



HAL
open science

Décider dans la tourmente : quatre CHU face à la Covid-19

Sandra Bertezene, David Vallat, Philippe Michel

► **To cite this version:**

Sandra Bertezene, David Vallat, Philippe Michel. Décider dans la tourmente : quatre CHU face à la Covid-19. *Politiques et Management public*, 2023, 40 (2), pp.225-253. 10.3166/pmp.40.2023.0013 . hal-04221984

HAL Id: hal-04221984

<https://hal.science/hal-04221984v1>

Submitted on 28 Sep 2023

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.

06. Décider dans la tourmente : quatre CHU face à la Covid-19

Sandra Bertezene, David Vallat, Philippe Michel

DANS POLITIQUES & MANAGEMENT PUBLIC 2023/2 (N° 2), PAGES 225 À 253
ÉDITIONS LAVOISIER

ISSN 0758-1726

DOI 10.3166/pmp.40.2023.0013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2023-2-page-225.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Décider dans la tourmente : quatre CHU face à la Covid-19

06

► **Sandra Bertezene^{a*}, David Vallat^b et Philippe Michel^c**

^a Conservatoire National des Arts et Métiers, Laboratoire LIRSA (EA4603)

^b Sciences Po Lyon, Laboratoire Magellan (EA3713), iaelyon School of management

^c Université Claude Bernard Lyon 1, U1290 INSERM RESHAPE HESPER

Résumé

L'objectif de cet article¹ est double : mieux comprendre le processus organisationnel de prise de décision mobilisé par les hôpitaux durant la première année de la pandémie afin de faire face à cette crise ; et vérifier dans quelle mesure ce processus s'apparente à celui déployé par les organisations à haute fiabilité (OHF). Les résultats de la recherche exploratoire réalisée au sein de quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) montre que le processus de prise de décision se manifeste différemment au cours de trois périodes successives : au début de l'apparition de la Covid-19 dans notre pays, le processus est celui d'une bureaucratie weberienne ; au cours de la première vague jusqu'à sa fin il devient flexible, agile ; et enfin, à partir de la deuxième vague, il reprend son caractère bureaucratique initial. La dernière partie met en avant les apports de la théorie des OHF aux sciences de gestion et au pilotage des hôpitaux français.

© 2023 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Mots clés : organisations à haute fiabilité – OHF, processus de prise de décisions, hôpitaux, Covid-19.

¹ Les résultats de cette recherche sont issus du programme de recherche COPING (COVid Pandemic INstitutional manaGement), piloté par les Hospices Civils de Lyon, financé à hauteur de 400 000 euros par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la Santé et des Solidarités.

*Auteur correspondant : sandra.bertezene@lecnam.net

doi:10.3166/pmp.40.2023.0013 © 2023 IDMP/Lavoisier SAS – Tous droits réservés

Abstract

Deciding in turmoil: four university hospitals facing Covid-19. The objective of this article is twofold: to better understand the organizational decision-making process mobilized by hospitals during the first year of the Covid-19 pandemic in order to deal with this crisis; and verify how similar this process is to that deployed by High Reliability Organizations (HROs). The results of this exploratory research carried out in four university hospitals show that the decision-making process manifests itself differently during three successive periods: at the start of the appearance of Covid-19 in our country, the process is that of a Weberian bureaucracy; during the first wave until its end it becomes flexible, agile; and finally, from the second wave, it resumes its initial bureaucratic character. The last part highlights the contributions of HRO theory to management science and the management of French hospitals.

© 2023 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Keyword: high reliability organizations – HRO, decision making process, hospitals, Covid-19.

Introduction

Lors de l'apparition de la pandémie au début de l'année 2020, l'hôpital public était confronté à de fortes tensions économiques et sociales depuis près d'une année. Fermetures de lits, conditions de travail difficiles, difficultés à recruter, budgets insuffisants étaient notamment dénoncés lors des manifestations, grèves des soignants et revendications des médecins hospitaliers. Pour faire face à cette situation, Edouard Philippe et Agnès Buzyn, alors respectivement Premier ministre et ministre des Solidarités et de la santé, annonçaient même en novembre 2019 un « *plan d'urgence* » prévoyant l'attribution de primes aux professionnels, de budgets supplémentaires aux établissements ainsi que la reprise de leurs dettes. Malgré ces fortes tensions, les professionnels se sont immédiatement mobilisés pour faire face à la crise sanitaire, sans l'ombre d'une hésitation. Du jour au lendemain, l'attention tout entière des médecins et des soignants s'est tournée vers la pandémie du nouveau coronavirus. Les chiffres montrent aujourd'hui que durant l'année 2020, les hôpitaux ont accueilli et soigné 1,3 million de personnes supplémentaires, par rapport à l'année précédente (ATIH, 2019; Drees, 2022). Malgré les difficultés, les hôpitaux ont assuré leur mission.

Pour parvenir à ce résultat, des efforts ont été réalisés par chaque partie prenante, à commencer par l'État: chacun se souvient du « *Quoi qu'il en coûte* » prononcé par le Président de la République lors de son allocution télévisée du 12 mars 2020. Malgré tout, comment les hôpitaux ont pu résister à cette pandémie inédite par sa brutalité et son ampleur, alors qu'ils semblaient considérablement affaiblis par une année de confinement social et une rationalisation budgétaire chronique? L'hypothèse formulée pour répondre à cette question est qu'ils ont absorbé le choc à la manière d'une organisation à haute fiabilité (OHF), non pas parce qu'ils prétendent être des OHF, mais plutôt parce que le contexte les a conduits à adopter un processus organisationnel de décision qui s'apparente à celui des OHF.

Pour mieux appréhender les crises, les catastrophes, la théorie des organisations à haute fiabilité (OHF ou, *high reliability organizations* – HRO) émerge dans les années 80-90 grâce aux travaux fondateurs de l'école de Berkeley conduits par Rochlin, LaPorte et Roberts

(1987), puis par Weick (Weick et Roberts, 1993). La haute fiabilité est un paradoxe, une sorte de performance anormale continue, qui peut s'observer au sein d'organisations pourtant soumises à un niveau de risque élevé (Roberts, 1990a, 1990b). La fiabilité caractérise ce qui est sûr et digne de confiance²; elle s'observe davantage à travers l'absence de catastrophe ou d'erreur dans la durée, qu'à l'aide d'indicateurs traditionnels tant il est difficile de la mesurer. C'est pour cette raison qu'elle est définie comme un non-événement dynamique et récurrent par Weick (1987). Il s'agit d'un non-événement puisque rien de catastrophique ne se produit, et ce non-événement est dynamique car la fiabilité et la sécurité résultent de la gestion continue du changement. Cette performance anormale et ce non-événement dynamique peuvent s'observer si les organisations mettent sur le même plan productivité et fiabilité (Roberts, 1990a, 1990b). C'est à ce prix qu'elles deviennent capables d'identifier et de réagir immédiatement aux moindres perturbations avant qu'elles se transforment en catastrophe. Même s'il est très difficile de repérer les dysfonctionnements d'importance minime, il est crucial de se concentrer sur leur diagnostic afin que l'organisation puisse avoir le temps et la possibilité d'agir le plus vite possible (Weick, 2011).

Malgré sa large diffusion dans le secteur de la santé aux États-Unis depuis plus de 30 ans (Veazie *et al.*, 2019), la théorie des OHF demeure néanmoins peu étudiée au sein des services et établissements de santé français, à l'exception notable des travaux de Camille de Bovis *et al.* (2014). Ces derniers montrent en effet un lien entre les caractéristiques des OHF que présentent deux services de soins aigus d'un centre hospitalier universitaire (CHU), et leur performance. De Bovis et Baret (2020) ont également appliqué cette grille de lecture aux services de procréation médicalement assistée de deux CHU pour déboucher sur des résultats similaires : ces organisations développent et cultivent leur vigilance et leur capacité à absorber les chocs (résilience), à l'instar des OHF (de Bovis, Barret, 2020). C'est donc pour alimenter la réflexion sur l'opérationnalisation de la théorie des OHF au sein des organisations de santé françaises que nous avons conduit une recherche exploratoire dans le cadre du programme COPING (COvid Pandemic Institutional manaGement)³, tout en poursuivant un double objectif :

- sur le plan académique, enrichir la littérature sur les OHF en mobilisant le modèle du processus organisationnel de prise de décision au sein des OHF de Roberts, Stout et Halpen (1994) pour observer ces processus au sein des hôpitaux français durant la première année de la pandémie de Covid-19, ce qui n'a jamais été réalisé à notre connaissance ;
- sur le plan managérial : comprendre le processus organisationnel de décision mobilisé durant la première année de la pandémie et vérifier dans quelle mesure ce processus s'apparente à celui déployé par les OHF. Il s'agit aussi bien sûr de comprendre les apports, les limites, les perspectives qu'un tel processus offre aux décideurs au sein des tutelles et des hôpitaux, ces derniers étant aujourd'hui affaiblis et confrontés à toujours plus de difficultés après trois années de crise sanitaire.

² Définition de la fiabilité donnée par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/fiabilit%C3%A9>

³ Programme COPING (COvid Pandemic Institutional manaGement) financé par le ministère de la Santé et des Solidarités, porté par les Hospices Civils de Lyon (HCL) et réalisé par le Cnam, Sciences Po Lyon et l'Université Lyon 3. Ce projet vise à tirer les enseignements de la crise sanitaire.

La première partie est consacrée au cadrage théorique de la recherche. La deuxième partie présente les résultats issus d'une recherche exploratoire réalisée au sein des quatre CHU de la Région Auvergne Rhône-Alpes, regroupant au total 52 000 agents. La troisième partie analyse et discute les résultats.

1. Cadrage théorique : les OHF et le processus de prise de décision

Cette première partie présente la théorie des OHF, ses apports aux organisations de santé (1.1), ainsi que ses limites (1.2). Le modèle du processus de prise de décision spécifique aux OHF défini par Roberts *et al.* (2014) est ensuite expliqué (1.3) car il sera mobilisé dans la partie suivante pour décrire et expliquer les processus de prise de décision à l'œuvre au sein de nos terrains de recherche (4 centres hospitaliers universitaires, CHU).

1.1. La théorie des OHF et ses apports aux organisations de santé

Charles Perrow a été membre de la commission d'enquête constituée à la suite de l'accident de la centrale nucléaire de *Three Mile Island*, en 1979. Les travaux qu'il a conduits en s'inspirant de cet accident ont débouché sur le concept des accidents normaux, objet de son ouvrage intitulé *Normal Accidents : Living with High-Risk Technologies*, publié en 1984. Selon l'auteur, les accidents normaux sont inévitables dans les systèmes complexes et hautement technologiques tels que les centrales nucléaires, les avions et les systèmes de transport en commun. Ces systèmes ont de nombreux composants qui interagissent de manière complexe, ce qui signifie la présence de nombreux points de défaillance potentiels. Les accidents normaux se produisent lorsque plusieurs de ces défaillances se combinent et causent un accident. Ces derniers sont dits « normaux » car les organisations ne parviennent pas à assumer la complexité des interactions et le couplage étroit (*tight coupling*) des technologies qu'elles exploitent. La complexité des interactions, c'est-à-dire la forte interdépendance des parties du système, entraîne la combinaison imprévue de petites défaillances et finalement, des accidents graves. Les interactions dont le couplage est étroit sont celles qui ne tolèrent pas de « jeu », au sens mécanique du terme, entre elles. Une défaillance se propage vite dans l'ensemble du système, provoquant un effet domino. Il en résulte que les accidents qui surviennent sont très difficilement repérables. Les accidents sont une propriété inhérente de ce type de système ; parce qu'ils sont inévitables, ils sont normaux.

