



Le système hospitalier français dans la crise Covid-19

Une contribution des sciences de gestion

Préface d'Éric Labaye
président de l'École polytechnique

Hervé Dumez et Étienne Minvielle
(Directeurs de recherche au CNRS et professeurs à l'École polytechnique)



Juillet 2020

i3-CRG

(Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Centre de Recherche en Gestion)

UMR CNRS 9217

6 juillet 2020

École polytechnique
91128 Palaiseau

Sommaire

Sommaire	1
Préface	5
Présentation	7
Introduction	11
Méthodologie	15
<i>Retour d'expérience sur la gestion de la crise Covid-19</i>	19
1. Comprendre la crise	21
2. La gestion de la crise	26
2.1. L'organisation de crise (cellule de crise et directeur médical de crise)	27
2.2. L'augmentation des capacités.....	31
2.3. Le contraste entre les situations	34
2.4. La coopération et les transferts.....	37
2.5. L'hôpital dans la crise et dans le système de santé	38
2.6. La sortie (du premier épisode ?) de la crise.....	41
2.7. Quel a été le problème de gestion le plus difficile rencontré durant la crise ?	47
2.8. Qu'est-ce qui, pour les acteurs, a rendu possible la gestion de la crise ?	50
<i>Enseignements à tirer de la crise Covid-19 pour les crises futures</i>	59
1. Savoir anticiper et réagir à bon escient.....	62
2. Développer un management de soutien.....	63
3. S'adapter collectivement ou la force du travail en équipe	65
4. Susciter la créativité	66
5. Établir des partenariats	67
6. Être accompagné et guidé par les tutelles	68
<i>Des orientations pour le management hospitalier de demain</i>	71
1. Se préparer aux menaces.....	73
2. Penser le management en proximité	76
3. Établir des scénarios garantissant l'équilibre entre performance interne et territoriale	79
4. En synthèse.....	83
Conclusion	85
Bibliographie	89

Préface

Éric Labaye, président de l'École polytechnique

La crise Covid-19 a été à la fois soudaine, brutale et d'une durée exceptionnelle, soumettant le système hospitalier à une tension très forte et inédite.

Il pourrait être rassurant de la considérer comme un choc ponctuel qu'il s'agissait de surmonter au mieux mais elle peut aussi être analysée comme la manifestation d'un environnement structurellement plus incertain et disruptif dans lequel le système de santé pourrait à nouveau se retrouver en première ligne et confronté au risque d'être submergé.

Si tel est le cas, il est particulièrement important de tirer les enseignements de la crise Covid-19 pour permettre à notre système hospitalier et plus largement notre système de santé d'adapter son organisation et son fonctionnement afin qu'il soit plus résilient.

C'est le grand mérite du rapport sur « le système hospitalier français dans la crise Covid-19 », coordonné par Hervé Dumez et Etienne Minvielle, de l'avoir fait alors que la mémoire des acteurs est encore vive et en les interrogeant pour comprendre comment, chacun à leur niveau, ils ont vécu et géré cette crise et sont parvenus à inventer et mettre en œuvre des solutions pour la surmonter.

S'attachant à la diversité des acteurs impliqués dans la gestion de la crise, leur rapport illustre à quel point l'engagement de toutes les catégories de personnel de santé a été déterminant pour faire en sorte que les malades puissent être pris en charge dans les meilleures conditions possibles compte tenu de leur situation.

Il démontre aussi l'importance de mettre les responsabilités opérationnelles au plus près du terrain, afin de gagner en agilité, valeur critique en période de crise pour répondre, souvent dans l'urgence, aux multiples défis du quotidien qu'il s'agisse d'anticiper, de développer le nécessaire management de soutien, de s'adapter collectivement grâce à la force du travail d'équipes, d'encourager la créativité ou d'établir des coopérations avec d'autres acteurs de l'écosystème de santé.

À la lumière de cet enseignement, notre pays se doit d'adapter son système de santé pour améliorer son fonctionnement et le préparer à de futures crises. Le rapport souligne l'importance de développer des capacités d'anticipation et d'adaptation face aux menaces potentielles. Il met en exergue la criticité d'un management en proximité pour un meilleur équilibre entre performance et agilité, nécessaire au bon fonctionnement d'un hôpital moderne. Enfin, il sera nécessaire de repenser les rôles et les responsabilités des acteurs d'un territoire de santé afin d'optimiser l'efficacité des parcours de soin.

Le travail d'enquête au plus près du terrain réalisé dans le cadre de ce rapport avec une très grande réactivité donne ainsi des pistes de réflexions fécondes pour faire évoluer le système hospitalier français et s'assurer que la résilience dont il a su faire preuve au cours de cette crise inédite pourra s'inscrire dans la durée.

Présentation

Ce rapport est composé de trois parties.

La première est un retour d'expérience sur la gestion de la crise Covid-19 par les acteurs du système hospitalier. Deux questions principales sont traitées.

Tout d'abord, ce retour d'expérience revient sur la manière dont les acteurs ont compris la crise, sur la difficulté de ce processus de compréhension liée à l'ampleur du phénomène. La crise a été soudaine, inattendue, d'une durée exceptionnelle pour le système de santé, particulièrement difficile à cadrer alors que les esprits n'y étaient pas prêts, avec une expertise scientifique incertaine et très médiatisée.

Ensuite, il s'est agi de donner à voir la manière dont le système hospitalier s'est organisé pour gérer la crise et comment il y a fait face. Au tout début de la crise, deux dispositifs de gestion ont été mis en place très rapidement, la cellule de crise et le directeur médical de crise. Les cellules de crise ont été créées depuis le sommet de l'État (Ministère de la Santé, avec une dimension interministérielle), jusqu'aux établissements de santé, en passant par les ARS (agences régionales de santé). Au niveau des établissements, comme le plan blanc le prévoit, un directeur médical de crise a été nommé. Ces dispositifs ont permis l'augmentation considérable de l'offre de soins en très peu de temps (souvent deux ou trois jours), notamment en réanimation. Face à la crise, les situations ont été contrastées : certains établissements se sont trouvés débordés, d'autres extrêmement chargés mais ayant pu anticiper, disposant parfois juste de 48h d'avance sur la vague, mais ce qui a permis de faire face, d'autres enfin se sont trouvés relativement protégés par l'arrêt de la propagation de l'épidémie provoqué par le confinement, sans les patients habituels et avec peu de patients Covid-19 ; ils ont pu alors accueillir les patients transférés des régions les plus touchées. En effet, des mécanismes de coopération se sont mis en place et le national a organisé les transferts de patients entre régions. Si l'hôpital a été l'élément central de la gestion de la crise, des mécanismes de coopération ont également été mis en place avec la médecine de ville et les EHPAD. En mai-juin, les effets de la crise (de sa première vague ?) se sont atténués et on a pu parler (prudemment) de sortie de crise ou du moins de désescalade. Il a fallu gérer cette phase difficile avec une reprise lente du fait de plusieurs facteurs (le lent retour des patients, le manque de médicaments d'anesthésie, l'épuisement des personnels, notamment).

Ce retour d'expérience se termine par deux questions : d'une part, pour les acteurs, quel est le problème de gestion le plus important qu'ils aient eu à affronter ? Les approvisionnements sont souvent cités, mais souvent les acteurs répondent que la gestion elle-même a été souvent plus aisée qu'en temps normal, du fait du desserrement de la contrainte financière et de la disparition des cloisonnements qui, habituellement, rendent les processus de gestion lents et difficiles. D'autre part, quels sont aux yeux des acteurs les éléments les plus importants ayant permis de gérer la crise ? Trois éléments sont ici mis en avant : des décisions nationales fortes (la déprogrammation, la levée des contraintes financières, l'organisation des transferts de patients entre régions), le travail des ARS qui ont laissé les initiatives locales se développer et les ont appuyées tout en imposant la coopération public-privé (avec des différences selon les régions) et la cohésion qui a régné à l'intérieur des établissements, permettant une agilité et une créativité organisationnelle exceptionnelles.

La deuxième partie du rapport porte sur les enseignements que l'on peut tirer de l'expérience de gestion qu'a constituée la crise Covid-19 pour les crises futures. S'il convient d'être prudent dans l'analyse, six points centraux paraissent néanmoins se dégager.

Savoir anticiper et réagir à bon escient. L'anticipation de la crise s'est souvent jouée avec à peine 48h d'avance. Mais cette avance a été décisive, notamment pour déprogrammer les actes non essentiels et pour réorganiser, parfois de fond en comble, les établissements. Dans l'incertitude, il a fallu agir vite tout en se

laissant le temps minimum de la réflexion. L'anticipation et l'élaboration de réactions à la crise se sont jouées en dynamique : avec des réorientations quand cela se révélait nécessaire, par exemple quand les EHPAD ont été touchés. Pour réaliser l'ensemble de la démarche avec efficacité, des pratiques se sont révélées essentielles pour comprendre la situation, réagir à bon escient, et savoir actualiser son raisonnement, avec efficacité. Elles mettent en lumière des attitudes particulières, liées à un processus d'enquête active, mais sous contrainte intense de temps.

Développer un management de soutien. La crise Covid-19 a été, pour les personnels hospitaliers, particulièrement anxiogène. Des professionnels ont été touchés et un certain nombre d'entre eux ont succombé au virus. Si le dévouement et la solidarité ont été des ressorts puissants pour dépasser l'anxiété, ou simplement le sentiment de faire ce pour quoi l'on a été formé et de réaliser sa vocation, la dimension managériale a été essentielle. Des initiatives ont en effet été engagées pour soutenir les individus et les équipes, telles que des cellules d'assistance psychologique, des plates-formes, ou des cellules mobiles d'intervention au plus près des équipes. À côté, un management de soutien a aidé à créer un environnement serein. La communication a été un facteur essentiel. Défaillante dans certaines situations, elle a mis sous tension les équipes et les personnels. L'ensemble a permis d'introduire un mécanisme de résilience, individuel dans le cas des dispositifs d'accompagnement psychologique, et organisationnel dans le cas du management de soutien.

S'adapter collectivement ou la force du travail en équipe. Le travail en équipe a notamment permis d'adapter l'activité de soins, une autre condition fondamentale de la résilience d'une organisation de santé. Il a aidé au réaménagement des flux d'activité en un temps très court. La qualité du travail en équipe a reposé d'abord sur des échanges réguliers, réunions de concertation cellules de crise, ou autres « espaces dialogiques », à des fins d'échange de connaissances. La crise a montré l'intense activité exercée dans ce domaine, grâce à l'aide de différents outils de visioconférence (cellules de crise, staff, réunion de concertation) et d'autres applications, notamment WhatsApp qui a connu un essor considérable dans le monde hospitalier durant la crise. Différentes attitudes individuelles, notamment la faculté de se mettre au service d'autrui, et diverses tactiques ont également joué un rôle : (i) l'élaboration en commun de nouveaux protocoles, (ii) la définition d'objectifs centrés sur la prise en charge des malades qui limitent les conflits subalternes, (iii) de brefs débriefings, et (iv) une expression libre de la part de chaque membre afin de bénéficier de son expertise. Enfin, le leadership, par sa capacité à animer et à être collaboratif, a permis de mettre en cohérence l'ensemble. La qualité du travail en équipe a pu ainsi s'exprimer dans de nombreux endroits, son absence, liée le plus souvent à des rivalités entre services, se révélant par comparaison particulièrement nuisible.

Susciter la créativité. La recherche de solutions pour faire face à la crise a conduit à imaginer des dispositifs innovants expérimentés dans des temps courts, souvent en transgressant les règles en vigueur. Le retour d'expérience a rapporté de nombreux exemples de créativité organisationnelle, observables à tous les échelons : une agence régionale qui sollicite une start-up pour mieux gérer les remplacements d'effectifs, cette dernière s'engageant à titre gratuit dans la démarche ; une école de formation à la réanimation qui venait d'être créée et dont la montée en charge s'accélère dans des proportions imprévues ; des sorties des résidents d'un EHPAD dans un espace protégé, non plus collectives mais individuelles ; la création d'ateliers de couture ; une personne de l'équipe de déménagement qui suggère une manière rapide et efficace d'installer le matériel nécessaire aux équipes de soins ; etc. L'innovation la plus importante a concerné la télémédecine, qui a permis de suivre à distance les patients. Elle a permis d'évaluer le risque d'aggravation des patients positifs à la Covid-19, comme d'assurer une continuité de la prise en charge des patients « non-Covid » dans un contexte où leur venue à l'hôpital était déconseillée. Le développement massif d'innovations dans ce domaine a impressionné. Se faisant, le système hospitalier a démontré sa capacité à générer de l'innovation organisationnelle lors de la gestion des opérations de crise.

Établir des partenariats. Même si l'idée de réussir tout seul a pu effleurer certains esprits, aucune organisation n'a eu intérêt à faire face isolément à la pandémie Covid-19. Plusieurs témoignages ont mis

en évidence l'efficacité de ces coopérations au travers de dispositifs inédits. La coopération entre établissements publics et privés, dans la mobilisation de ressources humaines ou matérielles comme dans le partage de la prise en charge des patients en réanimation, a été sans doute la plus visible et la plus commentée. La nécessité de cette coopération s'est imposée, quelquefois après avoir mesuré les effets négatifs de son absence. D'autres partenariats ont joué un rôle important. La coopération entre le sanitaire et le médico-social a par exemple tenu un rôle déterminant dans le cas des prises en charge en EHPAD, mobilisant l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et/ou des équipes mobiles dans le cas des filières gériatriques. Des défaillances de coopération ont néanmoins été constatées. Elles ont été le plus souvent liées à des formes de concurrence.

Être accompagné et guidé par les tutelles. La gravité des problèmes soulevée par la crise Covid-19 a illustré la nécessité d'une interaction étroite entre toutes les composantes du système de santé, aux niveaux central (les instances gouvernementales, les administrations centrales et les agences sanitaires), régional (les ARS, les préfets et les conseils régionaux) et local (les groupements d'établissements, les établissements, et les unités de soins). Cette nécessaire interaction n'est pas éloignée de la question précédente, celle de la coopération, mais introduit d'autres considérations liées aux définitions de l'action publique. Par rapport à d'autres pays, la régulation des établissements de santé se caractérise en France par sa centralisation et sa déconcentration au niveau des Agences Régionales de Santé. L'action locale est donc encadrée (fortement diront certains). La crise est venue éprouver ce mode de régulation et les actions menées à chaque niveau. Car l'action renforce la légitimité de chacun des trois niveaux tout en créant des forces centrifuges pouvant ébranler la cohérence d'ensemble. Le niveau local est en première ligne, ce qui plaide pour une autonomie d'action des établissements de santé et la prise d'initiative en proximité. Les niveaux centraux et régionaux se justifient par le besoin de contrôle et de régulation sur l'ensemble du territoire, ce qui plaide pour un pilotage coordonné des initiatives. Il s'agit en temps de crise d'articuler au mieux ces deux exigences. Si l'on se place du strict point de vue hospitalier, cette articulation a été vécue de la manière suivante : l'établissement a eu besoin à la fois d'être accompagné dans ses initiatives et d'être guidé par des actions structurantes au niveau régional et central. L'exercice a donné lieu à des situations contrastées. Des pratiques favorisant cette articulation comme des freins ont pu être identifiées, mettant en lumière la capacité à déléguer ou à reconnaître la nécessité d'actions centralisées selon les cas, la confiance entre acteurs jouant alors un rôle-clé.

La troisième partie donne trois orientations pour le management hospitalier de demain afin de rapprocher ces deux qualités qui semblent désormais nécessaires dans le fonctionnement de tout hôpital moderne, agilité et performance.

Se préparer aux futures menaces qui ne manqueront pas de survenir est la première. Cette orientation met en évidence des pratiques managériales d'anticipation et d'adaptation identifiées lors de la crise, dont l'acquisition aiderait à renforcer la qualité d'agilité de l'hôpital.

Reconnaître le rôle d'un management en proximité est la seconde. La force d'un travail en équipe, le développement d'un climat organisationnel plus serein, et la stabilité d'un pilotage partagé et autonome sont les trois composantes de ce management qui se situe au sein de l'hôpital, en proximité des activités de première ligne qui assument la prise en charge des patients. S'inscrire dans cette orientation peut aider à concilier agilité et performance hospitalière. Car les trois qualités managériales requises sont les mêmes, bien que répondant à des besoins différents. Elles sont intrinsèques aux besoins d'agilité, représentant des bonnes pratiques de management de crise mais contribuent également à la performance hospitalière en régime normal : l'importance de reconnaître les équipes de soins et leur activité collective dans la réalisation de cette performance ; l'amélioration de conditions de travail dont la dégradation tient un rôle important dans les problèmes d'attractivité actuels des métiers de la santé ; l'affirmation d'une double compétence médicale et gestionnaire qui puisse exercer un leadership reconnu par tous, et possédant suffisamment d'autonomie pour établir les réponses organisationnelles les plus adaptées au contexte local.

La troisième orientation vise à *établir des scénarios qui garantissent un équilibre entre l'activité propre à l'hôpital et son inscription dans un territoire de santé*. La gestion des suivis à distance à l'aide de la télémédecine, la créativité organisationnelle, et les modes de coopération sont les axes qui définissent l'apport du management à cette quête d'équilibre. Là encore, ces pratiques peuvent concilier agilité et performance, si tant est que l'on définisse correctement cette dernière. La quête d'équilibre révèle en effet deux conceptions de la performance, l'une tournée vers l'activité interne de l'établissement, l'autre vers la coordination des parcours des patients. Trouver le juste équilibre appelle à la définition de scénarios permettant aux deux conceptions de cohabiter.

Ces trois orientations constituent une réponse à cette quête d'agilité et de performance demandée à l'hôpital, sans épuiser le sujet. Elles mettent en lumière qu'une transition est possible sans mettre en péril l'existant. Elles montrent que l'hôpital est sans doute dans une fin de cycle, où l'autonomie, la proximité et le territoire deviennent les maître-mots qui se substituent à la régulation telle qu'elle s'est exercée ces dernières années. Elles affirment des besoins de formation, d'évaluation et d'incitation qui tiennent compte des comportements managériaux observés durant la crise, renforcent la coordination entre professionnels, et *in fine* participent de cet équilibre entre agilité et performance dont l'hôpital a désormais besoin.

Introduction

Les deux signataires de ce rapport sont des chercheurs en gestion, l'un étant médecin en poste dans un hôpital et spécialiste en management de la santé. L'idée de la recherche est donc née naturellement durant la période de confinement du printemps 2020 : comment le système hospitalier avait-il géré, était-il en train de gérer, la crise de la Covid-19, d'une ampleur inconnue ?

La recherche aurait pu être menée quelques mois après la crise. D'autres le seront sans aucun doute. Mais l'idée a été d'essayer de joindre les acteurs de première ligne pendant la crise elle-même. Au plus fort de la vague, la chose apparaissait impossible en pratique : les acteurs avaient bien d'autres choses à faire qu'à discuter avec deux chercheurs en gestion. Mais le pari a été de commencer à un moment (fin avril) où la vague, sans refluer véritablement, s'atténuait : les premiers patients admis en réanimation commençaient à sortir et les nouveaux patients étaient un peu moins nombreux. La question était de savoir si les acteurs, un peu moins sous tension, certes, mais souvent épuisés, encore pris par les cellules de crise, accepteraient de passer une heure ou plus en visio-conférence pour parler de la gestion de cette crise. La réponse à cette question n'était pas évidente mais elle a été positive¹. Cinquante-cinq entretiens ont été menés en un mois et demi. Parfois en deux temps. Ce fut le cas par exemple pour un établissement d'une région particulièrement touchée, parce que le premier entretien avait été placé juste avant la réunion de la cellule de crise de 11h30 et qu'il restait des questions à évoquer.

Bien que l'expression soit parfois galvaudée, ce rapport pourrait s'intituler « rencontres avec des femmes et des hommes remarquables ». Ces rencontres nous ont profondément marqués, par leur aspect émotionnel souvent, mais parfois plus simplement. Nous avons demandé à chaque acteur, avant de lui poser les questions sur lesquelles nous souhaitions des éclairages, de nous faire le récit de la gestion de la crise telle qu'il l'avait vécue. Ce sont ces récits qui ont été les plus impressionnants. Les acteurs, qui avaient été au cœur de la crise les menaient avec beaucoup d'humilité, bien loin du ton péremptoire adopté par les commentateurs de l'après-coup qui, quant à eux, après avoir vécu la crise confinés dans leurs salons n'hésitent pas à expliquer tout ce qu'il aurait fallu faire.

C'est la raison pour laquelle ce rapport a choisi de donner largement la parole aux acteurs de la crise, en variant les points de vue.

De cette vision naît un premier effet de connaissance. Comme l'avait noté Hughes², quand on étudie un groupe d'acteurs, ici ceux qui ont eu à gérer la crise Covid-19, le seul fait de rassembler le savoir que chacun a eu de cette crise crée un effet de connaissance sur la crise qui dépasse ces savoirs individuels situés.

¹ Les auteurs remercient tous ces acteurs pour le temps qu'ils ont bien voulu leur consacrer. Ils adressent également tous leurs remerciements à Roland Ollivier qui a favorisé les contacts avec eux, à Élodie Gigout qui a mené en complément des entretiens avec des infirmières et soignants et à Michèle Breton qui a mis en forme ce document.

² Cité in Becker, 2002, p. 166.

Ce premier effet de connaissance est un préalable à une meilleure compréhension de la crise.

Dans ce rapport, le questionnement porte sur le management, la gestion. Il est toujours difficile de caractériser une discipline scientifique qui n'est après tout, comme le pensait Popper, qu'un nœud de problèmes. Disons néanmoins que la gestion comme discipline scientifique présente deux caractéristiques propres. D'une part, elle s'intéresse aux dispositifs de gestion qui agencent des compétences individuelles, des éléments matériels (informatique, locaux, moyens divers), sur la base de règles, pour créer une capacité à agir collective. D'autre part, l'analyse gestionnaire s'intéresse au concept analytique/normatif de performance. Le management s'interroge sur ce qui marche bien et ce qui marche moins bien dans ces capacités collectives à agir, en cherchant à isoler les bonnes pratiques. Performance ne doit pas être pris au sens étroit, économique et financier. Les dimensions de la performance sont toujours multiples, et la gestion de la crise Covid l'illustre bien, puisqu'au niveau du système hospitalier, la dimension financière a été mise entre parenthèses durant plusieurs mois, la performance médicale du système étant centrale (selon les mots du président de la République, elle devait être assurée « quoiqu'il en coûte »). Mais si la dimension financière de la performance du système hospitalier a été mise de côté, l'analyse de sa performance organisationnelle est fondamentale dans la perspective d'un retour d'expérience. Comment les acteurs se sont-ils organisés pour faire fonctionner le système sanitaire dans une crise d'une ampleur inconnue ? Quelles ont été les bonnes pratiques organisationnelles mises en place, quelles ont été les tensions organisationnelles qui se sont fait jour ?

Encore une fois, les réponses à ces questions exigeront d'autres recherches qui bénéficieront d'un plus grand recul sur la crise. Mais celle-ci vise à éclairer la manière dont des dispositifs de gestion de crise se sont mis en place et à en donner une première évaluation, la plus équilibrée possible.

Dans un premier temps, la parole sera donnée aux acteurs mêmes de la crise. La première partie constitue un retour d'expérience (REX) construit à partir des différents témoignages, choisis pour leur diversité de niveau (instances nationales, instances régionales, directions d'établissements, médecins, soignants) et pour leur diversité régionale métropole avec des régions fortement touchées par la crise et d'autres moins, îles.

Une deuxième partie se centre sur les enseignements à tirer de la pandémie Covid-19 pour la gestion des crises futures. Qu'est-ce qui, durant cette crise, a bien fonctionné, qu'est-ce qui a moins bien fonctionné, et quelles leçons peut-on tirer pour se préparer aux prochaines crises qui, par définition, seront différentes de celle qui a été traversée ? Une grande prudence s'impose. L'important est bien le futur : si les leçons tirées sont simplement que l'État aurait dû faire des stocks de masques et qu'il en faudra à l'avenir, on peut affirmer sans grand risque de se tromper que la crise future nous trouvera mal préparés à affronter ses caractéristiques propres, qui différeront de celle de la crise Covid-19.

La troisième partie pose un problème encore plus difficile. La crise Covid-19 a été d'une ampleur exceptionnelle, exigeant du système de santé, et notamment du système hospitalier, une réactivité à la mesure de cette ampleur, réactivité qui s'est déployée dans le cadre d'un fonctionnement très éloigné des conditions habituelles. La sortie de la crise va mécaniquement ramener le système à un fonctionnement plus normal. Mais la question se pose : n'est-il pas possible d'imaginer un fonctionnement plus normal du système de santé et de l'hôpital qui ne

soit pas un simple retour à la situation d'avant, mais qui intègre des éléments, probablement transposés, repensés, de ce qui a été la gestion de crise ?

Le projet de cette recherche a été soumis à l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre de l'appel d'offres Flash-Covid. La réponse prit un mois et demi. Les deux experts scientifiques l'ayant évalué l'ont jugé intéressant mais le comité a estimé que la méthodologie n'était pas assez rigoureuse (les critères de choix des personnes interviewées n'auraient pas été assez bien précisés et « on ne sait pas si [le] contenu [des entretiens] sera analysé à l'aide de tel ou tel logiciel » – sic). Les auteurs ont eu la faiblesse de penser que cette recherche méritait néanmoins d'être réalisée et ont donc fait le choix de la mener par eux-mêmes.

Méthodologie

Cette recherche est de nature compréhensive (Dumez, 2016), c'est-à-dire qu'il s'agit de comprendre comment les acteurs du système hospitalier, chacun à leur niveau, ont agi, parlé, interagi, pour orchestrer les solutions mises en œuvre afin de surmonter la crise de la Covid-19, c'est-à-dire pour faire en sorte que les malades soient pris en charge dans les meilleures conditions possibles compte tenu des situations dans lesquels ils se trouvaient.

Pour ce faire, cinquante-cinq entretiens (plus trois entretiens d'infirmières menés par Élodie Gigout) ont été menés. Le premier l'a été le 29 avril 2020. Ils se sont succédé jusqu'à la mi-juin. Le principe était d'interroger les acteurs au plus près possible des événements, avant que l'oubli et les inévitables reconstructions rétrospectives ne fassent leur œuvre. Fin avril-début mai, la crise était moins aiguë, mais toujours à l'œuvre. La campagne d'entretiens a permis de faire un premier retour d'expérience sur la gestion de la crise. D'autres retours, avec plus de recul sur les événements, seront nécessaires.

L'échantillon n'a pas valeur statistique. La recherche s'est efforcée de couvrir la diversité des acteurs : étudiante en médecine, infirmières, cadres de santé, médecins (civils et militaires), chefs de service, directeurs d'établissements, directeurs et personnels des ARS, administrations centrales, membres de cabinets, mais aussi médecin généraliste, patient, représentant de patients, représentant de l'industrie pharmaceutique. Elle s'est également efforcée de couvrir la géographie différenciée des situations : régions particulièrement touchées par la crise (Grand Est, Hauts de France, Île de France), régions un peu moins touchées mais ayant souvent reçu des transferts de patients (Bretagne, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes), ainsi que les îles (Corse, Martinique).

Le tableau ci-après donne le détail des entretiens réalisés :

Régions (nombre de personnes interviewées)	Fonctions (nombre de personnes interviewées)
Auvergne-Rhône-Alpes : 4 Bretagne : 1 Corse : 1 Grand Est : 5 Haut de France : 4 Ile-de-France : 15 Normandie : 1 Occitanie / Pyrénées-Méditerranée : 3 Nouvelle-Aquitaine : 3 Outre-Mer : 1 PACA : 1 Fonction nationale : 16	<ul style="list-style-type: none"> • Directions d'Agences Régionales de Santé : 4 • Directeurs d'établissement : 18 (CHU/CH/Clinique/PSPH/CLCC) • Entreprises du médicament 1 • Étudiant : 1 • Élu : 1 • Journaliste : 1 • Med. Généraliste & Pharmacien de ville : 2 • Médecins Hospitaliers : 10 (Chef de service ou de département, responsable de cellule de crise, Directeur médical, Président CME) • Membres de Cabinet et d'administration centrale : 4 • Patients et représentants de patients : 3 • Responsables de Fédération : 7 (une fédération a été représentée par trois membres) • Soignants (Cadre de santé et infirmière): 3 (et 3 supplémentaires réalisés par Elodie Gigout)

Les entretiens ont duré pour la plupart une heure. Pour certains près de deux heures. Dans deux cas (des acteurs au cœur de la gestion de la crise dans des régions très touchées), un second entretien d'une heure a complété le premier. Ils ont été menés en visio ou en audio conférence, à la fois en raison du confinement et de la volontaire concentration dans le temps de la recherche (cinq entretiens ont été parfois menés dans la même journée). Il était demandé à chaque interviewé de faire le récit des événements tel qu'il ou elle les avait vécus, en commençant par les premiers signes de l'arrivée de la crise, l'élaboration des mesures d'anticipation, puis le déroulé des événements. Des questions de précision (chiffres, dates, éléments de compréhension) étaient posés durant le récit, mais en cherchant à l'interrompre le moins possible. Ensuite, des questions de fond étaient abordées de manière interactive. La dernière était systématiquement : pour vous, au poste que vous occupez, quel a été le problème le plus difficile que vous ayez eu à gérer [ou que le service, l'établissement, a eu à gérer] ?

L'anonymat des propos ayant été institué en règle, les acteurs se sont exprimés avec liberté. Certains nous ont remerciés de leur avoir permis de parler de l'expérience qu'ils avaient traversée (« *C'est toujours intéressant de se remémorer tout ça...* »). Certains ont confirmé l'intérêt qu'il y avait à s'exprimer à chaud.

D'habitude, une série d'entretiens qualitatifs conduit à un phénomène de saturation au bout d'un certain nombre. Cela n'a pas été le cas dans cette recherche même après plus de cinquante rencontres.

Les deux chercheurs ont pris des notes sur chaque entretien, l'ensemble représentant plus de deux cents cinquante pages (trois à quatre pages en moyenne par entretien).

