



Gestion d'une **crise longue** à l'hôpital :

L'exemple de la COVID-19

Une crise est habituellement courte et puissante. La plupart de nos plans d'urgence, formations et exercices sont basés sur cette croyance et utilisent des scénarios rapidement résolus. Cet épisode COVID-19 change le paradigme et constitue une expérience particulière sous plusieurs aspects : problématique peu connue, faible niveau de préparation, durée inhabituelle et toujours en cours, dynamiques fonctionnelles et émotionnelles différentes, phasage déterminé par l'extérieur. Nous avons dû réinventer nos modèles de gestion de crise, nous adapter. Quelles sont les clés pour appréhender une gestion de crise longue à l'hôpital ? Éléments de réponse... pour ceux et celles qui doivent l'organiser, et pour ceux et celles qui l'observent en ne comprenant pas toujours ce qui se joue et comment les décisions sont prises.



Les grands éléments d'une gestion de crise coordonnée

Une gestion de crise passe d'abord et avant tout par la **structuration d'un comité de crise et d'une chaîne de commandement** clairement établie et (re)connue. La législation sur le Plan d'Urgence Hospitalier (PUH) prévoit à cet égard la constitution d'une Cellule de Coordination Hospitalière (CCH). Cet organe a pour objectif **d'évaluer la situation, de planifier et décider les actions** à mettre en œuvre et de s'assurer de leur **applicabilité sur le terrain**.

Dans le cadre d'une crise longue sans repères clairement établis, la légitimité de ce comité doit être renforcée d'une part, par un **plan de communication et une gestion documentaire** et d'autre part, par un certain nombre de **rituels** qui agissent comme des bouées vers lesquelles il faut régulièrement venir s'accrocher.

Le commandement et les réunions de crise

Classiquement, la gestion de crise prévoit **deux niveaux de coordination** : le niveau stratégique et le niveau opérationnel.

Transposés à l'hôpital, et bien qu'ils puissent se réunir de manière distincte et en alternance, **ces deux niveaux ne doivent pas être vus comme séparés et dans une relation pyramidale** : ils s'intègrent dans un comité de crise mixte dans lequel le stratégique et l'opérationnel se rencontrent. Il s'agit d'un **subtil mélange entre commandement hiérarchique et management participatif** qui permet l'émergence d'une intelligence collective.

Cette manière de fonctionner permet aux **relais managériaux qui sont intégrés au comité de crise de porter les décisions** prises, en les expliquant à leurs équipes (**adhésion**), de s'organiser dans la mise en œuvre (**délégation responsable**) et de réduire les écarts de représentation traditionnellement présents entre le *management* et le terrain (**applicabilité**).

Enfin, en parallèle de ces deux niveaux de coordination intégrés, un certain nombre de réunions peuvent être organisées avec des groupes spécifiques (p.ex. médecins chefs de services) pour expliquer les décisions et augmenter l'adhésion ou pour **traiter certaines thématiques collatérales** à la crise.

L'**articulation de toute cette activité doit être assurée par un coordinateur clairement désigné et identifié**. Son rôle est de centraliser les idées et les décisions, dégager les points de convergence, distribuer les tâches et s'assurer de leur progression, coordonner la gestion documentaire et assurer le premier niveau de diffusion du plan de communication. Ce **coordinateur agit davantage comme un leader** qui maintient le groupe sur le cap fixé que comme un *manager* qui décide ou un expert.

Faire vivre des rituels et ancrer les pratiques

Fixer un **cadre d'organisation des réunions de crise** est une première forme de rituel : cela permet de tempérer l'urgence de certaines problématiques et d'attendre la réunion pour les déposer. Cela fixe également un cycle et un rythme de travail de type PDCA (*Plan / Do / Check / Act*).

C'est au travers des réunions que la dynamique globale de gestion de crise s'installe.

Les visites de terrain à échéances régulières sont une mine d'informations sur l'état émotionnel et physique des équipes et permettent de vérifier l'applicabilité des décisions au niveau le plus proximal du patient. Elles peuvent être effectuées par les infirmiers chefs de services, l'équipe qualité ou les équipes d'hygiène en fonction de l'objectif recherché. Si elles sont effectuées par la direction elle-même, un objectif de reconnaissance peut être ajouté aux éléments précités.

Montrer la progression permet aux équipes de se situer dans l'évolution de la crise. Une série d'actions peuvent être prises en ce sens : rapports de progression et d'avancement des tâches pour l'équipe de crise, *newsletter*, indicateurs d'occupation sur l'intranet, évolution de la gestion des stocks de matériel critique. L'objectif plus systémique est de montrer que la crise nous concerne tous et que le *management* est transparent sur son déroulement.

