



EHESP

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : ***octobre 2020***

**Les Situations Sanitaires
Exceptionnelles dans un établissement
de 3^{ème} ligne :
Les enseignements de la première
gestion de crise aux Hôpitaux de
Saint-Maurice**

Axelle FRUCTUS

Remerciements

C'est avec un grand plaisir que je rédige cette page. L'exercice, souvent vécu par les élèves comme une figure imposée, est pour moi l'occasion de revenir sur 8 mois de stage inoubliable.

Je tiens à remercier en premier lieu Mme Peynègre pour la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de mes missions. L'expérience qu'elle m'a permis d'acquérir et de partager me suivra tout au long de ma nouvelle carrière.

L'accompagnement que m'a apporté ma maître de stage, Séverine Huguenard, a été particulièrement aidant et efficace pour faciliter à la fois mon intégration au sein de l'équipe de direction que pour la conduite de mes missions.

Le soutien et l'écoute de l'ensemble des directeurs adjoints a été pour moi un atout de taille. Leurs conseils toujours judicieux m'ont guidée pendant mon stage de direction, jusque dans la rédaction de mon mémoire. Je les remercie chaleureusement : Nora Bouamrane, David Carsique, Meriem Dhib, Jérôme Huc, Hamid Mekkaoui, Anne Paris, Céline Ranc et Béryll Wilsius.

L'accueil bienveillant des professionnels de santé m'a permis de comprendre leurs enjeux et de trouver les leviers pour les concilier avec les orientations de l'hôpital dans le cadre de mes missions. A cet effet, je remercie le Dr Renaud Péquignot et le Dr Judith Maman ainsi que l'ensemble des chefs de pôle.

La crise a accéléré et décuplé les rencontres et j'ai beaucoup appris de nombreux professionnels, notamment auprès du Dr Muriel Soulier et des infirmières hygiénistes. Les enjeux liés à l'hygiène hospitalière ont marqué mon stage.

Je remercie également le Dr Rosso et la cellule d'accompagnement éthique avec lesquelles j'ai eu un grand plaisir à travailler à la diffusion du raisonnement éthique pendant la crise.

Enfin, je veux remercier Eric Prunier, Marion Makaroff et Elisabete Ferreira Antunes pour leur solidarité à mon égard, ainsi que toutes les équipes des HSM parmi lesquelles la communication, la patientèle et les affaires juridiques notamment pour les moments partagés de convivialité.

Je profite de cette page pour remercier Jean-Claude Moisdon de l'Ecole des Mines pour ses conseils extrêmement précieux et sa disponibilité, sans lesquels ce mémoire n'aurait pu être réalisé.

Sommaire

Introduction	1
1 Au niveau national, un changement de paradigme dans la gestion des SSE, marquée par les attentats de 2015 et 2016, a remplacé la logique de réaction par celle de la préparation	5
1.1 Le dispositif ORSAN organise et coordonne la réponse sanitaire en situation de crise.....	6
1.1.1 Le dispositif ORSAN place l'établissement de santé (ES) au cœur d'un plan sanitaire territorial.....	6
1.1.2 Le dispositif ORSAN établit une classification des ES selon les attendus de l'ARS en matière de gestion des SSE.	7
1.2 L'évolution récente du cadre réglementaire et des terminologies employées tend à favoriser une plus large diffusion de la culture de la gestion de crise au sein des ES 10	
1.2.1 Le changement d'approche de la gestion de crise fait de la préparation un enjeu de la politique générale de chaque établissement	10
1.2.2 Mais la nouvelle dynamique a pu sembler cibler en priorité les établissements dotés de SAU, de réanimation et de blocs opératoires	12
2 Le dispositif de gestion de crise décliné aux Hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) a permis de rester à l'écoute des équipes mais peut être remis en cause par la durée de l'épidémie et ses impacts	15
2.1 La réponse sanitaire des HSM s'est appuyée sur l'affirmation du binôme DG-PCME dans le processus décisionnel et le maintien d'espaces de dialogue avec les équipes.....	16
2.1.1 La centralisation incarnée par le binôme DG-PCME a permis cet ajustement permanent des pratiques professionnelles dans le cadre concerté de la cellule de crise.....	16
2.1.2 Les espaces d'échange pluri professionnel ont favorisé la coordination des équipes pendant la crise.....	18
2.2 Toutefois, le dispositif de gestion de crise des HSM présente des risques et des limites au regard de la durée de la crise.....	21
2.2.1 L'analyse des modes de défaillance du dispositif en place aux HSM pointe le risque de son inadaptation à une crise qui s'inscrit dans la durée	21

2.2.2	Face à une crise durable ou à un risque permanent, la capacité de l'établissement à faire face à une deuxième vague ou à une nouvelle crise repose sur l'ancrage de la gestion du risque dans la culture des HSM	26
3	Les enseignements de la crise du COVID-19 invitent les ES à devenir des « Hôpitaux apprenants et résilients » pour mieux faire face au risque permanent.....	30
3.1	Rechercher l'amélioration continue grâce à l'expertise des équipes plutôt que la planification exhaustive de la réponse aux crises	31
3.1.1	La co-construction des procédures est à généraliser en particulier dans le cadre d'une gestion stratégique des stocks	31
3.1.2	Les démarches de formation-action caractérisées par leur agilité permettent la réactivité organisationnelle et la valorisation de la montée en compétences des professionnels	33
3.2	Favoriser la résilience de l'hôpital en questionnant ses prises en charge au regard de l'intérêt du patient.....	36
3.2.1	Le questionnement éthique autour du sens du soin est un facteur important de soutien des équipes et recentre l'activité de soin sur le patient.....	36
3.2.2	Les actions de communication de l'ES contribuent à maintenir et développer le lien avec les patients.....	38
	Conclusion.....	41
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMDE = Analyse des modes de défaillances et effets

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ARS = Agence Régionale de Santé

EPSM = Etablissement Public de Santé Mentale

ARS IDF = Agence Régionale de Santé Ile de France

HAD = Hospitalisation A Domicile

CAE = Cellule d'Accompagnement Ethique

HAS = Haute Autorité de Santé

CCH = Cellule de Crise Hospitalière

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

CCNE = Comité Consultatif National d'Ethique

IADE = Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

CH = Centre Hospitalier

NRBC = Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques

CHR = Centre Hospitalier Régional

ORSAN = Organisation de la Réponse du Système de Santé en Situations Sanitaires Exceptionnelles

CHS = Centre Hospitalier Spécialisé

ORSAN AMAVI = ORSAN Afflux MAassif de Vlctimes

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

ORSAN EPICLIM = ORSAN EPIdémies et phénomènes CLIMatiques

CIUSSS = Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale au Québec

ORSAN MEDICOPSY = ORSAN MEDICO-PSYchologique

CME = Commission Médicale d'Etablissement

ORSAN NRC = ORSAN Nucléaire Radiologique Chimique

CORRUSS = Centre Opérationnel de Régulation et de Réponses aux Urgences Sanitaires et Sociales

ORSAN REB = ORSAN Risque Epidémiologique et Biologique

COVID = COrona Virus Disease

PCME = Président de CME

CPOM = Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

PMI = Plan de Mobilisation Interne

CTIRC = Centre de Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique

RT-PCR = Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)

CUMP = Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

SAU = Service d'Accueil d'Urgence

DAF = Dotations Annuelle de Financement	SI-VIC = Système d'Information pour le suivi des Victimes
DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins	SPIAS = Service de Prévention des Infections Associées aux Soins
DGS = Directions Générale de la Santé	SRS = Schéma Régional de Santé
DMC = Directeur Médical de Crise	SSE = Situation Sanitaire Exceptionnelle
DMS = Durée Moyenne de Séjour	SSR = Soins de Suite et Réadaptation
DPI = Dossier Patient Informatisé	UDSM = Union pour la Défense de la Santé Mentale
DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques	UFAM = Unité Fonctionnelle d'Analyse du Mouvement
ES = Etablissement de Santé	USLD = Unité de Soins de Longue Durée
ESMS = Etablissements sociaux et médico-sociaux	
ETP = Equivalent Temps Plein	
GCS = Groupement de Coopération Sanitaire	
GHT = Groupement Hospitalier de Territoire	

Introduction

« Pour nous, avant, une crise c'était un accident autoroutier, un problème dans une usine, des choses courtes dans le temps, préparées, anticipées, on a été formé à ça. Là, on se trouve avec une crise qui évolue trois, quatre, cinq jours, et ça continue et ça continue. » déclare un médecin urgentiste dans le rapport sur « le système hospitalier français dans la crise Covid-19 », coordonné par Hervé Dumez et Etienne Minvielle¹. Cette déclaration illustre l'état de sidération qu'a éprouvé chaque professionnel hospitalier depuis le début de l'épidémie de la COVID-19.

La crise a concerné le système de santé dans son ensemble puisque toutes ses entités ont été touchées par l'adaptation des protocoles de prises en charge, par les impacts du confinement sur la pérennité des organisations et par la contagiosité du virus. Les propos du médecin urgentiste soulignent l'assimilation habituelle de la crise au service des urgences et des plateaux techniques de chirurgie dans un hôpital.

Or, l'épidémie de COVID-19 n'a pas uniquement concerné ces services, ni même uniquement les hôpitaux en disposant. Lors du pic épidémique de la première vague, l'accueil aux urgences était particulièrement faible, les malades (hors COVID-19) préférant rester à domicile plutôt que de se rendre à l'hôpital et risquer d'être contaminés.

En déprogrammant les chirurgies qualifiées de non-urgentes, en privilégiant les relations soignants-soignés à distance (téléphone, visioconférences), le système de santé s'est concentré sur le traitement des patients touchés par la COVID-19, tout en essayant de réduire au maximum les risques de rupture ou de refus de soins par des solutions alternatives de prises en charge (maintien de structures d'accueil de crise en psychiatrie par exemple). Pour autant, la gestion de la COVID-19 a déstabilisé les équipes et les a contraintes à s'adapter à de nouvelles prises en charge et à une nouvelle pathologie.

Ainsi, l'épidémie de COVID-19 contribue à requestionner la place de chaque acteur de la santé dans le cadre d'une gestion de crise systémique. Marquée par des situations accidentelles médiatisées ou les attentats de 2015 et 2016, la gestion de crise hospitalière avait, jusqu'alors, pour enjeu principal le traitement de l'afflux massif de victimes, ciblant de fait les établissements assurant 24H/24 un accueil d'urgences avec un plateau technique chirurgical.

¹ DUMEZ H., MINVIELLE E., 6 juillet 2020, Le système hospitalier français, une contribution des sciences de gestion [en ligne], Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique et CNRS, 90 pages

La récente évolution du cadre réglementaire de la gestion de crise à l'hôpital s'inscrit elle aussi dans cette perspective, même si elle tend à préparer les établissements à la gestion de crise et à les intégrer à une réponse territoriale. Elle substitue l'impératif de préparation à la rédaction de plans dédiés à autant de crises possibles pour l'établissement. A la multiplication des protocoles, la nouvelle doctrine de gestion de crise vise à rendre les hôpitaux prêts à créer de nouvelles réponses et à adapter leurs prises en charge.

A cet effet, l'instruction du 27 juin 2013 introduit un nouveau terme. Le concept de situation sanitaire exceptionnelle s'entend comme « *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 (notamment en termes 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 crise²* ».

L'hôpital ne doit pas seulement être en capacité de répondre à la crise mais doit parvenir à adapter son offre de soins à l'exceptionnel, à l'imprévu. Cependant, une crise ou une situation à laquelle on est préparé, où tout a été bien anticipé, n'est, par définition, pas une crise.

En stage aux Hôpitaux de Saint-Maurice (HSM), j'ai pu observer de manière privilégiée comment la réponse à la crise s'organise dans un établissement de santé, *a priori* peu préparé à une crise sanitaire d'une telle envergure. Porteurs de quatre filières de soins (Maternité, Centre de Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique, Soins de Suite et Réadaptation adulte, gériatrique et pédiatrique, Psychiatrie adulte et infanto-juvénile), les HSM ont une culture d'établissement particulièrement basée sur le dialogue, la construction de consensus par la négociation. L'importance du débat clinique est en effet une caractéristique de la psychiatrie, que l'on retrouve dans d'autres pôles de soin de l'établissement probablement par effet de capillarité.

Le sujet de ce mémoire est donc né d'interrogations générées par la lecture des instructions et guides nationaux relatifs à la gestion de crise à l'hôpital. Comment un établissement *a priori* non-ciblé par l'enjeu de préparation à l'afflux de victimes peut répondre à ce risque d'incapacité du système de santé ? Quels rôles jouent un hôpital aux activités traditionnellement décorrélées de la gestion de crise ? Disposant de moins d'outils de crise

² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET SANTE, Instruction DGS/DUS/CORRUS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles [en ligne], Date de mise en ligne : 16/07/2013, disponible sur internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37219.pdf

que des hôpitaux avec des services d'accueil d'urgence, quelle réponse peut-il construire pour ses patients et ses soignants ? Quels enseignements généraux peut-on retirer du retour d'expérience d'un établissement comme celui des HSM ?

Le déploiement de solutions agiles, souples, expérimentales est une caractéristique de la gestion de l'épidémie aux HSM. Pour la première fois de leur histoire « en situation de gestion de crise », les HSM ont ouvert des unités dédiées, fermé des structures et accompagné le redéploiement des professionnels dans les services restant en activité. La gestion de crise a permis de nombreuses expérimentations qui seront conservées à l'issue de l'épidémie, à l'image de la télémédecine, de l'utilisation d'outils de visioconférences ou encore de réalisation de vidéos de rééducation pour les patients à domicile...

La démarche du présent mémoire est de proposer une grille de lecture des facteurs qui ont contribué à rendre les HSM résilients, agiles face à la crise et de proposer une catégorisation des risques de défaillance du dispositif mis en place à partir du mois de mars. Pour cela, l'analyse des modes de défaillance et de ses effets (AMDE), méthode utilisée dans l'analyse des événements indésirables, a été transposée pour identifier les points à risque de la gestion de crise aux HSM et ainsi être en capacité de les anticiper dans un contexte de crise durable.

Dans un premier temps, il convient de rappeler comment la gestion de crise semble se concentrer sur l'afflux de victimes consécutifs à un attentat, un accident de la route, une catastrophe naturelle. Les établissements de santé mentale ou hospitalisant des patients en rééducation ne paraissent jusqu'à aujourd'hui peu impliqués dans les dispositifs territoriaux de crise comme ORSAN, la crise étant associée aux soins aigus (partie 1).

Ensuite, face à une crise inédite et systémique, les HSM ont dû s'acculturer à la gestion de crise dans des délais contraints. Un dispositif de crise « à taille humaine » et réactif a donc été mis en place, centré sur l'établissement et l'appui aux équipes. En revanche, le nombre limité de ressources expertes et opérationnelles d'un tel établissement présente un risque pour la gestion de crise à terme dans le contexte d'une épidémie inscrite dans la durée, faute de vaccin ou de traitement curatif (partie 2).

Enfin, l'ancrage progressif de la culture du risque et de l'agilité dans les directions et les pôles est une opportunité à saisir pour valoriser et développer différentes pratiques observées depuis le printemps. Généralisé à l'ensemble des composantes de l'établissement, le management du risque constitue une méthode pour rendre l'offre de soins proposée plus adaptable, plus résiliente car en mesure d'apprendre en permanence

de ses pratiques. Enfin, l'agilité déployée aux HSM pour adapter l'offre de soins aux situations des patients et questionner les prises en charge au regard du contexte est une expérience à partager et à encourager auprès de l'ensemble des acteurs de santé (partie 3).

1 Au niveau national, un changement de paradigme dans la gestion des SSE, marquée par les attentats de 2015 et 2016, a remplacé la logique de réaction par celle de la préparation

Les modalités de production et de réalisation d'actes de soins en cas de crise ont évolué depuis les années 1980. Une accélération s'est opérée au cours des années 2000 due principalement à l'émergence de la menace terroriste et le risque de désorganisation de l'offre de santé face à l'afflux de victimes aux urgences.

