



# Les processus décisionnels au sein des CHU en 2020, au cœur de la crise sanitaire

Sandra BERTEZENE

Conservatoire National des Arts et Métiers  
LIRSA EA4603

David VALLAT

Sciences Po Lyon  
MAGELLAN EA3713

Philippe Michel

Faculté de médecine Lyon Est  
Université Claude Bernard Lyon 1





Karlene Roberts



Karl Weick

**Le positionnement théorique :**  
**Hight reliability organization**  
**Organisations hautement fiables**



# **Le positionnement théorique**

La haute fiabilité est :

- un paradoxe, une sorte de « **performance anormale** » continue, qui peut s'observer au sein d'organisations pourtant soumises à un niveau de risque élevé (Roberts, 1990).
- un « **non-événement dynamique** » et récurrent (Weick, 1987).



***Le modèle de la  
prise de décision  
au sein des OHF de  
Roberts, Stout et  
Halpen (1994)***



# **Le modèle de la prise de décision au sein des OHF de Roberts, Stout et Halpen (1994)**



La marine US, que l'on considère intuitivement comme très bureaucratifiée (au sens de Weber) présente pourtant une hiérarchie qui passe d'une structure rigide et centralisée dans certaines circonstances, à une structure extrêmement flexible et décentralisée dans d'autres circonstances.

