours des DS et CGS. Elle est apparue plusieurs fois dans les entretiens : « en situation de crise, on est centré sur le patient, mais on doit aussi réfléchir à comment modifier les organisations tout en maintenant la continuité, la qualité et la sécurité des soins » (CGS 3). Pour les directeurs des soins des établissements A et B, la stratégie est au cœur de leurs réflexions. Elle prend différentes formes, mais doit permettre une certaine anticipation en les préparant à différents scénarii qui pourraient avoir lieu en fonction de l'évolution du contexte de crise ou de SSE : « être en alerte constamment nous a permis d'avoir un ou deux coups d'avance, comme aux échecs, et d'éviter la catastrophe » (DS 1), par conséquent, le management des CS et des CSS est particulièrement scruté « ils [les cadres

³¹ Cf. Fig. 1 : cycle de Boyd ou boucle OODA p. 8

de santé] font remonter des problématiques de terrain pour lesquelles on a pas tous les éléments, cela nous permet d'apporter des réponses très spécifiques et de gagner un temps précieux en situation de crise » (CGS 3). Cet appui sur les CS et CSS est essentiel pour les DS et CGS. Tous nous ont fait part de l'importance de la circulation des informations (ascendante et descendante) comme point fondamental à la compréhension et à la définition d'une crise ainsi qu'à la réussite de son pilotage. Le DS de l'établissement A nous a d'ailleurs précisé que « [...] la gestion d'une crise est une très bonne opportunité pour que les équipes d'encadrement interrogent leurs modes de fonctionnements, repèrent leurs réussites, et leurs marges de progrès pour continuer à s'améliorer ».

En résumé :

Pour les CS et CSS : la crise est une situation pour laquelle l'impréparation est notoire (manque d'anticipations, situation essentiellement perçue par des jugements négatifs), perception dominante du risque non maîtrisé, approche plus pratique et formelle, présence de doutes, dramatisation.

Pour les DS : la crise est une opportunité pour évaluer les modes de fonctionnements, repérer les réussites et les améliorations à apporter. L'approche de la crise est réalisée par processus analytique, avec une plus grande mise à distance, dans une approche stratégique.

2.2.1.2 Les enseignements de la crise

Comme l'a fait remarquer précédemment le DS de l'établissement A, les cadres et cadres supérieurs de santé ont tous mis en avant qu'une situation de crise est une parenthèse dans le fonctionnement courant des organisations, parenthèse sur laquelle il est pertinent de s'appuyer pour faire évoluer les pratiques. « La façon dont la situation a été gérée n'est pas semblable à celle rencontrée habituellement. Nous avons dû réfléchir à des solutions nouvelles, évolutives, adaptées au contexte, mais qui nous seront utiles pour la suite [...] » (CSS 1). Cette réflexion autour des modes d'actions transférables sur une période qui inclut l'après-crise est un élément partagé par le CS 2 qui nous précise qu'« ...En situation de crise, le fonctionnement institutionnel et les priorités sont différents, ce qui a été réalisé pendant la période de crise pourra être réutilisé plus tard ».

En situation de crise, telle que définie par les cadres, des modifications relationnelles sont apparues, notamment au niveau hiérarchique habituel. Ces changements ont été observés par les cadres de santé dès les premiers temps de la crise : « le cadre supérieur de pôle a été plus à l'écoute de mes problèmes habituels qui se sont majorés pendant la période de crise » et « toutes les questions liées à la sécurité des soins et à la continuité des soins ont fait l'objet de réunions dédiées qui ont permis de proposer de nouvelles organisations qu'il aurait été impossible de mettre en place en situation normale. » (CS 5).

La prise en compte des propositions des CS par les CSS est en partie liée à la confiance dans le management proposé, dans son évaluation et sa réévaluation.

Ainsi, la majorité des cadres interrogés (4 sur 6) nous a fait part de la mise en place d'organisations spécifiques qui ont fait l'objet d'ajustements au sein de leurs unités respectives, pour répondre à l'ensemble des besoins. Ces ajustements ont été réalisés en concertation avec les équipes de soins, mais aussi entre les cadres pour gagner en efficacité : « *Nous avons un peu tâtonné, mais le déploiement de nouvelles maquettes organisationnelles sera sans doute prolongé au-delà de la période de crise, là où les tensions apparaissent tous les ans, comme pendant l'été* ».

Pour les deux DS qui exercent dans les établissements A et B, la période de crise correspond à l'étape qui a précédé le déclenchement des Plans Blancs : « *la mise en place du dispositif « hôpital en tension » (plan de mobilisation interne) dès le début nous a permis de nous préparer à l'arrivée d'une SSE* ». Néanmoins, le DS de l'établissement A a noté un écart important dans l'appropriation de la situation par les cadres selon leur lieu d'exercice : « *Les cadres des urgences ont été très réactifs, les décisions qui ont été prises en amont ont facilité la montée en puissance qui a précédé le déclenchement du Plan Blanc* ». La situation a été décrite comme étant plus complexe pour d'autres unités où des cadres ont tardé à faire remonter leurs difficultés alors que les informations sur la situation institutionnelle avaient été communiquées « dès le tout début » de la crise.

Le CGS de l'établissement B a précisé que cet écart dans la qualité des informations montantes et descendantes s'est considérablement réduit dès lors que la cellule de gestion de crise a été opérationnelle. C'est une phase qui a nécessité des adaptations, de part et d'autre, comme l'a souligné le DS 1.

Le CGS 3 de l'EPSM fait remarquer que le management mis en place avec les équipes d'encadrement dans les heures qui ont suivi le déclenchement du Plan Blanc a modifié les liens hiérarchiques : « *pour être agile en temps de crise, il faut analyser les éléments rapidement afin d'être en phase avec les problématiques de terrain. Tous les sujets sont importants, mais il faut savoir les prioriser* » (CGS 3). Ainsi, la nécessité d'obtenir des réponses rapides en situation de crise a bousculé les habitudes en donnant plus d'espace aux échanges directs entre DS-CGS et CS.

En résumé :

Pour les CS et CSS : la perception des enseignements fournis par la crise a favorisé une différenciation positive. L'adaptabilité au moment est perçue comme transférable dans des situations autres. Les cadres ont noté une disponibilité accrue du CSS, qui favorise les conditions d'une meilleure adaptation, avec une prolongation des organisations susceptibles de demeurer actives au-delà de la période de crise.

Pour les DS : se déclarent préparés à la gestion d'une SSE, les décisions prises en amont (plan de mobilisation interne, par exemple) ont facilité la qualité des prises en charge. La période de crise nécessite de l'agilité et une analyse continue des éléments afin d'être en phase avec les problématiques de terrain.

2.2.1.3 Continuité des soins et parcours de soins

La question des parcours de soins a été vécue différemment par les cadres des établissements A et B, et ceux de l'EPSM, principalement au début de la crise. L'absolue nécessité de maintenir une offre de soins pour répondre aux besoins des usagers a exigé un décloisonnement des organisations habituelles : *« pendant la crise, la diminution de l'activité de chirurgie programmée nous a donné plus de possibilité »* (CS 1). Cependant, certains nous ont décrit une forme d'inquiétude *« [...] à ne pas pouvoir accueillir toutes les personnes »*, et émis des doutes quant aux compétences des professionnels de leurs équipes respectives à *« [...] prendre en charge des patients ne relevant pas de la spécialité de l'unité »*, notamment avant la phase de déclenchement du Plan Blanc. L'adaptabilité des équipes de soins est mise en avant par CS 1 : *« au départ, j'ai émis une réserve au CSS au sujet des patients de médecine en chirurgie, en termes de risques, mais les infirmiers ont tous fait preuve d'une très bonne adaptabilité, qu'il faudra développer »*.

Pour les cadres de l'EPSM, les parcours de soins ont fait l'objet d'une réflexion institutionnelle profonde qui a visé à privilégier le maintien à domicile et à limiter au maximum les recours à l'hospitalisation. *« En réunion de cadres, avec les médecins de pôles, nous avons repensé le modèle en priorisant les prises en charges ambulatoire [...] la crise nous a fortement incités à réfléchir autrement pour limiter les risques tout en maintenant sécurité et qualité »* (CSS 1).

Pour les DS, la coordination des parcours de soins pendant la période de crise a consisté à s'assurer, d'une part, que les interventions des professionnels sont fondées sur les bonnes pratiques et, d'autre part, que des actions d'anticipation ont été mises en œuvre afin de maintenir la continuité et la sécurité des soins et garantir l'accès aux soins des usagers. *« La mise en place de circuits patients dédiés dès le début de la situation a visé à maintenir une offre de soin adaptée aux besoins et à sécuriser les prises en charges »* (CGS 2).

A ces fins, les DS ont sollicité fortement les CS et CSS et porté une vigilance particulière au verrouillage des fonctionnements : « *Le travail des cadres mené avec les équipes pour la mise en place d'une marche en avant a permis de sécuriser les parcours et rassurer certains professionnels inquiets* » (DS 1).

La mise en concordance des moyens humains et matériels au regard des besoins en soins a été complétée par la mise en place de dispositifs de formation adaptés et sécurisés pour les professionnels de santé et les usagers : « *les cadres ont rapidement réorganisé les plannings afin que les formations [habillage – déshabillage] soient étendues à tous les personnels de leurs unités.* » (CGS 2).

En résumé :

Pour les CS et CSS : la crise a contribué au décloisonnement des organisations habituelles et a mis en évidence une forte adaptabilité des personnels soignants, capables d'exercer aisément d'un service à l'autre. Le modèle de prise en charge a été reconsidéré et des réflexions concernant la limitation des risques sans porter préjudice à la qualité des soins ont été développées avec plus d'attention.

Pour les DS : le renforcement des bonnes pratiques est un élément favorable à la continuité des soins, la qualité et la sécurité des soins, des actions d'anticipations ont été déployées.

2.2.2 L'innovation managériale au service de l'intelligence collective

2.2.2.1 Compétences et connaissances pour manager en situation de crise

En situation de crise, les six cadres de santé interrogés déclarent qu'une bonne connaissance du fonctionnement institutionnel est une base qui doit permettre d'assurer avec sérénité leurs missions. Dans les propos recueillis, la notion de « connaissance » est divisée en deux parties : réglementaire et professionnel.

Concernant la partie réglementaire, la connaissance des procédures en vigueur dans les établissements de santé est un élément qui varie selon le lieu d'exercice : « *je connais les grands principes de gestion d'une crise, mais tant que l'on n'est pas confronté à une situation « en live », tout cela reste conceptuel* ». (CS 2). Ils admettent aussi que leurs connaissances des procédures institutionnelles ne sont pas assez approfondies : « *[...] je ne connais pas en détail tout le déroulé de gestion d'une crise, mais tout nous a été réexpliqué par le CSS lorsque le DG a déclenché le Plan Blanc* » (CS 5), le CSS 2 nous précise d'ailleurs que son activité au sein de l'établissement lui confère un statut particulier sur la thématique de gestion de crise, néanmoins, il précise que « *les collègues CS et CSS ne sont pas tous au même niveau de connaissances des procédures internes à utiliser en cas de situation exceptionnelle... c'est un point que j'ai déjà fait remonter à la direction des soins.* ».