La reconnaissance aux équipes est un des éléments qui leur permet de se maintenir engagées et de tenir le coup dans une crise longue d'intensité variable et pour laquelle chaque vague génère une nouvelle perte de repères : mises à l'honneur sur les réseaux sociaux, *goodies*, petits déjeuners, fleurs, affiches mettant en évidence des mots de remerciements de citoyens ou de la direction, dessins d'enfants, donations diverses.

Donner de la visibilité aux actions à impact positif permet de voir le verre à moitié plein plutôt que le verre à moitié vide : la mise en place d'un atelier de couture d'équipements de protections, la sortie d'un patient des soins intensifs...

Faire parler de l'hôpital dans la presse : nous pourrions avoir une méfiance vis-à-vis de la presse (confidentialité, désinformation, avoir autre chose à faire...). Or, dans une crise telle que la COVID, la presse est une alliée dont il faut prendre soin et avec qui il faut entretenir une bonne relation. Les journalistes ne cherchent pas ici à prendre en défaut mais permettent d'expliquer notre fonctionnement ou nos difficultés, ils mettent en évidence ce que nous faisons de bien dans un contexte difficile. Ce sont en fait de puissants relais. Accepter régulièrement les demandes d'interviews ou de reportages, les solliciter pour un focus sur un aspect de fond spécifique à la crise permet au final de la pédagogie et de l'information aux citoyens qui sont les seuls à avoir réellement le pouvoir d'adhérer aux mesures mises en place par le gouvernement. Il ne faut toutefois pas tout dire de n'importe quelle manière ; parler à la presse s'apprend et se prépare et ce rôle ne peut être réservé qu'à certaines personnes identifiées. Cela peut aussi renforcer l'engagement et le sentiment d'appartenance auprès du personnel.

Gestion documentaire

Un processus de gestion documentaire spécifique à la crise permet de focaliser l'attention sur les communications envoyées :





identifier qu'il s'agit d'un document lié à la crise, toujours utiliser la même mise en page, le même logo, la même structure, les mêmes canaux de communication permet de créer ce lien entre la crise et les procédures afférentes. Cela permet au personnel de **prioriser ce qu'il lit** dans la masse d'informations parfois envoyée au sein d'un hôpital, souvent par une adresse générique du service communication. Une attention particulière doit être portée à la gestion des versions de documents dans une crise changeante où les procédures et les mises à jour s'enchaînent.

L'objectif est ici que les **équipes ne prennent en compte que des procédures validées et envoyées selon les modalités définies** du plan de communication. Il s'agit d'**éviter du contre-leadership et de s'y perdre dans les versions** anciennes ou non coordonnées de documents.

Une **ligne du temps des actions et des décisions** peut être tenue, elle contient les **éléments clés d'un futur plan d'urgences générique aux pandémies**.

Planification et décisions

Chacun connaît l'adage attribué au patron de presse et politicien français Émile de Girardin « **Gouverner c'est prévoir** ». Dans une crise si changeante, si longue que la crise elle-même devient routine (quel paradoxe) et dans laquelle les hôpitaux n'ont pas la maîtrise de bon nombre d'éléments, **il apparaît utopique de tout prévoir, de tout anticiper, particulièrement sur le long terme**. Mais **prévoir un minimum et fixer un cadre qui amène**

une prise de décision et met les équipes en mouvement permet de ne pas courir à notre perte, de ne pas subir.

Fixer un rythme fréquent et rapproché de réunions du comité de crise permet d'accepter plus facilement l'incertitude : d'une part on **décide sur le court terme**, sur ce qui est urgent et nécessaire, sur les points où on peut/doit avancer tout de suite. D'autre part, on **planifie le moyen terme**, on se fixe un cap en listant les points qui ne sont pas encore mûrs pour une décision ou qui ne la nécessitent pas tout de suite. Décider court terme et planifier moyen terme permet enfin de **rester proportionné dans les décisions et d'agir au bon moment**. Cela génère une **dynamique fonctionnelle et relationnelle dans l'équipe de crise** qui se voit avancer (par petits pas) tout en construisant des fondations plus solides pour la suite.

Le focus doit toujours être **axé sur ce qui est dans notre zone d'action propre**, sans dépenser trop d'énergie ou de temps de réunion dans des éléments sur lesquels nous n'avons de toute façon pas de prise. Nous sommes une pièce d'un grand puzzle, faisons en sorte de bien nous insérer dans celui-ci, dans le rôle et les actions qui sont les nôtres. En reprenant l'idée de la chaîne de commandement, **l'hôpital fait lui-même partie d'une autre chaîne de commandement**.

L'avantage de fonctionner en comité de crise mixant commandement participatif et *management* participatif facilite la prise de décision : les bonnes personnes sont là pour déci-

der. Une décision est le résultat de l'équilibre de trois éléments : un objectif/contenu de décision à atteindre, des ressources/moyens/actions à mettre en œuvre pour y parvenir, un délai pour y parvenir. Changer un de ces paramètres influence les autres. Plus nous voulons qu'une action soit rapidement mise en œuvre, plus il faudra y consacrer de moyens et la prioriser.