Les chercheurs de l'école de Berkeley s'opposent aux conclusions pessimistes de Perrow (LaPorte faisait lui aussi partie de la commission *Three Mile Island*). Ils constatent que certaines organisations dites « à risque » ne connaissent que peu, voire pas d'accident (Rochlin, LaPorte et Roberts, 1987), comme les portes-avions nucléaires ou le système de contrôle du trafic aérien. Ils vont conduire des études sur ces terrains et ainsi élaborer le concept d'organisation à haute fiabilité (OHF) caractérisé par une forte capacité d'adaptation au changement et une forte flexibilité organisationnelle (Volberda, 1996). Dans la continuité de ces travaux, Weick et Sutcliff (2001) précisent les cinq caractéristiques majeures des OHF :

- repérage et traitement rapides des erreurs, des problèmes (*preoccupation with failure*);
- rejet des explications simplistes des erreurs (recherche de boucs émissaires) et prise en compte de l'enchaînement des problèmes, de la dimension systémique des situations (*reluctance to simplify interpretations*);
- contrôle fréquent et continu des opérations, du respect des procédures, attention focalisée sur tout changement inattendu (*sensitivity to operations*);
- l'engagement vers la résilience passe par la détection et la régulation des erreurs et des problèmes de sorte que ces derniers n'entraînent pas la paralysie de l'organisation. Les erreurs sont admises, font partie de la logique d'apprentissage et on refuse l'existence des « accidents normaux ». L'organisation absorbe donc les chocs (*commitment to resilience*);
- initiative laissée aux spécialistes pour résoudre le problème en situation de crise. Pendant une crise les décisions sont prises sur le terrain et l'autorité est transférée aux personnes susceptibles de résoudre le problème, quel que soit l'échelon hiérarchique (*deference to expertise*).

Le développement rapide de la théorie des OHF au sein de l'industrie dans les années 80, fait émerger le besoin d'une meilleure compréhension de cette théorie au sein du secteur de la santé. Toutefois, le dilemme, pour les décideurs, est de savoir où placer le curseur de la fiabilité : la fiabilité consiste-t-elle à ne rencontrer quasiment jamais d'incidents ? Ou bien s'agit-il de maintenir un niveau acceptable d'anomalies ? La tolérance est naturellement différente selon les parties du système et selon la nature des anomalies. Ainsi, si on considère que l'anomalie est la mortalité, alors Martelli *et al.* (2018) montrent par exemple que l'absence de décès lié au risque iatrogène nécessite la mobilisation de nombreuses ressources (matérielles, humaines, financières), la définition de plusieurs niveaux de vigilance, l'adoption de différentes méthodes permettant d'organiser cette vigilance, ou encore la réalisation de diverses mesures. Roberts et Bea (2001b) prennent l'exemple des erreurs médicales qui font des milliers de morts aux États-Unis tous les ans, et qui pourraient être évités. Les prescriptions sont par exemple mal lues par les pharmaciens, notamment en raison de l'écriture peu lisible des médecins, ce qui entraîne des erreurs fatales pour nombre de personnes.

Roberts et Bea (2001a) ont également étudié les pratiques d'une unité de soins intensifs d'un centre médical californien qui accueille des enfants transférés depuis différents hôpitaux. Malgré l'état de santé particulièrement grave des enfants, cette unité présente le taux de mortalité le plus bas de son territoire. Ce résultat est permis grâce à deux choix stratégiques majeurs selon les auteurs : le recrutement de personnels formés, dont les compétences solides peuvent être mobilisées auprès des patients d'une part, et la décentralisation de la prise de décision d'autre part. Le principe de subsidiarité permet aux infirmiers d'intervenir de manière rapide et pertinente, en fonction des compétences requises et de leur connaissance de l'état de santé des patients. Les médecins ne sont pas écartés bien sûr, mais dans de nombreuses situations, les infirmiers disposent de davantage d'informations et peuvent agir plus rapidement pour faire face aux situations complexes spécifiques aux soins intensifs. Grâce au partage des décisions, la décentralisation agit directement sur la qualité des soins et la réduction des décès (Madsen *et al.*, 2006).

Les apports de la théorie des OHF aux organisations de santé, dégagés par ces recherches, sont synthétisés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Exemples d'apports de la théorie des OHF aux organisations de santé

| Auteurs | Des facteurs clés de succès de la théorie des OHF au sein des organisations de santé |
|-------------------------------|---|
| Martelli <i>et al.</i> (2018) | Réduction de la mortalité grâce à la mobilisation de nombreuses ressources (matérielles, humaines, financières), la définition de plusieurs niveaux de vigilance, l'adoption de différentes méthodes et réalisation de diverses mesures permettant d'organiser cette vigilance. |
| Roberts et Bea (2001a) | Réduction de la mortalité grâce à la subsidiarité, la compétence, la connaissance de l'état de santé des patients afin d'agir rapidement et de manière pertinente. |
| Madsen <i>et al.</i> (2006) | Réduction de la mortalité et qualité des soins grâce au partage des décisions et à la décentralisation du pouvoir. |

La théorie des OHF comporte toutefois des limites étudiées dans le point suivant.

1.2. Les limites de la théorie des OHF au sein des organisations de santé

La première limite tient à la complexité du secteur de la santé. La théorie des OHF présuppose une approche systémique de l'organisation qui peut être difficile à appréhender (Leveson *et al.* 2009). Les hôpitaux renferment de nombreuses composantes ayant un très grand nombre de relations entre elles et avec d'autres systèmes (Agence régionale de santé - ARS, Assurance maladie, Ministère en charge de la santé, public accueilli, associations d'usagers, organismes de formation, etc.) (Waller et Roberts, 2003). La haute fiabilité des CHU dépend dans ce cas de la haute fiabilité des composants de tous les systèmes avec lesquels les interactions sont fortes (LaPorte et Consolini, 1991). Prenons l'exemple des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS), c'est-à-dire « des événements inattendus au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, [...] » (article R. 1413-67 du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016). Même si les hôpitaux sont soumis à des exigences fortes en matière de qualité et de gestion des risques, il existe toujours des EIGS en raison d'une prise en charge défectueuse, d'infections nosocomiales, d'erreurs d'identité, d'accidents médicamenteux, etc. qui « impactent négativement le parcours du patient alors qu'ils sont évitables pour la majorité d'entre eux »⁴. Autre exemple, la Covid-19 peut être contractée à l'intérieur même des hôpitaux ce qui en fait effectivement une infection nosocomiale. En 2020, le virus a touché de cette manière 62 628 personnes et entraîné le décès de 312 personnes (CCL Covid-19, 2021 : 6), essentiellement en raison de la méconnaissance du cas et du non-respect des gestes barrières. La survenue d'EIGS montre qu'il n'est pas encore possible de définir et d'anticiper toutes les défaillances (Blatt *et al.*, 2006), ce qui pose la question des facteurs organisationnels, réglementaires, culturels, etc. permettant le développement et la pérennité des caractéris-

⁴ Voir le détail sur le site internet du ministère en charge de la santé :

^h<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias>

tiques des OHF au sein des hôpitaux. La taille même du système semble rendre la haute fiabilité utopique et nous pousse à l'envisager davantage par secteur, service, parcours de soins ou processus, ciblés et délimités.

La deuxième limite concerne la faible attention portée par la littérature sur les OHF aux relations sociales alors que les stratégies d'acteurs et les différentes logiques internes peuvent faire obstacle à la haute fiabilité (Bourrier, 2001).

La troisième limite tient à la possible incompatibilité des objectifs de haute fiabilité et des objectifs de performance économique qui peuvent s'imposer aux hôpitaux. L'intégration des soins (Contandriopoulos et al., 2001) conduit à l'intégration financière et au partage des risques entre les entités impliquées. Un effet pervers serait que les mécanismes d'intégration financière, non seulement ne soutiennent pas la fiabilité mais pis, la réduisent en raison d'objectifs différents, voire antagonistes (Journé, 2009 ; Martelli et al., 2018). Ceci doit particulièrement nous interpeller dans le contexte de tensions extrêmes que connaissent les hôpitaux, auquel s'ajoute l'effet pervers de la tarification à l'activité souvent constaté, en l'occurrence le risque de poursuite d'objectifs économiques au détriment d'objectifs de santé (Le Menn et Milon, 2012 ; IGAS, 2012a et 2012b ; IGF, 2012 ; Véran, 2016).

En guise de conclusion, les principales limites de la théorie des OHF sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Principales limites de la théorie des OHF au sein des organisations de santé

| Auteurs | Principales limites de la théorie des OHF au sein des organisations de santé |
|--|---|
| LaPorte et Consolini (1991) Waller et Roberts (2003) Leveson et al. (2009) | La complexité du secteur de la santé : les hôpitaux renferment de nombreuses composantes ayant un très grand nombre de relations entre elles et avec d'autres systèmes. La haute fiabilité dépend dans ce cas de la haute fiabilité des composants de tous les systèmes avec lesquels il existe des interactions. |
| Bourrier (2001) | La faible attention portée par la théorie des OHF aux relations sociales alors que les stratégies d'acteurs et les logiques internes peuvent faire obstacle à la haute fiabilité. |
| Journé (2009) Martelli et al. (2018) | La possible incompatibilité des objectifs de haute fiabilité et des objectifs de performance économique qui peuvent s'imposer aux hôpitaux. |

Une fois les fondements de la théorie des OHF posés, le point suivant détaille le processus organisationnel de la prise de décision observé en leur sein.

1.3. Le processus organisationnel de la prise de décision au sein des organisations à haute fiabilité : le modèle de Roberts, Stout et Halpen (1994)

Dans leur article de 1994, *Decision Dynamics in Two High Reliability Military Organizations*, Roberts, Stout et Halpen se centrent sur les prises de décision au sein de

deux porte-avions nucléaires. Les possibilités d'erreurs catastrophiques (incendies, collisions, explosions, etc.) et les accidents de réacteur nucléaire sont toujours envisageables. Les navires et les avions sont vulnérables, exposés à une multitude d'accidents liés aux vols des différents appareils. Les auteurs expliquent que chaque porte-avions est une sorte d'aéroport flottant posé sur une petite ville où se côtoient 6 000 personnes, 90 avions, plusieurs réacteurs nucléaires, un milliard de composants électroniques et des centaines de manuels techniques. Pourtant, les porte-avions américains sont très fiables. Au moment de l'étude, un seul incendie sur pont d'envol était comptabilisé depuis 1969. En réalisant cette étude au sein de porte-avions, Roberts *et al.* (1994) montrent que dans ces organisations, les décisions sont prises dans le respect de la hiérarchie formelle. La Marine, que l'on considère intuitivement comme extrêmement bureaucratifiée, présente pourtant une hiérarchie qui passe d'une structure rigide et centralisée dans certaines circonstances, à une structure extrêmement flexible et décentralisée dans d'autres circonstances. Différents théoriciens de la décision reconnaissent en effet que les processus de prise de décision ne sont pas toujours structurés et stables (Mintzberg, 1982; March et Olsen, 1976).

