

Le système hospitalier français dans la crise Covid-19 : réactivité et créativité

par

■ **Hervé Dumez et Étienne Minvielle** ■

Directeurs de recherche au CNRS, professeurs à l'École polytechnique

■ **Jean-Yves Grall** ■

Président de la conférence des directeurs généraux d'agences régionales de santé

■ **Pascal Roché** ■

Directeur général de Ramsay Santé

En bref

Au printemps 2020, le système hospitalier français a traversé une crise d'une ampleur sans précédent. Il a pourtant tenu. Ses acteurs ont fait preuve d'une remarquable capacité d'adaptation et d'innovation. Hervé Dumez et Étienne Minvielle, deux chercheurs en management (i3-CRG, École polytechnique et CNRS), ont voulu savoir comment le système avait géré la crise. Pour cela, ils ont interviewé à chaud (de fin avril à début juin) 55 acteurs clés à tous les niveaux et dans l'ensemble des régions. De ce retour d'expérience, ils tirent des enseignements pour les crises futures et des orientations pour une rénovation du management du système hospitalier permettant d'articuler performance et agilité. Jean-Yves Grall, président de la conférence des directeurs généraux d'agences régionales de santé, et Pascal Roché, directeur général de Ramsay Santé, apportent leurs propres éclairages à ces réflexions publiées dans un rapport intitulé « [Le système hospitalier français dans la crise Covid-19 – Une contribution des sciences de gestion](#) ».

Compte rendu rédigé par Élisabeth Bourguinat

L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse les comptes rendus, les idées restant de la seule responsabilité de leurs auteurs. Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.

Séminaire organisé grâce aux parrains de l'École de Paris du management :

Algoé¹ • Chaire Futurs de l'industrie et du travail • Chaire Mines urbaines • Danone • EDF • Else & Bang • ENGIE • Executive Master – École polytechnique • Fabernovel • Groupe BPCE • Groupe OCP • GRTgaz • IdVectoR² • IPAG Business School • L'Oréal • La Fabrique de l'industrie • MINES ParisTech • RATP • Syndicat des entreprises de l'économie numérique et des technologies nouvelles³ • université Mohammed VI Polytechnique • UIMM • Ylios¹

1. pour le séminaire Vie des affaires / 2. pour le séminaire Management de l'innovation / 3. pour le séminaire Transformations numériques

Hervé DUMEZ : Nous sommes tous deux chercheurs en gestion et Étienne Minvielle est, de surcroît, médecin. Pendant la première phase de la crise de la Covid-19, nous nous sommes intéressés à la façon dont celle-ci était gérée par les hôpitaux et nous avons décidé de lancer une enquête. Nous avons interrogé 55 personnes en visioconférence, en essayant de couvrir à la fois la diversité des territoires (y compris la Corse et la Martinique, par exemple) et la multiplicité des acteurs (étudiants en médecine, soignants, membres de cabinets ministériels, directeurs d'agences régionales de santé, directeurs d'hôpitaux, chefs de service...). À peine avons-nous terminé notre rapport, [« Le système hospitalier français dans la crise Covid-19 – Une contribution des sciences de gestion »](#), que la deuxième vague s'est annoncée. Nous avons alors repris les entretiens et nous ne savons pas combien de temps cette étude longitudinale va durer...

Quand « l'impossible est devenu possible »

Parmi les témoignages recueillis sur la première vague, un mot revient souvent pour qualifier le début de la crise, celui de *sidération*. Alors que les médias nous montraient des images de cette nouvelle maladie en Chine, puis en Italie, puis à Mulhouse, puis dans l'Oise, personne, même parmi les personnels de santé, ne réalisait vraiment que nous étions au début d'une grave crise. De nombreux établissements n'ont commencé à prendre des mesures que quarante-huit heures avant l'arrivée des premiers malades.

Ils se sont également heurtés à une difficulté de cadrage : cette maladie très étrange est bénigne pour certains et mortelle pour d'autres, ce qui complique singulièrement la tâche.

En dépit de ce contexte très particulier, nous avons l'impression – et cela tranche avec les nombreuses critiques qui ont pu être formulées sur les erreurs commises dans la gestion de cette crise – que le système de santé, dans l'ensemble, a plutôt bien réagi.

L'État a su prendre des décisions fortes, comme celle de confiner la population, de faire déprogrammer les interventions et activités non urgentes, d'organiser les transferts de patients d'une région à l'autre et d'ouvrir les vannes financières.

De leur côté, les ARS (agences régionales de santé) ont su organiser la coopération entre public et privé, ou encore prendre des mesures spécifiques pour les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), avec bien sûr des différences de réactivité d'une région à l'autre, dans la mesure où il s'agit d'une organisation décentralisée.

Au sein des établissements hospitaliers, une autre formule revient souvent : « *L'impossible est devenu possible.* » Alors que certaines décisions, concernant parfois des points relativement mineurs, exigent habituellement des mois, voire des années de discussions entre direction et syndicats, il devenait soudain envisageable de créer, en quarante-huit heures, de nouveaux lits de réanimation, d'intégrer des personnes inexpérimentées au sein des équipes, ou encore de communiquer via WhatsApp, alors que la Commission nationale de l'informatique et des libertés de France (CNIL) n'autorise en principe que le fax au sein des hôpitaux.

