Décider dans l'incertitude - Bilan des pratiques observées et propositions de transformations

Sandra Bertezene

▶ **To cite this version:**

Sandra Bertezene. Décider dans l'incertitude - Bilan des pratiques observées et propositions de transformations. Gestions hospitalières : la revue du management hospitalier, 2023, 630, pp.583-587. hal-04407355

HAL Id: hal-04407355
https://hal.science/hal-04407355

Submitted on 5 Apr 2024

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 Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Décider dans l'incertitude

Bilan des pratiques observées et propositions de transformations

Parmi les priorités identifiées par le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033 figure la capacité de notre système de santé à être plus résilient et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises à venir[1]. Le programme de recherche COPING s'inscrit pleinement dans cette ambition grâce à l'exploration de trois questions : quel cadre théorique adopter pour analyser les prises de décision en situation d'incertitude afin d'éviter les catastrophes ? Dans quelle mesure le processus de décision défini par le « Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles » du ministère des Solidarités et de la Santé a-t-il permis de décider dans l'incertitude véhiculée par la pandémie ? Et, partant, quelles propositions formuler pour être toujours mieux préparés à affronter les crises à venir ? Sandra Bertézène répond à ces trois questions grâce à la recherche exploratoire conduite au sein des quatre CHU de la région Auvergne Rhône-Alpes.

1/Quel cadre théorique adopter pour analyser les prises de décision pour éviter les catastrophes en situation d'incertitude ?

Les travaux de l'école de Berkeley montrent que certaines organisations dites « à risque » ne connaissent que peu voire pas d'accident [Rochlin, LaPorte et Roberts, 1987], tels les porte-avions nucléaires ou le système de contrôle du trafic aérien. Les études conduites sur ces terrains font émerger le concept d'« organisations à haute fiabilité » (OHF – High Reliability Organization), ces dernières se caractérisant par une forte capacité d'adaptation au changement et une forte flexibilité organisationnelle. Dans la continuité de ces travaux, Weick et Sutcliffe [2001] précisent les cinq caractéristiques majeures des OHF :

- repérage et traitement rapides des erreurs, des problèmes ;
- rejet des explications simplistes des problèmes, prise en compte de l'enchaînement des difficultés, de la dimension systémique des situations ;
- contrôle fréquent et continu des opérations, du respect des procédures, attention focalisée sur tout changement inattendu ;

Sandra BERTÉZÈNE
Professeur au Conservatoire national des arts et métiers
Titulaire de la chaire Gestion des services de santé
Laboratoire LIRSA EA4603

- détection et régulation des erreurs et des problèmes afin que ces derniers n'entraînent pas la paralysie de l'organisation. Les erreurs font partie de la logique d'apprentissage. L'organisation absorbe donc les chocs et s'engage vers la résilience ;
- 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.

Dans leur article fondateur de 1994, "Decision Dynamics in Two High Reliability Military Organizations", Roberts,Sout et Halpen se centrent sur les prises de décision au sein de deux porte-avions nucléaires. Contrairement à l'image rigide que nous pourrions avoir de l'armée, la marine présente une hiérarchie qui passe d'une structure rigide et centralisée dans certaines circonstances à une structure extrêmement flexible et décentralisée dans d'autres circonstances. Les auteurs modélisent le processus de la prise de décision qui révèle cinq éléments majeurs :

- les organisations qui souhaitent obtenir une grande fiabilité présentent des caractéristiques qui affectent leurs processus de prise de décision : elles mobilisent des technologies complexes et interdépendantes, ce qui entraîne des dégâts potentiellement élevés, mais les erreurs (compte tenu des circonstances) se produisent relativement rarement ;
- l'usage de technologies complexes et interdépendantes entraîne une escalade rapide des problèmes, ce qui nécessite une prise de décision également rapide afin de réguler les dysfonctionnements de manière adéquate. Cela passe notamment par le découplage entre l'autorité formelle de la hiérarchie et les prises de décision (décentralisation). Celles-ci sont alors transférées vers ceux qui détiennent l'expertise nécessaire, même s'ils n'ont pas de responsabilité hiérarchique ;
- des dommages potentiellement élevés entraînent des conséquences potentiellement catastrophiques. Cette situation suggère une prise de décision à la fois rapide, minutieuse et précise. Ces décisions peuvent être inédites et prises par les acteurs de terrain. On compte sur ces derniers pour identifier les problèmes puisqu'ils y sont confrontés les premiers. C'est pour cette raison qu'ils sont dotés d'une grande capacité de décision grâce un processus décentralisé. En revanche, ces professionnels sont tenus pour seuls responsables de leurs choix, en dépit de la place qu'ils occupent dans l'organigramme ;
- 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 décision vers leur hiérarchie. Ce mouvement ascendant est même renforcé par les informations en provenance de l'environnement externe qui sont captées par l'encadrement et la direction ;
- 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 pour les décideurs (par exemple si leur carrière peut être remise en question par leurs décisions jugées inadéquates par ceux qui les supervisent) ou si le respect de contraintes réglementaires prévaut mais que la situation est floue, la prise de décision « se déplacera » vers le sommet de la hiérarchie.