À la suite de cette étude, Roberts *et al.* (1994) modélisent le processus organisationnel de la prise de décision qui est représenté par la figure n° 1. Les organisations qui souhaitent obtenir une grande fiabilité présentent quatre caractéristiques qui affectent les processus de prise de décision (première ligne de la figure « les caractéristiques de l'organisation »):

- elles mobilisent des technologies complexes,
- ces technologies sont interdépendantes,
- ce qui entraîne des dommages, des dégâts potentiellement élevés (Perrow, 1984),
- mais les erreurs se produisent relativement rarement (Roberts 1990b).

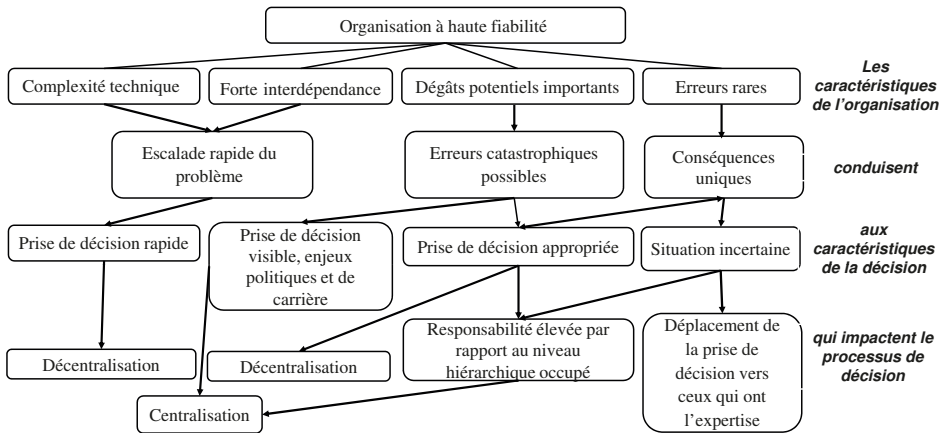
L'usage de technologies complexes et interdépendantes peut entraîner une escalade rapide des problèmes (selon le principe des accidents normaux; deuxième ligne de la figure), ce qui nécessite une prise de décision tout aussi rapide afin de réguler les dysfonctionnements de manière adéquate (troisième ligne de la figure). Ce mode de fonctionnement passe par le découplage entre l'autorité formelle de la hiérarchie et les prises de décisions (décentralisation, représentée sur la quatrième ligne de la figure). Celles-ci sont alors transférées vers ceux qui détiennent l'expertise nécessaire, ceux qui sont sur le terrain, proches des problèmes, même si ces personnes n'ont pas de responsabilité hiérarchique.

Des dommages potentiellement élevés entraînent des conséquences potentiellement catastrophiques (première et deuxième lignes de la figure). Cette situation suggère une prise de décision appropriée et parfois totalement originale (troisième ligne de la figure). Les décisions peuvent être prises par les acteurs de terrain car on compte sur eux pour identifier les problèmes auxquels ils sont confrontés les premiers. Ils sont dotés pour cela d'une grande capacité de décision, laquelle est clairement décentralisée (quatrième ligne). La contrepartie dans ce type de circonstances, est qu'ils sont tenus pour seuls responsables de leurs choix, en dépit de la place qu'ils occupent dans l'organigramme (quatrième ligne de la figure). Avoir une responsabilité élevée dans une situation incertaine génère souvent un sentiment d'inconfort, même si l'organisation tout entière fait confiance aux acteurs de terrain pour cela. Afin d'alléger le poids de la responsabilité, les personnes concernées ont tendance à repousser la prise de décisions vers leur hiérarchie (dernière case en bas de la figure, « Centralisation »).

La rareté de l'erreur est une caractéristique des organisations à la recherche de fiabilité, ce qui signifie que de nombreux événements tout à fait uniques se déroulent en leur sein (deuxième ligne). La singularité entraîne l'incertitude de la situation. Il faut donc, dans ce contexte, trouver les « experts » qui pourront prendre des décisions adaptées du fait de leur connaissance précise de l'événement. Cette expertise est reconnue à ceux qui sont les plus expérimentés, ceux qui ont le plus d'ancienneté (troisième et quatrième lignes) et non forcément ceux qui ont le niveau hiérarchique adéquat. Si la situation est claire, alors la décision peut être prise par les niveaux hiérarchiques les plus bas. En revanche, si la situation est particulièrement délicate d'un point de vue politique (*i.e.* lorsque le respect de contraintes réglementaires prévaut et que la situation est floue), la prise de décision se déplace, dans ce cas également, vers le sommet de la hiérarchie (dernière case en bas de la figure, « Centralisation »).

Le modèle montre bien que les processus de décision ne sont pas stables, ils évoluent compte tenu de leur caractère systémique. Par exemple, dans une situation incertaine, l'addition de la décentralisation et du niveau de responsabilité élevé accordé aux personnels sans responsabilité hiérarchique pour qu'ils puissent prendre des décisions, aboutit finalement à la (re)centralisation de la prise de décision. Lorsqu'un élément présenté par le modèle (erreurs catastrophiques possibles, événement rare, centralisation, décentralisation, etc.) est activé, l'apparence du processus de décision est modifiée.

Figure 1 : La modélisation des processus de prise de décision dans les organisations à haute fiabilité de Roberts K.H., Stout S.K. et Halpern J.J. (1994)



Ce modèle est au cœur de l'hypothèse de recherche que nous rappelons : les hôpitaux ont absorbé le choc à la manière d'une organisation à haute fiabilité (OHF), non pas parce qu'ils prétendent être des OHF, mais plutôt parce que le contexte les a conduits à adopter un processus organisationnel de décision qui s'apparente à celui des OHF. La partie suivante s'attache ainsi à examiner les pratiques à l'œuvre au sein de 4 CHU afin de vérifier dans quelle mesure les décisions ont été prises comme le ferait une OHF (Roberts *et al.*, 1994). L'unité d'analyse choisie est celle des hôpitaux. Même si le recueil de données livre des éléments sur les décisions prises par le ministère en charge de la santé et l'Agence Régionale

de Santé (ARS), il ne s'agit pas d'une étude de cas encastrés. La recherche se concentre ici sur un seul niveau d'analyse, celui des CHU, ce qui en fait une étude de cas multiples.

2. Méthode et résultats de la recherche exploratoire : le processus organisationnel de la prise de décision au sein de 4 CHU lors de l'apparition de la pandémie de Covid-19

Les paragraphes suivants présentent la méthode de recueil et d'analyse des données (2.1), les résultats de l'évolution du processus décisionnel selon les trois temps identifiés : au début de la première vague du nouveau coronavirus (2.2), à la fin de cette première vague (2.3), et à partir du retour à la normale et de la deuxième vague (2.4).

2.1. La méthodologie de recueil et d'analyse des données

Nous avons choisi de réaliser une étude de cas multiples selon une approche exploratoire (Eisenhardt, 1989 ; Yin, 2017). Cette méthode de recherche est apparue la plus adaptée pour examiner en profondeur, grâce à un examen empirique (Hlady Rispal, 2002), une situation de gestion particulière (Journé et Raulet-Croset, 2008), dans un environnement réel (Yin, 2017), inédit et encore non étudié à notre connaissance : le processus organisationnel de la prise de décision des CHU lors de l'arrivée du nouveau coronavirus en 2020.

Cette situation de gestion de crise a été examinée dans quatre CHU sur une période totale de huit mois. Il s'agit d'une étude processuelle qui, de ce fait, « se concentre de manière empirique sur des phénomènes en évolution et s'appuie sur une théorisation qui intègre explicitement les progressions temporelles des activités comme des éléments d'explication et de compréhension » [traduction libre] (Langley *et al.*, 2013 : 1)

Nous distinguons trois phases. Les deux premières ont été observées lors de la première vague de la pandémie : d'abord entre janvier et mi-mars 2020 et ensuite, entre mi-mars et le 10 mai 2020. La troisième phase commence dès le 11 mai 2020, avec la fin du confinement. Si cette dernière phase commence à bas bruit dès cette date compte tenu de l'organisation progressive du retour la normale au sein des établissements, elle devient très concrète pour les équipes avec l'arrivée de la deuxième vague de contaminations, à l'automne 2020 en Auvergne Rhône-Alpes.

Entre septembre 2020 et février 2021, 115 personnes ont été interrogées au cours d'un ou deux entretiens individuels et semi-directifs (192 entretiens), pour une durée totale par personne allant de 45 minutes à 3 heures : 34 personnels de direction ; 59 personnels d'encadrement ; 22 personnels sans responsabilité hiérarchique. Les personnels médicaux et soignants ont été sélectionnés afin de couvrir tous les services concernés par la pandémie (réanimation, biologie, imagerie, etc.). Les membres de la direction, de la cellule de crise et des services supports impliqués (logistique, informatique, ressources humaines, etc.) ont également été interrogés. La direction de chaque CHU a libéré les personnels en fonction de leurs disponibilités compte tenu de la charge de travail liée à la pandémie (voir la liste des personnes interrogées dans le tableau en annexe 1).

Les entretiens ont été enregistrés grâce au logiciel Teams et ont fait l'objet d'une retranscription intégrale. Les *verbatim* ont été codés avec Nvivo afin de « rassembler une

grande quantité de matériels dans des unités d'analyse plus significatives et économiques » (Miles et Huberman, 2007 : 133).

Les entretiens portaient tous sur le fonctionnement de l'établissement durant la crise, les solutions et leviers trouvés, les innovations mises en œuvre, les difficultés rencontrées, les éventuels échecs et les obstacles levés. Le traitement a donc nécessité de décontextualiser pour mieux recontextualiser les données recueillies (Avenier et Gavard-Perret, 2012), c'est-à-dire identifier et isoler les passages pertinents et ensuite, les regrouper par thèmes afin de réaliser une analyse thématique. Le codage a été réalisé *a priori*, à partir des thèmes du modèle de la prise de décision de Roberts *et al.* (1994) : dégâts potentiels importants, complexité technique, forte interdépendance, erreurs rares, escalade rapide du problème, erreurs catastrophiques possibles, conséquences uniques, prise de décision rapide, prise de décisions visibles et enjeux politiques, prise de décisions appropriées, situation incertaine, déplacement des décisions vers ceux qui ont l'expertise, responsabilité élevée par rapport au niveau hiérarchique, centralisation, décentralisation. Le caractère exploratoire et processuel de la recherche permet l'enrichissement du codage, c'est pourquoi trois autres thèmes liés à la dimension temporelle de la gestion de la crise ont émergé du traitement des données :

- phase 1. Choc de l'apparition du virus : un événement cosmologique (première vague de contaminations : de janvier à mi-mars 2020) ;
- phase 2. Adaptation à la première vague du virus : la flexibilité *ad hoc* (première vague de contaminations : de mi-mars au 10 mai 2020) ;
- phase 3. Lassitude face à une situation qui perdure : le *statu quo ante* (dès la fin de la première vague en mai -avec le retour à la normale le 11 mai- et de manière très visible depuis la deuxième vague de contaminations à partir d'octobre 2020).

Les résultats ont été présentés et validés par la direction des quatre CHU concernés.

Les points suivants présentent les résultats illustrés de *verbatim*, extraits des entretiens conduits auprès des dirigeants, des cadres et des personnels sans responsabilité hiérarchique des quatre CHU.

2.2. Phase 1 - L'apparition de la pandémie : un « événement cosmologique » (Weick, 1993)

Au début de la première vague du nouveau coronavirus, en février-mars 2020, les dégâts potentiels dus à la pandémie sont très vite identifiés : le manque de lits en service de réanimation, une absence quasi-totale de connaissance sur ce nouveau virus et enfin, les pertes de chance dues à l'autocensure des personnes qui n'osent pas consulter un médecin ou venir à hôpital par crainte du virus, ou simplement par crainte d'occuper inutilement les professionnels accaparés par le Covid-19.