Deuxième vague : lassitude et inquiétude

La deuxième vague de la Covid-19 a été beaucoup plus lente, mais elle a touché l'ensemble du territoire. Bien que parfois surpris par son ampleur, les acteurs de la santé ont eu beaucoup plus de temps pour s'y préparer et n'ont pas subi les mêmes difficultés d'approvisionnement en masques, respirateurs ou médicaments. En général, les hôpitaux ont pu poursuivre en parallèle leurs activités habituelles, sauf dans les régions particulièrement touchées, ce qui a provoqué une situation ambivalente, car ils devaient mener de front gestion de crise et fonctionnement normal.

Un mot revient en leitmotiv pour qualifier cette deuxième vague, celui de *lassitude*. Pendant le premier épisode, tout le monde était uni à la fois dans la solidarité et dans l'angoisse, très forte au début, mais personne n'anticipait que cela allait recommencer quelques mois plus tard. Les acteurs vivent de façon très pénible cette deuxième vague, surtout en sachant qu'elle sera peut-être suivie d'une troisième et que personne ne sait au juste quand ce cycle prendra fin.

Cette lassitude peut se traduire par des relâchements de la vigilance concernant les gestes barrière, notamment à la cantine ou devant la machine à café, qui ont été à l'origine de quelques clusters dans les hôpitaux. Elle provoque surtout de graves difficultés dans la gestion des ressources humaines. Lors de la première vague, des soignants du Sud-Ouest s'étaient portés volontaires pour aller épauler ceux de la région parisienne. Aujourd'hui, ce n'est plus possible, car toutes les régions sont touchées. Or, les hôpitaux manquent de personnel et ont beaucoup de mal à en recruter, car les métiers de la santé souffrent d'une perte générale d'attractivité. À cela s'ajoute le fait que le micromanagement de la première vague n'a pas toujours été optimal et que, par exemple, certaines infirmières libérales venues prêter main-forte ayant eu l'occasion de subir des conflits entre chefs de service n'ont pas envie de revivre cette expérience.

Enfin, une inquiétude commence à se faire jour sur le retour, tôt ou tard, des contraintes financières et sur la façon dont le système va "atterrir" après une phase qualifiée par certains d'"*open bar*" sur le plan financier.

Le management de crise

Étienne MINVIELLE : Avant de vous présenter quelques-unes des leçons que nous avons tirées de cette expérience, je voudrais insister sur la prudence avec laquelle nous les communiquons. Certains observateurs, qui ont formulé des analyses de façon trop précoce et trop catégorique, se voient aujourd'hui contredits par les faits...

Pour l'essentiel, ces enseignements concernent le management de crise, en opérant toutefois une distinction entre les deux vagues de la pandémie. La première relève d'une forme de crise assez classique, de type VUCA (*Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity*), selon la formule des militaires américains. La deuxième est plus longue et plus diffuse, même si, en Auvergne-Rhône-Alpes, notamment, ce second épisode a pris la forme d'une situation de crise au moins aussi aiguë, sinon plus, que lors de la première vague.

Je vais passer en revue les principales caractéristiques du management de crise (anticipation, coopération, adaptation, accompagnement par les pouvoirs publics, créativité, soutien aux acteurs de terrain) et la façon dont elles ont été mises en œuvre dans ce contexte.

Anticipation

Il est clair que la première vague, comme l'a souligné Hervé Dumez, n'avait pas été anticipée. La deuxième l'a été beaucoup plus, d'autant qu'elle était plus lente dans sa progression.

Coopération

La première vague a suscité un mouvement incroyable de solidarité, celle que Durkheim qualifie d'*organique* par opposition à une solidarité *mécanique* : tout le monde était dans le même bateau. Lors de la deuxième, la solidarité est toujours présente, mais un peu étiolée, moins intense.

En revanche, la coopération entre établissements publics et privés reste très forte, et semble même définitivement actée, à de rares exceptions près.

Adaptation

Les établissements de santé ont montré une bonne capacité d'adaptation, par exemple en mettant en place des cellules de crise et une communication transparente. Un apprentissage s'est également opéré sur l'arbitrage

entre la prise en charge des patients “Covid” et “non-Covid”, le choix qui avait été fait au départ de déprogrammer toutes les interventions non urgentes n’étant pas tenable indéfiniment.

Accompagnement par les pouvoirs publics

L’accompagnement par les pouvoirs publics a fait l’objet de nombreuses critiques dans les médias, mais les retours du terrain sont plus nuancés. L’État centralisateur à la française, lorsqu’il permet d’apporter des financements massifs, ou encore d’organiser des transferts interrégionaux, est clairement un avantage. Les ARS, qui ont également été très critiquées, semblent aujourd’hui confortées dans leur rôle.

Créativité

L’un des fils conducteurs de cette crise est une très puissante créativité organisationnelle. Déjà présente historiquement dans les établissements de santé, elle a pris une ampleur nouvelle avec, par exemple, des masques de plongée détournés de leur usage, ou encore le recours massif à la télémedecine, qui peinait jusqu’alors à se diffuser.