Les processus de décision ne sont pas figés, ils se transforment 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, ce qui forme une boucle de rétroaction involontaire. Lorsqu'un élément présenté par le modèle (erreurs catastrophiques possibles, événement rare, centralisation, décentralisation, etc.) est activé, le processus de décision est modifié.

Même si les hôpitaux français ne présentent pas exactement les caractéristiques des OHF, leurs pratiques semblent s'en rapprocher. Il faut en effet souligner qu'en 2020, ils ont soigné 1,3 million de personnes supplémentaires par rapport à l'année 2019 [Drees, 2022], en dépit du chaos provoqué par l'arrivée du nouveau coronavirus et des tensions sociales alors à l'œuvre depuis une année. Il semble donc pertinent d'analyser les processus de décision des CHU grâce à la grille de lecture proposée par Robert *et al.* [1994].

NOTE

(1) Ministère de la Santé et de la Prévention, « Stratégie nationale de santé 2023-2033. Projet soumis à la consultation » - sante.gouv.fr

Déposé lors de l'appel à projets pour le programme de recherche sur la performance du système de soins (Preps) « Fast-Track Covid » en mai 2020, le projet COPING a été accepté comme « très prioritaire » et financé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Les résultats empiriques, issus des données de terrain et produits grâce au cadre théorique des prises de décision au sein des OHF, sont présentés au point suivant.

2/Dans quelle mesure le «Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles»[2] a-t-il permis de décider dans l'incertitude véhiculée par la pandémie?

● **Janvier-mi-mars 2020** Au début de l'apparition de la Covid-19, les professionnels ressentent un choc face à cet événement cosmologique tel qu'il est défini par Weick [1993] : l'hôpital qu'ils connaissent n'existe plus.

On ne savait rien, on a dû tout apprendre pour éviter le pire, et on a appris 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. **Dégâts potentiels importants/Encadrement, sphère paramédicale - CHU C[3]**

À ce moment-là, le processus organisationnel de décision reste identique. On tente de faire face à l'inconnu avec des outils connus.

Ce que je reproche d'une manière générale, c'est que c'était très vertical et à sens unique, on a été mené 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. **Centralisation/Encadrement, sphère paramédicale - CHU C**

L'hôpital demeure une bureaucratie comme celle décrite en 1919 par Weber dans *Le Savant et le Politique*, c'est-à-dire une organisation qui s'appuie sur le droit et la rationalité pour prendre des décisions.

Cette forme d'organisation présente 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. Les CHU et l'agence régionale de santé (ARS) tentent donc de suivre les consignes et de respecter les règles établies par le guide du ministère[4] (dispositif Orsan[5], organisation des établissements en cas de crise, conduite de crise, etc.) pour faire face à la pandémie. Cette organisation permet dans les quatre cas la mise en place de la cellule de crise qui coordonne l'ensemble des prises de décision au sein de chaque CHU. Mais, naturellement, cette posture apparaît vite inadaptée pour que l'organisation retrouve des repères et remplisse sa mission au cours de cet événement inédit et brutal.

● **Mi-mars au 10 mai 2020** Par conséquent, plus tard au cours de cette première vague et jusqu'à sa fin, les CHU adoptent un processus organisationnel de décision beaucoup plus flexible où dominent subsidiarité et allégement des règles. Avec l'assentiment de l'ARS, les hôpitaux n'ont en effet plus recours au pouvoir de nature rationnelle légale.