« Des personnes qui auraient dû venir à l'hôpital ne sont pas venues par peur de l'infection, par peur d'encombrer, et ont vu leur maladie s'aggraver, ça a été le cas en cancérologie par exemple ; une personne a mis trois mois avant de se faire soigner et a fait une métastase là où il n'y en aurait peut-être pas eu. » Direction, sphère médicale, CHU D

Dans ce contexte, les personnes interrogées pointent différentes difficultés pouvant entraîner des conséquences catastrophiques. La première, très largement citée, est la déprogrammation des interventions, analyses, examens, etc. qui entraînera une perte de chance pouvant s'avérer fatale pour les personnes. La deuxième difficulté réside dans le manque de ressources humaines (personnels en général et soignants compétents en soins de réanimation

en particulier) et matérielles (lits, produits, matériels de soins, médicaments, équipements, etc.) qui pourrait conduire à la limitation des actes thérapeutiques. La troisième difficulté se manifeste par le manque de connaissances liées au virus, puisqu'il fait toujours courir le risque de réaliser des soins inappropriés.

« On ne savait rien, on a dû tout apprendre pour éviter le pire, et on a appris un peu au fil de l'eau, en fonction des données de la science, en fonction des consignes, en fonction de nos réflexions en interne ; les choses se sont mises en place au fil de l'eau depuis janvier 2020 jusqu'à mai-juin. » Encadrement, sphère paramédicale, CHU C

La quatrième difficulté est liée au risque de diffusion du virus à l'intérieur même de l'établissement et d'en faire ainsi une épidémie nosocomiale aux conséquences pouvant être terribles tant pour les patients, que les professionnels et leurs proches.

Cette situation inédite déclenche des prises de décisions aux niveaux national et régional, mais également au niveau des CHU car les repères des acteurs ont volé en éclat. L'environnement que connaît habituellement le ministère en charge de la santé, l'ARS et les hôpitaux n'existe plus.

Au niveau national, le ministère des Solidarités et de la Santé incite très tôt la population à se tourner vers le Samu en cas de doute de contamination. Cette décision déclenche au sein de différents CHU l'extension des salles de régulation. Dès le 13 mars, les hôpitaux comme la plupart des entreprises, sont appelés par le gouvernement à généraliser le travail à distance auprès de tous les professionnels dont la présence n'est pas indispensable auprès des patients. Compte tenu des risques qu'il y a à manipuler des prélèvements, une décision prise au niveau national permet aux services de virologie d'être considérés comme prioritaires et donc, de ne jamais souffrir de la pénurie d'Équipement de Protection Individuelle (EPI). Enfin, le gouvernement interdit les visites en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans les unités de soins de longue durée (USLD) dès le 11 mars 2020, y compris lorsque la personne est décédée, ce qui crée bien sûr des dilemmes éthiques.

« Même si le patient n'est plus contagieux lorsqu'il est décédé, la loi nous oblige de le mettre en bière immédiatement et personne ne peut se recueillir sur le corps, c'est inhumain ; on espère que ceux qui décident, ceux qui s'occupent des recommandations au-dessus vont changer les choses. » Personnel, sphère médicale, CHU B

Au niveau régional, l'ARS prend des décisions majeures en matière d'accueil des malades. Par exemple, elle impose sans délai le transfert de patients non-Covid vers d'autres établissements afin de libérer des lits en réanimation pour les malades de la Covid.

Au niveau local, les CHU sont tous amenés à prendre des décisions visibles pour leur tutelle, tout en s'appuyant sur l'encadrement et les partenaires sociaux pour les relayer auprès de tous les personnels : réunions de la cellule de crise, accélération de la montée en charge avec une augmentation du ratio patients / soignants à la suite des déprogrammations, modification des heures de travail (un CHU choisit, par exemple, de permettre 12 heures de travail d'affiliées), transformation des services en unités de soins exclusivement dédiées aux malades de la Covid et ce, souvent avant même l'exigence formulée par l'ARS. Cette réorganisation inédite entraîne dans son sillage la suppression également inédite de certains processus de travail devenus inutiles en raison des déprogrammations. Mais elle entraîne également de nouvelles règles comme la formation de tous les professionnels à l'habillage et au déshabillage afin d'éviter le risque de contamination à l'intérieur des établissements. Pour

les dirigeants des CHU, la prise de décision institutionnelle n'est pas aisée. Il faut convaincre chacun du bien-fondé des choix, y compris les médecins et les partenaires sociaux. La direction des établissements s'appuie d'ailleurs sur ces derniers et sur les cadres afin qu'ils relaient les prises de décisions auprès des équipes, au plus près du terrain. Les dirigeants essaient également d'organiser très vite une communication ascendante grâce aux cadres.

À ce moment-là de la crise, les décisions sont essentiellement centralisées :

- au niveau national, l'État assure les approvisionnements de certains produits et matériels sensibles, même si la qualité de cette mission est remise en question ;
- au niveau des régions, le pouvoir de décision pour l'ensemble des établissements est centralisé auprès de l'ARS qui exige des CHU, par exemple, la réalisation de tests PCR⁵ pour les EHPAD et la mise en œuvre de toutes les décisions gouvernementales même si ces dernières semblent parfois peu adaptées au contexte local ;
- au niveau des CHU, la prise de décision est verticale, centralisée auprès de la cellule de crise et la direction. Les décisions sont ensuite démultipliées auprès des services et le cas échéant, auprès des acteurs externes à l'hôpital. Les cadres jouent leur rôle de coordonnateurs en démultipliant les décisions à leur tour auprès de leurs équipes, et également en remontant les informations et les demandes auprès de la cellule de crise. Ces aller-retours permettent d'ajuster les décisions d'une manière jugée globalement adéquate, même si la distance hiérarchique entre la cellule de crise et les équipes ne facilite pas toujours la communication descendante et ascendante, et même si la centralisation du pouvoir est parfois contestée par des professionnels qui ne participent pas aux décisions et qui aimeraient que leur point de vue soit pris en considération.

« Ce que je reproche d'une manière générale, c'est que c'était très vertical et à sens unique, on a été menés d'injonctions en injonctions ; nous, les paramédicaux, nous n'étions pas invités à participer aux décisions, donc on a subi les décisions, on n'a jamais été acteurs alors qu'on aurait pu apporter notre point de vue. » Encadrement, sphère paramédicale, CHU C

Malgré ces prises de décisions qui répondent aux enjeux politiques du moment et qui ont permis d'organiser le travail durant quelques semaines, leurs conséquences demeurent totalement floues. Cette pandémie ne ressemble à rien de ce que les professionnels connaissent. Non seulement on connaît mal le virus, mais de surcroît on ne sait pas à ce stade quand les contaminations vont cesser, ni quels sont les médicaments les plus efficaces à administrer, ni même à quelle échéance un vaccin est envisageable, voire s'il est même envisageable.

La figure page suivante illustre les résultats observés durant cette deuxième phase.

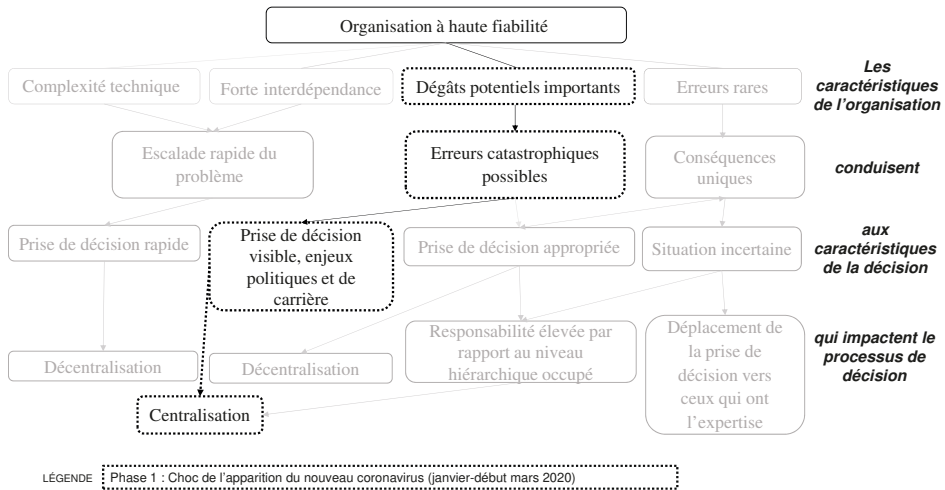
Dès la mi-mars 2020, il faut affronter l'incertitude, ce qui induit un changement radical dans le processus de prise de décision, comme cela est détaillé dans le paragraphe suivant.

2.3. Phase 2 – L'adaptation à la première vague du virus : la flexibilité ad hoc

À la fin de la première vague, les mêmes problèmes peuvent entraîner les mêmes conséquences catastrophiques que celles identifiées au début de la période. En revanche, d'autres éléments évoluent. Les prises de décisions concernant l'activité médicale permettent désormais les renforts de médecins grâce à des coopérations interservices et l'embauche de

⁵ Test PCR: *Polymerase Chain Reaction*, ce qui se traduit littéralement par Réactions en Chaîne de la Polymérase.

Figure 2 : Phase 1 : le choc de l'apparition du virus, un événement cosmologique (première vague de contaminations, de janvier à mi-mars 2020)



Source : les auteurs à partir de Roberts K.H., Stout S.K. et Halpern J.J. (1994)

médecins en provenance du secteur privé. Concernant l'activité paramédicale, on choisit d'assumer les glissements de fonction vers le bas. Les cadres peuvent réaliser en effet les tâches administratives habituellement dévolues à des Infirmiers Diplômés d'État (IDE), ces derniers étant totalement accaparés par les soins. De manière plus générale, des décisions sont prises afin d'améliorer ou renforcer le fonctionnement des CHU, elles concernent :

- la multiplication des outils de communication, opérationnels et stratégiques, permettant la transmission des informations liées aux patients : méthode pour renseigner SI-VIC et en rendre la lecture pertinente⁶, groupes WhatsApp (alors que ces derniers étaient jusque-là prohibés en raison des risques de perte de confidentialité des données), etc. ;
- le développement des formations internes. Des réunions et webinaires quasi quotidiens sont organisés et créés par les médecins, ils sont destinés à leurs pairs pour diffuser une connaissance du virus qui s'enrichit chaque jour ;
- sur le plan éthique, les CHU décident d'aller maintenant à l'encontre de la décision prise au niveau national et d'autoriser les visites aux malades ;
- les procédures liées aux achats et à la logistique. Le processus d'achat est abandonné en tant que tel, ce qui permet l'acquisition rapide des matériels, équipements et produits (EPI, médicaments, tablettes numériques, etc.) touchés par les pénuries et pour lesquels les livraisons restent incertaines. Dans le cas particulier du gel hydro-alcoolique, dont les livraisons sont impossibles, les CHU décident de fabriquer le produit en interne. Un des CHU permet même pour cela l'utilisation d'eau de Cologne offerte par un industriel des cosmétiques, à l'encontre de toute procédure d'achat d'une part, et de toute procédure de production d'autre part.

⁶ SI-VIC : système d'information créé en 2016 à la suite des attentats de Paris, pour assurer le suivi des victimes.

