

# Chapitre 1

**Un ouvrage en urgence sur l'urgence pour éviter l'urgence**

---

*Thierry NOBRE*

Professeur de sciences de gestion, Université de Strasbourg

## INTRODUCTION

Face à une situation extraordinaire, imposant à une très grande majorité de la population de ne pouvoir aider notre système de santé qu'en respectant les normes de strict confinement, la moindre des attentes pour un chercheur en sciences de gestion, spécialisé en management des organisations de santé, a été l'observance la plus scrupuleuse de cette injonction. Dès lors, la question suivante s'est posée très rapidement : comment aider, voire participer à l'effort collectif pour, en tant que chercheur en sciences de gestion, soutenir les soignants et professionnels de santé, sachant que les seuls outils d'investigation disponibles se sont limités durant cette période au téléphone, à Skype, Zoom, Teams et autres dispositifs de communication ? Comme cela sera détaillé ci-dessous, l'idée est venue très rapidement de continuer finalement à faire ce que le chercheur sait faire, à savoir poursuivre son activité de recherche, tout en s'adaptant au confinement et au contexte sanitaire. Très vite, il est apparu nécessaire de documenter d'un point de vue organisationnel et managérial la crise de la Covid-19 et les évolutions de cette situation inédite. Après des premiers contacts rapides avec quelques acteurs clés au cœur du tourbillon des événements, qui figurent maintenant parmi les contributeurs, l'intuition de documenter à chaud a été validée pour éviter le risque d'oubli et de reconstruction mémorielle. Ces acteurs clés, malgré l'intensité de leur activité, ont accepté de participer à cet ouvrage « commando » afin de porter témoignage mais surtout d'offrir leur concours aux réflexions et débats qu'il faudra mener suite à cet épisode épidémique. Je les remercie infiniment de leur écoute, en ce moment très particulier, où ils étaient en pleine action, et surtout des efforts consentis pour, en plus de leur engagement dans leurs institutions respectives et auprès de leurs patients, avoir accepté de consacrer du temps à la réalisation de cet ouvrage.

La présentation de ce projet nécessite tout d'abord l'explicitation du choix des principes qui ont présidé à sa mise en œuvre. Ceux-ci reposent grandement sur un premier constat, qui s'est immédiatement imposé, et qui peut être schématisé par l'expression « c'est celui qui fait qui sait ». En effet, très vite, durant la période intense de la crise, la nécessité d'avoir le retour des acteurs de terrain est apparue comme une évidence qu'il fallait concrétiser. Documenter à chaud et restituer l'essence même des évolutions en cours ne pouvait que passer par le retour des acteurs de terrain, compte tenu du caractère exceptionnel de la situation et de solutions qui se construisaient au jour le jour dans un contexte en perpétuelle évolution.

Ensuite, nous exposons la posture générale qui conditionne l'angle d'attaque retenu en tant que colonne vertébrale. Il s'agit de la perspective des innovations organisationnelles et managériales. Des contributions précédentes<sup>1</sup> avaient déjà montré d'une part l'importance de ce type d'innovation pour les établissements de santé et d'autre part la capacité de ces organisations à développer ce type de projet et de dispositifs. Comme durant cette période très particulière les acteurs ont dû innover

---

<sup>1</sup> NOBRE T., 2013a, *L'innovation managériale à l'hôpital – Comment transformer les pratiques managériales à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Paris, Dunod, 320 p.; DAMART S., 2013, *Innovations managériales en établissements de santé*, Caen, Éditions Management et société, 166 p.; MINVIELLE E. et DURAND V., 2016, *À la découverte des innovations managériales*, Rennes, Presses de l'EHESP, 160 p.

à marche forcée pour pouvoir répondre à la crise, en transformant leur organisation et en développant les dispositifs managériaux accompagnant ces nécessaires transformations organisationnelles, il s'est avéré aussi urgent qu'indispensable de capter ces évolutions.

L'ouvrage ambitionnant d'emprunter une démarche scientifique pour documenter et mémoriser les phénomènes organisationnels et managériaux à l'œuvre, dans une optique de transparence académique, nous détaillons la méthodologie développée dans ce contexte très particulier. En effet, pendant une grande partie de la durée de réalisation de l'ouvrage, il était très difficile voire impossible d'avoir accès aux acteurs de terrain. Il a donc été nécessaire d'innover pour échanger avec des acteurs inaccessibles physiquement et totalement absorbés par l'urgence de la situation.

Enfin, nous présentons le contenu de l'ouvrage, afin d'une part d'exposer la logique qui a conduit à concevoir six parties pour recenser les innovations organisationnelles et managériales développées durant la crise, et d'autre part de proposer des clés de lecture en fonction des besoins des divers publics intéressés par les différentes contributions des acteurs de terrain.