Soutien aux acteurs de terrain

La première vague a généré de nombreuses sources d’anxiété pour les professionnels de santé : problème de la garde des enfants, difficulté à se protéger faute de masques, faible accès aux tests, etc. Avec la deuxième vague, de nouvelles sources de stress sont apparues, comme l’agressivité des familles dans les services de gériatrie ou dans les EHPAD, face aux restrictions concernant les visites.

Des cellules d’aide psychologique et des numéros d’appel ont été mis en place pour soutenir les soignants sur le plan individuel. Les managers ont été plus présents que d’habitude sur le terrain, certains soignants soulignant avec un peu de malice que jamais ils n’avaient rencontré leur directeur d’hôpital aussi fréquemment. D’autres, au contraire, se plaignent d’avoir vu leurs chefs de service plus souvent dans les médias que sur le terrain. Enfin, certaines professions se sont senties oubliées dans la médiatisation, à commencer par les infirmières, très peu présentes sur les plateaux de télévision alors qu’elles avaient autant de choses à raconter que les médecins.

Comment gérer une crise qui dure ?

La grande question qui se pose aujourd’hui est de savoir comment capitaliser sur tout ce qui a été appris pendant cette crise. En principe, les qualités attendues en régime normal et celles attendues en régime de crise sont antinomiques. En régime normal, on demande de la spécialisation, de la concurrence, des formes hiérarchiques, de l’évaluation, alors qu’en temps de crise, on veut de l’agilité, de la souplesse, de la flexibilité.

La question est complexe, car la frontière entre crise et régime normal devient plus poreuse. Non seulement la crise actuelle s’étire en longueur, ce qui transforme les modes de management de crise que l’on peut mettre en place, mais, selon de nombreux experts, les crises vont être de plus en plus fréquentes et d’origines variées : épidémies, terrorisme, utilisation d’armes chimiques, cyberattaques, etc.

L’alternance entre régime de crise et régime normal va ainsi être de plus en plus fréquent, avec des situations d’entre-deux. Chaque crise est aussi inédite dans les besoins par lesquels elle se traduit. Nous allons peut-être sortir de la crise de la Covid-19 avec des milliards de masques en stock, mais le prochain épisode fera sans doute émerger un tout autre besoin.

Vers un management de crise normale ?

La vraie question n’est donc pas d’opter entre gestion de régime de crise et gestion de régime normal, mais d’inventer une gestion adaptée à cet entre-deux. Celle-ci pourrait s’appeler *management de crise normale* et représenter à l’avenir un fil conducteur pour le système de santé.

Ce nouveau type de management se caractériserait par une capacité à faire varier le curseur entre normal et crise en fonction des circonstances. Cela suppose de se doter de moyens d'anticipation, de veille et d'analyse. On peut s'inspirer de la *théorie de l'enquête* de John Dewey, qui suppose d'être toujours en train d'essayer de comprendre ce qui se passe, comme un détective, en se montrant très humble sur les hypothèses du moment, qui peuvent toujours être remises en cause. Il existe plusieurs techniques à inventer. Ainsi, l'une des ARS a recouru à un dispositif original consistant à inclure dans la cellule de crise un "grand témoin" un peu naïf, qui émettait des avis assez décalés, susceptibles de remettre en cause la vision parfois trop consensuelle du reste du groupe.

Le management de crise normale devrait, par ailleurs, mettre l'accent sur le soutien aux acteurs de terrain, d'autant plus que, même de façon habituelle, les métiers du soin souffrent d'une importante perte d'attractivité. Il ne s'agirait pas seulement de perpétuer les cellules d'accompagnement psychologique, mais de revoir en profondeur le mode de gestion des équipes.

Enfin, ce nouveau type de management devrait réserver une grande place aux capacités d'adaptation, non seulement au niveau des individus et des équipes, mais de l'institution elle-même. On pourrait s'inspirer pour cela des notions de *coopétition* (consistant à alterner et combiner coopération et compétition) et d'*ambidextrie* (consistant à passer de l'exploitation en régime normal à la créativité et à l'innovation en temps de crise).

Différents leviers peuvent être mobilisés pour aller vers ce management de crise normale, en particulier la formation, mais aussi l'évaluation des acteurs et de leur comportement, ou encore l'intéressement collectif.

■ Commentaires de Jean-Yves Grall et Pascal Roché

Jean-Yves GRALL : En tant que directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, je voudrais souligner, au préalable, que les ARS ont subi des critiques parfois injustes au cours de la première vague de la pandémie. Par exemple, c'est à l'agence Santé publique France qu'incombent l'approvisionnement en masques et la remontée des données statistiques, et non aux ARS. Quant aux EHPAD, ils relèvent de la coresponsabilité des ARS et des conseils départementaux, et les ARS ont parfois pallié quelques insuffisances de la part de ces derniers.

La deuxième vague en Auvergne-Rhône-Alpes

Lors de la première vague, une partie seulement de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été touchée de façon significative, la métropole lyonnaise essentiellement. Cela nous a cependant permis de mettre en place les prémices d'une organisation grâce à laquelle nous avons pu faire face à une deuxième vague beaucoup plus virulente.