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. **Décentralisation/Encadrement, sphère médicale - CHU D**

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. 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 évènements, plus flexible et d'organiser la prise de décision sous une forme décentralisée à la manière des OHF [Roberts *et al.*, 1994].

● **À partir du 11 mai 2020** Malgré ce changement de cap réussi, avec le retour à la normale organisé progressivement dès la fin du confinement le 11 mai 2020 et durant l'été, 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, sur décision de l'ARS. 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; la prise de décision légitime redevient 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.

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 huit réunions pour la prendre avec des administratifs qui n'ont jamais vu un malade, donc c'est très compliqué. **Centralisation/Encadrement, sphère médicale - CHU D**

Le retour à la normale (à la norme) et le rebond de l'épidémie en octobre 2020 sont des éléments de contexte qui expliquent au moins en partie la

NOTES

(2) 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.

(3) Les résultats sont illustrés de verbatims issus des entretiens. Le verbatim est suivi du thème auquel il est lié, puis du niveau hiérarchique, du corps de métier et du CHU auquel appartient la personne.

(4) Ministère des Solidarités et de la Santé, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion [...], op. cit.*

(5) Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

lassitude exprimée par les professionnels face à une pandémie qui perdure. *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.* **Erreurs catastrophiques possibles/Direction, sphère médicale - CHU B**

La dernière version du *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles* (2019) tient compte des crises vécues ces dernières années : attentats et épidémies (Ebola, MERS-CoV, Chikungunya, Zika) en premier lieu. Lors de chaque crise, les professionnels, les organisations, les tutelles apprennent et la doctrine évolue. Malgré tout, nos résultats montrent qu'en dépit des règles, procédures et protocoles, et quelle que soit la qualité du guide mis à jour, le flou et les changements brutaux qui caractérisent cette pandémie remettent en question les enseignements des crises passées.

3/Les outils connus ne permettent pas à eux seuls de faire face à l'incertitude. Quelles propositions formuler pour affronter les crises à venir ?

Les trois moments de la crise décrits précédemment ont des atouts et des contraintes selon les personnes interrogées : cela va d'un immense sentiment de confiance et de sens au travail (re) trouvés à un profond sentiment d'abandon et de stress intense. Or, pour qu'une bureaucratie telle qu'un CHU puisse vivre, il faut un environnement stable [Mintzberg, 1989]. Cette inadéquation majeure révélée par les résultats de la recherche met en exergue, sur le plan managérial, le besoin d'agilité, de subsidiarité à la fois au niveau régional et au niveau local.

Compte tenu de ces constats, le modèle de la bureaucratie flexible de Bigley et Roberts [2001] pourrait inspirer les établissements qui souhaitent devenir de véritables OHF. Ce modèle suggère en effet la possibilité de développer de nouvelles formes organisationnelles capables de s'appuyer sur les avantages du contrôle et de l'efficacité du modèle bureaucratique tel qu'il existe au sein de nos hôpitaux, tout en évitant ou en dépassant sa propension à l'inertie. Dans ce modèle, le « système de commandement des interventions » (Incident Command System - ICS) est le nom donné à une approche spécifique du montage et du management d'organisations qui ont vocation à être hautement fiables, mais de manière seulement temporaire. L'ICS est particulièrement étudié au sein des casernes de pompiers, qui parviennent à passer d'une organisation bureaucratique et d'un commandement centralisé dans un environnement stable, où les situations sont prévisibles, à une organisation flexible et un processus de décision décentralisé dans un environnement incertain, où les situations sont totalement imprévisibles.

Selon les auteurs, le premier facteur permettant d'assurer la flexibilité de la bureaucratie est le mécanisme de structuration préalablement défini pour gérer les incidents, ce qui repose sur la préparation et la mise en place d'une structure spécifique permettant :

- le changement des rôles des personnes selon l'évolution positive ou négative de l'incident et de l'intervention sur cet incident ;
- la migration de l'autorité vers ceux qui ont l'expertise nécessaire pour faire face à l'incident et participer avec succès à sa régulation ;
- la réinitialisation du système en cas d'échec, et dans tous les cas lorsque l'incident est éliminé afin d'assurer un retour à la structure initiale.

Le deuxième facteur est le soutien organisationnel au bricolage. Le bricolage est ici indispensable pour appréhender de manière pertinente la singularité des situations. Cette forme d'improvisation est « réfléchie », elle n'a rien d'anarchique. Au contraire, elle neutralise les pratiques inappropriées en imposant une forme de contrôle grâce à des outils, des règles, des routines identifiés, connus, disponibles, qu'il est possible d'ajuster en fonction de la situation.

