

Postface

Quelle issue après la *krisis* ?



Sandra BERTEZENE

Professeur titulaire de la chaire de gestion des services de santé
au Conservatoire National des Arts et Métiers,
Directrice de l'équipe Santé Solidarité,
Membre du laboratoire LIRSA (EA4603)

INTRODUCTION

Dans son ouvrage *Pour une crisologie*, Edgar Morin rappelle que la crise, *krisis* en grec, désigne le « moment qui permet le diagnostic d'une maladie, c'est-à-dire le moment où des symptômes [...] apparaissent et permettent aux médecins de dire qu'il s'agit de la rougeole ou de la grippe. Alors que le mot "crise", dans le sens où nous l'entendons aujourd'hui signifie exactement le contraire: il traduit la difficulté de faire un diagnostic » (Morin, 2016, p. 5-6). En somme, la crise soulève de multiples incertitudes et indécisions faisant ainsi particulièrement écho au contexte de pandémie que nous vivons aujourd'hui.

Trois issues sont possibles à la crise: une issue négative, synonyme de destruction; une issue positive, tournée vers des solutions nouvelles; une issue neutre, permettant de retrouver une situation similaire à celle observée avant la survenue de la crise (Morin, 2016). La première vague du nouveau coronavirus, entre mars et juin 2020, a été le théâtre de multiples innovations médicales, managériales, technologiques. Après cette première période, le souhait d'un retour au *statu quo* s'est davantage imposé. Que laisse présager ce cheminement? Quelle sera l'issue véritable de la crise pour notre système de santé?

En résumé et pour reprendre le titre de cet ouvrage: quelles innovations, quel management des structures de santé et quelles transformations de l'offre de soins sur le territoire suggère aujourd'hui la crise du Sars-CoV-2?

I. EN 2020 : DES PERSPECTIVES DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME À LA VOLONTÉ D'UN RETOUR À LA NORMALE

La crise « met en marche, ne serait-ce qu'un moment, qu'à l'état naissant, tout ce qui peut apporter changement, transformation, évolution » (Morin, 2016, p. 62). Parce que les guides, référentiels, procédures et protocoles ne peuvent pas prévoir l'imprévisible, les hôpitaux doivent, dès le début de la pandémie, faire abstraction des règles et routines qui assurent communément qualité, sécurité et continuité des soins. Il faut inventer une autre manière de travailler pour éviter l'effondrement sous l'effet conjugué de deux phénomènes: la *surcharge* et le *double-bind* (Morin, 2016). Le premier traduit l'incapacité de l'organisation à résoudre les problèmes habituels auxquels elle est confrontée car les problèmes surviennent dans des proportions trop importantes: afflux de patients, manque de personnel, de matériels, etc. Le second exprime la perturbation de l'organisation, coïncée entre des exigences contraires: ne pas trier les patients en dépit du manque de ressources, assurer la qualité des soins en dépit du manque de connaissances sur le nouveau coronavirus, etc. Dès le mois de mars 2020, l'addition de ces deux phénomènes apporte la plus grande incertitude. Il ne suffit pas d'appliquer les solutions adoptées par le passé pour être certain qu'elles permettront de faire face à l'avenir.

Durant presque quatre mois, les hôpitaux improvisent la fabrication de blouses ou de masques en dehors des circuits traditionnels de certification des matériaux, ou encore recherchent des fournisseurs de matériels sans se préoccuper des processus d'achat habituels. Les soignants rangent leur fiche de poste et endossent de nouvelles fonctions au sein de services de soins critiques alors même qu'ils n'ont pas toujours été formés au préalable pour cela, des traitements sont testés presque en temps réel à chaque fois qu'une nouvelle information permet de mieux comprendre le comportement du virus, etc. La réserve sanitaire est mobilisée et renforce les équipes hospitalières car la montée en puissance prévue par les plans blancs (rappel des personnels en congé, déploiement de personnels grâce aux déprogrammations, etc.) pour faire face aux situations exceptionnelles n'est pas toujours suffisante. La transversalité des activités s'observe comme jamais auparavant: au sein des établissements, des collaborations se développent entre spécialités, entre gestionnaires et soignants, entre tous niveaux hiérarchiques, mais également entre établissements, entre secteurs public et privé, entre sanitaire et médico-social, entre l'hôpital et la médecine de ville. L'État soutient également l'effort grâce à des financements exceptionnels. Jusqu'à la fin de l'année 2020, 15 milliards d'euros sont attribués pour acheter des respirateurs, réaliser les tests PCR, réorganiser les soins, etc.