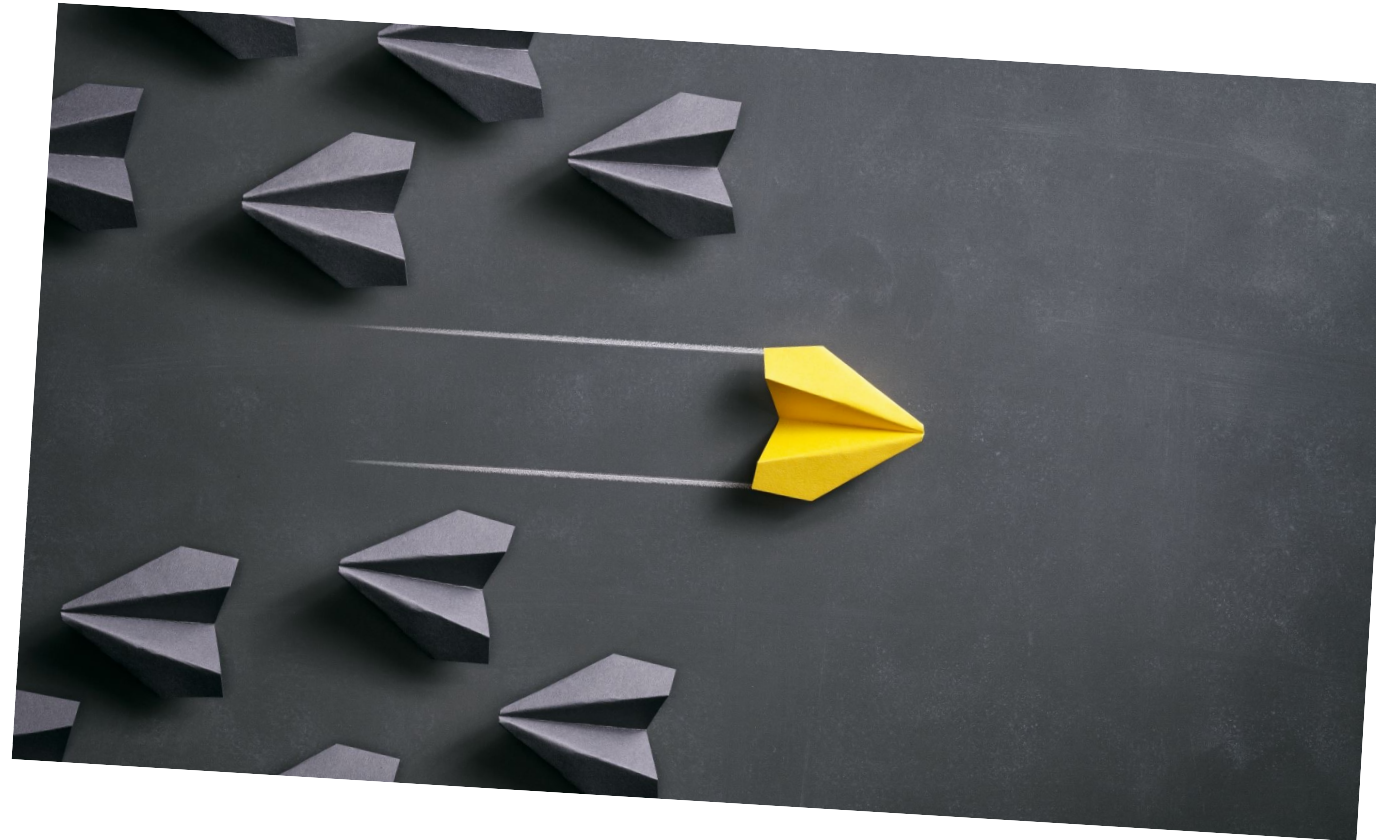


# La règle qui interdit de respecter la règle

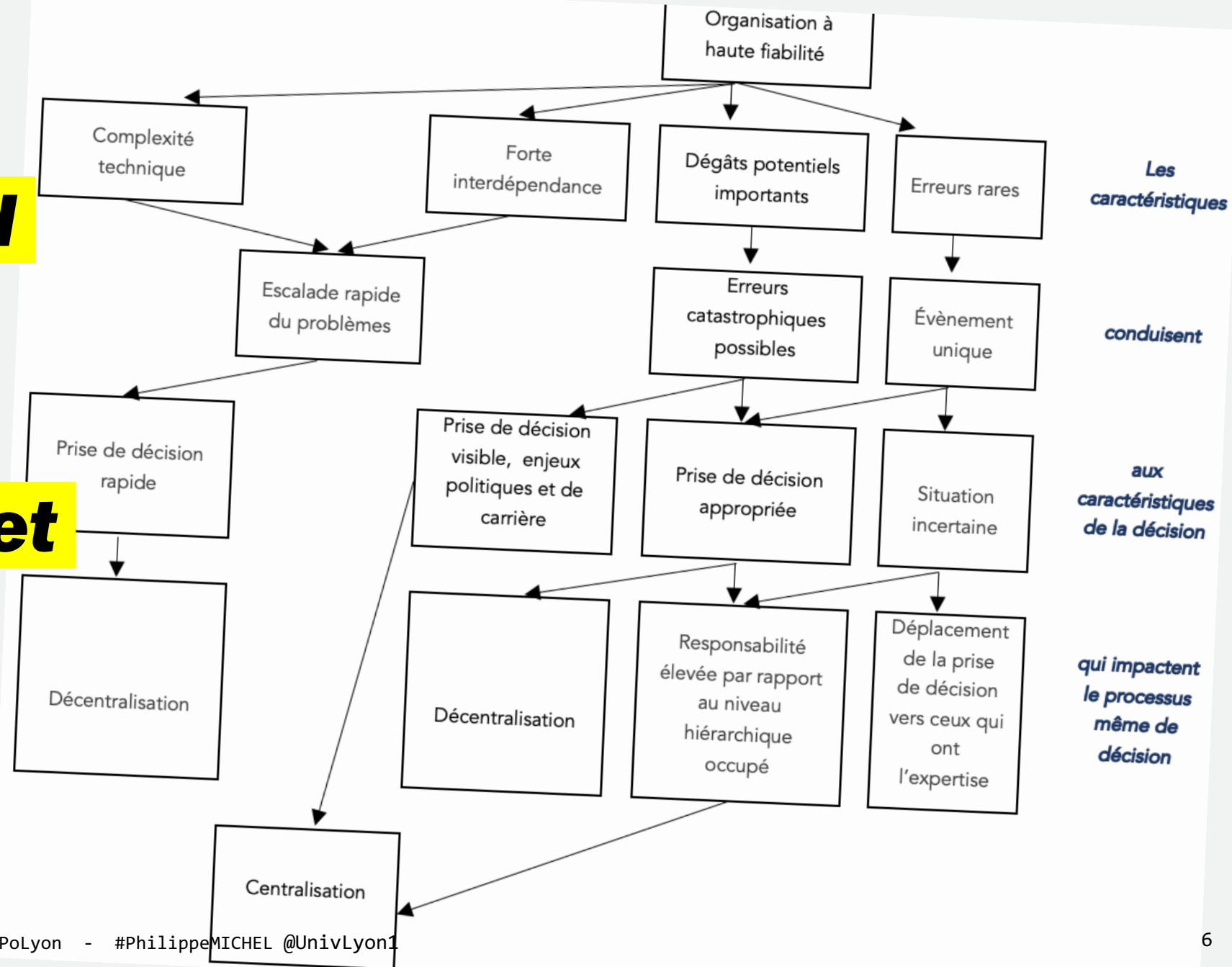
La responsabilité lie le décideur aux règles validées par l'organisation même si une autre est connue pour être meilleure.

Une personne confrontée à un problème dont elle peut être tenue pour responsable peut être susceptible de cacher à la fois l'existence du problème et la solution pertinente.

→ La marine US tente de faire barrage à ce type de comportement grâce **une règle sur le non-respect des règles.**



**Le processus organisationnel de la prise de décision de Roberts, Stout et Halpen (1994)**



# Recueil de données

193 entretiens au sein des CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Etienne.

116 personnes ont été interrogées entre septembre 2020 et février 2021, au cours d'un ou deux entretiens, pour une durée totale par personne allant de 45 minutes à 3 heures :

- 34 personnels de direction ;
- 59 personnels d'encadrement ;
- 22 personnels sans responsabilité hiérarchique ;
- 1 représentant des usagers.

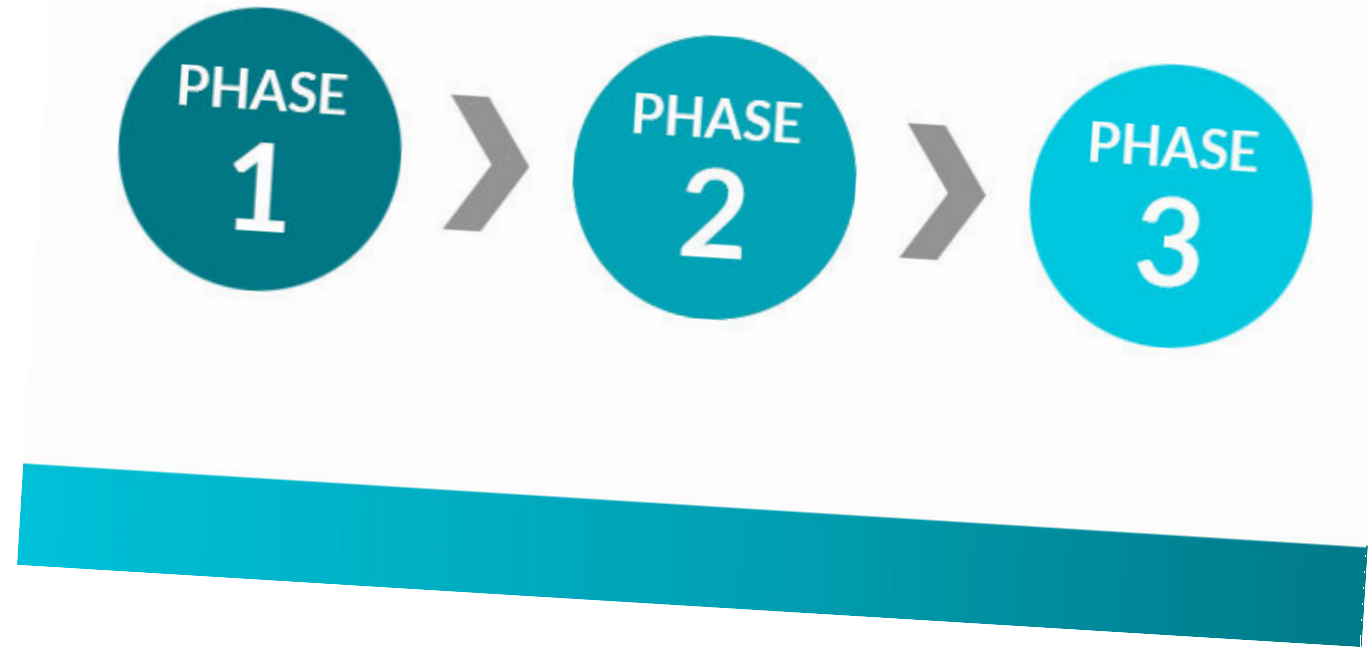




# Résultats : un processus décisionnel qui évolue dans le temps

L'évolution du processus s'observe en trois temps :

1. au début de la première vague du nouveau coronavirus,
2. à la fin de cette première vague,
3. et à partir de la deuxième vague.