Ce matériau a été traité sous la forme d'un codage de type théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 2010/1967) multi-nominal (Dumez, 2016). La liste des codes est la suivante :

Anticipation	non-anticipation (réflexion sans préparation)/augmentation des capacités/ « On a fait feu de tout bois avec tout le monde remontant ses manches »/ « plusieurs marches d'avance » / pas prêts dans les têtes/ mise sous tension
Apprentissage	(maladie inconnue)/découverte des patients Covid/Scanner/ centres de références
Approvisionnements	crise des approvisionnements/Masques, respirateurs, sur-blouses (matériels de protection, sacs poubelles), médicaments (curare), murs (pousser les murs)/vols (« comme partout »), plainte, coulage/mise en place du marché/débrouille, bricolage, loucedé/nombre insuffisant plutôt que pénurie/ doctrine : État ou local ?/ militaires/ réquisition, circuits de distribution
ARS	rôle (injonction)/disponibilité/ agilité/ solide « ont fait le job »/ bon partenariat/ demandes d'infos à répétition/ concurrence ARS-Samu/relayer du contradictoire/retard (sentiment d'abandon)/position très ferme et très claire/ soutien/ laisse l'intelligence s'exprimer/ décisions terrain validées/ confiance/ caporalisation/ n'ose pas s'imposer/ critiques (« une petite musique anti-ARS »)/vécu de la crise, critiques très mal vécues/ autocritique/ transformation (rôle logistique) / en avance sur le ministère/ hétérogénéité/ rôle (directeur médical de crise)/rôle conflit d'intérêt
Avance sur la vague	24h, 48h, 72h, une semaine, un mois
Caractérisation de la crise	soudaineté/gravité, acuité, longueur / rythme soutenu/ / tout en même temps / rapidité (transformation de services en 24 ou 48h)/ décisions administratives brutales/ dégradation très rapide des patients/open bar/ cohésion/ crise révélateur/ paradoxe de l'hôpital/Pas prêts dans les esprits/ symptômes de

	stress/ augmentation du temps de prise en charge/ crise inhabituelle pour les chirurgiens (différence avec les attentats)/ monomorphe) / incertitude
Cohésion	contraste avec la situation antérieure/ incroyable/ adhésion et mise en œuvre/ esprit de cohésion/ décroissement/ impossible (impensable) devenu possible
Coopération	relations public-privé/ ARS-établissements/ inter-établissements (GHT, CLCC-CHU) / intra-établissement/ entre établissements et généralistes (système expérimental) / interfédérés /militaires
Créativité organisationnelle	UTAR/solutions inattendues/ bon sens / procédures/ formation/ atelier couture /imprimantes 3D (visières)/ planning (passage de trois équipes à deux, 12h)/ débrouille, bricolage/ système expérimental (relations établissements-généralistes)/ cellule de régulation organisée par des chirurgiens/ Covidom/ le rapport de l'hôpital avec les patients
Gestion du stress	cellule psychologique/ ligne téléphonique (personnel – médecine du travail – et population)/ gestion de l'équipe/ effet positif de l'entretien (besoin de raconter)/ CUMP (psychologues)/ sacs poubelles/ dépression post-crise
Gouvernance	ARS-établissements/ direction-médecins (possible et pas possible) / rôle de la direction/ confiance/suspension des instances habituelles/critiques/ style de management/ directeur bashing / critiques/ réactivité et écoute des médecins/ confiance/CSE (comité social et économique)/ AG extraordinaire/ syndicats/ importance du management/ importance des RH (évaluation sur le management)/ voir directeur médical de crise/ gouvernance nationale (qui fait quoi ?)/ équipes managériales de soutien
Leçons de la crise	recoudre le tissu hospitalier/ réorganisation nécessaire de l'hôpital/ réflexion capacitaire (stratégie accordéon)/ indépendance sanitaire, innovation/ /transformation du système (télé médecine – « Tout ce qui peut se faire en télé doit l'être », HAD (la repenser ?), premier recours)/revenir à l'antérieur/Europe de la santé/qualité/T2A-panachage/ fluidifier/ annualiser le temps de travail/ nouvelle organisation du travail/ spécialiser l'hôpital sur les cas graves/ sortir du débat : « faut-il plus de lits ou plus de lits ? »/ Ce combat pour les lits est totalement dépassé/ Il ne faut pas qu'il y ait une bagarre sur les lits ; articulation entre technicité et suivi = agilité et ouverture en temps de crise, télé médecine, partir du patient à domicile ; augmenter la prévention et les SAD/ c'est la guerre/ mauvaise articulation expertise-instances nationales/ gouvernance : une équipe sur un projet pour 5 ans renouvelables/ modèle non hospitalocentré/ respirateurs en gériatrie ?
Organisation interne	cellule de crise (par site)/ réunions d'échange/ ambiguïté décision/ information/ cellule psychologique/ établissement repensé
Problème central de gestion	pas de problème de gestion (cohésion)/ ressources humaines/ appros/ atterrir (retour des mauvaises habitudes)/ gestion du stress/ pas de filières inter-établissements/ militaires RH/ schizophrénie Covid-non-Covid
Recherche	recherche plus centrale dans la crise/ essais cliniques (problème de l'inclusion des patients – « Dans les crises pandémiques déjà connues, seulement un quart des essais arrivent au bout » ; télétravail)/mission Rossignol/ vaccin/ guerre des égos médiatiques/ catastrophe absolue/ absence de régulation/ absence de gouvernance (Pasteur)
Recrutement	étudiants (médecine - volontariat, infirmières - obligatoire)/ retraités/ formation (hygiène)/ équipes mixtes/ compagnonnage/ orthopédistes/ pédopsychiatres/ équipes suzette/ sureffectifs/ d'infirmières du privé
Règles	déprogrammation/ crise=explosion des règles bureaucratiques/ protocoles/ règles nationales inapplicables/ désobéissance/ invention locale des règles/ sortie de crise/ Crozier/ priorisation médicale/ médecine de guerre/vertueux à cause des patients

Régulation	sur-régulation/ buts de la régulation/ T2A/ relations public-privé/ panachage/ indicateurs pastèques/ absence de régulation (recherche)/ qualité (délais)
Signaux	compréhension/ signaux faibles perçus/ signaux faibles non perçus (Savoie)/ signaux forts perçus (Mulhouse) / signaux forts non perçus (Italie, Mulhouse, difficulté de compréhension) / signaux forts mal interprétés (vague d'est en ouest) / Samu Oise/ anticipation (pas prêts dans les esprits) / surnaturel (« Ils comprenaient intellectuellement, mais pas viscéralement »)/ aller voir/ dramaturgie/ On est dans l'incrédulité/attentisme/Tchernobyl
Solidarité avec l'hôpital	Entreprises/dons/repas/Uber/chocolats/problème de distribution/éducation nationale
Sortie de crise	problème de vitesse/prudent et réversible/ vacances/problème financier (on compte les sous ; voile pudique)/chirurgiens reprise/ réduction des capacités (un patient par chambre)/ « retour a minima »/ retour des mauvaises habitudes-vieux réflexes/ nouvelle mentalité/ remise en ordre/ craintes deuxième vague/ attentes vis-à-vis de l'État/ redistribution (les profiteurs de guerre)/ ne pas faire retomber le soufflé/régulation-sur-régulation (revenir à un discours classique, même bienveillant)/ dépression post-crise/ Nostalgie de la période de crise/ ressentiment/ retour des patients (cancéro)/ lenteur inquiétante/ surmortalité/reprise limitée par les médicaments/sang contaminé/ pas de ressentiment
Stratégie Covid-non-Covid	refus de la spécialisation Covid public-non-Covid privé/» CHU Covid »
Téléconsultation	télémédecine/effet accélérateur de la crise/ obstacles administratifs/ obstacles éthiques/ pas pour des primoconsultations/ apprentissage
Tensions	esprit querelleur/ hygiénistes/ réa méd-réa-chir (réanimation médicale-réanimation chirurgicale) (guéguerres ; pas marginal ; « Le leader, c'est la direction, mais les chefs de services ne s'entendant pas, et je ne vous parle pas du chef de service des urgences, ils sont trois à tirer la couverture à soi »)/ chirurgiens/ psychiatres-généralistes/ emmerdeurs patentés-emmerdeurs de service/ entre établissements/ « querelles anciennes », « haines recuites »/ tensions avec les hôpitaux qui veulent des malades Covid/ tensions avec les administratifs
Vécu de la crise	anxiogène/angoisse renouvelée – arrivée du pic/désarroi/ sidération/ étonnement (cohésion)/goût de la mobilisation/une belle énergie/ excitation/ galvanisation/ relations aux familles/épuisement/inoubliable/ « larmes aux yeux »/ fierté / engagement et ingéniosité/ être un pion / « bordel est un mot léger » / « On ne pouvait pas être fatigués, on n'avait pas le temps d'être fatigués. » / boule au ventre/ panique, moment horrible/ ça piquait les yeux/fatigue (militaires)/ un bien fou à l'hôpital/ le pied intégral/panique/ pas de ressentiment. On avait tous la trouille/humilité

C'est à partir de ces codes, issus du traitement des entretiens, qu'a été construit le retour d'expérience de la première partie. Le code « leçons de la crise » qui rassemble tous les extraits d'entretiens dans lesquels les acteurs eux-mêmes ont fait leur analyse des enseignements pouvant être tirés de la crise, a nourri les deuxième et troisième parties du rapport.

Le matériau a été complété par des données secondaires (coups de téléphone et échanges de mails pour se faire préciser certains points, recueil d'articles de presse, dépêches de l'APM et d'Hospimédia).

**RETOUR D'EXPERIENCE SUR LA GESTION
DE LA CRISE COVID-19**

1. Comprendre la crise

L'objectif de cette recherche étant de comprendre comment les acteurs du système hospitalier ont géré la crise Covid, la première étape consiste à savoir comment eux-mêmes ont compris la crise. En effet, ce qui s'est passé dans les premiers mois de 2020 présente à la fois des caractéristiques courantes de ce qu'est une crise, mais également des caractéristiques particulières qui en font le prototype de toute crise grave.

Soudaineté et acuité. C'est le premier élément propre à toute crise.

Ce qui est sûr, c'est que la crise a été d'une particulière gravité et acuité. Il n'y a pas eu beaucoup de temps pour anticiper.

Les premiers cas sont bien maîtrisés. Le même jour, un patient est hospitalisé à Bordeaux et deux autres à l'hôpital européen George Pompidou, qui seront ensuite transférés à Bichat établissement considéré avec celui de la Pitié Salpêtrière comme centre de référence où seront accueillis les patients avec l'idée que ces deux établissements pourront prendre l'ensemble des cas de la région parisienne, avec l'appui d'autres hôpitaux si l'épidémie s'étend vraiment. Puis apparaît le cluster des Contamines-Montjoie, en Savoie qui est lui aussi maîtrisé. On ne peut pas alors parler de crise. L'épidémie semble au contraire sous contrôle. C'est le rassemblement de l'Église Porte Ouverte Chrétienne et la situation de l'Oise qui vont réellement faire entrer le système dans la crise.

Deux caractéristiques se conjuguent : soudaineté et acuité.

Ça doublait tous les 4/5 jours et on n'avait plus de marge de manœuvre.

On est dans le cadre classique d'une épidémie. En matière de gestion, la crise se traduit par le sentiment de télescopage des problèmes. Le même phénomène se rencontre au niveau local et au niveau central. Les acteurs d'une des régions touchées l'expriment de la manière suivante :

On a fait tout en même temps [...] D'un point de vue gestion de crise, il faut voir comment tout s'est télescopé.

Au niveau des instances nationales de décision, on retrouve le même phénomène :

Ce qui était frappant pour nous, la première caractéristique des trois mois, c'est l'accélération des choses, les choses sont allées extrêmement vite, avec des changements de pied des experts, avec une difficulté, un rythme incroyablement soutenu [...] ça doit être comme ça en situation de guerre.

L'inattendu. En plus de la soudaineté et de l'acuité, on trouve une troisième caractéristique classique qui est l'inattendu. La crise ne vient pas de là où on l'attend, et ne prend pas la forme attendue.

En Savoie, le premier patient identifié, à La Balme de Sillingy, revient d'Italie. Sachant que les frontières restent ouvertes et qu'il existe un grand nombre de frontaliers avec l'Italie toute proche, les hôpitaux de Savoie anticipent que la crise devrait venir de l'Italie. Elle viendra en réalité de l'Est de la France. La crise est également inattendue parce qu'elle ne prend pas la forme des crises que le système hospitalier a dû affronter dans la période antérieure, et notamment celle des attentats. Lors de ces crises, on a vu un nombre important de patients transportés par

le Samu aux urgences, puis transférés dans les blocs opératoires. Pendant quelques heures, ce sont les services d'urgence et la chirurgie qui ont dû faire face à un afflux massif de cas graves. Lors de la crise Covid-19 au contraire, nous y reviendrons, les services d'urgences, même dans les régions les plus touchées, ont souvent connu une baisse de fréquentation (seules les personnes craignant d'être atteintes s'y rendant, alors que les urgences habituelles, petits accidents, mais également infarctus ou AVC ont brusquement disparu, les patients craignant de se rendre à l'hôpital de peur d'être contaminés) :

Les urgences ont été surprises de tourner à 30% d'activité. Alors qu'au début, les urgentistes pensaient être au cœur de la crise.

Quant aux services de chirurgie, ils ont été transformés en unités de réanimation, les chirurgiens n'opérant quasiment plus. Dans la crise Covid-19, ce sont en effet les services de réanimation qui se sont trouvés en première ligne. Là, aussi, sous une forme assez peu attendue. Généralement, dans un service de réanimation, les patients présentent des pathologies très complexes et très différentes d'un patient à un autre. Là, la situation était différente :

Le patient est immobile. On vérifie les médicaments. On évite les escarres. Tous les patients présentaient la même pathologie. C'était très monomorphe.

Comme toutes les crises, celle du Covid-19 a donc été soudaine, aiguë et inattendue. Elle a présenté de surcroît deux caractéristiques qui en font une crise particulièrement grave.

Une durée exceptionnelle. La première est la durée.

d'une intensité folle sur une durée qui n'a jamais été aussi importante.

La durée change la nature même de la crise, comme le souligne un médecin urgentiste :

Pour nous, avant, une crise c'était un accident autoroutier, un problème dans une usine, des choses courtes dans le temps, préparées, anticipées, on a été formé à ça. Là, on se trouve avec une crise qui évolue trois, quatre, cinq jours, et ça continue et ça continue. Nous, ici, on n'avait jamais vu de telles situations de tension, rien à voir avec la grippe.

Les patients graves étaient en détresse respiratoire profonde. Ils ont été intubés et mis sous respirateurs (un débat s'installera plus tard sur la pertinence d'intuber). Un patient sous respirateur doit être placé en situation de paralysie artificielle de manière à ce que sa respiration soit assurée complètement par l'appareillage. On utilise à cette fin des médicaments à base de curare (la consommation importante de ce type de médicament, à l'échelle mondiale, est un des éléments de la crise). Les patients sont restés en service de réanimation dans cette situation souvent pendant quinze jours, trois semaines. Les patients entraient en réanimation et y restaient longtemps, alors que d'autres patients étaient admis aux urgences, jour après jour, rapidement intubés et placés sous respirateur. Le risque était, comme on l'a vu sur certaines images en provenance d'Italie, que les nouveaux patients ne restent alignés dans un couloir des urgences parce que les services de réanimation étaient saturés. C'est pour arrêter ce phénomène que la décision du confinement a été prise dans la plupart des pays. Mais les effets de cette décision, en raison du temps d'incubation de la maladie, ne se sont fait sentir qu'au bout de quelques semaines. La crise a donc été particulièrement longue, bien plus longue à gérer pour le système hospitalier que celle des attentats.

La difficulté de cadrer la crise. La seconde caractéristique de la crise Covid-19 qui a rendu sa gestion particulièrement difficile est une caractéristique propre sans doute à toute crise

profonde, mais dont la Covid-19 est très illustrative. Il s'agit de la difficulté à cadrer la nature de la crise, ce que les Anglo-Saxons appellent « *framing* » (Chong & Druckman, 2007 ; Edmondson, 2012). Un dimanche soir, la direction de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) a réuni ses experts médicaux,

parce qu'on ne comprenait plus et qu'on faisait des erreurs.

La situation que les hôpitaux affrontait relevait de deux cadres contradictoires :

On était en train de mélanger du banal et du grave. On nous parlait de grippette et il y avait des cas graves. On a inventé Covidom³.

La difficulté du cadrage a sans doute été aggravée par l'extrême médiatisation de la crise. L'APHP avait envisagé au début d'interdire toute communication pendant la durée de la crise. Il a été impossible de s'en tenir à cette règle. Au début de la crise, nombre d'experts sont donc allés sur les plateaux de télévision y expliquer que la Covid n'était qu'une maladie bénigne. Ils expliquaient qu'une épidémie de grippe peut tuer en France, bon an mal an, quinze mille personnes. On déplorait encore seulement quelques dizaines de décès. Nombre de patients atteints par le virus sont asymptomatiques : s'ils ne sont pas testés, ils ignorent même qu'ils sont porteurs du virus et mènent une vie et une activité normale, quelquefois en ayant un simple rhume (ce qui est, fort heureusement, généralement le cas pour les enfants). Pour la très grande majorité des patients, la maladie se traduit par quelques jours de forte fièvre, des maux de tête et une gêne respiratoire. La maladie était supposée ne toucher que les personnes très âgées ou celles présentant des comorbidités. Le mot « *grippette* » s'est alors répandu, sans qu'on sache exactement qui l'a utilisé le premier, qui exprimait une manière de « *cadrer* » la situation que le système de santé allait avoir à gérer : une maladie sans graves effets sauf pour des personnes à risque.

Assez rapidement, au regard des patients qui arrivaient aux urgences, un autre cadrage est apparu. Les infirmières urgentistes voyaient arriver dans le service des patients sur leurs deux jambes, assistaient à la dégradation extrêmement rapide de leur état de santé, pour les intuber finalement et les mettre sous respirateur. Dans les services de réanimation, les soignants échangeaient encore quelques mots avec des patients qui, durant trois semaines, ne seraient plus en état de parler. Une étudiante en médecine voyait décéder en service de réanimation une jeune mère de famille à peine plus âgée qu'elle.

Le côté grippette, je n'en veux pas à ceux qui l'ont fait, c'était sous-évalué au niveau du danger de cette pathologie, quand on arrive en réa et qu'on voit tous ces patients qui ne devraient pas être là... Quand on voit la brutalité de ce virus, la violence, on voit que l'anticipation est impossible. Les patients consomment deux fois, quelquefois trois fois plus de médicaments. Qui pouvait penser qu'ils resteraient trois semaines en intubation ? Mon métier d'infirmière anesthésiste, c'est d'anticiper le comportement du patient, et là on ne pouvait rien anticiper.

En réalité, aucun des deux cadrages ne correspond à lui seul à la réalité. La Covid-19 est à la fois une maladie bénigne pour la très grande majorité des cas et une maladie grave pour une proportion très faible de cas en pourcentage, mais qui, rapportés à l'ensemble de la population, peuvent amener une mortalité importante dans les cas graves. En termes de gestion, le système

³ Covidom est une application d'e-santé mise au point conjointement par l'APHP pour le suivi médical des patients atteints par le virus ou suspectés de l'être.

de santé a dû, pour reprendre les termes très justes du responsable de l'APHP cité plus haut, « *mélanger du banal et du grave* ». Ce cadrage contradictoire, cette impossibilité d'un cadrage simple (ou bien une grippe ou bien Ébola) est l'une des caractéristiques majeures de la crise Covid-19, et probablement de toute crise profonde.

Il est intéressant de constater que même après la sortie de la crise, cette dimension est toujours mal comprise : il est de bon ton, rétrospectivement, de se moquer des « spécialistes » qui, au début, ont parlé d'une banale crise et ont avancé l'idée qu'on « *en faisait trop* ». Comme si ces spécialistes s'étaient trompés de cadrage en posant que la Covid-19 était une maladie banale alors qu'elle s'est révélée être une maladie grave, ce qui était le bon cadrage à faire dès le début. Même après les événements, la nature de la crise reste mal comprise : la Covid-19 relève en fait d'un cadrage contradictoire. Encore une fois, elle n'est pas soit une grippe, soit le virus Ébola, elle est à la fois une maladie banale et une maladie grave.

Les acteurs de la crise, à tous les niveaux, ont donc dû trouver des solutions en gérant au quotidien cette contradiction entre deux cadrages opposés également vrais.

L'impréparation des esprits. Dans la compréhension de la crise, le point fondamental a été souligné par plusieurs acteurs. Moins qu'une impréparation dans les stocks de matériel, c'est l'impréparation des esprits qui a été soulignée.

On n'était pas prêt dans les esprits. J'ai quelques conseillers médicaux qui sont venus me voir dès le mois de janvier, si on ne fait rien, on aura 400000 morts, il faut commander des masques. Je leur ai dit d'arrêter de fumer la moquette. On n'a pas communiqué là-dessus. Dans l'organisation, mais dans les esprits aussi, personne n'était prêt.

Il est difficile de se remettre dans l'esprit qui régnait au début de la crise mais un acteur permet de s'y replonger en partie :

Je m'en veux de ne pas avoir posé la question à la ministre que je voyais toutes les semaines. J'ai réagi comme un c..., comme au moment de Tchernobyl, avec l'idée que ça ne passerait pas la frontière. Pourtant on avait les signaux faibles, la Chine.

Chaque étape de la crise donne lieu à une interprétation ad hoc. On voit sur tous les écrans la Chine confiner la province de Wuhan et on se dit qu'un État autoritaire peut faire des choses qu'un État démocratique ne pourra jamais faire. Le même acteur ajoute :

Quand Wuhan a été mis en quarantaine, on a expliqué que cela représentait soixante millions de gens, je me suis dit, tiens, c'est l'équivalent de la population française.

Quand le système hospitalier italien se trouve débordé, l'explication est qu'il est moins solide et bien organisé que le système français. Il y avait de la condescendance, note un acteur, qui explique que l'on aurait dû s'inquiéter du fait que la région touchée, la Lombardie, est l'une des plus modernes d'Italie, connaissant un dynamisme économique supérieur à celui de bien des régions françaises.

Les premiers signaux sont en Chine, qu'on prend avec plus ou moins de légèreté, de suffisance, les avis dans la communauté médicale étaient très partagés : est-ce que cela allait nous concerner, et sur quelle échelle si oui ?

Pas d'avis bien calés. Ça s'accélère et on a le choc de l'Italie, très frontalier. Grande préoccupation. Mais on se dit que les Italiens n'étaient pas bien préparés, qu'ils n'avaient pas la même capacité de réaction. Du classique.

Lorsque le Samu de l'Oise est débordé, pour répondre à son appel à l'aide, les Samu d'Île de France et des Hauts de France dépêchent sur place des spécialistes. Leur première réaction est d'expliquer à leurs collègues qu'ils sont mal organisés : on ne crée pas trois salles de régulation, on regroupe tout dans une salle unique. Ce n'est qu'au bout d'un moment qu'ils réalisent ce qui se passe.

Ils comprenaient intellectuellement, mais pas viscéralement. Il a fallu qu'ils comprennent viscéralement pour que l'aide se mette en place.

Le problème de la compréhension de la crise est là : il ne s'agit pas d'une compréhension intellectuelle, mais d'une compréhension pratique, une compréhension en phase avec l'action, celle qui peut se faire, celle qui ne peut plus se faire, celle qu'il va falloir mener. Le plus frappant dans la crise Covid-19 est que le schéma habituel de la survenue d'une crise ne fonctionne pas. Souvent, on estime que la crise est advenue parce que des signaux faibles n'ont pas été repérés par les acteurs, et pas été correctement interprétés comme porteurs d'un risque. Dans la crise Covid-19, les signaux n'étaient pas faibles, ils étaient massifs : la situation en Chine et en Italie était sur tous les écrans. Le problème est que même au regard de ces signaux massifs, la survenue de la crise n'est pas apparue crédible. Il fallait pour comprendre mener un processus d'enquête active. Un responsable de l'APHP écoute un matin les informations qui parlent de la situation à Mulhouse. Sa première réaction est de se rendre sur place pour comprendre. Finalement, l'APHP dépêchera quelqu'un ayant une formation d'anesthésiste-réanimateur qui reste sur place plusieurs jours.

Il est parti en urgence le lundi ou le mardi matin. Il est revenu avec l'excitation de celui qui a vu. Excitation au bon sens du terme, celle de celui qui a vu l'ampleur de ce qui se jouait. Il a fait un débriefing passionnant. Les médicaments, les blouses. Ils n'arrivent pas à enclencher le privé. Un rapport hyper-complet.

Pour comprendre la crise et l'anticiper, il a fallu bousculer tous les cadrages. L'information à elle-même (elle était surabondante) ne suffit pas :

Il faut avoir la dramaturgie autour de l'information. Si on m'avait dit en janvier : on nous avait dit en janvier : ça va être une vague, on ne pouvait pas se projeter. On restait dans la croyance. Au début du grand est, comme en Italie, l'interprétation était : ils n'ont pas eu de chance, c'est la réunion de l'Église évangélique. En Italie, pareil. On était dans l'incrédulité. Il fallait aller voir. Le nombre de gens qui avaient l'information, mais qui n'ont pas métabolisé...

Le rôle de l'expertise scientifique. Dans la compréhension, l'expertise scientifique a évidemment joué un rôle. Mais on constate là aussi une déconnexion qui fait que ceux qui auraient dû préparer à la crise n'étaient pas forcément prêts dans leur tête à le faire :

On n'a jamais fait le lien entre l'expérience sur Ébola et l'impréparation nationale ? Les masques, j'aurais pu dire lors des réunions, dire : que se passerait-il s'il y avait de nombreux patients ? Il y a eu déconnexion entre les cerveaux et la préparation nationale à la pandémie, une segmentation des responsabilités entre la recherche et les services de préparation. C'est une question de management. La défaillance est dans l'absence d'articulation entre les deux. Ceux qui ont des éléments sur la crise de demain et ceux qui doivent préparer cette crise ne sont pas en relation. L'anticipation de crise se fait dans une échelle de temps longue et ceux qui gèrent sont dans le temps court. Si les deux ne se connectent pas, on est en aveugle.

Pour pallier cette déconnexion, au niveau central, l'État a créé un conseil scientifique rassemblant des spécialistes de diverses disciplines. L'idée pour le pouvoir politique était d'avoir un outil d'enquête sur les connaissances scientifiques pouvant guider la décision politique. Y assistaient donc le Président, le Premier ministre, ou leurs membres de cabinet. Les réunions étaient organisées sur la base des questions qui appelaient des décisions, comme le fait de savoir si le premier tour des municipales pouvait se tenir ou non, avec l'idée d'éclairer la décision politique à partir du savoir scientifique.

Mais, pour les acteurs en charge de gérer la crise, la médiatisation intense, déjà signalée, n'a pas facilité les choses. Les plateaux de télé ne se prêtent pas à l'incertitude et à la pédagogie, comme le note un réanimateur qui a été un leurs invités :

Les gens ont besoin d'avoir des informations, des repères et il est très difficile de faire de la pédagogie en période d'incertitude.

Du coup, assez souvent, les scientifiques ont mélangé leur parole scientifique avec autre chose :

Un urgentiste vient de dire sur un plateau de télé : il n'y aura pas de deuxième vague, il faut rouvrir les cinémas. Qu'il dise : « il n'y aura pas de deuxième vague », il faut l'écouter, il est légitime. Mais rouvrir les cinémas, ce n'est pas son rôle, il remet en cause son expertise scientifique lorsqu'il va sur ce terrain. C'est la médiatisation idiote : elle confond parole scientifique, parole managériale, parole politique. C'est une catastrophe.

Dès lors, la crise a sans doute aggravé la difficulté de l'articulation entre la science et les médias :

La pression médiatique a été néfaste, sur tout le monde. On a vu des publications prématurées. Certains se sont exprimés sans avoir les données solides et ceux qui auraient dû s'exprimer ne l'ont pas fait. La science n'en sort pas forcément grandie.

Cet acteur cite un édito paru dans *Science* sur le rôle des scientifiques, intitulé « *Underpromise, Overdeliver* »⁴. Certains scientifiques se sont vus en lanceur d'alerte, ce qui a pu brouiller leur discours. Comme le note un acteur :

Le mot grippette vient notamment de [nom d'un infectiologue médiatisé]. Un lanceur d'alerte doit être contre le vent dominant. Le problème arrive quand le vent n'arrête pas de changer...

La difficulté à comprendre la crise, à la cadrer de manière satisfaisante, alors même qu'elle commençait à faire sentir ses effets, explique que l'anticipation s'est parfois jouée à 48h, ce que nous allons voir.

2. La gestion de la crise

L'objet de ce chapitre est de donner à voir la manière dont le système hospitalier s'est organisé pour gérer la crise et comment il y a fait face. Les dispositifs de gestion, la cellule de crise et le directeur médical de crise, sont tout d'abord présentés. Ils se sont en effet mis en place au tout début. Ces dispositifs ont permis l'augmentation considérable de l'offre de soins, notamment en réanimation. Face à la crise, les situations ont été contrastées : certains établissements se sont trouvés débordés, d'autres extrêmement chargés mais ayant pu anticiper, d'autres enfin se sont

⁴ <https://science.sciencemag.org/content/367/6485/1405.full>

trouvés relativement protégés par l'arrêt de la propagation de l'épidémie provoqué par le confinement. La crise a pu être gérée grâce aux mécanismes de coopération qui se sont mis en place, et notamment pour certaines régions par les transferts de patients. L'hôpital a été l'élément central de la gestion de la crise, mais il a opéré dans le cadre du système de santé global. En mai-juin, les effets de la crise (de sa première vague ?) se sont atténués et on a pu parler (prudemment) de sortie de crise ou du moins de désescalade.

Ce retour d'expérience se termine par deux questions : d'une part, pour les acteurs, quel est le problème de gestion le plus important qu'ils aient eu à affronter ? D'autre part, quels sont à leurs yeux les éléments les plus importants ayant permis de gérer la crise ?

2.1. L'organisation de crise (cellule de crise et directeur médical de crise)

Lorsque la crise survient, les instances de décision (ministère, ARS, établissements) s'organisent. La première décision est la création d'une cellule de crise et, dans les établissements, la nomination d'un directeur médical de crise.

Au niveau central, la cellule de crise est créée au ministère de la santé, mais avec une dimension interministérielle. Dans un groupe aussi important que l'APHP, il y avait une cellule au niveau central, une cellule au niveau des groupements hospitaliers et une autre enfin au niveau de chaque établissement. Les réunions de la cellule centrale de crise de l'APHP pourront réunir jusqu'à cent-vingt personnes en visio-conférence.

Les cellules de crise se réuniront tous les jours durant la crise, quelquefois même deux fois par jour, tous les deux ou trois jours lorsque la situation commencera à s'améliorer.