Durant cette première période, les agences sont elles aussi également contraintes de trouver de nouvelles manières de travailler. Par exemple, les agences régionales de santé (ARS) commencent à aider au repérage des malades. Tout en gardant le contrôle, elles décident de faire confiance aux hôpitaux qui sont en première ligne et les laissent s'organiser comme cela leur semble le plus pertinent compte tenu de la situation. Très vite, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) propose aux établissements un codage spécifique des parcours de soins covid afin de garantir le suivi et l'anticipation des évolutions de la pandémie, la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie afin d'adapter l'organisation du système de santé. La Haute Autorité de santé (HAS) met également à la disposition des professionnels des « fiches réponses rapides » élaborées en partenariat avec les organisations professionnelles, les sociétés savantes et les associations d'usagers. Ces fiches portent tant sur les prises en charges que les examens, ou encore les soins palliatifs, etc.

Durant les premiers mois, des solutions innovantes sont trouvées. La crise semble à ce stade générer une évolution positive, des débats s'ouvrent sur les changements déjà à l'œuvre et à venir. Les établissements se sentent soutenus par leur tutelle et les agences de santé, ils font preuve d'agilité pour accueillir et prendre soin des malades de la covid-19. On leur fait confiance et on leur donne l'autonomie suffisante pour assurer leur mission. Dès la fin du confinement, en mai, le retour à la normale est organisé, les plans blancs sont peu à peu levés.

II. EN 2021 : LE VACCIN DONNE L'ESPOIR D'UNE VIE SANS VIRUS, MAIS LA VÉRITABLE CRISE, LA KRISIS, N'EST-ELLE PAS EN TRAIN DE SE DÉROULER ?

Passé les premiers mois et son cortège de mesures exceptionnelles, la crise semble aujourd'hui s'apaiser avec la recherche d'un *statu quo ante* au sein des hôpitaux. La perturbation se résorbe grâce à différentes mesures externes à l'hôpital (gestes barrières, confinements, couvre-feux, vaccination) qui ne nécessitent pas la remise en question du système hospitalier. Néanmoins, au sein des établissements, les vagues successives de la pandémie créent des perturbations qui se traduisent encore « par dysfonction là où il y avait fonctionnalité, rupture là où il y avait continuité, feed-back positif là où il y avait feed-back négatif, conflit là où il y avait complémentarité... » (Morin, 2016, p. 43). Les forces que présentaient les hôpitaux avant l'apparition de la covid-19 demeurent mais sont plus fragiles. Quant aux faiblesses, elles sont bien sûr toujours présentes, certaines même de façon plus vive encore.

Du coup, la crise, la véritable *krisis*, est-elle sur le point d'arriver ? La *krisis*, autrement dit la « décision », est « le moment décisif dans l'évolution d'un processus incertain, qui permet le diagnostic » (Morin, 2016, p. 21). Nous