**La prise de décision au  
tout début de la  
première vague de  
Covid-19 :  
un processus  
bureaucratique  
traditionnel**

**1**



## **Des dommages ou dégâts potentiels importants sont identifiés**

*« On ne savait pas si on allait y arriver, si on allait être submergé parce que je vous rappelle qu'au tout début de la crise, on avait le modèle italien, ils étaient débordés, on pouvait dériver vers des situations cataclysmiques. »*

Direction, sphère gestionnaire, CHU A



**Dans ce contexte, les personnes  
interrogées identifient des erreurs ou  
des problèmes entraînant des  
conséquences pouvant être  
catastrophiques**

*« Pour les médicaments comme les curares, c'était une catastrophe dans les livraisons, les dosages n'allaient jamais, il y avait de gros risques d'erreurs surtout pour des médicaments en réa ; on a aussi reçu des médicaments chinois où tout était écrit en chinois sans aucun libellé alphabétique occidental ; et puis dans les livraisons de médicaments et de produits, tout était mélangé dans les cartons »*

Encadrement, sphère médicale, CHU A





## **La situation inédite déclenche des prises de décision au niveau national**



*« D'emblée ça a été le mot d'ordre national : 'si vous avez le moindre doute, vous appelez le Samu' ; alors nous avons doublé la capacité de régulation des appels au niveau du Samu, donc il a fallu étendre la salle de régulation de 4 postes supplémentaires, nous sommes passés de 5 à 9 postes. »*

Encadrement, sphère médicale, CHU C



# **La situation inédite déclenche des prises de décisions au niveau régional**



*« L'ARS nous a demandé du jour au lendemain de vider notre service, nous avons été obligé de transférer nos patients de réanimation adulte, vers d'autres réanimations ; donc pour nous en tant que secrétaires, notre charge de travail a augmenté, cela a multiplié les courriers à taper, les entrées et les sorties en l'espace de 48 heures, mais cela s'est très bien passé. »*

Personnel, sphère gestionnaire, CHU C

CHU  
Saint-Étienne

CHU  
GRENOBLE  
ALPES

HCL  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

CHU  
CLERMONT-FERRAND  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

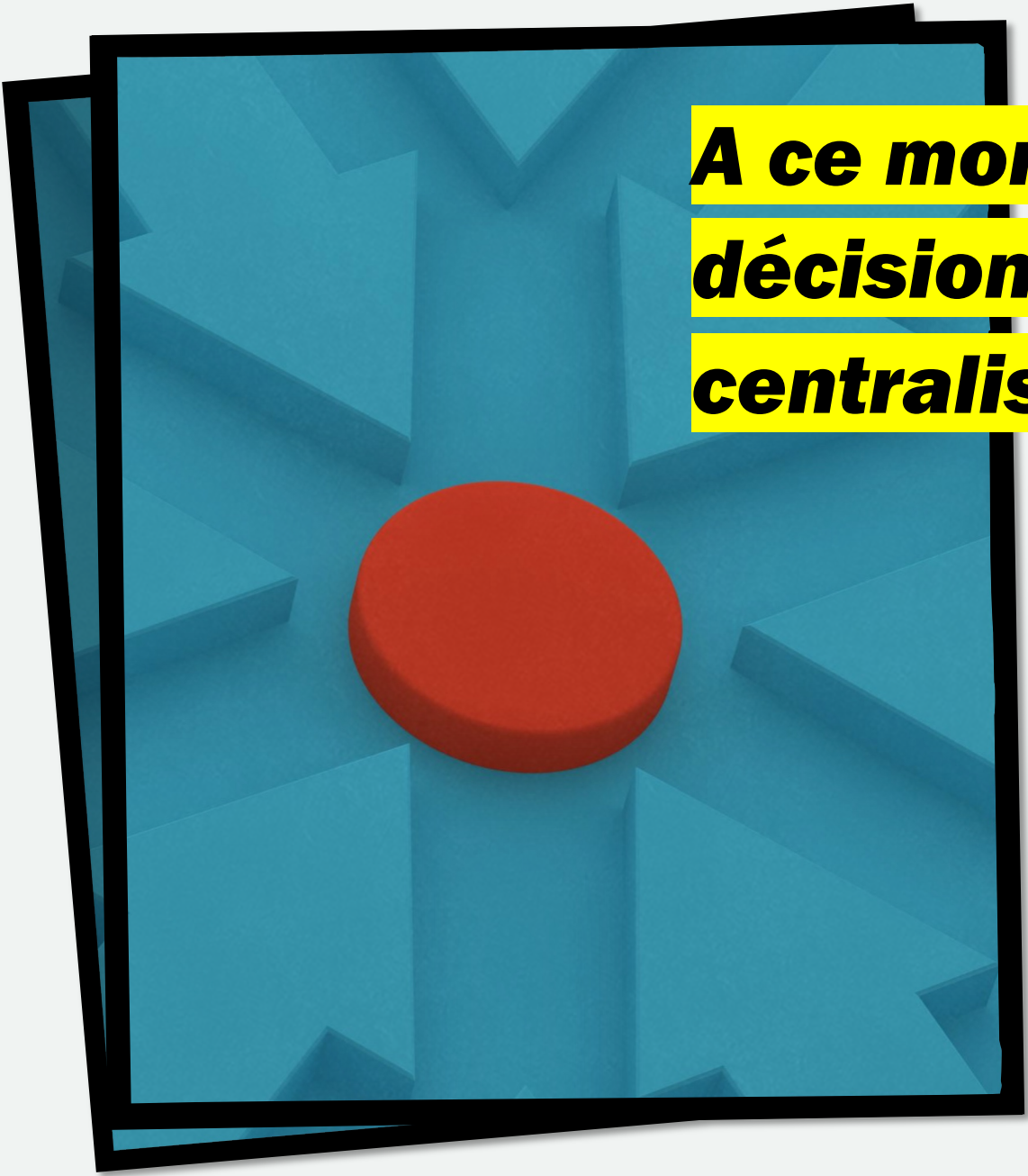
**La situation inédite déclenche des prises de décision au niveau des**