Dans la mesure où il s'agit de mobiliser l'ensemble des compétences nécessaires à la préparation à et à la gestion de la crise, médecins, mais aussi services généraux, les cellules de crise dans les établissements peuvent être très nombreuses (une cinquantaine de personnes – il est arrivé qu'un élu local y participe et joue le rôle de relais avec les instances politiques) ou plus resserrées :

On a conçu une cellule de crise très opérationnelle : les réanimateurs, les anesthésistes qui ont transformé le bloc de chirurgie, les maladies infectieuses, responsables des urgences.

Sur le plan managérial, le fonctionnement est très différent de la gestion de l'établissement en temps normal : la direction discute rarement en direct avec toutes les composantes de l'hôpital⁵ :

Cela a donné quelque chose de très inédit, la cellule de crise pluridisciplinaire, sans discontinuité, mobilisation totale de la maison, une forme de cohérence et de cohésion, presque spontanée.

Ce fonctionnement s'est substitué aux instances habituelles de décision dans les établissements, comité de direction, commission médicale d'établissement (CME), comité technique d'établissement (CTE), CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) :

⁵ Une exception intéressante est celle d'un établissement qui a créé une direction logistique qui regroupe tous les services supports de l'établissement (sauf l'informatique). La gestion de la crise a pu s'appuyer sur cette direction pour transformer l'établissement en préparation à l'accueil et au traitement de patients Covid.

On a suspendu les instances habituelles et on n'a jamais aussi bien travaillé ensemble.

Les CTE étant suspendus, les syndicats pouvaient néanmoins s'exprimer en cellule de crise :

On s'engueulait avec les syndicats, mais zéro blocage, tout le monde a aidé.

La cellule de crise a plusieurs fonctions. La première est l'échange, la discussion, en plein cœur de la crise :

J'étais là à toutes les cellules de crise, j'ai senti une équipe médicale qui avait besoin de parler, d'échanger, là on était dans le décroisement, même réanimation médicale et réanimation chirurgicale, on connaît les tensions, au niveau local comme au niveau national. Le fait d'avoir cette cellule de crise tous les jours a beaucoup favorisé.

Elle peut et doit jouer un rôle de réassurance dans les périodes d'extrême tension :

Il y a eu des séances de cellules de crises avec des réanimateurs qui ont craqué, qui ont dit qu'ils n'y arriveraient pas, on a essayé de rassurer, de garder le cap.

Elle n'est pas toujours une instance de décision au sens propre, notamment du fait du nombre important de participants.

On se confirme des décisions qui sont prises en sous-groupes, le sous-groupe de réanimation avait travaillé. On annonçait sa décision.

Mais les différents sujets sont évoqués, discutés. L'information vient de toutes les sources possibles et elle est synthétisée. La Société Française d'Anesthésie Réanimation a par exemple créé un groupe WhatsApp qui a permis de diffuser de l'information sur les premiers patients traités alors que la maladie était encore en grande partie inconnue. Lorsqu'un point réclamant une décision difficile est abordé, son instruction est confiée à un sous-groupe. Le lendemain, le sous-groupe propose des solutions que l'on adopte en cellule ou les présente si elles ont déjà été adoptées. Comment fonctionne une cellule de crise à vingt-cinq participants ?

La règle est une distribution de parole très disciplinée ; de la conduite de réunion très serrée, extrêmement serrée, un peu d'expression libre, mais peu, avec un relevé de décision systématique ; aucune question laissée en suspens (quelquefois 24h avec un groupe de travail dédié), on a beaucoup fonctionné comme ça, les réanimateurs se réunissaient après la cellule de crise, et revenaient le lendemain. Il fallait accepter le rôle du régulateur. Il y a eu des débats intenses. Mais chacun a accepté l'idée d'arbitrage.

Au début, les cellules de crise se sont tenues en présentiel. Mais le risque est apparu assez grand.

J'ai eu la crainte qu'on soit touché dans la cellule de crise, qu'elle devienne un cluster.

Après le confinement, beaucoup ont eu lieu en visio-conférence :

Je peux fermer le micro des autres (on a appris à faire). Un ordre du jour assez régulier, dans le même ordre, rappelé en introduction, et j'envoyais avant deux/trois SMS pour identifier ceux qui prendront la parole. Ne le prenez pas pour un péché d'arrogance, mais j'adoptais une manière de parler qui soit légitime. Un débit de parole qui laisse entendre que c'était piloté. Le compte rendu partait dans le quart d'heure. Des réunions pertinentes dans leur rythme, dans leur contenu. Beaucoup de décisions annoncées. Les cellules de crise en elles-mêmes ne sont pas des lieux de décision, ce sont des lieux de coordination, d'échanges, d'annonces. Y compris des erreurs qu'on avait faites. On se confirme des décisions qui sont prises en sous-groupes, le sous-groupe de réa avait travaillé. On annonçait sa décision.

On a surutilisé les dispositifs comme Zoom, Skype, les conférences téléphoniques, les groupes WhatsApp. Au sein de la conférence des directeurs généraux, on a mis en place des groupes WhatsApp. On a été obligé. On ne pouvait plus se réunir.

Le distanciel a d'ailleurs été apprécié, au-delà de la possibilité de faire cesser les apartés en condamnant les micros :

Ce qui m'a frappé positivement, c'est que ce que l'on vivait avant comme de la réunionnite aigüe prenait sens dans le cadre de réunions Zoom, Teams ou autres. Finalement, les réunions en visio ont plus d'effet que les réunions en présentiel, où les gens ne sont pas présents et regardent leur iPhone.

Comme on l'a vu, nombre des cloisons qui isolent en silos habituellement les différents services sont tombés en cellule de crise, et une grande cohésion est souvent apparue, même si les débats ont été intenses. Un directeur d'établissement, explique que, contrairement à ce que l'on pouvait anticiper, les cellules de crise n'ont pas fonctionné de manière hiérarchique, la direction finissant par clore les débats contradictoires en imposant une solution à tous :

On était 25 à 30, avec distanciation sociale. Étrangement, je n'ai donné aucun ordre. Oui, on arrive à avoir des scénarios rapides : quel problème, qui s'y met, quelle équipe ? Retour demain. J'ai hésité à avoir un management militaire, mais non, c'était trop dangereux.

Un manager explique que la cohésion était même parfois trop grande, les débats pas assez nourris, aucune opposition ne se faisant jour. Dès lors, il a désigné un des présents les moins impliqués dans la gestion directe de la crise comme contre-pouvoir au collectif, plus exactement comme avocat du diable :

On se rend compte au bout de quelques jours, esprit d'équipe, recherche du consensus actif, on est tous tellement d'accord, que le responsable audit je l'ai placé comme ayant pour mission de nous challenger, en recul, pas un contre-pouvoir, mais pas directement engagé dans l'action.

Dans l'ensemble, les cellules de crise apparaissent avoir bien fonctionné, même si les acteurs reconnaissent avoir pu faire des erreurs. Elles ont régulé l'action autour de l'objectif qui était d'accueillir tous les patients touchés et de les traiter avec une même qualité des soins, malgré des circonstances particulièrement difficiles :

Une fois décidées en cellule de crise, les choses étaient faites. C'est une régulation, mais une régulation rénovée. C'est la question des buts de la régulation.

La difficulté a résidé dans le fait de gérer une contradiction : la cellule de crise doit être suffisamment limitée en nombre pour pouvoir rapidement prendre ou coordonner les décisions nécessaires mais plus le nombre de participants est élevé, mieux elle fonctionne en tant qu'outil de communication interne, communication qui est essentielle en temps de crise :

On a transmis beaucoup mais on a eu aussi des difficultés de communication. Entre ce qui se décidait trois fois par semaine en cellule de crise, qui était très bienveillant, et ce qui arrivait dans les services, qui n'était plus compréhensible qui était vécu comme devant être appliqué. On avait un vrai problème de communication. Il y avait des mails, une newsletter, les comptes rendus de la cellule de crise. Mais le mail n'est pas le meilleur support.

Généralement, les comptes rendus des cellules de crise étaient diffusés dans l'ensemble de l'établissement dans l'heure qui suivait, souvent moins.

Bien évidemment, les cellules de crise ont fonctionné en lien les unes avec les autres. La cellule de crise de l'établissement hospitalier était le plus souvent en liaison journalière avec celle de l'ARS, comme ce fut le cas en Île de France :

Ce que je note, c'est qu'entre la cellule de crise de l'APHP et celle l'ARS, ça a très bien fonctionné.

La même collaboration s'est opérée dans d'autres régions.

L'ARS s'est greffée sur notre cellule de crise. Ils n'intervenaient pas beaucoup, voire pas du tout, mais ils donnaient de l'info en direct.

Les cellules de crise fonctionnant en réseau, depuis celle du Ministère de la Santé jusqu'à celles des établissements en passant par celles des ARS ont constitué le dispositif central de gestion de la crise. Un autre dispositif, prévu par les plans, est celui du directeur médical de crise.

En cas d'urgence sanitaire, le plan blanc prévoit la nomination d'un directeur médical de crise. Il s'agit souvent d'un médecin de profil urgentiste (comme énoncé dans le plan Blanc), mais pas exclusivement.

Dans nombre de structures, c'est lui qui animait la cellule de crise :

On était une vingtaine. C'est le directeur médical de crise qui faisait d'abord le point sur l'info, on discutait lits, les capacités, puis le matériel, le personnel avec la directrice des soins, le médecin hygiéniste. La tension sur le matériel. Et on communiquait ponctuellement avec les pharmaciens (gestion des stocks) pour ne pas alourdir. Tous les jours une heure.

Il s'est agi assez souvent du président de la CME. L'armée a une grande expérience de ce dispositif :

Le directeur médical ne met pas la main aux malades, il gère les flux, les équipes. Lors des attentats ou des combats, il y a un trauma leader. Dans des situations qui saturent l'esprit, on ne peut pas voir tout ce qui se passe.

Il est en effet souhaitable que le directeur médical de crise ne soit pas (trop) impliqué directement dans l'action opérationnelle, dans ces situations qui « *saturent l'esprit* » pour pouvoir au mieux organiser et coordonner les équipes. Pour certains, c'est lui qui doit être le point de contact avec les ARS :

Il faut un directeur médical par hôpital. C'est un équivalent temps plein, pas une heure de directeur médical le matin. Ensuite, c'est aux ARS de faire le point avec les directeurs médicaux, pas les chefs d'établissement. Il faut qu'ils soient au courant mais pas dans la boucle de décision.

Certains voient d'ailleurs le rôle de l'ARS au niveau territorial, dans l'organisation de la fluidité entre public et privé, comme celui d'un directeur médical :

Pour qu'il y ait des rapports fluides entre hôpitaux privés et publics, le rôle des ARS doit être directeur, pas consultatif, le rôle de décideur rapide ; si on considère qu'on est en crise, le responsable est le directeur d'ARS, l'équivalent d'un directeur médical de crise.

Autrement dit, ce rôle doit être assumé au niveau de l'établissement, mais aussi au niveau inter-établissements.

Il est à noter que le dispositif du directeur médical de crise n'a pas été adopté partout. Dans plusieurs établissements, comme il a été dit, c'est le président de la CME qui a assuré cette fonction.

Les cellules de crise, qui ont reposé sur une double compétence gestionnaire et médicale, ont mené l'augmentation des capacités lors de la crise.

2.2. L'augmentation des capacités

La Covid-19 conduit en réanimation un grand nombre de patients en un temps très bref. Il a donc fallu adapter le système hospitalier très rapidement.

La première décision prise a été la déprogrammation décidée le 12 mars à la suite de l'activation du niveau 2 du plan blanc. Toutes les opérations non urgentes impliquant une réanimation post-opératoire, c'est-à-dire une anesthésie générale, sont déprogrammées et reportées à l'après-crise. L'effet est immédiat :

Déprogrammation des interventions, libération des lits. Un hôpital désert en 48/72h.

La décision est nationale. À l'époque, on ne sait évidemment pas si l'ensemble du territoire national va être touché (d'autant que le confinement n'interviendra que quelques jours plus tard) : certaines régions ne le sont pas. Là, la déprogrammation peut être difficile : aucun cas de Covid-19 n'est recensé, mais il faut expliquer aux chirurgiens qu'ils doivent arrêter d'opérer parce que l'hôpital doit se préparer à une pandémie dont on ne sait pas si elle va le toucher ou non.

Pendant les premiers jours, on n'avait pas la consigne de déprogrammer. Je savais qu'il fallait déprogrammer, mais je ne savais pas comment faire, et là le message a été très clair, donc en temps de crise, très aidant. Les messages ensuite ont changé, sont arrivés au compte-goutte, mais celui-là était très clair et très aidant.

Dans les régions qui commençaient à être touchées par l'épidémie, la déprogrammation a pu précéder de quelques jours la décision nationale. Dans les autres, elle a pu être plus progressive, en commençant par l'ophtalmologie et la chirurgie orthopédique.

La décision est nationale et a donc été adaptée localement : certains établissements l'ont anticipée, d'autres l'ont appliquée très rapidement (24/48h), d'autres enfin, non encore touchés par la pandémie, ont mis un peu plus de temps (de l'ordre d'une semaine).

Sur le débat centralisation/autonomie locale, je pense que le système a bien réagi. Si on a pu prendre en charge les gens, c'est que le central a imposé la déprogrammation et que ça s'est passé intelligemment localement.

La première mesure consiste à organiser l'hôpital en deux circuits, l'un pour les patients potentiellement atteints par la Covid-19, l'autre pour les non-Covid. Quelquefois, le service des urgences est restructuré en deux parties, d'autres fois une tente est installée devant l'hôpital pour recevoir les patients pouvant être atteints qui les reçoivent, les testent et les gardent en attente des résultats des tests, les renvoyant chez eux s'ils sont négatifs, les envoyant en service Covid si le test est positif. Ce sont les UTAR (Unités Transitoires d'Attente des Résultats). En pratique, les établissements vont généralement se transformer en tout Covid parce que les patients non Covid, par peur de la contamination, vont cesser de se rendre aux urgences ou de venir à l'hôpital pour un traitement.

La deuxième mesure, la plus compliquée, est l'augmentation des capacités, essentiellement en réanimation mais aussi, par exemple, en radiologie. Comme l'indique un directeur d'établissement, il faut résoudre trois problèmes : celui des équipements (essentiellement les respirateurs), celui des équipes, et celui des murs.

Dans la plupart des établissements, il existe deux services de réanimation, la réa médicale et la réa chirurgicale. Les réas médicales se transforment rapidement en services Covid. Elles envoient leurs patients non-Covid en réa chirurgicale dans un premier temps. Puis, une fois saturées, des patients Covid entrent dans les réas chirurgicales qui sont alors divisées en deux avec un espace Covid et un espace non-Covid. Rapidement, l'espace Covid disparaît. On mobilise alors les salles de réveil des blocs opératoires et les unités de soins intensifs polyvalentes.

Le premier problème est celui des respirateurs. Tous les respirateurs disponibles sont mobilisés, sachant qu'un respirateur de transport est moins efficace qu'un respirateur de salle de réanimation (l'état de certains patients peut considérablement s'améliorer lorsqu'il passe du premier au second). Dans les régions les plus touchées, des cliniques privées vont envoyer aux hôpitaux publics des respirateurs ainsi que les équipes d'anesthésie-réanimation. La direction d'un hôpital public en plein cœur d'une région touchée appelle un collègue d'une région non touchée et lui demande des respirateurs. Cette demande est contraire aux consignes nationales qui tendent à interdire ces accords de gré à gré mais il y a urgence. Sans savoir si sa région va finalement être touchée elle aussi, et consciente qu'un respirateur prêté ne peut pas revenir avant des semaines (les malades hospitalisés pour Covid restant sous respirateur pour une très longue durée), mais consciente également de l'intensité de la crise dans la région touchée, la direction de l'établissement contacté donne son accord. Une camionnette prend la route, le chauffeur dort sur place et revient le lendemain avec quatre respirateurs. Les respirateurs en eux-mêmes ne suffisent pas. Un malade en réanimation exige une surveillance continue. Un lit de réanimation suppose donc un équipement informatique sophistiqué : les équipes informatiques des établissements sont donc fortement sollicitées.

Le deuxième problème est celui des équipes médicales. Il faut notamment surtout des réanimateurs et des anesthésistes réanimateurs. Il faut aussi des infirmiers et infirmières de réanimation, une spécialité aux compétences très particulières. Certes, les équipes de la partie déprogrammée de l'hôpital sont inactives et disponibles. Mais un chirurgien et une infirmière de bloc opératoire ne se transforment pas du jour au lendemain en spécialistes de réanimation.

On n'avait pas assez d'infirmières. On n'y arrivait pas en février, début mars, j'ai fait un appel à la radio. On a eu une base de données avec les réponses, infirmiers et médecins retraités, la contrainte était vraiment les infirmières réas. On continue de former en prévision d'une deuxième vague.

Des formations rapides vont donc être données, mais surtout des équipes mixtes vont être constituées, regroupant des médecins et infirmiers d'anesthésie et de réanimation et des médecins et infirmiers non spécialisés, de manière à éviter que certains services ne soient armés avec des spécialistes alors que d'autres ne le soient avec des non-spécialistes.

Les chirurgiens ont été formés à la réanimation en quelques heures et on les a mis avec des anesthésistes, en petites mains, il a fallu qu'ils acceptent.

Dans les régions les moins touchées, comme la Nouvelle Aquitaine, des médecins et des infirmiers se portent volontaires pour aller appuyer les équipes des régions plus touchées.

Chaque fois qu'on faisait un appel, on avait trois ou quatre fois plus de réponses que ce qu'on demandait. Je les ai tous salués. Je leur disais : un grand merci, ce que vous faites est magnifique. La réponse était toujours la même : c'est normal. Ils quittaient leur famille, ils prenaient le risque de se faire contaminer, quand ils répondent : « c'est normal », je me dis qu'on a tout gagné.

Les établissements lancent des appels à des médecins et infirmières qui ont eu par le passé une expérience en réanimation. Et puis, comme on l'a vu, des établissements privés envoient dans les hôpitaux publics des équipes, médecins et infirmières, d'anesthésie-réanimation. Dans les services de réanimation, les étudiants en médecine, volontaires, ne pouvaient pas être mobilisés en tant qu'infirmiers. Certains se sont portés volontaires comme aides-soignants. Ils ont alors parfois travaillé avec des chirurgiens, des orthopédistes qui s'étaient eux aussi portés volontaires comme aides-soignants, ne voulant parfois pas faire perdre de temps en formation aux anesthésistes-réanimateurs déjà débordés. De même, des médecins retraités, des étudiants en médecine ont été mobilisés en régulation (SAMU). Dans certains établissements, il a pu y avoir un phénomène de sureffectifs. En effet, comme on anticipait qu'une grande partie du personnel soignant, peut-être 40%, pouvait être contaminée, les équipes ont été surdimensionnées. Or, fort heureusement, la contamination chez les soignants, notamment en réanimation, a été moins forte que prévu. De même, les équipes des urgences ont souvent été considérablement renforcées alors que les passages aux urgences ont eu tendance à baisser durant la crise, à 50% ou moins de l'activité habituelle.

Le problème des équipes a été particulièrement sensible. En effet, une partie des soignants ont été eux-mêmes contaminés et les personnels à risque sont restés protégés chez eux. Si la mobilisation a été très grande, un certain nombre de défections ont été enregistrées. Dans un établissement psychiatrique, une partie des psychiatres ne sont plus venus à l'hôpital. Dans certains EHPAD, les généralistes ont fait de même. Si beaucoup de chirurgiens se sont portés volontaires, comme aides-soignants ou en cellule de régulation, d'autres sont restés chez eux. Comme le note un acteur sous la forme d'une litote :

Il y en a pour qui l'inactivité n'a pas pesé. On va le dire comme ça.

Une fois les équipes constituées, leur composition et leur cohésion ont été déterminantes, ce qui n'a pas été observé dans tous les cas, comme le note une infirmière :

On nous demandait de venir travailler et ensuite on ne savait pas où nous mettre. On faisait bouche-trou, mais même sans savoir où étaient les trous.

Le troisième problème est celui des murs. Beaucoup de chambres sont des chambres à plusieurs. Pour éviter la contamination, et pour éviter que les patients ne voient décéder leur voisin de chambre, les chambres doubles sont transformées en chambres simples. Mécaniquement et du jour au lendemain, l'espace des services se réduit d'autant.

C'est impensable ce qu'on a déménagé. Déménager en quarante-huit heures une unité de dialyse, c'était impensable.

Ces opérations de déménagement mobilisent l'ensemble des services support qui eux aussi vont être touchés. Dans un établissement, un électricien se retrouve en service de réanimation. Un médecin atteint lui-même de la Covid, lorsqu'il revient dans son établissement, est stupéfait par la manière dont on a « poussé les murs ». En zone touchée, un établissement a envisagé un moment de transformer le hall d'entrée de l'hôpital en zone de soins et avait prévu de faire appel

à Air Liquide pour poser des arrivées d'oxygène. Finalement, les transferts de patients vers d'autres régions permettront d'éviter d'avoir recours à cette solution.

Globalement, suite aux adaptations locales, les capacités en réanimation ont pu augmenter pour suivre la courbe de l'épidémie jusqu'à ce que le confinement permette d'arrêter la progression.

Durant toute la période, les approvisionnements ont été une obsession et une angoisse pour les services logistiques des établissements. Il a été question des respirateurs précédemment. Les masques ont été l'un des très gros points noirs. Aucun hôpital (à la différence de ce qui s'est passé pour la médecine de ville) n'a fait état d'une pénurie. Un urgentiste :

On n'a jamais manqué de masques, de blouses. On a eu des périodes avec 24h d'avance mais on a toujours trouvé des solutions. Ça a fonctionné par des connaissances, des entreprises, l'Allemagne par le biais d'appariements entre villes. La débrouille, je dirais.

Mais cette perspective de n'avoir que quelques jours de stocks à certains moments a été difficile à vivre et à gérer. Dans les premiers jours, des vols ont eu lieu (certains établissements ont déposé des plaintes) qui ont diminué les réserves⁶. Par la suite, la réquisition décidée par l'État le 4 mars a permis de centraliser les stocks mais les circuits logistiques ont peiné à se mettre en place. Les établissements supports de GHT (Groupements Hospitaliers de Territoires) ont été chargés de la distribution aux autres établissements sur la base de clefs de répartition restées obscures pour les acteurs.

Les établissements se sont organisés en interne :

La blanchisserie, avec des machines qui ont plus de quarante ans, des fuites de vapeur d'eau, dans un milieu hyper chaud, s'est organisée pour laver des draps infectés Covid. On a créé un atelier couture masques et sur-blouses. Ils ont abattu un travail colossal, à une vitesse vraiment forte.

Des sacs poubelles ont été utilisés pour remplacer les sur-blouses manquantes, sans doute matériellement et symboliquement ce que les personnels soignants ont le plus mal vécu. Les médicaments à base de curare nécessaires à la réanimation ont dû être économisés et d'autres ont dû leur être substitués. Un établissement a fait venir des réanimateurs à la retraite pour expliquer comment s'opérait la réanimation avant les nouvelles générations de médicaments qui risquaient de manquer.

2.3. Le contraste entre les situations

Durant la crise, les établissements hospitaliers vont connaître trois situations contrastées : le débordement, l'avance sur la crise, le petit nombre de cas.

Les situations de débordement ont concerné surtout le SAMU de l'Oise et l'hôpital de Mulhouse.

Là où on va être frappé de plein fouet, c'est l'activité SAMU. Habituellement, notre Samu traite 450 dossiers médicaux par jour (ce qui veut dire que le nombre d'appels est plus élevé), le vendredi on se fait renforcer par l'école d'infirmière et on met en place une unité

⁶ Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée a fait état de 20% de vols de masques au début de l'épidémie dans les établissements (<https://www.bfmtv.com/mediaplayer/video/lamine-gharbi-face-a-jean-jacques-bourdin-en-direct-1903-1231553.html>)

de réponse uniquement Covid. Sur le weekend end, on passe à 1000, 1200, 1400 dossiers. Le dimanche matin, on sait qu'on n'est plus capable de répondre.

La raison d'être d'un service SAMU, sa fierté, est de pouvoir répondre très rapidement aux appels qui lui sont adressés. Bien évidemment, en temps de crise, un accident, une épidémie de forte grippe, le nombre d'appels croît, le délai de réponse s'allonge un peu, mais le service sait rapidement s'organiser pour faire face. Là, la situation est complètement hors norme. Les deux raisons de fond sont le déclenchement de l'épidémie dans l'Oise et la consigne nationale donnée au tout début de la crise : si vous avez les symptômes, ne vous rendez pas aux urgences mais appelez le 15. Un autre phénomène a joué, que les médecins urgentistes n'ont pas compris sur le coup, n'étant pas en train de regarder la télé : il a été annoncé que le maire de Crépy-en-Valois avait été testé positif⁷, ce qui déclenche brusquement une vague d'appels supplémentaires. Dans la nuit, les médecins vont dormir, épuisés, en espérant que les choses vont se calmer, mais quand ils reviennent au matin, la vague d'appels a encore augmenté.

Le lundi matin, les médecins SAMU sont en sidération. On n'arrive plus à réguler les urgences. Les délais de réponse passent à plus d'une heure avant de décrocher.

Il est alors fait appel au SAMU des Hauts de France et au SAMU d'Île de France qui envoient des experts sur place en hélicoptère. Le premier diagnostic relève d'un cadrage classique et inapproprié : le SAMU de l'Oise paraît mal organisé, en trois salles de régulation, ce qui n'est pas recommandé. Rapidement pourtant, les experts dépêchés changent de cadrage : d'une part l'hôpital de Beauvais qui centralise le SAMU de l'Oise n'a pas la place de mettre en œuvre une salle de régulation unique pour gérer le volume d'appels énormes auquel il doit faire face ; d'autre part, ils prennent conscience qu'un tel volume est ingérable par l'Oise seule. Dans l'après-midi, les SAMU des Hauts de France et d'Île de France prendront en charge une partie des appels. En parallèle, un soutien psychologique aux équipes est mis en place très rapidement :

L'équipe psychologique, je l'ai mise en place le samedi après-midi, parce que ça ne pouvait pas attendre le lundi. [Les psychologues] ont proposé un modèle d'accompagnement le dimanche matin et commencé la mise en œuvre le dimanche après-midi. Il fallait cet accompagnement, pour ne pas perdre les équipes.

À Mulhouse, lorsque survient le cluster de l'Église Porte Ouverte Chrétienne, l'hôpital qui multiplie les capacités de réanimation jour après jour accueille plus de patients Covid que de lits ouverts. Un hôpital militaire de campagne est installé en une semaine avec une capacité de trente lits de réanimation puis des transferts de patients sont organisés.

C'est qu'au plus fort de l'épidémie, dans les régions touchées et avant que le confinement ne porte son effet, l'augmentation des arrivées des patients potentiellement Covid est exponentielle.

Ça doublait tous les 4/5 jours et on n'avait plus de marge de manœuvre. Le doublement a été stoppé par le confinement.

⁷ Bruno Fortier annonce sur son profil Facebook le dimanche 1er mars peu avant 19h : « Après avoir subi un test hier matin à l'hôpital d'Amiens mon résultat vient de tomber. Mon test est positif et donc je suis porteur de cette « cochonnerie ». Je suis donc en train d'établir la liste des personnes que j'ai rencontrées depuis les 14 derniers jours. Je pense que beaucoup de cas vont apparaître dans les jours qui viennent. » L'information est reprise par les chaînes de télé en continu.

La situation décrite ici est celle d'une île, ce qui explique l'absence de marge de manœuvre, l'établissement devant faire face seul à l'épidémie au moment où elle se déclare. En métropole, l'épidémie part de l'est et se propage de jour en jour, mais cette propagation, même rapide, laisse cette petite marge de quelques jours de décalage.

Le vrai test a été Mulhouse-Colmar. On a vu qu'on avait quatre cinq jours de retard sur eux. On avait des contacts avant qu'on ne soit submergé. Mon collègue de Mulhouse a envoyé un mail très fort, que j'ai diffusé. On avait quelques jours de retard sur l'Alsace et Paris sur nous.

Certains établissements ont eu, on l'a vu, à peine 48h d'avance sur l'arrivée de la vague. Ils ont suffi pour créer les capacités nécessaires. L'expression qui revient sans cesse est « avoir un coup d'avance ».

On a toujours travaillé pour avoir un coup d'avance. Médecine et chirurgie, on a eu rapidement 300 lits remplis. On est monté à 120 lits en réa, on essayait toujours d'avoir le nombre de lits qui correspondait aux arrivées aux urgences.

Le confinement arrête la progression exponentielle de l'épidémie. Dès lors, des régions qui se sont préparées n'utiliseront pas l'ensemble des capacités qu'elles ont ouvertes :

On a armé 40 lits, pour un maximum de 18 patients au pic. Aujourd'hui [26 mai] : 0.

La situation dans ces régions avant qu'elles n'accueillent des patients venant de l'Est, du Nord et de l'Île de France, a quelque chose d'étrange : les hôpitaux ont installé des parcours Covid et non-Covid, ont déprogrammé leur chirurgie, ont transformé leurs services en accueil de réanimation, les patients habituels ne se présentent plus aux urgences et les établissements se retrouvent vides ou presque. Il leur faut gérer cette situation qu'un acteur décrit comme rappelant le désert des Tartares. Ces hôpitaux ne savent pas encore si l'épidémie va gagner leur région, ou s'ils vont rester à peu près vides toute la période de confinement.

L'ARS n'était pas favorable à l'accueil des patients des autres régions. Elle craignait que des clusters n'apparaissent chez nous. Je savais que si l'on admettait des patients d'autres régions, ils ne sortiraient pas avant trois semaines, ce qui était prendre un risque. Je pense que les Parisiens et le haut Rhin ont fait tout ce qu'ils pouvaient. Je disais : venez chez nous, il y aura moins de casse. Avec nos deux hélicos du SAMU, on a ramené des patients. On l'a fait en loucedé mais ils le savent [ARS]. On est allé chercher trois Covid de réa à [ville de la région parisienne].