### I.1. Les principes fondateurs de l'ouvrage

Au préalable, il est nécessaire de rappeler que l'ouvrage se focalise sur la dimension organisationnelle et managériale durant la crise de la Covid-19. Il n'est pas question d'aborder ici les perspectives médicale, thérapeutique ou épidémiologique. Celles-ci sont largement débattues dans d'autres publications *via* des contributions de la part de spécialistes de ces disciplines. Pour notre part, nous considérons que les dimensions organisationnelles et managériales participent très fortement à l'explication des phénomènes observés durant la crise. En conséquence, elles devront concourir à la définition des solutions et des stratégies pour faire face à de telles situations dans le futur.

Pour présenter les principes qui sous-tendent la réalisation de l'ouvrage, nous aborderons tout d'abord la dimension téléologique, c'est-à-dire le pourquoi. Autrement dit, quelles sont les motivations qui ont poussé des acteurs de terrain encore au cœur de la crise et en plein rush à accepter de contribuer à cet ouvrage ? De même, pourquoi s'est-il avéré indispensable de finaliser cette publication très rapidement. Cela nous conduit ensuite à la question du comment. Il s'agit de donner la parole aux différents acteurs de terrain qui, au sein des établissements, ont géré cette crise, ont dû prendre les décisions, et ont vécu voire subi les différentes phases et difficultés propres à cette situation exceptionnelle. Le choix des établissements contributeurs fait également partie des options délibérément retenues pour tenter de dresser un panorama représentatif des différentes problématiques organisationnelles et managériales rencontrées. Enfin, il nous semble important

de préciser à qui s'adresse cet ouvrage pour mieux positionner son contenu et ses contributions.

### **I.1.1. Écrire pour ne pas oublier, mémoriser pour préparer l'avenir**

Lors des premiers contacts avec les différents contributeurs, il est apparu que leur principale préoccupation concernant ce projet d'ouvrage était de ne pas oublier et de documenter tout ce à quoi ils étaient confrontés et toutes les innovations qu'ils étaient en train de développer dans l'urgence. Ce besoin était renforcé par la dimension incrémentale et progressive des solutions développées. En effet, la situation évoluant semaine après semaine voire au jour le jour, les solutions proposées étaient forcément transitoires, évolutives et amenées à être sans cesse remises en cause. Dans ce contexte mouvant, la traçabilité des dispositifs et des phénomènes en cours s'est avérée limitée au vu de l'enchaînement des événements. Ce constat s'accompagnait d'une crainte de voir s'évanouir, une fois la crise passée, les informations et les données relatives à cette situation de crise. C'est pourquoi non seulement les acteurs contactés ont accepté de participer à ce projet mais ils ont été pleinement d'accord sur la contrainte qui leur était imposée d'effectuer ce retour rapidement malgré leur situation et un contexte très difficile.

La seconde motivation visait à tirer les leçons de cet épisode épidémique hors normes en apportant leur regard et en faisant part de leur expérience d'acteurs de terrain, suivant deux modalités :

- Tout d'abord, contribuer à se préparer à affronter d'éventuelles nouvelles crises;
- Proposer des éléments de réponse pour orienter la transformation des organisations de santé post-Covid, compte tenu des apprentissages développés durant cette période.

Ce dernier objectif, visant à contribuer aux réflexions post-Covid, est d'autant plus important qu'*a priori*, au regard des retards à combler et des difficultés intrinsèques au système hospitalier révélées durant la crise, les acteurs de terrain attendent un investissement important dans les établissements de santé.

Ces deux objectifs initiaux définis au début de la réalisation de l'ouvrage, soit mi-avril, ont finalement été complétés par un troisième objectif qui a été sous-estimé initialement, à savoir la sortie de crise. Le retour des différentes contributions a montré les enjeux et les défis de cette sortie de crise pour les établissements hospitaliers, ce qui explique l'apparition dans les différents chapitres du sous-paragraphe intitulé « Sortie de crise », étant donné l'ampleur des difficultés rencontrées durant cette phase.

### **I.1.2. La parole aux acteurs de terrain ou « c'est celui qui fait qui sait »**

En conformité avec notre pratique de recherche-intervention et de recherche de terrain, la posture adoptée a été de donner la parole aux acteurs de terrain pour

bénéficier de leur regard, de leur perception et de leur réflexion sur les innovations et les transformations mises en place durant cette période.

Les acteurs de terrain mobilisés pour ce projet recouvrent ainsi la diversité des professionnels de santé impliqués dans cette crise sanitaire au sein des établissements. Les articles sont donc co-écrits selon le cas par différents contributeurs : des membres des équipes de direction d'établissement, des représentants du corps médical, des soignants, des représentants de fonctions supports et d'unités médico-techniques.

D'un point de vue scientifique, cette option méthodologique permet de respecter le principe d'intersubjectivité contradictoire<sup>2</sup>, considérant que l'image de l'organisation ou de faits organisationnels nécessite une pluralité de contributions pour restituer la complexité du réel.