Gérer l'incertitude et l'adhésion

Dans la gestion du changement, on observe dès le départ un écart de représentation entre la personne ou le groupe qui décide d'apporter un changement, et ceux qui vont le vivre. Cet écart est lié au fait que, pour la personne ou le groupe de décideurs, l'idée de ce changement à déjà germé, il y a déjà une idée du résultat à atteindre ou du comment faire, il n'y a plus qu'à déployer. Pour ceux qui l'apprennent et qui vont le vivre, c'est nouveau, c'est une annonce qui génère **incertitude et inconfort**. Ils sont eux au point de départ de la réflexion. D'autant que dans une crise, on décide vite, et on change souvent.

C'est dans cette zone d'écarts que naissent les résistances au changement qu'il convient de considérer et accompagner. Pour cela, il faut considérer que **le déploiement d'un changement n'est pas l'étape finale mais qu'il en est le cœur, le centre de la réflexion**.

Lors d'une décision de déploiement, il faut **mentalement faire le chemin à l'envers et se demander où en est le personnel** : ou en sont les acteurs destinataires du changement ? Sont-ils prêts ? Qu'avons-nous fait et que



Présentation de l'auteur

Infirmier urgentiste avec 16 ans d'expérience aux urgences et en SMUR, **Jérôme Massart** a en parallèle été détaché au SPF Santé Publique puis au SPF Intérieur pour différentes fonctions d'expertise, de *middle-management* et d'interfaçage entre l'administration et les cabinets politiques. Il a acquis une expérience dans la gestion de projets complexes et stratégiques durant ces 10 dernières années. Il fait également du *coaching* d'entreprise et s'est orienté particulièrement vers l'accompagnement des équipes et des dirigeants. Riche de cette progression, Jérôme Massart est aujourd'hui *Program Manager* hospitalier et coordinateur du Plan d'Urgence du CHR Sambre et Meuse site Auvélais. Il est également membre du Comité *Hospital & Transport Surge Capacity* du SPF Santé publique.





devons-nous faire en tant que dirigeants pour qu'ils le soient ? Comment peuvent-ils y contribuer pour y adhérer ? Comment les accompagner sur le terrain ?

Cette **approche participative du changement peut paraître paradoxale et difficile à appliquer en crise parce qu'elle se confronte avec l'idée même de la chaîne de**

commandement, qui est une notion militaire dans laquelle il n'est pas demandé de réfléchir ou de remettre en question les décisions. Cela peut prendre plus de temps, peut générer plus de discussions, mais la probabilité que l'application et l'adhésion soit meilleure est plus grande. Cette approche peut réellement fonctionner, particulièrement sur la planification du moyen terme.

Les clés d'une gestion de crise longue, en synthèse

La crise longue de la COVID-19 se différencie de la crise courte habituelle à plusieurs égards. Ces différences influencent les dynamiques fonctionnelles et émotionnelles des équipes. Comme pour toute crise, une crise longue doit être **pilotée par un comité de crise**.

La durée de la crise permet aux équipes de se poser sur les décisions prises et de les remettre en question. Plus que dans une crise courte, une crise longue doit dès lors, au sein de son comité de crise, **mixer commandement hiérarchique et management participatif** en incluant à la fois la direction mais également les relais managériaux et métiers utiles. L'objectif est de **réduire les écarts de représentation dirigeants/terrain et de mettre le déploiement des décisions au cœur des discussions**.

Un **coordinateur de crise, garant du processus global** de gestion de crise, doit être désigné. Il agit comme la personne qui agence le puzzle et aide à maintenir le cap fixé.

Un **rythme de travail permettant des décisions court terme et une planification moyen terme** est installé et permettra à l'équipe de crise et au terrain de **se voir avancer**, de voir un cadre de fonctionnement qui se met en place. L'objectif est de travailler « *to the point* ».

Ce cadre inclut une **gestion documentaire** claire, une **ligne du temps des actions et décisions**, un **accompagnement du terrain** à la mise en œuvre des décisions et à la vérification des pratiques. La fatigue croissante des équipes nécessite des **actions managériales régulières de reconnaissance** pour maintenir leur engagement. En complément, assurer une **visibilité fréquente de l'hôpital notamment au travers de la presse** permet de renforcer l'appartenance et de rendre les citoyens acteurs de cette crise.

Une gestion de crise longue, au-delà de ses éléments techniques (flux de patients, hygiène...), est d'abord et avant tout une **gestion de l'incertitude et du changement**.

Merci et bravo à toutes les équipes qui œuvrent depuis un an à la gestion de cette pandémie.