Circulaire DGS/3E du n° 1471/DH/9C 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital

- Abrogée et remplacée par la circulaire du 3 mai 2002
- le service public hospitalier est une mission permanente (loi du 3 décembre 1970) qui doit être remplie même dans les situations exceptionnelles
- **Les ES doivent mettre en place dans ce cadre un Plan d'Accueil**

Circulaire du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes : première approche zonale de la crise

- Le Plan d'Accueil devient Plan Blanc
- **schéma départemental des plans blancs** (organisation zonale articulée avec la zone de défense civile)
- identification d'un nouveau risque générant un afflux massif de victimes : NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique)
- Abrogée et remplacée par la circulaire n° 2006-401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : consolidation de la gestion de crise à l'hôpital

- une "nouvelle organisation de prévention et de gestion des menaces sanitaires graves et des situations d'urgences"
- renforcement du rôle de l'InVS
- **structuration du Plan Blanc Hospitalier**
- prise en charge des menaces liées au bioterrorisme
- protection des systèmes d'information

Instruction N°153 DGS/DUS/SGMAS du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

- Dispositif de préparation ORSAN
- **Schéma de planification du système de santé en SSE**

Instruction du 26 juillet 2019 et guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des SSE : catégorisation des ES et structuration de la réponse des ES

- évolution et actualisation des volets ORSAN
- **planification de la réponse des ES** : dispositif de montée en puissance sur 2 niveaux, structuration d'une cellule de crise hospitalière, outils de réponse préparés en amont
- **hiérarchisation fonctionnelle à 2 niveaux : ES de 1ère ligne, ES de 2ème ligne**

Figure 1 : lecture synthétique de l'évolution du cadre réglementaire de la gestion de crise

1.1 Le dispositif ORSAN organise et coordonne la réponse sanitaire en situation de crise

1.1.1 Le dispositif ORSAN place l'établissement de santé (ES) au cœur d'un plan sanitaire territorial

L'évolution du cadre réglementaire illustre l'élargissement des menaces auxquelles le système de santé doit être en capacité de répondre. La prise en charge sanitaire est appréhendée au niveau régional voire zonal (ex : NRBC) ou nationale (ex : Grands brûlés). Ainsi, avec le dispositif ORSAN, la gestion de crise ne concerne pas l'ES seul mais l'ES au cœur de sa région, de son environnement : relations avec les autorités opérationnelles (préfecture), de tutelle (ARS) et politiques (élus), GHT, partenaires de l'ES, professionnels de santé de ville... La gestion de crise est coordonnée par l'ARS.

Chaque ARS intègre dans son Schéma Régional de Santé (SRS) la préparation du système de santé à la gestion des SSE (ORSAN) en définissant les schémas régionaux des 5 volets du dispositif ORSAN³.

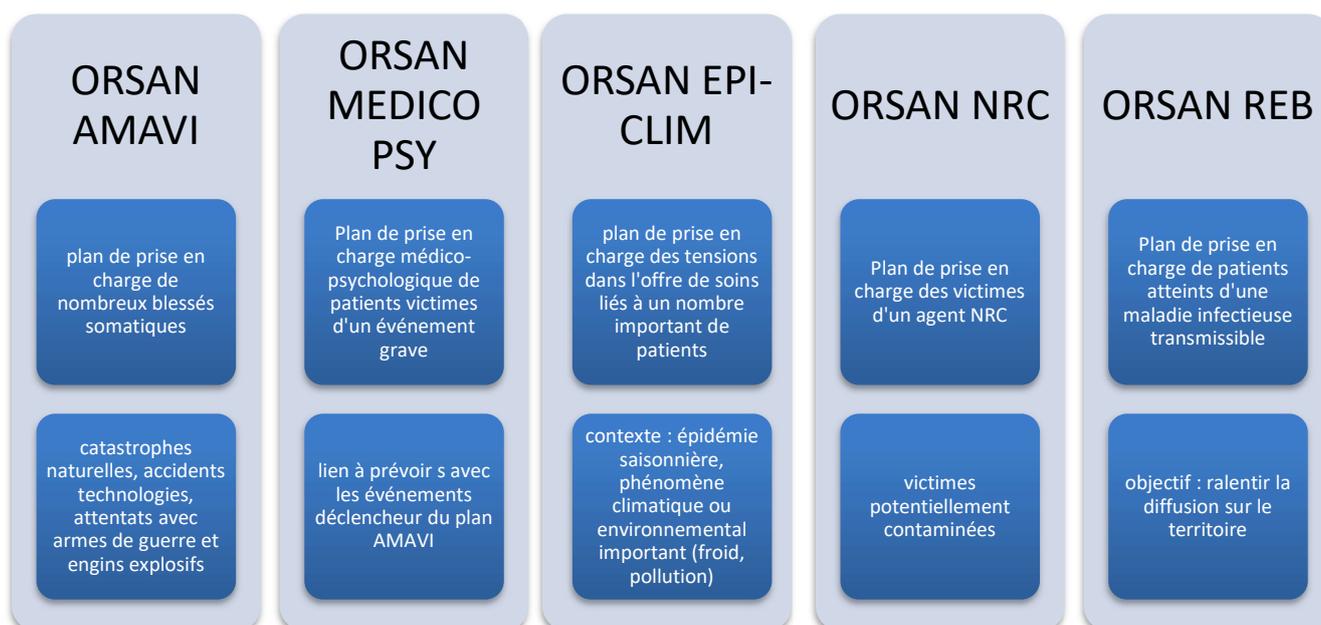


Figure 2 : les 5 volets du dispositif ORSAN

L'instruction du 15 mai 2004 apporte une nouvelle grille de lecture dans la préparation des ES et des territoires à la gestion de crise. Le dispositif de préparation ORSAN vise à adapter au niveau régional les parcours de soins aux besoins de la population en période de crise.

³ Cf. art.L1434-2 du Code de santé publique : « Les objectifs (du schéma régional de santé) portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle " ORSAN " mentionné à l'article [L. 3131-11](#). »

Il a également pour objectif d'adopter, quel que soit l'évènement, les mesures nécessaires au maintien et à la montée en puissance du système de santé.

Chacun des 5 volets ci-dessus renvoie à un schéma régional décrivant les filières de soins adaptées à la SSE. En plus des schémas régionaux, trois volets transversaux et un volet générique sont prévus dans le dispositif ORSAN :

- Organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle en structure sanitaire
- Organisation de la continuité de prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation de structures sanitaires
- Coordination du renforcement de la sécurisation des établissements de soins en SSE
- Mesures sanitaires de gestion d'une catastrophe naturelle (volet optionnel)

Inscrits dans le SRS, les objectifs régionaux à atteindre en matière de SSE sont intégrés pour déclinaison aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ES :

*« Le contrat fixe, pour l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation : 1° Ses orientations stratégiques, l'évolution de ses activités et, le cas échéant, les restructurations afférentes compte tenu des objectifs du projet régional de santé **dont ceux inscrits dans le programme pluriannuel régional de gestion du risque**. Il tient compte également des priorités nationales de santé publique ; 2° Le service rendu aux patients et les conditions de garantie de la continuité des soins ; [...] ⁴».*

1.1.2 Le dispositif ORSAN établit une classification des ES selon les attendus de l'ARS en matière de gestion des SSE.

Les objectifs du CPOM sont déclinés dans la politique générale de l'établissement.

- Le projet médical : en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le CPOM, il contient notamment les objectifs médicaux, le contenu de l'offre de soins et l'organisation des moyens médicaux⁵. Dans ce cadre, les SSE peuvent y être mentionnées.
- Le projet d'établissement : traduit la politique générale de l'établissement et intègre également les SSE⁶.

Par ailleurs, chaque ES dispose d'un plan blanc d'établissement⁷, qui lui permet de mobiliser sans délai tous les moyens nécessaires en cas d'afflux de patients ou pour faire

⁴ Article D6114-3 du Code de santé publique

⁵ Article D6143-37-1 du Code de santé publique

⁶ Article L6143-2 du Code de santé publique

⁷ Article R3131-13 du Code de santé publique

face à une SSE. L'obligation de sécurité et de continuité des soins justifie le déclenchement de cette mesure exceptionnelle.

Le plan blanc d'établissement prend en compte les objectifs du dispositif ORSAN et définit notamment :



Figure 3. Contenu du Plan Blanc d'établissement

La réponse sanitaire attendue par l'ARS dépend du positionnement de l'établissement dans les cinq plans de prise en charge ORSAN. Le dispositif ORSAN introduit une classification des ES en deux niveaux :

	ORSAN AMAVI	ORSAN MEDICO-PSY	ORSAN CLIM	EPI-ORSAN NRC / ORSAN REB ⁸
ES de 1^{ère} ligne	- Disposent d'un SAU, de réanimation et d'un plateau	- Disposent d'une CUMP pour la prise en charge immédiate et	- Disposent d'une capacité d'accueil H24	- Capacité de décontamination approfondie

⁸ Pour les risques NRC et REB, un niveau supplémentaire est défini. Il s'agit des établissements de santé experts. Ils mettent en œuvre la décontamination approfondie (chambres à pression négative, laboratoire L3, blocs opératoires...) et projettent des moyens de décontamination au profit d'autres ES.

	technique chirurgical (H24)	post-immédiate des victimes - Suivi en lien avec les établissements autorisés en psychiatrie		- Prise en charge médicale de victimes notamment en urgence absolue et relatives en relation avec un agent NRC - Disposent d'un SAU, d'une unité infectiologie - à proximité de sites à risques (site industriel...)
ES de 2^{ème} ligne / Tous les ES	- Après les soins aigus	- Disposent d'une filière de prise en charge en santé mentale	- tous les ES ne disposant pas d'une capacité d'accueil H24	- tous les ES : Capacité de détection et de décontamination d'urgence Contribuer à l'augmentation de la capacité des ES de 1 ^{ère} ligne / experts
ES experts	- Disposent d'un plateau technique hautement spécialisé : centre de traumatologie, réanimation, chirurgie cardio- thoracique, neurochirurgie, chirurgie et réanimation pédiatrique, centre de traitement des brûlés.	- Disposent d'une CUMP régionale et/ou zonale		- Disposent d'un plateau technique spécialisé (prise en charge de maladies infectieuses hautement transmissibles), d'une unité de réanimation, de pédiatrie et d'un laboratoire (diagnostic microbiologique)

L'ARS gradue le niveau d'intervention attendu par ES en fonction du risque. Cette hiérarchisation est basée sur le plateau technique et les capacités de prise en charge des

établissements. Les patients sont orientés en première intention vers les ES de 1^{ère} ligne pour le risque considéré car ils disposent des plateaux techniques adaptés à la prise en charge indiqués (SAU, blocs opératoires, réanimation). Les prises en charge spécialisées sont assurées par les établissements experts (NRC, grands brûlés). Les établissements de 2^{ème} ligne sont en capacité de prendre en charge les patients après transfert de l'ES de 1^{ère} ligne.

Les établissements ne relevant ni de la 1^{ère} ou de la 2^{ème} ligne n'ont pas de rôle prédéterminé dans le cadre du plan ORSAN. Ils doivent être en mesure d'accueillir un afflux de patients ou d'appuyer les ES de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne (délestage, prise en charge après les soins aigus).

Par ailleurs, des liens entre plusieurs volets ORSAN doivent être prévus à l'image de la gestion de la COVID-19 : ORSAN AMAVI, ORSAN EPI-CLIM, ORSAN MEDICO-PSY.

1.2 L'évolution récente du cadre réglementaire et des terminologies employées tend à favoriser une plus large diffusion de la culture de la gestion de crise au sein des ES

1.2.1 Le changement d'approche de la gestion de crise fait de la préparation un enjeu de la politique générale de chaque établissement

L'instruction du 26 juillet 2019⁹ actualise le cadre de la gestion de crise sanitaire et fait évoluer la terminologie. Ainsi, chaque ES doit disposer d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE. Ce plan organise et anticipe les mesures à déployer pour les situations où la gestion courante et les moyens ordinaires de l'ES sont dépassés.

La nature des risques et des menaces a évolué. Différents événements se sont produits ces dernières années (notamment les attentats du 13 novembre 2015 et à Nice en 2016) et ont permis de tirer des enseignements utiles à l'organisation de la réponse sanitaire adéquate. La dynamique impulsée par cette évolution fait de l'enjeu de préparation aux crises sanitaires de chaque ES un impératif. La gestion des tensions hospitalières et des SSE s'inscrit dans la politique générale d'établissement qui vise à maintenir et adapter la capacité à soigner dans toutes les situations.

Initialement, la gestion de crise était abordée par des plans spécifiques, multipliant les procédures et les documents à maîtriser par les professionnels. Depuis l'instruction du 26

⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, instruction N°DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, non publié au Journal Officiel, indisponible en ligne.

juillet 2019, l'approche retenue est la capacité de définir des stratégies de réponse globale, adaptées aux différents niveaux d'intervention territoriale.

Depuis 2019, l'organisation interne de chaque ES doit être actualisée pour intégrer trois éléments :

- **Un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE à 2 niveaux** : plan de mobilisation interne (PMI) et plan blanc.

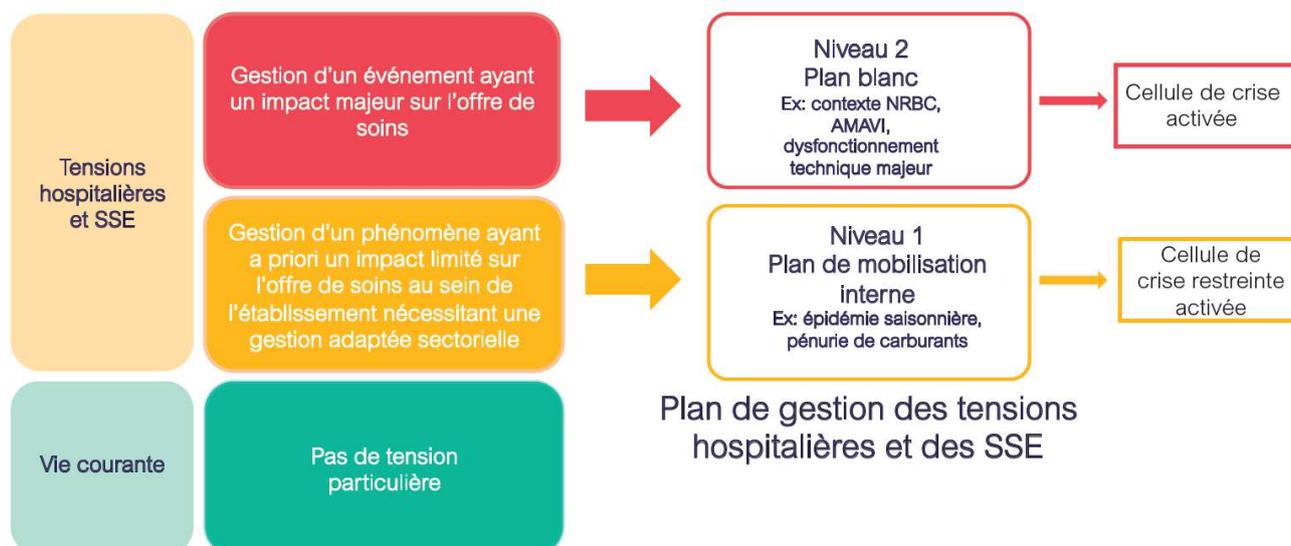


Figure 4. Dispositif de montée en puissance à deux niveaux pour la gestion des tensions hospitalières et des SSE¹⁰

- **La structuration d'une cellule de crise hospitalière (CCH)**

Elle est pilotée par le Directeur général de l'établissement. Il s'agit de l'organe de commandement de l'établissement quand un événement impactant l'activité hospitalière survient. L'instruction du 26 juillet 2019 précise que la CCH doit pouvoir être activée en 45 minutes.

Six fonctions sont identifiées et coordonnées en son sein, selon l'ES :

- Fonction pré-hospitalière : interface entre le SAMU (régulation médicale) et l'entrée du SAU de l'ES
- Fonctions suivi des victimes : traçabilité et identification des victimes (système d'information SI-VIC), des impliqués et des familles
- Fonctions parcours de soins : adaptation et organisation des prises en charge selon les événements
- Fonctions logistiques : support aux activités de soins (matériel, équipement...)

¹⁰ Schéma 2, page 29, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, ministère des Solidarités et de la Santé, 2019

- Fonctions sécurité : articulation du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE au plan de sécurité de l'établissement¹¹ et au plan de continuité/reprise d'activité.
- Fonction communication : définition de la stratégie de communication interne et externe, incluant les autorités (ARS, Préfecture)
- Fonction directeur médical de crise (DMC) : désigné par le PCME en lien avec le directeur d'établissement, il est associé à la préparation de la réponse de l'ES aux SSE et pilote la réponse médicale en lien avec la direction des soins, le PCME et le directeur d'établissement. Il apporte son expertise à la CCH.
- Fonction décision : pilotée par le directeur général de l'établissement et animée par le directeur général adjoint et le président de la CME.