« Il n'y avait plus vraiment de réglementation pour acheter les équipements, alors dès que cela a été possible, j'ai commandé ; habituellement on a un budget limité, les marchés publics à respecter, mais il y a eu des dérogations pour faciliter le travail de tout le monde, alors j'ai acheté, j'ai décidé de commander et d'acheter tout ce dont on avait besoin, sans limite ! » Direction, sphère médicale, CHU A

La montée en puissance des responsabilités s'opère partout dans les établissements. Les organigrammes ne sont pas bouleversés mais les responsabilités assumées par les uns et les autres se renforcent, ce qui rend le travail de chacun beaucoup plus visible. On constate également que les responsabilités « migrent » d'une personne à une autre, d'un service à un autre, ou encore de l'ARS aux CHU.

« Sur la première vague, on a eu l'impression de faire sans l'ARS, même dans nos réunions de crise territoriales, on avait demandé à l'ARS d'être présente pour animer les décisions au niveau territorial, mais les directions territoriales de l'ARS n'ont pas souhaité être présentes, elles nous ont demandé de conduire en autonomie ces cellules de crise. » Direction, sphère gestionnaire, CHU B

De fait, une forte pression s'exerce sur les professionnels, quels que soient les secteurs et le niveau hiérarchique, par exemple :

- les cellules de crise comptent sur les professionnels de terrain, sans responsabilité hiérarchique, pour identifier les dysfonctionnements et les faits nouveaux pour les faire remonter jusqu'à elles par l'intermédiaire des cadres ;
- une immense attention est portée aux travaux des infectiologues, dont on attend des solutions ;
- les soignants sont au premier plan et travaillent davantage pour assurer les soins en dépit des risques que cela fait peser sur leur propre santé, essentiellement en raison de l'épuisement et du risque de contamination. Il faut ici souligner le glissement de fonction vers le haut qui paraît inévitable à ce stade de la crise, mais dont les risques demeurent néanmoins : les aides-soignants réalisent une partie des tâches des IDE, et le travail des IDE empiète sur celui des médecins ;
- les personnes chargées de déployer la télémédecine connaissent tout à coup une montée en charge spectaculaire et une responsabilité démultipliée car de leur travail dépend une partie de la continuité des soins ;
- les personnels administratifs participent parfois à la régulation ou réalisent les dossiers des patients malades de la Covid dans des conditions inhabituelles ;
- les étudiants en médecine, en pharmacie, les étudiants infirmiers et infirmiers-anes-thésistes assument davantage de responsabilités en pratiquant des soins ou encore en fabriquant du gel hydro-alcoolique, etc. ;
- les personnes de l'extérieur, venues en renfort, ont également la grande responsabilité de ne pas commettre d'erreur, alors que la connaissance du service est limitée et que les malades sont souvent dans un état critique.

« La personne qui est responsable de toute la télémédecine, elle était sollicitée du jour au lendemain par des dizaines de services pour former les médecins à la téléconsultation, donc on a confié à cette personne la responsabilité de huit personnes de l'équipe ; elle les a formées et ces personnes ont travaillé au déploiement de la télémédecine ; ça s'est passé comme ça dans tous les domaines. » Direction, sphère gestionnaire, CHU A

Pour certains, la volatilité de l'environnement donne parfois une impression de désorganisation, renforcée par une diffusion rapide d'informations nombreuses et parfois contra-

dictoires. Pour d'autres, l'augmentation du niveau des responsabilités est au contraire un soulagement, voire une grande satisfaction. C'est le cas essentiellement des médecins et des soignants qui peuvent prendre seuls des décisions pour organiser leur activité, indépendamment des services administratifs (direction des ressources humaines, des achats, des finances, etc.), ce qui leur paraît essentiel pour assurer des soins de qualité.

« Lors de la première vague, le chef de service de pédiatrie a dit “il faut que ça fonctionne comme cela” et on lui a répondu ‘pas de souci, faites ce qui fonctionne’ ; c’était d’une souplesse assez fascinante, j’ai eu l’impression de retrouver l’hôpital de mon début de carrière il y a 40 ans, vivant, géré par des gens qui savent ce qu’est le terrain, qui savent ce que c’est un patient et qui du coup collent aux besoins. » Encadrement, sphère médicale, CHU D

La décentralisation s'opère entre l'ARS et les CHU et à l'intérieur-même des CHU. Les établissements privés s'en remettent ainsi en partie à l'autorité des CHU. Et en cascade, une partie des responsabilités de la direction des CHU est décentralisée auprès de l'encadrement et ainsi de suite jusqu'aux personnels sans responsabilité hiérarchique. Voici deux exemples pour illustrer cette situation :

- les méthodes et outils pour mettre en œuvre les consignes nationales ne sont pas identifiés au niveau de l'ARS, mais au niveau des CHU ; et ensuite, les décisions à prendre pour assurer leur mise en œuvre sont décentralisées auprès des acteurs de terrain ;
- l'organisation des formations spécifiques à la crise et les décisions d'achat sont décentralisées auprès de l'encadrement soignant afin de garantir des commandes pertinentes et des livraisons dans les délais espérés.

La direction donne les grandes lignes de l'organisation à suivre pour assurer l'accueil des malades, puis la gestion sur le terrain est décentralisée vers les médecins chefs de service. Ils sont seuls à décider, avec leur équipe, de l'organisation du travail et des soins. La prise de décision est plus rapide, ce qui tranche avec le sentiment d'immobilisme que donne les processus de prise de décision habituels. La sphère médicale a le sentiment de reprendre l'ascendant sur la sphère gestionnaire, la décentralisation lui confère un pouvoir et une autonomie jamais observés auparavant.

« Premièrement, les prises de décision sont hyperlongues dans les structures publiques, il faut que le processus de décision atteigne tout le mille-feuille de haut en bas, le poids de l'administratif est très élevé et on a l'impression que rien ne bouge mais là, la prise de décision a été beaucoup plus décentralisée ; par exemple, quand il fallait transférer du matériel, ça a été très décentralisé, la Direction Générale a été beaucoup plus effacée, elle n'avait pas son rôle extrêmement pesant qu'elle a habituellement ; et puis deuxièmement, le poids du médecin dans ces grosses structures, n'est pas très élevé mais là, on avait l'impression que la décision médicale, cela voulait dire quelque chose. » Encadrement, sphère médicale, CHU A

La décentralisation des décisions touche également le personnel qui sort de son cadre de travail habituel, par exemple des personnels administratifs choisissent de réaliser des tabliers de protection à partir de sac plastique.

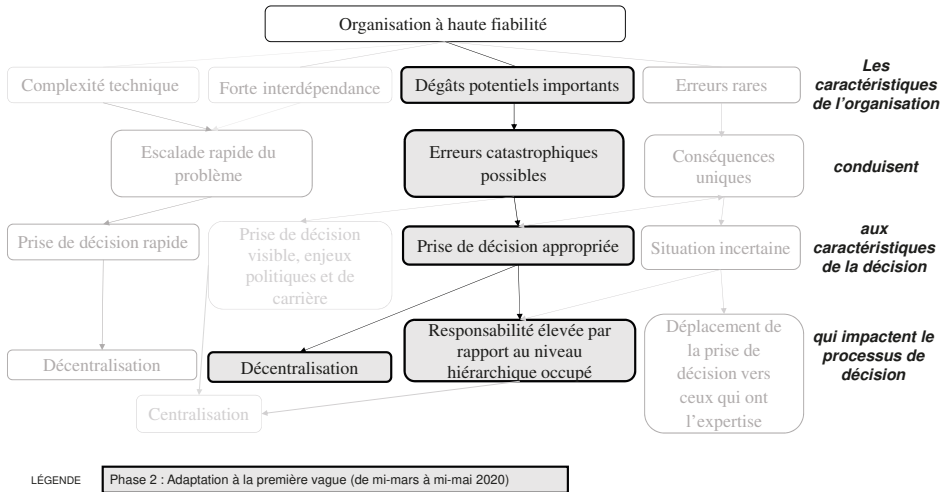
Cette décentralisation exacerbée est inédite mais globalement bien vécue par les dirigeants et les cadres car elle leur permet d'agir avec souplesse, rapidité et selon les choix qui paraissent les meilleurs, compte tenu des circonstances. Même si certains évoquent un sentiment d'abandon ou de confusion lors de cette période, l'autonomie, la liberté et la

confiance sont les impressions positives qui dominent le discours, en particulier celui des médecins et des soignants.

« On avait de l'autonomie dans les décisions, tout allait beaucoup plus vite au niveau des institutions ; les choses qui d'habitude se font sur des années, là on a réussi à les faire sur une semaine ; par exemple en échographie pour les tablettes, ça faisait 18 mois qu'on attendait et ce n'était pas prévu avant l'année prochaine alors que maintenant, on les a ; un autre exemple sur la durée de séjour, les patients restaient beaucoup moins longtemps parce qu'il fallait des lits et cette décision se prend normalement au niveau de l'institution, mais là il y a eu des courts-circuits sur la prise de décision. » Encadrement, sphère médicale, CHU D

Les résultats présentés ici sont illustrés par la figure suivante.

Figure 3 : Phase 2 : l'adaptation à la première vague du virus, la flexibilité *ad hoc* (première vague de contaminations, de mi-mars au 10 mai 2020)



Source : les auteurs à partir de Roberts K.H., Stout S.K. et Halpern J.J. (1994)

Le 11 mai 2020, la période de confinement est terminée et les hôpitaux organisent leur retour à la normale de manière progressive. Cette période est présentée dans le paragraphe suivant.

2.4. Phase 3 – Le retour à la normale avec le reflux de la première vague du virus : le statu quo ante

Avec le retour à la normale organisé dès le 11 mai et durant l'été, dès que la deuxième vague apparaît, les erreurs ou les problèmes pouvant entraîner des situations catastrophiques sont identiques à ceux observés depuis le début de la pandémie. Mais il faut immédiatement souligner que si leur nature est semblable, ils sont néanmoins exacerbés pour deux raisons. D'une part, la région Auvergne Rhône-Alpes est touchée très tôt par rapport aux

autres régions et ne bénéficie d'aucun répit. D'autre part, le rattrapage du retard et la non-déprogrammation souhaitée au début de cette vague entraînent des tensions très fortes en matière de ressources humaines. Ces deux raisons aggravent l'épuisement des équipes, la perte de motivation et le stress.

La deuxième vague arrive plus ou moins vite selon la localisation géographique des CHU, mais elle crée néanmoins la surprise alors que la première vague aurait dû préparer les acteurs à cette situation. Les personnes interrogées parlent des Plans Blancs inchangés, inadaptés à la situation, toujours formulés pour répondre à d'autres types de crise comme des attentats. Les médecins manifestent leur inquiétude car ils redoutent de voir à nouveau la santé des patients se dégrader en raison du report des soins finalement inévitable une nouvelle fois.

« La vague est catastrophique donc quelque part, on a raté quelque chose ; c'est évident qu'on est devant une deuxième vague que nous n'avons pas su éviter ; les hôpitaux se réorganisent au prix de fermetures de services médicaux, donc il y a d'autres pathologies qui ne sont pas prises en charge ; les chirurgiens s'arrachent les cheveux, parce qu'ils ne peuvent pas opérer les maladies graves. » Direction, sphère médicale, CHU B

Outre le maintien d'une cadence de travail intense, deux conséquences méritent d'être soulignées en termes d'organisation du travail :

- la réalisation de certains actes réglementés au sein des EHPAD, comme la préparation des prescriptions, est parfois rendue impossible en raison de l'absence des personnels soignants contaminés, déjà en faible nombre au sein de ce type d'établissement ;
- le travail à distance est supprimé à chaque fois que cela est possible afin de réduire le sentiment d'isolement et la souffrance qu'il a pu générer auprès de différents professionnels.