Concernant la partie professionnelle, le niveau de compétence en management d'équipe est un point cité pour quatre des cadres comme étant un élément clé de réussite en situation de crise : « *l'animation des équipes est un sujet sensible, surtout pendant la crise, les soignants ont besoin de repères et de lignes de conduite claires* » (CS 5). Ce point est partagé par le CS 6 qui nous précise que « *les équipes ont besoin des bonnes informations pour travailler, moi, je fais du lien avec mon équipe, avec la direction des soins et avec les médecins, pour avancer* ».

La compétence est associée à la connaissance du « milieu » et du « terrain » qui sont des repères qui renforcent la légitimité des CS et CSS dans leurs fonctions. Cette légitimité est associée aux capacités à s'organiser en situation de tension, à faire respecter les consignes et à communiquer efficacement : « *je peux m'appuyer sur mon métier de base d'infirmière pour prendre des décisions, j'ai exercé dans un service similaire à celui-là, l'équipe connaît mon parcours et me fait confiance...* » (CS 2).

Les aptitudes à prendre position et à adopter la bonne posture en situation de crise passent aussi par l'institution qui joue un rôle de renforcement du niveau de légitimité des CS et des CSS : « *je me suis sentie valorisée quand le CSS m'a dit qu'il avait confiance en mon management. Il a validé ce que je lui ai présenté et a partagé tous les éléments avec les autres cadres du pôle* » (CS 4). Cet élément est repris par le CSS 2 du même établissement qui nous a précisé que les CS de son pôle avaient réalisé un travail remarquable pendant la SSE en « *accompagnant le changement, en priorisant les actions et en prenant des initiatives pertinentes. Certains ont même monté en compétence pendant cette période [...]* ».

La connaissance « du milieu et du terrain » est mise en avant par les CGS 2 et 3 comme étant un levier qui contribue à renforcer les compétences et l'efficacité managériale des cadres dans le contexte analysé. À expériences et parcours individuels quasi-identiques, il a été observé par le DS 1 que la gestion des équipes et des parcours patients mis en place en situation de crise par les CS ne donnent pas tous les mêmes résultats : « *les deux cadres de médecine sont novices dans la fonction, pour autant, le management qu'ils ont mis en place pendant la crise a été plus performant que celui de certains cadres beaucoup plus expérimentés* ». Sur ce sujet, le CGS 2 déclare avoir repéré dans son équipe des écarts importants qui nécessiteront « *de renforcer les compétences des équipes d'encadrement et d'encadrement supérieur au retour à une situation stabilisée, à travers un accompagnement mieux structuré que celui proposé jusqu'ici [...]* ». Le contexte soudain et imprévisible des situations exposées par les trois DS a mis en évidence que les capacités d'organisation, critères importants en période de crise, ne peuvent se manifester que lorsque les conditions de compréhension collectives sont présentes : « *la multiplication d'informations contradictoires a généré des incertitudes qui ont mis en difficulté des cadres.*

Les équipes ont parfois perçu un management « approximatif » et une perte du sens donné aux actions » (CGS 1).

Pour le CGS 3, manager en période de crise requiert de faire des allers-retours avec le terrain pour « *comprendre les décisions prises, leurs modalités de mises en œuvre et développer des coopérations qui seront des leviers pour l'acquisition et le transfert de compétences nouvelles* ».

En résumé :

Pour les CS et CSS : des disparités sont présentes, le manque de connaissances du milieu et des procédures nécessite d'approfondir les connaissances.

Le besoin de repères, d'informations et de lignes managériales précises pour avancer est renforcé par la présence d'informations contradictoires qui circulent en période de crise.

La prise d'initiatives et de décisions serait renforcée grâce à :

- La reconnaissance de leur légitimité et de leurs parcours professionnels.
- La valorisation du travail accompli.

La mise en évidence de compétences et/ou l'amélioration de celles-ci grâce à :

- Un accompagnement mieux structuré des CS et CSS.

Pour les DS : les décisions doivent être compréhensibles pour la réussite du management en situation de crise et un meilleur transfert hors crise, elles ne doivent pas être approximatives ni contradictoires. La connaissance du terrain augmente les compétences mais l'expérience n'est pas toujours synonyme d'efficacité.

2.2.2.2 Innovation managériale

L'innovation managériale est une thématique qui a donné lieu à des réponses globalement assez voisines pour l'ensemble des cadres interrogés. Tous mettent en avant la mise en place « d'innovations organisationnelles » pendant la période de crise.

En réalité, pour les cadres interrogés, « l'innovation managériale » et « l'innovation organisationnelle » sont similaires et intégrées à leurs pratiques managériales courantes, à la différence qu'en période de crise, d'après les CS 2 et 3 « *les solutions alternatives qui sont développées ont pris une dimension plus "agile"* ». Ce constat est partagé par le CSS 2 qui a déclaré que « *les équipes d'encadrement ont fonctionné différemment, notamment pendant toute la période de Plan Blanc, sur un modèle de management par projets qu'il faudra poursuivre après la crise* ».

Les pratiques managériales ont donc été modifiées par rapport aux pratiques habituelles. Les CSS 1 et 2 ont d'ailleurs noté une prise en compte accrue des dimensions sécurité et qualité : « *les équipes ont été très attentives à la qualité et à la sécurité des soins. La mise en place des mesures d'hygiène et leur application ont fait l'objet de nombreux ajustements*

et réajustements que les cadres ont travaillé en équipe. ». Le CS 1 a également déclaré que la sécurité des soins avait été une thématique centrale dans ses échanges avec son équipe qui a été « [...] réactive, et même plus réactive qu'en situation normale, pour mettre en place dès le début de la crise les nouveaux protocoles, certes contraignants pour les soignants mais gage de sécurité pour les patients et tous les professionnels ».

Lors des entretiens, les CS 1 et 5, mettant l'accent sur les conditions de travail, font remonter que « [...] celles des personnels sont des préoccupations plus fortes qu'habituellement. Nous sommes partagés entre le risque qui est lié à la particularité de cette SSE et notre mission qui est d'assurer la continuité des soins. Les personnels sont fragilisés mais nous essayons de tout mettre en œuvre pour les préserver ». Les risques professionnels font ainsi l'objet d'une attention particulière des cadres, que les CSS 1 et 2 de l'EPSM interrogés ont appuyé : « la durée de la SSE a nécessité la mise en place de dispositions particulières afin de limiter les risques pour les soignants les plus fragiles ».

Pour le DS 1, l'innovation managériale est directement liée aux méthodes de Lean Management dont son établissement s'est inspiré pour identifier et diffuser des pratiques innovantes. Il déclare que son management privilégie les relations directes avec les cadres de proximité : « le DS doit aller sur le terrain, particulièrement en situation de crise, rencontrer les cadres. Cela favorise la collaboration et crée une dynamique qui peut faire progresser les équipes dans tous les domaines. ».

Pour le CGS 2, l'innovation managériale porte essentiellement sur les pratiques et les postures. Il met ainsi l'accent sur l'importance de la dimension collaborative qui « a commencé à se mettre en place » entre les personnels d'encadrement et « qui a fait émerger pendant cette crise des valeurs nouvelles, comme la solidarité, qui ont donné du sens au travail des acteurs et à l'institution elle-même ». Le CGS 3 souhaite poursuivre le mode de fonctionnement qui s'est installé au sein de son équipe d'encadrement pendant la période de crise : « [...] des potentiels ont émergé dans une dynamique nouvelle que j'espère poursuivre à travers le développement d'une culture managériale innovante qui permettra d'accompagner les changements ».

En résumé :

Pour les CS et CSS : ils se montrent plus sensibles à l'innovation organisationnelle qu'à celle managériale en période de crise et se déclarent plutôt favorables au rôle du management par projets dans des dimensions accrues de qualité et de sécurité. Une attention renforcée pour les patients et les professionnels de santé des équipes de soins est présente. La notion de risque est plus intégrée dans le management innovant.

Pour les DS, c'est l'inverse: ils leur préférence va à l'innovation managériale plutôt qu'à celle organisationnelle où le *Lean Management* est un facteur favorisant la collaboration et la progression. Une émergence de valeurs nouvelles pendant la crise a eu pour effet de fournir un sens différent au travail et aux missions.

Souhait de poursuivre le développement d'une culture managériale innovante pour accompagner les changements.

2.2.2.1 L'apprentissage organisationnel et l'intelligence collective

La gestion de l'imprévu est un sujet qui est abordé par l'ensemble des CS et CSS qui ont été interrogés pour cette enquête. Les CS 2 et 3 ont rappelé que « *le manque de repères par rapport à une situation similaire a nécessité de mettre en place des adaptations des organisations* ». Ces adaptations ont été réalisées dans la deuxième phase de la crise, lorsque la gestion a été organisée en cellule de crise. Les CS2, 3 et CSS 1 ont déclaré que les incertitudes du début ont généré « *un surplus d'informations contradictoires, tant au niveau national que local, qui ont bloqué nos capacités d'analyse et de recul, individuelles et collectives* ».

Le travail entre CS et CSS, au sein d'un même établissement, confrontés aux même problématiques, a participé à mobiliser et mettre en relation des initiatives internes qui ont amélioré les compétences managériales en période de crise. « *[...] au début, j'ai commis des erreurs d'appréciation et mal anticipé la gestion des lits. C'est avec les collègues cadres qu'on a mis en place un autre circuit...il a fallu l'adapter, mais maintenant, c'est opérationnel* » (CS 1). Les échanges autour des pratiques managériales font l'objet d'un intérêt particulier pour le CS 5 et le CSS 2 : « *les échanges entre nous ont été plus nombreux pendant la période de SSE* ». Par ailleurs, les compétences opérationnelles du CS 5, qui a une longue expérience de management au sein d'un service d'hygiène hospitalière, sont exploitées par les autres CS et CSS : « *Nous avons la chance d'avoir un collègue CS qui a de très bonnes compétences en hygiène hospitalière. Compte tenu du contexte, il est une personne ressource pour nous* » (CS 6).

Les cadres admettent que leur degré de « culture de la gestion de crise » est une limite qui requiert la mise en place d'un niveau de réflexion collective et de partage de compétences plus important qu'en situation ordinaire. Le CS 1 déclare que « *la durée*

longue de la crise a permis de formaliser des temps d'échange entre nous et de quasi-débriefing qui nous ont permis d'apprendre et de monter en compétences ».