Il faut d'ailleurs noter que le confinement s'est accompagné d'une politique active d'enrayement de l'épidémie. Comme les hôpitaux étaient plutôt en sous-activité, ils ont pu traiter les cas qui sont apparus et les isoler rapidement :

Il y avait un risque de recevoir des patients par transferts et d'avoir notre vague. On a reçu les patients transférés fin mars et la vague était prévue pour nous pour le 6 avril. Mais le dépistage a fait qu'on n'a pas eu la vague. Dès qu'on a repéré un cas, on envoyait sur place l'équipe des maladies infectieuses pour, en lien avec l'ARS, dépister et isoler. Notre DG d'ARS était favorable au dépistage de tout le monde, tout le monde, mais notre équipe est très bonne et elle a expliqué : non, on dépiste, et ensuite on isole. On a pratiqué un dépistage ciblé avec mesures d'accompagnement.

La gestion de la crise a en effet reposé sur des transferts de patients entre les régions les plus touchées et les régions les moins touchées rendus possibles par les effets du confinement et une action curative et préventive qui ont empêché l'épidémie de se répandre.

2.4. La coopération et les transferts

Les établissements en situation d'être débordés par un afflux massif et continu de patients ont bénéficié de plusieurs formes de coopération.

Les transferts de patients. Dans le grand Est, l'hôpital de Mulhouse est rapidement débordé. Les hôpitaux proches ont quelques jours pour se préparer mais sont pour certains rapidement proches du débordement. La solution apparaît être celle des transferts de patients. Mais transférer un patient en réanimation est une opération lourde et dangereuse. D'une part, certains patients ne sont tout simplement pas transportables. L'état de certains est tellement grave qu'il n'est déjà pas possible de les amener jusqu'au scanner. Les patients relativement légers ne sont pas en danger et il n'est pas nécessaire de les transférer. Il faut donc sélectionner des patients lourds mais néanmoins transportables (pouvant supporter un respirateur de transport). Les familles étaient très réticentes : le patient était lourdement atteint, mais avec un pronostic favorable, et on leur annonçait qu'on allait prendre le risque de le transporter. D'autre part, transporter un patient en réanimation suppose un matériel et une équipe. Les hélicoptères légers des SAMU ne sont pas bien adaptés. Les craintes d'un bio nettoyage très strict ont amené dans un premier temps les responsables des SAMU à interdire tout transport d'un patient COVID par ce moyen. Ce n'est que le 19 mars qu'ils ont été finalement autorisés après l'adoption de protocoles de bio-désinfection. Ensuite, les établissements n'étaient pas toujours favorables à ce qu'on leur enlève leurs patients pour les transférer. Un hôpital soigne ses patients et n'aime pas les transférer. Il y avait également la stratégie de recherche sur la maladie et les perspectives futures.

Les transferts de patients, on a bloqué. On était centre référent, on ne veut pas perdre de lits, donc stratégie de rétention des patients.

Enfin, les transferts de patients demandent à être organisés à l'échelle nationale : les transferts à l'échelle régionale risquent de conduire à la saturation d'un hôpital proche qui va être atteint par la vague pandémique quelques jours après le transfert. Les transferts n'ont de sens qu'à l'échelle interrégionale, planifiés par la cellule de crise du ministère de la santé en lien étroit avec les ARS (les unes faisant état de saturation et demandant les transferts, les autres donnant leurs capacités d'accueil). La coordination doit être nationale :

Les mesures de pilotage nationales ont été importantes. Il faut finement coordonner les initiatives. On l'a vu particulièrement sur les transferts. Il y a eu des initiatives malheureuses de certains sites qui ont envoyé des patients vers des sites où on avait déjà programmé des arrivées.

Beaucoup de transferts se sont faits par voie routière, par exemple des transferts des hôpitaux de l'Oise vers ceux des Hauts de France. Pour le grand Est, l'armée a mis à disposition des capacités importantes. Il y a eu deux hélicoptères NH90 – Caïman capables de transporter deux patients oxygénés avec un ou deux médecins et deux infirmiers et un airbus A330 MORPHEE (MODules de Réanimation pour Patient à Haute Élongation d'Évacuation), l'armée allemande ayant envoyé un A400. À Ajaccio a été envoyé le porte-hélicoptère Tonnerre qui a évacué des patients vers Marseille. Pour l'Île de France, ce sont surtout des TGV qui ont été utilisés. Cette solution avait fait l'objet d'un test, l'exercice « Chardon » des 20 et 21 mai 2019 qui avait été inspiré par les attentats de novembre 2019 et réalisé entre Nancy et Metz et Paris. Le transfert par TGV présente un avantage en capacité (14 à 20 patients contre 6 pour un avion MORPHEE). Mais cet avantage est aussi un inconvénient : pour remplir le train, il faut aller chercher les

patients dans divers établissements et les rassembler, puis, à l'arrivée, il faut les transporter là aussi sur divers établissements. L'organisation nécessaire est très élaborée :

Comme on a été très peu touché, on a reçu le premier avion militaire Morphée venant de Mulhouse, puis trois TGV, c'était à notre demande, on est ceux qui avons pris le plus de patients transférés, on a envoyé des médecins, des anesthésistes, des IADE [Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État]. Pour les transports militaires, le SAMU les prenait en charge à l'atterrissage, pour les TGV, c'étaient les équipes Samu de Bordeaux qui allaient chercher les patients dans la région de départ. C'était une organisation incroyable. J'ai été ébahi. Pour chaque transfert, il fallait une équipe de 5 ou 6 personnes et on partait avec nos respirateurs.

La coopération public-privé. L'Île de France a tiré les leçons de ce qui s'était passé dans le grand Est. L'articulation entre établissements publics et privés ne s'y était pas bien faite (le privé a fourni le public en respirateurs et en équipes d'anesthésistes réanimateurs, mais peu de patients ont été transférés dans des établissements privés ; les transferts se sont faits vers les hôpitaux publics des autres régions). Les transferts vers les autres régions avaient bien fonctionné mais assez tardivement. L'ARS Île de France a imposé rapidement les transferts de patients dans les cliniques privées et les transferts en province, avant que l'APHP ne soit proche de sa limite en capacité (on avait atteint en moyenne les 30%).

On a compris Mulhouse. On a bloqué les entrées à 30% à l'APHP et le Samu a orienté les patients ailleurs. On a tenu bon, les services voulaient les malades. On a appelé le privé qui était mobilisé et n'avait pas de malades. Ils s'énervaient. À un moment, on a dit : on envoie. Ensuite, on a eu les transferts en région. La tendance naturelle de tout le monde, et c'est le cas de l'APHP, c'est de garder les malades. On savait qu'il y aurait à gérer la fin de la vague.

La décision est prise après un mois et demi d'épidémie et elle est acceptée parce que la vague apparaît très importante et difficile à maîtriser. Près de trois cents patients sont transférés hors Île de France.

2.5. L'hôpital dans la crise et dans le système de santé

Ce rapport est centré sur la manière dont les établissements hospitaliers ont géré la crise Covid. Mais l'hôpital est un élément dans l'ensemble du système de santé. Il convient donc de regarder comment il s'est articulé à cet ensemble.

La télémédecine. La relation avec les patients Covid s'est opérée à distance par téléconsultation et télé-suivi. La téléconsultation peinait à se développer avant la crise en raison de deux freins. Le premier était la réticence des médecins. Toute la tradition médicale depuis ses origines grecques et arabes privilégie la relation directe entre patient et médecin, la clinique (la relation qui s'instaure au lit du patient). La téléconsultation semblait être une relation dégradée du médecin au patient, un ersatz de moindre qualité. Sur le plan réglementaire, le développement de la téléconsultation était strictement encadré, avec un moindre remboursement et des obstacles administratifs (des enregistrements difficiles). Ces deux freins ont brusquement sauté avec la crise. L'administration a levé tout obstacle, acceptant notamment le remboursement à 100%. Les médecins ont découvert que si la téléconsultation n'était pas souhaitable en primo-consultation, elle offrait des possibilités de très bonne qualité dans nombre de cas. Le contact avec le patient chez lui, dans son environnement familial, permet notamment une meilleure qualité d'interaction dans certaines situations. Les directions informatiques des établissements

ont mis à disposition des praticiens les logiciels nécessaires. Doctolib a équipé les généralistes. Dans le paramédical également, la téléconsultation a révélé des possibilités allant bien au-delà de ce que l'on pouvait imaginer. Des systèmes de télé-suivi se sont également mis en place. On a vu, l'APHP a organisé au début de la crise une session avec les chefs de service et spécialistes pour comprendre comment gérer à la fois du banal, l'aspect grippe, et du grave, le risque d'entrée rapide en réanimation pour des soins très lourds. C'est à l'issue de cette réunion qu'a été mis sur pieds le projet Covidom destiné à établir un contact et une surveillance régulière des patients à domicile. Des plates-formes de télé-suivi avec chatbots ont été mises en place, comme à l'Institut Gustave Roussy le système CapRI.

La coopération hôpital-médecine de ville. Concernant la relation entre l'hôpital et la médecine de ville, plusieurs types de dispositifs se sont mis en place. Cela a pu être des locaux :

La médecine de ville a pris contact avec nous pour demander de faire les consultations Covid chez nous. En à peine 5 jours, on a réussi à mettre en place leur consultation à côté des urgences. On avait une orientation des patients. Les petits symptômes allaient chez eux, la détresse respiratoire Covid aux urgences.

Des plates-formes ont été mises en place également par des établissements pour fluidifier la relation avec la médecine de ville

Rapidement, une interface a été mise en place, grâce aux ARS et au conseil de l'ordre. On traçait les patients, on remplissait une fiche sur cette interface, elle était consultable par le Samu et l'hôpital. L'hôpital s'en servait pour faire un retour sur les patients qu'on avait envoyés. L'hôpital, lui, ne nous a jamais envoyé de patients. Le contact avec les services hospitaliers se faisaient quand nos patients revenaient à domicile. Mais on avait la liste des praticiens qu'on pouvait solliciter.

On a créé sur notre territoire un groupe WhatsApp des professionnels de santé. Ça a assez bien fonctionné. Chaque territoire a un peu bricolé. Mais c'est surtout WhatsApp qui a été privilégié. On crée une territorialité.

Dans certains cas, une interpénétration a eu lieu, notamment au niveau du SAMU :

Le Samu et les urgences ont eu beaucoup moins de passages. Ils ont réorganisé les unités en sanctuarisant des lieux d'attentes de résultats Covid. On a eu des renforts des lignes de Samu par la médecine de ville. Ce qu'il y a de bien dans ces crises, c'est qu'on n'est plus centré égos, prés carrés. C'est aussi vrai de la médecine de ville. On a eu une interpénétration. D'ailleurs, je vais essayer d'en profiter.

Malgré ces démarches, la coopération hôpital-médecine de ville ne semble pas avoir été systématique.

La coopération hôpital-pharmacies d'officine. Les contacts entre l'hôpital et les pharmaciens n'ont par contre pas été organisés.

Je regrette vraiment qu'il n'y ait pas eu ce lien avec l'hôpital. Ils ont eu le lien avec les généralistes. Mais il y a eu un manque de lien entre l'hôpital et les professionnels de ville.

Or, les pharmaciens se sont trouvés en première ligne durant la crise. Les patients craignant d'aller chez les généralistes, leur seul point de contact avec le système de soins était la pharmacie.

La (non-) coopération avec les associations de patients. Durant trente ans, depuis notamment l'épidémie de SIDA et la politique en matière de maladies nosocomiales, la démocratie sanitaire

avait fait l'objet de développements conséquents. Les associations de patients avaient été parties-prenantes de la politique de santé.

La démocratie sanitaire a été emportée par cette vague, on a cessé d'exister, les commissions des usagers dans les établissements, les ARS, tout a été balayé. Les patients et les usagers de la santé, on ne leur a rien demandé.

Les représentants de patients n'ont pas été associés à la politique en matière de visites dans les établissements ou à l'organisation des rites funéraires, qui ont marqué les familles et les soignants et paramédicaux. Une étudiante note :

Certaines réa ont autorisé les visites, à [CHU], elles n'ont été autorisées que sur la fin de vie, juste avant le décès. L'évacuation des corps était très particulière, pas de soins, une mise en sac, avec évacuation des affaires sans récupération par les familles, ça a choqué des aides-soignants. La consigne générale était le minimum en termes de soins. Certains paramédicaux n'ont pas suivi, c'était trop difficile pour eux.

La coopération avec les EHPAD. La question s'est également posée de la relation entre les hôpitaux et les EHPAD. Il semble que la situation dans les EHPAD a été meilleure lorsqu'ils avaient déjà une relation de ce type. Certains établissements présentent d'ailleurs une liaison directe puisque l'EHPAD est situé à côté d'un hôpital gériatrique. Hospitaliser en réanimation un patient très âgé n'apparaît pas comme une solution idéale (quoiqu'il soit fait état de cas de patients très âgés qui soient sortis de réanimation), le transférer au loin encore moins. Certains hôpitaux ont organisé des équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs pour se rendre dans les EHPAD. Une ARS a adopté très rapidement une politique systématique et d'ampleur et, contre l'avis du ministère, a décidé de tester massivement dans les EHPAD.

On a voulu dans cette période de crise faire les choses de façon militaire. On a défini une politique et on l'a appliquée sur tous les EHPAD [près de deux-cents]. L'ARS a des vertus : c'est une maison unique qui a des forces sur chaque territoire. Or, les actions sur les EHPAD ne peuvent se faire qu'au niveau départemental. Il y a les connivences, au bon sens du terme, on sait que la protection civile a des tentes, ou qu'il vaut mieux s'adresser aux pompiers. L'on a pratiqué l'impulsion d'une politique standardisée, façon temps de guerre, et l'aide de ces forces locales.

Des hôpitaux en région touchées par la crise ont dû gérer aussi les EHPAD. Ils se sont heurtés à cette difficulté que certains établissements ont un service médical, notamment la nuit, et d'autres non, que certains ont du matériel, et d'autres non, ainsi parfois qu'à la réticence des EHPAD à recevoir des équipes hospitalières dont ils craignaient qu'elles n'apportent le virus dans l'établissement. Quelquefois, le recours aux équipes hospitalières a été trop tardif. Dans les EHPAD et le médico-social, la pandémie a touché des établissements dont la philosophie était l'ouverture maximale sur l'extérieur :

Nous qui avons toujours prôné l'EHPAD intégré dans la cité, ouvert, là on s'est aperçu que c'était la mort qui venait de l'extérieur. Le danger était plus grand qu'à la maison. On a massivement demandé à l'hôpital de venir aider, on a fait de la prévention, on a promu les sas d'entrée (entrée des professionnels, entrée des visiteurs au début et quand ils sont revenus), on a installé des tentes avec l'aide des pompiers, de la protection civile.

La situation, qui pouvait conduire à des hécatombes, a été souvent bien gérée par une articulation entre l'action des EHPAD eux-mêmes, le recours aux équipes de l'hospitalisation à domicile (HAD) et les équipes mobiles de gériatrie des hôpitaux, d'infirmières hygiénistes. Les situations catastrophiques ont été celles des EHPAD dont le personnel, les patients étaient

contaminés et dans lesquels des médecins n'ont plus voulu aller, s'estimant insuffisamment protégés, ou quand l'établissement, dans la situation d'incertitude profonde qui a caractérisé la crise, ont réagi trop tardivement.

Ce que la crise a fait ressortir, c'est la diversité de capacité des EHPAD à travailler avec le système sanitaire. Pour certains EHPAD, on a payé le cloisonnement avec le sanitaire.

Faut-il parler d'hospitalocentrisme ? Tout le système de santé a donc eu tendance à se concentrer sur l'hôpital et ses soignants et l'on a pu (re-)parler d'hospitalocentrisme. La consigne de départ de ne pas aller aux urgences ou chez son généraliste, mais d'appeler le 15 ne signifiait pourtant pas en pratique que tout était centré sur l'hôpital. L'idée était que le 15 puisse orienter les patients en détresse respiratoire vers l'hôpital et les patients légers vers la médecine de ville qui assurerait leur suivi, les faisant hospitaliser en cas d'aggravation de leur état. En pratique, le système s'est retrouvé hospitalocentré et à peu près entièrement tourné sur la COVID-19 surtout du fait du comportement des patients : ils se sont confinés chez eux, refusant d'aller à l'hôpital ou chez leur médecin de peur d'être contaminés, seuls les patients Covid en état d'aggravation de leurs symptômes se déplaçant à l'hôpital. La médecine de ville n'a pas été seule à connaître une baisse d'activité. Les urgences elles-mêmes ont enregistré une forte diminution. Même les infarctus et les AVC en ont quasiment disparu.

2.6. La sortie (du premier épisode ?) de la crise

Lorsque nos entretiens ont eu lieu, la crise⁸ commençait à s'atténuer. Les acteurs anticipaient une forme de sortie de crise.

Des situations contrastées. Les situations étaient néanmoins contrastées. Dans l'est de la France [12 mai], la situation restait tendue :

Il est trop tôt pour savoir quelle sera la suite. Nous, on a eu une vague très forte, les patients sont encore là. On a toujours plus de 200 patients Covid. On est toujours en situation de gestion de crise.

Dans les établissements parisiens, les services de réanimation chirurgicale commençaient à revenir à une situation plus normale [7 mai] :

Le service est redevenu comme il était. Plus de double garde avec les anesthésistes, l'unité de soins continus est redevenue ce qu'elle était. On a des patients Covid qui sont encore en réa, 6 ou 7. Ils ne sont plus contagieux. Le dernier patient pour lequel il fallait s'habiller n'est plus contagieux.

En Martinique, les patients Covid sortaient peu à peu de l'hôpital mais on se préparait à une reprise de l'épidémie de dengue.

Dans les cabinets des médecins généralistes, après le déconfinement, les patients commençaient à revenir :

On revoit beaucoup de patients. On conserve la téléconsultation. La difficulté consiste à maintenir l'activité du cabinet avec les mesures barrières. Pas de climatisation, pas de

⁸ Au moment où paraît ce rapport, il est impossible de savoir si la crise du printemps 2020 ne sera pas suivie d'autres épisodes, la question d'une deuxième vague restant ouverte.

ventilation, plus de magazines, on a espacé les chaises dans la salle d'attente. On est revenu aux horaires 8h-20h.

Dans les hôpitaux, les urgences commencent à se remplir à nouveau, notamment avec les premiers accidentés de la route dus au déconfinement :

Nous avons une activité parce que les urgences somatiques reviennent, ce n'est pas facile, on n'arrête pas de changer les secteurs, du Non Covid, mais si on a un cas Covid, il faut tout rechanger. On est constamment en alerte et on doit changer en permanence.

La surveillance de l'épidémie reste en effet une obsession :

On surveille les clusters comme le lait sur le feu. On bondit dessus.

Une sortie de crise prudente. Le désarmement est donc progressif et réversible :

Pour l'instant, les infrastructures sont toujours en place, la semaine des 11-18 mai, celle du déconfinement, on va en réduire certaines mais de manière prudente et réversible.

Il suppose un gros travail de reconfiguration des services :

Ce qui va être fatiguant, c'est quand tout va s'arrêter, qu'il va falloir remettre en ordre l'hôpital.

Une reprise lente. Parallèlement, la reprise de l'activité est elle aussi très progressive et, en réalité, plus lente qu'on ne pouvait le penser. Non un retour à la normale, mais un retour à minima, dit un acteur. Ce qui est difficile à gérer notamment parce que les chirurgiens « piaffent » de recommencer à opérer. Plusieurs facteurs pèsent sur ce rythme. Le premier est la diminution des capacités due aux chambres seules :

La règle d'un patient par chambre réduit notre capacité de 30% par rapport à ce qu'elle était. Je dis : favorisons l'ambulatoire et raccourcissons les séjours. Réorganisons l'hôpital. La téléconsultation fait partie de cette réorganisation.

Il est possible que l'hospitalisation à domicile soit utilisée sur une plus grande échelle :

On est dans la règle un patient par chambre, alors qu'on avait surtout des chambres à deux. Du coup, on a une réduction capacitaire très forte. Donc, on pousse l'HAD. Mais la reprise sera très difficile à cause de cela.

Le deuxième facteur est l'état de réquisition des médicaments à base de curare qui limite le nombre d'interventions chirurgicales possibles. Le troisième est l'épuisement des équipes :

Il fallait faire face à deux paramètres difficilement conciliables : les chirurgiens dans les starting blocks et les équipes soignantes qui avaient lourdement donné. On n'a pas repris directement l'activité chirurgicale, on a fait un petit décalage entre la régression de l'activité Covid et la reprise, ce qui a permis de donner des vacances.

Le quatrième facteur vient des patients eux-mêmes :

La reprise est lente, parce que les malades ont peur. La lenteur est inquiétante. Notamment sur le cancer.

Le cinquième facteur est le pilotage de la reprise par les ARS :

L'ARS est très ferme là-dessus : la reprise sera progressive pour tout le monde. Il n'est pas question que le public s'enlise dans le Covid et que le privé reprenne très rapidement. On

a mis en place des commissions pour chaque établissement, y compris le privé. On garde un lien. On a trouvé ce moyen-là. On partage les critères et l'ARS peut venir voir.

Enfin, sixième facteur, la T2A (tarification à l'activité) ayant été suspendue et les établissements s'étant vu octroyer une compensation financière jusqu'à la fin de l'année, il n'existe par ailleurs pas d'incitation financière à la reprise :

Notre difficulté est qu'on est contingenté dans les produits d'anesthésie. Les curares sont sous embargo d'État, sous le prétexte de la seconde vague, dont on sait que c'est un leurre. Les ARS nous ont envoyé une circulaire pour dire que si nous reprenions trop vite, nous serions sanctionnés. On est à 50-60% d'activité. Avec la compensation, on est bordé jusqu'à la fin de l'année. Moins je travaille, plus je gagne de l'argent.

Cette progressivité de la reprise peut être particulièrement difficile à vivre pour la chirurgie :

Il a fallu gérer les dépressions des chirurgiens qui ont compris qu'ils ne reprendraient pas leur activité normale d'ici des mois. Il faut une reprise progressive.

La gestion des ressources humaines. La lenteur de la reprise est notamment due, on l'a vu, à l'épuisement des équipes :

Ce qui est difficile, c'est de ne pas savoir quand ça va s'arrêter, cet état de veille permanent. Et puis, s'il y a une nouvelle vague, c'est l'épuisement du personnel alors qu'on voit les gens revenir aux urgences et que l'activité reprend. On ne va pas se consacrer au Covid toute notre vie !

Nombre d'établissements ont imposé des prises de vacances forcées, alors que les plages étaient encore fermées, qu'il était interdit de se déplacer dans un rayon allant au-delà de cent kilomètres et que les enfants devaient suivre les cours en distanciel :

Le personnel est fatigué et comment gère-t-on une deuxième vague avec du personnel fatigué. On aura le matériel de protection, les respirateurs, les médicaments. Le gros problème sera le personnel. Les infirmières sont mères de famille, on ne peut pas dépasser 100km. L'administration veut que les vacances soient prises maintenant, mais ce n'est pas possible. La demande des infirmières est de pouvoir prendre leurs vacances en été.

Certains directeurs d'établissement ont passé outre aux protestations :

Après avoir interdit les congés, là je les ai obligés à en prendre. J'ai mis tout le monde au repos. Mais Madame [...], on est en confinement... Ok, mais vous n'avez pas le choix.

Cette politique a soulevé des protestations mais, rétrospectivement, elle a finalement été acceptée :

La direction a décidé d'imposer des congés. On leur a imposé de quitter le champ de bataille, ils l'ont mal vécu, mais après-coup, je pense que ça a été une bonne décision.

Malgré cela, la gestion des ressources humaines reste un point de préoccupation majeur de la sortie de crise. S'ajoute à l'épuisement, les relations tendues entre ceux qui ont été en première ligne et ceux qui reviennent après avoir disparu durant la crise :

Pour moi, les relations entre ceux qui ont été à la guerre et ceux qui ont refusé, c'est une source de préoccupation. Ceux qui n'y ont pas été, je vais regarder tous les matins, je veux des tableaux de service, je vais être très emmerdante. Vous regagnerez votre place dans la collectivité à ce prix-là. Avoir contre soi les anesthésistes, les réanimateurs, les autres chirurgiens, la direction, ça va faire beaucoup.

La question des remerciements. Pour les personnels qui ont été en première ligne se pose la question des remerciements, difficile à gérer.

Il va y avoir des gestes à faire. Les personnels sont très en attente de choses pas quantifiables. Mais on ne pourra jamais payer en retour ce que les gens ont donné.

Dans la région de Bordeaux, de grands châteaux ont fait don de bouteilles. Elles ont été mises de côté et seront ouvertes pour le personnel. Dans une autre ville, un musée a proposé une privatisation, lors d'une soirée, pour le personnel de l'hôpital.

Et, par ailleurs, se pose le problème de la gestion de la période post crise :

Il y avait une cellule de soutien psychologique, une hot line, une collègue psychiatre allait dans les services. Elle dit : c'est maintenant qu'il va y avoir de la dépression.

Ce qui est confirmé par un chef de service :

Sur la qualité de la vie au travail, je suis persuadé que beaucoup d'infirmières vont craquer. Déjà, avant la crise, c'était terrible. Heureusement, on a cessé de leur faire remplir des papiers (entre parenthèses, les données collectées durant la crise vont être mauvaises). Mais on les a baladées les infirmières : la salle de réveil, la salle de réveil en chirurgie, la réa chirurgicale, les Covid moins. Cinq lieux en tout. On a baladé les infirmières de l'un à l'autre, du lundi au mardi, puis le vendredi, etc. Jamais le même matériel, jamais le même docteur, jamais le même protocole de soin, jamais le même malade. OK, la gestion du personnel a été très difficile mais je pense que ça a généré pas mal de stress.

Le problème financier. L'autre volet gestionnaire, après la difficulté de la reprise et les ressources humaines est l'aspect financier.

Pour l'instant, il y a toujours un voile pudique sur la contrainte économique. On est couvert avec la dotation de l'année dernière reconduite, la compensation des surcoûts nets et la garantie de ressource. C'est très utile. On devrait terminer avec un déficit de 10%, 100 millions d'euros. On négocie avec l'ARS, ce n'est pas d'une grande âpreté.

La redistribution a été faite sur la base régionale habituelle. Or, entre régions, et également dans une même région, les établissements ont été touchés par la crise assez différemment. L'inégalité de traitement soulève des réactions et on évoque « *les profiteurs de guerre* ».

Dans le même temps, le retour des questions économiques et financières est difficile pour les responsables eux-mêmes. Un dirigeant d'ARS le formule de la manière suivante :

Une affaire très émotionnelle. Je ne suis plus capable d'aller défendre une réduction de moyens dans un hôpital, j'aurais l'impression de trahir tout le travail fait ensemble.

Déclaration à laquelle fait écho celle d'un dirigeant d'établissement :

Quel directeur va pouvoir aller au contact pour dire : on va fermer ce lit-là ? Il va bien falloir pourtant revenir à un discours classique, même bienveillant.

La question du versement des primes fait aussi débat. Certaines fédérations se démènent pour faire reconnaître le versement dans leurs établissements. D'autres acteurs soulignent la difficulté d'attribution qu'elle entraîne :

C'est très compliqué. Le monde d'après est à la manœuvre. Ce serait 1500 euros pour tout le monde parce qu'on est dans les départements qui ont tamponné. Le gouvernement

disait : trente départements. Il y a plus de 30 départements en rouge. Ils viennent de passer à 40. Les autres, ça va être du désordre dans les maisons. Bon courage pour choisir dans les équipes qui a 500 euros. Si on veut reconstruire l'hôpital, il faut privilégier le collectif.

Sur le plan gestionnaire, la sortie de crise est marquée par le débat : « *les choses ne seront jamais plus comme avant* » versus « *les mauvaises habitudes sont déjà de retour* ».

Le retour des cloisonnements organisationnels ? Durant la crise, les cloisonnements entre direction et médecins, entre services eux-mêmes, se sont souvent estompés, une cohésion inédite s'est mise en place (nous y reviendrons). Parfois difficilement, d'autres fois plus spontanément. À certains endroits, elles sont réapparues avant même la fin de la crise :

Ce qui a moins marché, c'est notre espérance de voir tomber les frontières entre chirurgiens et médecins. On a essayé d'abattre les cloisons entre services, on n'est pas encore à ce degré de maturité. Pour le personnel soignant, on a très bien mixé les infirmières de réa et les autres, pour les médecins, ça a moins fonctionné. Pour moi, ça a été un motif de déception. Avec la reprise, tout revient. Les liens ont été coupés immédiatement. C'est resté un vœu pieux.

Un dirigeant d'établissement, un peu désabusé, remarque :

Là, ça reprend. Comme sur les bateaux : dans la tempête tout le monde s'écoute, mais quand on revient sur un grand bord calme, c'est reparti dans les tensions.

Dans un établissement situé en région particulièrement touchée, un chef de service urgentiste, qui a commencé l'entretien par expliquer qu'avant la crise la situation était tendue avec sa direction, fait état d'une toute autre impression :

Je sors de deux heures vraiment constructives avec ma direction. Pour moi, les choses se sont améliorées. Quelque part, on a combattu côte à côte. De toute façon, on a appris à identifier les priorités.

Il explique que les incompréhensions venaient de part et d'autre. Une direction qui affichait des objectifs budgétaires sans en expliquer la finalité et sans logique médicale faisait face à des médecins qui voulaient qu'on accède à toutes leurs demandes. Là, la volonté est de capitaliser sur ce qui s'est passé durant la crise et d'aller vers un management bicéphale de l'hôpital.

Le débat, comme le note un acteur, va de toute façon être intense :

Tout le monde fonctionne à vue pour l'instant. Personne ne sait comment on va sortir. Il va y avoir les anciens et les modernes. Certains vont vouloir revenir à l'antérieur, revenir par exemple à la consultation traditionnelle et arrêter la téléconsultation. On va repartir sur des trucs corporatistes à la con. Mais il y en a qui ont compris qu'il fallait changer, y compris dans les syndicats. Au-delà de la crise économique qui va être lourde et peser, il va y avoir cette opposition entre anciens et modernes. Les modernes sont plutôt plus jeunes, par exemple pour la ville ceux qui travaillent dans les maisons de santé.

Il n'est pas possible de conclure cette section sur la sortie de crise sans évoquer deux sujets essentiels, les patients invisibles et la recherche.