**CHU**



*« On a essayé de ne pas avoir la même communication que les pouvoirs publics, on ne voulait pas dire que les masques ne servaient à rien parce qu'on savait que c'était faux ; on a eu des discussions autour de la prise de risque, et on a rassuré beaucoup les gens autour de cette notion car la prise de risque était modérée. »*

Encadrement, sphère médicale, CHU D



**A ce moment de la crise, les  
décisions sont essentiellement  
centralisées**

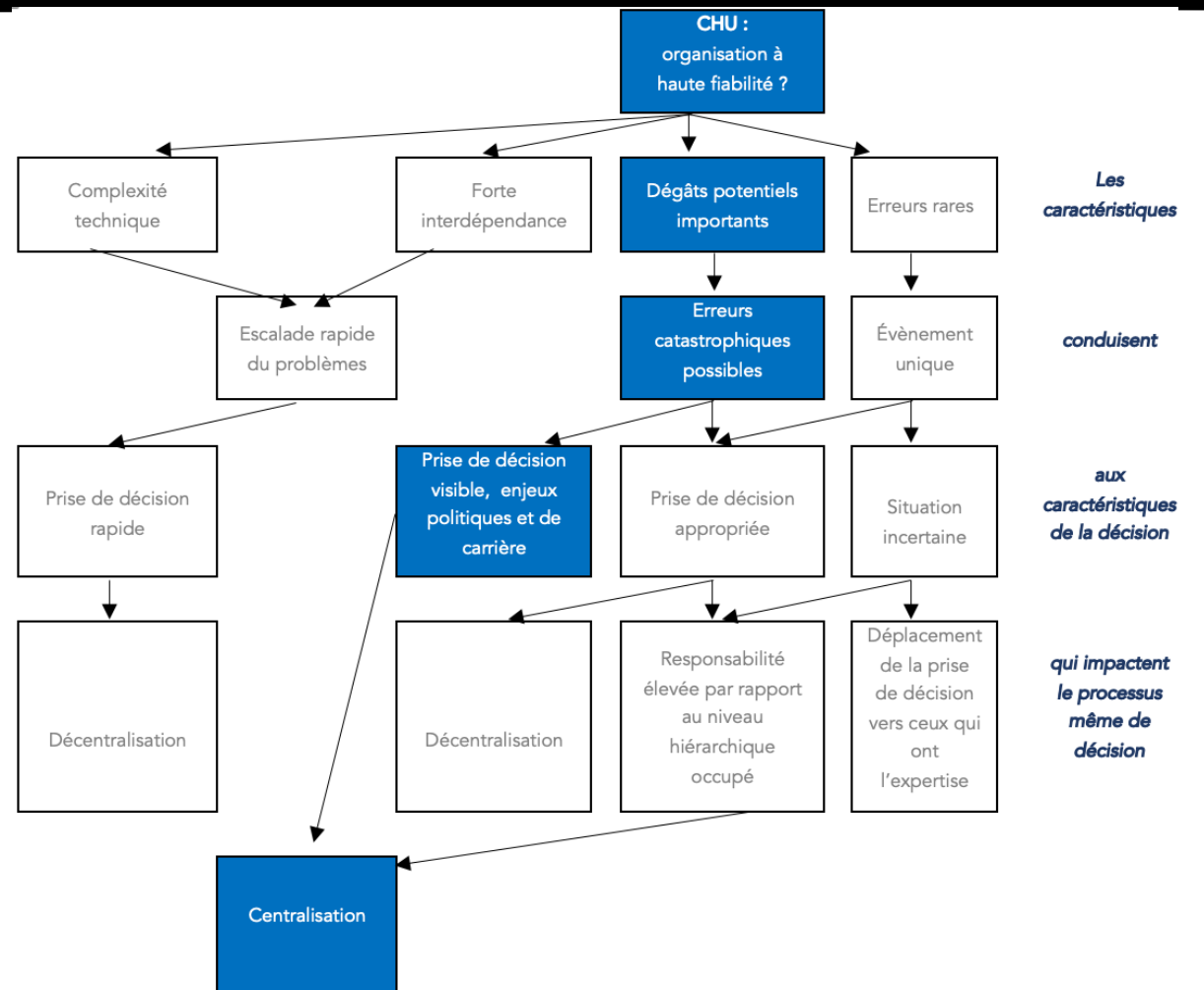
*« On centralise tout l'organe de décision et on fait appliquer ces décisions à la base mais à plusieurs reprises, je me suis aperçu que l'ARS n'avait pas pris les bonnes décisions [..]. »*

Encadrement, sphère médicale, CHU B





**Le processus  
décisionnel  
au début de la  
première vague :  
reflet d'une  
bureaucratie  
weberienne**



**A partir de de Roberts, Stout et Halpen (1994)**



***La prise de décision au  
sein des CHU à la fin de  
la première vague de  
Covid-19 : un processus  
semi-flexible***

**2**



**A la fin de la première vague, les mêmes problèmes peuvent entraîner les mêmes conséquences catastrophiques que celles identifiées au début de cette première vague**

« On a rapidement été confronté à des problèmes d'approvisionnement de matériel, voire de vol car tout le monde était inquiet vis-à-vis des protections, il n'y avait pas assez de masques FFP2, pas assez de blouses, de sur-blouses, on faisait face à de grosses difficultés et puis une grosse inquiétude de tous. »

Direction, sphère paramédicale, CHU G


« Le service qui accueille les patients souffrant de la mucoviscidose a fermé, donc j'ai essayé de faire des entretiens téléphoniques avec ces patients pour leur proposer quelque chose tout de même et ne pas les laisser avec leurs problèmes. »

Personnel, sphère paramédicale, CHU B





**Sur le plan de la prise de décision, la nature même des choix évolue**



*« Les cadres supérieurs ont décidé de mettre en place des systèmes WhatsApp pour communiquer rapidement et efficacement avec les équipes, alors qu'on ne faisait jamais cela auparavant. »  
Direction, sphère paramédicale, CHU A*