Dans une dynamique différente de celle en place habituellement, les processus décisionnels ont progressé avec la prise en considération forte des informations issues du terrain. Ces remontées de données particulièrement liées au contexte dans lequel se sont trouvées les unités de soins pendant la SSE, ont été partagées entre les personnels d'encadrement et la direction des soins. Les échanges ont permis de mettre en place des mesures techniques et managériales adaptées à la situation « du moment ». Le CSS 2 nous a d'ailleurs précisé que *« le management des équipes et des parcours de soins ont dû être ajustés en continu aux besoins des patients et, dans le contexte [...], à celui des professionnels »*. Cette adaptabilité contextuelle des organisations a été relevée par les CS 2 et 3 pour qui *« des protocoles ont été modifiés suite aux remontées des soignants. On a [les cadres] partagé les informations avec le service qualité et la direction des soins pour que les mises à jour soient effectuées rapidement. Certains protocoles ont été modifiés au moins trois fois en l'espace de deux semaines [...] »* (CS 2). Le rôle des cadres « de terrain » et des cadres supérieurs de santé a été relevé comme étant un *« maillon essentiel pendant la crise »* (CGS 3), compte tenu de leur niveau de connaissance du fonctionnement de l'établissement.

Le DS 1 précise cependant que les situations de crises sont aussi révélatrices du manque d'autonomie de certains cadres. *« C'est à travers la pertinence des décisions prises et dans la détection des problèmes et leurs résolutions que leur autonomie s'affirme »*. Cette problématique est aussi relevée par le CGS 2 qui fait le lien entre le manque d'autonomie et le manque de sens : *« les difficultés sont en partie liées à la perte de sens qui a été majorée par l'incertitude créée par la crise »*. Pour le CGS 2, le niveau d'autonomie des cadres est en partie lié à leurs compétences individuelles *« qu'il faudra faire "monter" à l'issue de la crise »*. Les compétences collectives ont été relevées comme ayant été un élément fort développé par les CS et les équipes de soins pendant la période de tension. La coopération a permis *« d'apprendre collectivement des expériences »* (CGS 3), elle a donné plus de confiance et permis à ceux qui manquaient d'autonomie (ici, les CS) de prendre de l'assurance et de *« renforcer le sentiment d'appartenance au groupe »*.

Comme l'on fait remarquer les CS, les DS confirment que les informations ont mieux circulé dès lors que la cellule de crise a été opérationnelle : *« c'est à partir de ce moment que les échanges avec les cadres ont permis la prise des décisions adaptées aux besoins du terrain »* (CGS 2). L'improvisation organisationnelle est un sujet qui a été abordé par les CGS 2 et 3. Ici, le terme « d'improvisation » n'est pas considéré comme négatif, mais plutôt comme un principe qui peut favoriser la créativité managériale dans un contexte de tension : *« l'improvisation organisationnelle a sa place dans la mesure où elle s'exprime dans un cadre réglementaire qui permet d'exercer un contrôle de ses résultats »* (CGS 2). Les

incertitudes sur le déroulement des étapes, notamment en début de crise, ont nécessité de faire preuve d'innovation mais aussi d'improvisation : « nous avons été contraints de prendre des décisions rapides car les délais ne permettaient pas de rédiger procédures sur procédures [...] » (CGS 1). L'improvisation organisationnelle, telle que décrite par les DS, n'a pas été relevée dans le discours des cadres interrogés pour cette enquête. Cependant, selon le CGS 2, pour être réactifs, les cadres ont improvisé régulièrement : « ils ont raisonné sur du court terme, mais nous sommes toujours restés vigilants pour nous assurer de la pérennité de ces solutions, souvent prises dos au mur » (CGS 2).

En résumé :

Pour les CS et CSS : des circuits nouveaux et des procédures nouvelles sont créés, entraînant des innovations managériales.

L'enquête fait ressortir les causes suivantes :

- Manque de repères entraînant des adaptations.
- Contradictions entre les informations.
- Blocage des capacités d'analyse.
- Augmentation des échanges entre les cadres, partage des informations avec la direction des soins et recours à des personnes ressources font naître d'autres procédures.
- Formalisation de temps d'échanges (quasi-débriefing) qui améliorent les compétences.
- Ajustement du management des équipes et des parcours de soins aux besoins des patients.
- Modification des protocoles suite aux remontées des soignants.

Pour les DS : mise en tension du management lié à la situation de crise. Installation progressive d'une dynamique de groupe avec des effets sur l'autonomie des CS et une meilleure acquisition de nouvelles compétences d'origine collective.

- Évolution positive de la capacité d'analyse situationnelle.
- Détection des problèmes et leurs résolutions plus efficaces.
- Opportunité positive à entretenir et développer dans le cadre de la politique managériale.
- Rôle de l'improvisation organisationnelle sous condition du respect du cadre réglementaire.

2.2.3 Le retour à la normale et l'enjeu de la résilience

2.2.3.1 L'accompagnement des équipes

L'accompagnement des équipes est un sujet qui est abordé sous des angles différents par les CS et les CSS. Il est pour 5 CS sur 6 « *le cœur du métier de cadre de santé* » (CS 2). En rapport avec la SSE, les cadres ont concentré leurs réponses sur l'accompagnement des professionnels pendant la crise.

On note une attention plus importante à « *l'écoute de l'équipe et la communication des bonnes informations sont des sujets sur lesquels on ne peut pas se "louper" en situation de crise [...]* » (CS 4) et à la prise en compte des situations individuelles des professionnels de santé. Le suivi des problématiques individuelles est un sujet qui est abordé par les CS 3, 4 et 6. L'incertitude et la particularité de la crise vécue ont généré « *[...] un climat plutôt anxiogène, en partie dû au stress et à la charge de travail, qu'il a fallu prendre en compte dans le management des équipes* ». Par ailleurs, l'importance du risque professionnel lié au risque de contamination est une préoccupation majeure pour les CS qui déclarent avoir accompagné les équipes sur un modèle différent de celui habituel car : « *on était centrés sur l'action et tous les membres de l'équipe ont été formés aux méthodes d'habillage et déshabillage* » (CS 2). L'accompagnement est ici associé à un rôle de soutien des équipes qui permet une reconnaissance de l'engagement des professionnels « *[...] en s'assurant de ne pas solliciter toujours les mêmes personnes et en alternant les missions stressantes et moins stressantes* » (CS 4). Il a aussi consisté à « *[...] favoriser le partage des responsabilités, en associant les professionnels experts et les novices* ». Enfin, la mise en place d'une flexibilité plus importante dans les organisations de travail des équipes est mise en avant par tous les CS comme étant « *un gage de qualité et de sécurité dans le contexte de crise* » (CS 3).

Les CSS ont en partie repris à leur compte, dans leur mode de management des équipes d'encadrement, les éléments décrits par les CS. Cependant, ils reconnaissent des lacunes : « *on n'est pas préparés à faire face à des situations de cette complexité car nous n'avons pas de culture de la gestion de crise dans l'établissement. Sur ce sujet, l'accompagnement des cadres a été réalisé "pendant", faute de préparation "avant". Il faudra en tirer les leçons [...]* ». Pour autant, la modification progressive des organisations de travail a aussi mis en évidence une appropriation collective forte des enjeux situationnels de la part des équipes de soins. Elle s'est traduite par une entraide importante des soignants entre eux et envers les équipes d'encadrement et par une volonté de transmission de connaissances nouvelles : « *au plus fort de la crise, les équipes ont fait preuve de solidarité, les renforts ont été accompagnés et formés aux gestes techniques par les infirmiers du service. Il a fallu le refaire pour chaque nouveau renfort arrivant, infirmier ou étudiant, de jour comme de nuit [...]* »

Les cadres de santé interrogés (5 sur 6) ont ainsi remarqué un changement de comportement des professionnels des équipes qui ont, malgré un contexte difficile, trouvé de la disponibilité pour accompagner leurs pairs et pour formuler des propositions en lien avec les besoins organisationnels liés à la situation : *« une aide-soignante a dessiné un plan du service et tracé le parcours de soins "idéal" dans une logique de "marche en avant". Son travail a été validé par le médecin responsable de l'unité. Je n'avais pas imaginé que ce soit faisable dans notre service, compte tenu de la configuration des locaux, c'est une idée géniale qu'elle a eue ! »* (CS 2).

L'accompagnement des équipes d'encadrement est un sujet qui est commun à tous les DS interrogés pour la réalisation de ce travail. Les aptitudes à la prise de position, à la prise de décisions et à l'autonomie des cadres ont été relevées comme étant majeures pour manager en période de crise. Sur ce sujet, les trois DS déclarent avoir observé des écarts entre les cadres dans leur positionnement en situation de tension et de crise. Pour certains d'entre eux, ces situations ont permis de mettre en avant des apprentissages nouveaux, et la gestion de l'imprévisible les a basculés dans une posture *« où ils n'hésitent plus à se mettre en avant, à prendre des responsabilités, dans une dynamique très positive où "tout problème a une solution" »* (CGS 1). Ce changement de posture est aussi relaté par le DS 1 et le CGS 1 qui font part d'une modification dans les relations interprofessionnelles de certains cadres qui ont laissé plus de place à la coordination des professionnels de santé dans leurs pratiques courantes : *« ils ont été plus attentifs pour prendre appui sur le potentiel et les compétences individuelles des soignants dans une logique de solidarité et d'entre-aide, c'est une situation inédite [...] »* (CGS 1).

Par ailleurs, les DS ont constaté que les échanges en réunion de cadres ont suscité plus de questionnement qu'habituellement et que les évolutions ont permis, pour un bon nombre d'entre eux, de prendre de la hauteur par rapport à la situation en objectivant les données et en faisant les liens entre les informations descendantes et montantes. Cette prise de recul vis-à-vis de la situation a permis de mener des réflexions plus riches, dans une attitude collective qui a contribué à la mutualisation des éléments de compréhension de la situation : *« le partage des expériences a donné plus de place aux questionnements, au détachement des émotions et des représentations de la crise, souvent déformées par des informations erronées [...] »* (DS 1).

Les témoignages des DS au sujet de l'accompagnement des équipes en situation de crise confirment que la confiance individuelle de l'encadrement dans ses propres capacités à gérer des situations inédites (en utilisant les moyens appropriés) ne peut faire abstraction des savoirs expérientiels : *« [...] à force, les cadres les moins préparés à travailler dans ces conditions ont appris à prendre le recul nécessaire pour ne pas sur-réagir »* (DS 1). L'expérience montre que ces nouveaux savoirs contribuent à la construction d'une identité professionnelle, au changement de posture mais aussi à l'acquisition de connaissances et

de compétences nouvelles qu'il sera nécessaire de continuer à « entretenir » et à exploiter en toute situation : *« le contexte a mis en évidence les manques en termes de connaissances sur la gestion de crise à l'hôpital, mais, il a aussi fait émerger des potentiels insoupçonnables [...] parmi les cadres »* (CGS 2).

