



Bricoler pour s'adapter. Les leçons de la crise COVID

David Vallat

► To cite this version:

David Vallat. Bricoler pour s'adapter. Les leçons de la crise COVID. Gestions hospitalières : la revue du management hospitalier, 2023, 630, pp.587-591. <hal-04333859>

HAL Id: hal-04333859

<https://hal.science/hal-04333859v1>

Submitted on 20 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 - Attribution - Non-commercial use - ShareAlike - International License

Bricoler pour s'adapter

Les leçons de la crise

L'épidémie de Covid-19 a mis les établissements de santé en tension. Une réactivité importante a été indispensable pour appliquer les recommandations qui ont évolué en permanence selon le stade de la pandémie, mais également selon les connaissances et les ressources disponibles. Chaque établissement a dû déployer son propre plan de mobilisation interne, et adapter son fonctionnement et son activité en fonction de la cinétique épidémique. Une réorganisation complète de l'activité a ainsi été mise en place : arrêt de l'activité programmée, réaffectation des moyens humains, libération de lits, création de filières dédiées aux malades de la Covid, approvisionnements... Mais tout en mettant en œuvre ces changements majeurs, chaque établissement a dû assurer la continuité des soins pour les malades dont les séjours ne pouvaient être déprogrammés, assurer la sécurité des professionnels, organiser le travail à distance chaque fois que cela était possible, etc.

La préparation de cette mobilisation, qui intervient dans le cadre du dispositif Orsan – organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles [SSE] – est fondée sur l'identification de risques. Par exemple, le risque d'afflux de blessés somatiques et psychiques concerne les accidents de la route, aériens ou ferroviaires, les accidents de chantier, les attentats, les incendies, les explosions⁽¹⁾, etc. Chacune de ces situations débouche sur des règles d'organisation permettant de guider la réponse des établissements face aux tensions potentielles générées par ces risques (augmentation sensible de la demande de soins ou perturbation de l'organisation de l'offre de soins).

L'incertitude fragilise la « gestion du risque »

Pour chaque établissement, le « cadre méthodologique pour l'élaboration d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE » est très détaillé dans le *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles* ⁽²⁾. Ce guide aussi complet qu'il soit n'a pas empêché une forte désorganisation des établissements, et pas seulement parce qu'il a été publié peu avant le début de la première vague de Covid-19 en France.

David VALLAT
Professeur des universités
Sciences Po Lyon
Laboratoire Magellan
Université Jean-Moulin Lyon 3,
iaelyon School of Management

En effet, l'ampleur, l'intensité, la durée, la désorganisation des soins induite et l'impact sociétal de la pandémie font de cette dernière un événement totalement inédit. Cette crise a clairement fait apparaître les limites de l'approche par la « gestion des risques », qui considère les crises comme des événements isolés pouvant être analysés comme des enchaînements linéaires de causes et de conséquences débouchant sur la mise en œuvre de mesures d'adaptation et de prévention. Le risque est ainsi un inconnu, connu. Il est identifié (connu donc), le caractère inconnu portant pour l'essentiel sur le moment de son avènement. La gestion des risques consiste à prévoir des barrières de protection permettant de contenir les conséquences néfastes du risque s'il advient (stockage de réserves, plan de mobilisation de moyens).

Lors de la crise Covid-19, la multitude et la diversité des acteurs individuels et institutionnels impactés, les interrelations entre l'hôpital, le système de santé et les systèmes économiques et sociaux, le manque de connaissances sur le comportement du virus, ses modes de propagation et de traitement, la pression temporelle liée à la vitesse de propagation de l'épidémie, débouchent sur un contexte d'inconnu, inconnu. L'incertitude est complète, y compris dans les conséquences anticipées des décisions prises au cœur de la crise.

Une aversion pour l'incertitude

Une approche par gestion des risques s'avère insuffisante, car l'incertitude découlant de la complexité du contexte se traduit par une perte de contrôle, ce que nous avons du mal à accepter. Le philosophe Nassim Nicholas Taleb nous aide à comprendre pourquoi quand il définit le concept de « cygne noir⁽³⁾ » particulièrement adapté dans les circonstances de la crise Covid-19. Un cygne noir est un événement qui réunit trois caractéristiques : il est rare, il possède un impact dévastateur et il est rétrospectivement prévisible.