Les patients invisibles. La disparition des patients habituels constitue en effet l'inquiétude qui hante les personnels de santé au moment de la désescalade de la crise Covid-19. Comme il a été dit, les services des urgences ont baissé en activité durant la crise, parfois très fortement, n'accueillant plus que des patients suspects Covid-19. Les autres pathologies – infarctus, AVC,

thromboses, pour les établissements gériatriques, les personnes âgées en troubles du comportement, pour les établissements psychiatriques, les urgences qui, en période de confinement, auraient dû être plus nombreuses que d'habitude – ont brusquement disparu. Des patients en cancérologie n'ont pas pu être opérés et sont restés sous chimiothérapie. D'autres n'ont pas été dépistés :

La reprise est lente, parce que les malades ont peur. La lenteur est inquiétante. Notamment sur le cancer. Soit on sur-dépistait, on sur-soignait, soit on va avoir une surmortalité induite. Le débat va revenir sur la gestion de crise à ce niveau. On n'a pas dépisté un cancer du sein. On va avoir une cohorte qui va présenter une mortalité induite.

Dès la mi-avril, des débats ont eu lieu dans les établissements :

Certains collègues ont dit qu'on allait trop loin, avec des cas de cancers dont on allait payer les conséquences. Ce débat-là n'a pas été poussé parce que la problématique Covid avait été mise tellement en avant que le reste n'était pas audible.

Dans la mesure où la reprise est très lente, on l'a vu, ce problème est grave. Les praticiens voient arriver des complications dans les pathologies dues au retard de dépistage et de traitement qui avaient disparu. Le système s'est centré sur la Covid-19 mais surtout les patients ont eu peur d'aller à l'hôpital.

On avait tellement dramatisé, toutes les portes coupe-feu de l'établissement étaient fermées avec des affiches « danger Covid ». Le patient avait l'impression qu'en poussant la porte il allait être agressé par le virus.

Il aurait été possible d'afficher que certains établissements ne traitaient pas de patients Covid et pouvaient accueillir sans risque des patients non-Covid. Sauf que le virus pouvait entrer dans ces établissements par des personnels ou des patients asymptomatiques et que les patients ne s'y seraient probablement pas présentés. Mais l'inquiétude à l'issue de la crise est bien là : la disparition des patients habituels graves durant plusieurs mois peut constituer une bombe à retardement pour le système de santé.

La recherche durant la crise et après. Le second sujet majeur a été l'incapacité de la recherche à établir de manière certaine quels traitements marchent ou ne marchent pas sur la Covid-19. Le problème des essais cliniques lors d'une pandémie est classique :

Dans les crises pandémiques déjà connues, seulement un quart des essais arrivent au bout. Un essai clinique, normalement, c'est cinq ans, ce qui n'est pas l'échelle de temps d'une pandémie.

Mais les difficultés se sont accumulées. Beaucoup de patients arrivaient à l'hôpital en ayant déjà été traités avec de l'hydroxychloroquine. Beaucoup refusaient d'entrer dans les essais thérapeutiques et ne voulaient qu'un traitement de cette nature. Se posait un problème d'inclusion des patients dans les essais. Alors que le Royaume-Uni concentrait ses essais sur un petit nombre de traitements, beaucoup ont été lancés en France incluant donc peu de patients, la décroissance de l'épidémie rendant le nombre de malades susceptibles de participer aux essais de plus en plus faible. Les stratégies des chercheurs n'ont pas amélioré les choses :

La guerre des égos médiatiques et la guerre des égos pour ne pas travailler ensemble, ça a été très négatif.

Certains acteurs pensent qu'il aurait fallu qu'une structure (on évoque l'Institut Pasteur) prenne en charge la coordination de la recherche. L'étude Discovery n'a pas réussi à mobiliser les autres pays européens et est entrée en concurrence avec le programme Solidarity de l'OMS. Au total, certains acteurs emploient l'expression de « catastrophe absolue ».

2.7. Quel a été le problème de gestion le plus difficile rencontré durant la crise ?

Tous les entretiens que nous avons menés se sont conclus par cette question. Il est assez difficile de rendre compte de la cinquantaine de réponses qui lui ont été faites. Certains interlocuteurs ont été surpris par la question (On ne m'a jamais posé cette question...).

Ceux qui ont répondu immédiatement se partagent en deux classes. Les premiers évoquent comme problème de gestion le plus difficile la question des masques, et plus généralement, celle des approvisionnements (sur-blouses, médicaments).

Les approvisionnements comme problème central de gestion.

Je n'aurais jamais imaginé qu'en France on puisse manquer de gants, de sur-blouses, de médicaments. Je pense que personne n'avait imaginé. J'ai diffusé des tutos pour faire des sur-blouses avec des sacs poubelles, mais vivre ça, en France, dans la région capitale...

Certains ont refusé les sacs poubelles et tous ont cherché des solutions, pour les directeurs en portant la responsabilité de leurs personnels :

On nous a proposé des sacs poubelles. On en a discuté et on a dit qu'on ne les utiliserait pas. On a vu arriver sur les réseaux sociaux des photos avec le slogan : « on n'oubliera pas ». Un chirurgien dont la femme est IADE [Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État] s'est incroyablement démené. La responsabilité sociale du directeur d'établissement est très grande. Deux soignants ont été contaminés et sont heureusement sortis d'affaires. S'ils étaient morts, je le porterais. Mes parents m'ont transmis leur expérience de l'occupation. On a monté quatre circuits d'approvisionnement pour qu'il y en ait un qui marche. Le pays a plutôt pas mal géré la crise sanitaire mais ce problème va l'occulter. Il y a dix vingt ans, des amis de l'industrie pharmaceutique me disaient : tout part en Chine et en Inde.

La crise a révélé la fragilité des chaînes d'approvisionnement en général dont les acteurs n'avaient pas réellement conscience :

On est passé au bord de la catastrophe sur tout. On s'est rendu compte de l'incroyable vulnérabilité de nos chaînes d'approvisionnement. J'ai été surpris par l'impact de la crise sur la désorganisation économique. On n'a jamais anticipé l'autarcie. On est tous en flux tendus sur les médicaments, y compris sur les matières premières. Personne n'a de stocks, à aucun niveau. Ça, ça a été une révélation.

Or, la question des masques a eu un impact de gestion important par sa dimension anxieuse :

On avait des masques chirurgicaux et ce qu'on voyait à la télé, c'était des masques FFP2. Il a fallu les rassurer sur les masques chirurgicaux, ce n'est pas des économies sur votre dos, mais faites attention. Ça a été compliqué, parce que ça a été très anxieuse. Ça a bouffé une énergie terrible et ça pouvait être délétère. Ça pouvait provoquer de l'absentéisme, je le sentais. Il fallait ramener de la rationalité. On y est arrivé avec l'accompagnement de l'équipe d'hygiène. Heureusement, on n'a pas eu de cas grave dans le personnel.

Beaucoup d'établissement, en métropole et dans les îles, ont créé des ateliers de couture pour le régler le manque de masques et de sur-blouses et le marché s'est organisé au bout de quelques semaines. La réquisition par l'État en elle-même, avec centralisation nationale, n'a pas forcément été mal vécue, bien qu'elle ait suscité des critiques. C'est plutôt la distribution, la logistique, dont l'État n'est vraiment pas spécialiste, qui a posé le plus de problèmes :

Nos commandes ont été réquisitionnées, pas nos stocks. Ça, ça été difficile. Puis quinze jours de battement entre quinze jours de hangar et le retour. On comprenait la réquisition, mais ce qui était troublant était le délai.

La gestion a été rendue difficile par les discours fluctuants de l'État (et des scientifiques). Ils ont rendu la position des ARS difficile :

Le côté difficile, on s'est senti un peu bête de relayer des discours qui se contredisaient, on a eu du mal à les porter, alors qu'on était dans la position d'avoir à les porter.

Et ces contradictions se sont reportées dans les établissements :

Le discours sur les masques était très contradictoire au fil du temps. D'abord, FFP3. Et puis ensuite, on n'a plus de FFP3, mais on nous a dit : c'est pas grave les FFP2 font l'affaire. Or, les FFP2 étaient ceux de Bachelot, ils étaient périmés, mais on nous disait : c'est pas grave, si l'élastique tient, c'est bon. Après, il y a eu les sur-blouses, normalement à jeter, dont on nous explique qu'elles sont lavables.

Le problème des médicaments est arrivé plus tard et il aurait pu, lui, avoir un impact sanitaire dramatique :

Là où on s'est fait le plus peur, les 7-10 avril, c'est sur les stocks de médicaments. On a mis en place très tôt des protocoles d'épargne des médicaments.

Sur les masques, les sur-blouses, il était possible de se débrouiller, sur le curare, dit un acteur, on n'avait plus prise. Des médicaments au curare ont été récupérés dans les cliniques vétérinaires (comme d'ailleurs des respirateurs).

La question des approvisionnements est donc le problème de gestion le plus grave que les acteurs signalent spontanément. Sur le sujet, les responsables des instances nationales présentent leur analyse :

La production nationale de masques ne permettait pas de répondre aux besoins en temps de crise, la consommation a été multipliée par 15 et parfois par 80, voire 100 dans des régions touchées. Comment faire en un temps très court ? La chance a été que d'autres pays, notamment la Chine, sortaient de l'épidémie. Tout le monde voulait la même chose. Certains produits comme les masques étaient faciles à produire, d'autres non, comme les respirateurs. On a énormément échangé avec les entreprises. La commande publique peut être faite par les établissements, les instances publiques. Un industriel peut vous dire : je prends la commande, puis je vais vous livrer en juillet. On a vérifié que les échéanciers de commandes étaient conformes. La Chine proposait des respirateurs pour le 1er juin. On n'a pas accepté. Il s'agissait d'analyser les besoins et de voir quelles étaient les meilleures stratégies, sachant qu'elles différaient selon les produits, masques, respirateurs, médicaments. Compte tenu de la complexité des processus de commandes, on a vu sur plusieurs exemples qu'il valait mieux commander des volumes importants plutôt que de se disperser sur de petits volumes, par exemple sur les tests. Certains industriels ont d'ailleurs pris la décision de n'approvisionner que les États. Il y a eu symétrie des industriels avec les stratégies d'État sur la concentration des commandes.

L'absence de problème de gestion. Quand on leur pose la question de ce qu'a été leur principal problème de gestion durant la crise, avant d'évoquer dans un second temps les approvisionnements, les directeurs d'hôpitaux, les chefs de service, les responsables d'ARS, ont parfois une autre réponse spontanée. L'un a ce mot :

Je n'ai pas envie de commencer par un problème.

Un autre précise :

J'ai eu moins de problème de gestion que d'habitude. Par contre, les problèmes d'approvisionnement. Mais pour les problèmes de gestion, pour les décisions à prendre, les problèmes se transformaient en options et en arbitrage. J'ai eu dix fois moins de problème de gestion.

Ce qui est confirmé de la manière suivante :

Peut-être que dans toute ma carrière, ça a été la période la plus facile.

Un chef de service des urgences – celui qui avait commencé par dire « on ne m'a jamais posé cette question » et avait pris un temps de silence – explique :

Il y a eu plein de problèmes, mais on a trouvé les solutions. Le manque d'écoute peut-être, pendant un jour ou deux.

Dans cette perspective, l'appui de l'ARS a été signalé :

Le reste, est-ce que ça s'est fait de manière sereine parce que c'était très collectif, parce qu'on avait le soutien de l'ARS ?

L'agilité organisationnelle qui est apparue dans la crise a diminué les problèmes de gestion, et c'est sa perte éventuelle qui devient pour un des acteurs le grand problème :

Ce sera d'atterrir, bâtir en dur ce qu'on a vu surgir dans des circonstances exceptionnelles, capitaliser sur ce qu'on a été capable de faire. C'est plus ça qui me préoccupe. Le retour des anciens travers. On a réussi à fédérer. Il y a eu des tensions sur le matériel, mais on a eu l'agilité managériale, et il faudrait ne pas la perdre.

Autres réponses. Ensuite, des positions différentes ont amené des réponses diversifiées. Un directeur de CHU a cette réponse :

Le plus difficile a été l'inconnu face à cette maladie. On faisait des hypothèses. On ne pouvait faire que ça.

Pour un centre de lutte contre le cancer, le plus difficile a été de gérer la tension entre l'implication dans la réponse au Covid et la volonté de maintenir le sens même de son activité :

Pour nous, une espèce de schizophrénie entre la gestion du Covid à laquelle on devait participer et avoir des ressources nécessaires pour traiter notre cœur de métier, les patients atteints d'un cancer.

Pour un dirigeant d'ARS, le principal problème ressenti dans la gestion de la crise a été une petite musique de fond :

Je vais vous le dire très simplement. Le plus gros problème, ça a été de constater que le coronavirus, on devait le combattre, mais qu'il y avait aussi dans l'air une petite musique anti-ARS, et cette petite musique, à combattre, ça a été épuisant. Pas par les hôpitaux,

mais des prises de position pour supprimer les ARS ou les décentraliser. C'est un débat citoyen. Mais, en temps de guerre, quand on est front, cette petite musique-là ne nous a pas aidés. Ça, ça ne nous a pas aidés.

Et puis un DG de CHU sur la production textuelle des instances nationales :

La diarrhée textuelle du niveau central, toujours avec un temps de retard sur ce qu'on avait déjà fait, avec un effet infantilisant et une impression : l'État se couvre et vous vous avez toute la responsabilité.

Si les problèmes rencontrés ont été graves, la question qui se pose en conclusion de cette partie est de savoir comment, selon les acteurs eux-mêmes, la crise a pu être gérée.

2.8. Qu'est-ce qui, pour les acteurs, a rendu possible la gestion de la crise ?

Les conditions de la gestion de crise ont été, pour les acteurs, les décisions nationales, le travail des ARS, la cohésion qui a permis l'agilité de gestion, la mise en place de dispositifs de soutien aux personnels et, à un moindre degré peut-être, mais pourtant essentielle, la solidarité des autres acteurs (entreprises, éducation nationale).

Les décisions nationales. Deux décisions nationales ont été décisives. La première est la déprogrammation qui a permis aux établissements de se préparer à la crise. On l'a vu, la décision était difficile pour de nombreuses spécialités, dont la chirurgie. Le fait que la décision ait été imposée nationalement a fait gagner du temps de discussion et de tergiversation. La seconde est l'ouverture des crédits. L'expression qui revient dans le discours des acteurs est le sentiment d'avoir fonctionné durant la crise selon le principe de l'« open-bar » :

Lors de la crise, il n'y a plus eu de régulation, ça a été open bar.

L'influence majeure, c'était open bar, priorité à la santé, quoiqu'il en coûte. L'argent n'a pas été un facteur, à aucun moment, ce qui a pesé, c'était les tensions sur le matériel, sur le personnel, jamais on ne m'a dit : ce sera trop cher.

Le « *quoiqu'il en coûte* » du discours présidentiel (jeudi 12 mars) s'est traduit très rapidement dans les faits :

Les gens qui étaient en première ligne n'avaient plus de problème budgétaire. Des hublots aux fenêtres, en 48h c'était fait. Des équipements, dans la semaine, on les avait. D'un seul coup, trois fois plus d'infirmières dans les services, c'est devenu possible. Quoi qu'il en coûte.

On l'a vu, la « *diarrhée textuelle* » des instances nationales a été moins appréciée, de même que les discours fluctuants qui ont été tenus. Mais les deux décisions nationales de déprogrammation et de levée de toute contrainte financière ont permis l'agilité organisationnelle du système. La troisième politique nationale a été celle des transferts de patients entre régions, avec l'appui des militaires. Il n'est pas sûr qu'une régionalisation de la gestion de crise aurait pu être aussi efficace, tant l'organisation requise était complexe et supposait la centralisation, comme le note un chef de service des urgences :

J'ai regardé ce qui s'est passé en Italie, ce qui nous a permis de passer le cap, c'est que la santé est nationale. L'Espagne a autonomisé régionalement et il n'y a pas eu d'entraide entre régions.

Enfin, les autorités nationales ont laissé une autonomie aux ARS qui a été appréciée sur le terrain :

La DGOS [Direction Générale de l'Offre de Soins, tutelle du système hospitalier au Ministère de la Santé] a été très réactive. On passe sur les conventions, on passe sur l'accord des médecins traitants. Ils ont aussi fait sauter les verrous entre HAD et SIAD. La DGOS a été facilitatrice sur le plan réglementaire. Ils ont dit aux ARS : ne les emmerdez pas.

L'action des ARS. La gestion de crise a ainsi été rendue possible également par le travail des ARS. Le sujet a été moins controversé lors des entretiens qu'il ne l'est politiquement et dans la presse. Comme l'énonce deux directeurs de CHU :

L'ARS ? ça me fait sourire. Quand les ARS n'existaient pas, tout le monde réclamait leur création, maintenant tout le monde critique. Nous, fluidité parfaite, pas un problème. Je ne crierai pas avec les loups. Les gens veulent-ils revenir au préfet ? Il nous faut une organisation territoriale. Pour [nom de la région], ça a bien fonctionné. Il faut un DG qui reste en poste, qui connaisse les élus et les territoires. Quand j'ai été un peu en avance, on a rattrapé le coup, sans difficulté [« j'ai été en avance » veut dire ici : quand j'ai pris des décisions avant d'avoir l'autorisation formelle de l'ARS].

Le problème des ARS, c'est eux qui ont les chèques et qui donnent les autorisations, donc tout le monde leur tombe dessus. Je défends les ARS, c'est hyper dur pour eux, je trouve que les procès qui leur sont faits sont insupportables.

Un directeur d'établissement public à but non lucratif souligne le rôle de coordination joué par une ARS :

Pour l'ARS, ça a été très dur, et moi je suis moins critique que certains de mes collègues. Elle est restée en contact, a reconnu que certains établissements étaient dépassés. Compte tenu de ce qu'ils avaient, ils ont fait le job. [le nom d'un responsable ARS] a été exceptionnel. Il a parlé à tout le monde tous les jours. Tous les jours un point avec les établissements, il en prenait plein la figure, si on n'a pas de masques, on ne continue plus... En tout cas, lui, chapeau bas. Ils ont été débordés sur les approvisionnements, sur la régulation [SAMU]. Les limites, c'est qu'ils ne savaient pas ce qui se passait, les estimations de consommation pour les hôpitaux n'étaient pas bonnes. Ce sont les limites d'une centralisation. Ils ont été très bons aussi sur les transferts de patients en province. La tribune dans les Échos où on les traitait de technocrates était franchement injuste. Ok, on peut trouver des choses à améliorer, mais il ne faut pas exagérer.

Un chef de service des urgences souligne le rôle des ARS (certains entretiens suggèrent que toutes n'ont pas été aussi efficaces sur ce plan) dans la coordination entre le public et le privé :

Le fait qu'il y ait l'ARS a favorisé la relation entre le public et le privé. Ce n'est pas très dans l'air du temps ce que je dis, on en est dans l'ARS bashing, ce qu'on a vécu, avec la région [...] submergée, il faut sans doute partir des territoires de santé plus restreints, mais ce niveau ARS est un bon niveau, peut-être faut-il un maillage plus petit.

Au quotidien de la crise, les ARS ont souvent fonctionné en étroite relation avec les établissements, en leur laissant une marge d'autonomie.

On ne nous a plus enquis avec certains trucs. On nous a même dit, envoyez un simple mail. L'ARS n'a pas été présente tout le temps mais elle ne nous a pas empêché d'agir, de prendre des initiatives. Elle a été attentive et a validé les initiatives. Elle a été motrice pour la réanimation, pour ce qui s'est fait dans les EHPAD et dans des sujets qui

pouvaient frotter avec le privé. C'est une force de l'ARS : elle a laissé les intelligences s'exprimer. L'important est le climat de confiance.

Ceci est confirmé dans plusieurs régions :

On s'est affranchi de l'ARS, les consignes sont arrivées après. On était en avance. L'ARS n'a pas été embêtante. La réactivité devait venir du terrain. Il fallait faire confiance aux médecins.

D'habitude, il faut 8 mois pour une autorisation de réa, là en quelques jours.

Le personnel des ARS lui-même a été surpris par le changement de comportement des agences :

Alors qu'on est toujours freinant, on a su débloquer plein de projets, alléger les contraintes administratives habituelles.

Quelquefois, les établissements nuancent : toutes les équipes dans l'ARS elle-même n'étaient pas aussi réactives, mais il a suffi de quelques-uns :

Un petit staff de personnes à l'ARS a été d'une efficacité, d'une présence, d'une disponibilité... On a trouvé du monde, y compris en pleine nuit.

Si les ARS ont su être réactives et laisser de l'autonomie aux établissements, il a fallu qu'elles se montrent claires et fermes sur certains points. Cela a été le cas pour la coopération entre secteur public et secteur privé.

L'accord s'est noué très rapidement avec une position très ferme et très claire de l'ARS (chaque site voulait son service réa).

Cette coopération n'était pas évidente avant la crise, la T2A plaçant les secteurs public et privé en concurrence autour de l'activité. L'appui de l'ARS a donc été souvent nécessaire, du fait des réticences qui existaient dans le public à l'égard d'un recours au privé, ce qu'exprime un directeur d'hôpital public :

Le privé a été totalement coopératif pour nous donner les respirateurs. On n'a pas sollicité les anesthésistes réanimateurs mais ils les auraient donnés. Soit des urgences, soit de notre service d'hospitalisation, on les a alimentés en patients. On a changé de logiciel. Au départ, quand un DG comme moi dit aux urgentistes, les gars, vous appelez le privé...

Ensuite, les contacts ont pu se nouer :

Au niveau du département, les chefs d'établissements publics et privés ont pris des contacts et ont décidé de faire une conférence trois fois par semaine, et ont décidé de mettre les moyens en commun, les respirateurs. Ils ont mis à disposition les matériels, les anesthésistes, des infirmières.

Mais les entretiens font aussi mention d'une certaine hétérogénéité dans le comportement des ARS :

Avec certaines ARS, cela a très bien fonctionné, d'autres non, parce qu'il y avait un pilote dans l'avion, ce n'est pas un problème d'ARS, c'est une question de personne.

De même, dans certaines régions et dans certains secteurs où les acteurs attendaient une position claire de la part de l'ARS, celle-ci a été défailante :

On aurait apprécié que l'ARS nous donne des directives claires pour les patients psychiatriques qui forment une population particulière, souvent violente. On a l'impression d'avoir été négligé, délaissé.

Pour autant, nombre d'acteurs pensent que, malgré le débat politique qui les prend pour cible, les ARS sortent plutôt renforcées de la gestion de la crise :

Sur les ARS, certains élus sont très critiques. Au moment où ça chauffait, les ARS étaient en première ligne. Pour organiser la réponse régionale, pour s'occuper des EHPAD, tout le monde se tourne au bout d'un moment sur les ARS. Je pense qu'elles ont démontré leur utilité, qu'elles sortent renforcées. Une administration dédiée à son sens. J'ai entendu plutôt du positif. Ici ou là, il y a eu des retards à l'allumage. Il y aura toujours des choses à améliorer.

Les critiques publiques qui leur ont été adressées, pendant le déroulement même de la crise, ont bien évidemment été très mal vécues par le personnel des agences :

Les critiques sont très mal vécues dans l'agence. On sait que ça fait partie du système et plus ça sort, moins c'est bien vécu vu le coût de l'investissement humain. Mes agents l'ont très mal vécu, même les internes s'y sont mis.

Même si les discours ont été fluctuants, même si la distribution des masques a pris du temps, le fait que l'État central ait donné des consignes claires et générales (déprogrammation et déblocage des moyens financiers), le fait qu'il ait pu organiser de manière centralisée les transferts de patients, le fait que les ARS aient été réactives en laissant de l'autonomie aux établissements tout en prenant des positions claires (pas toujours...) sur des points centraux (l'articulation public-privé) apparaissent aux acteurs que nous avons interrogés comme des éléments positifs dans la gestion de la crise. Certains sont plus critiques, on l'a vu, à la fois sur les administrations centrales (« *diarrhée textuelle* ») et manque de coordination entre les différentes instances, et sur les ARS (manque parfois de réactivité, défaut de capacité d'arbitrage, par exemple entre secteur public et secteur privé). Le débat sur la régionalisation possible des ARS apparaît, mais la centralisation, on l'a vu, est loin d'être universellement critiquée.

Quels sont maintenant les éléments qui ont rendu possible la gestion de la crise dans les établissements ?

La cohésion et l'agilité qui en a découlé. Quelque chose d'impensable ou d'incroyable s'est produit, selon les acteurs.

Il y a quelques mois, c'aurait été impensable.

Ce qui est intéressant, c'est que beaucoup de choses qui paraissaient impossibles sont devenues possibles, je pense aux téléconsultations, au télé-suivi. J'en avais parlé avec un médecin qui en décembre m'avait dit, ça ne peut pas marcher pour ma discipline et qui m'a dit, ça a très bien marché, même mieux parfois en raison de la pluridisciplinarité

Tout le monde s'est aligné en 48h, dans un CHU c'est simplement incroyable.

Le processus de décisions lent, lourd, âprement débattu s'est transformé en quelques jours en agilité :

Des gens qui ont débordé de créativité pour résoudre des problèmes pratiques, là où il fallait avant trois mois pour résoudre le problème. Je suis très fière. On a été très ingénieux. J'ai une émotion dans la voix en vous en parlant.

On a pu voir qu'on pouvait ouvrir des lits et qu'on pouvait changer la mentalité de l'hôpital, en trois coups de cuillère à pot, on a réussi. La problématique n'a pas été médicale, à aucun niveau, elle a été administrative et RH. On sait qu'on peut faire évoluer les barrières. On sait qu'on peut avoir la souplesse.

On s'engueulait avec les syndicats, mais zéro blocage, tout le monde a aidé.

Et les emmerdeurs de service se sont tenus.

Prises rapidement, les décisions ont été appliquées de même

y compris des décisions très lourdes à appliquer, dans un temps record :

On est habitué à des évolutions lentes, de la réticence, un esprit querelleur, voire des oppositions, là, une unanimité, une cohérence pour mettre en place les unités Covid, de réorganiser les services, les astreintes et les quarts, ça s'est décidé en deux/trois jours. On a déplacé de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie, des services lourds.

La cohésion a été fortement favorisée par les échanges instantanés. La crise a vu l'explosion des groupes WhatsApp qui ont permis des communications collectives entre groupes professionnels et interprofessionnels extrêmement rapides. La raison en est qu'un objectif clair s'est imposé au collectif qui, en temps normal, est souvent cloisonné et traversé d'intérêts divergents :

Les équipes se sont mobilisées sur un objectif clair, il fallait prendre en charge les patients. C'est assez fondamental. Il y a eu durant une courte période un alignement des intérêts de tous et ça a levé beaucoup de problèmes (public, privé, etc.).

Le phénomène a été général dans les établissements, mais on l'a retrouvé dans les services administratifs des ARS :

Globalement, l'ambiance était bonne, même un peu étonnante, pour une fois, on avait tous un objectif commun, il y a eu du sens, tout a pris du sens, ça c'était super-intéressant.

Comme dans tout phénomène de gestion de crise, l'adrénaline a permis de surmonter la fatigue :

L'état de fatigue, collectivement, je suis persuadée que le fait qu'on ait géré, qu'on ait affiché les objectifs, qu'on les ait atteints, c'est comme si on avait galvanisé les troupes, une production d'adrénaline hallucinante.

L'échange était plus direct, beaucoup de solidarité, ça a changé dans les rapports humains, c'est évident, j'ai envie de vous le dire avec le sourire. Moins cloisonné. Une belle énergie. Je suis attentive à cela. Pour vider les unités et mettre les patients, il fallait sortir le mobilier des chambres, les personnes de l'équipe de déménagement, on n'avait pas l'habitude de les voir, ils ont fait des propositions pour entreposer le matériel, nous on était dans la protection des personnels, le sanitaire, j'étais très inquiète, il fallait que l'unité soit prête demain, ces gens-là ont apporté des solutions auxquelles on n'avait pas pensé. Quand vous voulez faire quelque chose à l'hôpital, c'est lent, il faut discuter, les gens soulèvent des objections. Tout cela est tombé.

Les cloisons et les jeux de pouvoir ont été effacés, même s'ils n'ont pas tout à fait disparu :

Oui, j'ai vu des jeux de pouvoir, tu les pressens, tu les entends, mais rapidement, tu leur dis : ok, je vois, vous n'êtes pas d'accord, mais demain matin, il faut qu'on ait trouvé une solution.

Là, la crise a été marquée par deux points. Aucune limitation sur les ressources. Du coup, c'est formidable. Deuxième point, on est sorti du registre des territoires avec les jeux de pouvoir.

Dans nombre d'établissements, les relations direction-médecins ont été modifiées, comme un témoinne une directrice d'établissement :

Ça a modifié profondément les relations. Hier, j'étais en réa sur un sujet de post crise, un sujet d'organisation. J'ai été accueillie par tous les réanimateurs, ils se sont levés et ils m'ont applaudi. Pas de public. J'avais les larmes aux yeux. Quand on connaît les relations entre direction et médecins... J'espère que je vais pouvoir construire là-dessus.

En témoinne également, de son côté, dans une autre région, un médecin :

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

Ce vécu assez largement partagé de la crise par les médecins et les directions contraste pourtant avec celui d'une partie des infirmières. Le récit est ici beaucoup plus sombre. Des tensions ont persisté localement en réanimations médicales et réanimations chirurgicales :

Je n'ai pas ressenti une cohésion, j'ai perçu défiance, rivalité.

La rivalité existe depuis des années. Mais, sur ce coup-là, il y aurait dû y avoir une fusion des équipes entre réa et en anesthésie. Après, les pontes ont dit : « on a bien travaillé ensemble », ce n'était pas le cas dans mon unité. Il y a des endroits où ça se passe très bien. Mais dès qu'il y a ce conflit entre réanimateurs et médecins internistes...

La divergence entre le médiatique et la situation dans les services, parfois caractérisée par un manque de communication a parfois accru le malaise :

Les anesthésistes se sont trouvés au milieu de la guerre des égos des chefs de services. Tu les vois parader à la télé, on a vu ces chefs de service, le discours est beau, mais le soutien aux équipes n'est pas là, le chef de service anesthésie, on ne l'a jamais vu dans le service, mais on l'a vu à la télé. Il n'y avait pas de débriefing. Les cellules de crise concernaient les chefs mais les gens sur le terrain, non.

En réalité, des médecins eux-mêmes ont été concernés :

Le contexte anxiogène était terrible, j'ai vu des médecins qui avaient peur.

Il était par ailleurs extrêmement difficile de savoir qui allait avoir besoin de soutien ou non :

Des personnes ont dit, je ne veux pas aller en unité Covid. Certaines, je ne m'y attendais pas, d'autres, sur qui je n'aurais pas parié, se sont révélées. Certains, on les voyait dans une case et ils étaient dans une autre. Il y en a qui ont pris des arrêts maladies dès le début de la crise. Des gens qui ont eu peur, des morts, de la maladie, une anxiété qu'on n'arrivait pas à surmonter.