– **La préparation d'outils de réponse adaptés aux tensions hospitalière ou SSE**

Il ne s'agit pas d'anticiper tout type de SSE. En revanche, la préparation en amont d'outils permet de réguler l'offre de soins (délestage, rappel de personnel, mobilisation supplémentaire de matériels, adaptation des capacités d'accueil, confinement...) et de répondre à des situations spécifiques (5 volets du plan ORSAN).

L'élaboration des outils spécifiques doit tenir compte du niveau d'intervention de l'ES attendu par l'ARS : établissement expert, établissement de 1^{ère} ligne, établissement de 2^{ème} ligne, tous les établissements.

1.2.2 Mais la nouvelle dynamique a pu sembler cibler en priorité les établissements dotés de SAU, de réanimation et de blocs opératoires

Le traumatisme suivant les attentats du Bataclan et de Nice a pu conduire à prioriser la préparation des ES susceptibles d'accueillir des « *blessés de guerre* » et développer dans les SAU la notion de « *damage control* », doctrine d'intervention courte en chirurgie pour optimiser les chances de survie d'un blessé au pronostic de vie gravement engagé.

Par ailleurs, avec la classification des ES en 1^{ère}, 2^{ème} ligne et les autres ES, la nouvelle approche développée en matière de gestion de crise peut paraître essentiellement tournée sur les CHU, CHR ou encore les CH dotés de SAU, de blocs opératoires et de services de réanimation, des ES ayant des capacités d'accueil 7 jours/7 et 24h/24.

¹¹ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, instruction N° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé [en ligne], publié au Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2016/12 du 15 janvier 2017, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf

Une partie des ES (publics et privés) a pu se sentir moins concernée par la préparation du dispositif ORSAN au regard des activités de soin autorisées ou de l'absence de services hospitaliers habituellement associés à la notion de crise : urgences, réanimation, chirurgie. Il en est ainsi des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ou des ES spécialisés en soins de suite et réadaptation (SSR) par exemple.

Cependant, les établissements de santé susceptibles d'être en 1^{ère} ou 2^{ème} ligne ne représentent qu'une partie de l'ensemble de la réponse sanitaire en France.

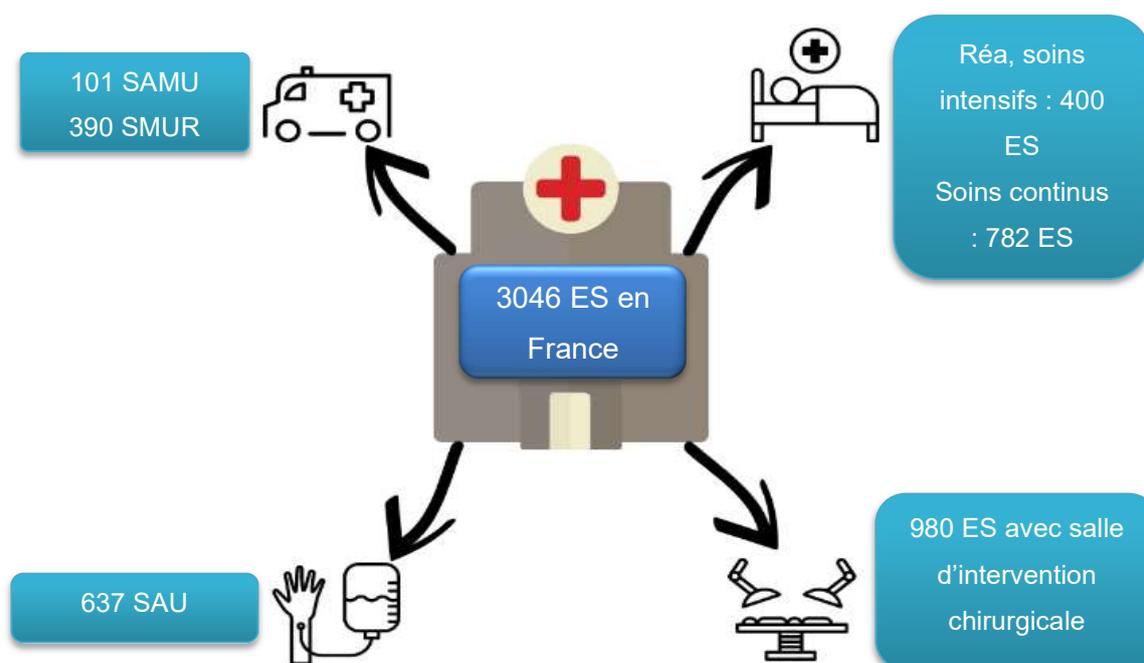


Figure 5. Infographie résumant la structure des ES français susceptibles de relever des 1^{ère} et 2^{ème} lignes du dispositif ORSAN¹²

Selon le panorama de la DREES sur les établissements de santé¹³, 3 046 ES¹⁴ publics et privés assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer. Ce chiffre comptabilise les structures d'accueil en hospitalisation à temps complets (lits) et à temps partiel (places, sans nuitées). Parmi ces structures, on retrouve les CHU, les CHR, les CH (avec les ex-hôpitaux locaux), les CH spécialisés en psychiatrie, les USLD mais aussi les structures hospitalières privées (à but lucratif et sans but lucratif).

Parmi ces structures publiques et privées, on en dénombre 637 établissements de santé, autorisés à disposer d'un SAU. Sur les 21,4 millions de passages aux urgences en 2017,

¹² Sources : DREES, statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2013 et 2018, bases statistiques : Nombre de lits de réanimation, soins intensifs et soins continus des établissements de santé, par département aux 31 décembre 2013 et 2018

¹³ TOULEMONDE F. (sous la direction de), 2019, Les établissements de santé, Panoramas de la DREES, Santé, 197 pages [en ligne], disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf>

¹⁴ Hors Service de Santé des Armées

18% (soit près de 4 millions) sont assurés par le secteur privé. Par ailleurs, l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport sanitaire sont assurés par 101 services d'aide médicale urgente (SAMU) et 390 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

980 ES (privés et publics) ont au moins une salle d'intervention chirurgicale avec une activité d'anesthésie (médecins anesthésistes réanimateurs, infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, salle de surveillance post-interventionnelle, postes de réveil). Ce plateau technique peut également être dédié à la chirurgie ambulatoire.

Moins de 400 ES comptent des services de réanimation et des lits de soins intensifs. 782 ES sont équipés de lits de soins continus (adultes ou enfants).

Les ES susceptibles de relever des 1^{ère} et 2^{ème} lignes du dispositif ORSAN représentent près d'un tiers de l'ensemble des ES en France (publics et privés inclus). S'il paraît indispensable que les services hospitaliers assurant la prise en charge aigüe soient préparés en permanence à la gestion de crise, l'épidémie de COVID-19 a mis en lumière la nécessité d'impliquer tous les ES quelque soient leur niveau d'intervention.

En effet, au début de la crise, des établissements de 3^{ème}, 4^{ème}, voire 5^{ème} lignes ont été identifiés par l'ARS IDF parmi les CHS en psychiatrie par exemple. La montée en puissance des cas COVID parmi les patients de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Ville-Evrard en Seine-Saint-Denis a conduit les autorités à arrêter l'utilisation de cette terminologie.

Le cadre réglementaire et le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles offrent aux ES une boîte à outils incontournable pour se préparer aux SSE. Toutefois, les ES sans SAU ou sans capacité d'accueil 24h/24 peuvent éprouver des difficultés à se conformer à cet objectif de préparation dans les conditions décrites ci-dessus compte tenu des ressources mobilisables en interne. La gestion de l'épidémie du COVID-19 au sein des HSM illustre ce décalage entre le cadre prescrit et les moyens effectivement mobilisables dans de tels ES.

2 Le dispositif de gestion de crise décliné aux Hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) a permis de rester à l'écoute des équipes mais peut être remis en cause par la durée de l'épidémie et ses impacts

Les Hôpitaux de Saint Maurice et des Murets (94) sont membres du GHT 94 Nord et en direction commune depuis le 1er mars 2017. Les Hôpitaux de Saint Maurice est l'établissement support de ce GHT. Il a comme spécificité d'avoir associé l'Hôpital Inter Armées de Bégin, ainsi que 2 structures médicosociales (Institut du Val Mandé à Saint Mandé et le GCS des EHPAD du Val de Marne) et une association, l'UDSM (Union Départementale de Santé Mentale). L'ensemble de l'équipe de direction est passée en direction commune, et leurs directions fonctionnelles ont une compétence territoriale avec des équipes communes aux 2 établissements. Le poids financier des 2 établissements est de 210 millions d'euros, pour 3 100 ETP (personnel médical et non médical), pour plus de 26 000 patients accueillis par an en hospitalisation complète, partielle, ambulatoire (hors consultations) : 556 lits au total, 290 places et 35 postes. Leur financement est multiple : tarification à l'activité, dotation modulée à l'activité, DAF notamment.

Les Hôpitaux de Saint-Maurice portent quatre filières de soins :

- Maternité : une maternité niveau 2a de 62 lits avec 3 450 accouchements par an, un service de néonatalogie de 18 places ;
- Centre de Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique : un service de 15 lits et de 35 postes de dialyse
- SSR : 220 lits et 105 places d'hospitalisations de jour répartis entre un SSR adulte (locomoteur et neurologique), un SSR gériatrique, un SSR enfants, une HAD de Rééducation, une équipe mobile de rééducation, UFAM plateforme de gestion des cas complexes notamment)
- Psychiatrie : 259 lits et 181 places d'hospitalisation de jour
 - o Adulte avec 3 secteurs parisiens et 6 du Val de Marne
 - o Infanto-juvénile avec 1 secteur parisien et 3 secteurs du Val de Marne

A l'exception du pôle Femme-Enfant, les activités de soins des HSM s'inscrivent dans des temps longs de prise en charge pour les patients. A titre d'illustration, les DMS en SSR Adulte et SSR Enfant sont respectivement de 27 jours et 23 jours. La DMS au sein du pôle de traitement de l'insuffisance rénale chronique est de 11 jours. Les DMS en psychiatrie sont variables selon les pathologies rencontrées et les facteurs socio-environnementaux des patients (précarité, isolement, ouvertures de droits sociaux).

La gestion de l'urgence vitale et la prise immédiate de décision ne font pas partie de la culture de l'établissement à la différence d'un centre hospitalier général accueillant des patients 24h/24, disposant d'un SAU et d'un plateau technique chirurgical.

Face à la durée de l'épidémie et en raison des activités de soins des HSM, la gestion de crise s'est caractérisée par la construction de consensus et de solutions pragmatiques.

2.1 La réponse sanitaire des HSM s'est appuyée sur l'affirmation du binôme DG-PCME dans le processus décisionnel et le maintien d'espaces de dialogue avec les équipes

2.1.1 La centralisation incarnée par le binôme DG-PCME a permis cet ajustement permanent des pratiques professionnelles dans le cadre concerté de la cellule de crise

L'enjeu de la gestion de l'épidémie de COVID-19 aux HSM a été d'accompagner chaque service, chaque pôle et chaque direction dans le maintien de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que dans l'adaptation de nos prises en charge. En effet, il s'est agi, par exemple, de poursuivre les prises en charge ambulatoires dans de nouvelles conditions : entretiens à distance (applications numériques), accueil physique réservé aux situations de crise et aux soins indispensables, interventions au domicile des patients. En hospitalisation complète, tous les protocoles de soins ont dû être revus afin de respecter les recommandations sanitaires.

Les HSM ont adapté le cadre national prescrit en matière de réponse à une crise sanitaire à la culture de débat clinique inhérente à la psychiatrie. Par ailleurs, disposant d'une expertise reconnue en matière de pathologies chroniques et de prises en charge de longue durée, l'établissement est parvenu, dans ses espaces d'échange pluridisciplinaires, à coordonner des parcours de soins adaptés aux flux des patients tout au long de la crise.

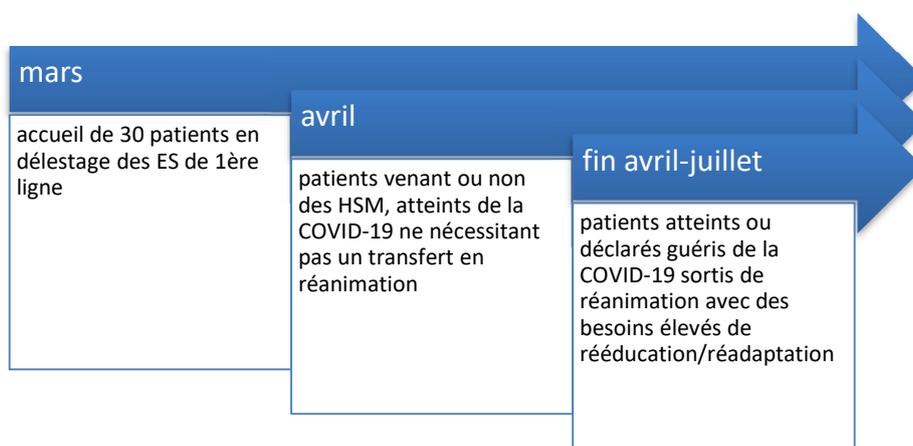


Figure 6. Exemple : Séquençage des adaptations successives de modes de prise en charge appliquées à la filière de soins SSR Adulte, au regard des patients accueillis

Le binôme DG-PCME a facilité l'application des mesures prises en CCH car il leur conférait une double légitimité (administrative/logistique/RH... et médicale).

Les dissensions traditionnelles entre direction et équipe soignante étaient neutralisées du fait de ce processus décisionnel basé sur l'échange pluri professionnel et la priorisation des enjeux. Il semble que le même bilan soit partagé par les autres établissements. Selon le Dr Thierry Godeau, président de la conférence des PCME de CH, « [pendant la crise de la COVID] les administratifs, les soignants, absolument tout le monde s'est mobilisé, il n'y a pas que les blouses blanches qui font tourner l'hôpital¹⁵ ».

Initialement structurée autour de cinq fonctions distinctes, la cellule de crise hospitalière (CCH) s'est recentrée sur un nombre réduit de fonctions dans un souci de réactivité :

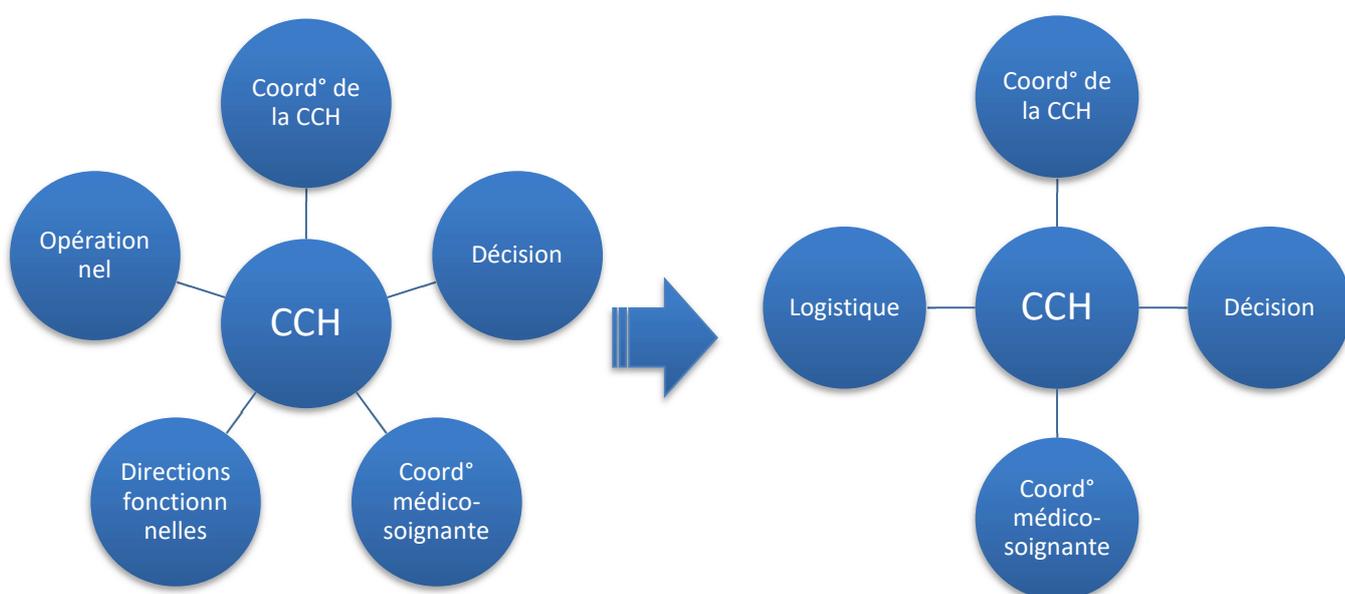


Figure 7. Schématisation du resserrement des fonctions de la CCH pendant la crise de la COVID-19

La fonction de décision incarnée par le binôme DG-PCME permet une lecture et une analyse conjointe des problèmes rencontrés et des solutions apportées. Ce binôme a fait l'objet de différents retours d'expérience favorables¹⁶, soulignant la nécessaire concertation entre personnel soignant et administration dans le processus décisionnel à l'hôpital.