# **La montée en puissance des responsabilités s'opère partout dans les établissements**

*« On avait des personnes qui n'avaient jamais fait de réanimation et qui me disaient 'je ne sais pas faire, on ne va pas y arriver' et moi je leur disais 'on fait au mieux pour en sauver au maximum, ça ne va peut-être pas être optimal, ce ne sera pas des soins d'aussi bonne qualité que dans une réa, mais on va faire au mieux. »*

Encadrement, sphère paramédicale,  
CHU A





**Une forte pression  
s'exerce sur les  
professionnels quels que  
soient les secteurs et le  
niveau hiérarchique**

*« Du jour au lendemain, on nous a autorisés à faire sauter les carcans, on nous laissait les responsabilités et c'était accepté, l'infirmier va être en dépassement de compétences, l'aide-soignant va être en dépassement de compétences et c'est bien dans l'intérêt des trois patients qui sont en situation de crise ; à un moment donné, il y a des décisions qui se prennent en dehors des carcans habituels sauf que là, c'était à une échelle inédite. »*

Personnel, sphère paramédicale, CHU D

**L'augmentation du niveau des  
responsabilités est parfois un  
soulagement, voire une grande  
satisfaction**

*« Ne plus avoir à monter de cahier de charges, ne plus passer par les dispositifs obligatoires, ne plus suivre les circuits imposés a permis de gagner en réactivité ; on pouvait acheter le matériel où c'était le mieux et le plus rapide, tout le monde en a été satisfait ; ça allait très vite et ça a époustouflé tout le monde, on n'est pas habitué à cela avec les contraintes des marchés publics. »*

Direction, sphère paramédicale, CHU A

## La décentralisation s'opère entre l'ARS et les CHU



« Globalement, l'ARS faisait la courroie de transmission avec le ministère de la Santé ou les laboratoires ; ce qui a bien fonctionné lors de la première vague, c'est que les soignants ont pris la main, les médecins, les infirmiers ont pris la main sur l'organisation, on a dit aux directeurs ce qu'on voulait faire, ce dont on avait besoin et ils nous ont aidés, c'était dans ce sens-là, c'était la révolution, c'était décentralisé et c'était vraiment très positif. »  
Encadrement, sphère paramédicale, CHU D





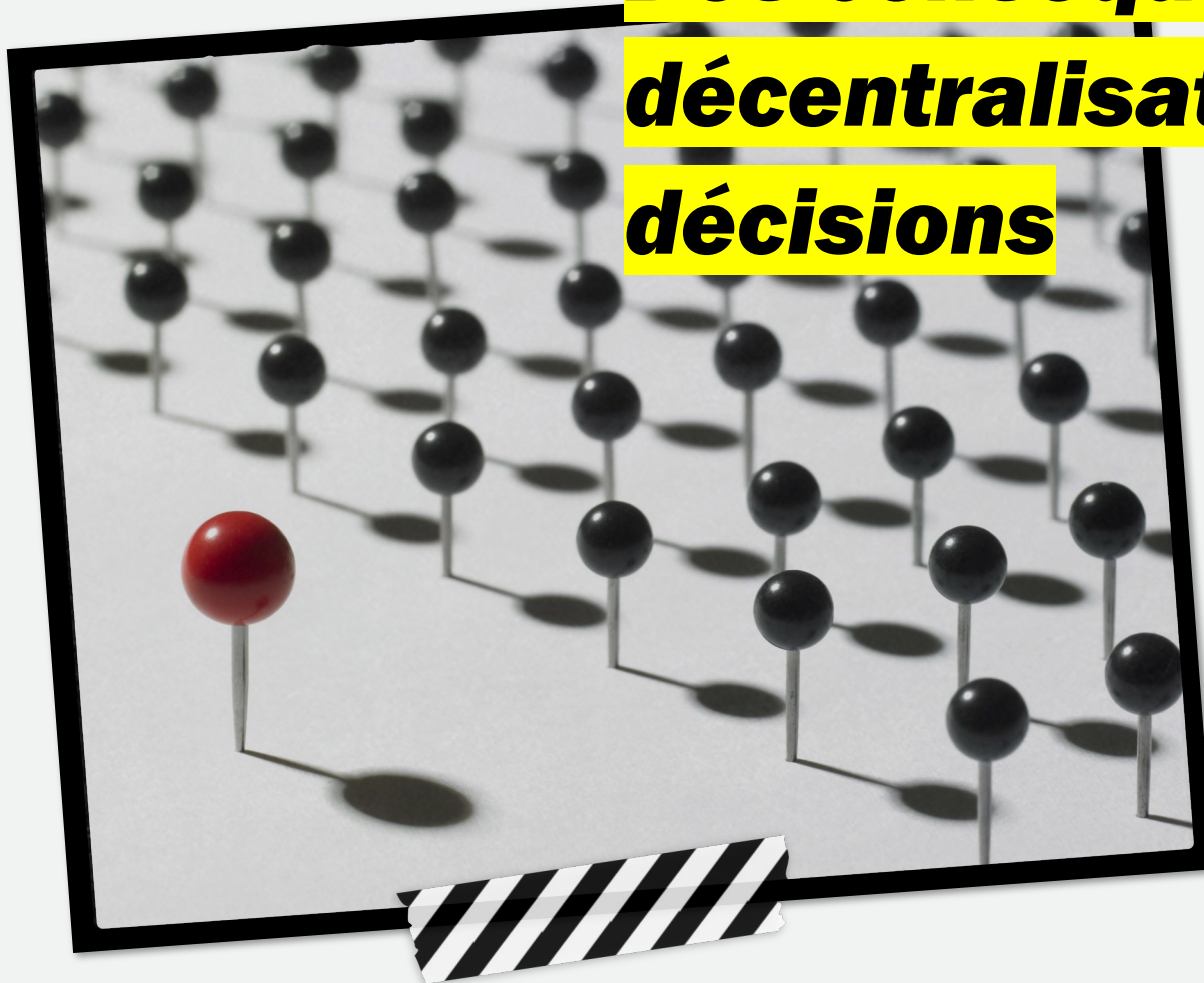
# **La décentralisation s'opère à l'intérieur-même des CHU**