Sur le plan matériel, contrairement à ce que les CHU ont connu lors de la première vague, les tensions en termes d'EPI ou autres équipements ne constituent pas de risque majeur.

Les prises de décision évoluent également avec l'arrivée de cette deuxième vague. Contrairement à ce qui s'est produit lors de la première, chaque région et chaque établissement décident du déclenchement du Plan Blanc, en fonction de la situation locale. Une autre différence majeure réside dans le souhait de ne pas déprogrammer les activités et d'essayer de combler le retard pris pendant la première vague. Ce qui explique le redéploiement de personnels plus modeste et soumis à l'approbation de la direction, au cas par cas, alors même que les renforts venus de l'extérieur sont supprimés. Ce souhait, comme dit plus haut, est cependant remis en question assez rapidement en raison de l'afflux trop important de malades.

« Là c'est plus difficile parce qu'on n'a pas les renforts qu'on avait pendant la première vague ; à l'époque, nous avions une infirmière pour deux patients Covid et une aide-soignante pour trois patients Covid, on avait les moyens de les prendre en charge de façon correcte, on avait le temps ; là je ne peux plus faire ces choix, c'est plus difficile, les journées sont bien remplies. » Encadrement, sphère paramédicale, CHU C

La lassitude se fait sentir, ce qui se manifeste par la contestation des Plans Blancs, ou encore des systèmes d'information qui n'ont pas su évoluer.

« Dans certains établissements, les sites sont amenés à saisir les informations à la fois dans SI-VIC au quotidien, mais aussi dans un autre outil de pilotage décisionnel qui sert à la direction pour savoir combien il y a eu de passages en SSR, etc. ; la direction peut avoir un certain nombre d'informations qui ne sont pas aisées à retrouver dans SI-VIC

directement et ça, malheureusement, ça n'a pas changé entre la première et la deuxième vague, on perd du temps à saisir plusieurs fois des choses identiques ou qui se ressemblent beaucoup. » Personnel, sphère gestionnaire, CHU A

Les décisions quant aux méthodes de travail évoluent en fonction de la nouvelle situation et des leçons tirées de la première vague. Par exemple, les procédures de prise en charge thérapeutiques sont formalisées, saisies et capitalisées dans le système d'information, puis diffusées ; ou encore, les heures de travail sont modifiées de sorte à proposer des roulements moins fatigants pour les professionnels. Également, différentes pratiques jugées fructueuses lors de la première vague sont réactivées, comme la coopération avec les établissements privés pour assurer l'accueil des patients stabilisés, ou encore la séparation des patients malades de la Covid de ceux qui ne le sont pas.

Une plus grande centralisation des décisions est observée depuis le début de la deuxième vague, depuis le ministère jusqu'aux établissements. Le ministère en charge de la santé prend des décisions pour tous les établissements, par exemple s'agissant de la formation aux soins de base en réanimation. Au niveau régional, les acteurs espèrent que les décisions pourront être prises aussi facilement et rapidement que lors de la période précédente afin d'assurer des soins adaptés et de qualité et ce, même si l'ARS fait son retour dans les prises de décisions. L'ARS reprend en effet son rôle et centralise une grande partie des prises de décisions sur le plan régional. Au sein des CHU, une centralisation fructueuse déjà à l'œuvre lors de la première vague est poursuivie en ce qui concerne notamment le passage au travail à distance, ou bien la communication interne et externe. La cellule de crise centralise la prise de décisions politiques, avec un fonctionnement plus ou moins identique selon le bilan tiré de la première vague au sein de chaque CHU. L'encadrement soignant centralise quant à lui les remarques des personnels et les transmet à la direction, ce qui apparaît positif pour tous.

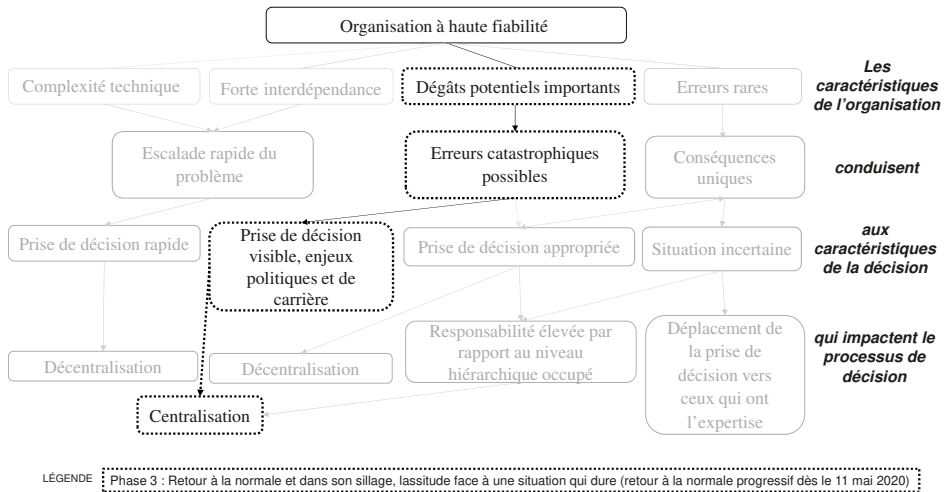
« On a bien vu que la présence de l'encadrement est primordiale parce qu'il est un relai d'informations très important ; par exemple moi, je centralisais les informations et sur le terrain, je soutenais les cadres, pour montrer qu'il n'y avait qu'une seule directive. » Encadrement, sphère paramédicale, CHU D

En dépit de cette centralisation qui semble favorable pour une grande partie des décisions, il faut toutefois noter que différentes décisions ne sont pas toujours aisément démultipliées et/ou comprises et acceptées par les professionnels de terrain. Il est en effet difficile pour les équipes de comprendre pourquoi l'adaptation à la situation se fait dans l'urgence en dépit de l'expérience qui aurait dû être acquise grâce à la première vague. Il est encore plus difficile de faire accepter des ratios patients / soignants identiques à ceux observés avant la pandémie, en dépit de cette deuxième vague. Enfin, plus globalement, la souplesse et l'autonomie acquises à la fin de la première vague disparaissent, la lourdeur et la lenteur propres à la centralisation réapparaissent, ce qui est une source de déception pour les professionnels, en particulier pour le corps médical.

« La gestion de l'hôpital est descendue au niveau du terrain [lors de la première vague de contamination] mais ce n'est plus du tout le cas maintenant, la moindre décision, il faut 8 réunions pour la prendre avec des administratifs qui n'ont jamais vu un malade, donc c'est très compliqué. » Encadrement, sphère médicale, CHU D

La figure suivante illustre cette troisième et dernière phase du processus de décision au sein des CHU.

Figure 4 : Phase 3 : le retour à la normale et la lassitude face à une situation qui perdure, le *statu quo ante* (à partir du 11 mai 2020)



Source : les auteurs à partir de Roberts K.H., Stout S.K. et Halpern J.J. (1994)

La partie suivante synthétise, analyse et discute ces différents résultats qui valident partiellement l'hypothèse de travail : pour résister l'arrivée brutale de la pandémie en 2020, les hôpitaux ont pu résister alors qu'ils semblaient pourtant affaiblis par une année de confinement social et une rationalisation budgétaire chronique, parce que le contexte les a conduits à adopter un processus organisationnel de décision qui s'apparente à celui des OHF.

3. Synthèse, analyse et discussion des résultats : un processus de décision efficace qui s'apparente à celui des OHF

Les résultats sont synthétisés (3.1.) et ensuite discutés (3.2). Le second paragraphe montre en quoi les résultats enrichissent la littérature sur les processus organisationnels de prise de décision au sein des OHF : ils expliquent en effet comment les CHU peuvent décider à la manière des OHF alors même qu'ils sont de grandes bureaucraties qui, par définition, ne présentent pas toutes les caractéristiques à la base des OHF.

3.1. Synthèse des résultats

Les résultats permettent de souligner deux points. Premièrement, les processus de décisions sont identiques au sein des quatre CHU, ce qui peut s'expliquer par le fait que les organisations soient identiques (même région, mêmes tutelles, mêmes règles, mêmes missions, y compris durant la crise) et vivent la même crise sanitaire. Deuxièmement, une seule caractéristique de l'organisation à haute fiabilité émerge des entretiens, en l'occurrence les dégâts potentiels importants. Les autres thèmes relatifs aux caractéristiques d'une OHF (complexité technique, forte interdépendance, erreurs rares) ne sont pas abordés par

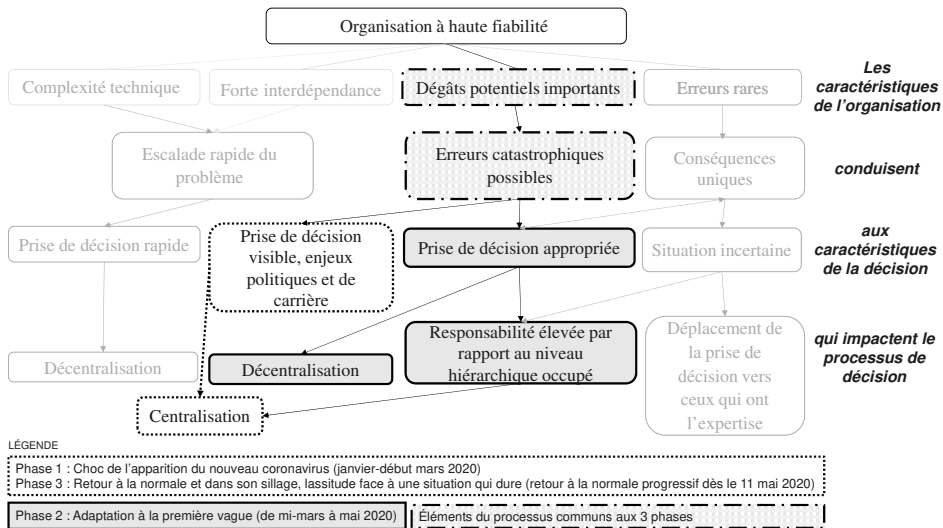
les personnes interrogées, ce qui explique que les conséquences de ces caractéristiques ne soient pas présentes dans l'analyse (escalade rapide du problème nécessitant des décisions rapides). Cette absence peut s'expliquer par deux hypothèses :

- hypothèse 1 – Les déprogrammations des soins ont permis aux établissements de réduire les interactions entre les technologies complexes ; les interactions ont été limitées à celles impliquant les services de soins critiques, ce qui a permis d'éviter l'escalade rapide de problèmes au sein des services.
- hypothèse 2 – Les erreurs catastrophiques (par exemple : déprogrammer un patient dont le cas est considéré comme non urgent) sont dues aux dégâts potentiels importants causés par la pandémie (par exemple : le manque de lits en service de réanimation). Les erreurs ne sont pas ici dues à une cause endogène mais exogène.

Nous modélisons dans la figure suivante les résultats présentés ci-dessus dans le point 2. Notons bien que nous nous situons dans la continuité des travaux de Jean-Louis Le Moigne (1977) qui explique que les modèles ne font que représenter une réalité complexe pour la rendre intelligible ; cette représentation ne doit pas être confondue avec la réalité elle-même, pas plus que la carte géographique ne se confond avec le territoire qu'elle représente.