À ce sujet, nous présentons nos excuses pour la réponse négative qu'il nous a fallu opposer à différentes propositions de coopération à l'ouvrage, qui auraient remis en cause ce principe de retour par les acteurs de terrain.

### 1.1.3. Le choix des établissements et des contributions

Notre appartenance à l'université de Strasbourg nous a *de facto* permis d'être au cœur de la crise de la Covid-19. Les contacts antérieurs noués entre autres avec les *alumnis* et participants de l'*Executive MBA* et les différentes recherches-interventions de conduite du changement, réalisées dans les établissements hospitaliers de la région et au-delà, nous ont grandement facilité l'accès aux acteurs clés dans ce contexte d'urgence. Ainsi, nous avons pu organiser les contributions suivant une double logique – territoriale et thématique – avec les retours des établissements publics et privés.

La logique territoriale nous permet de suivre la dynamique de développement de l'épidémie.

En effet, nous commençons l'ouvrage par l'épicentre du Grand Est, à savoir le *cluster* de Mulhouse, avec les retours des principaux acteurs concernés, le GHRMSA (Groupement Hospitalier Régional Mulhousien et du Sud-Alsace), la Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse et l'EMRSSA (Établissement Militaire de Réanimation du Service de Santé des Armées). Ensuite, nous présentons la première onde de choc à Strasbourg avec des contributions des HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) et d'un établissement privé, à savoir la clinique Rhéna. Enfin, nous élargissons le rayon des répliques, en particulier avec la contribution de la cellule de crise des Hôpitaux Civils de Lyon et d'autres établissements en fonction des problématiques transversales abordées.

La logique thématique est déclinée suivant plusieurs regards.

---

<sup>2</sup> SAVALL H. et ZARDET V., 2004, *Recherche en Sciences de gestion : Approche Qualimétrique, observer l'objet complexe*, Paris, Economica, 432 p, voir p. 221.

Tout d'abord, l'analyse porte sur les spécialités médicales et chirurgicales pour montrer comment elles se sont adaptées, comment elles ont innové et comment les unités cliniques ont absorbé les secousses. Sont concernées celles qui se sont trouvées au cœur de la tourmente – réanimation, urgences et chirurgie –, mais aussi celles qui ont dû s'adapter et assurer la continuité de l'activité et de la prise en charge des patients, notamment l'oncologie et la psychiatrie et l'activité SSR (Soins de Suite et de Réadaptation). Sont restituées ensuite les adaptations des fonctions supports pour permettre aux services cliniques de faire face. Compte tenu de l'intensité de la crise, des clivages traditionnels ont été revisités voire remis en cause. C'est pourquoi nous traitons également de l'articulation inter-organisationnelle et plus particulièrement de la relation entre établissements publics et privés, en privilégiant les sites de Mulhouse, Strasbourg et Lyon. Nous avons également souhaité aborder des thèmes que nous avons qualifiés de transversaux, dans la mesure où l'objectif est de savoir comment une problématique particulière de management a été impactée par la Covid-19 ou comment celle-ci a été en mesure de contribuer ou non aux innovations développées pour faire face à la crise. Les thèmes retenus concernent la délégation et le management de pôle, pour lesquels nous avons sollicité le centre hospitalier de Valenciennes, le *Lean Management* avec plusieurs contributeurs, la dynamique de mise en œuvre des GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire) et enfin la question de la télémédecine. Enfin, nous avons souhaité bénéficier des regards d'autres pays, en particulier des proches voisins de la zone durement touchée du Grand Est, l'Allemagne et la Belgique.

Malheureusement, malgré la volonté d'aborder les différentes dimensions de cette situation exceptionnelle, il n'est pas possible de traiter ici tous les aspects de cette crise systémique. En particulier, un manque énorme apparaît dans les choix opérés : il s'agit évidemment des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et des établissements médico-sociaux. Nous présentons nos excuses aux personnels de ces établissements de ne pas aborder dans cet ouvrage cette dimension fondamentale. Nous espérons que d'autres chercheurs se saisiront rapidement de cette question pour traiter ce sujet, qui nécessite une analyse approfondie compte tenu des enjeux qu'il revêt pour notre société.

### 1.1.4. À qui s'adresse cet ouvrage ?

Tout d'abord, ce livre s'adresse à toutes celles et tous ceux, **patients, proches, familles**, qui veulent savoir ce que les professionnels de santé, qu'ils applaudissaient tous les soirs à 20 heures, ont dû affronter durant cette période de crise et comment ces derniers ont innové pour faire face à la situation d'urgence sanitaire. Les retours et les témoignages de ces professionnels permettent de pénétrer au cœur de ces organisations pendant les temps forts de la crise où, malgré les dispositifs de communication mis en œuvre, il était très difficile de se rendre compte des phénomènes en cours, de l'énergie déployée, des difficultés rencontrées et des innovations développées. Il est possible ainsi de toucher du doigt les efforts consentis et l'engagement exceptionnel des professionnels de santé.