Entre début septembre et mi-novembre, le taux d'incidence est passé d'un niveau très faible à plus de 1 000 cas pour 100 000 habitants, voire 1 200 dans la Loire. On peut imputer ce phénomène à trois grands facteurs : les réunions familiales et festives qui se sont multipliées pendant l'été, au cours desquelles le virus a prospéré, notamment chez les jeunes, pour la plupart asymptomatiques ou peu symptomatiques ; quelques clusters apparus dans des EHPAD ; la reprise des cours dans l'enseignement supérieur à la rentrée.

En moyenne, 2,8 % des personnes contaminées sont hospitalisées dix à douze jours après la contamination, et 20 % des patients hospitalisés sont envoyés en réanimation. Sachant qu'à certaines périodes, nous en étions à 14 000 ou 15 000 contaminations par jour, cela vous donne une idée des enjeux...

À l'heure actuelle, l'incidence diminue, mais, compte tenu de la dizaine de jours d'inertie, nous sommes encore sur le pic des hospitalisations. Ces jours-ci, nous dénombrons 7 000 patients Covid dans les établissements

de santé de la région et entre 500 et 600 nouvelles personnes accueillies chaque jour, dont 70 à 80 en soins critiques (réanimation ou soins intensifs). Par comparaison, la région Grand-Est, au pic de la première vague, comptait moins de 5 000 personnes hospitalisées.

Une marée montante au coefficient inconnu

Heureusement, la montée en charge a été progressive : nous n'avons pas fait face à un mur d'eau, mais plutôt à une marée montante dont nous ne connaissions pas le coefficient.

Notre objectif était de créer les conditions pour être en mesure de prendre en charge, à tout instant, toutes les personnes qui se présenteraient et d'admettre en réanimation celles dont l'état le justifierait.

La territorialisation

Pour cela, nous avons commencé par réunir tous les acteurs régionaux de la santé (hôpitaux publics, fédérations hospitalières privées, union régionale des professionnels de santé...) et nous avons imaginé ensemble un dispositif qui nous permette de faire face à cette deuxième vague en tirant les leçons de la première. Ceci nous a conduits à diviser la région en 8 territoires, et non 15, comme auparavant. Pour chacun de ces territoires, nous avons nommé un pilote, adoubé par l'ensemble des acteurs, pour répartir la charge sur les différents établissements publics et privés.

La déprogrammation

La deuxième grande mesure visait à permettre une adaptation permanente de la capacité d'accueil. En concertation avec l'ensemble des fédérations, j'ai adressé un courrier à tous les établissements en leur demandant, dans le cadre du plan blanc et selon des dispositions réglementaires tout à fait claires, d'appliquer un niveau de déprogrammation des interventions non urgentes qui pourrait évoluer en fonction des besoins. En revanche, il appartenait à la communauté médicale de l'établissement, et non à l'ARS, de déterminer quels patients pourraient voir leurs soins différés ou non.

Ce dispositif évolutif nous a permis d'accroître les capacités d'accueil pour les patients Covid au fur et à mesure de la montée de la vague. Entre le 1^{er} octobre et le 1^{er} novembre, nous sommes passés de moins de 1 000 patients Covid à près de 7 000.

Cette augmentation des capacités a été accompagnée de "prêts" de personnel et/ou de matériel, lorsque certains établissements privés ne pouvaient pas accueillir les patients eux-mêmes.

La création de lits de réanimation

Nous avons également veillé à avoir toujours un temps d'avance quant aux capacités de réanimation et, en un mois et demi, nous sommes passés de 560 à 1 150 lits de réanimation. L'objectif était de garder en permanence 100 lits disponibles pour ne pas être confrontés aux situations que l'on a pu observer en Italie, avec des patients faisant la queue dans leur voiture, sur le parking, où l'on venait leur apporter de l'oxygène...

Des transferts par anticipation

En complément de ces mesures, nous avons organisé des transferts intrarégionaux qui nous ont permis de délester les zones en tension. Puis, quand nous avons constaté que tous les établissements de la région allaient être saturés, nous avons recouru à des transferts extrarégionaux (un peu plus d'une centaine). J'insiste sur le fait que, dans les deux cas, il s'agissait d'anticipations : nous n'avons pas transféré des patients parce que nous étions saturés, mais afin d'éviter de l'être.

Cette gestion était suivie de façon très précise, au jour le jour, car, compte tenu des entrées et des sorties quotidiennes en soins critiques, notre "coussin" de 100 lits pouvait être saturé en deux jours.

La coopération entre structures privées et publiques

Si nous avons pu relever le défi, c'est parce que tout le monde a joué le jeu, en particulier les établissements privés, qui ont pour leur part réussi à doubler leurs capacités de réanimation.

Les ressources humaines ont également été gérées de façon globale. Les renforts venus à Saint-Étienne, par exemple, étaient mutualisés entre toutes les structures publiques et privées, en fonction des besoins.

Ceci nous a permis, contrairement à ce qui s'était passé dans de nombreuses régions au cours de la première vague, de conserver des capacités d'accueil pour les patients non-Covid. Actuellement, sur l'ensemble de la réanimation, nous avons 685 patients Covid et 300 patients non-Covid.