En résumé :

Le renforcement de l'attention des cadres portée sur la circulation de l'information a été perçu comme un facteur favorable à l'atténuation du climat anxigène suscité par des messages contradictoires transmis au sein des équipes.

La place de plus en plus prépondérante prise par l'information a fait ressortir le caractère exemplaire de la crise traversée sensibilisant d'avantage les équipes sur les risques de contaminations croisées.

Une répartition plus équilibrée des activités de prise en charge des patients en tenant compte de leur degré de contagiosité supposée et la durée de la SSE visait à mieux gérer le stress individuel des professionnels de santé dont la compétence était aussi sollicitée en fonction de son niveau.

La crise a fédéré les ressources dans un esprit d'entraide qui s'est révélé avec vigueur dans les moments les plus tendus. L'intégration des renforts et des professionnels débutants s'est déroulée dans un climat de plus grande solidarité collective.

Toutes les suggestions pertinentes ont été valorisées et prises en compte dans les processus décisionnels. Chaque problème avait en lui une solution potentiellement proposée grâce aux compétences individuelles des soignants et des équipes d'encadrement.

2.2.3.2 Interactions et flexibilité

Les entretiens ont permis de souligner que le co-développement de référentiels adaptés, issus de la mise en commun des réflexions et des propositions mises en place pendant la période de crise par les cadres, sera utile à la gestion des processus décisionnels en cas de réapparition de situations complexes. Cette réflexion, qui repose sur la dynamique de construction de compétences nouvelles, est aussi une position défendue par le CSS 2 : *« il me paraît incontournable, qu'au-delà des RETEX à venir, nous soyons en mesure de renforcer notre management en prenant référence sur tout ce qui a fait notre force pendant la crise, notamment les compétences développées par nos cadres de santé [...] »*.

La période de gestion de crise a été particulièrement dense et riche en enseignements, pour les équipes d'encadrement. Elle a exigé une implication professionnelle importante qui n'avait jamais été égalée auparavant. Le degré d'investissement mis en avant par tous les cadres, quelle que soit leur expérience professionnelle, est fréquemment relié à la notion

de flexibilité institutionnelle, mode de réponse mis en place par l'institution pour s'adapter à la situation et répondre aux besoins multiples (usagers, familles, professionnels de santé...).

Tous les cadres interrogés s'inscrivent de manière très volontaire dans cette dynamique : *« nous nous sommes organisés avec les collègues de Médecine et d'HJ pour mutualiser l'encadrement de nos trois services, cela nous a permis de nous centrer sur les priorités, sans cela, rien n'aurait pu avancer dans les temps »* (CS3 et CS4). Cette flexibilité, intégrée aux pratiques managériales, est d'ailleurs mise en avant par les deux CSS de l'établissement C : *« une majorité de cadres a été force de propositions pendant cette période [de crise], leur flexibilité a permis de répondre aux sollicitations des équipes, des patients et de leurs familles en toutes situations [...] »*. Pour les CSS 1 et 2, dans une période où les organisations ont plutôt tendance à se rigidifier, les équipes d'encadrement ont globalement adapté leur mode de management et fait preuve de flexibilité organisationnelle pour faire face aux changements induits par l'imprévisibilité de la situation : *« malgré une relative inertie et une circulation d'informations chaotique au départ, les cadres ont montré des capacités à s'adapter rapidement et à surmonter la phase de crise [...] »* (CSS 1).

Les DS sont plus mesurés dans leur analyse de la flexibilité et sur les résultats escomptés. En effet, dès lors que la situation a été assimilée à une crise, ils nous rappellent la chronologie des événements et soulignent que les phases antérieures à l'installation de la « crise » n'ont pas été prises en considération à la hauteur de ce qui était attendu par les équipes d'encadrement : *« [...] la tension sur la disponibilité en lits, les réflexions autour des mesures à mettre en place pour assurer la continuité des activités et trouver des solutions RH n'ont pas eu la portée attendue. C'est au pied du mur que l'on s'est rendu compte de la réalité de la situation. Effectivement, la flexibilité a bien eu lieu, mais c'était déjà un peu tard, compte tenu de la situation »* (DS 1).

Le CGS 2 propose une analyse proche de celle présentée par le DS 1 en mettant en avant l'impréparation des équipes d'encadrement à anticiper l'aggravation potentielle d'une situation initialement considérée comme « tendue ». Selon lui, les mesures déployées à travers la mise en place du plan de continuité de l'activité au sein de son établissement sont *« [...] des signaux forts qui auraient dû alerter les CS et CSS et les préparer à mettre en place des modifications organisationnelles avant même le déclenchement du Plan Blanc »*.

Ce constat, en partie partagé par le CGS 1, est nuancé. Ainsi, à travers la résistance dont ont fait preuve les organisations, la flexibilité revêt, selon lui, une forme de réponse organisationnelle qui, *« [...] s'apparente à une forme d'intelligence collective qui ne peut se révéler qu'en situation de forte complexité, dans des délais contraints, sous pression »*. Il nous précise que l'accompagnement et la préparation des équipes est un préalable qui a

fait défaut dans la situation exposée et donné une part trop importante à « *l'improvisation organisationnelle* », source d'incertitudes et de risques.

En résumé :

La crise a fait naître de nouvelles compétences managériales. Elle a brisé les périmètres, décloisonné les pôles et facilité la mise en place d'organisations mutualisées en termes de parcours patients, RH et logistique.

Les équipes d'encadrement, dont la force de propositions a été mise en évidence, ont fait preuve de flexibilité dont les modalités ont été transférées dans les équipes de soins.

Les informations « chaotiques » n'ont pas perturbé les capacités d'adaptation des cadres.

L'impact insuffisant des premières alertes informationnelles (tension sur les lits, plan de continuité d'activité) à destination d'un public trop restreint ayant limité la portée des mesures à mettre en œuvre, a perturbé la perception de la réalité du contexte et retardé le déclenchement de réponses adaptées.

A situation exceptionnelle, réponses exceptionnelles : les situations complexes ne pouvant être toujours toutes anticipées, elles sont en mesure de susciter des réponses elles aussi complexes et adaptées.

2.2.3.3 Les outils utilisés

Les cadres nous ont fait part de l'importance du réseau, qu'ils considèrent comme étant facilitant pour partager les problématiques rencontrées en situation de crise, limiter l'isolement et prendre le recul nécessaire : « *On a besoin d'échanger entre cadres, cela permet d'améliorer notre efficacité et de gagner du temps. Créer du réseau est utile, bien au-delà de la crise. J'ai échangé avec des cadres du technique que je ne connaissais pas auparavant.* » (CS 3). La construction d'un réseau, associée à une connaissance approfondie des organisations hospitalières, sont des repères qui ont participé à la circulation des informations entre cadres et entre les cadres et leurs équipes. Ces réseaux, même informels, sont des sources qui permettent de croiser les informations et d'en garantir une relative fiabilité : « *nous avons principalement échangé par mails, mais des changements en cours de journée ont nécessité de sécuriser nos infos et de nous rassurer en échangeant oralement entre nous [...]* » (CS 3).

Les difficultés communicationnelles en situation de crise sont évoquées par l'ensemble des CS et CSS interrogés qui admettent qu'elle s'est améliorée dès lors que la cellule de crise a été opérationnelle : « *avant sa mise en place, on avait 15 interlocuteurs différents et 15 réponses différentes [...]* ». Ce constat est repris par le CS 5 en précisant qu'il ne « [...]

ne savait pas ce qu'il pouvait "dire ou ne pas dire" aux équipes pour ne pas ajouter de stress à une situation peu claire [...] ».

Les cadres des trois établissements ont tous des connaissances leur permettant de faire les liens entre le management institutionnel, la gestion des risques, la certification HAS des établissements de santé et la gestion de crise. Cependant, seul un CS et un CSS ont participé aux travaux d'analyse des risques *a priori* au sein de leur établissement. Ces deux cadres ont abordé spontanément leur rôle et leurs responsabilités dans la préparation et la gestion d'une SSE : *« c'est grâce au groupe de travail auquel j'ai participé que j'ai compris l'importance de l'analyse des risques, de leur cartographie et les liens avec les différents plans [...] »* (CS 3). Pour les CS 5 et 6, l'approche systémique de la gestion de la qualité et des risques est un sujet *« qui mériterait un approfondissement des connaissances pour utiliser les bons outils, prendre les bonnes décisions au bon moment et gérer les situations plus sereinement [...] »* (CS 6).

Ce constat est partagé par les deux CSS qui font part d'une relative méconnaissance du rôle des cadres en situation de crise et d'un *« manque d'appropriation des outils par désintérêt ou manque d'implication dans leur rédaction »* (CSS 1). Le Plan Blanc d'Établissement est plus fréquemment cité comme étant un « état » lié à une SSE qui produit la mise en place de mesures particulières que comme étant un outil au service de son management : *« quand le Plan Blanc a été déclenché, le rappel des personnels a permis de clarifier la situation et coupé court à toutes polémiques [...] »* (CS 2).

Pour l'ensemble des CS et CSS interrogés, en termes de gestion de crise, seules quelques connaissances théoriques des dispositifs nationaux et locaux subsistent, variables selon leurs expériences managériales respectives. Ils déclarent de manière unanime *« un manque de connaissances pratiques, quelques notions autour des dispositifs de gestion de crise et des gestes et soins d'urgence, et un besoin de parfaire des connaissances théoriques et pratiques souvent anciennes et plus à jour »* (CS 1).

Les CGS des établissements B et C confirment aussi l'importance du réseau comme outil qui contribue à la prise de décisions en situation de crise. Leur vision est plus élargie que celle des CS et CSS. En effet, la place du réseau créé par le GHT, entre les DS, est défendue par le CGS 2 : *« nous avons beaucoup échangé pendant la crise car la situation sanitaire était légèrement décalée entre nos deux établissements, cela nous a permis d'anticiper et de lever certaines incertitudes. »*. Le CGS 3 complète cette vision du rôle joué par le réseau externe à son établissement en précisant qu'il a permis *« de prendre du recul, de s'assurer que nos décisions étaient pertinentes, de partager nos pratiques et de s'appuyer sur les établissements ayant une plus grande expertise pour consolider nos décisions organisationnelles [...] »* (CGS 3).