La coordination de la CCH et de l'opérationnel, du suivi et de la mise en œuvre des décisions sont conduits principalement par la Direction des Affaires Générales avec l'appui du gestionnaire des risques de l'établissement. Elle assure le secrétariat de la cellule, sa logistique et le suivi de l'application des décisions.

¹⁵ QUEGUINER T., 17/06/2020, La mission sur la gouvernance d'Olivier Claris juge crucial de réinvestir le service, Hospimédia, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200617-gestion-la-mission-sur-la-gouvernance-d-olivier>

¹⁶ Idem

Enfin, la coordination médico-soignante associe la direction médicale de crise à la Direction des Soins, au Pôle Médico-Technique (Pharmacie) et au Service de Prévention des Infections Associées aux Soins (SPIAS).

La direction médicale de crise aux HSM s'est davantage rapprochée d'une expertise médicale au service de la CCH. Elle a été assurée dans un premier temps par le SPIAS, dans le but de coordonner l'actualisation et la réalisation des différents protocoles d'hygiène pendant la première phase de la crise. L'ouverture de l'unité COVID a particulièrement bénéficié de cette direction médicale de crise, qui a établi les protocoles d'habillage-déshabillage, validé le protocole d'admission en horaires de journées des patients issus d'unités de psychiatrie et des unités de SSR des HSM. L'unité de 13 lits a été ouverte au 1^{er} avril et a accueilli jusqu'au 11 mai 2020 26 patients dont 10 patients orientés par les pôles de psychiatrie et 4 patients venant d'autres établissements.

Par la suite, la direction médicale de crise a été confiée à la cheffe de pôle « Plateau Ressource de Rééducation Réadaptation dans et hors les murs » pour réguler les admissions dans l'unité COVID et en SSR, puis coordonner les parcours de soins des patients post-COVID accueillis dans l'établissement et le cas échéant en HAD. Une unité post-COVID a ainsi été ouverte le 15 avril 2020 pour accueillir les patients en sortie des unités Covid+ ou de réanimation. Les indications d'orientation tenaient compte d'éléments clinique que la direction médicale a validé avec le corps médical volontaire pour intégrer la nouvelle unité :

- Patients trop dépendants pour envisager un retour à domicile
- Admission à plus de J+14 du début des symptômes et à plus de J+3 de la guérison clinique (disparition des symptômes)
- Patients non trachéotomisés
- Patients à plus de J+2 du sevrage d'O2

2.1.2 Les espaces d'échange pluri professionnel ont favorisé la coordination des équipes pendant la crise

La crise de la COVID-19 a été particulièrement anxiogène pour le personnel hospitalier. Les facteurs de stress sont nombreux et ne peuvent être listés de manière exhaustive : absence de traitement curatif, gestion de la pénurie en matière d'équipement de protection individuelle (EPI), saturation des services de réanimation et ses conséquences, contamination des soignants, dégradation très rapide de l'état de santé des patients COVID...

Face au risque de perte de sens qu'ont commencé à signaler certains soignants, il est apparu indispensable de communiquer avec tous les relais managériaux des HSM, depuis les chefs et cadres supérieurs de pôle aux cadres soignants et administratifs. Les réunions

plénières n'étant plus autorisées, différents espaces ont été créés par niveau hiérarchique ou par filière lorsque la spécificité du sujet l'exigeait.

Ces « *espaces dialogiques* » (cellules de crise, staffs, réunions de concertation) ont été les leviers de l'adaptation de l'offre de soins et des parcours tout au long de la crise. Le rapport sur le système hospitalier français dans la crise Covid-19 coordonné par Hervé Dumez et Etienne Minvielle¹⁷ souligne cette pratique, indispensable pour « *la mise à niveau des connaissances plus rapide et l'action collective plus cohérente*¹⁸ ».

Permettant à chaque participant de s'exprimer sur la problématique identifiée, ces espaces favorisent l'expression d'une intelligence collective, l'adhésion à la décision et la cohésion des équipes. La communication n'est pas seulement descendante et permet d'ajuster le cas échéant les décisions prises en CCH à certains contextes ou encore de faire remonter des situations à risque. Il s'agit donc d'outils de management incontournables car ils permettent la diffusion de l'information et des décisions mais aussi car ils viennent soutenir les équipes en créant des espaces d'expression où l'expertise de chacun est considérée. Ils sont également des espaces « *d'ajustement mutuel*¹⁹ » selon Henry Mintzberg où des professionnels issus de parcours de formation et de domaines professionnels différents peuvent s'accorder sur un mode de raisonnement commun. Le contexte hospitalier s'adapte particulièrement à ce mode de coordination.

Différents « *espaces dialogiques* », tels que décrits par Hervé Dumez et Etienne Minvielle, ont été institués aux HSM :

- **La cellule de mobilisation hebdomadaire** : CCH élargie à l'ensemble de chefs de pôle de l'établissement à l'exception des pôles de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie.

Cette instance a pour objectif de faire un point sur les décisions adoptées en CCH avec l'ensemble des services de soins somatiques de l'établissement (pôles Femme-Enfant, SSR Adulte, SSR Gériatrique, SSR Enfant, Centre de traitement d'insuffisance Rénale Chronique) en vue d'éventuels ajustements, mais aussi d'anticiper et de signaler les situations à risque au sein des pôles (absentéisme, cas COVID, circulation des patients et des professionnels, équipements en tension...).

A cette cellule siège également le Service de Santé au Travail, un représentant du comité d'éthique de l'établissement, le service de communication. Selon l'ordre du jour, des participations exceptionnelles d'agents sont prévues.

¹⁷ DUMEZ H., MINVIELLE E., 6 juillet 2020, Le système hospitalier français, une contribution des sciences de gestion [en ligne], Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique et CNRS, 90 pages, disponible sur internet : <https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2020/07/Le-syste%CC%80me-hospitalier-franc%CC%A7ais-dans-la-crise.pdf>

¹⁸ TSOUKAS H., 2009, A dialogical approach to the creation of new knowledge in organizations, Organization Science [en ligne], publié le 15 juin 2009, pages 1-17, disponible sur internet : https://www.researchgate.net/publication/220521035_A_Dialogical_Approach_to_the_Creation_of_New_Knowledge_in_Organizations

¹⁹ MINTZBERG H., 1982, Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'organisation, 440 pages
Axelle FRUCTUS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

La DG et le PCME animent la cellule et répondent directement aux questions des chefs de pôle. Le cas échéant, les directeurs adjoints viennent en appui du binôme DG-PCME en apportant des précisions.

Au début de la crise, cette cellule était ouverte aux chefs de pôle du Centre hospitalier des Murets, établissement en direction commune avec les HSM. La dimension territoriale de cette cellule hebdomadaire a rapidement été abandonnée pour la recentrer sur son objectif premier : un espace d'échange avec les chefs de pôle sur le déploiement concret des décisions de la CCH et de la conduite de la crise dans l'établissement.

– **Les audioconférences avec les pôles de psychiatrie et pédopsychiatrie :**

La psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie ont fait l'objet d'un traitement dédié par le binôme directrice générale – PCME, en raison de la spécificité des modes de prise en charge par rapport aux autres filières de soins (soins sans consentement, chambre de soins intensifs, accueil de patients 24h/24, moindre compliance des patients dans le respect des mesures barrière, accès aux soins somatiques).

Certaines décisions ont généré des tensions entre la direction et les pôles de psychiatrie, à l'image de l'interdiction de sortie des patients hospitalisés (y compris dans le parc de l'établissement) ou encore l'admission de patients sans test RT-PCR préalable. Les audioconférences ont permis à chacun d'exprimer son point de vue et à la direction de justifier ses choix au regard de la situation sanitaire.

– **Le management de soutien et de proximité :**

La Direction des Soins et les cadres ont tenu un rôle incontournable pendant la crise en assurant le lien permanent avec les équipes. De nombreuses adaptations des maquettes organisationnelles des unités ont dû être réalisées pour maintenir la qualité et la continuité des soins, face à l'absentéisme, aux fermetures et ouvertures d'unités.

La gestion des plannings et des remplacements a fait l'objet d'un accompagnement de la Direction des Soins auprès des cadres supérieurs de pôle et de santé. De nombreux échanges et rencontres avec les équipes ont eu lieu pour maintenir une relation de confiance avec les soignants dans un contexte anxiogène et instable. Au plus fort de la crise, les recommandations sanitaires évoluaient plusieurs fois par semaine, rendant complexe leur appropriation par les équipes.

En assurant le maintien de ces espaces de dialogue au plus près des équipes, la Direction des Soins et l'ensemble des cadres ont participé à l'appropriation des décisions par l'ensemble du personnel.

2.2 Toutefois, le dispositif de gestion de crise des HSM présente des risques et des limites au regard de la durée de la crise

2.2.1 L'analyse des modes de défaillance du dispositif en place aux HSM pointe le risque de son inadaptation à une crise qui s'inscrit dans la durée

Le dispositif des HSM pour faire face à l'épidémie présente le risque de ne pas être viable dans la durée. Une méthode appliquée à la gestion des risques associés aux soins²⁰ peut donner un cadre d'analyse du dispositif dans le but d'en identifier ses défaillances potentielles et les barrières de sécurité.

L'AMDE²¹ (analyse des modes de défaillance et de leurs effets) est une méthode d'analyse qualitative. Elle favorise le recueil d'informations sur des événements survenus ou risquant de survenir alors que rien n'est décrit à ce propos dans l'établissement. Tous les types de défaillances peuvent être considérés, il n'y a pas de hiérarchisation en termes de gravité et de vraisemblance de survenue.

La grille d'analyse ALARM²² permet de classer les différents facteurs contributifs à un événement indésirable ou pour le cas présent à une situation à risque : les conséquences d'une épidémie durable sur la sécurité et la qualité des soins produits par les HSM. Sept domaines adaptés de la grille ALARM présentée dans le guide de l'HAS « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé » peuvent aider à la compréhension des facteurs favorisant ou contributifs au risque pour la qualité et la sécurité des soins :

Facteurs liés à l'épidémie	<i>Antécédents/Nature</i>	Crise épidémiologique internationale inédite Confinement jamais envisagé jusqu'à son annonce
	<i>Etat de la connaissance scientifique</i>	Découverte du virus en même temps que la survenue de la crise : pas de traitement curatif ni de vaccin, évolutions de la liste des symptômes pendant la crise
	<i>Durée</i>	Plusieurs mois, un état de crise « permanent »
Facteurs liés aux professionnels	<i>Spécialités médicales, compétences, qualifications</i>	Psychiatrie peu considérée dans les recommandations nationales : anxiété du personnel Des compétences en tension du fait de l'absentéisme : dialyse, soins somatiques Une culture d'établissement peu habituée à la gestion d'urgences : pas de SAU, de réanimation... + de 90% des lits des HSM sont des lits de moyen séjour

²⁰ Procédure des revues de morbidité-mortalité en établissement de santé des Hôpitaux de Saint-Maurice, auteur : PRUNIER E., Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, (cf. annexe 1)

²¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, Guide HAS, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé [en ligne], publié le 12 avril 2012, disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

²² Idem

		Absence d'infectiologue dans l'établissement du fait d'activités de soins peu en lien avec des pathologies épidémiologiques
	<i>Facteurs de stress physique ou psychologique</i>	Climat anxiogène de la crise : incertitude, multiples évolutions des recommandations vécues comme des injonctions contradictoires
	<i>Relationnel</i>	Les impératifs de distanciation sociale contraignent les interactions au sein du personnel, entre le personnel et sa hiérarchie ou la direction. Mettre en place du management de soutien est compliqué dans des conditions où les espaces de convivialité sont mis en cause dans les recommandations : selfs, machines à café, salles de repos...
Facteurs liés à la continuité effective des soins	<i>Protocoles</i>	Adaptation continue indispensable de tous les protocoles de soins à l'évolution de l'épidémie, à l'afflux de « nouveaux patients » et à l'actualisation des données scientifiques Protocoles d'habillage et de déshabillage ne correspondant pas à la culture des soignants en psychiatrie
	<i>Résultats d'examens complémentaires</i>	Les HSM ne disposent que d'une antenne de laboratoire, qui dépend du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil. Les RT-PCR et sérologies COVID ne sont pas assurés en interne : protocole de transports, appel à des sociétés de transport spécialisé... Au début de l'épidémie, des quotas de tests hebdomadaires ont été attribués aux HSM (5 tests hebdomadaires maximum par semaine)
	<i>Outils, équipements</i>	Gestion de la pénurie des EPI et des médicaments Forte demande des équipes de protocoles pour de nombreux types de prises en charge : EPI, autorisations d'activités pour les patients. La peur génère un besoin des équipes d'arbres décisionnels pour tout, y compris pour des prises en charge habituelles.
	<i>Définitions des tâches</i>	Les unités extrahospitalières ayant fermé, une partie du personnel est réaffectée sur l'intrahospitalier avec des prises en charge psychiatriques plus aigues Des soignants de toutes les filières (y compris en psychiatrie) se portent volontaires pour les unités COVID et post-COVID : remise à niveau indispensable des connaissances somatiques
	<i>Programmation, planification</i>	Reprise progressive pendant l'été des chirurgies programmées avec impact sur l'occupation des services SSR Adulte, Gériatrique et Enfant Effet post-confinement sur les admissions en psychiatrie : saturation des capacités d'accueil en IDF CTIRC et Pôle Femme-Enfant : maintien de 2 circuits d'accueil jusqu'à extinction de l'épidémie

Facteurs liés aux patients	<i>Communication avec les professionnels</i>	<p>Difficultés d'informer les patients dans un contexte incertain</p> <p>Communication à distance avec les patients en ambulatoire et les familles : téléconsultations, téléphone, réseaux sociaux</p> <p>Typologie de patients âgés et psychiatriques avec troubles cognitifs : difficulté de communication</p>
	<i>Prise en charge</i>	<p>Risques de rupture de soins</p> <p>Conciliation des recommandations sanitaires avec l'exercice des droits et libertés des patients</p> <p>Circuits d'accueil distincts : COVID+ / COVID-</p> <p>La sectorisation psychiatrique n'a pas permis de simplifier le processus d'admission ou la prise en charge somatique (pas d'unité intersectorielle d'entrants)</p>
	<i>Traitements des réclamations</i>	<p>Suspendu pendant le confinement</p> <p>A maintenir en cas de 2ème vague</p>
Facteurs liés à l'environnement de travail	<i>Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)</i>	<p>Patrimoine hospitalier vieillissant</p> <p>La fonctionnalité des bâtiments actuels ne correspond plus aux standards hospitaliers : couloirs étroits, taille réduite des offices, faible performance thermique des bâtiments</p>
	<i>Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites</i>	<p>Les pavillons psychiatriques ne sont pas équipés d'oxygène mural. En cas d'insuffisance respiratoire, il faut une ambulance pour transporter le patient de la psychiatrie au bâtiment SSR équipé.</p> <p>L'accueil de patients psychiatriques en unité COVID nécessite des conditions spécifiques : locaux aux issues sécurisées et fermées.</p>
	<i>Fournitures ou équipements</i>	<p>Un nombre réduit de respirateurs (Pôle Femme-Enfant notamment)</p> <p>Pas de service de réanimation en interne</p>
	<i>Informatique</i>	<p>Pas de dossier patient informatisé (DPI)</p>
	<i>Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)</i>	<p>En cas de confinement, des professionnels de santé sans solution de garde pour leurs enfants : absentéisme élevé</p> <p>Tensions notamment sur les IDE du CTIRC (compétences rares : dialyse), les ASH...</p> <p>Pas de possibilité de recourir aux élèves infirmiers et masseurs kinés pour soutenir les équipes (AS, ASH) à partir de la rentrée universitaire</p>
<i>Fonctionnement de l'administration</i>	<p>Centralisation du processus décisionnel incarné par le binôme DG-PCME depuis le début de la crise</p> <p>Gestion transversale en CCH : place des directions fonctionnelles ?</p>	