L'ouvrage vise également les **différentes catégories d'acteurs des établissements** – directeurs, médecins et soignants –, qui partagent les interrogations managériales, organisationnelles et stratégiques des co-auteurs et qui sont à la recherche de nouvelles idées pour faire évoluer leur environnement professionnel. Ils peuvent ainsi bénéficier de l'expérience d'autres établissements et d'autres catégories d'acteurs pour définir de nouvelles pistes de travail et des axes de progrès, à partir du regard des acteurs impliqués au cœur de la crise.

Plus globalement, l'ouvrage est destiné à tous ceux qui, concernés par la mutation du management de l'hôpital, considèrent que cette dimension fait partie intégrante des solutions à concevoir et mettre en place pour relever les défis déjà largement identifiés avant la crise de la Covid-19, défis qui se manifestent avec une acuité accrue à peine une sortie de crise entrevue.

L'ouvrage, de par sa conception et la démarche adoptée, vise aussi la communauté des **chercheurs en management**, qui disposent ici de l'expression des acteurs de terrain sur des phénomènes constituant de véritables objets de recherche en sciences de gestion. Ces constats et contributions concernent évidemment le domaine du management hospitalier et des organisations de santé mais la nature des faits observés, les analyses effectuées et les prescriptions proposées, dépassent largement le cadre du domaine de la santé et interpellent ainsi bien d'autres types d'organisations en situation de crise et de bouleversement.

Enfin, l'ouvrage s'adresse aux **observateurs de l'hôpital** et du système de santé qui souhaitent comprendre les évolutions à l'œuvre et appréhender les enjeux et les défis de ces organisations participant au bien-être sociétal et individuel.

## 1.2. La perspective de l'innovation organisationnelle et managériale ou « l'innovation organisationnelle et managériale à marche forcée »

Confrontés à la survenance de cette pandémie, les professionnels de santé ont dû innover dans de nombreux domaines pour affronter cette nouvelle pathologie et absorber le flux intense de patients dans des délais très courts. Bien sûr, les innovations concernent les pratiques médicales et thérapeutiques mais les circonstances ont obligé ces professionnels et tous les acteurs à revoir aussi leurs organisations internes et leurs pratiques managériales dans ce contexte très perturbé : réorganisation du fonctionnement des services d'urgence, différenciation des parcours de soins, réaffectations de locaux et aménagements architecturaux majeurs. Ils ont également dû intensifier et/ou initier des coopérations inter-organisationnelles entre établissements, entre public et privé, entre médecine de ville et hôpital, etc.

Ce contexte constitue une opportunité exceptionnelle pour réfléchir et tirer des leçons d'une expérience grandeur nature d'un processus massif d'innovation organisationnelle et managériale. Cette analyse est d'autant plus nécessaire qu'elle

concerne les établissements de santé dont il est très souvent fait état de la difficulté de les transformer. Leur adaptation immédiate et leur réactivité dans cette crise imposent d'investiguer en profondeur le processus d'innovation managériale et organisationnelle, non seulement pour bien comprendre ce qui s'est passé mais surtout pour préparer l'après-Covid-19. Il est indispensable de capitaliser l'expérience accumulée pour faciliter l'évolution post-crise des établissements de santé et dépasser les blocages traditionnels qui ont explosé durant cette crise aiguë.

Tout d'abord, il faut revenir sur le processus même d'innovation managériale et organisationnelle propre aux établissements de santé. Précédemment à cette crise, deux processus ont été identifiés<sup>3</sup>.

Le premier, qualifié d'introduction massive diffusant par catalyse réglementaire, voit le ministère et les autorités de tutelle développer une nouvelle organisation, des outils de gestion, des méthodes de management, à partir d'une ingénierie très centralisée et lourde pour élaborer l'innovation. Ensuite, la mise en œuvre repose sur une production importante de textes (législatifs, réglementaires, ordonnances, etc.). L'implantation effective découle de l'application des différents textes, ces derniers devant permettre une catalyse en jouant le rôle de réactifs pour provoquer l'usage par les acteurs des nouvelles méthodes et organisations préconisées. Les tutelles définissent ainsi dans les textes les modalités de l'innovation managériale et organisationnelle que les établissements doivent mettre en œuvre. C'est ce mécanisme qui a été principalement mobilisé jusqu'à récemment, avec les différentes réformes hospitalières, dont les vagues se sont succédé afin d'arriver à implanter les innovations (cas de la comptabilité analytique hospitalière, du projet d'établissement, de la nouvelle gouvernance, des pôles d'activités, des GHT, etc.).

