



Les hôpitaux face au SARS-CoV-2 : de la gestion de crise à la compréhension de l'incertitude

Sandra Bertezene

► To cite this version:

Sandra Bertezene. Les hôpitaux face au SARS-CoV-2 : de la gestion de crise à la compréhension de l'incertitude. Chaire Nouveaux Risques : rapport 2021, Cnam; Allianz, pp.23-26, 2021. hal-03665733

HAL Id: hal-03665733

<https://hal.science/hal-03665733>

Submitted on 26 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES HÔPITAUX FACE AU SARS-COV-2 : DE LA GESTION DE CRISE À LA COMPRÉHENSION DE L'INCERTITUDE PAR SANDRA BERTEZENE

Sandra BERTEZENE est Professeure du Cnam, titulaire de la chaire de gestion des services de santé.

La crise que nous traversons met à l'épreuve la fiabilité de notre système de santé, autrement dit de l'ensemble des ressources mobilisées pour assurer les soins, leur continuité et leur qualité au sein de notre pays. Pour faire face à l'inconnu que représente le nouveau coronavirus, les hôpitaux ont adopté différents réflexes habituellement attribués aux organisations hautement fiables⁽¹⁾, telles que les installations nucléaires. Une organisation de cette nature est capable de maintenir durant une longue période un niveau élevé de sécurité grâce à sa pleine conscience de l'environnement (*mindfulness*) ; celle-ci repose sur cinq leviers⁽²⁾ :

- Être attentif aux échecs, aux erreurs, aux anomalies. Cette attention particulière passe notamment par le déploiement d'un processus de vigilance continue afin de ne pas laisser dériver les problèmes au point qu'ils se transforment en catastrophes.
- Refuser les raisonnements simplistes. Les acteurs multiplient les points de vue pour analyser la complexité des phénomènes et ne se contentent pas de relations simples de cause à effet.
- Être sensible aux opérations, au plus près des patients. Il faut identifier les difficultés liées aux actions de court terme afin d'avoir une vision d'ensemble des phénomènes car des problèmes en apparence minimes peuvent devenir majeurs.
- Assurer une résilience organisationnelle. Il est impossible de maîtriser tous les paramètres de l'environnement, les organisations hautement fiables sont donc prêtes à improviser tout en respectant des routines si la situation l'exige.
- Respecter les expertises de chacun. Pour faire face aux menaces, il faut être capable d'identifier très vite les personnes qui disposent de l'expertise la plus importante et adaptée pour gérer la situation, quel que soit le niveau hiérarchique.

Les hôpitaux ont fait face à la première vague de mars 2020 grâce à la mobilisation spontanée de ces différents principes. Mais depuis la deuxième vague d'octobre 2020, ils se heurtent à des difficultés structurelles qui les empêchent de devenir de véritables organisations

hautement fiables. Ce constat remet en question la capacité des hôpitaux à faire face aux crises dans la durée et plus globalement, la capacité du système de santé à s'adapter de manière pertinente à l'environnement, faute d'appréhension de l'incertitude.

Première vague de SARS-COV-2 : les hôpitaux empruntent des réflexes aux organisations hautement fiables et absorbent le choc

Routines et gestion des risques

Pour assurer les activités au quotidien, les établissements disposent de procédures et de protocoles permettant d'assurer la gestion des risques (par exemple d'infection) et de la qualité des soins. Au-delà de cette démarche d'amélioration continue permettant notamment la certification des hôpitaux, il faut souligner l'existence, depuis 2014, du dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations exceptionnelles). De l'explosion de l'usine AZF en 2001 aux attentats de Paris en 2015, en passant par la grippe H1N1 de 2014, les établissements apprennent des crises sanitaires et des situations exceptionnelles. Accident, risque biologique, phénomène climatique, catastrophe nucléaire, radiologique ou chimique, et bien sûr épidémie comme c'est le cas actuellement : la doctrine évolue et à l'hôpital, les pratiques évoluent. Depuis le début de cette crise, les professionnels du secteur hospitalier public et privé peuvent ainsi s'appuyer sur les consignes du guide d'aide à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles qui les invite à préparer et à mettre en œuvre leur plan blanc, autrement dit les réponses graduées, adaptées et spécifiques à chaque menace. Ces outils d'aide à la décision ont été mobilisés et souvent adaptés selon les situations et l'évolution des connaissances quant au nouveau coronavirus.

Créativité et innovations

Mais aussi exhaustif soit-il, les guides et manuels ne peuvent pas prévoir l'imprévisible. En effet, les hôpitaux placés en première et en deuxième lignes pour accueillir les malades du nouveau coronavirus ont pu faire fi de règles qui les régissent habituellement pour faire face à un virus inconnu. Les hôpitaux n'ont pas pu mettre en œuvre le plan blanc prévu initialement car le contexte de la pandémie ne correspondait à aucun contexte prévu

(1) Weick K., Sutcliffe K. (2015), *Managing the Unexpected*, John Wiley & Sons.