sommes, semble-t-il, au cœur de ce moment. Alors, quel est le diagnostic? Une réponse possible est la suivante: les individus, piégés par des biais cognitifs (Kahneman et Tversky, 1979; Tversky et Kahneman, 1991; Taleb, 2007), adoptent le plus souvent des raisonnements analytiques qui freinent les changements et l'adaptation à l'environnement. D'une part, on perçoit peu les variations de ce dernier (par exemple, les changements climatiques), ce qui ne pousse pas à agir. D'autre part, lors de la survenue d'un événement inédit et brutal, on a tendance à croire, après coup, que cet événement aurait pu être attendu exactement comme il s'est produit, donc on cherche les erreurs commises et éventuellement des boucs émissaires, ou encore les changements miraculeux à opérer (Morin, 2016, p. 52). Dans les deux cas, nous avons tendance à croire que les phénomènes, quels qu'ils soient, peuvent être « sous contrôle » grâce à des règles, des formules, des solutions préalablement sélectionnées. Le contexte de la pandémie a pourtant montré qu'accepter l'incertain et les perturbations pousse à apprendre vite de l'environnement et à s'y adapter de manière agile, c'est-à-dire en combinant les allers-retours entre réflexions et actions de manière non linéaire.

Cette insensibilité à la complexité se traduit globalement par des organisations encore proches de la bureaucratie de Weber, modèle centenaire qui repose d'abord sur le respect des règles établies et la division du travail. Cette dernière fait aujourd'hui obstacle à la transversalité des activités et plus globalement à l'innovation car elle favorise, par définition, les cloisonnements entre les secteurs public et privé, entre les services sanitaires et médico-sociaux, entre les établissements et la médecine de ville, mais également à l'intérieur des établissements où elle cloisonne les spécialités médicales, les niveaux hiérarchiques, les sphères gestionnaire et soignante, etc. La bureaucratie, c'est aussi le respect de règles qui façonnent les comportements individuels et collectifs pouvant aboutir au déplacement des buts réels: on respecte la règle pour elle-même, sans savoir toujours quel en est vraiment l'objectif, l'intérêt. Sans vraiment s'en apercevoir, les individus en viennent à considérer le respect de la règle comme une fin en soi et non comme un simple moyen, d'où les rigidités et le sentiment d'être un professionnel qui se résume à une fiche de poste dans une organisation qui elle-même se réduit à une somme de procédures (Merton, 1965; Crozier et Fiedberg, 1977). De fait, cette forme d'organisation ne semble pas la plus appropriée pour relever les principaux défis:

- accompagner une population qui présente davantage de maladies chroniques (diabète, asthme et désormais covid-19, etc. représentent 61 % des dépenses de l'Assurance Maladie, soit 86 milliards d'euros et concernent 35 % de la population, soit 21 millions de personnes; Assurance Maladie, 2020) et qui vieillit (15 millions de personnes ont plus de 60 ans au-

jourd'hui; perte d'autonomie, maladie d'Alzheimer et maladies associées¹ entraînent le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie à hauteur de 5,9 milliards d'euros par an, et les soins de longue durée aux personnes âgées s'élèvent quant à eux à 11,3 milliards d'euros ; INSEE, 2020).

- recruter et fidéliser des personnels qualifiés. Depuis plusieurs années déjà, cette tâche est rendue malaisée par des conditions de travail jugées difficiles, des salaires trop bas et des perspectives de carrières peu valorisantes (Estry-Béhar *et al.*, 2010; Benallah et Domin, 2017; Rivière *et al.*, 2019). Cette situation se trouve exacerbée sous l'effet de la pandémie, facteur de lassitude et de fatigue supplémentaires dont l'impact négatif tente néanmoins d'être réduit par les différentes mesures du Ségur de la Santé.

- faire face à l'augmentation des dépenses en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques, des cancers et des maladies de l'appareil circulatoire, mais également en raison des progrès des sciences et des technologies numériques, dans un contexte de rationalisation budgétaire chronique qui risque de s'aggraver sous l'effet de la crise économique à venir, dans le sillage de la pandémie.