Pour la seconde modalité, une introduction spontanée diffusant par capillarité, ce sont des acteurs clés (des directeurs d'établissements, des directeurs fonctionnels, des membres du corps médical...), bref les acteurs de terrain, qui sont à l'origine des initiatives. Ils fondent leur action sur leur conviction profonde de la nécessité d'introduire de nouvelles approches et de nouvelles méthodes pour transformer le fonctionnement de leur hôpital. Cette introduction, qualifiée de « spontanée » par rapport à l'action des tutelles, se diffuse ensuite au sein des établissements par un mécanisme de capillarité et de mimétisme. Ce mécanisme pouvait jusqu'à récemment être considéré comme marginal, même s'il a concerné ou concerne des innovations non négligeables (*Balanced Scorecard, Lean Management...*).

Les évolutions récentes, avant la crise de la Covid-19, montrent la puissance, le potentiel et les enjeux de cette deuxième modalité, qui revient finalement à faire confiance aux acteurs de terrain. En effet, l'article 51 de la loi de financement de sécurité de 2018 n'est rien d'autre que la reconnaissance de cette capacité d'innovation des acteurs de terrain mais aussi, en contrepartie, la reconnaissance des limites de la possibilité de transformer les organisations de santé par le haut, c'est-à-dire de la

---

<sup>3</sup> NOBRE T., 2013b, « L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? », *Revue française de gestion*, n°235, p. 113-127.



première modalité. Par le dispositif de l'article 51, les tutelles interpellent les acteurs de terrain pour faire émerger ou reconnaître des innovations organisationnelles, en permettant une dérogation au système de tarification en cours. Autrement dit, les tutelles disent « prouve-moi que ton innovation apporte une amélioration pour le patient et la collectivité, et je t'aide à expérimenter afin de déterminer si cela peut être généralisé ». Le dispositif s'avère important puisqu'il représente un budget de plus de 50 millions d'euros et concerne, début 2020, déjà un peu plus d'une cinquantaine de projets acceptés.

La Covid-19, de par les innovations qu'elle a entraînées, s'avère également une reconnaissance et une application massive de cette deuxième modalité d'innovation organisationnelle. Bien évidemment, il est encore trop tôt pour connaître en profondeur l'ampleur et la teneur des innovations développées par les acteurs dans les établissements et sur le terrain. Seules des études approfondies permettront ce constat. Dès lors, la question essentielle qui se pose dès maintenant concerne tout d'abord la sortie du confinement et ensuite deux axes principaux. En premier lieu, comment tirer profit de toutes ces innovations réalisées, les pérenniser et les adapter à une situation hors crise ? Mais aussi, comment retenir les leçons pour perpétuer et entretenir la capacité d'innovation, une fois l'intensité de l'activité de santé revenue à son niveau habituel ? C'est à ce type de questions que cet ouvrage tente de répondre.

### 1.3. Un ouvrage « commando » à visée interprétativiste

La mise en perspective des différentes contributions de ce livre impose de connaître le protocole établi pour parvenir à produire dans un délai de deux mois le tapuscrit de l'ouvrage. Dès le départ, les contributeurs pressentis ont non seulement accepté cette contrainte temporelle forte mais ont surtout considéré que la rapidité d'exécution était une condition incontournable pour documenter, mémoriser et restituer les expériences des établissements hospitaliers durant la crise de la Covid-19. L'ensemble des dispositifs méthodologiques déployés sont définis à partir de cette contrainte de réactivité, tout en garantissant la qualité des informations collectées et la pertinence des analyses effectuées. La dimension temporelle jouant un rôle fondamental dans ce projet, nous présentons dans un premier temps la genèse et la chronologie de l'ouvrage puis les modalités d'interaction entre les contributeurs et le coordinateur de l'ouvrage, ainsi que les principes méthodologiques qui ont guidé cette co-production.

#### 1.3.1. Genèse de l'ouvrage

Une fois dépassée la sidération de la situation en cours conduisant presque la moitié de l'humanité à être confinée, l'idée de l'ouvrage a germé dès la fin mars 2020. À cette période, les différents acteurs concernés étaient totalement injoignables.

Néanmoins, quelques contacts très rapides ont montré l'intérêt de certains professionnels totalement impliqués dans les établissements pour restituer ce qu'ils étaient en train de vivre. Des contacts dans un dispositif de la continuité pédagogique avec des cadres de santé en formation qui, finalement, a relevé davantage du groupe de parole que du transfert de connaissances, ont pleinement validé le besoin d'obtenir un retour de la part des acteurs de terrain. Ainsi, ces séances ont joué le rôle de cristallisation du projet, notamment une séance Zoom du 11 avril qui a montré l'ampleur des évolutions et des innovations en cours. L'accord du directeur de la collection « Versus », pressentie pour accueillir l'ouvrage aux Éditions Management et Société, a été obtenu le dimanche de Pâques, en date du 12 avril, et l'accord de l'éditeur dans la foulée, le mardi suivant, à savoir le 14 avril. À ce titre, nous tenons à remercier notre collègue, le professeur Éric Rémy qui, le premier, a accepté ce livre dans sa collection, immédiatement et avec enthousiasme, et nous a ensuite encouragés à créer une collection chez EMS afin de créer une dynamique de publication d'ouvrages concernant la problématique du management dans la santé. Arrivé à la fin de la réalisation de l'ouvrage, fin juin, nous sommes maintenant en mesure de donner un nom à cette collection « *Ad Salutem* ». Les événements en cours montrent qu'il existe un véritable besoin de susciter, dynamiser et diffuser des travaux dans ce domaine au regard des enjeux pour notre société.