Parfois, cela a été le cas de réanimateurs eux-mêmes (or, comme le note un acteur : « *pourtant, c'est des durs, les réanimateurs. Ils ont été très surpris* ») :

Le plus gros problème s'est posé quand des personnes clés ont commencé à flancher ; beaucoup ont été choqués par la médiatisation de la région parisienne qui commençait alors que la région était sous l'eau. Il a fallu aller récupérer des gens en dérive. Un réanimateur m'a posé la question : êtes-vous conscient qu'on est en crise sanitaire ? Il

n'assurait plus en termes psychologiques, il allait craquer. Certains partent, ils sont à la dérive, on les a ramenés par la force collective, c'est le collectif qui l'a ramené, je n'en ai été que le porte-parole.

Dans certaines régions, le début de la crise a coïncidé avec les vacances de Pâques. Certains étaient donc en vacances quand l'équipe du SAMU a dû gérer l'explosion des appels. Des semaines plus tard, la scission entre les deux équipes était encore palpable et restait un problème de gestion.

La mise en place de dispositifs de soutien aux personnels. Il n'est pas sûr que le stress des soignants ait été complètement perçu par les directions et les chefs de service. Les réponses ont été diverses. Beaucoup d'établissements ont mis en place une hotline pour le grand public et pour les professionnels.

La plate-forme est montée en intensité très progressivement. Elle n'a pas beaucoup fonctionné, mais les appels étaient lourds, longs chronophages, et nécessitaient une vraie réponse. Les psychologues qui s'en occupent sont formés à l'écoute et font partie des cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP). Un soutien psychologique. Les psychologues se sont rendus disponibles, on a fait appel aux psychologues de pédopsychiatrie qui travaillaient un peu moins. Moitié appel soignants, moitié population générale, souvent des personnes avec des faiblesses psychologiques. Pour les soignants, beaucoup ont appelé pour se plaindre, ce dont ils se plaignaient le plus, des soignants de tout partout (de toutes les structures de la région), un manque de communication.

Souvent, il est mentionné que ces lignes ont enregistré peu d'appels :

C'était symboliquement important, mais pas très utilisé.

Il est difficile de savoir si l'analyse est bonne. Le fait qu'il y ait eu peu d'appels peut en effet signifier deux choses contraires : soit, les professionnels n'avaient pas besoin de soutien, soit la forme de soutien qu'offre une hotline n'était pas appropriée pour gérer leur niveau de stress. D'autres formes de soutien ont en effet été plus appréciées :

On a mis en place très rapidement une unité de soutien, psychologue, kiné, ostéopathe, pour les douleurs dorsales, cervicales, il fallait faire quelque chose.

Certains établissements ont proposé des séances d'hypnose et de méditation. Il semble qu'une intervention au niveau des équipes qui souvent ne se connaissaient pas, étaient faites de spécialistes de la réanimation et de non spécialistes (voir plus haut) ait été plus adaptée :

On a identifié des zones de fragilité psychologique, ces équipes faites de bric et de broc, il faut les prendre en charge psychologiquement, avec des psychologues qui ont l'habitude de travailler au cas par cas.

Et, enfin, le management des équipes lui-même a pu gérer le stress directement. On peut le voir sur le cas d'un service de réanimation chirurgicale à travers le témoignage d'une étudiante externe volontaire comme aide-soignante :

L'équipe a voulu donner le sentiment qu'elle faisait comme d'habitude pour rassurer. Pourtant, voir autant de patients lourds, endormis, intubés, ça ne s'était jamais vu. L'ambiance n'était pas particulièrement stressante pour nous, tout était fait pour qu'on donne le sentiment que tout était maîtrisé. Notamment du fait d'un Professeur Hospitalier. La régularité. Le fait qu'elle était là tous les jours, weekend end compris, pour la prise en charge des patients, qu'elle s'est battue pour que les familles puissent venir,

qu'elle s'occupait de tout, qu'elle s'occupait de nous, qu'elle avait un œil sur tout. Elle est très reconnue, elle l'était avant la crise.

Ce qui rejoint la notation faite plus haut sur la force cohésive du collectif quand il est bien géré.

Solidarité. Pour conclure sur les éléments qui ont joué un rôle positif dans la gestion de la crise, il faut en venir à quelque chose de moins décisif mais vécu néanmoins comme important par les acteurs : la solidarité. Dans ce domaine, le facteur le plus important, dans la mesure où il fallait armer les équipes, a été la réaction de l'éducation nationale :

Dès qu'il a été question de fermer crèches et écoles, nous avons saisi les pouvoirs publics pour maintenir ouvertes les crèches hospitalières, s'organiser pour les enfants des personnels. Ça s'est géré en une semaine, l'éducation nationale a bien joué le jeu et les absences pour garde d'enfants ont été très limitées. L'éducation nationale a bien fait son boulot.

Puis il y a eu le soutien des entreprises, Uber et les taxis pour les déplacements des personnels soignants, et les dons. Des entreprises ont proposé des visières, d'autres ont donné des masques. Il y a eu également les pizzas, les repas, apportés aux équipes dans les établissements. Une certaine tension est née quand des entreprises n'ont voulu donner qu'aux services d'urgences, ou de réanimation, mais généralement les établissements ont essayé d'opérer un partage équitable. Une plate-forme a été mise en place pour centraliser les aides (<https://www.jaidelhopital.fr/>).

**ENSEIGNEMENTS A TIRER DE LA CRISE COVID-19 POUR LES
CRISES FUTURES**

Une crise prévue, bien anticipée, n'est par définition pas une crise. Tirer comme leçon d'une crise qui vient de se produire qu'elle aurait dû être mieux anticipée relève en partie de la contradiction dans les termes. Comment tirer les bonnes leçons d'une crise ?

Les enseignements qui ont été tirés de l'épidémie H1N1 ont été que la ministre de la santé de l'époque avait sur-réagi et dilapidé les fonds publics en achetant des milliards de masques pour une épidémie qui n'en était pas une. Pour la crise Covid-19, on peut se dire que la situation sur les masques a fait suite aux « enseignements » de l'épidémie H1N1. Malheureusement, les enseignements de l'épidémie H1N1 auraient dû être tout autres : certes, l'épidémie annoncée ne s'étant pas déclenchée et on s'était dit que la ministre de l'époque s'était trompée sur la crise passée. Mais la question qu'il aurait fallu se poser était en réalité : en se trompant sur le virus H1N1, n'avait-elle pas raison sur la crise *future*, celle d'un virus encore inconnu qui se révélerait être celui de la Covid-19 ?

Le mécanisme de la commission parlementaire a fait que l'on s'est focalisé à l'époque sur ce que l'on appelait les « *erreurs du gouvernement* ». Il est probable que la même chose va se reproduire. Nous entrons dans le futur à reculons, disait Valéry et l'ange de l'histoire de Paul Klee s'avance vers le futur le visage tourné vers le passé. Lors de la prochaine crise sanitaire, nous serons sûrs d'avoir des milliards de masques et des centaines de respirateurs de réanimation. Le malheur est que ce n'est sans doute pas de quoi le système hospitalier aura le plus besoin.

Lors de la crise Covid-19, les militaires ont installé sur un parking de Mulhouse un hôpital de tentes d'une capacité de trente lits de réanimation qui a été largement médiatisé. Les médecins et soignants qui y ont travaillé l'ont fait dans des conditions extrêmement difficiles : au lieu d'être équipés de masques et de sur-blouses, ils portaient des équipements NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique) qui n'étaient pas nécessaires pour soigner des malades atteints de la Covid-19. En réalité, l'armée a géré la crise présente dans la perspective d'une préparation à une crise future, une attaque terroriste chimique ou bactériologique. Si, en effet, un attentat chimique ou bactériologique se produit, les masques et les sur-blouses dont les stocks seront au plus haut ne seront pas le matériel adapté.

Les enseignements à tirer d'une crise ne consistent donc pas à analyser comment la crise a été gérée en se demandant ce qu'il aurait fallu faire pour l'anticiper. Ils consistent à se demander comment, en fonction de ce qui s'est passé, améliorer les capacités à affronter la crise future qui, par définition, ne ressemblera pas à la crise de la Covid-19. Chaque épisode apporte son lot d'inconnu qui conduit à gérer une situation inédite (Perrow, 1984). Puisque l'on ne sait pas ce qui sera nécessaire pour gérer cette crise non susceptible d'être totalement anticipée, comment faire en sorte que les capacités de réaction à l'inattendu du système hospitalier soient consolidées et améliorées ?

C'est le sens de cette partie. À partir de la manière dont le système hospitalier a géré la crise de la Covid-19, elle tente, avec prudence, de tirer des leçons sur les capacités du système à affronter une crise future. Même s'il n'existe pas de guides de bonnes pratiques ou de manuels de référence, les sciences de gestion apportent des repères pour comprendre comment gérer ce type de crise à l'avenir. Mobiliser ces repères permet d'interpréter les stratégies répertoriées qui ont permis de naviguer dans le contexte incertain de la crise Covid-19. Un tel croisement fait ressortir six actions de management qui peuvent aider les managers et les décideurs hospitaliers à gérer des crises futures : *savoir anticiper et réagir à bon escient ; développer un management de soutien ;*

s'adapter collectivement ou la force du travail en équipe ; susciter la créativité ; établir des partenariats; être accompagné et guidé par les tutelles.

1. Savoir anticiper et réagir à bon escient

Chaque crise apporte son lot d'inconnu qui conduit à gérer une situation inédite. Dans le cas de la Covid-19, cette situation inédite s'est exprimée de différentes manières : des signes évocateurs de la maladie peu courants (la perte du goût), des durées de séjour inhabituellement longues en réanimation, un point de rencontre qui a démultiplié la propagation du virus dans des proportions inattendues (le rassemblement évangélique de Mulhouse), ou dans la consommation importante de médicaments et de produits anesthésiques spécifiques.

La faculté d'anticiper et de réagir a été déterminante. Les acteurs ont parlé de « Pouvoir anticiper ne serait-ce que de 24 ou 48h », d'« avoir un ou deux coups d'avance », de « comprendre les déterminants de la riposte », autant d'expressions qui expriment cette faculté. La difficulté est que la compréhension n'intervient pleinement, au mieux, que lorsque la crise est là. D'où le fait que l'anticipation s'est souvent jouée à 48 heures près. Elle dépend d'un exercice particulier, la compréhension des caractéristiques de la menace à laquelle on fait face et des réponses à apporter. Comprendre ce qui fait sens ici et maintenant, permet de se projeter dans l'avenir afin de programmer la réponse la plus pertinente (Weick, 1988). Plus la compréhension est forte, plus le degré d'anticipation s'accroît, et plus la réponse aura des chances d'être pertinente.

La modélisation de la vague épidémique a été un élément essentiel de cette compréhension. Elle a donné des prévisions, des tendances et des scénarios prévisionnels. Mais gagner en prévision n'est pas toujours synonyme de gagner en compréhension. La prévision n'a pas permis de définir avec exactitude les réponses organisationnelles à établir dans un contexte donné. Entre les deux se sont glissés des imprévus (la durée longue des passages en réanimation a entraîné un besoin capacitaire imprévu), et des inconnues sur les conditions locales (le matériel disponible, ou le redéploiement d'effectifs). Mais le point décisif a été d'admettre que l'impensable pouvait – et allait de fait – arriver. Les témoignages sont nombreux pour admettre que les esprits n'étaient pas prêts : « *Les hôpitaux n'ont pas anticipé le confinement. On en entendait parler. Avant l'injonction de déprogrammation, on a commencé à réfléchir, mais on ne s'est pas préparé.* » ; « *Comme beaucoup de gens, quand les choses sont arrivées, je n'ai pas perçu l'ampleur que ça allait prendre* ».

La modélisation, en elle-même, ne suffit donc pas. Ce que l'on constate plutôt est un processus d'enquête active, proche de celle du détective, mais sous contrainte intense de temps. Il a fallu comprendre la situation, réagir à bon escient, et savoir actualiser son raisonnement. À ces trois temps, des pratiques managériales se sont révélées essentielles.

La compréhension de la situation s'est jouée autour de démarches d'enquête variées : *être à l'écoute* (des échanges avec des collègues ayant déjà du recul, chinois ou italiens, principalement) ; *chercher des indices ou signaux faibles* (et, comme dans toute crise, certains reconnaissent ne pas avoir été suffisamment vigilants face à des signaux faibles et, dans cette crise, face même à des signaux massifs); *aller voir sur place* (envoyer quelqu'un dans le grand Est pour comprendre pas intellectuellement mais viscéralement l'étendue réelle de la crise, ce qui a permis d'anticiper certains besoins de déploiement et de mobilisation de matériels mal identifiés à l'époque); *savoir organiser le débat contradictoire* (en suscitant la confrontation des points de

vue ; en plaçant des participants en situation d'observation et de challenge) ; *articuler la connaissance disponible et la préparation à la crise* (savoir exactement ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas, pour élaborer les décisions à prendre, ce qui s'est fait du sommet de l'État avec le conseil scientifique, jusqu'aux cellules de crise des établissements). Ces attitudes ont aidé à poser un diagnostic sur la réalité de la crise. Dans la majorité des cas, cela s'est traduit par un laps de temps suffisant avant l'arrivée de la vague, même si parfois il a été minime, de l'ordre de 24 heures. Seuls deux endroits n'ont pu bénéficier d'une quelconque forme d'anticipation : l'Oise et certains établissements du grand Est, dont Mulhouse. Comme on l'a vu, dans ces deux cas, la soudaineté de la crise a conduit une enquête dans l'urgence de l'action.

La faculté de réagir à bon escient en fonction des résultats de l'enquête menée sur la nature de la crise se situe entre deux extrêmes : agir vite, mais avec le risque d'être peu pertinent ou rechercher la meilleure pertinence possible, mais au risque de prendre des décisions trop tardives. Dans cet arbitrage entre rapidité et pertinence, la compréhension de la crise n'éteint pas toutes les incertitudes, et conduit à une attitude qui est de « *savoir agir sans savoir exactement* ». La mise en place dans une région de dépistages et de mesures préventives d'isolement en EHPAD dès le début de la crise a été un exemple d'action pertinente malgré l'incertitude régnant à cette époque. Il s'est agi d'« *éteindre le feu de broussaille avant qu'il ne se transforme en feu de forêt* », selon l'expression d'un acteur.

La compréhension d'une crise et les réactions qu'elle génère doivent être conçues dans un cadre dynamique. Comme dans une enquête, les hypothèses initiales ont dû être actualisées dans certains cas. Dans certains établissements, à l'échelle de certaines régions, les capacités d'accueil de patients en réanimation ont, au plus fort de la crise, menacé de dépasser les augmentations de capacité qui étaient réalisées de semaine en semaine ou même au jour le jour. La compréhension de ce qui se passait alors que la réaction envisagée semblait ne plus pouvoir suivre la dynamique à l'œuvre a amené à élaborer des projets de transferts de patients. L'actualisation de l'enquête de compréhension a supposé d'accepter de remettre en cause les hypothèses de départ. Cette attitude n'est pas la plus simple à adopter car elle peut obliger à admettre ses erreurs. Ce mécanisme psychologique qui vise à camper sur ses positions initiales a pu s'observer (on pense notamment aux débats sur les traitements possibles). Il limite la plasticité nécessaire pour réaliser des allers retours réguliers entre des hypothèses et des faits empiriques (modèles ou retours de terrain), en actualisant les premières au vu des secondes (ce qui s'apparente à une démarche d'abduction appliquée à l'organisation) (Lorino, 2018).

Au final, les différentes attitudes identifiées ont aidé à préparer l'action (anticipation), à programmer la réponse la plus pertinente (réactivité), et à actualiser le raisonnement en fonction des évolutions (abduction). Elles ont été portées le plus souvent par des réflexions collectives (débat contradictoire, évaluation commune au cours de laquelle chacun rapporte des faits).

2. Développer un management de soutien

La crise Covid-19 a été, pour les personnels hospitaliers, particulièrement anxiogène. Des professionnels ont été touchés et un certain nombre d'entre eux ont succombé au virus. Des protections de fortune utilisées faute de mieux (des sacs poubelles, ou des masques de plongée), des collègues atteints et parfois décédés, le transport des corps avec une prise en charge funéraire

particulière, le fait pour certains personnels d'avoir le sentiment d'être utilisés comme des pions placés une fois ici et l'autre ailleurs, ont accru l'anxiété, entretenue de plus par les médias.

Si le dévouement et la solidarité ont été des ressorts puissants pour dépasser l'anxiété, ou simplement le sentiment de faire ce pour quoi l'on a été formé et de réaliser sa vocation, la dimension managériale a été essentielle. Sans une série d'actions concrètes, la démotivation, l'usure psychologique, et des conséquences importantes en matière d'absentéisme pouvaient vite survenir. Par ailleurs, la capacité à soigner les patients diagnostiqués ou suspectés Covid-19 a dépendu des ressources et effectifs qui ont pu être mis en place.

La gestion des approvisionnements a été une obsession managériale durant toute la durée – exceptionnellement longue – de la crise. En parallèle, des initiatives ont été engagées pour soutenir les individus et les équipes, sachant que chacun est différent dans sa réaction face au stress¹. Il s'est agi de cellules d'assistance psychologique, de plates-formes, ou de cellules mobiles d'intervention au plus près des équipes. Ces dispositifs ont eu une utilité spécifique. Les lignes téléphoniques ont permis de recevoir des appels nécessitant de vraies réponses, avec une capacité d'écoute importante (« *des appels longs et chronophages* »). Par contre, le nombre d'appels ne semble pas avoir été important.

Enfin, différentes actions qui ont été répertoriées peuvent se regrouper autour d'un management de soutien. Il s'est agi d'un ensemble de démarches engagées au quotidien qui ont créé un environnement serein (Edmondson & Lei, 2014) : *informer dans un souci de transparence* (à travers la transmission rapide des décisions prises en cellule de crise par exemple) ; marquer une attention aux efforts accomplis (comme par exemple des courriels réguliers de la part de la direction hospitalière) ; *bannir les comportements non-coopératifs* (comme des absences sur le terrain injustifiées, ou des attitudes individualistes autocentrées) ; *être présent physiquement* (comme la présence régulière de membres de direction dans les services et l'attention qu'ils ont portée dans ces situations aux efforts de chacun) ; *introduire un climat serein lors des échanges* (comme la non-sanction des erreurs de jugement) ; *être équitable dans la distribution des dons* (de nombreuses initiatives citoyennes ont fait des dons de nourriture ou d'autres produits, comme on l'a vu ; les professionnels y ont tous été très sensibles, mais attentifs à une répartition équilibrée entre les services de l'établissement de ces signes de reconnaissance) ; *ne pas oublier ceux qui sont en périphérie* (les remplaçants, les étudiants, et autres acteurs parfois en périphérie des collectifs, ou même en dehors de l'hôpital, ont pu souffrir d'un manque de reconnaissance, comme ce fut le cas des pharmaciens de ville en début de crise). Ces pratiques engagées à tous les échelons de l'hôpital, des équipes de soins aux directions hospitalières (et également au niveau des tutelles), parfois jugées insignifiantes, ont aidé à préserver le moral des professionnels lors de la crise.

Ces actions d'aide psychologique et de management s'appliquent également à la période de désescalade vécue récemment. Pour reprendre une expression témoignant de l'importance de ce management à cette phase, « *C'est au moment du retour de la guerre plus que lors de la guerre que se manifestent les signes d'usure psychologique* ». La recommandation ou l'imposition des congés a été et est encore une réponse apportée dans de nombreux cas. Même si les difficultés

¹ <https://theconversation.com/face-a-la-pandemie-limportance-des-ressources-psychologiques-individuelles-136870>

liées au contexte des transports rendent la décision plus ou moins populaire, cette action qui incite au « lâcher-prise » est une autre facette du management de soutien.

Les dispositifs, plates-formes, cellules d'accompagnement, et le management de soutien, forment un ensemble, les premiers semblant avoir néanmoins été plus spontanément mis en œuvre que le second. En temps normal, ces actions sont associées à une qualité de vie au travail qui conduit à placer les professionnels de santé dans les meilleures conditions de bien-être physique et psychologique. Ici, il est difficile d'évoquer le maintien d'un état de bien-être étant donné les circonstances. L'ensemble a plutôt permis d'introduire un mécanisme de résilience, individuel dans le cas des dispositifs d'accompagnement psychologique, et organisationnel dans le cas du management de soutien (Alliger *et al.*, 2015).

3. S'adapter collectivement ou la force du travail en équipe

La pandémie Covid-19 a nécessité des réponses coordonnées de la part des équipes de soins en charge des patients, et des équipes en général, au sein des agences ou des administrations. Elles étaient nécessaires pour gérer l'anxiété, comme évoqué précédemment. Mais ces réponses coordonnées ont aussi permis d'adapter l'activité de soins, une condition de la résilience d'une organisation de santé en cas de crise (Vogus & Singer, 2016). Elles ont permis le réaménagement des flux d'activité dans des laps de temps courts, en déployant des prises en charge de patients en réanimation, ou dans d'autres services aménagés en zone Covid, et, en déprogrammant les autres activités cliniques.

Aux yeux de nombreux interlocuteurs, cette adaptation a été réalisée avec succès, surtout si l'on considère l'état dans lequel l'hôpital se trouvait avant d'affronter la crise. « Depuis deux ans, l'hôpital était critiqué, les personnels se plaignaient de la pression économique. On a constaté une très grande mobilisation des soignants. Ils ont su faire front. On aurait pu craindre, ce qu'on entendait avant, que dans le système normal on n'était pas capable de traiter les patients ».

Une telle réussite dépend de la qualité du travail en équipe. Plusieurs facteurs permettent de donner un caractère tangible à ces qualités. La première réside dans la faculté à établir des « espaces dialogiques » (cellules de crise, staffs, réunions de concertation). Cette faculté, indispensable en régime perturbé, rend la mise à niveau des connaissances plus rapide, et l'action collective plus cohérente (Tsoukas, 2009). La crise a montré la spontanéité des collectifs à s'organiser ainsi dans la plupart des cas. L'apport des outils de visioconférence et de réseaux communautaires (notamment WhatsApp) a été majeur.

Mais se réunir régulièrement ne suffit assurément pas. Une seconde qualité relève d'attitudes individuelles, la capacité à coordonner son action avec celle d'autrui, et aussi d'aller vers autrui ou « se mettre au service de » (Minvielle, 2018). Différentes tactiques jouent également un rôle : (i) l'élaboration en commun de nouveaux protocoles, (ii) la définition d'objectifs centrés sur la prise en charge des malades qui limitent les conflits subalternes, (iii) de brefs débriefings, et (iv) une expression libre de la part de chaque membre afin de bénéficier de son expertise. Toutes ces tactiques et attitudes dans le travail ont pu être relevées, autant parmi les équipes de soins qu'au sein des agences régionales ou d'autres instances ministérielles et fédérales. L'élaboration de protocoles en commun a été notamment une activité particulièrement intense. Souvent appelés arbres décisionnels, ces protocoles ont réuni les équipes afin d'établir les principes d'une conduite à tenir face aux patients Covid, ou non-Covid, au niveau national et régional comme

dans les contextes locaux, les premiers faisant alors l'objet d'adaptations (les conduites à tenir, souvent très exhaustives dans leur description, ont été adaptées au contexte).

La crise Covid-19 a aussi mis en lumière un autre phénomène : la rotation au sein des équipes. De nombreux établissements ont fait appel à des médecins retraités ou des étudiants, ou mobilisant des réanimateurs et des infirmières spécialisées pour compenser les manques d'effectifs, comme on l'a vu. De ce fait, de nombreux soignants se sont retrouvés sans habitudes de travail en commun. L'efficacité du travail collectif a dans ce cas dépendu d'un pilotage stable (assumée généralement par un médecin et un cadre de santé dans le cas des équipes de soin), et de précisions sur les missions des nouveaux entrants. Sans ces actions, l'intégration a pu s'avérer limitée, donnant l'impression d'un sureffectif inutile.

La volonté de créer des échanges réguliers, l'expression de certaines attitudes, l'application de tactiques mentionnées, ou la faculté d'intégrer de nouveaux membres dépendent aussi d'une forme de leadership. Ce dernier doit être capable de partager le pilotage de l'équipe avec d'autres, et de reconnaître la capacité de chacun à résoudre un problème (Edmondson, 2012). Le retour d'expérience montre que l'application de ce style de management est restée le plus souvent dépendant des caractéristiques personnelles de chaque responsable d'unités. La plupart ont spontanément exercé ce style de leadership, mais certaines situations ont aussi laissé percevoir des rivalités nuisibles (notamment entre réanimation médicale et chirurgicale).

C'est donc un ensemble de pratiques managériales, individuelles, collectives, et dans le pilotage qui conditionnent la qualité d'un travail d'équipe.

4. Susciter la créativité

Une crise d'une ampleur de celle de la Covid-19 se traduit par des problèmes organisationnels inédits à résoudre.

La recherche de solutions peut conduire à imaginer des dispositifs innovants expérimentés dans des temps courts, souvent en transgressant les règles en vigueur (Pronovost *et al.*, 2006). Pour qu'une telle créativité soit effective, l'état d'esprit doit être tourné vers l'innovation, tout en étant capable de reconnaître ses limites. En marge du management hospitalier, le débat sur l'innovation thérapeutique a montré combien il était difficile de trouver ce juste équilibre, conduisant à parfois annoncer plus de promesses que de résultats effectifs, (l'objectif recherché, étant l'inverse comme le rappelle l'éditorial déjà cité de la revue *Science* : « *Underpromise, Overdeliver* ») (Thorp, 2020).

Le retour d'expérience a rapporté de nombreux exemples de créativité organisationnelle, observables à tous les échelons : une agence régionale qui sollicite une start-up pour mieux gérer les remplacements d'effectifs, cette dernière s'engageant à titre gratuit dans la démarche ; une école de formation à la réanimation qui venait d'être créée et dont la montée en charge s'accélère en peu de temps ; des sorties de résidents d'un EHPAD dans un espace protégé, non plus collectives, mais individuelles ; la création d'ateliers de couture ; une personne de l'équipe de déménagement qui suggère une manière rapide et efficace d'installer le matériel nécessaire aux équipes de soins ; etc.

Le domaine où les innovations ont été les plus importantes a été celui de la télémédecine.; L'ensemble des innovations en matière de téléconsultation et de télé-suivi ont permis d'évaluer le risque d'aggravation des patients positifs au Covid, comme d'assurer une continuité de la prise en charge des patients « non-Covid ». Le plus souvent, ces innovations ont été le résultat d'aménagements de dispositifs existants. L'enjeu qui a guidé ces innovations n'a pas été seulement d'évaluer l'état clinique, mais aussi d'orienter le patient dans son parcours (vers le médecin généraliste, dans son maintien à domicile, ou dans sa venue à l'hôpital). Les démarches les plus abouties ont ainsi élaboré des arbres décisionnels permettant d'évaluer et d'orienter.

Au final, certains ont pu parler d'improvisations ou de bricolages plus que d'innovations. Mais au-delà des termes, l'épisode Covid-19 a dévoilé une qualité inédite, l'attitude des professionnels hospitaliers, et plus largement du secteur, à innover dans des laps de temps courts sur le plan organisationnel.

5. Établir des partenariats

Même si l'idée de réussir tout seul a pu effleurer certains esprits, aucune organisation n'a eu intérêt à faire face isolément à la pandémie Covid-19. Celle-ci a traversé les frontières démographiques, géographiques et structurelles. Créer et renforcer des partenariats a été un facteur-clé, que ce soit entre établissements de santé, avec les administrations, les agences, entre groupes professionnels, ou avec des industriels.

Plusieurs témoignages ont mis en évidence l'efficacité de ces coopérations. La coopération entre établissements publics et privés, dans la mobilisation de ressources humaines ou matérielles comme dans le partage de la prise en charge des patients en réanimation, a été sans doute la plus visible et la plus commentée. La nécessité de cette coopération s'est imposée, quelquefois après avoir mesuré les effets de son absence : « *cela a servi de leçons ailleurs, notamment en Ile-de-France où l'ARS a mené la coopération* ». L'intervention des ARS a été relevée comme déterminante pour assurer sa mise en œuvre effective.

D'autres partenariats ont joué un rôle important. La coopération entre le sanitaire et le médico-social a par exemple tenu un rôle déterminant dans le cas des prises en charge en EHPAD, mobilisant l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et/ou des équipes mobiles dans le cas des filières gériatriques. Celle qui est intervenue entre établissements et laboratoires menant les tests a été elle aussi particulièrement importante. En début de crise, les établissements dans leur grande majorité ne possédaient pas les moyens de faire les tests dans leurs laboratoires. Il a donc fallu établir un lien avec des laboratoires extérieurs ce qui ne s'est pas fait toujours sans difficultés, les distances pouvant être importantes dans certains cas. Enfin, des relations de coopération plus inhabituelles se sont nouées, comme avec des entreprises.

Des défaillances de coopération ont néanmoins été constatées. Elles ont été visibles dans les relations entre chercheurs dans le cadre du développement des essais cliniques visant à trouver des traitements contre le virus. Elles ont aussi pu s'observer lorsque les silos existants dans le système de santé se maintenaient, notamment entre agences sanitaires et autres instances engagées dans la création de conduites à tenir et recommandations.

Ces situations, parfois contrastées, rappellent que la coopération intervient, non comme un principe, mais comme un acte assumé dans un contexte donné, en fonction de caractéristiques

sociologiques et historiques, et qu'elle doit souvent faire appel à un tiers-extérieur pour la rendre effective.

La tentation de l'action individuelle qui a pu s'observer est intéressante à analyser car elle peut avoir plusieurs motifs : une reconnaissance personnelle (je suis celui qui a réussi à apporter la bonne réponse) ou de risque de perte de légitimité (je ne veux pas montrer que je ne suis pas capable de répondre), l'urgence d'agir (agir de concert prendrait trop de temps en négociation). Elle est généralement perdante en management de crise pour deux raisons identifiées dans le cadre des interventions militaires : 1. le risque de manque d'implication des autres assorti de critiques dans des périodes qui réclament participation et cohésion ; 2. le risque de passer à côté d'une expertise, les situations de crise imposant des expertises multiples et coordonnées pour élaborer la plupart des solutions (McChrystal *et al.*, 2015).