Ces échanges ont néanmoins montré les limites des outils institutionnels mis en place dans les établissements de santé. Le CGS 2 nous précise que la réalisation de RETEX pendant la période de SSE sur la thématique de RH, notamment, a été « [...] un levier qui a permis de se recentrer sur des procédures opérationnelles, notamment la gestion des professionnels de réserve, et d'éviter de s'éparpiller tout en créant de l'intelligence collective » en précisant que « [...] le Plan Blanc et le plan de continuité de l'activité du CH n'avaient pas été pensés pour faire face à une crise d'une telle ampleur, sur une longue durée ». Pour les DS des établissements 2 et 3, le Plan Blanc d'Établissement et le Plan de Continuité de l'Activité sont des outils qui n'ont pas été assez « travaillés en amont » et « ont montré leurs limites », tant sur le plan organisationnel et opérationnel que sur celui de l'appropriation par les personnels d'encadrement. L'enjeu majeur pour les DS, est le maintien et le développement de l'opérationnalité des cadres et des équipes de soins, il consistera à « développer des compétences nouvelles à travers la mise en place de formations à la gestion des risques et des SSE et impliquer les cadres dans la rédaction des fiches réflexes et des procédures pour maintenir la "culture de la crise" amorcée avec la gestion de la pandémie [...] ». Cette réflexion, partagée par le DS 1, est complétée par celle du CGS 2 pour qui « le projet managérial doit permettre de redonner du sens au travail, de renforcer l'efficacité des actions mises en œuvre par les équipes d'encadrement et de favoriser l'implication et le développement partagé. C'est un outil qu'il faut co-développer dans notre établissement ».

En résumé :

L'importance des réseaux formels et informels permet d'améliorer l'efficacité en situation de crise, notamment en évaluant collectivement les décisions. Ils se renforcent et s'étoffent au fur et à mesure de leur fonctionnement créant ainsi de l'intelligence collective.

La cellule de crise a structuré la qualité de la communication en unifiant et fiabilisant l'information circulant dans les réseaux.

A l'instar de la gestion des risques exceptionnels qui n'est pas encore complètement intégrée dans la culture managériale des cadres, celle d'une SSE s'avère imparfaite en raison de sa faible probabilité d'occurrence. Développer des compétences nouvelles à travers la mise en place de formations à la gestion des risques et des SSE impliquant les cadres dans leur conception, contribuera au développement de la "culture de la crise" amorcée lors de la gestion de pandémie.

Les plans internes aux établissements (SSE, PCA, Plan Bleu, PSE) sont des recueils de données et de fiches réflexes dont les contenus ne sont que partiellement maîtrisés des utilisateurs.

2.3 Synthèse de l'analyse et réponses aux hypothèses

2.3.1 Une opportunité pour renforcer l'anticipation et la réactivité

Selon notre première hypothèse, les modes d'accompagnement mis en place par le directeur des soins en période de crise contribuent à l'optimisation des mesures à prendre lors du retour à une situation normale. En accord avec elle, les observations suivantes ont été recueillies grâce à notre enquête :

Les équipes d'encadrement conçoivent la crise à travers une approche fortement dramatisée et plutôt négative. Celle-ci est illustrée par un excès de focalisation des problématiques de terrain et des risques que font ressortir l'exceptionnalité de la situation (gravité, perturbation, manque d'anticipations, absence de repères) et sa nécessité de développer des modes d'accompagnement nouveaux. Ceux-ci sont néanmoins perçus comme étant destinés à optimiser les prises en charge (réflexion sur des solutions nouvelles, évolutives, adaptées au contexte, utiles pour la suite). Ces modes d'accompagnement ayant pu donner lieu à des "tâtonnements" issus des échanges collectifs ont exacerbé les préoccupations concernant la qualité et la sécurité des soins en période de crise. Ils sont perçus comme étant transférables hors période de tension. La transférabilité des compétences trouve une exemplarité dans la nécessité faite aux équipes d'avoir eu à prendre en charge des patients d'autres unités.

Grâce à une meilleure appréciation des réussites et des marges de progrès, les DS perçoivent dans la crise une opportunité pour renforcer les modes d'accompagnement fondés sur l'anticipation et la réactivité. L'approche analytique favorise la mise en place des bonnes pratiques qui rendront plus aisé le déploiement de dispositifs tels que le plan de mobilisation interne ou le Plan Blanc d'Établissement ainsi qu'une plus grande agilité face aux problématiques de terrain. Elle a pour effet la mise en confiance des professionnels et devient un encouragement au transfert des bonnes pratiques et des mesures d'optimisation évoquées plus haut lors du retour à la normale.

2.3.2 L'innovation au service de l'autonomie et de la collaboration

Selon la seconde hypothèse, l'innovation managériale des cadres en situation de crise conduit le directeur des soins à exploiter ses effets en situation normale.

Pendant la crise, le management a bénéficié d'innovations notoires liées à un besoin de repères informationnels et de lignes directives précises. Elles avaient plusieurs objectifs ou conséquences fortuites tels que l'encouragement à la prise d'initiatives et de décisions. Le travail ainsi valorisé a permis de mettre en évidence, voire d'améliorer, les compétences des équipes d'encadrement. Sensibles au management organisationnel, celles-ci ont mis en place des conduites de projets où la qualité et la sécurité étaient centrales, tant au niveau des patients que des professionnels de santé.

Les innovations en management ont revêtu des formes différentes intégrant des circuits nouveaux et des procédures nouvelles parmi lesquelles la modification de protocoles, l'augmentation des échanges entre les cadres et le partage des informations avec la direction des soins jouaient un rôle déterminant. Les aspects managériaux de l'innovation propre aux DS ont été perçus comme favorisant la collaboration et l'émergence de valeurs nouvelles, tel que le sens donné au travail en situation de tension. Ils pourront avantageusement être maintenus et développés au retour à la normale. La mise en tension du management a eu pour effet l'installation progressive d'une dynamique de groupe qui a provoqué une affirmation de l'autonomie des CS via l'acquisition de nouvelles compétences d'origine collective. La capacité d'analyse situationnelle a suivi une évolution positive tout au long de la crise rendant la détection des problèmes et leurs résolutions plus efficaces.

Ce changement est perçu par les DS comme une opportunité positive à entretenir et développer dans le cadre de la politique managériale au retour à une situation normale.

2.3.3 Le rôle de l'information dans la résilience et la montée en compétences

Selon la troisième hypothèse, la dynamique managériale du directeur des soins en situation de crise influence les cadres de santé dans la construction de la résilience. En plus de ses effets bénéfiques sur la diminution de l'anxiété, la circulation de l'information sous sa forme élaborée et crédible, avec la mise en place des cellules de crise, a permis d'acquérir, de traiter et de stocker de nouvelles connaissances. Celles-ci vont jouer un rôle actif et durable une fois la crise surmontée en renforçant les mécanismes individuels et collectifs qui seront mis à l'œuvre. Elles vont permettre d'anticiper les actions des équipes dont les compétences auront été renforcées au contact des difficultés rencontrées et surmontées.

Dans ce contexte où l'information a joué un grand rôle, chacun aura pu capitaliser des savoirs nouveaux, transférables de l'individuel au collectif, créant ainsi les conditions de réponses dont le degré de pertinence sera mieux adapté à une réponse à une situation de crise. Même si les informations « chaotiques » de la phase initiale de la SSE n'ont pas perturbé les capacités d'adaptation des cadres et des équipes de soins, les effets bénéfiques de sa stabilisation sont un double encouragement, d'une part, à la vigilance vis-à-vis des sources, d'autre part, à son emploi comme instrument de formation.

Ainsi, la notion de résilience apparaît à travers le processus d'acquisition des connaissances et participe au remodelage permanent de l'organisation³². Elle apparaît également dans le management des cadres, lequel prend en compte les problématiques individuelles des soignants dont les capacités à surmonter les épreuves sont soutenues de manière plus significative. Ces mécanismes de résilience, engendrés par un meilleur

³² DE LA VILLE V.I. (1998) ; *Opcit.*

équilibre organisationnel et l'utilisation de ressources fédérées ainsi qu'un meilleur esprit d'entre-aide, seront mis à profit au fur et à mesure que la structure hospitalière se relève de ce choc. Les mécanismes mis en œuvre vont amener l'institution à briser les périmètres habituels, tels que les pôles, pour mieux résister et s'adapter. Elle va tirer parti de toutes les suggestions pertinentes formulées durant la crise et qui auront survécu aux différentes évaluations (RETEX). Les réponses développées auront été testées et améliorées afin de mieux résister à l'imprévisibilité d'une nouvelle crise en offrant à la structure hospitalière la capacité de tirer profit du traumatisme antérieur.

La résilience ici mise en évidence pourra s'appuyer également sur la force de l'intelligence collective nourrie de réseaux formels et informels. Elle contribue aussi à la montée en compétences et à l'installation d'une dynamique de culture de crise, sorte de référentiel permanent, disponible en cas de gestion de nouvelle SSE.

3 Propositions d'actions à mettre en place par le directeur des soins

Les enseignements à tirer d'une crise ne peuvent se limiter à l'analyse de la situation et de ce qui aurait été pertinent de mettre en place pour l'anticiper. Chaque crise apporte avec elle son lot d'incertitudes et de situations rarement reproductibles qui imposent de faire progresser le système pour être en mesure de faire face à la prochaine crise.

Toutefois, la difficulté réside dans la compréhension par les acteurs de l'encadrement qu'une situation imprévue peut rapidement se transformer en crise si les réponses apportées ne sont pas anticipées et adaptées. Établir des propositions d'action est donc un exercice complexe qui nécessite la prise en compte de la culture de l'institution, de son activité, de son histoire et de s'appuyer sur les compétences managériales en place et les retours d'expériences.

A partir des éléments recueillis dans le travail de recherche et d'analyse exposés précédemment, il apparaît que les orientations managériales mises en place par le DS en période de crise auront une incidence qui perdurera au-delà de cette période sur le mode de management des équipes d'encadrement. En stimulant la prise d'autonomie et de responsabilités, en donnant plus d'espace à la collaboration et à la participation, le DS contribue ainsi au développement d'une stratégie qui favorise l'acculturation à la gestion de situations exceptionnelles.

3.1 La politique de management

Dans un contexte de crise, les équipes d'encadrement doivent réussir à maintenir de la synergie avec l'ensemble des acteurs. Le maintien de la qualité et de la sécurité des soins est l'enjeu sous-tendu par cette recherche d'objectifs communs. Pour le DS, l'obtention de la confiance du management doit passer, d'une part, par une identification et une appropriation par les cadres des objectifs fixés par l'institution, en cohérence avec le projet d'établissement et, d'autre part, par une confiance en leurs propres pratiques managériales. Celles-ci sont des leviers favorisant l'autonomie, la reconnaissance et la cohésion d'équipe.

La politique managériale portée par le DS s'inscrit donc dans une volonté de fédérer les acteurs de l'encadrement en définissant une stratégie managériale s'inscrivant dans la politique menée par l'établissement au niveau des directions et de la communauté médicale.

Il s'agira de déterminer les règles de fonctionnement du collectif managérial en définissant les attentes dans les relations hiérarchiques ainsi que le niveau de responsabilités de chacun, y compris du DS. Le rôle de « manager » du DS consiste à

donner du sens aux actions qui favoriseront la gestion de situations complexes et imprévisibles.