- et désormais, mieux appréhender les incertitudes. Les établissements ont préparé leur retour à la normale dès le début de l'été 2020 conformément au plan prévu par le *Guide des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles* (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Ils ont dû cependant remettre en question leur projet avec le rebond de l'épidémie dès la fin de l'été. Contrairement au risque, l'incertitude ne peut pas être quantifiée, elle correspond à une situation dont on ignore tout et dont il est impossible de prévoir l'issue. Il s'agit d'une inconnue inconnue qui crée une instabilité constante et à laquelle la gestion des risques ne peut pas répondre (Knight, 1921).

Une fois ces éléments discernés, triés (du verbe grec *krinein*), quelle est *krisis*? Quels changements espérer? Quelle transformation décisive attendre?

III. COMMENT TROUVER UNE ISSUE À LA CRISE, SYNONYME DE CHANCE DE PROGRESSION ?

« De même que la stratégie militaire ne peut se déployer que dans le cadre aléatoire des batailles [...], de même la situation de crise, de par ces incertitudes et aléas, de par la mobilité des forces et des formes en présence, de par la multiplication des alternatives, crée des conditions favorables au déploiement

¹ Les plus de 60 ans seront 20 millions en 2030 et 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060 (Ministère des Solidarités et de la Santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles> consulté le 10 juin 2021.

des stratégies audacieuses et inventives [...] » (Morin, 2016, p. 55). La crise de la covid-19 révèle et exacerbe à la fois les problèmes vécus par les professionnels du secteur de la santé et, par ricochet, par les patients et leurs proches. L'excédent inédit de dysfonctionnements et les multiples pressions contradictoires (*surcharge* et *double bind*) ont ouvert la voie aux adaptations fructueuses, aux innovations. Ce chemin est toujours possible, il nous engage vers des chantiers d'envergure évoqués dans cet ouvrage: amélioration et développement du maillage territorial, de la qualité de vie au travail, de la qualité des soins et de la production de soins intégrée, de la collaboration avec des patients experts, des patients partenaires, de la e-santé et des innovations technologiques et organisationnelles, etc. Cependant, « le développement, l'issue de la crise sont aléatoires non seulement parce qu'il y a progression du désordre, mais parce que toutes ces forces, ces processus, ces phénomènes extrêmement riches s'entre-influent et s'entre-détruisent dans le désordre » (Morin, 2016, p. 54).

La crise porte en elle ambiguïté et incertitude, son issue ne peut donc être qu'incertaine. Comment savoir aujourd'hui si elle débouchera sur un progrès ou non pour les acteurs du système de santé? Et quel serait ce progrès?

Le progrès serait-il de supprimer le modèle bureaucratique (et la tarification à l'activité, son corollaire)? Cette suppression permettrait-elle à elle seule aux hôpitaux de résoudre l'ensemble des problèmes et d'affronter les défis à venir? La réponse est bien sûr négative. Raisonner de telle sorte reviendrait à simplifier les établissements de manière dangereuse, jetant avec le modèle dénoncé une partie des richesses, des qualités, des forces qui font les organisations de santé. Il faut en effet, en de pareilles circonstances, s'efforcer d'accroître la complexité du système que constitue un hôpital et celle du système de santé dans lequel il évolue et interagit. Alors, comment gagner en complexité? La réponse tient en deux points selon Morin (2016): premièrement, se doter d'une méthode d'observation clinique sous-tendue par une déontologie, en l'occurrence propre aux services et établissements de santé; deuxièmement, relier la méthode d'observation à une théorie portant en elle les principes de l'auto-éco-ré-organisation.