L'accord de la plus grande partie des contributeurs a été obtenu entre le 12 et le 23 avril, c'est-à-dire encore au cœur de la crise, ce qui montre la volonté des acteurs de terrain de restituer leur expérience de cette situation exceptionnelle et d'en témoigner. Les contributeurs du *cluster* de Mulhouse n'ont pu être contactés qu'à partir de la mi-mai, et pour cause...

Une première réunion Zoom de lancement du projet a rassemblé la plupart des contributeurs le 24 avril pour partager les informations relatives à l'ouvrage, que nous avons présentées ci-dessus. Ensuite, à partir des consignes énoncées, trois échéances ont été définies pour les contributeurs :

- Un plan détaillé pour la fin du mois d'avril ;
- Une première version (V1) pour la fin du mois de mai, avec une session Zoom de lancement des V1 le 15 mai ;
- Une version finale pour le 20 juin, avec une remise à l'éditeur prévue fin juin.

Évidemment, des adaptations souples ont permis de moduler cette apparente rigueur pour mener à bien le projet. Les lecteurs ayant déjà publié peuvent se rendre compte de la difficulté de l'exercice pour ces professionnels de santé, dont la publication n'est pas forcément le cœur de métier et, de surcroît, dans une situation où ces derniers étaient encore totalement mobilisés par la crise. C'est pourquoi nous nous sommes permis de parler d'ouvrage « commando ». Nous tenons à les remercier pour les efforts intenses qu'ils ont déployés, les échanges Zoom le week-end, en soirée ou tôt le matin, les appels téléphoniques à des heures improbables, des réunions de travail masqués fin juin pour pouvoir boucler dans les temps, bref le harcèlement textuel qu'ils ont toujours accueilli avec bienveillance et enthousiasme.

Pour chaque chapitre, un accompagnement des contributeurs a consisté à échanger après chaque retour, d'où ces échanges Zoom à des heures indues et forcément en dehors des jours et heures ouvrés, si tant est que durant cette période la notion de jour ouvré eût un sens pour ces professionnels de santé. Par exemple, pour ce qui concerne les plans détaillés, il n'a pas été rare d'avoir recours à deux ou trois versions successives.

### 1.3.2. Une méthodologie au service de la parole des acteurs de terrain

Ce paragraphe n'a pas pour objectif de développer et détailler la posture épistémologique qui sous-tend la réalisation de l'ouvrage. Il vise simplement à expliciter les choix méthodologiques qui ont guidé le coordinateur de l'ouvrage lors de ses échanges avec les différents contributeurs.

Néanmoins, l'approche mobilisée relève clairement d'une posture interprétativiste<sup>4</sup>, proposant une image de la réalité à partir des représentations des acteurs. Ce dispositif permet d'une part, par une intersubjectivité contradictoire, de mobiliser les différents points de vue en évitant les pièges de l'objectivité et, d'autre part, par une interactivité cognitive<sup>5</sup>, de faire émerger par la confrontation des regards une représentation acceptable des phénomènes organisationnels et managériaux.

Même s'il s'adresse à des publics de lecteurs différents, ce livre vise explicitement les trois dimensions de la recherche en sciences de gestion : décrire, expliquer et prescrire. Ce triptyque structure les contributions. En effet, dans chaque chapitre, le premier paragraphe, à partir d'un état des lieux, décrit les transformations et innovations organisationnelles développées pendant la crise et le second le management mis en œuvre pour accompagner ces changements. Il s'agit bien d'une démarche descriptive et factuelle pour montrer ce à quoi les acteurs de terrain ont dû faire face dans la tourmente. Ensuite, dans le troisième paragraphe, il leur est demandé de prendre du recul pour analyser et expliquer ce qui s'est passé. Enfin, le quatrième paragraphe leur permet, forts de leur expérience, d'avancer des propositions pour la sortie de crise, anticiper une prochaine crise voire participer à la transformation des établissements de santé, une fois la situation stabilisée. Cette structure a été le fil conducteur des échanges entre le coordinateur de l'ouvrage et les contributeurs. Différentes modalités ont été mobilisées. Bien évidemment, pendant la plus grande partie de la réalisation de l'ouvrage, c'est-à-dire jusqu'au déconfinement, les échanges ont mobilisé Zoom, Team, ainsi que tous les autres moyens de communication. Ensuite, pour les contributeurs mulhousiens, qui ont été contactés seulement à partir de début mai, des séances de travail ont eu lieu *in situ*.