Cette prévision rétrospective (et non prospective comme on pourrait s'y attendre) est très présente dans les médias en temps de crise. Ainsi, des journalistes, commentateurs, personnalités politiques, ont répété sans cesse que le gouvernement a réagi trop tardivement à la crise, que les réactions étaient insuffisantes ou exagérées, etc. Ces personnes sont victimes d'un biais rétrospectif que Taleb appelle un « sophisme narratif » (*narrative fallacy*) : réinterpréter le passé à la lumière du présent comme si tout ce qui est arrivé était inéluctable, donc prévisible : *Il était certain qu'une pandémie allait advenir... Il était certain que nous manquerions de masques, de tests... Il était évident que le confinement aurait dû être déclaré plus tôt*, etc. Nous cherchons du sens (des liens de cause à effet) dans la succession d'événements du passé, mais nous avons alors tendance à sélectionner (parfois inconsciemment) les informations en cohérence avec le récit choisi. Cela débouche souvent sur la recherche d'un bouc émissaire, celui qui est responsable de la catastrophe (par exemple Agnès Buzyn, qui démissionne le 16 février 2020 de son poste de ministre de la Santé pour se concentrer sur les élections municipales).

En définitive, le sophisme narratif permet de se rassurer : *Maintenant que le responsable a été identifié et les mesures prises, cela n'arrivera plus*. Cette attitude pousse à croire que le hasard est prédictible, contrôlable (comme dans les jeux de hasard), ce que Taleb caractérise par l'expression « sophisme ludique » (*ludic fallacy*), qui correspond à une forme de biais de confirmation. La dimension ludique fait référence aux casinos. Ces établissements gagnent de l'argent car le hasard est sous contrôle : le tirage d'un nombre à la roulette ou la combinaison de cartes d'une main de black-jack suivent des lois de probabilité. Or, le contrôle des probabilités n'est possible que parce que le casino est un espace clos et très réglementé, tout le contraire du monde dans lequel nous vivons.

Contrairement au risque qui est un inconnu connu, l'incertitude est un inconnu inconnu : elle n'est pas quantifiable, ne peut être mesurée, mise en équation, contrôlée.

Il y a incertitude, car il est impossible de maîtriser tous les paramètres de l'environnement et *a fortiori* d'anticiper les changements. On ne peut plus se fier à l'expérience passée pour anticiper le futur. L'incertitude (qui peut être délibérément provoquée par la ruse) retarde, voire paralyse la prise de décision (par exemple en renforçant le principe de précaution pour refuser la prise de responsabilité). La compréhension de cette incertitude devient par conséquent un enjeu majeur pour la stratégie des organisations.

Bricoler pour s'adapter

Cette imprévisibilité ressentie de façon généralisée dans tout l'hôpital au moment de la crise Covid-19 s'est exprimée de façon différente selon les niveaux hiérarchiques. Qu'il s'agisse de la direction, de l'encadrement supérieur et de proximité ou encore du personnel des services supports (pharmacie, logistique, restauration, etc.) et de première ligne, chacun, à sa manière, a dû surmonter des situations problématiques différentes. Les réponses que ces différents

NOTES

(1) Ministère des Solidarités et de la Santé, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, p. 14.

(2) *Idem*, p. 32.

(3) N. N. Taleb, *Le Cygne noir. La puissance de l'imprévisible*, Les Belles Lettres, 2008.

acteurs ont inventées ont été le plus souvent le fruit de bricolages *ad hoc*, autrement dit d'arrangements pragmatiques par rapport aux systèmes de règles et aux usages habituels de l'institution. Comme toute innovation, ces réponses ont pris temporairement et partiellement des libertés par rapport aux logiques de régulation centralisée existant au niveau de l'établissement.

Le bricolage a été une réponse adaptée aux circonstances inédites rencontrées. Il mérite de ce fait d'être étudié car il a permis d'inventer des réponses là où l'approche traditionnelle de production de connaissances (l'approche scientifique, *evidence-based*, qui guide le fonctionnement de l'institution hospitalière) n'était pas en mesure de fournir toutes les réponses. Le bricolage sous-tend l'idée d'improvisation dans le processus de prise de décision tout comme dans les pratiques d'organisation ou d'innovation. Il vise à s'adapter aux circonstances donc à dépasser (sans les nier) l'organisation précédente, les routines, les processus, etc. Le bricolage est perçu comme une caractéristique des organisations résilientes. La force du bricoleur est d'être capable d'être créatif sous pression, d'être capable de créer de l'ordre à partir du chaos, de l'incertitude, qui paralyse la plupart des acteurs⁽⁴⁾. Pourquoi le bricolage souffre-t-il d'une réputation douteuse ? Attardons-nous un moment sur ce concept de bricolage.