Ainsi, la définition des lignes de conduite et des marges de manœuvre doit permettre de donner des repères qui amélioreront la qualité des relations décisionnelles entre le DS, les CSS et l'encadrement de proximité. L'implication du DS dans la co-construction de ce projet avec l'encadrement de proximité et supérieur permet, outre la structuration de la direction des soins, de clarifier les rôles de chacun et de définir les zones d'autonomie en articulant les compétences individuelles et collectives.

3.1.1 La confiance comme levier managérial

A ce stade de la réflexion, la question du modèle managérial et du type de management prend un sens singulier. Dans un contexte d'incertitudes, il ne peut y avoir un modèle managérial unique mais plutôt des modèles adaptés aux situations. Cette capacité d'adaptabilité à l'imprévisibilité est attendue de la part des équipes d'encadrement. Elle démontre leur aptitude à se rassembler autour de valeurs communes où chacun sait trouver sa place dans un cadre défini. Le rôle du DS est donc de mettre en place un pilotage basé sur la confiance, lequel donne du sens aux responsabilités et participe au développement des compétences dans les pratiques managériales. « [...] La confiance est [donc] une condition essentielle au bon fonctionnement de toute organisation »³³, *a fortiori* dans un système où les acteurs interagissent continuellement.

En mobilisant les capacités d'initiatives et d'engagement, le DS permet à chacun de ses collaborateurs d'agir et de répondre de ses actions. La confiance réciproque doit être basée sur des règles sur lesquelles le management doit pouvoir prendre appui pour favoriser l'implication, la responsabilisation et la collaboration avec, et entre les équipes d'encadrement.

Ainsi, manager "à la confiance" apporte de la souplesse et invite à la mobilisation de l'intelligence collective dans une démarche innovante et efficiente qui renforce la professionnalisation, la cohésion d'équipe et contribue à l'intégration d'une "culture de la crise". Cependant, l'installation d'un management basé sur la confiance réciproque ne se décrète pas, il est le fruit d'une réflexion continue où le DS et l'ensemble de l'équipe d'encadrement doivent adopter des attitudes et des comportements qui rendent favorable la construction de cette confiance en mettant en place des principes directeurs qui permettent de :

- Responsabiliser les équipes d'encadrement : donner un rôle actif aux équipes dans la prise de décisions et la participation, *Empowerment*.

³³ COUDRIER C., POTEL G., (2012), *Concilier performance et management par le sens et la confiance*, Gestions hospitalières, n° 521, 2012, p. 610-611

- Mettre en place de la proximité dans le management : transparence, accompagnement « sur le terrain »
- Favoriser l'autonomisation et la reconnaissance : information, implication, formation
- Suivre les activités
- Objectiver et valoriser les résultats
- Donner envie aux cadres de s'impliquer dans les réflexions institutionnelles
- Analyser collectivement les performances

La spécificité du management par la confiance réside donc dans la réalisation des activités managériales « qui ne reposent plus sur l'action d'un pouvoir décisionnel centralisé, mais sur l'action d'un collectif formé d'acteurs responsables, capables de [...] s'organiser et de se coordonner, et attachés au maintien de relations de confiance entre eux. Au sein de ce collectif, un manager reste nécessaire, mais avec un positionnement par rapport au reste du collectif qui change par rapport au management traditionnel »³⁴.

3.1.2 L'organisation apprenante en soutien des équipes d'encadrement

Les cadres ont exprimé le besoin d'accompagnements individuels et collectifs pour prendre de la hauteur par rapport aux problématiques auxquelles ils ont dû faire face pendant la période de crise. La mise en place de ces accompagnements aura pour but de favoriser, d'une part, le développement d'une vision globale, et d'autre part, l'autonomie et la cohérence managériale.

Lors des entretiens, nous avons observé qu'en phase initiale, les situations de crise ont été perçues comme étant peu anticipées et le risque mal maîtrisé. Néanmoins, les échanges de pratiques professionnelles entre cadres dans un contexte difficile ont permis de faire émerger et de déployer sur le terrain des propositions innovantes. La stratégie du DS, tant au niveau organisationnel qu'opérationnel, repose donc ici sur une approche qui défend l'acculturation à la qualité et à la sécurité des soins en favorisant les interactions inter et pluri-professionnelles dans un objectif d'organisation apprenante.

L'organisation apprenante peut se définir comme étant « une organisation dans laquelle les gens développent sans cesse leur capacité à produire les résultats qu'ils souhaitent, où des façons de penser nouvelles et expansives sont favorisées, où l'aspiration collective est libérée, et où les gens apprennent continuellement à apprendre ensemble »³⁵.

En développant les potentiels des équipes d'encadrement pour améliorer les résultats, le DS fait donc appel aux processus d'apprentissage, à travers un engagement et des

³⁴ KARSENTY L., (2015), *Quel management pour concilier performances et bien-être au travail ?* Ed. OCTARES, p. 78-79.

³⁵ SENGE P., ARNAUD B., GAUTHIER A., (2016), *La Cinquième discipline. Levier des organisations apprenantes*, Paris, Ed. Eyrolles, p. 35.

responsabilités partagées. Les apprentissages individuels s'assemblent pour former les apprentissages en équipe qui, à leurs tours, seront exploités au bénéfice de l'organisation au travers du partage des connaissances et des compétences acquises. Ainsi, en donnant de la visibilité sur les compétences attendues en situation, les équipes d'encadrement développent progressivement des capacités transférables dans toutes les conditions, notamment celles de tension ou de crise.

Pour mettre en place une telle organisation, l'apprentissage demeure donc la composante la plus importante pour trouver les solutions les mieux adaptées, prendre du recul, réfléchir au sens des actions et réinvestir dans la pratique. Au regard de ces éléments, l'apprentissage organisationnel est dépendant du *leadership* mis en place par le DS pour soutenir les démarches individuelles et s'assurer que les équipes d'encadrement sont en capacité d'apprendre et de se développer.

Plusieurs axes doivent être pris en compte dans la mise en œuvre d'une organisation apprenante :

- Mettre en place une structure organisationnelle où la hiérarchie managériale est clairement définie, en lien avec la politique managériale
- Soutenir le travail des équipes d'encadrement et les relations transversales en tenant compte des réseaux, selon les limites organisationnelles et hiérarchiques :
 - ★ Encourager la collaboration et le travail d'équipe
- Développer la culture organisationnelle en encourageant les équipes à partager, à acquérir et à traiter des informations pour entretenir l'innovation :
 - ★ Mettre en place de l'analyse de pratiques et des partages d'expériences à partir de situations innovantes ou complexes
 - ★ Mettre en place des CREX réguliers
 - ★ Valoriser l'adaptabilité et l'agilité en proposant des points réguliers avec les CS et les CSS sur des sujets permettant de faire évoluer les pratiques
 - ★ Inscrire les cadres dans le pilotage de projets innovants
 - ★ Proposer une journée de l'innovation managériale où sont présentés les travaux des cadres
- Développer des systèmes d'informations qui permettent le partage rapide des informations, facilite l'acquisition et la gestion des connaissances :
 - ★ Mettre en place une bibliothèque de situations managériales prévalentes

3.2 La communication managériale

Indépendamment du contexte de crise, la communication managériale permet de valoriser les compétences individuelles et toutes les pratiques mises au service du collectif, en limitant les comportements trop individualistes. Elle a une forte valeur stratégique et son enjeu est majeur dans une organisation apprenante.

Le travail en équipe pendant la crise a été perçu par l'ensemble des personnes interrogées comme une force qui a contribué à la mise en œuvre de la performance organisationnelle. Maintenir cette dynamique requiert la mise en place d'une communication favorisant le management de soutien des équipes d'encadrement, propice à la conservation d'un environnement de travail serein, même si des événements exceptionnels, et par nature inattendus, se produisent.

3.2.1 Une communication qui donne du sens à l'action de l'encadrement

L'enquête montre que les équipes d'encadrement de proximité et supérieur ne se sont pas directement impliquées dans la réflexion et la rédaction des différents plans préparés au sein des établissements. La mise en œuvre des fiches actions, des plans de mobilisation internes et des plans blancs a confirmé une relative méconnaissance des processus et généré de nombreux questionnements relatifs à leur mise en application pratique.

Pour répondre à cette problématique, le DS doit développer une communication managériale qui permet de donner du sens aux actions, en favorisant les échanges de bonnes pratiques afin que ces professionnels s'emparent de ces outils, en connaissent les contenus et saisissent leur rôle respectif dans ces dispositifs.

Le développement d'un axe de communication managériale du DS autour de la gestion de crise aura ici une place centrale pour apprendre plus rapidement des situations, favoriser la compréhension des processus, anticiper les besoins et changer les comportements en favorisant l'appropriation individuelle et collective.

Dans ce contexte, l'axe de communication managériale du DS :

- Prend appui sur les cadres et cadres supérieurs pour évaluer l'opérationnalité du plan de mobilisation interne et du Plan Blanc et définir des axes d'amélioration
- Permet la mise en place de rencontres régulières entre CS et CSS pour réaliser de l'analyse de pratiques et du partage d'informations qui contribuent à l'amélioration des parcours patients et du management des équipes
- Favorise la rencontre des équipes *in situ* pour évaluer les écarts et adapter la communication
- Favorise la participation des équipes d'encadrement aux évolutions des établissements de santé (implication dans les réflexions institutionnelles en participant aux projets qui y sont développés).

- Valorise le travail des cadres en prenant en compte les éléments qu'ils transmettent pour adapter les outils et les procédures et proposer des actions de communication adaptées aux attentes et aux besoins du terrain
- Développe des outils de communication adaptés et complémentaires qui permettent d'améliorer le suivi des informations

A travers la mise en place d'une communication managériale adaptée, le DS assure donc son rôle de coordinateur en offrant la possibilité aux personnels d'encadrement de la direction des soins de participer activement aux réflexions et de faire progresser les compétences individuelles et collectives, lesquelles seront réinvesties avec les équipes soignantes au profit de la qualité et de la sécurité des soins.

3.2.2 Une cartographie des compétences au service du collectif

Pour autant, même si la formation initiale des cadres leur a permis d'acquérir des compétences, les DS et CGS interrogés dans cette enquête ont repéré des écarts importants dans les réponses managériales apportées en situation de crise. La nature de ces écarts nécessite pour le DS et les CSS de mettre en place des points de vigilance qui permettent d'identifier de possibles difficultés, mais aussi les atouts, tout en tenant compte des situations individuelles (parcours professionnels, ancienneté, expériences) en ayant comme objectif l'amélioration continue des compétences individuelles et collectives.