(2) Weick KE, Sutcliffe KM, Obstfeld D (1999), Organizing for high reliability : processes of collective mindfulness, *Research in Organizational Behavior*, 21 : 81-124.

par les documents. Durant une brève période, approximativement entre mars et juin 2020, les hôpitaux ont pu, par exemple, chercher des fournisseurs de matériels (masques, surblouses, etc.) sans se préoccuper des processus habituels d'achat, les professionnels ont pu laisser de côté leur fiche de poste pour prendre des fonctions en services de soins critiques même s'ils n'en connaissaient pas les particularités, des traitements ont été testés presque en temps réel, à chaque fois qu'une nouvelle information permettait de mieux comprendre le comportement du virus, etc. En somme, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont laissé les cellules de crise et les professionnels au sein des établissements s'organiser comme cela leur paraissait le plus pertinent compte tenu de la situation et de son caractère inédit. De leur côté, beaucoup d'établissements ne disposant pas de plateau technique médico-chirurgical ont pu aménager leur activité pour rester ouverts, par exemple en créant des unités mobiles de soins ou encore en mobilisant les outils d'e-santé comme les téléconsultations. Des hôpitaux de jour numériques neurologiques ont d'ailleurs été développés très rapidement afin d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire à distance des patients atteints de maladies chroniques. Jamais de telles pratiques n'auraient vu le jour sans la pandémie.

Mobilisation de ressources supplémentaires

Les hôpitaux ont pu bénéficier en 2020 de financements supplémentaires accordés par l'État : 15 milliards d'euros pour acheter masques, respirateurs, réactifs pour tests PCR, etc. mais aussi pour réaliser ces tests, réorganiser les soins, etc. Également sur le plan des ressources, il faut souligner la mobilisation de la réserve sanitaire afin de renforcer les équipes : médecins, soignants, étudiants paramédicaux et internes en médecine volontaires sont venus prêter main-forte aux équipes hospitalières, la montée en puissance prévue par les plans blancs n'étant pas toujours suffisante (rappel des personnels en congé, libération de lits, déploiement de personnels supplémentaires grâce aux déprogrammations, etc.).

Apprentissage organisationnel

Les établissements sont parties prenantes d'un processus collectif de développement des connaissances. Par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) met à disposition des professionnels, depuis mars 2020, des fiches réponses rapides élaborées en partenariat avec les organisations professionnelles, les sociétés savantes et les associations d'usagers. Ces fiches sont mises à jour régulièrement en fonction des données existantes sur la Covid-19. Elles portent sur les prises en charges, les examens, la continuité des suivis de grossesse, les soins palliatifs, etc. Quant à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), elle a très vite mis en place un codage spécifique des parcours de soins Covid. Au sein des hôpitaux, les médecins codent ainsi les prises en charge afin de garantir le suivi et l'anticipation des évolutions de l'épidémie, prévenir, diagnostiquer et traiter au mieux la pathologie et adapter l'organisation du système de santé pour

combattre l'épidémie et en atténuer les impacts. Il faut aussi souligner l'apport des simulations réalisées dans le cadre de la préparation aux tensions et situations exceptionnelles. Le Samu de Paris a créé le concept du TGV médicalisé en organisant en mai 2019 un exercice d'évacuation de victimes d'un attentat fictif. Grâce à cet exercice, moins d'un an plus tard, les hôpitaux et le SAMU ont pu organiser le transfert de malades de la Covid d'une région à une autre. Enfin, les professionnels se forment également en se transmettant les connaissances par la pratique et par les pairs car beaucoup n'avaient jamais travaillé en réanimation. Ces différents exemples montrent l'importance de la capitalisation, l'enrichissement, la création, la transmission des connaissances pour que les organisations soient véritablement apprenantes et aptes à s'adapter à leur environnement.

Responsabilité, routines et gestion des risques, créativité et innovation, mobilisation de ressources supplémentaires et apprentissage organisationnel ont abouti à un contexte propice à une forte résilience organisationnelle : les hôpitaux ont pu absorber ce premier choc.

Depuis la deuxième vague de SARS-COV-2, des obstacles épistémologiques et organisationnels empêchent les hôpitaux de faire face durablement aux incertitudes

Malgré ces différents leviers pour faire face à la pandémie, les hôpitaux se heurtent à des obstacles d'ordre épistémologique (aveuglement aux événements et manque d'appréhension de l'incertitude) et organisationnel (bureaucratie, absence de contrôle interactif, manque de ressources). Ils sont à la fois mis en lumière et exacerbés depuis l'apparition de la deuxième vague, en octobre 2020.