	<i>Charge de travail, temps de travail</i>	<p>Le resserrement du dispositif autour d'un nombre réduit de personnes pose la question de l'épuisement sur une telle durée et du risque pris en cas d'accident ou de maladie</p> <p>Ressources expertes en effectif limité (équipe hygiène SPIAS)</p>
	<i>Retards, délais</i>	<p>Le fonctionnement en CCH a dépriorisé tous les dossiers ne relevant pas de la crise. Des actions et des projets structurants pour l'établissement ont pris du retard : déploiement du DPI, schéma directeur immobilier, recrutements... Ces projets reprennent après des semaines d'arrêt des travaux.</p>
Facteurs liés à l'organisation et au management	<i>Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)</i>	<p>Un processus décisionnel centralisé autour du binôme DG-PCME en CCH pour prendre des décisions dans des délais courts, qui présente un risque de paralysie en cas d'absence des personnes identifiées</p>
	<i>Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant</i>	<p>Niveau élevé d'absentéisme</p> <p>Impact fort de la fermeture des écoles sur la présence du personnel</p> <p>Solutions de recrutement ou de remplacement difficiles à actionner : gel des départs d'autres établissements, agences d'intérim saturées...</p>
	<i>Politique de formation continue</i>	<p>Capitalisation à conduire sur la base de la montée en compétences en soins somatiques des IDE en psychiatrie qui sont intervenues dans l'unité COVID</p>
	<i>Gestion de la sous-traitance</i>	<p>Des sous-traitants et prestataires aussi touchés par l'épidémie et le confinement : suspensions d'intervention, commandes incomplètes... à rattraper</p>
	<i>Politique d'achat</i>	<p>Fin de la centralisation des achats d'EPI et de molécules (curares) par l'Etat</p> <p>Reprise des contacts avec les fournisseurs à assurer par la direction des achats</p>
	<i>Management de la qualité – sécurité hygiène et environnement</i>	<p>Un plan blanc d'établissement essentiellement tourné sur des événements internes à l'établissement : inondations, pannes, absentéisme massif, incendies, canicule</p> <p>Méthodologie du Plan de Continuité d'Activité (PCA) peu adaptée à certaines filières : CTIRC, Pôle Femme-Enfant en raison de compétences détenues par un petit nombre de professionnels</p>
	<i>Ressources financières</i>	<p>Compensation financière garantie pour 2020 uniquement</p>
	<i>Encadrement, supervision</i>	<p>Les cadres sont un relai incontournable dans le management de proximité et de soutien. Toutefois, cette catégorie de personnel peut être qualifiée de catégorie en tension :</p>

		vacances de postes en interne, faible attractivité, charge mentale élevée...
	<i>Demandes de soutien ou comportements face aux incidents</i>	Garantir les gestes barrières dans les réunions et « espaces dialogiques » Mobilisation du prestataire en charge du n° d'appel de prévention des risques psycho-sociaux pour assurer le soutien psychologique des agents Pas de dispositif d'écoute dédié en interne
Facteurs liés aux HSM en tant qu'institution	<i>Réglementation</i>	Levée de l'état d'urgence sanitaire mais pas de levée des plans blancs relayée par les autorités Maintien du Plan Blanc d'établissement aux HSM et au Centre Hospitalier des Murets
	<i>Contexte économique</i>	Des recettes non-perçues en raison de la crise compensées pour l'année 2020 sur la base de 2019. Pas de perspective précise sur l'année 2021 dans un contexte d'évolution du mode de financement de la psychiatrie
	<i>Politique de santé publique nationale</i>	Port du masque obligatoire au 1 ^{er} septembre sur le lieu de travail Télétravail favorisé mais conciliation relative avec l'activité d'un hôpital Possibilité de confinement sectorisé selon l'évolution de l'épidémie
	<i>Politique de santé publique régionale</i>	Perfectibilité du contact tracing : réactivité limitée des brigades de tracing Peu d'appui de la part des structures médico-sociales partenaires du GHT ou du territoire : pas de solutions d'aval pour les patients ne relevant plus d'une hospitalisation complète, risque d'engorgement des capacités d'accueil des HSM
	<i>GHT</i>	La tenue de 2 CCH au sein d'une direction commune a conduit à la division en 2 de l'équipe de direction pour un rattachement à l'un ou l'autre des établissements pendant la crise. Cette division n'est pas sans impact sur la manière dont a été vécue la crise dans l'établissement support du GHT comme dans l'établissement partie. Des tensions relatives à la construction du GHT ont pu ressortir à cette occasion. Des réunions de coordination entre les 2 binômes DG-PCME (1 par établissement) se sont tenues. Elles n'ont toutefois pas permis une coordination stratégique pleinement satisfaisante (mécontentements sur la diffusion de procédures, sur l'intervention des directions fonctionnelles de territoire). Les équipes des 2 établissements ont également pu éprouver ces tensions. Cela pourrait avoir un impact négatif futur dans la conduite de projets de territoire.

2.2.2 Face à une crise durable ou à un risque permanent, la capacité de l'établissement à faire face à une deuxième vague ou à une nouvelle crise repose sur l'ancrage de la gestion du risque dans la culture des HSM

L'analyse des modes de défaillances associée au constat d'une crise qui tend à se chroniciser questionne la viabilité à terme du dispositif en place et identifie le risque pour la direction d'établissement de s'enfermer dans une logique de réaction face à l'épidémie. Selon le Professeur François-René Pruvot²³, président de la conférence de PCME du CHU, *« on ne peut plus parler de crise car elle n'a pas de fin. Après la phase aiguë, nous sommes toujours dans une phase intermédiaire qui va probablement durer plusieurs mois. Ce surcroît d'activité, même s'il reste à un niveau bas, induit des nécessités d'organisation. Nous allons devoir restructurer nos services pour absorber la reprise d'activité et une hausse liée au Covid, jusque début 2022. »*

L'épidémie de COVID-19 inscrit durablement les ES dans des modes de pilotage « nouveaux » au sein du management hospitalier. Dans des délais de quelques jours, les HSM ont été en mesure d'ouvrir et de fermer des unités (Centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, unités COVID et post-COVID), rapatrier des équipes de l'extrahospitalier à l'intra-hospitalier ou encore d'organiser des formations de remise à niveau en soins somatiques pour les IDE en psychiatrie volontaires pour rejoindre l'équipe de l'unité COVID. Ces décisions ont été prises par la CCH et l'animation des groupes de travail conduisant à ces mesures a souvent reposé sur le binôme DG-PCME. La CCH constituait tout autant le point d'élaboration et de validation des mesures à déployer. Le temps consacré à l'élaboration des actions à déployer a pu être mobilisé aux dépens de la coordination stratégique et de la mise en cohérence des décisions entre elles. Ce point identifié dans l'analyse des modes défaillances présente un risque élevé dans une crise durable telle que celle de la COVID-19.

Le resserrement de la CCH autour de ce binôme, voire d'un nombre réduit de personnes, a permis la réactivité indispensable à la gestion de crise. En revanche, il ne garantit pas sa pérennité sur plusieurs mois voire une année entière. La CCH doit pouvoir se consacrer à sa mission première : la coordination stratégique des actions des HSM contribuant à répondre à la situation de crise.

Toutefois, il ne s'agit pas de décentraliser l'intégralité du processus décisionnel dans les pôles de soins ou les directions fonctionnelles, mais de rééquilibrer la répartition des compétences entre pôles, directions fonctionnelles et CCH afin d'éviter l'effet de saturation et d'épuisement éprouvé par les professionnels à partir du déconfinement.

²³ Dépêche APM-News, 18/08/2020, Covid-19: les hôpitaux se préparent pour l'automne et même sur une durée longue (présidents de CME de CHU et de CH), APM-News, disponible sur internet : <https://www.apmnews.com/depeche/136451/355163/covid-19-les-hopitaux-se-preparent-pour-l-automne-et-meme-sur-une-duree-longue-%28presidents-de-cme-de-chu-et-de-ch%29>

Pour accompagner ce rééquilibrage, il convient de sortir du mode dégradé de ces derniers mois tout en maintenant un niveau de réactivité indispensable à la gestion de l'épidémie et de son évolution.

Pour rendre l'établissement plus agile et plus résilient face à une deuxième vague ou une nouvelle crise, la CCH devrait :

- **Soutenir le management de proximité et encourager les actions de management de soutien** (cf. sous-partie 2.1.2) :

On estime à près de 200 le nombre de métiers exercés à l'hôpital²⁴ : personnel médical (différentes spécialités), IDE, aides-soignants, logisticiens, agents de restauration, attachés d'administration, directeurs d'hôpital, assistantes de service social... La liste est non-exhaustive et permet de mettre en avant la diversité des approches d'une même situation selon sa formation, son métier, sans oublier sa personnalité.

L'élaboration de protocoles en commun pendant la crise a particulièrement bénéficié de cette approche pluriprofessionnelle : protocole d'admission des patients en psychiatrie, protocole d'accompagnement en fin de vie pour l'unité COVID, protocole d'utilisation des EPI par filière...



Figure 8. Les déterminants d'un environnement serein de travail pendant la crise

En permettant la libre expression de chacun, ces espaces contribuent au développement et au maintien d'un environnement serein²⁵ de travail. Ils permettent la transparence, la reconnaissance mais aussi le maintien du moral des équipes.

²⁴ <https://infos.emploipublic.fr/connaitre-la-fonction-publique/les-201-metiers-de-l-hopital-eet-29>

²⁵ EDMONDSON A.C. et LEI Z., 2014, Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Inter-Personal Construct, Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, n°1, pages 23-43, disponible sur internet : <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>

- **Diffuser largement dans la culture de l'établissement les concepts et méthodologies de la gestion des risques** (cf. sous-partie 3.1) :

Parmi les premiers enseignements à tirer de la crise COVID-19, Hervé Dumez et Etienne Minvielle identifient tout d'abord la capacité à « *savoir anticiper et réagir à bon escient* »²⁶. Il convient de trouver l'équilibre entre agir vite au risque de prendre des mesures peu pertinentes et privilégier la pertinence à la réactivité des décisions.

La prévision ne permet pas de définir avec exactitude les réponses organisationnelles à établir. En revanche, l'adoption de nouveaux réflexes par l'ensemble du personnel des HSM est de nature à favoriser la résilience de l'établissement.

La culture d'établissement doit encourager le maintien et la mobilisation des réflexes acquis par tous pendant la crise. Les HSM disposent d'une matière et d'une opportunité inédites pour développer une politique d'établissement en matière de gestion des risques et favoriser la motivation des professionnels par leur responsabilisation.

La crise est un produit de l'incertitude au sein des organisations. Elle est un révélateur de leur complexité. En ce sens, aux HSM, la crise de la COVID-19 a révélé un besoin de partage et de transparence du processus décisionnel, qui peut aujourd'hui s'appuyer sur l'expérience de la première vague épidémique et l'engagement des professionnels. Par ailleurs, elle a mis en lumière l'adaptabilité des professionnels et leur solidarité.

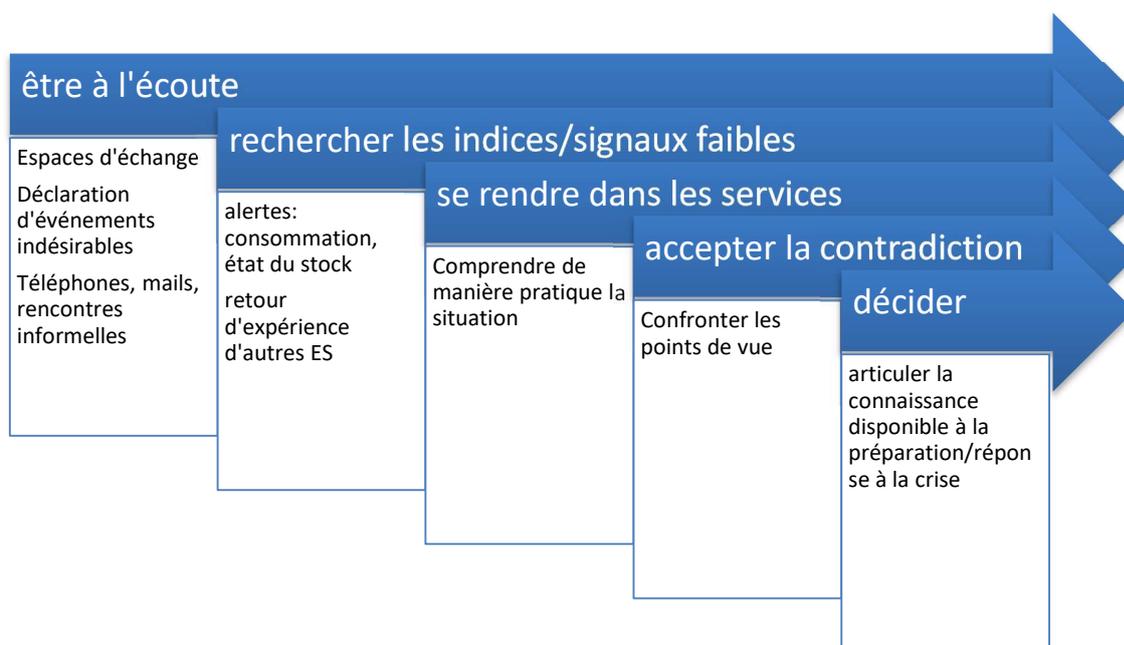


Figure 10. Cycle de décision dans un contexte incertain

²⁶ DUMEZ H., MINVIELLE E., 6 juillet 2020, Le système hospitalier français, une contribution des sciences de gestion [en ligne], Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique et CNRS, 90 pages, disponible sur internet : <https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2020/07/Le-syste%CC%80me-hospitalier-franc%CC%A7ais-dans-la-crise.pdf>

La gestion de crise aux HSM a été particulièrement féconde en innovations organisationnelles, en déploiement d'outils *ad hoc* pour soutenir les professionnels et les patients pendant et après le confinement. De cette capacité à réagir et à trouver des solutions pour garantir la continuité et la qualité des soins, les professionnels des HSM ont retiré des montées en compétences, une plus grande responsabilisation dans leurs pratiques ainsi qu'un sentiment d'appartenance à une institution regroupant des activités de soins peu liées les unes aux autres. En étant à l'écoute de l'expertise de chacun, les HSM se sont mis dans la position d'un établissement capable d'apprendre pendant la phase aigue d'une crise et d'assurer une réponse adaptée à une crise par définition imprévue.

3 Les enseignements de la crise du COVID-19 invitent les ES à devenir des « Hôpitaux apprenants et résilients » pour mieux faire face au risque permanent

La première vague du COVID-19 est une opportunité à saisir, tant du point de vue de la préparation des HSM à la deuxième vague que d'une nouvelle crise. La permanence du risque est une opportunité pour promouvoir la responsabilisation des professionnels.

En développant des solutions pratiques dans des délais records, les professionnels des HSM ont fait la preuve de leur capacité à travailler en équipe à l'échelle de leur établissement et non pas seulement de leur unité, de leur service, de leur pôle ou encore de leur direction.

La crise a intensifié, voire, dans certains cas, forcé, la collaboration de certaines équipes de soins avec les directions fonctionnelles comme la Direction des Soins, la DRH ou la Direction de la Logistique. Sans avoir totalement disparu, les cloisons et les jeux de pouvoir se sont effacés dans l'intérêt de la prise en charge des patients quelle que soit leur indication. Un médecin interviewé par Hervé Dumez et Etienne Minvielle²⁷ témoigne en ce sens :

« Il y a du très, très positif qui sort de cette crise. Les relations entre la communauté médicale et la direction. On avait peu de relations. La direction s'est mise à l'écoute, a fait ce qui était demandé. Une relation de confiance s'est instaurée. »

La confiance est au cœur d'un concept que l'on a beaucoup associé à la capacité d'adaptation de l'hôpital pendant la crise : l'agilité. Elle permet un apprentissage permanent basée sur la remise en question des processus, de façon à les améliorer. Déjà présentes dans la gestion de projet informatique à l'hôpital, les méthodes agiles se sont diffusées dans tous les services hospitaliers à la faveur de la crise.

Leur approche est empirique, basée sur l'identification d'un besoin à satisfaire, la production de la solution dans une logique de co-construction avec les acteurs du processus considéré et l'atteinte de la satisfaction par étapes grâce à des allers-retours entre le donneur d'ordre et le concepteur de la solution. L'erreur n'est pas un échec du projet, mais une étape qui permettra d'atteindre l'objectif poursuivi.

En capitalisant sur la première vague de l'épidémie, les HSM, à l'instar des autres ES, disposent d'une véritable opportunité de faire de leur établissement un « *hôpital apprenant*²⁸ » pérenne face aux crises et favorisant l'engagement des professionnels.