Première condition: se doter d'une méthode d'observation clinique sous-tendue par une déontologie. La méthode d'observation clinique que propose Morin pourrait avoir comme point de départ le retour d'expérience préconisé par le *Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles* (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019) dont disposent les établissements. Cela suppose d'écouter chaque partie prenante concernée (patients, proches, soignants, médecins, pharmaciens, agents d'accueil, représentants des ARS, etc.) et de considérer chaque point de vue

comme un lien qui constitue la trame du réel observé. Cette trame est à la fois plus et moins que la somme des fils en présence : elle est la complexité (du latin *complexus* : embrasser, comprendre, fait d'éléments différents, imbriqués). Un hôpital est en effet bien plus qu'une addition de matériels, de professionnels, de patients, il est un lieu du prendre soin, un lieu de production de connaissances, de valeur. La déontologie mobilisée pour assurer le succès de la méthode d'observation suggère naturellement la collaboration (du latin *con laborare* : travailler avec) et l'éthique de discussion (Habermas, 1992), bien plus que la simple participation (du latin *participatio* : partage) sur la base d'une consultation.

Seconde condition : relier la méthode d'observation à une théorie portant en elle les principes de l'auto-éco-ré-organisation car l'hôpital est une auto-éco-ré-organisation. « Auto » signifie l'autonomie des composantes du système dont dépend le maintien à l'équilibre. « Éco » dévoile à la fois l'ouverture sur l'environnement et l'interdépendance des composantes du système. « Ré » exprime la transformation sous l'influence de l'environnement (Morin, 1985, 2005). Les théories ouvertes sur ces principes sont nombreuses si elles sont contextualisées et lues dans le texte, et non réinterprétées, simplifiées, dénaturées : le management des connaissances (Nonaka, 1994; Nonaka et Takeuchi, 1997), l'apprentissage organisationnel (Hamel et Prahalad, 1990, Prahalad et Hamel, 1994), et les organisations hautement fiables (Roberts, 1990; La Porte et Consolini P., 1991, Weick et Sutcliffe, 2007) en sont des exemples. Gardons toutefois à l'esprit que ce qui compte le plus, c'est bien la capacité des leaders à complexifier la situation grâce à l'outil choisi. Aussi pertinente que soit la méthode de travail sélectionnée, elle peut entraîner un risque de régression, au lieu d'une chance de progression, à force de lecture univoque, simplificatrice de la réalité.

CONCLUSION

Cette postface avait comme but de s'interroger sur l'issue de la crise sanitaire que nous traversons et c'est avec la grille de lecture de la *Crisologie* d'Edgar Morin (2016) qu'une réponse se dessine.

En résumé, le système de santé et l'hôpital ne peuvent pas se réduire à une somme de règles établies, ni à des suites linéaires de causes à effets produisant les résultats attendus. La réalité des systèmes est la complexité, et l'une des premières règles est celle de l'entropie. Si, dans un premier temps, les actions mises en œuvre pour faire face à la pandémie semblent engager les établissements vers une évolution forcée mais positive, on constate depuis une volonté de retour à la situation précédant la crise. Néanmoins, la crise est toujours bien présente et entraîne « l'accroissement du désordre et de l'incertitude [...] »

(Morin, 1979, p. 156). Dans cette situation où tout est possible, il ne tient qu'aux acteurs impliqués (professionnels au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, des ARS, des établissements, les libéraux, les patients, etc.) d'analyser les phénomènes (dysfonctionnements, succès, etc.) grâce à une méthode d'observation dotée d'une déontologie, reposant notamment sur la collaboration et l'éthique de discussion. Sur la base de cette observation faite selon des règles établies de manière collaboratives et dont les résultats sont partagés et discutés, il s'agit ensuite d'engager le changement vers les chantiers d'avenir présentés dans cet ouvrage, en somme : le développement de la performance globale des organisations de santé en considérant cette performance à la fois comme cause et conséquence de l'amélioration continue de la qualité de vie au travail, de la qualité et de la continuité des soins dans tous les territoires, du déploiement des innovations (organisationnelles et technologiques – e-santé), des questionnements éthiques, et plus globalement du pilotage même des services et des établissements (et donc du management par définition²), y compris en période de tension extrême.