L'aveuglement aux événements

La pandémie paraissait improbable, à l'image des cygnes noirs dont on nie l'existence jusqu'à ce que des explorateurs européens les observent à la fin du XVII^e siècle⁽³⁾. Un tel aveuglement entraîne toujours des conséquences majeures et après coup, on est convaincu que l'événement aurait pu être attendu exactement comme il s'est produit. C'est ce que nous avons vécu avec cette pandémie. En janvier 2020, on semble d'abord se fier à l'expérience du passé pour envisager l'avenir : Agnès Buzyn, alors ministre de la santé, parle d'un risque faible d'introduction du virus en France⁽⁴⁾. Puis vient la réaction : les clusters sont nombreux, les services de réanimation saturés et on déclenche le confinement radical de mars 2020. Enfin la rationalisation : comment avons-nous pu rester aveugles à la situation alors même qu'en Chine, les autorités faisaient construire en urgence des hôpitaux et confinaient leur population ? Cette volonté de rationaliser après coup s'explique par la présence d'informations certes rares, diffuses, disparates, partielles, peu visibles mais qui auraient pu aider à prévoir la situation si on les avait rassemblées et extrapolées. Ces informations sont des signaux faibles⁽⁵⁾ qui favorisent la construction de scénarii de futurs envi-

(3) Taleb NN. (2010), *The Black Swan : The Impact of the Highly Improbable Fragility*, Random House Publishing Group.

(4) Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, conférence de presse du 4 janvier 2020 au Ministère de la Santé. P. Blandin MC., (2005), *Évaluation des choix scientifiques et technologiques*

Door JP. (2006), *Rapport sur la grippe aviaire : mesures préventives*

(5) Ansoff H. I. (1975), « Managing strategic surprise by response to weak signals », *California management review*, 18(2) : 21-33.

sageables permettant d'anticiper des situations comme celles que les hôpitaux ont dû affronter. Parmi les signaux faibles, outre les informations parcellaires liées au nouveau coronavirus début 2020, nous avons notamment à notre disposition deux rapports officiels diffusés en 2005 et 2006⁽⁶⁾ qui alertaient déjà sur le risque de pandémie et la nécessité de porter un masque pour diminuer les affections respiratoires. L'aveuglement aux signaux faibles que renferment de tels rapports explique en partie la saga des masques que personne n'a oubliée.

Un manque de compréhension de l'incertitude

Si les hôpitaux ne sont pas toujours en mesure de capter les signaux faibles pour éviter les cygnes noirs, c'est parce qu'ils manquent d'outils permettant la compréhension de l'incertitude. Les hôpitaux sont soumis à de nombreux contrôles-inspections qui les obligent à définir et mettre en œuvre, notamment, des processus de gestion des risques et de la qualité. Par exemple, le risque d'une infection associée aux soins désigne une situation où les possibilités de l'avenir sont identifiées, probabilisables, quantifiables⁽⁷⁾. Le risque peut donc être géré par un processus linéaire de recherche de causes et d'effets permettant la définition et la réalisation de mesures clairement identifiées, à l'image de ce qui est proposé par la grille d'analyse des causes possibles des risques médicaux ou encore du guide de gestion des situations sanitaires exceptionnelles⁽⁸⁾. Aussi exhaustif soit-il, un tel guide ne peut pas prévoir les crises inconnues à durée indéterminée comme celle que nous traversons. Ce qui explique notamment que les établissements de première ligne ont préparé leur retour à la normale dès le début de l'été 2020 conformément au plan prévu. Quelques semaines plus tard, tout a été remis en question avec le rebond de l'épidémie. Contrairement au risque, l'incertitude ne peut pas être quantifiée. Elle caractérise une situation dont on ignore tout, dont il est impossible de prévoir l'issue. Il s'agit d'une inconnue qui crée une instabilité constante et à laquelle la gestion des risques ne peut pas répondre.

Une organisation exagérément bureaucratique

Les organisations hospitalières sont encore proches du modèle wébérien du début du XX^e siècle, période marquée par un environnement stable qui ne rendait pas pertinente la compréhension de l'incertitude. La logique wébérienne entraîne une division excessive du travail entre spécialités médicales, personnel et encadrement, établissements publics et privés, secteurs sanitaire et médico-social, etc. Ces silos font obstacle à la transversalité des parcours de soins et des projets innovants de prise en charge, ils favorisent la méconnaissance des particularités, des exigences et des contraintes des différentes parties prenantes du système. Même si les réformes successives tentent de créer des liens, les cloisonnements

demeurent, ce qui explique en grande partie la difficulté à coordonner les parcours de soins en général, et non spécifiquement au SARS-COV-2, entre la médecine de ville et l'hôpital alors même que des dispositifs ont été créés à cet effet.