---

4 SANDBERG J., 2005, « How do we justify knowledge produced with interpretive Approaches », *Organizational Research Methods*, vol. 8 (1), p. 41-68; GEERTZ C., 1973, « Thick description: Toward an interpretive theory of culture », *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, New York, Basic, p. 3-30.

5 SAVALL H. et ZARDET V., 2004, *op. cit.*

Enfin, il faut signaler également qu'il a été possible de développer un dispositif alternatif de collecte d'informations, permettant une forme de triangulation des données sur les évolutions dans les établissements. En effet, durant la réalisation de l'ouvrage, le suivi de deux groupes d'acteurs de santé en formation, un groupe de 23 cadres ou assimilés avec trois sessions de deux heures et un autre groupe de 35 cadres avec trois sessions, a permis de compléter les informations issues des échanges avec les contributeurs.

### 1.4. Présentation du plan de l'ouvrage et clés de lecture

Les conditions de réalisation de l'ouvrage nécessitent de revenir sur le contenu et, au préalable, sur les modalités et les clés de lecture. Le contenu est organisé selon le parti pris d'une structure homogène des chapitres. Une présentation et une description des faits organisationnels et managériaux conduisent à une posture plus analytique où les auteurs prennent du recul. Cela amène les contributeurs à une démarche prescriptive pour proposer des pistes visant la sortie de crise, une prochaine crise éventuelle et plus généralement, la transformation du fonctionnement des établissements de santé.

Ce choix de structure homogène implique ce qui peut être perçu comme une certaine forme de redondance, notamment pour la présentation de la chronologie des faits. Néanmoins, ce choix s'est avéré nécessaire. Tout d'abord, compte tenu de la forte évolution de la situation et de l'avancement de l'épidémie pendant les semaines de crise, pour pouvoir restituer la complexité de la situation à laquelle ils étaient confrontés, les auteurs ont dû systématiquement faire référence à la chronologie des faits. De même, pour mieux comprendre les réactions organisationnelles et les dispositifs managériaux mis en œuvre, il est indispensable de disposer de repères temporels pour comprendre la logique d'apprentissage entre les différents sites et de diffusion des dispositifs déployés.

Ce cadre général proposé aux auteurs – il est vrai avec une certaine insistance – constitue une grille de lecture permettant d'aborder l'ouvrage suivant deux modalités principales. Nous en profitons pour remercier les auteurs d'avoir joué le jeu et d'avoir accepté de bonne grâce une certaine restriction de leur liberté d'expression pour, nous l'espérons, garantir une meilleure homogénéité de l'ouvrage et faciliter la lecture de leurs contributions.

La première, une lecture plutôt verticale, s'adresse spécifiquement à ceux qui s'intéressent à une ou plusieurs thématiques, par exemple à certaines spécialités médicales, ou aux fonctions supports, et qui souhaitent appréhender la globalité des informations et réflexions proposées par les auteurs, relatives à chacune des thématiques privilégiées par le lecteur.

La seconde, plutôt horizontale, permet à ceux qui veulent aborder spécifiquement les faits et/ou les analyses et/ou les prescriptions d'accéder directement à ce qu'ils privilégient.

Nous espérons néanmoins que les lecteurs trouveront suffisamment d'intérêt à la lecture de l'ouvrage pour s'inscrire dans une démarche globale de découverte des différentes contributions.

L'ouvrage est composé de **six parties**.

**La première partie** est justifiée par une double motivation. Tout d'abord, rendre hommage à celles et ceux qui ont dû affronter de plein fouet cette épidémie. Ils ont finalement défriché le terrain pour les autres établissements et régions en rendant compte très rapidement de leur expérience pour prévenir les autres professionnels de santé. C'est bien à **Mulhouse, là où tout a commencé...** pour le contexte français. Il s'agit aussi de montrer comment, dans ce *cluster* hors normes, les différentes catégories d'acteurs ont dû s'adapter à cette situation totalement inédite.

Le **chapitre 2** montre comment, au sein du GHRMSA, les spécialités médicales et chirurgicales ont réagi et ont fait face dans une situation d'extrême urgence.

Le **chapitre 3** aborde la perspective institutionnelle et globale pour décrire quels dispositifs et transformations l'établissement a développés aussi bien en interne qu'en externe car l'enjeu pour ce territoire particulièrement touché a nécessité une intense communication et une coordination inédite avec de nombreux partenaires.

Le **chapitre 4** présente comment un acteur majeur du secteur privé à but non lucratif, la Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse, a été confronté à cette crise et comment il a réagi face à cette situation.