²⁷ DUMEZ H., MINVIELLE E., 6 juillet 2020, Le système hospitalier français, une contribution des sciences de gestion [en ligne], Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique et CNRS, 90 pages, disponible sur internet : <https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2020/07/Le-syste%CC%80me-hospitalier-franc%CC%A7ais-dans-la-crise.pdf>

²⁸ BISMUTH D., 21/08/2020, L'« Hôpital apprenant » serait-il une solution pertinente en situation de crise pour accompagner le changement organisationnel ? [en ligne], ManagerSante.com, disponible sur internet :

3.1 Rechercher l'amélioration continue grâce à l'expertise des équipes plutôt que la planification exhaustive de la réponse aux crises

3.1.1 La co-construction des procédures est à généraliser en particulier dans le cadre d'une gestion stratégique des stocks

L'épidémie de COVID-19 a révélé le caractère stratégique de la gestion des stocks et des approvisionnements dans le cadre des SSE. La durée de l'épidémie de COVID-19 expose les HSM et l'ensemble des ES à un risque permanent, qui invite les organisations sanitaires à créer des processus souples de production de conduites à tenir et de leur amélioration continue.

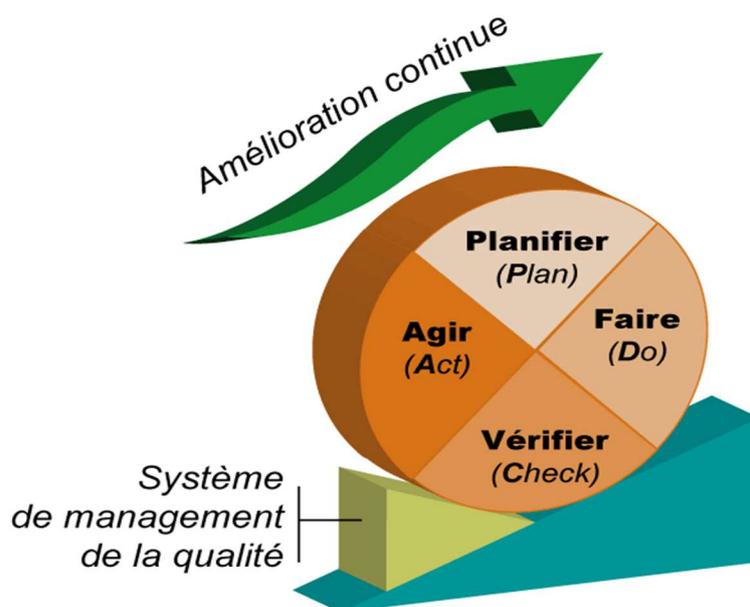


Figure 11. La roue de Deming ou le processus d'amélioration continue

Aux HSM, en application d'une logique d'amélioration continue, les dotations et règles d'utilisation des consommables par les services de soin (EPI, équipements en contact avec le patient) ont fait l'objet de recommandations d'un groupe de travail composé de :

- La directrice adjointe en charge des Achats, des Approvisionnements et de la Logistique
- La cheffe de la Pharmacie
- Le Service de Prévention des Infections Associées aux Soins (SPIAS)
- Le coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS)

Le groupe de travail formalise des recommandations relatives à l'utilisation des EPI et des équipements qualifiés de sensibles au regard des stocks (équipements médicaux, médicaments) et les soumet pour décision à la CCH. L'approche pluriprofessionnelle

permet un meilleur niveau d'acceptabilité de la décision retenue en matière d'utilisation des masques, gants, surblouses et autres EPI.

L'analyse pluriprofessionnelle appliquée à la gestion des stocks d'EPI et d'équipements médicaux en tension a pour but de concilier les enjeux de sécurité sanitaire aux enjeux liés aux patients :

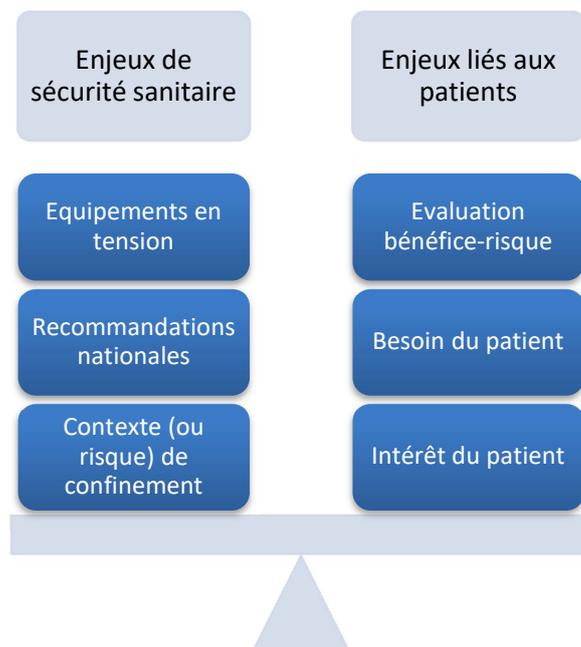


Figure 12. Balance des enjeux à concilier pendant la crise

Pour assurer cet équilibre, le groupe de travail analyse trois paramètres :

- L'état des stocks à partir du tableau de bord créé par le contrôle de gestion des HSM : liste des EPI et équipements en tension, seuils d'alerte, nombre de jours d'autonomie
- Les besoins remontés par les unités de soin et le SPIAS en matière de prise en charge des patients et de protection des professionnels
- Les recommandations sanitaires (ARS, bulletins MARS)

Sur cette base, une proposition de dotation et de règles d'utilisation des équipements est élaborée puis mise à jour en fonction de l'évolution des trois paramètres d'analyse du groupe de travail.

Ayant pour caractéristique d'être coordonnée à l'échelle du GHT, la procédure se décline par unités/service, par la qualité de l'individu (patient ou professionnel en contact) et par niveau de symptomatologie des patients concernés :

- Unité COVID, SSR Adulte, Psychiatrie et unité post-COVID
- Patients symptomatiques (hors unité COVID)
- Patients asymptomatiques ayant eu des contacts étroits avec des patients COVID
- Patients asymptomatiques sans contact étroit avec des patients COVID
- Patients en chambre d'isolement (avec date d'admission inférieure à 14 jours)

- Patients vus en visites à domicile ou HAD


RISQUE COVID-19 STADE 3
Dotation et règles d'utilisation des consommables
Recommandations actuelles en période de pic épidémique

1. UNITE COVID +, SSR Adultes Psychiatrie et Géronto-psychiatrique ; UNITE POST-COVID

PROFESSIONNELS EN CONTACT DIRECT AVEC LES PATIENTS	
Articles	Règles actuelles
Masque FFP2	Changement toutes les 4h si non souillé <i>(Durée d'efficacité validée par la SFHH : 8h de port continu si non souillé)</i>
Charlotte	changement toutes les 4h
Surblouse lavable	changement systématique pour chaque soin (NE PAS JETER)
Lunette rigide (monobloc) <i>Ou</i> Visière intégrale	A désinfecter après chaque soin
Tablier	Si soins mouillant ou contact avec liquides biologiques
Gants	Si soins mouillant ou contact avec liquides biologiques
Solution hydroalcoolique	frictions avant et après chaque soin
Carton DASRI	2 par chambre
Thermomètre axillaire	désinfection systématique après chaque utilisation
Couvre sonde pour thermomètre	jeter et changement systématique après chaque utilisation
Spray détergent désinfectant + chiffonnette	pour montures lunettes, thermomètre et surfaces de travail

TOUS LES PATIENTS	
Articles	Règles actuelles
masque chirurgical	2 par jour

Figure 13. Exemple de recommandation du groupe de travail adoptée en CCH sur l'utilisation des EPI

3.1.2 Les démarches de formation-action caractérisées par leur agilité permettent la réactivité organisationnelle et la valorisation de la montée en compétences des professionnels

La création d'une unité COVID aux HSM a été décidée peu après l'activation du Plan Blanc à l'échelle nationale. La situation de saturation des services hospitaliers de 1^{er} recours était telle en mars 2020 que la prise en charge des patients COVID des HSM par les HSM devenait un impératif. Toutefois, plusieurs éléments paraissaient alors être des obstacles *a priori* incontournables :

- Absence de service d'urgence, de locaux adaptés à la prise en charge d'insuffisances respiratoires
- Absence de compétences : trop peu de professionnels de santé formés à la prise en charge de ce type de patients du fait des filières de soins représentées

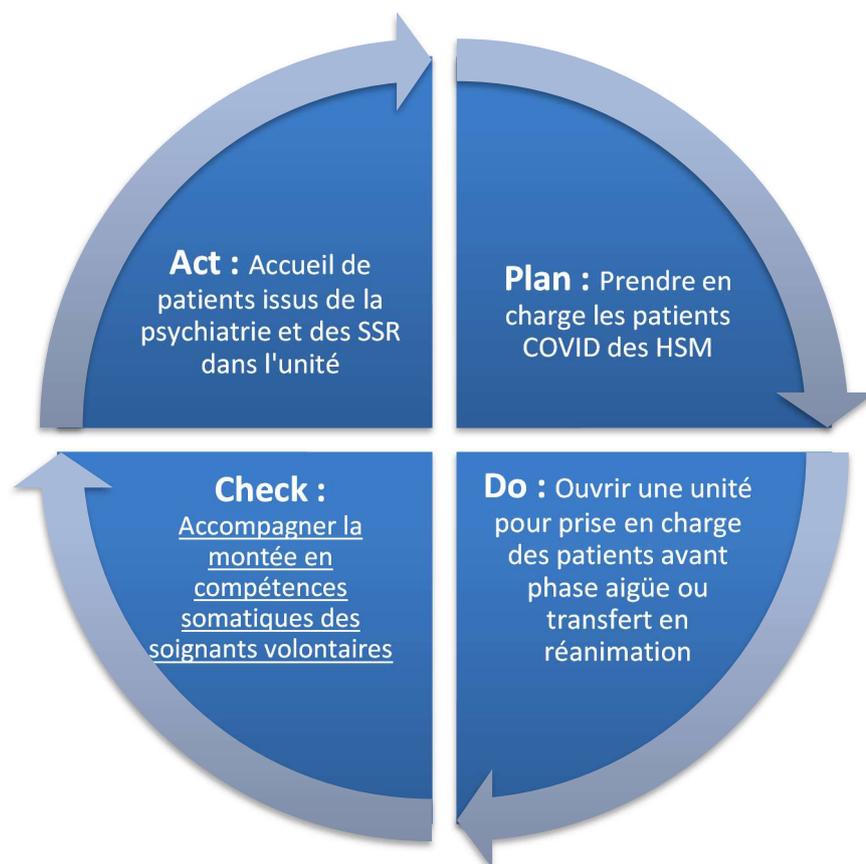


Figure 14. Modélisation de l'ouverture de l'unité COVID selon le processus d'amélioration continue (Roue de Deming)

La question des locaux a pu rapidement être dépassée en raison des nombreuses annulations de séjours en SSR du fait de la déprogrammation des chirurgies non-urgentes. La coordination des HSM avec les services d'infectiologie et de réanimation de l'Hôpital Inter-Armées de Bégin (partenaire du GHT) a permis d'assurer une filière de transfert pour les patients ne relevant plus seulement d'une ventilation sous oxygène.

En revanche, la question des compétences a nécessité une formation-action menée selon l'approche Training Within Industry (TWI)²⁹, qui permet de former rapidement et efficacement des professionnels. Développée pendant la Seconde Guerre Mondiale aux Etats-Unis, le TWI avait pour objectif d'aider l'industrie à pallier la pénurie de main d'œuvre qualifiée, qui avait été mobilisée par l'armée.

Cette pratique s'est ensuite développée et est utilisée dans plusieurs secteurs dont la santé. Elle répond aux trois défis qui se sont posés lors du montage de l'unité :

- **Accueillir et fédérer** les professionnels de santé (IDE, aides-soignants) volontaires pour travailler dans l'unité

²⁹ FOURNIER P-L, MOISAN L., LANDRY S., 16/07/2020, Former dans l'action pour une organisation performante [en ligne], Gestion HEC Montréal, disponible sur internet : <https://www.revuegestion.ca/former-dans-l-action-pour-une-organisation-performante>

- **Les former rapidement** : la pratique de certains professionnels en psychiatrie depuis plusieurs années nécessitait la remise à niveau, voire la montée en compétences en matière somatique
- **S'assurer de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients** : les gestes et soins appris devaient être très rapidement et parfaitement assimilés par les soignants.

Ce programme de montée en compétences a été coordonné par la Direction des Soins. L'aide apportée par une IADE, cadre en psychiatrie aux HSM, a été précieuse dans le montage de ce programme. Volontaire, elle a assuré par la suite la coordination infirmière de l'unité COVID.

L'approche empirique de formation TWI permet de catégoriser en quatre étapes le programme proposé aux professionnels des HSM :

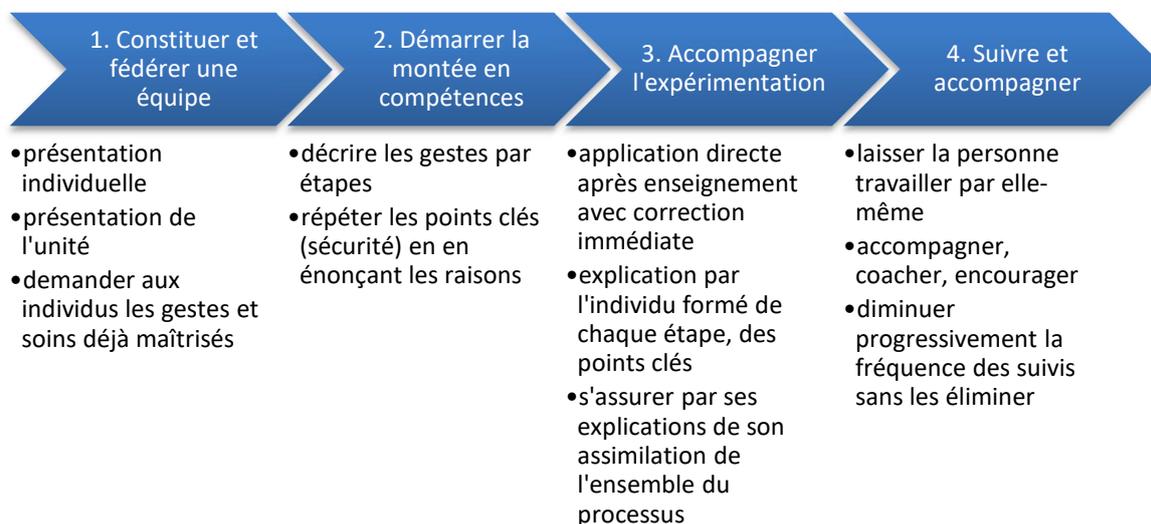


Figure 15. Les 4 étapes de la formation-action selon l'approche TWI

Le programme de montée en compétences tel qu'il a été déployé aux HSM a permis de former rapidement, et sur les lieux mêmes de l'unité, les professionnels de l'équipe entre une semaine et quelques jours avant l'accueil du premier patient. La présence et l'engagement de l'infirmière de coordination, qui les avait formés, a été un appui indispensable pour les réassurer dans leurs pratiques tout au long de l'ouverture de l'unité. Cette méthode a été également mobilisée par le Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale au Québec pour déployer après trois jours de formation-action une clinique de dépistage « drive-in »³⁰. La formation-action était à destination d'agents administratifs et d'IDE réaffectées ou retraitées.

³⁰ FOURNIER P-L, MOISAN L., LANDRY S., 16/07/2020, Former dans l'action pour une organisation performante [en ligne], Gestion HEC Montréal, disponible sur internet : <https://www.revuegestion.ca/former-dans-l-action-pour-une-organisation-performante>

Il est donc bien possible de jumeler formation et opérationnalité, en s'appuyant sur une démarche structurée et réfléchie, y compris dans un délai très contraint.

3.2 Favoriser la résilience de l'hôpital en questionnant ses prises en charge au regard de l'intérêt du patient

3.2.1 Le questionnement éthique autour du sens du soin est un facteur important de soutien des équipes et recentre l'activité de soin sur le patient

L'épidémie de COVID-19 et le confinement ont eu des effets imprévus sur les prises en charge, parmi lesquelles notamment la suspension des visites des proches dans les unités d'hospitalisation, ou encore la suspension des sorties thérapeutiques et permissions.

Par ailleurs, les soignants éprouvés par des conditions de travail inédites ont été particulièrement exposés à des situations de grande détresse, d'accompagnement de fin de vie. La perte de sens a été évoquée par certains soignants, principalement lorsque les capacités de réanimation étaient saturées. Les équipes craignaient de devoir rester impuissantes face à des patients en détresse respiratoire, qui ne pourraient aller en réanimation faute de lits disponibles.