Quels que soient les changements, voire les bouleversements, qui attendent les hôpitaux à l'issue de cette *krisis*, leur succès ne repose pas sur l'outil de management choisi pour les mettre en œuvre, mais à la fois entièrement et seulement sur les principes d'auto-éco-ré-organisation que les individus auront systématiquement mobilisés pour cela.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Assurance Maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2021, 2020 : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie_1.pdf consulté le 10 juin 2021.

BENALLAH (Samia), DOMIN (Jean-Paul), « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital », *Travail et emploi*, Vol. 4, n°4, 2017, p. 5-31.

CROZIER (Michel), FRIEDBERG (Erhard), *L'acteur et le système*, Seuil, 1977.

ESTRYN-BÉHAR (Madeleine), VAN DER HEIJDEN (Beatrice), FRY (Clementine), HASSELHORN (Hans Martin), « Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 4, n° 4, 2010, p. 29-45.

HABERMAS (Jürgen), *De l'éthique de la discussion*, Les éditions du Cerf, 1992.

² Le pilotage peut être en effet entendu comme « une démarche de management qui relie stratégie et actions opérationnelles » (Lorino 2017, p. 13).

HAMEL (Gary), PRAHALAD (Krishnao), « Competing for the Future », *Harvard Business Review*, juillet-août 1994, p. 122-128.

INSEE, *Les tableaux de l'économie française*, éditions INSEE, 2020.

KAHNEMAN (Daniel), TVERSKY (Amos), « Prospect Theory: An analysis of decision under risk », *Econometrica*, n° 47, 1979, p. 263-291.

KNIGHT (Frank), *Risk, Uncertainty, and Profit*, Hart Schaffner & Marx, 1921.

LAPORTE (Todd R.), CONSOLINI (Paula), « Working in Practice But Not in Theory: Theoretical Challenges of High-Reliability Organizations », *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol.1, n° 1, 1991, p. 19-48.

LORINO (Philippe), *Méthodes et pratiques de la performance – Le guide du pilotage*, 6^e éd., Éditions d'Organisation, 2017.

MERTON (Robert K.), *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Armand Colin, 1988, (1^{re} éd. 1965).

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Guide des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*, 2019.

MORIN (Edgar), *Le Paradigme perdu: la nature humaine*, Seuil, coll. « Point », 1979, (1^{re} éd. 1973).

MORIN (Edgar), *La méthode 2. La Vie de la Vie*, Seuil, 1985.

MORIN (Edgar), *Introduction à la pensée complexe*, Seuil, 2005.

MORIN (Edgar), *Pour une crisologie*, Éditions de l'Herne, 2016.

NONAKA (Ikujiro), « A dynamic theory of organizational knowledge creation », *Organization Science*, n° 5, 1994, p. 14-37.

NONAKA (Ikujiro), TAKEUCHI (Hirotaka), *La connaissance créatrice. La dynamique de l'entreprise apprenante*, Bruxelles, De Boeck Université, 1997.

PRAHALAD (Krishnao), HAMEL (Gary), « The core competence of the corporation », *Harvard Business Review*, mai-juin 1990, p. 79-91.

RIVIÈRE (Audrey), COMMEIRAS (Nathalie), LOUBÈS (Anne), « Nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé », *Revue de gestion des ressources humaines*, Vol. 2, n° 2, 2019, p. 3-20.

ROBERTS (K. H.), « Managing High Reliability Organizations », *California Management Review*, Vol. 32, n° 4, 1990, p.101-113.

TALEB (Nassim Nicholas), *Le Cygne Noir*, Les Belles Lettres, 2007.

TVERSKY (Amos), KAHNEMAN (Daniel), « Advances in Prospect Theory: Cumulative representation under uncertainty », *Journal of Risk and Uncertainty*, n° 5, 1991, p. 297-323.

WEICK (Karl E.), SUTCLIFFE (Kathleen M.), *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty*, 2^e éd., Jossey-Bass, 2007.