Comme nous l'avons explicité précédemment, les compétences individuelles permettent d'enrichir celles du collectif. Cependant, selon G. Le Boterf ³⁶: « [...] la compétence ne peut se réduire à la somme des compétences individuelles qui les composent. Elle repose sur la qualité des interactions qui s'établissent entre les membres d'une équipe. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif ».

Au regard des situations observées, la mise en place d'une cartographie des compétences est un outil qui permet d'établir pour chacun des postes d'encadrement une base de compétences théoriques et techniques attendues (différente des compétences transverses communes au métier de cadre de santé) et de mesurer les besoins de professionnalisation.

Cette cartographie aura pour objectif :

- D'avoir une vision globale des compétences disponibles
- D'avoir une vision prospective des compétences permettant d'anticiper des besoins
- D'envisager un travail élargi sur les compétences au niveau du GHT
- De mener une réflexion autour de la complémentarité des compétences des équipes d'encadrement

³⁶ OLLIVIER D., (2012), *Management 2.0, Performance économique et capital humain !* Edition AFNOR p. 163-164

- D'appréhender de manière globale des compétences professionnelles transverses pouvant être partagées
- D'identifier des personnes ressources
- De repérer les écarts entre les compétences et de mettre en place des indicateurs permettant d'évaluer les évolutions
- De proposer des actions d'amélioration

Comme nous l'avons abordé précédemment, le repérage des compétences individuelles participe à l'enrichissement du collectif, mais il développe aussi les capacités à travailler ensemble et à apprendre des autres. Ces éléments ont été particulièrement mis en évidence en situation de crise par l'ensemble des cadres interrogés dans cette enquête. Le partage d'informations, l'augmentation des échanges et l'ajustement continu du management des équipes et des parcours de soins en fonction du contexte ont laissé une place importante à la dynamique de groupe et à l'acquisition de nouvelles compétences d'origine collectives.

3.3 La formation pour développer l'acculturation à la gestion de crise

Les entretiens réalisés ont mis en évidence une méconnaissance des dispositifs préparés dans les établissements de santé pour faire face à des situations qui, potentiellement, pourraient avoir des impacts importants sur l'offre de soins.

La majorité des cadres interrogés a constaté que leur niveau de connaissances théoriques et pratiques ne leur permet pas de gérer de manière optimale une situation dans la phase qui précède la mise en œuvre des fiches actions liées au plan de mobilisation interne ou au plan blanc d'établissement.

« La culture de la crise dans une société du risque est un enjeu d'appropriation par les professionnels de santé en particulier mais également par la société toute entière »³⁷. Le management de crise requiert donc l'acquisition d'une forme de culture et d'une vigilance qui se développent progressivement à partir des réflexions et des partages d'expériences. Toutes les situations inopinées qui surviennent dans des contextes inhabituels, participent à la construction de cette culture de la crise en milieu hospitalier. Les éléments recueillis auprès des différents interlocuteurs ont d'ailleurs montré une certaine confusion quant à l'appréhension du concept de crise. En effet, quand pour certains un afflux massif de victimes est synonyme de crise, pour d'autres, la simple erreur lors d'un soin apporté à un patient constitue déjà en soi une crise.

³⁷ REGOUBY C., (2007), *Le défi des comportements dans la gestion de crise*, Gestions Hospitalières, n°462, p.25.

Le DS a ici un rôle fort, en collaboration avec le DRH, dans la formalisation et la mise en place de plans de formation permettant « un travail soutenu de formation et d'apprentissage fortement orienté vers la capacité à être surpris »³⁸ afin que les équipes d'encadrement ne se retrouvent pas totalement désemparées ou désorganisées face à la survenue d'un évènement imprévisible. Tout l'enjeu consiste ici à développer des compétences théoriques et pratiques pour garantir l'opérationnalité des acteurs. Dans ce sens, il apparaît nécessaire que les fiches actions des différents plans soient connues afin que chacun soit en mesure de comprendre quel est son rôle en cas de survenue d'une crise et de repérer les modalités organisationnelles qui permettront d'y faire face.

3.3.1 Des exercices et de la simulation pour développer les compétences

Pour être acteur en situation de crise, il apparaît aussi important de partager à la fois ce que l'on sait faire mais aussi ce que l'on ne sait pas ou ne peut pas faire. Les CGS et DS interrogés ont repéré que les cadres ont étendu leur réseau pendant la crise et proposé des réponses innovantes à des problématiques parfois complexes. Ces solutions, qui ont bénéficié aux patients et aux équipes, ont été déployées au-delà des périmètres habituels, et ont participé à une plus forte cohésion des équipes dans une dynamique constructive.

Comme nous l'avons abordé précédemment, la formation permet de développer toutes sortes de compétences nouvelles, toutefois, en la complétant avec des mises en situation, les capacités à travailler en équipe, à développer de la créativité et de la flexibilité en situation de crise seront encore majorées. L'expérience acquise est une aide précieuse pour transférer des connaissances et s'approprier des outils. La mise en place d'exercices de simulation peut aussi permettre aux acteurs de développer une nouvelle forme de raisonnement qui participe à l'acculturation de la gestion de crise.

Au travers de la réalisation d'exercices de simulation et de retours d'expériences, les connaissances du contenu des procédures et des fiches actions du Plan Blanc et du plan de mobilisation interne sont vérifiées et évaluées. Ces « entraînements » présentent le double intérêt d'approfondir des connaissances mais aussi d'évaluer l'opérationnalité des contenus et, le cas échéant, de les réajuster pour répondre en partie à l'obligation de révision annuelle des dispositifs intégrés dans le plan global de gestion des tensions hospitalières et des SSE. La réalisation de ces apprentissages, sur la base de thématiques variées faisant appel à la mobilisation de professionnels issus de lieux d'exercice différents, permet de mesurer la place laissée aux initiatives individuelles dans un cadre contraint, de relativiser les « contextes de crise » et diminuer la charge émotionnelle pouvant interférer dans les prises de décision, en situation.

³⁸ LAGADEC P., (2009), *La question des plans – Entre points d'appui et pièges stratégiques*, Département d'économie, École Polytechnique, Cahier n°2009-40, p. 48.

Le DS, en partenariat avec le directeur de la qualité et le président de la CME travaillent en concertation pour proposer des actions de formation, de simulation et des retours d'expériences qui favorisent le développement de compétences s'intégrant pleinement dans la démarche qualité des établissements de santé. La valorisation du travail réalisé lors de ces sessions de simulation peut tout à fait faire l'objet de présentations lors de colloques ou de réunions cadres, dans une démarche mettant en avant les solutions innovantes en réponse aux situations où l'incertitude et l'imprévisibilité parasitent la prise de décision.

Conclusion

A travers ce travail, nous avons tenté de vérifier si les orientations managériales mises en place en période de crise ont des effets qui perdurent au-delà de cette période sur celui des équipes d'encadrement. Deux hypothèses opérationnelles ont d'abord été testées afin de vérifier l'impact des modes d'accompagnement et de la dynamique managériale mis en place par le directeur des soins, d'une part, sur l'optimisation des mesures à prendre lors du retour à une situation normale et, d'autre part, dans la construction de la résilience. Une troisième hypothèse visait à examiner cette fois, si l'impact de l'innovation managériale mise en place par les cadres en situation de crise conduisait le directeur des soins à exploiter ses effets en situation normale.

Afin de mettre ces trois hypothèses à l'épreuve, une série d'entretiens guidés par un questionnaire a été réalisée avec des équipes de cadres et de directeurs des soins.

L'analyse des données montre qu'aucune des personnes rencontrées n'a été en mesure de donner une définition précise de ce que signifie « bien gérer une crise ». Ce point semble essentiel dans la mesure où il invite à repérer les signaux déclencheurs afin de préparer les organisations à la survenue de toutes situations susceptibles de se transformer en situation de crise. L'analyse montre également que le contexte joue un rôle essentiel pour les acteurs selon la manière dont ils interprètent les situations et se les approprient pour en faire des leviers d'apprentissage ou, inversement, des obstacles.

Notons ici que, compte tenu du caractère exceptionnel de cette crise, les cadres interrogés ont rencontré des difficultés à se détacher d'un contexte extrêmement prégnant pour prendre la hauteur indispensable et donner leurs rôles en "gestion de crise", délivré de toute la charge émotionnelle engendrée par la pandémie et ses conséquences sur les organisations. Les principaux enseignements fournis par cette enquête montrent que les innovations organisationnelles et managériales initiées en contexte de crise se sont poursuivies au-delà de cette période et ont permis d'améliorer l'efficacité et l'efficience des organisations. La prise en compte des différents niveaux de connaissance et d'expériences des acteurs dans les réflexions a permis de créer une dynamique collective qui a contribué au développement d'une forme d'apprentissage organisationnel et favorisé la compréhension des éléments qui caractérisent une crise. Nous avons observé que l'histoire de l'établissement, son offre de soins, mais également les modes de management qui y sont développés participent à la construction de ces apprentissages.

Le management de crise est donc une démarche qui prend en compte la multiplicité des risques auxquels les organisations et les activités peuvent avoir à faire face, en

préparant les personnels et les établissements à affronter l'inconnu et l'imprévisible. Il invite aussi à s'interroger sur les pratiques managériales, au sens large, dans un but de les améliorer tout particulièrement si l'on considère les situations de crise comme des situations apprenantes. Ainsi, Le management par la confiance que le directeur des soins développe avec ses équipes d'encadrement participe au développement de l'autonomie, facteur indissociable de la prise de décision.

Au regard de l'analyse menée précédemment, il apparaît donc que la stratégie managériale du DS, menée dans un environnement instable, où les composantes principales sont l'adaptabilité, la flexibilité et la prise en compte du rôle de chacun des acteurs impliqués dans un management ajusté au quotidien, contribue largement au développement de l'apprentissage organisationnel. Au-delà, ce travail de recherche tend à s'accorder avec notre hypothèse générale selon laquelle le processus mis en place dans cet environnement, ici caractérisé par la survenue d'une crise, représente une réelle opportunité d'amélioration de l'organisation pouvant perdurer au-delà de la crise et sur laquelle il est fortement recommandé de capitaliser.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- (2010) : Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.
- (2013) : Instruction DGS/DUS/CORRUSS n° 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE.

Guide :

- (2019) : « *Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé* », (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf), Ministère des Solidarités et de la Santé.