Grâce à cette organisation territoriale, à la fois bien concertée et bien coordonnée, nous ne nous sommes jamais trouvés saturés et, a fortiori, jamais les professionnels n'ont eu à "trier les patients".

Le groupe Ramsay Santé

Pascal ROCHÉ : Ramsay Santé est l'un des leaders européens de l'hospitalisation privée et des soins primaires. Chaque année, nous prenons en charge 7 millions de patients en Europe. En France, le Groupe compte 133 hôpitaux privés. Pendant la première vague, nous avons accueilli au total 6 000 patients Covid dans 56 de ces établissements, en Île-de-France, mais également ailleurs, car nous sommes présents dans 12 des 13 régions françaises, le Grand-Est étant l'exception. À l'heure où je vous parle, 1 015 patients Covid sont présents dans nos hôpitaux français, dont 322 en soins critiques.

D'une crise à l'autre

En écoutant Hervé Dumez et Étienne Minvielle, il m'est venu une comparaison qui, j'espère, ne va pas vous choquer.

Cela fait neuf ans que je dirige le groupe Ramsay Santé, après avoir travaillé pendant vingt-cinq ans comme banquier et assureur. En 2007, j'étais impliqué dans la gestion de la dette de l'État français et je dois reconnaître que, comme d'autres, je n'ai pas prêté attention aux signes précurseurs de la crise de 2008. À l'été 2007, la BNP, Oddo et Axa ont suspendu la valorisation de leurs fonds pendant trois semaines, ce qui était tout à fait inédit. Nous avons sous-estimé la signification de cet incident. En mars 2008, une vieille banque d'affaires américaine, la Bear Stearns, a fait faillite, et nous n'en avons pas davantage tiré les leçons. Le 17 septembre 2008, c'était au tour de Lehman Brothers de faire faillite et, cette fois, cela a déclenché une terrible crise de liquidités.

De même, en février 2020, malgré les informations que nous recevions de notre hôpital situé en Lombardie, nous n'avons pas réalisé la gravité de la situation. Pourtant, les signes étaient alarmants : dès la première semaine de mars, cet hôpital de 93 lits, spécialisé en orthopédie et en ophtalmologie, s'est retrouvé avec 45 patients en réanimation, alors qu'il n'avait pas de service de réanimation ! Mais nous avons cru qu'en France, les choses se passeraient différemment. Faute d'anticipation, nous avons perdu plusieurs jours pour nous préparer à cette crise.

En 2008, une fois que la crise financière a éclaté, nous avons défini avec la ministre des Finances française, Christine Lagarde, une ligne de conduite très claire : « *La seule chose qui compte, c'est la confiance. Le système peut s'écrouler, il faut maintenir la liquidité et la confiance entre les banques.* » De même, en mars 2020, lorsque la pandémie est arrivée en France, j'ai donné une unique consigne à nos 133 directeurs et directrices d'hôpitaux : « *Seul le patient compte ! Créez des lits sans vous occuper des aspects financiers.* »

J'ajoute, et j'arrêterai là le parallèle, que dans ces deux crises, j'ai retrouvé les mêmes notions de confiance de la part des tutelles, et d'agilité, de vitesse et de créativité au sein des établissements.

Des prouesses accomplies ensemble

Beaucoup de leçons ont été tirées de la première vague, que ce soit au niveau des protocoles médicaux ou de l'organisation mise en place par les ARS. Non seulement nous avons constitué des stocks de médicaments et d'équipements pendant l'été pour ne manquer de rien à la rentrée, mais nous avons également appris à diriger depuis le terrain, à dire la vérité, à surcommuniquer, à valoriser les équipes, à partager au jour le jour les petites victoires, quand ce qui était impossible le matin avait été résolu le soir.

Comme l'a souligné Jean-Yves Grall, acteurs publics et acteurs privés se sont montrés solidaires face à la Covid-19, de même que les différentes régions entre elles. Des centaines d'infirmières et de soignants de nos établissements des Pyrénées-Atlantiques ou des Landes ont pris des bus pour aller prêter main-forte aux services de réanimation de Paris ou de Lyon. Ils éprouaient de la fierté en se sentant utiles et reconnus bien que venant de cliniques privées. En tant que groupe international, nous avons également appliqué cette solidarité entre établissements des différents pays concernés.

On parle beaucoup, en ce moment, de la "raison d'être" des entreprises, ou encore des "entreprises à mission". Dans le contexte de cette crise, une raison d'être nous a tous transcendés, acteurs du public ou du privé : le fait d'agir ensemble pour sauver des patients. Nous avons appris à mieux nous connaître et à travailler en commun, et cela aussi nous a donné de la fierté.

Pour parvenir à trouver des solutions, parfois en moins de vingt-quatre heures, nous avons dû gagner beaucoup en agilité. Nous sommes passés d'un système de normes à un système de confiance et de contractualisation. Par exemple, nous prenions l'engagement, vis-à-vis d'une ARS, de créer 20 lits supplémentaires de réanimation en quarante-huit heures, et nous le faisons. De leur côté, les ARS nous ont permis d'obtenir des autorisations temporaires, basées sur la délégation des décisions au plus près du terrain.