C'est sans doute en référence à ces habitudes comportementales historiques de compétition, fréquentes dans le secteur, que la faculté à coopérer a étonné beaucoup d'acteurs hospitaliers. Des établissements antérieurement en situation de concurrence se sont retrouvés à travailler en étroite collaboration du jour au lendemain. Nombre d'acteurs ont souligné cet effet positif de la crise.

6. Être accompagné et guidé par les tutelles

La gravité des problèmes soulevée par la crise Covid-19 a montré la nécessité d'une interaction étroite entre toutes les composantes du système de santé, aux niveaux central (les instances gouvernementales, les administrations centrales et les agences sanitaires), régional (les ARS, les préfets et les conseils régionaux) et local (les groupements d'établissements, les établissements, et les unités de soins). Cette nécessaire interaction n'est pas éloignée de la question précédente, celle de la coopération, mais introduit d'autres considérations liées aux définitions de l'action publique. Par rapport à d'autres pays, la régulation des établissements de santé se caractérise en France par sa centralisation et sa déconcentration au niveau des Agences Régionales de Santé. L'action locale est donc encadrée (fortement, diront certains).

La crise est venue éprouver ce mode de régulation et les actions menées à chaque niveau. Car l'action renforce la légitimité de chacun des trois niveaux tout en créant des forces centrifuges pouvant ébranler la cohérence d'ensemble. Le niveau local est en première ligne, ce qui plaide pour une autonomie d'action des établissements de santé et la prise d'initiative en proximité. Les niveaux centraux et régionaux se justifient par le besoin de contrôle et de régulation sur l'ensemble du territoire, ce qui plaide pour un pilotage coordonné des initiatives. Il s'agit en temps de crise d'articuler au mieux ces deux exigences.

Si l'on se place du strict point de vue hospitalier, cette articulation a été vécue de la manière suivante : l'établissement a eu besoin à la fois d'être accompagné dans ses initiatives et d'être guidé par des actions structurantes au niveau régional et central.

Les actions structurantes, c'est-à-dire qui cadrent les démarches des établissements, ont été nombreuses. La décision centrale de déprogrammation, l'organisation centralisée des transferts de patients, la définition des conduites à tenir (par le national et le régional) lors de la mise en place de coopérations entre établissements publics et privés, en sont des exemples notables. La levée rapide des contraintes financières, juridiques et administratives, comme la suspension des

démarches d'évaluation (comme la certification des établissements), décidées au niveau de l'Etat et de l'Assurance-Maladie, ont aussi permis une mobilisation sans contrainte.

L'accompagnement des initiatives locales par les tutelles constitue une démarche moins courante. Elle a pourtant pu s'observer à travers diverses formes de délégation, du national vers le régional (par exemple, la délégation de certaines prérogatives de l'administration centrale de l'offre de soins aux ARS), ou du régional au local (une ARS n'a eu de cesse d'être facilitatrice en recensant les besoins des établissements lors de réunions régulières). On l'a également rencontrée dans la réactivité à des demandes locales, pouvant conduire à sauter un échelon. L'installation de circuits courts dans les approvisionnements de masques, du national vers le local au niveau des GHT, sans passer par les agences régionales, en est un exemple. Un autre point, semble-t-il inédit, a concerné le lancement d'alertes du local vers le national, parfois au plus haut niveau de l'État, dans des contextes où l'urgence le demandait, et permettant la réactivité nécessaire.

Si donc, cette articulation s'est exprimée positivement, dans cette double facette, structuration et accompagnement, plusieurs difficultés ont été aussi rapportées. Certaines actions ont été mal synchronisées. L'action centrale ou régionale est parfois intervenue avec retard, les initiatives locales l'ayant précédé. Il en a été de même pour des actions menées au niveau central vis-à-vis de celles engagées par des agences régionales. Certaines ARS ont été unanimement reconnues pour la qualité de leur travail, mais d'autres moins, le style du directeur et de son équipe paraissant être le facteur incriminé. Une deuxième difficulté a porté sur le manque de transparence dans les critères de décision (par exemple, les clés de répartition des approvisionnements en masques au niveau des établissements sont restées très opaques aux yeux des acteurs).

Une troisième difficulté a concerné le niveau de pertinence de l'action publique. Certaines ARS ont été critiquées pour « *sur-jouer leur rôle* », venant empiéter sur des initiatives locales. Au niveau national, la décision de réquisition sur les commandes de masques a conduit l'État à les gérer et à organiser la logistique des circuits de distribution, entraînant des interrogations sur son savoir-faire dans la négociation des marchés et dans le domaine du « *supply chain* ». Une critique a porté sur la faible délégation à des entreprises dont c'est pourtant le métier. Il est néanmoins possible qu'il y ait eu un effet positif de la centralisation, par rapport à un ordre dispersé, face à des producteurs qui valorisaient les volumes de commandes. Le marché s'est assez rapidement remis en marche ensuite, malgré l'ampleur de la crise.

Ces difficultés relevées font l'objet de nombreux débats illustrant les tensions entre les deux forces évoquées en introduction : l'autonomie de l'initiative locale, centrée au niveau des établissements de santé et de ses équipes, et la pertinence d'une centralisation des décisions et des actions en cas de crise, au niveau régional et central selon les cas. Des considérations politiques et stratégiques ne permettent pas toujours la sérénité et le recul nécessaires pour mener l'évaluation des différentes positions. Chaque acteur met en avant son rôle, au niveau qui est le sien. Les comparaisons internationales permettront sans doute d'avoir une vision plus claire. De premiers travaux donnent déjà des pistes de réflexion. Aux États-Unis, marqués par le système fédéral, une polémique s'est installée sur l'absence de cohérence entre les politiques menées dans chaque État. La Norvège apparaît plus proche du cas français. La centralisation a donné lieu à des critiques sur les lenteurs parfois observées, avec des effets négatifs sur la capacité de réactivité du niveau local, comme aussi sur le manque de certains équipements

critiques. En même temps, la centralisation a été saluée pour ses capacités de coordination entre régions, et pour la gestion des dépenses dans le cadre d'un système de couverture assurantiel universel (Mjåset, 2020).

Si l'on regroupe tous les éléments décrits, le constat final est le suivant : la crise n'a pas remis en cause la légitimité des différents niveaux. L'interrogation s'est portée sur leur articulation. Le national a été perçu de manière contradictoire, comme trop invasif, dans sa volonté de tout gérer semblant manifester un manque de confiance envers les acteurs locaux, et comme recours nécessaire, sommé de prendre des décisions permettant de cadrer et de coordonner l'action locale. Durant la crise, la délégation de l'autorité managériale au plus près des problèmes est apparue comme un facteur clé. En même temps, une décentralisation du pouvoir sans vision globale aurait pu mener au chaos. Par exemple, organiser un transfert entre établissements au sein d'une même région est dangereux, l'établissement accueillant les patients de son voisin pouvant être lui-même touché par un afflux de patients quelques jours après lui. Seul le niveau central apparaît pertinent pour coordonner les transferts entre régions. De même, le soutien financier et le relâchement des contraintes réglementaires, décidés au niveau central, ont été décisifs pour gérer la crise au niveau local. En pratique, la question fondamentale est celle de la bonne articulation entre les actions des différents niveaux qui ne peut se faire que dans un climat de confiance. Dans ce contexte, un élément est apparu au cours de nos entretiens comme favorisant cette confiance. C'est l'existence de profils d'acteurs « *hybrides* » associant une expérience aux différents niveaux, du local au central (par exemple, médecin ou directeur d'hôpital passé par un cabinet ministériel, ou médecin devenant directeur). Ces acteurs, par leurs aptitudes, semblent avoir été capables de sortir le débat d'un enjeu de postures pour le centrer sur les formes d'action publique les plus efficaces entre les trois niveaux. Le développement de ces profils constitue une piste. Elle suggère que plus qu'une question de fonctionnement structurel, c'est le choix des personnes, fondé sur la diversité de leurs expériences qui favorise la cohérence de l'action.

En synthèse, six enseignements se dégagent. Dans la perspective de crises futures possibles (nouvelles pandémies, catastrophes naturelles, catastrophes industrielles, attentats chimiques ou bactériologiques), ils peuvent orienter le travail de préparation du système sanitaire et hospitalier. Mais la manière dont la crise a été gérée amène également à s'interroger sur le management hospitalier hors situation de crise. Doit-il simplement revenir à ce qu'il était avant la crise ? Ses acteurs semblent souhaiter autre chose. S'il doit alors évoluer, qu'est-ce que la gestion de crise a pu permettre d'apprendre, qui peut donner des éléments sur cette évolution ? La troisième partie de cette recherche tente de donner des éléments de réponse à cette question.

**DES ORIENTATIONS POUR LE MANAGEMENT HOSPITALIER DE
DEMAIN**

On ne peut dire avec certitude quelles seront les conséquences de la pandémie dans 6 mois, et encore moins dans quelques années. Trop d'incertitudes persistent, à commencer sur la fin de la crise actuelle. Des bilans à plus long terme mettront sans doute aussi en évidence des phénomènes sous-estimés. On pense notamment aux conséquences des difficultés de prise en charge de patients non-Covid ou au risque de creusement des inégalités. De la même manière qu'il faut être prudent quant aux enseignements à tirer de la gestion d'une crise en vue de la préparation aux crises futures, il convient de montrer une grande prudence quant aux enseignements à en tirer pour un retour à un régime de fonctionnement plus normal.

Durant la crise, sans qu'il faille idéaliser, on l'a vu, des situations présentant une grande diversité, on peut dire que la contrainte financière a quasiment disparu, les établissements fonctionnant en « open-bar » ; que la contrainte administrative s'est fortement assouplie, les décisions prises dans l'urgence étant validées ensuite par les ARS ; que les cloisons entre les services ont en grande partie disparu ; que les directions se sont placées en support des médecins ; que tous les acteurs, enfin, ont travaillé avec un but imposé par l'urgence. Soudainement, ce qui était hier impossible, ou très lent à réaliser, s'est révélé possible et l'hôpital agile, une expression qui relevait de l'utopie voire de l'oxymore, est devenu réalité. La difficulté, selon le mot qui revient chez les acteurs, est désormais d'atterrir. Mais l'autre verbe qu'ils utilisent beaucoup « *est capitaliser* ». Est-il possible, en les transposant au contexte redevenu plus normal, de maintenir des éléments de gestion agile apparus durant la crise ? Comment faire en sorte, sachant que le système de santé ne peut pas être dimensionné en temps normal sur la base d'une crise future, de le redimensionner au mieux ? Est-il possible de concilier les qualités d'une performance organisationnelle, la qualité des soins au moindre coût en régime normal, avec celles de l'agilité, une capacité de réaction à une nouvelle crise ?

Il serait paradoxal d'expliquer, ce qui est un leitmotiv à l'issue de cette crise, qu'une plus grande autonomie, réactive et proactive, des acteurs du système de santé est requise, tout en formulant une liste de recettes de gestion qui devraient s'imposer universellement à eux. Il appartient aux acteurs eux-mêmes d'élaborer de nouvelles règles du jeu. Mais il est possible, à partir de leur retour d'expérience, d'identifier les orientations sur lesquelles la réflexion doit aujourd'hui s'engager. Ces orientations sur le management de l'hôpital de demain sont attendues par les acteurs. Ils craignent que le « *soufflé ne retombe* », ou que des revendications peu en lien avec les enseignements de la crise, ou des réinterprétations accommodantes – un des acteurs allant même jusqu'à évoquer des « *profiteurs de guerre* » – ne détournent le débat de son objectif. À l'analyse, trois orientations ressortent : *se préparer aux menaces ; penser un management en proximité ; établir des scénarios garantissant l'équilibre entre performance interne et territoriale.*

1. Se préparer aux menaces

La probabilité de voir d'autres menaces apparaître dans un avenir proche oblige à s'y préparer. C'est la qualité d'agilité de l'hôpital permettant de passer rapidement d'un régime normal à un régime de crise qui est recherchée.

Au niveau des établissements, la gestion d'une crise passe par l'application des plans blancs et d'autres actions qui ont démontré leur utilité lors de la crise récente. Mais « *se préparer à la menace* » est un exercice fondamental auquel le retour d'expérience montre aussi qu'en dépit de ces actions, la majorité des acteurs n'étaient pas prêts, et *in fine* ont mal anticipés. Ils ont

improvisé, souvent avec brio, mais regrettent néanmoins de ne pas avoir été mieux préparés. Un hôpital agile doit être capable dans le futur d'adopter des réflexes permettant d'anticiper, de réagir et d'adapter son organisation en conséquence.

L'anticipation et la réactivité. La faculté à anticiper est fondée, comme on l'a vu, sur la compréhension de la survenue d'une crise. La difficulté réside dans le fait que chaque crise véhicule des conditions inédites qui limitent la reproductibilité des réponses. Même si un apprentissage s'exerce par rapport au vécu de crises antérieures, il existe toujours une surprise stratégique au moment de faire face à une nouvelle menace. La pertinence des réponses dépend dans ces conditions d'un autre apprentissage, celui qui porte sur les réflexes à adopter quel que soit le type de menace.

Ces réflexes concernent en premier lieu la capacité à comprendre vite, dans le moment qui sépare la menace de la crise. Certains ont mis en valeur leur expérience antérieure (crise sanitaire précédente, attentats, activité humanitaire ou militaire), ou l'intérêt d'enseignements sur la gestion de crise. Le sens de l'anticipation semble plus aiguisé dans ces cas, indépendamment des caractéristiques de la menace. Ce point témoigne, dans une projection vers le futur, de l'intérêt de l'« effet mémoire » de la génération Covid-19. En cas de nouvelle menace, ceux qui ont été impliqués dans la pandémie Covid-19 auront une utilité. Outre ceux qui seront encore en train de pratiquer et dont l'expérience sera précieuse (comme l'a montré le cas de pays asiatiques déjà habitués aux épidémies infectieuses et à d'autres catastrophes comme les tremblements de terre), les personnes en retraite pourront représenter une réserve sanitaire utile. Cet « effet mémoire » dont dispose la génération Covid-19 pourra utilement compléter les exercices de simulation mis en œuvre au sein des établissements.

Conforter le sens de l'anticipation et de la réactivité à bon escient passe aussi par un apprentissage des pratiques d'enquête identifiées lors de la crise. Fondées sur des techniques spécifiques, l'acquisition de ces pratiques représente un moyen de transformer les attitudes observées en aptitudes à apprendre vite en toutes circonstances. Si l'on se fie aux témoignages recueillis, elles concernent autant les professionnels de terrain, que les managers hospitaliers et les décideurs.

L'adaptation. La crise Covid-19 a aussi mis l'accent sur la capacité d'adaptation des établissements de santé. La volatilité, l'incertitude, la complexité, l'ambiguïté des situations à affronter a obligé à raisonner différemment. Certaines règles ou routines de travail sont devenues obsolètes. L'esprit d'initiative, en dehors des cadres établis est devenu un enjeu.

Cette capacité d'adaptation revêt deux formes, structurelle et managériale.

Structurelle. Lors de la crise récente, l'adaptation des effectifs et la mobilisation de diverses ressources ont constitué une activité majeure à réaliser dans l'urgence. La crise a révélé des faiblesses capacitaires, notamment en radiologie au niveau des scanners, et lorsque des chambres doubles ont dû être aménagées en chambres simples. Le principe général de « stocks », à n'utiliser qu'en cas d'urgence, ou « *slack organisationnel* », utile en cas de survenue d'événements imprévus, est donc posé à la sortie de la crise. Si la réflexion semble pertinente

pour éviter les méfaits d'activités en flux tendu,¹⁰ la réponse par l'augmentation capacitaire, notamment en lits, semble difficile à adopter pour la majorité des acteurs. D'abord, dans la mesure où chaque crise a ses spécificités, les ressources nécessaires peuvent aussi varier, à l'exception sans doute des invariants que sont les réanimations et les SAMU. Ensuite, comme l'ont rappelé divers acteurs, ce n'est tant la capacité en lits mais le flux d'activité qui compte, et la tendance à l'externalisation de certaines activités semble inexorable. Certains n'ont pas non plus manqué de souligner avec malice que la crise récente avait montré qu'en l'état, même si cela s'était fait au prix d'efforts colossaux, la capacité existante avait suffi pour répondre à la menace. Un bémol a toutefois été introduit en soulignant que les besoins populationnels n'iront qu'en s'accroissant et que « *la pénurie* » actuelle ne peut perdurer. Le constat qui ressort est qu'il ne faut considérer l'augmentation capacitaire qu'avec parcimonie, dans des domaines qui le justifient, principalement dans l'aménagement du plateau technique, et dans l'augmentation du nombre de chambres simples.

La faculté d'adapter les capacités existantes est une autre voie qui a été évoquée. Pour faire face à la variété des cas de figure dépendant de la nature de la crise, l'objectif est de faire preuve de flexibilité dans la capacité de déployer rapidement les ressources nécessaires. Cette faculté s'applique à tous types de crise. Pour qualifier cette flexibilité, un réanimateur nous a évoqué l'idée d'une « *structure accordéon* » susceptible de transformer et d'équiper très vite des lits de réanimation en dehors des services habituels (les unités de soins intensifs polyvalentes, par exemple). Le point crucial de cette modularité consiste à adopter une vision globale afin de percevoir les goulots d'étranglement possibles. Durant la crise, ce n'est pas tant l'adaptation des capacités en lits que la mobilisation des professionnels requérant des formations courtes, les besoins en curare ou en respirateurs qui ont été des enjeux.

Managériale. L'adaptation s'opère d'autant mieux qu'un climat serein s'établit face à des éléments adverses. Le travail en équipe, le management en soutien, et l'esprit coopératif ont été des actions qui ont permis que l'adaptation se fasse dans de bonnes conditions lors de la Covid-19. Capitaliser sur la base de ces enseignements signifie l'acquisition des compétences managériales relatives à ces actions.

Se préparer aux menaces suppose aussi une action publique cohérente, qui définit un alignement entre les initiatives locales et celles menées au niveau national ou régional. Nous avons vu les besoins de cohérence que cela génère. Dans cette quête de cohérence, le comportement des acteurs engagés à chacun de ces niveaux est crucial. La confiance en dépend. Comme évoqué dans la partie précédente, une réponse consiste à favoriser l'émergence de profils hybrides dont la compréhension des logiques d'action propres à chaque niveau permettrait d'asseoir cette confiance. Ce constat est applicable au management hospitalier, mais le dépasse sans doute aussi, insistant sur le besoin d'hybridation entre des champs d'expertise et leur logique par nature différente. Un récent article¹¹ souligne par exemple le besoin de mieux articuler l'expertise scientifique et la décision politique par la présence permanente de conseillers scientifiques

¹⁰ Les méthodes du Lean Management se résument trop souvent à la chasse aux gaspillages (Muda), oubliant les deux autres piliers, la maîtrise des variabilités de l'activité (Mura), et donc la prise en compte volontaire de certaines surcharges (Muri) pour éviter les effets dus à l'engorgement et à sa propagation rapide lorsque le système est sous tension (Ohno cité dans Minvielle 2018, p. 148).

¹¹ Alain Berets "Le conseiller scientifique, chaînon manquant mais pas suffisant entre expertise et décideurs." <https://theconversation.com/le-conseiller-scientifique-chainon-manquant-mais-pas-suffisant-entre-expertise-et-decideurs>

auprès des instances décisionnelles de l'État dans le respect des règles de production des recommandations et de la définition des liens d'intérêt des participants.

Être capable de raisonner l'adaptation des ressources existantes dans un laps de temps court semble l'enjeu prioritaire pour faire face à de nouvelles menaces. Un tel raisonnement dépend du degré de modularité des ressources, mais aussi de certaines attitudes afin d'assurer une mise en œuvre efficace, indépendamment du type de menace à affronter : (i) apprendre vite de la menace en cause et des besoins qu'elle génère ; plus le sens de l'anticipation est aiguisé, plus le diagnostic est posé rapidement pour envisager le déploiement adéquat ; (ii) présenter des attitudes collaboratives ; plus la cohésion d'équipe est forte, plus la réponse collective a des chances d'engager rapidement l'effort d'adaptation ; (iii) assurer une cohérence de l'action publique ; la nécessaire compréhension des logiques d'action au niveau national, régional et local fait émerger le rôle de certains profils dont l'expérience semble plus à même de savoir où et comment assurer cette cohérence.

2. Penser le management en proximité

Durant la crise, le travail au sein des équipes de soins est apparu comme un élément déterminant. S'y développent des facultés d'adaptation et d'anticipation, mais aussi des réponses coordonnées pour mener l'action. Le style de pilotage se doit d'être attentif à ces questions de terrain et de cohésion d'équipe. L'ensemble peut se nommer management de proximité, management de terrain, ou micro-management. Ces termes expriment tous la même volonté de mettre en lumière un management situé en proximité, c'est-à-dire à la fois dans un contexte local, au niveau des équipes de soins, et en première ligne, au plus près de la prise en charge du patient.

Capitaliser sur ce mode de management de crise dans un fonctionnement normal semble avoir du sens, même si les motifs sont différents. Le récent rapport du Pr. Claris sur la gouvernance de l'hôpital ne manque pas de souligner l'importance de ce management de proximité, en mettant l'accent sur le rôle du service hospitalier.¹² Ce que le retour d'expérience illustre, c'est le caractère impensé de ce mode de management, contrastant avec l'importance de son rôle. L'affirmation est sans doute réductrice, certains interlocuteurs montrant une sensibilité à ces sujets. Mais d'une manière générale, les réflexes adoptés restent majoritairement le fruit de l'apprentissage sur le terrain et de caractéristiques individuelles, non celui d'une démarche systématisée. De plus, la synthèse qui associerait compétence individuelle requise, organisation des activités collectives, et modes de pilotage, au sein d'un même ensemble est peu faite. Identifier les besoins de ce type de management en régime normal, et définir son contenu conduisent à associer trois caractéristiques.

Organiser le travail en équipe. Si le travail en équipe a un intérêt perçu en temps de crise, il l'est aussi dans un régime dit normal pour favoriser la performance organisationnelle. La raison en est que les prises en charge de patient sont devenues plus complexes, car plus en considération de la singularité de chaque patient, requérant plus d'interactions (du fait des options thérapeutiques et du nombre d'acteurs impliqués), et subissant plus de contraintes dans l'exécution (les durées de séjour diminuent régulièrement). Le problème est de gérer une

¹² Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS Juin 2020 (disponible sur le site du Ministère de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>)

singularité à grande échelle (Minvielle, 2018). La réponse organisationnelle apportée par les équipes de soin tient dans cette évolution un rôle primordial. C'est elle qui permet la coordination des actions, la réaction en cas d'imprévu et la vitesse d'exécution, avec leurs conséquences en termes de qualité et de coût. La force d'un tel collectif est aussi de réguler les attitudes individualistes. Un acteur nous a rapporté à ce propos les bienfaits d'une définition collective des programmes opératoires, évitant des comportements optimisant l'occupation des blocs à des fins personnelles. Les compétences managériales individuelles mises au service du groupe et les différentes pratiques réalisées en commun identifiées précédemment semblent donc devoir être cultivées, indépendamment du contexte.

Favoriser un management de soutien. Le management de soutien (*informer dans un souci de transparence; bannir les comportements non-coopératifs; être présent physiquement; être équitable dans la distribution des dons; ne pas oublier ceux qui sont en périphérie*), nécessaire pour maintenir un environnement serein malgré les événements, semble aussi avoir une utilité en temps normal, mais pour une autre raison : lutter contre la faible attractivité des métiers du soin, notamment celui des infirmières.

La valorisation salariale est une première réponse à la faible attractivité des métiers, notamment infirmiers et paramédicaux. Mais deux autres sujets en lien avec le management de soutien ont aussi été mis en avant.

La quête de sens des missions est le premier. Cette dernière a joué un rôle important lors de la crise, évoquant pour beaucoup les raisons du choix de leur métier dans le secteur de la santé. « *Nous avons retrouvé la vocation qui nous engage à faire notre métier* » pour reprendre une expression. Cet objectif « *commun et partagé* » de lutte contre la pandémie a « galvanisé » (expression apparue dans les entretiens) beaucoup d'acteurs, entraînant des formes de collaboration inédites. L'inquiétude de voir disparaître ce sens est grande. La solidarité qui a guidé ces actions collectives ne sera plus aussi présente lors d'un retour à un régime normal. Pour pallier ce risque, le rappel régulier des objectifs et des valeurs communes est une réponse souvent avancée (Pinto *et al.*, 1993). Mais les acteurs ont mis en avant un sujet plus spécifique qui oriente la réponse d'une manière complémentaire. La perte de sens est associée à une gestion administrative qui limite le temps accordé aux soins, activité qui est leur raison d'être. Le poids des évaluations et des contraintes règlementaires est visé, notamment derrière l'expression de « *fichiers Excel à remplir* », source de démotivation des professionnels. Il rend nécessaire la mise à plat de ce « *fardeau administratif* ». Cela peut parfois conduire à certaines surprises. Une étude a par exemple montré que ce qui était considéré comme un fardeau administratif pour des infirmières hospitalières représentait en fait, pour la grande partie, une activité de management fondamentale à la prise en charge des patients (gestion des lits, actualisation des plannings, transfert des malades); l'auteure suggérait que la vision péjorative portée sur cette activité était plus liée à une vision idéale du métier centrée sur les soins qu'à un temps réellement perdu (Allen, 2014). De tels constats ne doivent pas empêcher de rechercher une simplification nécessaire. L'urgence de la crise passée, c'est à une urgence de simplification administrative qu'il convient de s'atteler.

Le manque de reconnaissance dans le travail est le deuxième sujet. Les expériences négatives vécues lors de la crise ont convaincu certains de changer définitivement de métier, le manque de reconnaissance faisant partie des griefs mis en avant. À l'échelon individuel, une meilleure reconnaissance correspond généralement à la mise en place de formes de coaching, d'évaluation

et de définition des parcours professionnels, domaines assez peu évoqués alors qu'ils représentent des pistes habituelles dans les rapports d'expertise. Les pratiques du management de soutien peuvent aussi tenir un autre rôle : reconnaître le travail accompli par chacun, inscrire son expertise dans l'action collective, contrer les attitudes non-coopératives et d'autres. Ces principes de management, qui sont connus dans d'autres domaines comme l'armée ou le sport, ne semblent pas aussi fréquents dans le secteur hospitalier qui aborde plus souvent le sujet par le versant des fragilités et de l'usure psychologique. Diverses études ont pourtant montré leur influence positive sur le climat au sein des équipes, réduisant l'absentéisme et l'usure psychologique, et présentant un impact positif en termes de qualité et de coût (Barsade & O'Neill, 2014).

Installer un pilotage partagé et autonome au sein de l'établissement de santé. La question de la gouvernance hospitalière, c'est-à-dire le pilotage effectif de l'établissement, fait débat, tant sur la reconnaissance des expertises médicale et gestionnaire que sur la relation vis-à-vis des tutelles. Si le fonctionnement en binôme médico-gestionnaire est généralement admis, il se décline selon des configurations variables (Directeur d'hôpital et Président de CME, Directeur Médical et Directeur général adjoint). Dans ce binôme, le positionnement respectif des médecins et des managers est un point sensible. Même si la majorité reconnaît que ce pilotage doit faire appel aux deux compétences, certains ont insisté sur le rôle clé de l'expertise médicale pendant la crise. Mais, comme l'a rappelé l'un de nos interlocuteurs, le constat est logique puisque la gestion de crise impose le rôle des Directeurs médicaux. Le pilotage semble devoir être partagé entre médecins et gestionnaires.

Le style de gouvernance de ce pilotage en binôme est un autre point évoqué par les acteurs. Il incombe à ce pilotage d'affirmer un style fédérateur permettant d'impliquer tous les échelons de l'hôpital, des directions aux services. Sur ce plan, la crise a permis des circuits courts dans les échanges entre unités de soins et directions. Le régime normal, par comparaison, montre un besoin, celui d'affaiblir les hiérarchies verticales qui existent au sein de l'établissement. Il s'agit d'introduire plus de proximité avec les services, comme de leur accorder plus de marges de manœuvre, limitant ainsi la régulation disjointe qui s'est installée entre directions et services (Moison, 2012). Certains interlocuteurs ont souligné l'impact négatif de la taille des établissements pour exercer une telle proximité collaborative, « *les grandes organisations conduisant inévitablement à des liens plus lâches, la plupart des personnes étant étrangères les unes aux autres* ». La course à la taille et aux structures intégrant une multiplicité d'établissements gérée par un étagement de structures bureaucratiques fait débat, alors que le besoin porte plutôt sur la coopération rapide et souple.

Face à ce besoin, le pilotage partagé prend un autre sens. Le partage des responsabilités dont il est question n'est pas seulement entre médecin et gestionnaire, il est aussi entre les directions et les unités de soins. Le style de pilotage considéré n'est pas seulement celui de la direction, il est aussi celui des responsables d'équipe de soins.

Deux points ressortent dans ce pilotage partagé ainsi défini, le leadership et l'autonomie. Le premier, le leadership, est décrit comme celui d'un facilitateur ou d'un « *animateur, qui fait preuve d'humilité* », plus que comme celui d'un commandeur. Cela ne signifie pas une perte d'autorité au moment des arbitrages. Mais qu'il ou elle soit un directeur, un responsable de pôle, ou un chef de service, la faculté requise est de se mettre au service des professionnels de santé. Le partage de l'information doit primer sur toute autre considération : il est déterminant pour garantir la transparence et la pertinence collective.

Le second porte sur l'autonomie conférée à ce pilotage. La crise a interrompu brutalement de nombreuses formes d'évaluation et d'instructions auxquelles les divers échelons de l'établissement étaient soumis. En sortie de crise, la reprise de cet exercice est critiquée tant au niveau de responsables d'unités que de membres de directions. Certains soulignent le besoin de limiter le nombre des évaluations et directives, et surtout d'en assumer la cohérence. La critique provient du sentiment que beaucoup de ces demandes adressées par les tutelles (régionales ou nationales) ne font pas l'objet de coordination, générant doublons et augmentation de la charge de travail. Le caractère tatillon de certaines directives qui précisent les règles de travail à l'excès est aussi mis en avant. On rejoint un constat précédent, l'« hyper-régulation » a un impact sur le sens du métier, mais il limite aussi dans le cas présent le sens de l'initiative. La revendication d'autonomie est relayée par un deuxième argument, celui de la pertinence de l'action lorsqu'elle est menée en proximité. La gestion de crise a montré que l'autonomie a été particulièrement affirmée, des tutelles vers les directions d'établissements et des directions vers les unités de soins, sur la base de cet argument. Un retour à une « hyper-régulation » des établissements aurait sans doute des effets particulièrement négatifs.