NOTE

(6) Ministère de la Santé et de la Prévention, « Stratégie nationale de santé 2023-2033. Projet soumis à la consultation », p. 6-8..

MÉTHODOLOGIE

Recueil et analyse des données
au regard du modèle théorique mobilisé

Entre septembre 2020 et février 2021, 115 personnes ont été interrogées au sein des quatre CHU de la région AuRA – Lyon, Grenoble, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand –, au cours d'un ou deux entretiens individuels et semi-directifs (192 entretiens au total), 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.

Tous les entretiens portaient 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.

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et codés 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 décision appropriées, situation incertaine, déplacement des décisions vers ceux qui ont l'expertise, responsabilité élevée par rapport au niveau hiérarchique, centralisation, décentralisation*.

* *Cf.* également S. Bertézène, D. Vallat, P. Michel, «Décider dans la tourmente: quatre CHU face à la Covid-19», *Politiques & management public*, 2023, n°2, p.225-253.

Le troisième et dernier facteur se trouve dans les méthodes de management axées sur la cognition. Il s'agit ainsi d'assurer une communication large et intense afin de garantir une vision partagée de l'incident, mais également des retours d'expérience pertinents afin de garantir l'évolution et l'imbrication des pratiques nouvelles et anciennes.

La combinaison de ces trois facteurs permet une très haute fiabilité en dépit de l'incertitude de l'environnement dans lequel les pompiers doivent parfois évoluer. Même si les observations sont réalisées par les auteurs dans un contexte de turbulences brèves et limitées sur un territoire, le fonctionnement bureaucratique des casernes de pompiers étudiées par Bigley et Roberts s'apparente fortement à celui des hôpitaux durant la pandémie ; d'où sa pertinence en cette période de réflexion quant à la transformation de notre système de santé.

Conclusion

Le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033 : une voie ouverte vers des bureaucraties flexibles ?

Cette recherche montre comment donner du sens à l'action. Quelle que soit la qualité du *Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*, le flou qui entoure cette pandémie en 2020 montre qu'on ne peut pas appliquer les recettes issues des expériences vécues et être certain des résultats. Il semble aujourd'hui important de conserver ce qui fonctionne bien et ce qui fait la force des établissements (valeurs, missions, compétences techniques, recherche scientifique, etc.) tout en provoquant une véritable rupture organisationnelle afin d'être mieux préparé à appréhender l'incertitude.

Le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033 semble ouvrir la voie à une telle perspective. Ce texte ambitieux suggère en effet d'associer plus largement l'ensemble des professionnels à l'organisation du travail. Mieux, il invite à « rebâtir [le système de santé] en associant tous les acteurs du monde de la santé [...] dans un esprit de responsabilité [6] ». En 2020, les CHU ont fait la démonstration inédite de leur capacité à décider et à organiser l'action collective selon ces critères de collaboration et de responsabilité. Ils ont montré leur capacité à adopter, dans le flou et dans l'urgence, des pratiques proches de celles des bureaucraties flexibles. Il est certain que la prochaine stratégie nationale de santé n'ignorera pas cette expérience hors du commun. ●

RÉFÉRENCES

- G.A. Bigley, K.H. Roberts, "The incident command system: High-reliability organizing for complex and volatile task environments", *Academy of Management Journal*, 2001, 44(6), 1281-1299.
- Drees, «Les établissements de santé», panorama 2002.
- 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.
- H. Mintzberg, *Management Inside Our Strange World of Organizations*, 1989, Free Press.
- K.H. Roberts, S.K. Stout, J.J. Halpern, "Decision Dynamics in Two High Reliability Military Organizations", *Management Science*, 1994, 40 (5), 549-684.
- G. I. Rochlin, T. LaPorte, K. H. Roberts, "The Self-Designing High-Reliability Organization: Aircraft Carrier Flight Operations at Sea", *Naval War College Review*, 1987.
- K.E. Weick, K.M. Sutcliffe, *Managing the unexpected*, 2001, John Wiley.
- M. Weber, *Le Savant et le Politique*, 10x18, 2002.
- K.E. Weick, "The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster", *Administrative Science Quarterly*, 1993, 38(4), 628-652.