Dans son ouvrage *La Pensée sauvage* (publié en 1962), Claude Lévi-Strauss élabore le concept de bricolage pour caractériser un mode de compréhension du monde basé sur l'expérimentation, une « science du concret⁽⁵⁾ » qu'il définit ainsi : « Dans son sens ancien, le verbe bricoler s'applique au jeu de balle et de billard, à la chasse et à l'équitation, mais toujours pour évoquer un mouvement incident : celui de la balle qui rebondit, du chien qui divague, du cheval qui s'écarte de la ligne droite pour éviter un obstacle. Et, de nos jours, le bricoleur reste celui qui œuvre de ses mains, en utilisant des moyens détournés par comparaison avec ceux de l'homme de l'art. ⁽⁶⁾ »

En utilisant l'analogie du bricolage, Lévi-Strauss veut dépasser ce qu'il nomme le « paradoxe du néolithique⁽⁷⁾ ». Cette période a vu l'avènement de la poterie, du tissage, de l'agriculture, de l'élevage, de la métallurgie, etc., qui n'apparaissent pas comme le fruit du hasard. Ces trouvailles n'apparaissent pas non plus comme résultant d'une démarche scientifique « moderne » (analytique), traditionnelle, telle qu'elle est formalisée plusieurs siècles après par Descartes. Dès lors, deux approches scientifiques coexistent dans l'histoire, l'une incarnée par le bricoleur, l'autre par l'ingénieur : « Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord" [...]. L'ensemble des moyens du bricoleur n'est donc pas définissable par un projet (ce qui supposerait d'ailleurs, comme chez l'ingénieur, l'existence d'autant d'ensembles instrumentaux que de genres de projets, au moins en théorie) ; il se définit seulement par son instrumentalité, autrement dit et pour employer le langage

même du bricoleur, parce que les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que "ça peut toujours servir" ⁽⁸⁾ »

N'avons-nous pas assisté, dans l'histoire des sciences, au triomphe de l'archétype de l'ingénieur qui, par l'usage de la raison, va, selon le principe de réduction, décomposer les problèmes complexes en problèmes simples (tellement simples parfois qu'ils semblent éloignés de la réalité qu'ils sont censés représenter), avec comme horizon l'identification des lois mathématiques qui régissent le monde. Le bricoleur ne cherche pas à simplifier le réel, il fait avec, en sachant que ce qu'il expérimente n'est sans doute pas la meilleure solution possible mais simplement une solution satisfaisante⁽⁹⁾ (adéquate aux circonstances).

Dans la crise Covid-19, le bricolage a permis de trouver des solutions innovantes aux circonstances inédites rencontrées : innovations organisationnelles (raccourcissement des chaînes hiérarchiques, pilotage au plus proche du terrain, réorientation des lits et des personnels vers les parcours Covid, formation accélérée des personnels en réanimation, etc.), innovations logistiques (procédures d'achat plus rapides, partenariat avec des entreprises pour obtenir rapidement du gel hydroalcoolique ou son équivalent, etc.), innovations technologiques (l'impression 3D pour des visières protectrices ou des pièces de respirateurs artificiels, production sur place d'équipement de protection individuelle, etc.).

Il ne s'agit pas d'opposer la logique du bricoleur à celle de l'ingénieur, mais de montrer que ces logiques sont adaptées à des circonstances spécifiques. L'ingénieur fonctionne dans un environnement sous contrôle (procédures fixées, matériel disponible, problèmes connus). En temps normal les routines organisationnelles permettent d'économiser du temps, de l'énergie, des moyens. Le bricolage trouve son sens quand les routines ne sont plus

NOTES

(4) K.E. Weick, "The collapse of sensemaking in organizations: the mann gulch disaster", *Administrative Science Quarterly*, 1993, 38(4), 628-652.

(5) C. Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*, Plon, 2014, p. 30.

(6) *Ibid.*

(7) *Idem*, p. 26.

(8) *Idem*, p. 31.

(9) H.A. Simon, *Les Sciences de l'artificiel*, Gallimard, 2004.

.....

adaptées. Dans un environnement incertain, il ne suffit pas de poursuivre les tendances du passé pour prévoir le futur. L'environnement est complexe, du fait de sa dimension systémique. Il est très difficile d'appréhender les interactions entre tous les éléments qui font le monde. Cette complexité amplifie l'incertitude par des phénomènes cumulatifs de rétroaction : ainsi le confinement d'une partie de la Chine a-t-il rendu plus difficile, en France, l'approvisionnement en masques fabriqués en Chine. Il n'est pas possible de tout anticiper et encore moins de tout contrôler. En revanche, il est possible de se préparer à cette complexité par l'entraînement, en particulier par le recours à des simulations de situation de crise.