Ces tensions éthiques ne sont pas inédites. Le 18 mars dernier, le ministre de la Santé Olivier Véran, sur la proposition du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), annonce la création de « cellules de conseil consultatif local éthique dans chaque hôpital prenant en charge des cas graves de coronavirus afin de prendre des décisions éclairées³¹ ».

A cet égard, les HSM disposent déjà d'un comité d'éthique depuis plusieurs années. Composé de professionnels volontaires issus de l'établissement et de personnalités qualifiées, il produit des avis à la suite de questions qui lui sont posées par des soignants ou des usagers. Sa légitimité et sa crédibilité lui sont garantis par son indépendance à l'égard de la direction de l'établissement.

En concertation avec la direction, le comité d'éthique a constitué une Cellule d'Accompagnement Éthique (CAE), dans le but d'intervenir auprès des équipes en demande.

La CAE se donne pour missions de :

- Porter une attention au respect des droits des patients et à la dimension éthique des actions engagées dans le contexte épidémique,
- Soutenir et accompagner les professionnels dans les décisions qu'ils auront à prendre.

³¹ ROBILLARD J., 13/03/2020, Le comité d'éthique invite à la mobilisation de cellule de soutien dans les établissements, Hospimédia, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200313-ethique-le-comite-d-ethique-invite-a-la>

Durant la crise, les HSM et tous les autres ES et ESMS ont dû appuyer leurs décisions sur des données scientifiques évolutives. La recherche du juste équilibre entre sécurité et liberté du patient a trouvé une application concrète dans le cadre du COVID-19.

L'état d'urgence sanitaire a fourni le cadre réglementaire nécessaire aux ES pour appliquer les consignes nationales et prendre des mesures inédites pour un hôpital : interdiction de sortir, suspension des visites, port du masque obligatoire en cas de symptômes...

Mais, les difficultés auxquelles ont été exposés les ES et les HSM en particulier résident dans l'inadaptation des recommandations à certains patients ou leur incompatibilité avec la disposition des locaux par exemple.

Aude Charbonnel, juriste et consultante au centre de droit JuriSanté et au CNEH, apporte une illustration concrète du dilemme vécue par les professionnels en matière de gestion du risque : « *Comment gérer un patient diagnostiqué positif au Covid-19 qui, en raison de ses troubles cognitifs, continue d'errer dans les couloirs ou encore quelle approche avoir avec un résident qui fait du chantage au suicide quand on lui demande de ne pas quitter sa chambre ?* »³²

L'intervention et les lettres hebdomadaires de la CAE ont contribué à la diffusion du raisonnement éthique auprès des professionnels des HSM au sujet de cas pratiques ou encore de questions plus générales comme sur la question du tri des patients, l'équilibre entre sécurité et liberté...

Aux HSM, les tensions éthiques les plus courantes pendant la crise sont :

- L'impact du confinement et des mesures de protection de la santé sur les conditions de séjour des patients
- Le lien avec les proches et la famille dans un contexte de suspension des visites. Les HSM disposent d'un SSR pédiatrique et d'une maternité, où il a été maintenu autorisée la présence du conjoint à l'accouchement et d'un des parents auprès de son enfant en SSR. Dans les autres services, les visites ont été suspendues et compensées partiellement par des appels téléphoniques ou visioconférences.
- La confusion entre le régime d'isolement psychiatrique et le confinement contre laquelle il a fallu lutter. La faible compliance de certains patients aux gestes barrières ont dû conduire les professionnels à réaménager les espaces dans les unités (chambres individuelles, pas d'activité de groupe...).

Démunis face à la mise en œuvre de décisions, certes protectrices de la santé des usagers, mais attentatoires à leur liberté, les professionnels ont pu faire remonter des situations de mal-être traduisant ce conflit entre les pratiques imposées par la crise et leur éthique professionnelle. Aux HSM, les échanges des équipes avec la CAE ont amené à identifier

³² CHARBONNEL A., juillet 2020, Que reste-t-il des droits des patients et des résidents en période de pandémie ? Gestions Hospitalières, N°597 L'hôpital résilient

certaines précautions qui permettent d'apporter un cadre qui concilie sécurité, éthique et bienveillance.

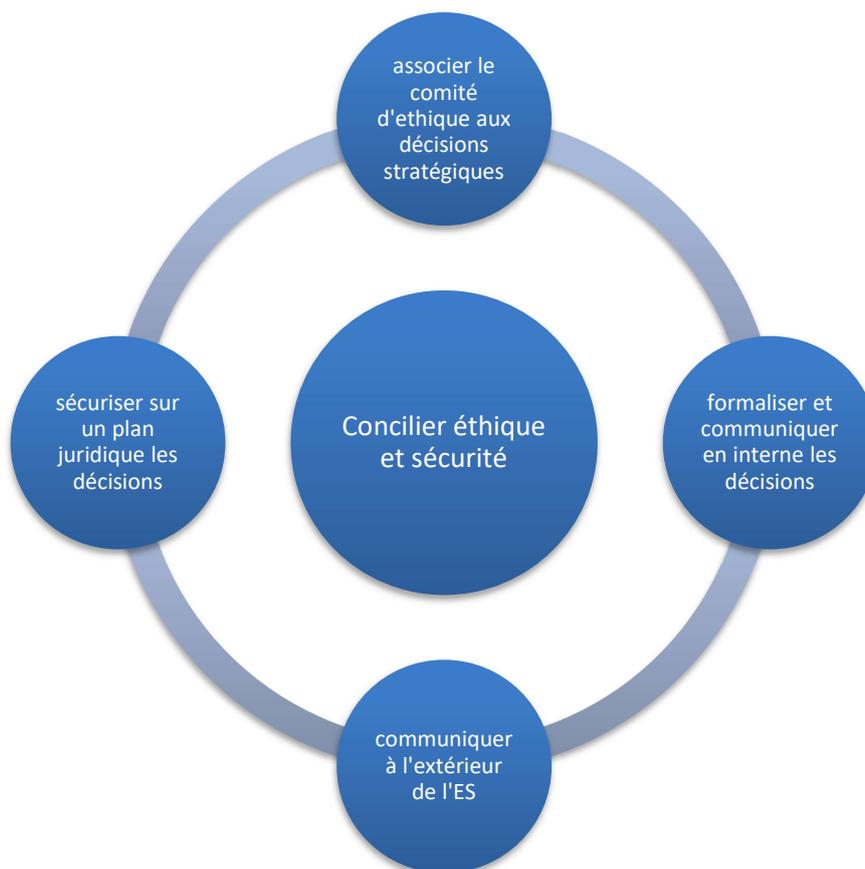


Figure 16. Les pratiques à systématiser pour concilier éthique et sécurité dans l'ES en période de crise

La promotion du raisonnement éthique portée par les HSM a permis aux professionnels de prendre le recul nécessaire pour arbitrer le choix du risque le moins aigu pour le patient ou le résident, les professionnels, l'établissement. En revanche, dans le cadre d'une deuxième vague de l'épidémie, la participation accrue des usagers à la gestion de crise devrait être recherchée. La communication à destination des usagers devrait être davantage développée.

3.2.2 Les actions de communication de l'ES contribuent à maintenir et développer le lien avec les patients

L'épidémie du COVID-19 a fait évoluer les pratiques et a contribué à développer l'utilisation d'outils permettant de concilier les programmes de soins au projet de vie du patient. La crise a invité les ES à se rapprocher davantage du patient. Les défis posés par une épidémie telle que celle de la COVID-19 sont : comment prendre en charge sans

présentiel ? Comment éviter la rupture de soins ? comment maintenir la relation soignant-soigné ?

Les équipes du HSM de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de SSR ou encore d'HAD de rééducation, d'abord déstabilisées par la fermeture partielle des structures ambulatoires, ont mis en place de nouvelles modalités de suivi et de communication avec les patients : permanences téléphoniques, téléconsultations via des applications web, vidéos de rééducation, vidéos et campagnes web de communication sur les nouvelles modalités de prises en charge.

Grâce à la crise, d'autres filières de soin s'approprient ces pratiques extrahospitalières et proposent à leurs patients de nouvelles interactions comme des téléconsultations avec les futurs parents ou encore des vidéos pour répondre à leurs questions posées précédemment sur les réseaux sociaux.

Ainsi pendant le confinement, les équipes de soin ont continué à communiquer avec leurs patients à domicile grâce à ces comptes : vidéos de rééducation, vidéo du chef de pôle Femme-Enfant pour expliquer les modalités de prise en charge des parturientes et de leurs conjoints, informations diverses sur les conduites à tenir...

Le développement de ces pratiques pendant et après l'épidémie remplit un double objectif : la limitation du risque de rupture de soins par un lien patient-soignant même après la consultation et le management de soutien apporté par la valorisation des équipes dans leur expertise en publiant et relayant les vidéos sur les comptes sociaux de l'établissement.

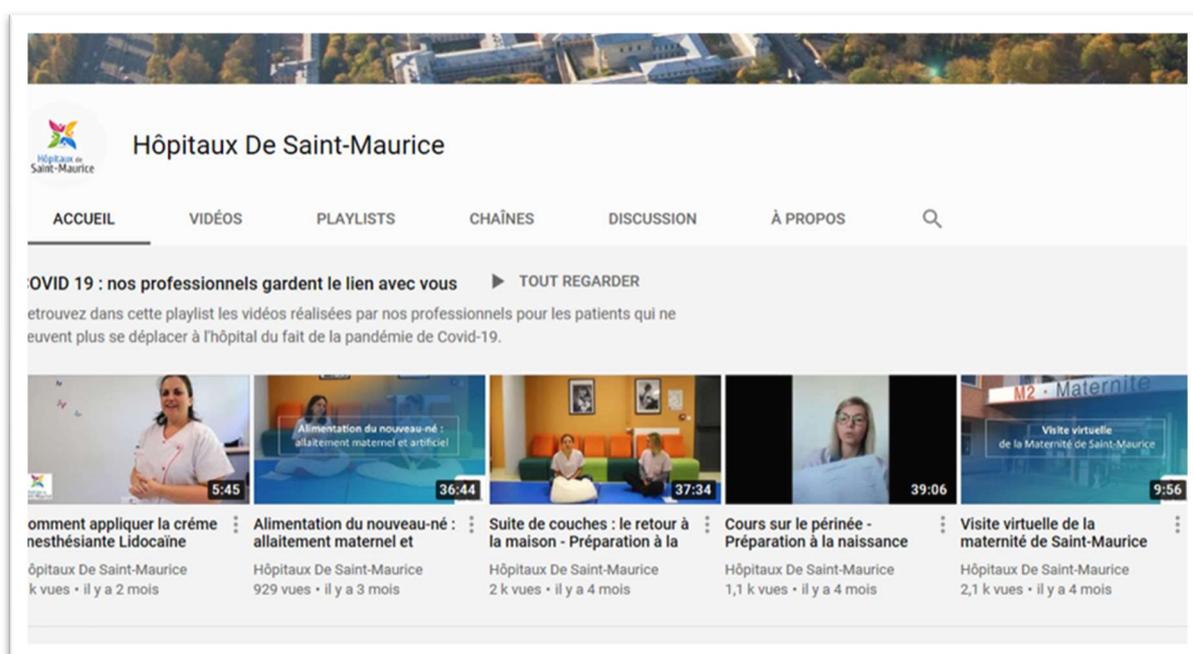


Figure 17. Page d'accueil de la chaîne YouTube des HSM particulièrement utilisée pendant le confinement

Par ailleurs, l'intégration de ces modes de communication dans les prises en charge permet de repenser la relation soignant-soigné. Le/la patient/e n'attend plus son rendez-vous dans la salle d'attente. Il/elle clique sur la vidéo de rééducation ou de préparation à l'accouchement et suit les recommandations du soignant. Grâce à ces nouveaux outils, la relation se poursuit au-delà des murs de l'hôpital ou de la structure ambulatoire jusqu'au lieu de vie du patient.

Toutefois, la participation des patients et des usagers au dispositif de gestion de crise semble être une dimension insuffisamment investie à l'image des premiers retours d'expérience. L'avis du conseil pour l'engagement des usagers de la Haute Autorité de santé (HAS) en date du 16 juillet 2020³³ préconise une « participation réelle des usagers » : « *À la lecture des documents de référence, les retours d'expérience et leurs méthodes de référence placent rarement les usagers du système de santé en tant que participants dynamiques mais plutôt en objet individuel ou collectif du retour d'expérience* », résume le conseil de la HAS³⁴.

Au-delà des retours d'expérience, les modalités de participation des usagers et des patients au dispositif de gestion de crise paraissent être une condition importante de l'alliance thérapeutique en période de crise. En effet, la suspension des visites des patients hospitalisés a engendré des pratiques déviantes difficiles à contrôler et endiguer. Les bancs du parc des HSM devenaient des lieux de rencontres familiales et amicales, où les gestes barrières n'étaient pas assurés et susceptibles de créer des clusters. Les conséquences d'une visite pouvaient menacer la faible prévalence de cas COVID au sein de l'ES.

Face à ces déviances, les HSM ont rouvert les visites sur rendez-vous en encadrant le circuit des visiteurs. Cette situation aurait également pu donner lieu, en amont de la suspension des visites, à une approche co-construite avec des patients, des proches et les représentants d'usagers des HSM pour rechercher l'adhésion aux décisions de la part des familles et des proches.

La stratégie de communication de l'ES doit veiller à intégrer les patients et les usagers au même titre que tous les autres acteurs hospitaliers et institutionnels.

³³ ROBILLARD J., 27/07/2020, La HAS veut renforcer la place des usagers dans les retours d'expérience, Hospimédia, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200727-usagers-la-has-veut-renforcer-la-place-des>

³⁴ HAUTE AUTORITE DE SANTE, Avis n° 2/2020 du Conseil pour l'engagement des usagers, COVID-19 - Engagement des usagers dans les retours d'expériences, version validée par le Collège le 16 juillet 2020 [en ligne], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/has_64_avis_ceu_retex_2020-07-20_11-22-24_830.pdf

Conclusion

Le premier enseignement que l'on doit retirer de l'épidémie de COVID-19 est que l'ensemble des établissements de santé sont concernés et impliqués par la gestion de crise. Disposer d'une autorisation d'activité pour un service d'accueil d'urgence ne constitue pas le seul critère pour juger de l'expertise d'un établissement en la matière.

L'épidémie de COVID-19 a exposé chaque acteur de santé à une série de difficultés à laquelle il a dû trouver des ressources, mobiliser ses capacités pour assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins. La gestion de crise n'était pas perçue comme un sujet prioritaire dans un certain nombre de structures *a priori* peu concernées par l'afflux massif de victimes, prisme par lequel est habituellement vu la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle à l'hôpital. Désormais, le système de santé dans son ensemble perçoit les risques épidémiques ou biologiques comme potentiels générateurs de dysfonctionnement, contre lequel il doit se prémunir.

La démarche de ce mémoire s'attache à présenter comment un établissement tel que les HSM a répondu à la crise avec les ressources dont il disposait et en adaptant la réponse sanitaire aux situations individuelles particulières (parturientes, enfants et adultes hospitalisés sur de longues durées, patients psychiatriques). Il ne s'agit pas de plaquer le retour d'expérience des HSM sur l'ensemble des établissements de santé mentale ou de SSR. Toutefois, le sentiment de n'avoir pas été préparé et de ne pas pouvoir s'appuyer sur les mêmes ressources qu'un CHU ou un hôpital assurant un SAU a probablement été partagé par plusieurs établissements dits au début de la crise de « 3^{ème} voire 4^{ème} ligne ».

En revanche, il s'agit de retirer de ce retour d'expérience à l'issue de la première vague des enseignements sur les moyens dont dispose un établissement de santé pour continuer d'apprendre pendant la crise et ainsi être résilient pour maintenir la qualité et la sécurité des soins qu'il apporte à ses patients et à la population.

L'épidémie n'est pas terminée. Aussi, les limites de ce mémoire portent sur la difficulté de faire un bilan des mesures déployées aux HSM et d'analyser leur adaptation à la situation, ainsi que leur possible utilisation dans d'autres établissements. Une autre limite consiste en la difficulté de se projeter dans une éventuelle deuxième vague épidémique ou dans une future crise, qui sera distincte de la COVID-19. C'est pourquoi ce mémoire s'est attaché à identifier ce qui rend un hôpital et ses équipes capables d'adapter, en pleine crise, leurs prises en charge et d'en créer de nouvelles.