Des équipes désormais très fatiguées

Tout cela a un coût au niveau des ressources humaines. Dès la première vague de la pandémie, les équipes ont accumulé de la fatigue, à un point parfois dramatique. J'ai vu des infirmières et des médecins craquer en service de réanimation.

À partir du mois de juillet, le gouvernement a commencé à évoquer une deuxième vague à la rentrée. Compte tenu de l'épuisement des équipes, nous ne savions pas trop comment nous y ferions face.

Nous avons sollicité des psychologues et mis en place des sites Internet dédiés au diagnostic de santé mentale. Nous avons également demandé aux psychiatres de nos établissements de santé mentale de travailler sur la notion de résilience.

Néanmoins, tout cela n'a pas suffi, pas plus que les revalorisations salariales. Nous nous heurtons aujourd'hui à la très grande lassitude des professionnels de santé, sans savoir ce que nous aurions pu faire pour l'éviter.

L'importance d'avoir déjà vécu une crise

Étienne MINVIELLE : Pascal Roché a évoqué le fait qu'il avait déjà vécu une première crise, en 2008, même si c'était dans un tout autre domaine. Plusieurs personnes nous ont expliqué que le fait d'avoir été confrontées à l'accident de l'usine AZF les avait aidées à avoir les bons réflexes face à la pandémie. On peut faire le pari que la génération de soignants qui est en train de vivre cette expérience sera mieux armée pour faire face aux crises suivantes.

Apercevoir l'éléphant dans le couloir

Hervé DUMEZ : Pascal Roché a mentionné les signaux faibles qui n'avaient pas été perçus lors de la crise de 2008. Le plus étonnant, dans la crise actuelle, est que les premiers signaux n'étaient pas faibles, mais au contraire massifs, et qu'en dépit de cela, la prise de conscience a été lente et difficile.

Dans l'Oise, le SAMU a été complètement saturé en un seul jour. C'était le lendemain de l'émission de BFM au cours de laquelle le maire de Crépy-en-Valois a annoncé qu'il était contaminé... Le SAMU de l'Oise a appelé à la rescousse ceux d'Île-de-France et des Hauts-de-France, et les urgentistes qui se sont rendus là-bas en renfort avaient bien l'intention d'expliquer à leurs collègues comment ils devaient s'organiser. C'est seulement en arrivant sur place qu'ils ont compris ce qui se passait et il leur a même fallu un certain temps pour en prendre vraiment la mesure.

De la même manière, lorsque le centre hospitalier de Mulhouse s'est retrouvé débordé, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) a envoyé un observateur qui est resté trois jours sur place et qui, en revenant, a pu expliquer ce qu'il avait vu et a ainsi permis à l'AP-HP de mieux se préparer à ce qui arrivait. Tant qu'on n'a pas touché la réalité du doigt, on trouve toujours des explications : « *Oui, mais la Chine, c'est la Chine, et l'Italie, c'est l'Italie.* »

Des prévisions parfois alarmistes

Jean-Yves GRALL : Inversement, certains ont publié des prévisions alarmistes. Les modélisations de l'Institut Pasteur annonçaient entre 5 000 et 6 000 patients en réanimation en Auvergne-Rhône-Alpes. Nos pronostics étaient beaucoup moins catastrophistes, mais l'indice de confiance du modèle parisien était bien plus élevé que le nôtre... Au bout du compte, c'est nous qui avons raison. La conclusion que j'en tire est qu'il faut toujours se montrer humble et pragmatique, et que la perception sur le terrain vaut parfois mieux que les courbes théoriques conçues dans les bureaux...

Débat



Renforcer les compétences collectives

Guy Le Boterf : *J'ai récemment publié un article¹ dans lequel j'analyse la réponse des personnels hospitaliers à la crise de la Covid-19 en matière de compétences.*

Il me semble qu'ils ont su inventer une compétence collective finalisée sur la logique prioritaire de la qualité des soins. Celle-ci s'est traduite par un maillage d'initiatives de relations de coopération. Par exemple : ingéniosité collective pour confectionner de nouveaux moyens de communication avec les patients et les familles, recherche collective pour réorganiser l'hôpital, ou encore entraide technique, mais aussi émotionnelle. Il ne s'agit pas seulement d'intelligence collective, qui est de l'ordre du cognitif, mais bien de compétence collective, ce qui implique un engagement corporel et émotionnel.

1. [« La prise en charge des Covid-19 – Quelle situation professionnelle? Quelle réponse en termes de professionnalisme? », Gestions hospitalières, n° 597, juin-juillet 2020.](#)

Quelles leçons en tirer pour de futures situations de crise, qui ne seront jamais exactement les mêmes? On ne peut programmer la coopération spontanée, mais on peut créer un contexte de facilitation des initiatives de coopération, par exemple, en repensant les fiches de métier ou de poste dans une logique de coopération et non plus seulement de division du travail; en concevant le management de proximité comme un soutien non seulement aux compétences individuelles, mais également aux compétences collectives; en mettant le système d'information au service de la coopération entre acteurs de la santé; en incluant, dans la formation, des exercices de simulation faisant intervenir des relations de coopération.