NOTES

(10) A. Bourguilleau, *Jouer la guerre. Histoire du wargame*, Passés/Composés, ministère des Armées, 2020.

(11) Voir B. Gilad, *Business War Games: How Large, Small, and New Companies Can Vastly Improve Their Strategies and Outmaneuver the Competition*, 2009, Franklin Lakes, Career Press.

(12) D. Vallat, C. Bayart, S. Bertezene, "Serious games in favour of knowledge management and double-loop learning?", *Knowledge Management Research & Practice*, 2016, 14 (4), 470-477.

(13) D. Vallat, P. Michel, *Préparer les crises de demain : le retex première étape vers une organisation apprenante?*, Horizons publics, Berger-Levrault, 2021.

(14) <https://teamhcl.chu-lyon.fr/simulyon-simulation-en-sante>

(15) Sur les bénéfices de la simulation en santé, voir par exemple A. Koca, S. Schlatter, Q. Delas, L. Denovel, M. Lilot, T. Rimmelé, "Influence of the embedded participant on learners' performance during high-fidelity simulation sessions in healthcare", 2023, *BMC Med Educ* 23, 751.

(16) La simulation en santé en France est promue par la Société francophone de simulation en santé - www.sofrasims.org/page/1729423-presentation

(17) www.icrisis.com

(18) C. Judek, F. Verhaegen, A.-M. Edjossan-Sossou, T. Verdel, "Simulation-Based Training for Improving Managers' Awareness to a Crisis: An Empirical Study to Observe the Capability of the iCrisis Simulation Approach to Generate Crisis at the Strategic Level", *IDRIM Journal*, 2019, 9 (1): 83-107.

(19) V. Barège, «Simucata : une méthode de simulation sur plateau de médecine de catastrophe, à l'aide de figurines et de moyens de communication», thèse de doctorat en médecine, faculté mixte médecine/pharmacie de Rouen, 2018.

(20) A. Lefevre-Scelles, V. Barège, M. Roussel, F. Gachet, L. Sibert, T. Clavier, C. Damm, "Development and evaluation of a mass casualty medicine simulation method using figurines", *British Journal of Anaesthesia* 2022 Feb;128(2):e210-e212.

(21) *Ibid.*

La simulation pour s'entraîner au bricolage

Les simulations sont un excellent outil permettant de s'immerger dans une situation d'incertitude largement utilisée par les militaires⁽¹⁰⁾. Les militaires pratiquent des simulations depuis des décennies car la guerre est une activité hautement incertaine, tant bien entendu du fait de la complexité de l'environnement que du fait de la volonté de l'adversaire de provoquer la surprise, de ruser. Les simulations sont aussi adaptées au monde de l'entreprise afin d'éclairer la décision stratégique⁽¹¹⁾. Les simulations (militaires ou civiles) facilitent ainsi l'apprentissage organisationnel⁽¹²⁾, permettent de tester (de bricoler !), d'expérimenter, de se tromper, le tout sans conséquence. Le but étant d'apprendre de ses erreurs à travers la pratique systématique de retours d'expérience⁽¹³⁾.

La simulation existe déjà dans le monde hospitalier, notamment en ce qui concerne la formation du personnel soignant. Certains hôpitaux disposent de centres de simulation, par exemple les Hospices civils de Lyon et son centre Simulyon⁽¹⁴⁾. Dans ces centres, les étudiants en médecine sont confrontés à des situations de crise (par exemple un patient en arrêt respiratoire), doivent s'adapter aux circonstances et trouver une solution : l'environnement est sous contrôle, le patient est un mannequin qui reproduit fidèlement les symptômes de la pathologie traitée. Les internes évoluent dans des salles de simulation reproduisant à l'identique ce que l'on peut trouver à l'hôpital. Les simulations sont filmées et font l'objet de debriefing (retour d'expérience). L'incertitude est limitée mais déjà suffisante pour apprendre à bricoler⁽¹⁵⁾.