Un manque de contrôle de gestion unifié permettant d'appréhender les incertitudes

Les systèmes d'information présentent des défaillances majeures⁽⁹⁾ qui ne permettent pas d'identifier systématiquement tous les malades de la Covid-19, ce qui affecte le pilotage des ressources matérielles et humaines, et donc potentiellement la qualité des soins. Par exemple, le répertoire opérationnel de ressources (ROR) et l'outil SI-VIC d'identification et de suivi des patients sont jugés chronophages par les établissements. Ils sont parfois non maîtrisés et peu utilisés par les équipes. Ces exemples ne sont qu'une illustration du manque plus global d'un contrôle de gestion unifié qui stimule la participation active de tous et l'émergence de stratégies en adéquation avec le contexte particulier de la crise. C'est ce que Simons⁽¹⁰⁾ appelle le contrôle interactif, par opposition au contrôle diagnostique qui s'exerce actuellement au sein des hôpitaux⁽¹¹⁾ et qui repris ses droits à l'issue de la première vague. Ce dernier est essentiellement dédié à la vérification de l'atteinte des objectifs et à l'adéquation entre les résultats et les attentes de la hiérarchie, tout en conservant la subordination.

Un manque de ressources

Globalement, les établissements manquent de slack⁽¹²⁾, c'est-à-dire d'un stock de ressources disponibles non pas pour atteindre le résultat prévu, mais pour maintenir l'activité lorsqu'elle est confrontée à un imprévu tel que la pandémie. Il s'agit de gagner la marge de manœuvre nécessaire pour surmonter les crises dans la durée. Sur le plan matériel, on se souvient des différentes pénuries largement médiatisées mais indépendamment de la crise, les établissements manquent fréquemment d'équipements ou de fournitures. Les tensions se manifestent également en termes financiers, notamment parce que la tarification à l'activité finance essentiellement les temps de travail directement productifs, c'est-à-dire les activités liées à la prise en charge des patients. Ce mode de financement néglige la création de potentiel à moyen long terme, comme les efforts à réaliser pour développer la compréhension de l'incertitude et un management continu de la haute fiabilité. Enfin, il faut souligner les tensions majeures sur le plan des ressources humaines. Le personnel paramédical souffre depuis de nombreuses années de carrières peu attractives et de conditions de travail difficiles. Ajoutons à cela désormais l'épuisement, les contaminations à l'intérieur même des équipes et l'envie de quitter les unités de soins Covid. Il faut donc faire face plus que

(6) Blandin MC., Door JP. (2005), *Le risque épidémique*, Rapport n° 332 Office Parlementaire des choix scientifiques et technologiques ; Door JP. (2006), *Menace de pandémie grippale : préparer les moyens médicaux*, Rapport d'information à l'Assemblée Nationale sur la grippe aviaire.

(7) Knight F. (1921), *Risk, Uncertainty, and Profit*, Bonston, Hart Schaffner & Marx.

(8) Ministère de la Santé (2019), *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*.

(9) Deroche C., Jomier B., Vermeillet S. (2020), *Rapport fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion*, rapport remis au Président du Sénat le 8 décembre 2020.

(10) Simons R. (1995), *Levers of Control : How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*, Harvard Business School Press.

(11) Berteze S., Vallat D. (2018), « Hypercontrol and hypernormalisation of the health system : proposal for system of a system of shared control », *Management & Avenir*, 111 (5) : 35-56.

(12) Cyert R., March J. (1963), *A Behavioral Theory of the Firm*, Prentice Hall.

jamais aux difficultés à recruter, à fidéliser, à remplacer le personnel soignant alors que les services restent sous tension. Concernant le personnel médical, la suppression du numérus clausus ne permettra d'obtenir des effets que dans quelques années. Des postes restaient vacants avant la crise, il est *a fortiori* impossible d'ouvrir plus de lits de soins critiques car même en la présence de matériels, il manquera le personnel compétent pour assurer les soins.

Conclusion

Dès l'apparition du nouveau coronavirus, les hôpitaux ont, chemin faisant, développé des pratiques proches de celles des organisations hautement fiables, ce qui leur a permis d'absorber le choc de la première vague au

printemps 2020. Mais depuis l'automne de cette même année, ils se heurtent à différents obstacles d'ordres épistémologique et organisationnel les empêchant de s'approprier toutes les dimensions de la haute fiabilité, ce qui les met en danger car rien ne permet désormais d'affirmer qu'ils pourraient durablement faire face à l'inconnu inconnu. Cette pandémie rend obsolète nos certitudes et nous pousse à conduire des réflexions à la fois contextualisées et pragmatiques car il n'existe pas de bonnes solutions définitives. L'illusion serait de croire que nous ne connaîtrons plus jamais pareille situation, alors même que nous ne mesurons pas encore aujourd'hui l'ampleur des conséquences de ce que nous vivons. Il semble important dans ce contexte de travailler avec de nouveaux outils comme ceux des organisations hautement fiables.