Raisonnement en matière de compétences collectives et non seulement d'addition de compétences individuelles devient essentiel.

L'accompagnement des soignants

Un intervenant : *Quels dispositifs ont été prévus pour accompagner les soignants?*

Hervé Dumez : La médecine du travail a mis en place des numéros d'appel à la fois pour la population et pour les soignants, et des équipes de psychologues et de psychiatres sont passées régulièrement dans les services. Cela dit, certains numéros d'appel ont été assez peu utilisés, soit parce que le personnel n'avait pas vraiment besoin de soutien psychologique, soit parce que ce n'était pas ce type d'accompagnement qu'il attendait. En réalité, le facteur de soutien principal dépend certainement de la façon dont les équipes sont managées et, notamment, de la présence sur le terrain des chefs de service ou de la direction de l'hôpital.

On nous a parlé, par exemple, d'un service de réanimation qui a été quasiment porté par une professeure hospitalière. Elle était là tout le temps, week-end compris, et elle veillait à tout, en sorte que les soignants étaient plus inquiets quand ils regardaient les informations chez eux le soir que lorsqu'ils étaient dans leur service de réanimation.

Inutile de préciser qu'en revanche, lorsque les chefs de service faisaient le tour des plateaux de télévision, mais étaient absents sur le terrain, l'effet était délétère...

Int. : *Dans le rapport, vous mentionnez le fait que certains médecins sont revenus, après le confinement, en arborant un bronzage suspect...*

H. D. : On a effectivement vu toute sorte de comportements. Un professeur de chirurgie orthopédique qui, en temps normal, réalise des opérations extrêmement sophistiquées, est allé proposer son aide dans un service de réanimation et, pour que personne ne perde du temps à le former, a pris en charge des tâches d'aide-soignant. D'autres sont partis en vacances...

Davantage de micromanagement dans les hôpitaux

Int. : *À quoi faudrait-il former les médecins pour faire face à de telles crises?*

Étienne Minvielle : Une des thèses que nous défendons est qu'il faudrait introduire davantage de management de proximité, ou de micromanagement, dans les hôpitaux. À l'heure actuelle, le mot management est quelque peu diabolisé dans le milieu hospitalier, où il évoque la T2A (tarification à l'activité), l'intensification du travail et un productivisme parfois inhumain.

Or, la gestion de la crise montre qu'il y aurait d'autres formes de management à développer, en particulier pour favoriser la coopération et le travail d'équipe. Je rejoins tout à fait les propositions de Guy Le Boterf à cet égard.

Lors d'une étude précédente, nous avons été frappés de constater que les infirmières donnent toujours la priorité au « *temps au lit du malade* » et considèrent tout le reste comme un « *fardeau administratif* ». Dans ce fardeau, figurent aussi bien la gestion des lits que l'actualisation des plannings ou la coordination avec les autres membres de l'équipe. Tout ce qui relève du management est dévalorisé, ce qui revient tel un boomerang sous forme de difficultés récurrentes au quotidien.

Enfin, dans les critères de nomination d'un chef de service dans un hôpital prestigieux de l'AP-HP, la question des compétences managériales vient très loin derrière les titres et travaux de recherche...

Une gouvernance trop complexe ?

Int. : *Quel contraste entre ce que vous nous avez dit aujourd'hui et ce que nous avons entendu dans les médias ! Comment faire en sorte de diffuser vers le grand public des informations étayées et plus conformes à la réalité ?*

Pascal Roché : La gouvernance du système de santé est extrêmement complexe et je pense que cela nuit à la clarté des messages qui sont délivrés. Quand le ministère de l'Économie s'exprime, c'est d'une seule voix. Quand le monde de la santé s'exprime, ce sont de multiples institutions qui donnent leur avis, indépendamment de tous les médecins qui peuvent être interviewés dans les médias.

Un hôpital français dépend de 14 instances de gouvernance différentes : le ministère de la Santé, l'ARS, la DGS (Direction générale de la santé), la CNAM (Caisse nationale de l'assurance maladie), la Haute autorité de santé (HAS), etc. J'ai calculé que nous recevons en moyenne entre 2,5 et 2,7 nouvelles normes par jour, émanant de l'une ou l'autre de ces 14 instances de régulation.

Cette complexité provoque parfois des situations embarrassantes. Quand une pénurie de curare a commencé à se faire sentir, des médecins ont suggéré de réquisitionner les stocks des vétérinaires. Il a fallu des jours et des jours pour découvrir que ce n'était pas à l'ARS, ou à la CNAM, ou à la HAS, de procéder à ces réquisitions, mais aux préfets... Heureusement, la solution a pu être trouvée avant que la pénurie ne soit réelle, mais on a perdu beaucoup de temps.

É. M. : Beaucoup de nos interlocuteurs ont apprécié la soudaine simplification de la régulation provoquée par la crise. Durant les années 2000, le secteur hospitalier bénéficiait d'une très grande autonomie, à laquelle on a imputé un certain nombre de crises et scandales sanitaires, et qui a donné lieu à un questionnement sur son efficacité économique. On a alors introduit la régulation par la T2A, des autorisations obligatoires, des certifications qualité, etc., et peut-être est-on allé un peu trop loin dans la régulation. On peut imaginer que cette crise permette au balancier de repartir dans l'autre sens, et rende un peu plus d'autonomie aux hôpitaux.