La crise Covid-19 a montré toutefois que l'incertitude ne se limite pas au diagnostic sur un patient. Plus le nombre de parties prenantes augmente, plus l'incertitude grandit et donc plus la préparation est nécessaire puisque la complexité des situations rend impossible d'anticiper tous les problèmes et de mettre à disposition des procédures qu'il suffirait d'appliquer pour régler la crise. À ce propos, le *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles* propose des fiches réflexes des différents risques identifiés⁽¹⁶⁾ car un cadre d'action est nécessaire (les procédures permettent de gagner du temps, de structurer les actions). Toutefois, il y est bien indiqué que «la réalisation d'exercices permet de tester les dispositifs et procédures en place, d'acquérir de l'expérience et de déterminer les points forts, les faiblesses et les axes d'amélioration. La conception d'un exercice consiste en la mise en place d'une démarche pédagogique visant, d'une part, l'apprentissage et, d'autre part, l'évaluation». Ces exercices sont beaucoup plus de nature organisationnelle que médicale. Il en existe de nombreux, notamment ceux pilotés par les préfetures et relatifs à l'organisation de réponse de sécurité civile (Orsec), le plan particulier d'intervention (PPI), le plan communal de sauvegarde (PCS)... Ils ne sont pas à l'initiative des établissements de soin.

Quels types d'exercice de nature organisationnelle les établissements de soin peuvent-ils mettre en œuvre?

Plusieurs exemples existent. Même si chaque crise est unique le processus de décision en situation d'incertitude s'améliore

avec l'expérience. Or, on ne peut compter avec des expériences réelles de crise, d'où l'importance de la simulation. C'est ce parti pris qui a présidé à la conception du logiciel iCrisis développé par l'université de Lorraine ⁽¹⁷⁾. Ce logiciel simule la prise de décision à un niveau stratégique en mettant en place des scénarios qui impliquent de coordonner des cellules de crise au niveau de la préfecture, d'une ou plusieurs municipalités, des médias, de plusieurs entreprises et organisations, des services de secours, etc. Les animateurs font évoluer les circonstances en fonction des réactions des participants. Le logiciel permet de garder une trace des décisions prises et facilite ainsi le travail de retour d'expérience ⁽¹⁸⁾. Nous avons vu que les simulations à l'hôpital peuvent être réalisées au niveau du bloc opératoire face à la complexité que peut représenter une pathologie. Des simulations existent également au niveau territorial (stratégique), organisées grande nature par les préfectures ou pilotées via un support informatique. Entre ces deux niveaux (tactique: le bloc ; stratégique: le territoire), intéressons-nous au niveau opérationnel qui va concerner l'hôpital et son environnement et, surtout, le personnel hospitalier (sur place à l'hôpital ou sur les lieux de la crise). Il s'agit ici de préparer les personnels de l'hôpital à la gestion opérationnelle de catastrophe. Le centre d'enseignement des soins d'urgence (Cesu) de Rouen développe depuis plus d'une dizaine d'années une simulation pour organiser des simulations de situations d'urgence, baptisée Simucata ⁽¹⁹⁾. Ces simulations sont réalisées sur carte (dans la logique des *wargames* militaires) à l'aide de figurines Playmobil. Les organisateurs conçoivent un scénario, réalisent des plans du lieu de la crise (à l'aide de photos aériennes). Les victimes tout comme les secouristes sont représentées par des Playmobil. Les participants sont scindés en plusieurs groupes. Un groupe reste dans la salle où se trouvent les Playmobil, zone d'opération (« zone chantier ») où est installé le poste médical avancé. Un autre groupe, dans une pièce séparée, figure l'hôpital et s'occupe de mettre en œuvre le plan blanc et la régulation du Samu. Un troisième groupe, dans une troisième salle, est le poste de commandement: il a en charge de sécuriser le lieu du sinistre, d'adapter et de coordonner les secours préhospitaliers, de répondre aux demandes logistiques du groupe chantier, etc. ⁽²⁰⁾

Le jeu permet d'apporter du plaisir dans l'apprentissage, en ayant parallèlement un cadre structuré et des règles pour mener à bien la simulation dont l'objet est de confronter les participants à une situation inédite qui évolue continuellement. L'apprentissage passe là encore par la phase de retour d'expérience. Les effets positifs de ce type d'apprentissage sont documentés ⁽²¹⁾.

Conclusion

En expérimentant du bricolage organisationnel dans une situation de catastrophe, les participants n'assimilent pas des procédures toutes faites de résolution de problème: ils acquièrent un mode de compréhension du monde basé sur l'expérimentation. Cette « science du concret », définie par Claude Lévi-Strauss, permet de rendre légitime le bricolage et ainsi de se sentir moins démuni face à l'incertitude. ●