« Les prises de décision sont hyper longues, il faut que le processus de décision atteigne tout le millefeuille de haut en bas, le poids de l'administratif est très élevé et on a l'impression que rien ne bouge mais là, la prise de décision a été beaucoup plus décentralisée ; par exemple, quand il fallait transférer du matériel, ça été très décentralisé, la Direction Générale n'avait pas son rôle extrêmement pesant qu'elle a habituellement ; et puis le poids du médecin dans ces grosses structures, n'est pas très élevé mais là, on avait l'impression que la décision médicale, cela voulait dire quelque chose. »

Encadrement, sphère médicale, CHU D

# **Des conséquences positives de la décentralisation des décisions**



*« On avait un management sans manager, on s'est mis en ordre de marche, avec des instructions qui pouvaient changer plusieurs fois dans la journée et tout ça n'a posé aucun problème, il y avait vraiment un engouement à ce moment-là, une volonté d'avancer et une liberté laissée pour le faire. »*

Personnel, sphère médicale, CHU D



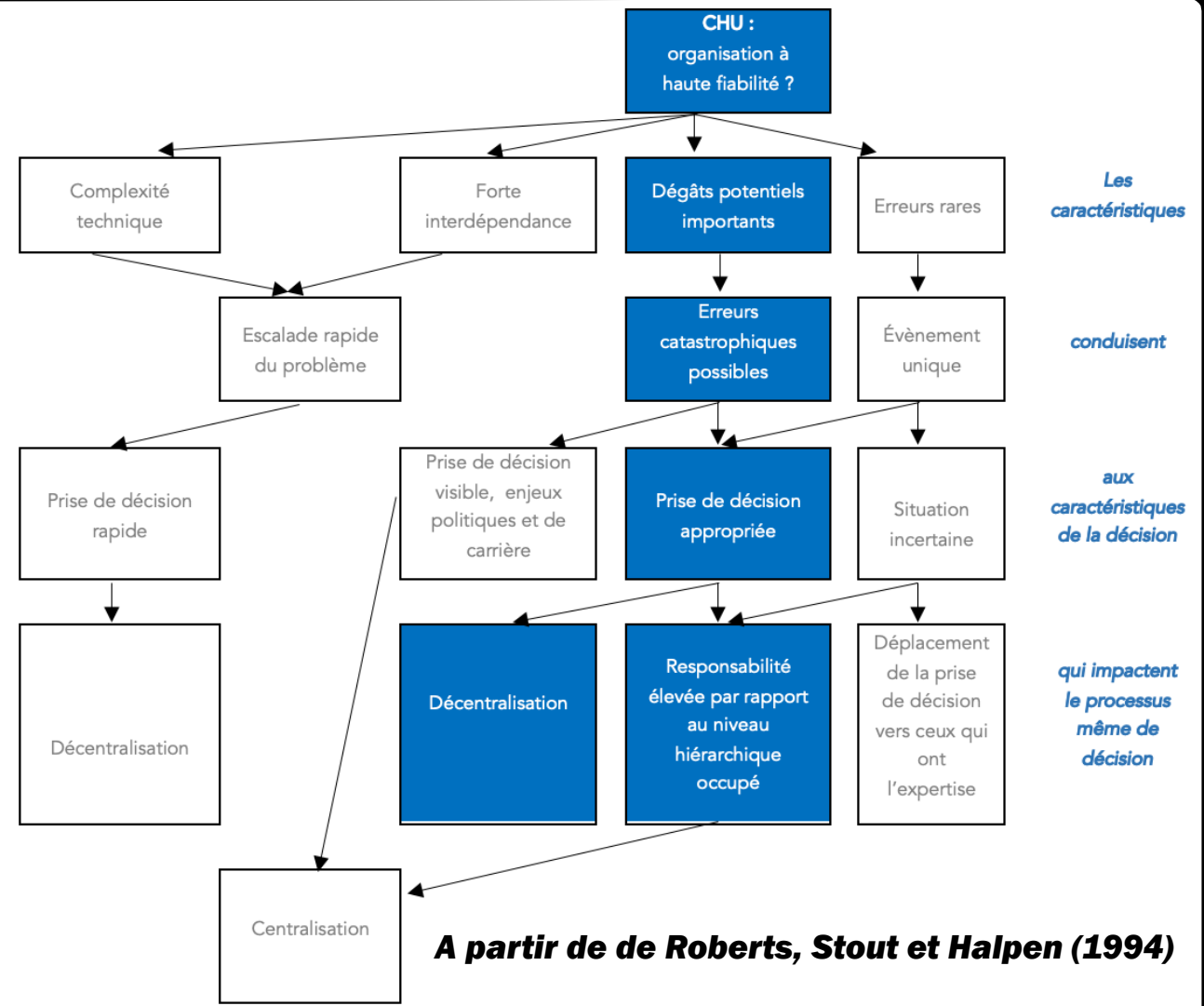
**Mais le poids immense des  
responsabilités est vécu de manière  
variable selon les personnes**

*« Revenir en arrière, on le souhaitait parce que c'est rassurant de revenir sur nos organisations traditionnelles, avec des profils de postes, des listes de tâches, plus de centralisation, etc. ; mais ce n'était pas possible : l'hôpital était totalement réorganisé et il fallait gérer cette incertitude d'une potentielle deuxième vague, et donc on devait se dire qu'on ne reviendrait pas avant peut être un ou deux ans à nos organisations antérieures, ce n'était pas facile. »*