Ces trois composantes – organisation du travail en équipe, management de soutien, et pilotage partagé et autonome – se combinent pour créer un ensemble managérial. La reconnaissance de pratiques collectives, la mise en place d'actions favorisant un climat organisationnel plus serein et plus reconnaissant du travail accompli suppose de laisser des marges d'action dans le pilotage des équipes et un rapprochement des directions. L'ensemble donne un contenu pour exercer un management en proximité. Au regard des témoignages, sa mise en œuvre répond aux besoins actuels du fonctionnement hospitalier. Aller vers ce type de management dessine une seconde orientation de l'hôpital du futur dans laquelle se retrouvent les doubles qualités d'agilité et de performance.

3. Établir des scénarios garantissant l'équilibre entre performance interne et territoriale

Une dernière série d'enseignements tirés de la crise participe d'une reconnaissance de l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur. Les pratiques collaboratives engagées entre professionnels situés dans différents lieux, les formes de partenariat, notamment entre établissements publics et privés, comme le souci de susciter de la créativité organisationnelle, notamment dans le cadre de la télémédecine, ont été mis en lumière. Capitaliser sur ces actions passe par la reconnaissance d'un nouveau rôle de l'hôpital, car elles ont en commun de reconnaître le rôle de l'hôpital dans son territoire. Elles aident à la coordination des parcours, notamment dans le cas des maladies chroniques, de la prise en charge des personnes âgées, et des activités non-programmées. Mais en suivant cette logique, la démarche de capitalisation exacerbe une tension, celle qui oppose la reconnaissance de ce nouveau rôle avec le maintien du fonctionnement d'un hôpital guidé par sa performance interne. L'orientation qui en ressort est celle d'une recherche d'équilibre, entre ces deux approches. La question n'est pas d'admettre ou de s'opposer à une transition, d'une vision historique exclusivement centrée sur l'activité interne de l'hôpital vers une vision où ce dernier s'inscrit dans son territoire, et dans l'organisation des parcours des patients. Elle est celle d'un équilibre à trouver entre ces deux visions. Capitaliser signifie trouver le juste équilibre entre deux conceptions de la performance organisationnelle,

interne et territoriale (Mauro *et al.*, 2014). C'est un exercice de définitions régulières de scénarios réalistes permettant aux deux conceptions de cohabiter.

Dans cette recherche d'équilibre, trois formes de management sont concernées.

Un management entre équipes et professionnels le long du parcours. Le développement d'un management en proximité a été identifié comme un besoin au sein de l'hôpital. L'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur pose un défi supplémentaire. La coordination le long du parcours du patient suppose que ce management s'applique au sein des équipes hospitalières, mais aussi dans une coordination avec d'autres équipes et d'autres professionnels. Cette coordination entre professionnels permet de partager et de synthétiser des connaissances sur le patient et la gestion de son parcours (la spécialisation conduisant à leur émiettement).

La crise a impulsé une dimension collective dans certains endroits, créant par exemple une cellule de crise territoriale, incluant une variété de professionnels de ville et hospitaliers, comme d'association de patients. Il est intéressant de relever à cet égard les expériences, au demeurant rares, qui soulignent l'intérêt d'intégrer le patient, partant de l'hypothèse qu'il apporte un regard utile tout en symbolisant une participation citoyenne. Dans ces expériences de collaboration, les responsables du management de proximité hospitaliers se sont aussi transformés en « *animateur de santé et de territoire* » pour reprendre une expression. Ils ont créé des interfaces avec l'extérieur de l'hôpital, avec l'objectif de casser les silos existants. Un tel management peut révéler une tension, car il peut être mal perçu en interne. Un urgentiste, par exemple, peut juger comme une remise en cause de son travail, le fait d'associer des médecins libéraux dans une réflexion sur l'orientation des patients vers la ville à des fins de désengorgement des urgences. Il advient dans le pilotage de ces formes collaboratives de trouver un juste équilibre dans l'exercice qui conduit à coordonner plusieurs équipes ou professionnels le long du parcours, et celui qui vise à consolider les équipes hospitalières, le premier ne devant pas nuire au second.

Susciter la créativité organisationnelle le long du parcours. L'esprit d'initiative tourné vers la créativité organisationnelle constitue un autre enseignement de la crise qui peut être mis en rapport. Cet esprit de créativité fait écho à différents dispositifs en faveur de l'innovation organisationnelle mis en place ces dernières années dans le secteur hospitalier, notamment dans le cadre de l'article 51. Ces dispositifs ont vocation à expérimenter de nouvelles organisations coordonnant mieux les parcours de patient, avec des conditions dérogatoires sur les modes de paiement. La capitalisation dans ce contexte signifierait de confirmer l'élan initié par ces dispositifs, la crise jouant un rôle de catalyseur pour développer ces attitudes tournées vers l'innovation.

Mais cette capitalisation, pour qu'elle ait effectivement lieu, doit trouver un équilibre entre deux formes de pensée, ce que l'on nomme l'ambidextrie organisationnelle (Gibson & Birkinshaw, 2004) : un état d'esprit tourné vers l'apprentissage et la quête d'innovation qui explore de nouvelles idées et pratiques, et un état d'esprit guidé par la performance qui suit et optimise les pratiques établies. Il s'agit bien d'un équilibre à rechercher. Trop souvent, le risque est de négliger la forme de pensée ancrée dans l'optimisation des routines organisationnelles, souvent jugée trop conservatrice par les promoteurs de l'innovation. Or, en agissant de la sorte, le risque est grand de générer des résistances (une faible disponibilité des professionnels mobilisés par leur tâche opérationnelle ; une aversion à s'engager dans des changements trop brutaux et requérant des compétences nouvelles).

Le cas de la télémédecine est particulièrement illustratif de ce sujet. Avec la crise, l'usage de la téléconsultation et du télé-suivi s'est imposé avec force, démontrant que la proximité sociale semble possible sans proximité physique. Le contraste avec la lenteur des développements passés, et ses contraintes financières et réglementaires, a constitué une surprise.

Les entretiens manifestent un consensus général sur le besoin d'affirmer désormais le recours à la télémédecine. Ainsi, de nouvelles voies en matière de suivi, d'aide, et de conseils pour des soins de qualité, et à moindre coût, pourraient voir le jour. Les temps de face-à-face avec les patients pourraient aussi être proposés d'une manière plus pertinente, consacrés à ceux qui en ont le plus besoin. Un déclic semble s'être opéré durant la crise. Les professionnels paraissent désormais convaincus de l'intérêt de ces usages de la technologie. La diffusion massive et régulière de la télémédecine pourrait présenter les caractéristiques d'une disruption systémique (Von Pechmann *et al.*, 2012).

A y regarder de plus près, la quête d'équilibre entre maintien d'une activité interne et nouvelle forme organisationnelle de suivi, se pose néanmoins. La division entre ce qui relève des échanges à distance permis par la télémédecine et le maintien de temps de face-à-face doit être par exemple étudiée avec minutie. La consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer constitue un moment où la rencontre entre le patient et le professionnel reste indispensable. La diffusion de ces nouvelles pratiques accentue aussi l'externalisation de différentes activités de l'hôpital. Avec la télémédecine, c'est l'ouverture vers la délivrance de soins à domicile, et l'accentuation de formes de coordination avec des professionnels de ville qui s'affirme. Mais jusqu'où cela peut-il s'envisager ? Un des rares cas démontrant un impact sur la qualité des soins, l'expérience du patient, et les coûts (réduction des venues et des durées d'hospitalisation), le dispositif de télé-suivi CapRI (Mir *et al.*, 2020), apporte deux enseignements en lien avec cette question. D'une part, l'outil numérique se combine encore en 2020 avec un support classique, le téléphone. Une diffusion du numérique suppose de limiter le recours au téléphone, mais en prêtant donc une attention sur les risques de creusement d'inégalités d'accès qu'il peut entraîner. Pour des populations vulnérables (des résidents de zones rurales, des patients âgés, ou des patients dans des conditions socio-économiques fragiles), le téléphone reste encore le support privilégié, introduisant un équilibre à trouver avec l'innovation digitale. D'autre part, l'acte technologique d'échange d'informations n'a en lui-même que peu de valeur, s'il n'est pas couplé avec un raisonnement organisationnel (notamment, le choix de s'appuyer sur des infirmières et de créer des arbres décisionnels d'orientation et non seulement d'évaluation de la maladie) (Ferrua *et al.*, 2020). Le positionnement de l'innovation dans une organisation existante, avec toutes les questions d'équilibre que cela suscite par rapport à des modes de fonctionnements habituels constitue dans ces conditions l'enjeu

Quel que soit le type d'innovation, la quête d'équilibre représente un fil conducteur qui conduit à imaginer un scénario de montée en charge dans le recours à la télémédecine plus complexe qu'une simple bascule à un recours massif.

Introduire plus de coopération entre les organisations de santé. Les efforts de coopération engagés lors de la crise, entre les établissements, et entre établissement et d'autres organisations, ont également été salués. Finalement, cette coopération ne serait pas si inaccessible. Les acteurs ont le désir de consolider ces efforts dans le futur. Une telle coopération aurait l'avantage de faciliter la construction de parcours coordonnés des patients. Elle aiderait aussi à mutualiser les ressources existantes, surtout au niveau de certaines professions de santé où les manques font

cruellement défaut. En même temps, la coopération pourrait véhiculer un esprit de mission partagée, c'est-à-dire celle qui vise à répondre aux besoins sanitaires.

Mais, sur ce plan également, mener la transition en maintenant l'existant constitue un défi. Certains acteurs prônent un mouvement fort dans cette direction de la coopération. Mais plusieurs arguments relevés montrent aussi qu'une coopération systématique ne semble pas réaliste. Les sensibilités respectives, notamment entre structures public et privé, limitent la portée de l'exercice. La concurrence entre établissements n'a pas non plus que des défauts, contribuant à stimuler un niveau d'activité nécessaire pour que le modèle économique du secteur soit viable.

Si convergence il y a, elle irait vers un modèle qui introduirait plus de formes de coopération, mais en respectant au moins partiellement les modes de compétition existants entre établissements. La notion de coopération résume cet état qui permet de combiner les avantages de la concurrence avec ceux de la coopération selon les circonstances (Chiambaretto & Dumez, 2016). La question est de comprendre quelles pourraient en être les voies de sa concrétisation ? Autrement dit, dans quel domaine la coopération serait-elle envisageable ? Et comment la concilier avec le maintien d'un degré de compétition ?

Les réponses se situent sur le plan de l'intégration ou du partenariat entre structures, des modes de paiement, et de l'instance de pilotage.

L'intégration sous toutes ces formes, structurelle ou partenariale, est un premier levier de la coopération entre organisations. La crise a montré son intérêt dans différents domaines : entre établissements publics avec les Groupes Hospitaliers de Territoire (GHT) ; dans le rapport entre le sanitaire et le social au niveau du soutien des EHPAD, notamment à travers les filières gériatriques ; dans le lien entre les EHPAD et les HAD ; dans le lien entre l'hôpital et la ville à travers des relations développées avec les CPTS ou les URPS. Une démarche est même allée jusqu'à expérimenter un « Groupe Professionnel de Santé de Territoire » (ou GPST, un nouvel acronyme !), impliquant toutes les organisations représentatives possibles. Avec une ampleur inédite, s'est installée une coopération inter-organisationnelle sur l'ensemble d'un territoire. La poursuite dans cette voie passe par la consolidation de ces démarches, favorisant des regroupements larges d'organisations représentatives, voire leur création à certains endroits, en particulier dans le domaine médico-social.

Les modes de paiement hospitaliers représentent un deuxième levier. La crise a suspendu leur application, permettant aux organisations hospitalières de s'organiser sans contrainte. On devine l'impact négatif que la T2A aurait pu avoir, paiement centré sur l'hôpital et incitant à la compétition entre établissements, donc antagoniste aux besoins d'initiative et de coopération suscités par la crise. La projection dans le futur conduit à réfléchir à des modes de paiement favorisant cette coopération. Deux pistes sont envisageables. La première est un forfait à l'échelon populationnel, calculé en fonction des besoins de santé territoriaux. Elle constitue une incitation forte à la coopération, les professionnels de santé devant s'organiser au mieux pour répondre aux besoins. La seconde est une affirmation de la mixité des modèles de paiement actuels : tarification à l'activité (T2A), paiement à la qualité, et paiement au parcours. La T2A incite à la compétition, le paiement au parcours à la coopération, la qualité pouvant s'interpréter dans les deux sens selon son contenu. La première piste, le forfait à l'échelon populationnel, marque une rupture plus radicale que la seconde, la mixité des paiements, plus en continuité avec l'existant, et donc plus en phase avec la quête d'équilibre.

Les expérimentations (déjà engagées) ont leur raison d'être pour éclairer la marche à suivre entre ces deux voies. Mais le cadre actuel les favorise-t-il ? Un acteur a évoqué les difficultés et lenteurs rencontrées pour expérimenter la réorientation des urgences vers le secteur libéral. Et la télémédecine montre aussi combien l'expérimentation a été lente, difficile, le processus ayant finalement eu pour effet d'en retarder la diffusion, avant que la crise ne bouleverse la situation en quelques semaines. Le choix des conditions d'expérimentation des nouveaux modes de paiement pèsera sur le scénario, et sera un bon indicateur de l'évolution envisagée.

Le troisième levier est l'instance de pilotage. Qui peut piloter cette évolution vers plus de coopération entre organisations de santé ? La question renvoie au rôle des Agences Régionales de Santé (ARS). Si ce rôle a été plutôt apprécié durant la crise, une ambiguïté demeure. Comme le relève un des acteurs, leur double rôle de coordination de tous les établissements d'une région et de gestion du secteur hospitalier public n'est pas aisé à concilier. Le débat porte également sur la capacité des ARS à assumer seul le pilotage régional. Certains prônent la nécessité d'affirmer un pouvoir politique régional auquel l'ARS serait adossé, affirmant ainsi une véritable décentralisation, synonyme de plus grande proximité aux spécificités régionales. D'autres préconisent une délégation d'une partie des compétences au sein des GHT, enfin certains se déclarent en faveur d'une liberté totale donnée aux acteurs de terrain dans la définition de la politique de santé territoriale.

Si les ARS sont finalement confirmées dans leur rôle de pilotage de la coopération territoriale, certains évoquent deux évolutions nécessaires. La première est qu'elles parviennent à combiner leurs tâches de régulation classiques (définition de conduites à tenir, règles budgétaires, et accord sur les régimes d'autorisation, notamment) avec une nouvelle capacité, celle de mieux accompagner les établissements dans leurs initiatives. Cette nouvelle capacité fait écho au désir d'autonomie de gestion des établissements. Elle semble poser différentes questions, notamment sur les moyens de l'ARS à s'engager dans cette voie (en particulier au niveau des Fonds d'Intervention régionaux et d'aide à l'innovation dont les montants et les règles d'allocation ont laissé peu de marges de manœuvre aux ARS ces dernières années). La seconde évolution concerne la consolidation des délégations territoriales des ARS, nécessaire à un management de la proximité. Dans les régions de taille importante, cet enjeu qui porte sur la capacité à coordonner les actions locales est perçu comme essentiel.

La troisième orientation qui cherche à capitaliser les enseignements de la crise témoigne finalement avant tout d'une tension : elle concerne le rôle de l'hôpital, entre maintien de l'existant et inscription dans une évolution qui semble pour beaucoup inéluctable, l'hôpital dans son territoire. La nécessité d'une recherche d'équilibre ressort des entretiens. C'est sur ce sujet que les attentes sur l'hôpital de demain peuvent créer le plus de désaccord.

4. En synthèse

Les qualités d'un hôpital agile pouvaient apparaître *a priori* contradictoires avec celles requises par le fonctionnement du système hospitalier tel qu'il s'est conçu ces dernières années. Ce dernier a poursuivi un objectif de performance, terme utilisé pour réaliser une activité de qualité à moindre coût (mais qui s'est le plus souvent traduit par une augmentation de l'activité en assurant la qualité). Ce modèle renvoie à un management qui vise l'optimisation, à savoir la décomposition par domaine de spécialités et la quête d'une efficacité maximale relayée par des

mécanismes d'évaluation, d'autorisation, et d'incitations. Ce sont autant de principes qui rendent l'hôpital « performant » vulnérable aux perturbations. Ces dernières obligent à accepter une part d'inconnue. Or, les articulations liées aux hiérarchies, les séparations entre différentes agences et départements, les règles d'habilitation qui encadrent l'action, et les modes de compétition, s'ils sont des forces pour être performant, sont autant des freins en cas d'agilité. Cette dernière exige au contraire le développement de circuits courts, d'une créativité impliquant de l'adaptation aux règles, et de la résilience face à l'inconnu. La lenteur des régimes d'autorisations, de la mise en place des dispositifs de télé-médecine et des expérimentations en général, a disparu lors de la gestion de la pandémie.

En balayant les contraintes, la crise a créé une situation déstabilisante, la performance semblant avoir disparu complètement au profit de l'agilité. Pourtant, la crise montre plutôt que les qualités d'agilité et de performance demandés à l'hôpital du futur se combinent dans de nombreux cas. Outre le besoin de consolider l'agilité de l'hôpital (se préparer aux menaces), différentes pratiques se justifient aussi bien en régime de crise qu'en fonctionnement normal, malgré la différence des situations. Elles relèvent d'un management en proximité qui contribue à faciliter le travail des équipes de soins et créer la reconnaissance pour les soignants dans leur activité. En réalité, l'opposition ne se situe pas entre agilité et performance, mais entre deux conceptions de la performance hospitalière. À la conception classique d'un hôpital tourné vers son activité, s'associe une autre conception, celle d'un hôpital tourné vers son territoire et s'inscrivant dans l'organisation des parcours des patients. La capitalisation des pratiques managériales de coopération, d'innovation, et de coordination des professionnels au bénéfice de parcours de patients plus coordonnés constitue alors l'enjeu central. Mais, le défi consiste à définir un scénario qui rende viable le fonctionnement traditionnel de l'hôpital et cette évolution. Dans cette quête d'équilibre, des notions comme la coopération ou l'ambidextrie sont des tentatives de réponses.

Au total, les qualités d'un hôpital agile et performant ne semblent pas contradictoires. Capitaliser les enseignements de management de crise laisse entrevoir la possibilité de développer conjointement ces deux qualités.

Conclusion

Ce rapport a traité de l'impact de la crise Covid-19 sur le management hospitalier.

Il n'est pas sans limites. En premier lieu, comme il a été dit à plusieurs reprises, les enseignements à tirer d'une situation extrême comme celle qu'a constituée la crise Covid-19, doivent se faire avec la plus grande prudence. Le fait d'avoir réalisé la recherche « à chaud », sans le recul du temps, présente à la fois des avantages et des inconvénients. Par ailleurs, même si elle a cherché à rendre compte de la diversité des situations, des niveaux de gestion, des points de vue, la recherche aurait dû être plus poussée sur certains sujets importants, comme la santé mentale, les soins de réadaptation, l'activité de ville, et dans une certaine mesure les EHPAD. Douze entretiens nous ont rapporté des faits spécifiques à ces domaines. Nous avons également interrogé trois patients ou associations de patients ce qui peut paraître faible. Néanmoins, pour enrichir l'étude de cette dimension, nous avons posé des questions à chacun des interlocuteurs concernés sur la participation et le ressenti des patients lors de la crise.

Un élément a servi de fil conducteur tout au long de notre étude, le principe de saturation. Normalement, à partir d'un certain nombre d'entretiens, les faits rapportés reviennent d'une manière similaire aux précédents. Une difficulté a porté sur la faible saturation observée même après cinquante-cinq entretiens. Après analyse, il s'est avéré qu'une partie de l'explication provenait de l'abord de sujets situés hors du champ du management hospitalier. Cela nous a conduit à recentrer l'analyse, avec pour conséquence d'écarter certains thèmes, comme l'indépendance sanitaire vis-à-vis de la production des médicaments.

Ces limites posées, ce rapport représente un retour d'expérience dont l'objectif a été d'être le plus fidèle aux propos tenus par les cinquante-cinq interlocuteurs interviewés. Cette restitution permet de voir la crise Covid-19 de l'intérieur, telle qu'elle a été vécue par les acteurs.

Ce retour d'expérience conduit à identifier six formes de management qui ont été particulièrement importantes pour faire face à la gestion de la pandémie au sein des hôpitaux. L'importance du travail en équipe, de la coopération avec des partenaires extérieurs, de la créativité organisationnelle, ou l'affirmation d'une gestion à distance des patients, y sont aisément identifiables. Elles éclairent le plus souvent de manière positive les attitudes adoptées par les professionnels durant la crise. Elles font aussi référence à des pratiques de management reconnues dans les sciences de gestion, même si ces dernières ne sont pas toujours identifiées comme telles dans les propos. La vision globale qui en ressort est l'émergence d'un modèle de management relativement méconnu jusque-là, celui d'un hôpital qui a fait preuve d'agilité face à des événements et un environnement hostiles. Ce modèle s'appuie sur des qualités d'anticipation, de réactivité, d'adaptation, et de résilience organisationnelle.

L'hôpital peut-il être alors à la fois agile et performant ? Peut-il réagir promptement en cas de crise, et, en même temps, assumer une activité de qualité au moindre coût ? Cette question a guidé notre analyse dans un second temps, relayant le souhait exprimé par les acteurs de capitaliser des enseignements de la crise pour améliorer le management hospitalier. Trois orientations sont avancées pour rapprocher ces deux qualités qui semblent désormais nécessaires dans le fonctionnement de tout hôpital moderne.

Se préparer aux futures menaces qui ne manqueront pas de survenir est la première. Cette orientation met en évidence des pratiques managériales d'anticipation et d'adaptation identifiées lors de la crise, dont l'acquisition aiderait à renforcer la qualité d'agilité de l'hôpital.

Reconnaître le rôle d'un management en proximité est la seconde. La force d'un travail en équipe, le développement d'un climat organisationnel plus serein, et la stabilité d'un pilotage partagé et autonome sont les trois composantes de ce management qui se situe au sein de l'hôpital, en proximité des activités de première ligne qui assument la prise en charge des patients. S'inscrire dans cette orientation peut aider à concilier agilité et performance hospitalière. Car les trois qualités managériales requises sont les mêmes, bien que répondant à des besoins différents. Elles sont intrinsèques aux besoins d'agilité, représentant des bonnes pratiques de management de crise, mais contribuent également à la performance hospitalière en régime normal : l'importance de reconnaître les équipes de soins et leur activité collective dans la réalisation de cette performance ; l'amélioration de conditions de travail dont la dégradation tient un rôle important dans les problèmes d'attractivité actuels des métiers de la santé ; l'affirmation d'une double compétence médicale et gestionnaire qui puisse exercer un leadership reconnu par tous, et possédant suffisamment d'autonomie pour établir les réponses organisationnelles les plus adaptées au contexte local.

La troisième orientation vise à assurer un équilibre entre l'activité hospitalière et son inscription dans un territoire de santé. La gestion des suivis à distance à l'aide de la télémédecine, la créativité organisationnelle, et les modes de coopération sont les axes qui définissent l'apport du management à cette quête d'équilibre. Là encore, ces pratiques peuvent concilier agilité et performance, si tant est que l'on définisse correctement cette dernière. La quête d'équilibre révèle en effet deux conceptions de la performance, l'une tournée vers l'activité interne de l'établissement, l'autre vers la coordination des parcours des patients.

Ces trois orientations constituent une réponse à cette quête d'agilité et de performance demandée à l'hôpital, sans épuiser le sujet. Elles mettent en lumière qu'une transition est possible sans mettre en péril l'existant.

Deux points nous semblent enfin notables à la fin de ce rapport.

D'une part, l'analyse doit être replacée dans une perspective historique. Le besoin de reconnaître les deux dimensions de l'agilité et de la performance s'inscrit dans un contexte, celui d'une sortie de crise qui laisse à penser que la survenue régulière d'autres menaces est une situation à laquelle nous devons nous habituer. Mais le contexte n'a pas toujours été celui-ci. Un retour vers les années 2000 rappellerait les critiques fortes qui mettaient en lumière le manque d'efficacité de l'hôpital, et les risques encourus, notamment à travers les premières évaluations sur la survenue d'événements indésirables. Ces constats de l'époque ont conduit à introduire plus de régulation dans le secteur tant sur le plan de la qualité (certification renforcée, création d'indicateurs, régime d'autorisation) que sur le versant économique (T2A, reddition de comptes rapprochées avec les ARS, et d'autres agences ou administrations) au motif que l'autonomie était productrice d'opacité et de manque d'efficacité. Vingt ans plus tard, cette régulation est jugée trop importante, la quête d'autonomie est souhaitée. Le mouvement entre les deux contextes apparaît comme celui d'un balancier qui oscille entre régulation et autonomie. Le contexte actuel se caractérise par un besoin de plus d'autonomie, et marque sans doute la fin d'un temps.

D'autre part, si cette liaison entre agilité et performance est reconnue comme étant un objectif central de l'hôpital moderne, les réformes doivent se réfléchir d'une manière appropriée. La définition du contenu de ces réformes dépasse le cadre de ce rapport. Mais un point sur lequel les connaissances de management peuvent contribuer concerne la cohérence entre les réformes portant sur les structures, et celles orientées vers les professionnels. La coopération, la coordination, et des approches plus collectives sont des notions qui traversent l'ensemble des orientations proposées. Le besoin est exprimé par les acteurs. Une réponse à ces besoins est d'affirmer une intégration structurelle, entre établissements publics et privés, entre l'hôpital et la ville, entre le sanitaire et le médico-social, et sans oublier le domicile du patient. Si les réformes structurelles sont légitimes, l'erreur serait de considérer qu'elles représentent la seule évolution. Il en est une autre, complémentaire, qui concerne les réformes en soutien de la collaboration recherchée entre professionnels de santé. Le point est important dans la mesure où les modes de management qui favorisent cette collaboration ne constituent pas des démarches spontanées dans l'univers professionnel. Certains parient sur le maintien de l'esprit qui a soufflé pendant la crise : « *Je pense que les gens vont sortir de la crise avec une autre mentalité, les gens n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble* ». Mais introduire des réflexes pérennes suppose de trouver des relais autres que l'esprit de solidarité. Ces relais sont, selon nous, au nombre de trois : (i) Une formation, tant des membres des équipes de soins que des responsables de département, et des directions aux formes de management évoquées, celles d'un management en proximité et de l'anticipation ; (ii) Une évaluation des responsables d'équipe, médecins et cadres dirigeants sur leur capacité à créer un esprit coopératif, comme un climat psychologiquement serein ; (iii) des incitations financières qui favorisent la coopération dans le cadre du parcours du patient, mais aussi la proximité collaborative plus que la performance individuelle (comme en atteste les difficultés liées à la prime). Formation, évaluation, et incitation financière à l'échelon des professionnels peuvent aider à pérenniser les comportements managériaux observés durant la crise, renforcer la coordination entre professionnels, et *in fine* participer de cet équilibre entre agilité et performance dont l'hôpital a désormais besoin.

Bibliographie

- Alliger, GM, Cerasoli, CP, Tannenbaum, SI, *et al.* (2015) "Team resilience: how teams flourish under pressure". *Organizational Dynamics*, 44, pp. 176-84.
- Becker, H. S. (2002) *Les ficelles du métier*, Paris, La découverte.
- Chiambaretto, P., & Dumez, H., (2016) "Towards a typology of cooptation: a multilevel approach", *International Studies of Management and Organization*, 46(2-3), pp. 110-129.
- Chong, D., & Druckman J.N. (2007) "Framing theory". *Annual Review of Political Science*, 10, pp. 103-26.
- Dumez, H. (2016) *Méthodologie de la recherche qualitative*, Paris, Vuibert [Comprehensive Research. A methodological and epistemological introduction to qualitative research, Copenhagen: Copenhagen Business School Press].
- Edmondson, AC. (2012) *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Edmondson, AC, Lei, Z. P. (2014) "Psychological safety: the history, renaissance, and future of an interpersonal construct". *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(6), pp. 23-43
- Ferrua, M., Minvielle, E., Fourcade, A., Lalloué, B., Sicotte, C., Di Palma, M., & Mir, O. (2020). "How to Design a Remote Patient Monitoring System? A French Case Study". *BMC Health Services Research*, 20(1), pp. 1-16.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010/1967) *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Armand Colin, coll. "Individu et société" [trad. franç. de : *The Discovery of Grounded Theory*, Hawthorne, NY: Aldine Press].
- Lorino, P. (2018) *Pragmatism and Organization Studies*, Oxford: Oxford University Press.
- McChrystal, G. S., Collins, T., Silverman, D., & Fussell, C. (2015) *Team of teams: New rules of engagement for a complex world*. New York: Penguin.
- Mauro, M., Cavallaro, G., Minvielle, E., Rania, F., Sicotte, C., Trotta, A. (2014) "Teaching hospital performance: towards a community of shared values?" *Social Science and Medicine*, 101, pp. 107-112
- Minvielle, E. (2018) *Le patient et le système*. Paris, Ed. Seli Arslan.
- Mir O, Ferrua M, Fourcade A, Mathivon D, Duflot-Boukobza A, Dumont SN, *et al.* (2020) "Intervention combining nurse navigators (NNs) and a mobile application versus standard of care (SOC) in cancer patients (pts) treated with oral anticancer agents (OAA): Results of CapRI, a single-center, randomized phase III trial". *Journal of Clinical Oncology*, 38(15), (suppl).
- Mjåset, C. (2020) "On Having a National Strategy in a Time of Crisis: Covid-19 Lessons from Norway". *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(3) (<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0120>)

- Nembhard, I. M., Burns, L. R., & Shortell, S. M. (2020) "Responding to Covid-19: Lessons from Management Research". *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(2). <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0111>
- Perrow, C., (1984) *Normal Accidents. Living with high-risk technologies*. New York: Basic.
- Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA. (2006) "Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res*. 41(6), pp. 1599-1617
- Thorp, H. (2020) "Underpromise, overdeliver", *Science*, 27 March. <https://science.sciencemag.org/content/367/6485/1405.full>
- Tsoukas, H. (2009) "A dialogical approach to the creation of new knowledge in organizations". *Organization science*, 20(6), pp. 941-957.
- Vogus, TJ, & Singer SJ. (2016) "Creating highly reliable accountable care organizations". *Medical Care Research and Review*, 73(6), pp. 660-672
- Weick, K. E. (1988) "Enacted sensemaking in crisis situations [1]". *Journal of management studies*, 25(4), pp. 305-317.