Ouvrages :

- AUBERT, N., GRUERE, J.-P., JABES, J., LAROCHE, H., ENLART, S., (2010) : « *Management, aspects humains et organisationnels* », 9^e éd., PUF, 656 p.
- CROCQ, L., HUBERSON, S., VRAIE, B., (2009) : « *Gérer les grandes crises* » 1^{re} éd. Odile Jacob, 304 p.
- CYRULNIK, B., (2002) : « *Un merveilleux malheur* », Paris, éd. Odile Jacob, 256 p.
- HERMANN, C.F. (1979) : « *Crisis in Foreign Policy: A Simulation Analysis* », Bobbs Merrill, Indianapolis, 234 p.
- HOC, J.-M., (1987) : « *Psychologie cognitive de la planification* », Presses Universitaires de Grenoble, 197 p.
- KARSENTY, L., (2015) : « *Quel management pour concilier performances et bien-être au travail ?* », Ed. OCTARES, 208 p.
- LAGADEC, P., (1994) : « *La gestion des crises : Outils de réflexion à l'usage des décideurs* », McGraw-Hill, Paris, 326 p.
- LAGADEC, P., (2009) : « *La question des plans – Entre points d'appui et pièges stratégiques* », Département d'économie, École Polytechnique, Cahier n°2009-40, 72 p. <http://www.patricklagadec.net/fr/>

- LOILIER, T., TELLIER, A., (2013) : « *Gestion de l'innovation : Comprendre le processus d'innovation pour le piloter.* », éd. EMS, Cormelles-le-Royal, 528 p.
- LOUAZEL, M., MOURIER, A., OLLIVIER, E., et OLLIVIER, R., (2018) : « *Management en santé : gestion et conduite des organisations* », Les Presses de l'EHESP, Rennes, 543 p.
- OLLIVIER, D., (2012) : « *Management 2.0, Performance économique et capital humain !* », Éditions AFNOR 204 p.
- QUIVY, R., et CAMPENDHOUDT, L.V., (1995) : « *Manuel de recherche en sciences sociales* », 2e éd., Paris, 384 p.
- RICHEMOND, A., (2003) : « *La résilience économique* », Éditions d'Organisations, Paris, 248 p.
- ROUX-DUFORT, C., (2000) : « *La gestion de crise, un enjeu stratégique pour les organisations* », De Boeck Université, 190 p.
- SENGE, P., ARNAUD, B., GAUTHIER, A., (2016) : « *La cinquième discipline. Levier des organisations apprenantes* », Paris, Ed. Eyrolles, 466 p.

Revue :

- BOUMRAR, J., (2010) : « *La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel* », Vie et sciences de l'entreprise, n° 185-186, p.13-26.
- COUDRIER, C., POTEL, G., (2012) : « *Concilier performance et management par le sens et la confiance* », Gestions hospitalières, n° 521, p. 610-611.
- DE LA VILLE, V.I., (1998) : « *L'apprentissage organisationnel : perspectives théorique* », Cahiers français, n° 287 : Management et organisation des entreprises, p. 96-104.
- FALZON, P., (1994) : « *Dialogues fonctionnels et activité collective* », Le Travail Humain, vol. 57, n° 4, p. 299-312.
- KOENIG, G., (2006) : « *L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux* », Revue française de gestion, n° 160, vol. 1, p. 293-306.
- RATINAUD, C., DUFES, E., (2013) : « *Formation au management des situations de crise* », École Nationale Supérieure des Officiers de sapeurs-pompiers (ENSOP).
- REGOUBY, C., (2007) : « *Le défi des comportements dans la gestion de crise* », Gestions Hospitalières, n°462, p.25.
- REIX, R., (1995) : « *Savoir tacite et savoir formalisé dans l'entreprise* », Revue française de gestion, n°105, p 17-28.
- SAINSAULIEU, I., (2012) : « *La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ?* », Revue française de sociologie, Vol. 53, p. 461-492.

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien des cadres et cadres supérieurs de santé

Annexe II : Guide d'entretien des directeurs des soins et coordonnateurs généraux des soins

Annexe I : Guide d'entretien des cadres et cadres supérieurs de santé

Entretien semi-directif : <u>CADRE ET CADRE SUPERIEUR DE SANTE</u>	
En quoi l'accompagnement mis en place en situation de crise par le directeur des soins peut-il modifier le management des cadres de proximité lors du retour à la « normale » ?	
<i>Hypothèse n°1 : Les modes d'accompagnement mis en place par le DS en période de crise contribuent à l'optimisation des mesures à prendre lors du retour à une situation normale.</i>	
Questions	Thématiques explorées
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pouvez-vous définir ce qu'est une situation de crise ? Qu'est-ce qui la différencie d'une autre situation ? 2. Donnez-moi un exemple de crise vécue à l'hôpital 3. Quels enseignements pensez-vous que votre équipe tirera d'une crise lors du retour à la normale ? 4. Lors du retour à la normale, quels éléments pourrez-vous tirer de cette crise au profit de la veille à la continuité des soins ? 5. Quels enseignements relatifs à la cohérence des parcours de soins pouvez-vous tirer de cette crise, lors du retour à la normale ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact de la crise sur la continuité des soins et les parcours de soins ▪ Quels enseignements au retour à une situation normale ? ▪ Place de l'apprentissage organisationnel en situation de crise
<i>Hypothèse n°2 : L'innovation managériale des cadres en situation de crise conduit le DS à exploiter ses effets en situation normale.</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 6. A votre avis, quelles connaissances et compétences sont nécessaires pour manager en situation de crise ? 7. Quelle place donnez-vous à l'innovation managériale en situation de crise ? 8. A votre avis, la gestion des imprévus est-elle un facteur de développement de l'intelligence collective ? Pouvez-vous développer ? 9. En tant que cadre, qu'avez-vous dû « inventer » pour gérer cette crise ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Place de l'innovation managériale ▪ Impacts sur les parcours des patients et la continuité des soins ▪ Rôle des exercices et des entraînements ▪ Implication dans la conception et réalisation des outils d'aide à la gestion de crise (différents plans, procédures...)
<i>Hypothèse n°3 : La dynamique managériale du directeur des soins en situation de crise influence les cadres de santé dans la construction de la résilience.</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 10. Quelles ont été vos réactions face à cette crise ? 11. Comment accompagnez-vous vos équipes à se préparer à une situation sanitaire exceptionnelle ? 12. Avez-vous participé et/ou mis en place des exercices pour vous préparer (et vos équipes) à anticiper des situations imprévues ? 13. La « boîte à outils » dont vous disposiez vous a-t-elle servi à gérer cette crise ? Pouvez-vous développer ? 14. En tant que CS/CSS, la situation de crise a-t-elle nécessité de la flexibilité dans votre mode d'actions ? sous quelle(s) forme(s) ? 15. Selon vous, l'environnement mis en place lors de la dernière situation de crise a-t-il favorisé l'interaction entre les acteurs ? Sous quelle(s) forme(s) ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résilience ▪ Intelligence collective ▪ Flexibilité ▪ Apprentissage organisationnel ▪ Management par le sens

Annexe II : Grille d'entretien semi-directif de directeur des soins et coordonnateur général

Entretien semi-directif : DIRECTEUR DES SOINS	
En quoi l'accompagnement mis en place en situation de crise par le directeur des soins peut-il modifier le management des cadres de proximité lors du retour à la « normale » ?	
<i>Hypothèse n°1 : Les modes d'accompagnement mis en place par le DS en période de crise contribuent à l'optimisation des mesures à prendre lors du retour à une situation normale.</i>	
Questions	Thématiques explorées
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pouvez-vous définir ce qu'est une situation de crise ? Qu'est-ce qui la différencie d'une autre situation ? 2. Donnez-moi un exemple de crise vécue à l'hôpital ? 3. Quels enseignements pensez-vous que votre équipe d'encadrement tirera d'une crise lors du retour à la normale ? 4. Lors du retour à la normale, quels éléments pourrez-vous tirer de cette crise au profit de la veille à la continuité des soins ? 5. Quels enseignements relatifs à la cohérence des parcours de soins pouvez-vous tirer de cette crise, lors du retour à la normale ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition de la crise ▪ Impact de la crise sur la continuité des soins et les parcours de soins ▪ Quels enseignements au retour à une situation normale ? ▪ Place de l'apprentissage organisationnel en situation de crise
<i>Hypothèse n°2 : L'innovation managériale des cadres en situation de crise conduit le DS à exploiter ses effets en situation normale.</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 6. A votre avis, quelles connaissances et compétences sont nécessaires pour manager en situation de crise ? 7. Quelle place donnez-vous à l'innovation managériale en situation de crise ? 8. A votre avis, la gestion des imprévus est-elle un facteur de développement de l'intelligence collective ? Pouvez-vous développer ? 9. En tant que DS, qu'avez-vous dû « inventer » pour gérer cette crise ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Place de l'innovation managériale ▪ Impacts sur les parcours des patients et la continuité des soins ▪ Rôle des exercices et des entraînements ▪ Implication dans la conception et réalisation des outils d'aide à la gestion de crise (différents plans, procédures...)
<i>Hypothèse n°3 : La dynamique managériale du directeur des soins en situation de crise influence les cadres de santé dans la construction de la résilience.</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 10. Comment avez-vous perçu les réactions des cadres face à cette crise ? 11. Comment accompagnez-vous les équipes d'encadrement à se préparer à une situation sanitaire exceptionnelle ? 12. Avez-vous mis en place des exercices pour préparer les équipes d'encadrement à anticiper des situations imprévues ? 13. La « boîte à outils » dont vous disposiez vous a-t-elle servi à gérer cette crise ? Pouvez-vous développer ? 14. La situation de crise a-t-elle généré de la flexibilité dans les équipes d'encadrement ? sous quelle(s) forme(s) ? 15. Selon vous, l'environnement mis en place lors de la dernière situation de crise a-t-il favorisé l'interaction entre les acteurs ? Sous quelle(s) forme(s) ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résilience ▪ Intelligence collective ▪ Flexibilité ▪ Apprentissage organisationnel ▪ Management par le sens

MOUCHON

Frédéric

Décembre 2020

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2020

La situation de crise : une opportunité managériale pour le directeur des soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -

Résumé :

La survenue d'une situation sanitaire inédite par son ampleur, son évolution et sa durée, à laquelle notre système de santé dut faire face lors de la période récente a fortement bousculé les organisations hospitalières. Les incertitudes engendrées ont eu des effets sur les comportements mais également sur les processus décisionnels. Pour faire face à la situation, les équipes d'encadrement ont fait appel à leurs capacités de réflexivité, d'innovation et ont développé de l'autonomie.

La question centrale à laquelle tente de répondre cette étude est de vérifier si l'accompagnement mis en place par le directeur des soins en période de crise est en mesure ou non d'exercer une influence sur le management des cadres de proximité lors du retour à un régime courant d'activité.

Les premiers résultats recueillis montrent qu'au-delà de la période de crise, un impact positif des innovations organisationnelles et managériales mises en place durant celle-ci, continue de subsister. En développant un management par la confiance, le directeur des soins donne du sens aux responsabilités et à la mobilisation de l'intelligence collective dans une dynamique qui renforce l'acculturation à la gestion de situations de crise.

Mots clés : résilience, crise, gestion de crise, management, communication, formation, compétence, risques, sécurité, innovation managériale, intelligence collective

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.