Encadrement, sphère paramédicale, CHU A

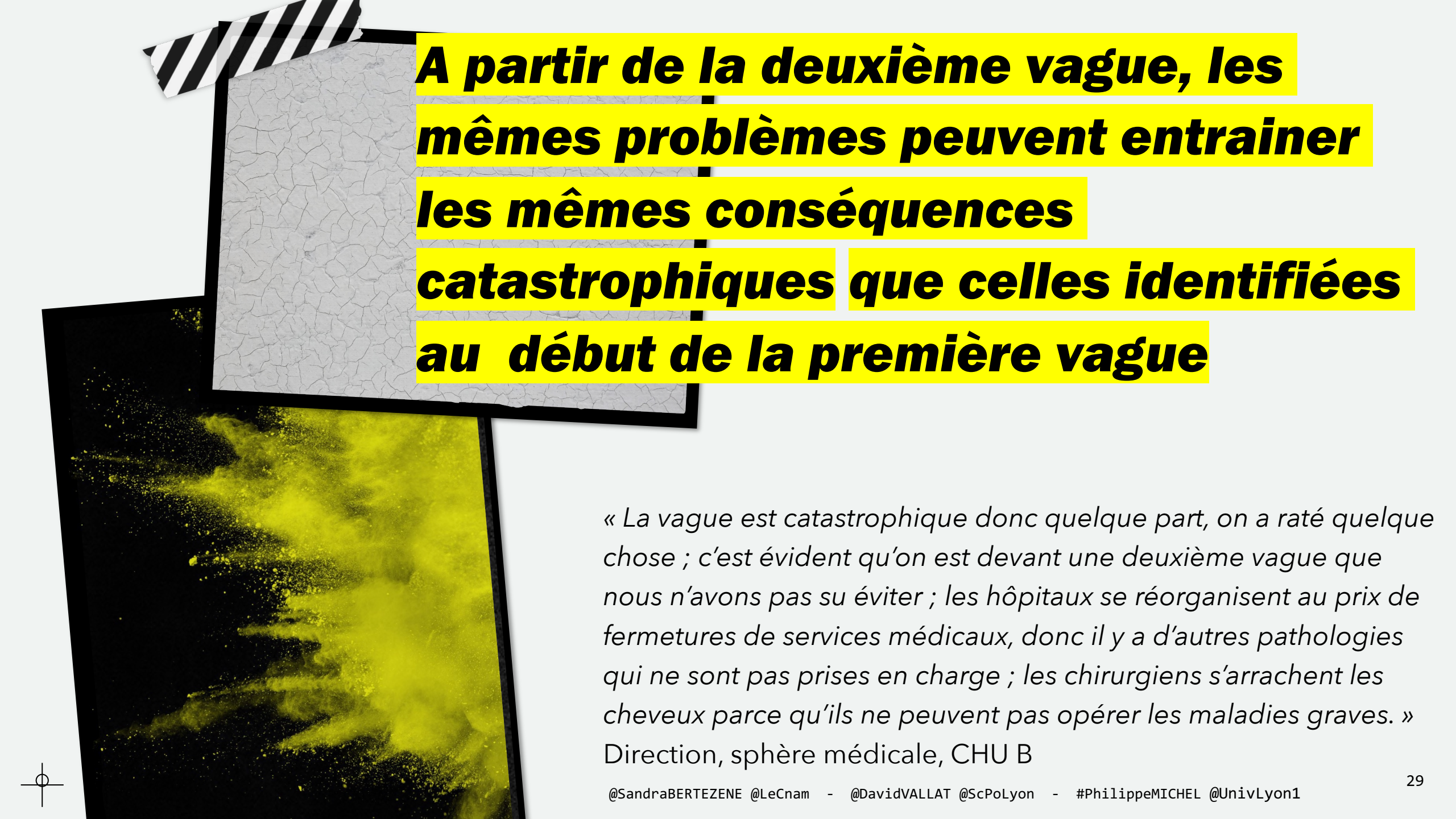


**Le processus  
décisionnel semi-  
flexible  
à la fin de la  
première vague**



**La prise de décision au  
sein des CHU à partir de  
la deuxième vague de  
Covid-19 :  
un processus à nouveau  
bureaucratique**





**A partir de la deuxième vague, les mêmes problèmes peuvent entraîner les mêmes conséquences catastrophiques que celles identifiées au début de la première vague**

*« La vague est catastrophique donc quelque part, on a raté quelque chose ; c'est évident qu'on est devant une deuxième vague que nous n'avons pas su éviter ; les hôpitaux se réorganisent au prix de fermetures de services médicaux, donc il y a d'autres pathologies qui ne sont pas prises en charge ; les chirurgiens s'arrachent les cheveux parce qu'ils ne peuvent pas opérer les maladies graves. »*

Direction, sphère médicale, CHU B



**Mais il faut immédiatement souligner que si leur nature est semblable, les problèmes sont néanmoins exacerbés**

*« Nos Plans Blancs étaient dimensionnés pour prendre en charge des crises qui étaient relativement brèves et avec 40 ou peut-être 50 patients qui arrivaient d'un coup, alors que là, ça a été en quelques jours beaucoup plus que 40 ou 50 patients ; donc c'est la fameuse incertitude dont on parle toujours, on a fait exploser le Plan Blanc, il était sous dimensionné par rapport à ce dont on avait besoin sur cette deuxième vague. »*  
Direction, sphère gestionnaire, CHU A

# Les prises de décision évoluent au niveau national



« Lors de la première vague, le Plan Blanc a été lancé par le gouvernement, on n'a pas eu à le décider, ce qui est différent avec la période actuelle où le gouvernement a laissé chaque région et chaque structure s'organiser ; donc actuellement, on a une démarche locale de mise en œuvre du Plan Blanc un peu spécifique, on l'a pas décrété comme ça, on a dû se concerter et beaucoup communiquer sur son déclenchement car on n'est pas porté par la légitimité d'une décision prise au niveau national ; aujourd'hui c'est différent, il y a des contestations, des gens qui estiment que le Plan Blanc n'est pas adapté. »  
Direction, sphère gestionnaire, CHU B





# Les prises de décision évoluent au sein des CHU



« Pour la deuxième vague, tout le monde prend en charge des patients Covid, dans tous les secteurs, ce qui n'était pas le cas la première fois ; tout le monde est associé à cette deuxième vague, il y a eu des fermetures de secteurs pour redistribuer des effectifs et tout le monde a pu appliquer les règles d'hygiène au quotidien dans ces secteurs parce qu'on a appris à l'occasion de la première vague. »