Cette figure permet de répondre à la question de recherche posée en introduction et de valider, au moins partiellement, l'hypothèse formulée à sa suite : en 2020, les hôpitaux ont résisté à cette crise sanitaire singulière par sa brutalité et son ampleur, alors qu'ils semblaient considérablement affaiblis par une année de confinement social et une rationalisation budgétaire chronique ; ce résultat a été rendu possible parce qu'ils ont, durant deux mois et au plus fort de la première vague de contaminations, absorbé le choc à la manière d'une organisation à haute fiabilité (OHF) ; ils ont absorbé ce choc non pas parce qu'ils prétendent être des OHF, mais plutôt parce que le contexte les a conduits à adopter un processus organisationnel de décision qui s'apparente à celui des OHF.

Figure 5 : Synthèse des résultats : le contexte de la crise sanitaire conduit les hôpitaux à adopter un processus organisationnel de décision qui s'apparente à celui des OHF



Source : les auteurs à partir de Roberts K.H., Stout S.K. et Halpern J.J. (1994)

La figure n°5 montre en effet que de janvier à mi-mars 2020 (phase 1 : choc de l'apparition), les professionnels font face au choc provoqué par l'apparition du nouveau coronavirus avec les outils habituels. Compte tenu des enjeux politiques qu'elles représentent, les prises de décision répondent alors aux exigences réglementaires usuelles et aux directives données par l'ARS. Mais la singularité de cette pandémie rend l'environnement des hôpitaux totalement flou. L'absence de visibilité sur les conséquences des décisions prises par chaque niveau de la chaîne de commandement rend la situation incertaine. Les professionnels sont ici au cœur d'un contexte cosmologique tel que défini par Weick (1993), c'est-à-dire qui entraîne la disparition de tout repère. Les professionnels en prennent rapidement conscience et changent de cap, ce qui explique qu'assez rapidement, les routines aient été modifiées afin que l'organisation poursuive sa mission. En effet, dès la mi-mars et approximativement, jusqu'au début du mois de juin 2020 (phase 2 : adaptation à la première vague - la flexibilité *ad hoc*), les professionnels adoptent une autre manière de décider qui s'apparente à celle des OHF :

- des erreurs catastrophiques sont possibles (déprogrammer trop longtemps les interventions jugées non urgentes, etc.) ;
- les routines sont laissées de côté afin de permettre une prise de décision appropriée compte tenu des circonstances ;
- ce qui ne garantit pas l'issue des décisions puisqu'elles sont nouvelles et que de fait, on n'en connaît pas les impacts ;
- la situation reste donc totalement incertaine ;
- alors pour affronter cette incertitude, la décentralisation est assurée. Elle permet de laisser de côté les règles habituelles pour en mettre au point de nouvelles, en adéquation avec l'évolution de la situation ;
- ce qui permet à ceux qui ont l'expertise en raison de leur expérience, quelle que soit leur place dans l'organigramme, de prendre des décisions ;
- il en est de même pour tous ceux qui sont confrontés aux problèmes, au plus près du terrain. Ils trouvent eux-mêmes les solutions, quel que soit leur niveau hiérarchique, même si cette subsidiarité ne semble pas toujours confortable pour les personnes interrogées.

Enfin, à partir du 11 mai 2020 (phase 3 : retour à la normale et lassitude face à une situation qui dure – le *statu quo ante*), au lieu d'aborder la deuxième vague de la Covid-19 forts de cette expérience, les professionnels sont au contraire lassés, voire peu optimistes, face à une situation qui semble s'installer durablement alors que le processus organisationnel de décision a retrouvé sa forme initiale (celle de la phase 1) progressivement durant l'été.

Les résultats dégagés ici sont discutés dans le point suivant.

3.2. Discussion des résultats

Les résultats de la recherche montrent que, pour les 4 CHU, le processus de prise de décision se manifeste différemment au cours de trois périodes successives.

Au début de l'apparition de la Covid-19 (janvier-début mars 2020 – phase 1), les établissements ressentent un choc face à cet événement cosmologique. L'hôpital qu'ils connaissent n'existe plus. Pourtant, à ce moment-là, le processus organisationnel de

décision reste identique. L'hôpital demeure en effet une bureaucratie, même s'il évolue depuis longtemps dans la logique du nouveau management public (NMP - Halgand, 2003 ; Rivière, 2022) qui considère pourtant la bureaucratie wébérienne inefficace par rapport aux outils de gestion du secteur privé (Van Haepere, 2012). La bureaucratie wébérienne, décrite en 1919 dans *Le savant et le politique*, est l'idéal type d'une forme d'organisation caractérisée par une structure hiérarchique rigide, une division du travail stricte, des règles et des procédures écrites, et des fonctionnaires professionnels qui exercent leur autorité sur la base de leur statut et de leur compétence technique. Selon Weber, la bureaucratie est une forme d'organisation qui s'appuie sur le droit et la rationalité (Weber, 1994). Il est intéressant de remarquer qu'au cours de la première période de la crise, les CHU et l'ARS tentent de suivre les consignes et de respecter les règles établies pour faire face à la pandémie. Les organisations adoptent à ce moment-là une « stratégie réglée » qui consiste à appliquer le protocole (Cuvelier, 2013) comme le ferait toute bureaucratie de prime abord. Elle permet alors la mise en place de la cellule de crise qui coordonne l'ensemble des prises de décision.

Mais naturellement, cette posture apparaît vite inadaptée pour que l'organisation retrouve des repères et réalise sa mission au cours de cet événement cosmologique.

Par conséquent, plus tard au cours de cette première vague et jusqu'à sa fin (de mi-mars à mai – phase 2), les CHU changent *ad hoc*. Ils adoptent un processus organisationnel de décision beaucoup plus flexible où dominant subsidiarité et allègement des règles. Avec l'assentiment de l'ARS, les hôpitaux n'ont en effet plus recours au pouvoir de nature rationnelle légale. Cette nouvelle manière de décider permet une réaction adéquate à la situation, même si cela comporte, bien entendu, une prise de risque avec le glissement vers le haut des fonctions et des responsabilités. C'est pourquoi il s'agit cette fois d'appliquer une « stratégie gérée » visant à prendre des décisions de compromis, en situation d'incertitude, reposant sur une appréciation du bénéfice par rapport au risque (Cuvelier, 2013).

Malgré ce changement de cap réussi, avec le retour à la normale organisé progressivement dès la fin du confinement et durant l'été (à partir du 11 mai 2020 – phase 3), l'ARS reprend son rôle et il en va de même de la direction des CHU. Les hôpitaux restent en alerte mais les services retrouvent leur organisation d'avant la crise. Dès lors, la légitimité de la prise de décision ne vient plus de celui qui a l'expertise ou qui est confronté directement aux difficultés sur le terrain, contrairement à ce qui est observé lors de la période précédente. Au contraire, la prise de décision légitime redevient, comme avant la crise, celle qui respecte la règle établie et qui provient de ceux qui ont le droit formel de prendre des décisions en raison de leur place dans l'organigramme ou encore, de leur fiche de fonction. Le *statu quo ante* et le rebond de l'épidémie en octobre sont des éléments de contexte qui expliquent, au moins en partie, la lassitude exprimée par les professionnels face à une pandémie qui perdure.

Ces trois phases sont récapitulées dans le tableau suivant. Il met en exergue, pour chacune de trois phases, les formes d'organisation à travers leur degré d'autonomie (centralisée, décentralisée) et la stratégie de prise de décision (réglée, gérée). En définitive, ce qui caractérise la phase 2 à l'échelle des CHU, est la capacité pour une bureaucratie de type wébérien de devenir, sous la pression des événements, plus flexible (Volberda, 1996) et d'organiser la prise de décision sous une forme décentralisée à la manière des OHF (Roberts *et al.*, 1994), selon une « stratégie gérée » (Cuvelier, 2013).

Tableau 3 : Processus organisationnel et stratégie de prise de décision observés au sein des quatre CHU

| | Niveau national : processus allant de l'État vers les ARS | Niveau régional : processus allant de l'ARS vers les CHU | Niveau local : processus allant de la cellule de crise vers les services |
|---|---|--|---|
| PHASE 1, de janvier à mi-mars 2020 Choc de l'apparition du virus : un événement cosmologique | Processus centralisé Stratégie réglée | Processus centralisé Stratégie réglée | Processus centralisé Stratégie réglée |
| PHASE 2, de mi- mars à mai 2020 Adaptation à la première vague du virus : la flexibilité <i>ad hoc</i> | Processus ?* Stratégie ?* * Données non recueillies concernant ce niveau de décision | Processus décentralisé Stratégie gérée | Processus décentralisé Stratégie gérée |
| PHASE 3, à partir du 11 mai 2020 Retour à la normale et lassitude face à une situation qui perdure : le <i>statu quo ante</i> | Processus centralisé Stratégie réglée | Processus centralisé Stratégie réglée | Processus centralisé Stratégie réglée |

Sources : les auteurs, à partir de Roberts et al. (1994), Cuvelier (2013)

Les résultats de cette recherche montrent qu'en dépit des règles, procédures, protocoles existants (permettant une « stratégie réglée ») et quelle que soit la qualité du *Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles* (ministère des Solidarités et de la santé, 2019), le flou et les changements brutaux qui caractérisent cette pandémie remettent en question les enseignements tirés des crises passées. Or, pour qu'une bureaucratie telle qu'un CHU puisse vivre, il faut un environnement stable (Mintzberg, 1978). Cette inadéquation majeure révélée par les résultats de la recherche met en exergue, sur le plan managérial, le besoin de flexibilité (Volberda, 1996), de subsidiarité à la fois au niveau régional et au niveau local.

Conclusion

Cette recherche exploratoire montre comment, en 2020, les hôpitaux ont résisté face à la crise sanitaire, alors qu'ils semblaient considérablement affaiblis par une année de confinement social

et une rationalisation budgétaire chronique. Les résultats valident en effet l'hypothèse selon laquelle ils ont absorbé le choc à la manière d'une organisation à haute fiabilité (OHF) (Roberts *et al.*, 1994), non pas parce qu'ils prétendent être des OHF, mais parce que le contexte les a conduits, durant deux mois, à adopter un processus organisationnel de décision qui s'apparente à celui des OHF. Plus précisément, ce travail réalisé auprès de quatre CHU identifie trois périodes distinctes de la crise. Chacune présente des difficultés, mais aussi suffisamment de leviers permettant aux établissements d'assurer leur mission du mieux possible compte tenu des circonstances. Durant la première phase, les professionnels sont confrontés à un événement cosmologique (Weick, 1993). À ce moment-là, on observe d'abord une « stratégie réglée » (Cuvelier, 2013) qui cherche à suivre les règles en vigueur au sein d'une organisation bureaucratique, verticale, centralisée. Ensuite la « stratégie gérée » s'impose avec un processus de décision qui s'apparente à celui des OHF. En effet, durant la deuxième phase qui consiste à organiser une flexibilité ad hoc. Les hôpitaux n'ont pas été pensés, conçus, organisés pour que ce processus organisationnel perdure. Mais comme personne ne sait vraiment à quel moment la crise s'achèvera, le retour à la normale (*statu quo ante*) est préparé dès la fin du printemps 2020, dès la fin du confinement. Ce qui débouche sur la troisième phase. On retrouve alors les principes de la « stratégie réglée ». À l'automne, une deuxième vague submerge la France, tout autant que la lassitude s'empare des professionnels interrogés.