Le possible va-t-il redevenir impossible ?

Int. : *Vous avez souligné le fait qu'avec cette crise, l'impossible était devenu possible. Si, demain, le possible redevient impossible, ne doit-on pas redouter un découragement et une désaffection encore plus graves des professionnels de la santé ?*

É. M. : Il ne s'agit pas d'un risque, mais, d'ores et déjà, d'une réalité. Une fois que l'on sort du registre de l'émotion, du dévouement et de la solidarité pour revenir à un registre plus normal, on retrouve le problème de l'attractivité de ces métiers, qui pose vraiment question depuis longtemps. C'est ce qui rend urgent le fait de développer un management de proximité, notamment en matière de soutien et de résilience, encore plus qu'une revalorisation salariale, qui a déjà été ébauchée.

P. R. : Cette dernière n'est cependant pas suffisante. Le Ségur de la santé a permis d'augmenter le salaire des infirmières de 12 %, mais, avant cette revalorisation, la France arrivait en 26^e position sur les 28 pays de l'OCDE, donc il reste de la marge. En 1990, une infirmière était payée 2,1 fois le SMIC. Juste avant le Ségur de la santé, elle n'était plus payée que 1,4 ou 1,5 fois le SMIC.

H. D. : Nous avons interrogé une infirmière qui était chargée par son établissement de contacter des infirmières libérales pour essayer de pourvoir des postes. Le premier jour, elle avait passé 72 appels téléphoniques et trouvé 5 volontaires, et elle avait été très mal reçue par un grand nombre de ses interlocutrices, dégoûtées de ce qu'elles avaient vécu à l'hôpital pendant la première vague. De plus, les professionnels de santé, qui respectent scrupuleusement les règles sanitaires à l'hôpital, ont été choqués et découragés de voir les gens négliger complètement les gestes barrières pendant l'été...

Int. : *Après des dizaines d'années de restrictions croissantes sur le budget des hôpitaux, peut-on assister à un retournement durable de tendance ?*

É. M. : Le déficit de l'assurance santé atteint des profondeurs abyssales et le principe de réalité va sans doute s'imposer à un moment ou à un autre... Cela dit, la santé est incontestablement devenue un thème politique majeur, ce qui n'était pas le cas il y a encore cinq ou six ans. Cela ouvre sans doute de nouvelles perspectives.

■ Présentation des orateurs ■

Hervé Dumez : directeur de l'i3 (Institut interdisciplinaire de l'innovation – UMR 9217) et du Centre de recherche en gestion (École polytechnique). Il est vice-président Recherche d'Euram. Il est l'auteur ou coauteur de plus d'une soixantaine d'articles dans des revues à comité de lecture et d'une dizaine de livres, dont *How Business Organizes Collectively – An Inquiry on Trade Associations and Other Meta-Organizations* (Cheltenham, Edward Elgar, 2020), avec Sandra Renou.

Étienne Minvielle : directeur de recherche au CNRS et professeur à l'École polytechnique (i3-Centre de recherche en gestion). Il est également responsable d'une mission sur les parcours innovants à la direction générale de Gustave Roussy. Médecin (ancien interne de santé publique), il est diplômé de l'ESSEC et titulaire d'un doctorat de gestion (École polytechnique). Ses recherches portent sur l'organisation du système de soins et ont été publiées dans les revues les plus reconnues du domaine. Il a récemment publié *Le patient et le système* (éditions Seli Arslan, 2018). Il est membre de différents conseils scientifiques (Assurance maladie, Conseil de l'engagement des usagers de la Haute autorité de santé) et a reçu le Prix spécial du Manager public de l'année en 2016 (Assemblée nationale).

Jean-Yves Grall : cardiologue, il a exercé en libéral puis comme praticien au centre hospitalier de Châteaubriant (Loire-Atlantique). Il a également présidé la Conférence régionale des CME des centres hospitaliers des Pays de la Loire de 1999 à 2003. En 2003, il rejoint l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) Île-de-France, en qualité de conseiller médical. Il a été conseiller général des établissements de santé de 2006 à 2007, directeur de l'ARH Lorraine de 2007 à 2009, puis directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Lorraine jusqu'en 2011. Directeur général de la santé au Ministère de 2011 à 2013, il est nommé directeur général de l'ARS Nord-Pas-de-Calais en 2013, puis de l'ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie en 2015 et de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en 2016. Il est également président du collège des directeurs généraux d'ARS depuis 2014 et l'auteur de plusieurs rapports.

Pascal Roché : directeur général du groupe RAMSAY SANTE (deuxième groupe hospitalier européen), depuis 2011. Il a auparavant été président directeur général de Barclays France, puis de Barclays Espagne pendant neuf ans, et a passé onze ans au sein du groupe AXA, après avoir démarré sa carrière dans le conseil en stratégie. Il est diplômé d'HEC, actuaire, et a également des diplômes universitaires en économie et en droit.

Diffusion janvier 2021