Encadrement, sphère médicale, CHU B

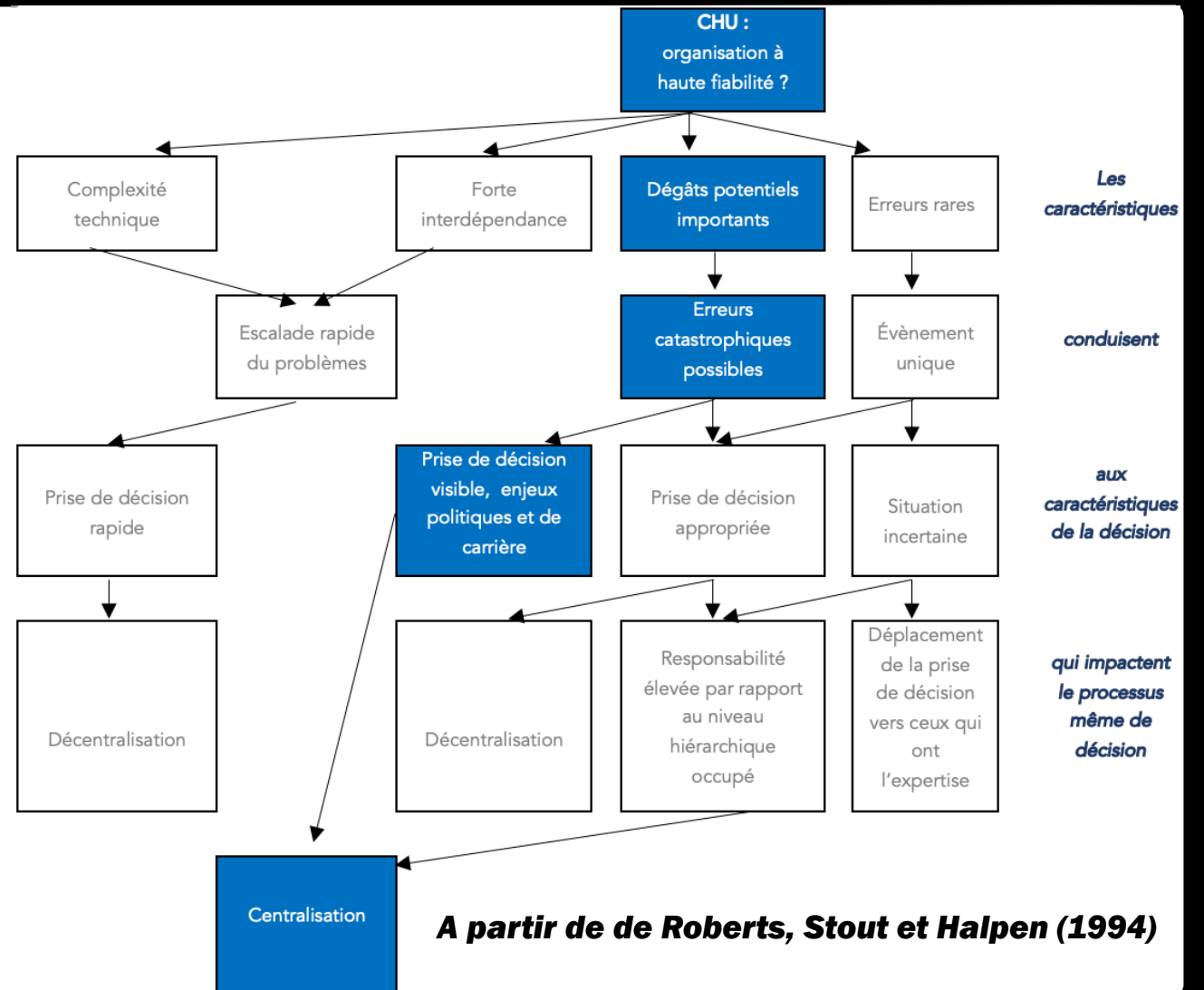


# **La centralisation du pouvoir fait son retour, depuis le ministère jusqu'aux CHU**

*« Lors de la première vague, le chef de service de pédiatrie a dit 'il faut que ça fonctionne comme cela' et on lui a répondu 'pas de souci, faites ce qui fonctionne' ; c'était d'une souplesse assez fascinante, j'ai eu l'impression de retrouver l'hôpital de mon début de carrière il y a 40 ans, vivant, géré par des gens qui savent ce qu'est le terrain, qui savent ce que c'est un patient et qui collent aux besoins ; la gestion de l'hôpital est descendue au niveau du terrain mais ce n'est plus du tout le cas maintenant, la moindre décision, il faut 8 réunions pour la prendre avec des administratifs qui n'ont jamais vu un malade, donc c'est très compliqué. »*

Encadrement, sphère médicale, CHU A

**Le processus décisionnel à partir de la deuxième vague, identique à celui du début de la première vague**



# CONCLUSION

*Les processus décisionnels au sein des CHU en 2020,  
au cœur de la crise sanitaire*



# ***Inventer une nouvelle manière de travailler ?***

Quels que soient les enseignements tirés des catastrophes vécues au fil des années et quelle que soit la qualité du « Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles », l'incertitude qui entoure cette pandémie remet en question différents enseignements tirés des crises passées. On ne peut pas appliquer les recettes issues des expériences vécues et être certain des résultats.



**Devenir une  
Organisation à  
Haute Fiabilité  
(OHF) ?**

Les CHU restent de véritables bureaucraties weberiennes qui, contrairement aux OHF, ne peuvent pas prendre systématiquement des décisions de manière agile, ni faire du principe de subsidiarité une routine (Roberts et al., 1994).



**Si la prise de  
décision « migre »  
vers le haut ou vers  
le bas de la  
hiérarchie, deux  
difficultés doivent  
être anticipées selon  
Roberts, Stout et  
Halpern (1994) :**

- d'une part, les efforts pour modéliser le processus de décision permettant d'accroître la fiabilité du système resteront vains si on cherche à réaliser des simulations pour **prédire l'avenir**, et non pour créer des connaissances.
- d'autre part, nous pensons de manière intuitive (et à tort) que **la fiabilité ne peut pas être assurée sans système extrêmement structuré**. Pourtant, les travaux des auteurs, et les nôtres, montrent que la fiabilité tient, au contraire, à l'articulation de la structuration et de la flexibilité du système.



## **Suite des travaux...**

Pour dépasser ces difficultés, il serait intéressant de poursuivre des recherches permettant de mieux comprendre le rôle que jouent la responsabilité, l'environnement et le caractère inédit de la pandémie dans ce processus décisionnel.

Ces résultats permettraient ensuite d'alimenter les réflexions et les propositions qui pourront être formulées afin que les CHU deviennent des « **bureaucraties-flexibles** », autrement dit des établissements mieux préparés à appréhender l'incertitude, dans la logique des travaux de Bigley et Roberts (2001).