Le deuxième enseignement que l'on peut retirer de la gestion de crise aux HSM est le besoin d'un pouvoir décisionnel accessible aux professionnels, à l'écoute et réactif. La gestion d'une crise s'appréhende à l'échelle d'un établissement. Les professionnels de santé attendent de la réactivité et une compréhension directe de la part de la direction. Gérer une crise à distance ou dans un autre établissement peut être perçu comme un désengagement ou une forme de désolidarisation de l'organe décisionnel du reste de ses professionnels.

Ainsi, chaque établissement de santé en France s'est équipé d'une cellule de crise, qui a pu être complétée, mais jamais remplacée, sur le plan de la coordination stratégique par un organe à l'échelle du GHT. Le bilan du rôle des GHT en matière de gestion de crise doit être mené avec davantage de recul pour analyser de manière exhaustive leurs interventions.

Un pouvoir décisionnel accessible et à l'écoute est un facteur contributif du maintien d'une ambiance de travail sereine, également entretenue par la création et la valorisation d'espaces d'échange entre professionnels sans distinction de leurs catégories ou de leurs fonctions. Le management de proximité et de soutien est un élément important de la gestion de crise car il permet de conserver, voire de créer, du lien entre professionnels dans une période difficile. L'appui apporté par les cadres dans l'appropriation par les équipes des décisions de la cellule de crise est indispensable, de même que les staff ou réunions de services qui permettent l'ajustement des pratiques et la compréhension des nouveaux protocoles de soins.

En plus de son envergure internationale, l'élément inédit de la crise est sa durée. Le plan blanc est toujours activé aux HSM, comme dans les autres établissements de santé, alors que l'état d'urgence sanitaire a pris fin le 10 juillet 2020 à minuit. L'ensemble des dossiers ne relevant pas de la gestion de crise a été suspendu jusqu'au déconfinement. Ainsi, durant l'été, à l'image des autres hôpitaux, les HSM ont repris les projets structurants pour l'établissement, tout en poursuivant l'application des modes dégradés issus du plan blanc d'établissement.

S'appuyant sur un nombre réduit de personnes et de ressources expertes dû aux activités de soins des HSM, le dispositif de gestion de crise réactif et accessible paraît peu adapté à une crise durable, requérant un niveau élevé de vigilance de l'ensemble des professionnels (veille épidémiologique, réalisation d'enquêtes épidémiologiques pour les

cas COVID confirmés et contacts, déménagements d'unité, ouverture et fermeture d'unités...).

En ce sens, la concentration des ressources décisionnelles et opérationnelles de la gestion de crise aux HSM favorise la réactivité du dispositif global mais semble moins adapté à une épidémie, pour laquelle on ne dispose à ce jour ni de vaccin, ni de traitement curatif.

Une crise à laquelle on est préparé n'est par définition pas une crise. En conséquence, il ne s'agit pas de préparer une multitude de plans et de protocoles pour toutes les situations sanitaires exceptionnelles susceptibles de se manifester. En effet, la crise se présentera toujours d'une manière imprévue.

Ancrer la gestion du risque dans la culture de chaque établissement de santé paraît davantage gage de réactivité et d'adaptabilité de l'offre de soins et des pratiques des professionnels. C'est cette capacité à répondre à l'inattendu et à l'imprévu qu'il convient de maintenir et de développer pour l'après-crise.

Il s'agit d'encourager les pratiques déployées par les professionnels pendant la crise qui ont favorisé les échanges d'informations, le partage d'expertise et l'apprentissage dans des délais jusqu'alors jamais assurés. Il en est allé ainsi pour la réflexion mêlant les équipes soignantes aux équipes médico-techniques et logistiques sur l'identification de stocks stratégiques et les seuils d'alerte. La mise en place d'un parcours de formation *ad hoc* en s'appuyant sur les professionnels détenant des compétences rares a permis l'ouverture d'une unité COVID mais aussi la montée en compétences somatiques de professionnels de santé issus de services psychiatriques depuis plusieurs années.

Ces pratiques contribuent à développer la capacité de réponse de l'établissement et à mettre en avant les professionnels et leurs compétences. L'ancrage de la gestion du risque dans la culture d'établissement passe enfin par le questionnement permanent de la relation au patient et de l'adaptation de la prise en charge à ses intérêts.

L'épidémie a été une opportunité de développer des relations soignants-soignés par voies numériques ou téléphoniques. Les prises en charge ont été repensées dans le souci de ne pas exposer le patient inutilement au risque de contagion. Ainsi, alors que certains professionnels de santé avant la crise étaient attachés aux soins à l'hôpital, les mêmes soignants ont développé des alternatives à la venue à l'hôpital, qu'ils souhaitent conserver une fois l'épidémie terminée.

Face à une crise qui modifie en profondeur nos modes de vie, la promotion du questionnement éthique dans les établissements de santé devrait être un des enseignements principaux à retirer de cette expérience. Questionner le sens du soin à l'ère de la distanciation sociale permet la mise en perspective des gestes professionnels des plus pratiques (bionettoyage, toilette des patients) aux plus techniques (maintien ou non des chirurgies programmées dans un contexte épidémique). La réflexion éthique offre également des outils à chaque professionnel pour répondre à d'éventuels conflits de valeurs et permet une compréhension indispensable à son adhésion aux orientations retenues par la direction de l'établissement quelle que soit la situation.

L'épidémie de COVID-19 a introduit un outil de travail inédit à l'hôpital. Le télétravail, jugé peu adapté aux activités hospitalières, a été massivement employé parmi les professionnels des hôpitaux. Les nouvelles relations soignants-soignés et l'expérience de patients assurant leur rééducation grâce à de vidéos tendent à proposer de nouvelles modalités de prises en charge *a priori* compatibles avec un télétravail pour les soignants.

Ce point n'a pas été abordé dans le présent mémoire. Toutefois, la conciliation du télétravail avec les impératifs d'un hôpital apprenant et résilient reste à expertiser. Selon Henry Ford, « *se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite.* » La question de la création et du maintien du lien entre professionnels à distance est un défi que la crise de la COVID-19 a fait émerger et que la future crise ne manquera pas d'approfondir.

Bibliographie

Références juridiques, circulaires ministérielles, avis et guides :

Articles du Code de santé publique :

- Article L1434-2 du Code de santé publique
- Article D6114-3 du Code de santé publique
- Article D6143-37-1 du Code de santé publique
- Article L6143-2 du Code de santé publique
- Article R3131-13 du Code de santé publique

Textes législatifs :

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [en ligne], JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277, texte n° 4, [visité le 05/09/2020], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/SANX0300055L/jo/texte>

Circulaires et instructions ministérielles :

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, Circulaire DGS/3E du n° 1471/DH/9C 24 décembre 1987 relative à l'afflux de victimes à l'hôpital [en ligne], non paru au Journal Officiel, disponible sur internet : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs3e-du-n-1471dh9c-24-decembre-1987-relative-a-lafflux-de-victimes-a-lhopital/>
- MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes [en ligne], non paru au Journal Officiel, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_du_2_mai_2003-2.pdf
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET SANTE, Instruction DGS/DUS/CORRUS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles [en ligne], Date de mise en ligne : 16/07/2013, disponible sur internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37219.pdf
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Instruction N°153 DGS/DUS/SGMAS du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles [en ligne], publié au Bulletin Officielle Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2014/6 du 15 juillet 2014, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-06/ste_20140006_0000_0050.pdf
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, instruction N° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé [en ligne], publié au Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2016/12 du 15 janvier 2017, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, instruction N°DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 26 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, non publié au Journal Officiel, indisponible en ligne.

Avis :

- HAUTE AUTORITE DE SANTE, Avis n° 2/2020 du Conseil pour l'engagement des usagers, COVID-19 - Engagement des usagers dans les retours d'expériences, version

validée par le Collège le 16 juillet 2020 [en ligne], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/has_64_avis_ceu_retex_2020-07-20_11-22-24_830.pdf

Guides :

- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles [en ligne], publié le 17 avril 2019, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, Guide HAS, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé [en ligne], publié le 12 avril 2012, disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

Ouvrages

- TOULEMONDE F. (sous la direction de), 2019, Les établissements de santé, Panoramas de la DREES, Santé, 197 pages [en ligne], disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf>
- MINTZBERG H., 1982, Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'organisation, 440 pages

Données statistiques :

- DREES, statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2013 et 2018, bases statistiques : Nombre de lits de réanimation, soins intensifs et soins continus des établissements de santé, par département aux 31 décembre 2013 et 2018

Rapports

- DUMEZ H., MINVIELLE E., 6 juillet 2020, Le système hospitalier français, une contribution des sciences de gestion [en ligne], Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique et CNRS, 90 pages, disponible sur internet : <https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2020/07/Le-syste%CC%80me-hospitalier-franc%CC%A7ais-dans-la-crise.pdf>

Articles de périodique

- EDMONDSON A.C. et LEI Z., 2014, Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Inter-Personal Construct, Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, n°1, pages 23-43, disponible sur internet : <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>
- TSOUKAS H., 2009, A dialogical approach to the creation of new knowledge in organizations, Organization Science [en ligne], publié le 15 juin 2009, pages 1-17, disponible sur internet : https://www.researchgate.net/publication/220521035_A_Dialogical_Approach_to_the_Creation_of_New_Knowledge_in_Organizations
- CHARBONNEL A., juillet 2020, Que reste-t-il des droits des patients et des résidents en période de pandémie ? Gestions Hospitalières, N°597 L'hôpital résilient

Articles publiés sur internet :

- QUEGUINER T., 17/06/2020, La mission sur la gouvernance d'Olivier Claris juge crucial de réinvestir le service, Hospimédia, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200617-gestion-la-mission-sur-la-gouvernance-d-olivier>

- Dépêche APM-News, 18/08/2020, Covid-19: les hôpitaux se préparent pour l'automne et même sur une durée longue (présidents de CME de CHU et de CH), APM-News, disponible sur internet : <https://www.apmnews.com/depeche/136451/355163/covid-19-les-hopitaux-se-preparent-pour-l-automne-et-meme-sur-une-duree-longue-%28presidents-de-cme-de-chu-et-de-ch%29>

- ROBILLARD J., 13/03/2020, Le comité d'éthique invite à la mobilisation de cellule de soutien dans les établissements, Hospimédia, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200313-ethique-le-comite-d-ethique-invite-a-la>

- ROBILLARD J., 27/07/2020, La HAS veut renforcer la place des usagers dans les retours d'expérience, Hospimédia, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200727-usagers-la-has-veut-renforcer-la-place-des>

- BISMUTH D., 21/08/2020, L'« Hôpital apprenant » serait-il une solution pertinente en situation de crise pour accompagner le changement organisationnel ? [en ligne], ManagerSante.com, disponible sur internet : <https://managersante.com/2020/08/21/l-hopital-apprenant-la-solution-en-situation-de-crise-le-changement-organisationnel-partie-1-par-denis-bismuth/>

- FOURNIER P-L, MOISAN L., LANDRY S., 16/07/2020, Former dans l'action pour une organisation performante [en ligne], Gestion HEC Montréal, disponible sur internet : <https://www.revuegestion.ca/former-dans-l-action-pour-une-organisation-performante>

Sites internet :

- <https://infos.emploipublic.fr/connaitre-la-fonction-publique/les-201-metiers-de-l-hopital-eet-29>

- MILET N., illustration roue de Deming, <https://www.pinterest.fr/pin/162481499035801926/>

Documentation des Hôpitaux de Saint-Maurice :

- Procédure des revues de morbidité-mortalité en établissement de santé des Hôpitaux de Saint-Maurice, auteur : PRUNIER E., Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, (cf. annexe 1)

- Rapport d'activités [en ligne], Hôpitaux de Saint-Maurice, 2017, disponible sur internet : http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Ressources/FCK/RA_synthetique_2017.pdf

Cours EHESP :

- Les situations sanitaires exceptionnelles, Christophe Vanderlinde, Cycle de formation des élèves directeurs d'hôpital EHESP

Liste des annexes

Pages II à IV : Annexe 1 : Procédure des revues de morbidité-mortalité en établissement de santé des Hôpitaux de Saint-Maurice (recherche de causes et proposition d'un plan d'actions), auteur : PRUNIER E., Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

RECHERCHE DE CAUSES

Objet : Recherche des causes immédiates et profondes, des causes avérées ou possibles, des facteurs favorisants ou contributifs, pour chaque problème rencontré.

- Questions :**
- Pourquoi cela est-il arrivé ?
 - Quelles sont les facteurs nécessaires et suffisants pour que cela arrive ?
 - Qu'est-ce qui a favorisé la survenue du problème ?
 - Quelles sont les barrières de sécurité qui ont fait défaut ?

On recherche alors les **facteurs favorisants** (ou contributifs) dans les domaines suivants :

Facteurs liés au patient	<i>Antécédents</i>	
	<i>Etat de santé (pathologies, comorbidités)</i>	
	<i>Traitements</i>	
	<i>Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</i>	
	<i>Relations conflictuelles</i>	
	<i>Difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies...)</i>	
Facteurs liés à l'individu (le ou les professionnels impliqués)	<i>Qualifications, compétences</i>	
	<i>Facteurs de stress physique ou psychologique</i>	
	<i>Relationnel</i>	
Facteurs liés aux procédures opérationnelles	<i>Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</i>	
	<i>Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</i>	
	<i>Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</i>	
	<i>Définitions des tâches</i>	

	<i>Programmation, planification</i>	
Facteurs liés à l'équipe	<i>Communication entre professionnels</i>	
	<i>Communication vers le patient et son entourage</i>	
	<i>Informations écrites (dossier patient, etc.)</i>	
	<i>Transmissions et alertes</i>	
	<i>Répartition des tâches</i>	
	<i>Encadrement, supervision</i>	
	<i>Demandes de soutien ou comportements face aux incidents.</i>	
Facteurs liés à l'environnement de travail	<i>Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)</i>	
	<i>Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites</i>	
	<i>Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)</i>	
	<i>Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)</i>	
	<i>Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)</i>	
	<i>Fonctionnement de l'administration</i>	
	<i>Charge de travail, temps de travail</i>	
	<i>Retards, délais</i>	
Facteurs liés à l'organisation et au management	<i>Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)</i>	
	<i>Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant</i>	
	<i>Politique de formation continue</i>	
	<i>Gestion de la sous-traitance</i>	
	<i>Politique d'achat</i>	
	<i>Management de la qualité – sécurité hygiène et environnement</i>	

	<i>Ressources financières</i>	
Facteurs liés au contexte institutionnel	<i>Réglementation</i>	
	<i>Contexte économique</i>	
	<i>Politique de santé Publique nationale</i>	
	<i>Politique de santé Publique régionale</i>	

PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION

Objet : Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité

Questions :

- Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?
- Quels enseignements tirer des étapes précédentes ?
- Quelles actions mettre en œuvre pour la qualité et la sécurité des soins ?
- Les actions mises en œuvre évitent-elles la récurrence du (des) problème(s) ?
- Ces actions peuvent-elles être généralisables au sein de l'établissement ?
- Comment le suivi et l'évaluation des actions sont-ils assurés ?
- Comment saurons-nous si les actions mises en œuvre sont efficaces ?
- Comment la communication et l'information des équipes sont-elles réalisées ?

N°	Intitulé	Responsable	Avancement	Echéance
Autres actions identifiées				

FRUCTUS

Axelle

Octobre 2020

ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2019-2020

Les Situations Sanitaires Exceptionnelles dans un établissement de 3ème ligne Les enseignements de la première gestion de crise aux Hôpitaux de Saint-Maurice

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : encadrement du mémoire par l'Ecole de Mines

Résumé :

La gestion de crise n'est-elle l'affaire que des CHU ou des hôpitaux avec services d'accueil d'urgence ? L'épidémie de COVID-19 a impliqué chaque acteur de santé d'une manière inédite.

En stage aux Hôpitaux de Saint-Maurice, j'ai observé concrètement comment un établissement sans service d'urgence a conduit la première gestion de crise de son histoire.

Entre écoute des professionnels et processus décisionnel incarné par la Directrice Générale et le Président de la Commission Médicale, les dispositifs de gestion de crise sont par définition des outils réactifs, mais peu adaptés à des situations de crise durable.

Prolongeant la doctrine nationale faisant de la préparation un impératif, des préconisations généralisables à d'autres hôpitaux sont formulées en vue de les rendre résilients et agiles face à la future crise :

- Pilotage des stocks stratégiques,
- Processus d'apprentissage continu,
- Promotion de la réflexion éthique dans le processus décisionnel
- Maintien du lien avec les patients notamment grâce aux réseaux sociaux

Mots clés :

COVID-19, gestion de crise, situations sanitaires exceptionnelles, résilience, gestion des risques, analyse des modes de défaillance, préconisations, gestion des stocks, éthique, formation continue, intérêt du patient

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.