Puisque la démonstration est faite que les CHU peuvent décider comme le ferait une OHF, il semble pertinent de prolonger la réflexion en proposant aux acteurs concernés (ministère en charge de la santé, ARS, CHU, professionnels) une réflexion sur la transformation de l'hôpital en bureaucratie-flexible, telles que définies par Bigley et Roberts (2001). Ces organisations peuvent en effet être hautement fiables, mais seulement sur un temps limité, lorsqu'une crise survient ou qu'une tension extrême doit être surmontée.

Cette recherche présente néanmoins différentes limites. Tout d'abord, les résultats sont issus de l'analyse de quatre cas. Ils permettent certes une analyse profonde et détaillée, mais ils doivent être confrontés à ceux obtenus au sein d'autres CHU pour en renforcer la validité. Ensuite, la méthode étant celle de l'étude de cas, il n'est pas aisé de faire une distinction entre le processus de décision (ce qui est étudié) et la période de crise durant lequel il est observé (le contexte) (Yin, 2017). Il serait donc intéressant d'observer l'évolution du processus organisationnel de la prise de décision à plus long terme, notamment pendant les différentes vagues de Covid-19, ou encore à l'issue du Ségur de la Santé.

Retenons toutefois les différents apports théoriques et managériaux de ce travail.

Cette recherche enrichit la théorie des OHF en montrant que, de manière contre-intuitive, les grandes bureaucraties que sont les hôpitaux peuvent adopter un processus de décision qui s'apparente à celui des OHF lorsque le contexte les y pousse. Les hôpitaux adoptent en effet les réflexes des OHF dans leurs prises de décision, même s'ils ne sont pas pensés pour présenter les caractéristiques de la haute fiabilité (complexité du secteur de la santé qui rend difficile la haute fiabilité des composants de tous les systèmes ; difficulté organisationnelle à définir et anticiper toutes les défaillances ; stratégies d'acteurs et logiques internes pouvant faire obstacle à la haute fiabilité ; incompatibilité possible des objectifs de haute fiabilité et des objectifs de performance économique notamment).

Sur le plan managérial, cette recherche opérationnalise la théorie des OHF. Quelle que soit la qualité du *Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles* (ministère des Solidarités et de la santé, 2019), quelle que soit la rigueur des

Plans Blancs formalisés par les CHU, le flou qui entoure cette pandémie montre qu'on ne peut pas appliquer les recettes issues des expériences vécues et être certains des résultats. Sans tout remettre en question, en conservant et/ou en améliorant les pratiques actuelles, il semble toutefois indispensable de proposer une nouvelle manière de travailler afin, précisément, d'être mieux préparé à appréhender l'incertitude. Ces résultats incitent en effet les dirigeants à interroger les modalités de pilotage des établissements. Ils invitent également chaque praticien à interroger ses pratiques de multiples manières : comment assurer la décentralisation synchronisée des missions afin de garantir la subsidiarité ? Comment assurer une gestion intégrée de la qualité, des risques et des situations exceptionnelles ? L'apprentissage organisationnel né d'une crise est-il organisé en continu au sein de l'établissement ? etc.

Dans cette perspective, il serait intéressant d'étudier plus avant les leviers permettant aux hôpitaux de devenir de véritables « bureaucraties-flexibles », telles que définies par Bigley et Roberts (2001). Ce modèle suggère en effet de s'appuyer sur les avantages du contrôle et de l'efficacité du modèle bureaucratique, tout en évitant ou en dépassant sa propension à l'inertie ; inertie bien sûr reprochée au secteur hospitalier, y compris au cours de cette étude.

Bibliographie

- ATIH, 2019. *Analyse de l'activité hospitalière 2019*, disponible en ligne, consulté le 27 janvier 2023 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3910/synthese_activitehospitaliere_2019.pdf
- Avenier M.-J., Gavard-Perret, M.-L., 2012. Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique *In Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C. et Joliber, A., (eds), Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse 2^e édition*, Pearson Education France, Paris, 11-62.
- Bigley G.A., Roberts K.H., 2001. The Incident Command System: High-Reliability Organizing for Complex and Volatile Task Environments. *Academy of Management Journal* 44 (6), 1281-1299.
- Bourrier M., 2001. *Organiser la fiabilité*. L'Harmattan, Paris.
- Blatt R., Christianson M. K., Sutcliffe K. M., and Rosenthal, M. M., 2006. A Sensemaking Lens on Reliability. *Journal of Organizational Behavior* 27 (7), 897-917.
- Contandriopoulos A.P., Denis J.L., Touati N., Rodriguez R., 2001. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 8 (2), 38-52.
- Cuvelier, L., 2013. L'ingénierie de la résilience : un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients ? L'exemple de l'anesthésie. *Santé Publique* 25, 475-482.
- de Bovis C., Baret C., 2020. Améliorer l'efficacité du processus de procréation médicalement assistée : quels apports de la théorie des organisations à haute fiabilité ? *Journal de gestion et d'économie de la santé* 5-6, 318-335.
- de Bovis-Vlahovic C., Baret C., Yalenios J., 2014. The Contributions of the Concept of 'High Reliability Organisation' to the Improvement of Safety and Quality in French Paediatric Acute Care Services. *Journal de gestion et d'économie médicales* 32 (5-6), 333-352.
- DREES, 2022. *Panoramas de la DREES - Les établissements de santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>
- Eisenhardt K.M., 1989. Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review* 14 (4), 532-550.
- Halgand N., 2003. L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement. *Revue française de gestion* 147, 219-231.
- Hlady Rispal M., 2002. *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. De Boeck, Paris.
- IGAS, 2012a. *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, tome 1. Inspection générale des affaires sociales.
- IGAS, 2012b. *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*. Inspection générale des affaires sociales.
- IGF, 2012. *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des soins médicaux*, Inspection générale des finances, 2011-M-056-01.
- Journé B., 2009. Les organisations de haute fiabilité *In Michel X., Cavaillé P., (ed), Le management des risques pour un développement durable. Qualité, santé, sécurité et environnement*, Dunod, Paris, 367-384.
- Journé B., Raulet-Croset N., 2008. Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude, *M@n@gement* 1 (11), 27-55.
- LaPorte T., Consolini P., 1998. Theoretical and Operational Challenges of High Reliability Organisations: Air Traffic Control and Aircraft Carriers. *International Journal of Public Administration* 21 (6-8), 847-852.
- Langley A., Smallman C., Tsoukas H. and Van de Ven H. A., 2013. Process Studies of Change in Organization and Management: Unveiling Temporality, Activity, and Flow. *Academy of Management Journal* 56, 1-13.
- Le Menn J., Milon A., 2012. *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé*. Sénat.
- Le Moigne J.-L., 1977. *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*. Paris PUF.
- Leveson N., Dulac N., Marais K., Carroll J., 2009. Moving Beyond Normal Accidents and High Reliability Organizations: A Systems Approach to Safety in Complex Systems. *Organization Studies* 30 (2-3), 227-249.

- Madsen P., Desai V., Roberts K., Wrong D., 2006. Mitigating Hazards through Continuing Design- the Birth and Evolution of Paediatric Intensive Care Unit. *Organization Science* 17 (2), 239-248.
- March J.G, Olsen J.P., 1976. *Ambiguity and Choice in Organizations*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Martelli P.F., Rivard P.E., Roberts K.H., 2018. Caveats for High Reliability in Healthcare. *Journal of Health Organization and Management* 32 (5), 674-690,
- Miles M. B., Huberman A. M., 2007. *Analyse des données qualitatives*. De Boeck, Bruxelles.
- Mintzberg H., 1982. *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation, Paris.
- Mintzberg H., 1978. Patterns in Strategy Formation. *Management Science* 24, 934-948.
- Perrow C., 1984. *Normal Accidents : Living with High-Risk Technologies*. Basic Books, NYC.
- Rivière, A., 2022. Tensions de rôle et comportement innovant au travail : quel défi pour les cadres de santé à l'hôpital public ? *Politiques & management public* 39 (2), 151-179.
- Roberts K.H., 1990a. Managing High Reliability Organizations. *California Management Review* 1, 101-113.
- Roberts K.H., 1990b. Some Characteristics of High Reliability Organizations. *Organization Science* 1 (2), 160-177.
- Roberts K.H., Bea R., 2001a. When Systems Fail. *Organizational Dynamics* 29 (3), 179-191.
- Roberts K.H., Bea R., 2001b. Must Accidents Happen? Lessons from High-Reliability Organizations. *Academy of Management Executive* 15 (3), 70-79.
- Roberts K.H., Stout S.K., Halpern J.J., 1994. Decision Dynamics in Two High Reliability Military Organizations, *Management Science* 40 (5), 549-684.
- Rochlin G. I., LaPorte T. et Roberts K. H., 1987. The Self-Designing High-Reliability Organization : Aircraft Carrier Flight Operations at Sea. *Naval War College Review* 40 (4), 76-90.
- Van Haeperen, B., 2012. Que sont les principes du New Public Management devenus : Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LI, 83-99.
- Veazie S., Peterson K., Bourne D., 2019. *Evidence brief: implementation of high reliability organization principles*. Department of Veterans Affairs, Washington DC.
- Véran O., 2016. *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, rapport d'étape.
- Volberda H.W., 1996. Toward the Flexible Form : how to Remain Vital in Hypercompetitive Environments. *Organization Science* 7 (4), 359-374.
- Waller M.J., Roberts K.H., 2003. High Reliability and Organisational Behaviour: Finally the Twain Must Meet. *Journal of Organizational Behavior* 24 (7), 813-814.
- Weick K.E., Sutcliffe K.M., 2001. *Managing the unexpected*. Jossey- Bass, Hoboken.
- Weber, M., 1994. *Le savant et le politique*. 10-18, Paris.
- Weick K.E., 1987. Organizational Culture as a Source of High Reliability. *California Management Review* 29, 112-127.
- Weick K.E., 1993. The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly* 38 (4), 628-652.
- Weick K.E., 2011. Organizing for Transient Reliability: the Production of Dynamic non-Events. *Journal of Contingencies and Crisis Management* 19 (1), 21-27.
- Weick K. E., Roberts K.H., 1993. Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks. *Administrative Science Quarterly* 38, 357-381.
- Yin R.K., 2017. *Case Study Research and Applications*. Sage, London.

Annexe 1 : Personnes interrogées par CHU

| | Direction | Encadrement | Personnel |
|-----------------------------------|--|--|---|
| CHU A 34 personnes interrogées | 9 personnes de la sphère gestionnaire 1 personne de la sphère médicale 1 personne de la sphère paramédicale | 1 personnes de la sphère gestionnaire 12 personnes de la sphère médicale 2 personnes de la sphère paramédicale | 2 personnes de la sphère gestionnaire 2 personnes de la sphère médicale 4 personnes de la sphère paramédicale |
| CHU B 27 personnes interrogées | 6 personnes de la sphère gestionnaire 1 personne de la sphère médicale 1 personne de la sphère paramédicale | 11 personnes de la sphère médicale 4 personnes de la sphère paramédicale | 3 personnes de la sphère médicale 1 personne de la sphère paramédicale |
| CHU C 19 personnes interrogées | 8 personnes de sphère gestionnaire | 4 personnes de la sphère médicale 4 personnes de la sphère paramédicale | 1 personne de la sphère gestionnaire 2 personnes de la sphère paramédicale |
| CHU D 35 personnes interrogées | 4 personnes de la sphère gestionnaire 1 personne de la sphère médicale 2 personnes de la sphère paramédicale | 1 personne de la sphère gestionnaire 11 personnes de la sphère médicale 9 personnes de la sphère paramédicale | 2 personnes de la sphère médicale 5 personnes de la sphère paramédicale |