Enfin, comme il a été nécessaire de faire appel au service de santé des armées pour absorber la vague des patients touchés, le **chapitre 5** présente l'EMRSSA (Établissement Militaire de Réanimation du Service de Santé des Armées) qui a été mis en place sur le site de Mulhouse.

**La deuxième partie** aborde la dimension clinique de la crise, en se plaçant du point de vue des différentes spécialités médicales et chirurgicales. Pour continuer de présenter la cinétique de diffusion de la pandémie dans le Grand Est, et après avoir présenté le *cluster* de Mulhouse, les chapitres de cette partie concernent tous le site de Strasbourg et plus particulièrement les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) seuls ou en interaction avec d'autres acteurs de santé du territoire bas-rhinois. La logique adoptée dans cette partie consiste à partir **de l'épicentre pour suivre ensuite les répliques**.

C'est pourquoi le **chapitre 6** aborde la spécialité qui a été au centre des attentions durant toute la crise, la réanimation, avec le point de vue des deux disciplines de cette spécialité, la Médecine Intensive Réanimation et l'Anesthésie Véanimation.

Le **chapitre 7** montre comment l'activité chirurgicale et les blocs opératoires ont été impactés et ont réagi.

Ensuite, le **chapitre 8** aborde la problématique de l'interface naturelle entre l'hôpital et son environnement en situation de crise à savoir les urgences.

Le **chapitre 9** présente le cas d'une spécialité, la psychiatrie, qui, même si elle n'était pas au cœur de la tourmente, a dû assurer la continuité de prise en charge de ses patients.

Compte tenu de l'impact de la pandémie sur l'activité SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), notamment en matière de suivi des patients atteints de la Covid-19 et de l'impératif de continuité des soins pour certains patients, le **chapitre 10** présente la situation de ce secteur. Ce témoignage est porté par l'Ugecam (Union pour la Gestion des Établissements de la Caisse d'Assurance Maladie) qui déploie une offre dense dans ce domaine sur le territoire, en particulier du GHT de Strasbourg avec un fort partenariat avec les HUS.

Enfin, le **chapitre 11** nous montre comment un établissement spécialisé en oncologie, l'ICANS (Institut de Cancérologie de Strasbourg), résultat du regroupement d'un centre de lutte contre le cancer et de l'activité oncologie des HUS, s'est adapté durant la crise sanitaire pour concilier la continuité des soins inhérente au domaine de la cancérologie avec la situation de crise sanitaire.

La **troisième partie** présente « comment les fonctions supports, au sens large, se sont mises à la disposition du « *care* » et du « *cure* »<sup>6</sup> pour assurer la bonne prise en charge des patients dans ce contexte de crise, qui a vu finalement une certaine forme de **renégociation des relations et/ou de découverte de nouvelles coopérations**.

Le **chapitre 12** présente comment la fonction ressources humaines a dû innover pour que les bons professionnels de santé soient aux bons postes au bon moment avec les compétences adaptées.

Les **chapitres 13 et 14**, qui concernent les dimensions pharmaceutique et logistique, nous montrent quelles transformations ont été développées pour permettre aux équipes soignantes de disposer des produits et dispositifs nécessaires à la prise en charge des patients mais aussi aux conditions de sécurité des professionnels.

Cette crise sanitaire majeure a pointé du doigt la nécessaire complémentarité entre secteur public et secteur privé. Les rapports entre ces deux composantes indispensables du système de santé sont marqués de longue date par une forme d'ambiguïté entre concurrence et complémentarité qui a été bousculée pendant cette période, ce que nous osons résumer par la formule provoquante « **je t'aime, moi non plus** ». La **quatrième partie** aborde cette problématique, en commençant par deux chapitres qui ne concernent plus le contexte du Grand Est mais la métropole lyonnaise qui a également été très touchée par la pandémie.

---

<sup>6</sup> MINTZBERG H. et GLOUBERMAN S., 2001, « Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. Part II: Integration », *Health Care Manage Review*, vol. 26, n° 1, p. 56-69.

Le **chapitre 15** montre comment les HCL (Hospices Civils de Lyon) ont développé une cellule départementale de pilotage des lits par délégation de l'ARS. La particularité de ce dispositif repose sur le principe fondateur de gestion de crise adopté d'emblée qui postule une coopération public-privé.

Ce regard de coordinateur est complété dans le **chapitre 16** par le témoignage d'un acteur du secteur privé solidaire participant à ce dispositif. Il s'agit du cas d'un ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif), l'hôpital lyonnais Saint-Joseph-Saint-Luc, qui nous montre comment cette crise sanitaire a été vécue et appréhendée.

Dans le **chapitre 17**, nous revenons dans le contexte du Grand Est avec une autre contribution relative au rôle et à l'action du secteur privé solidaire dans la crise. Il s'agit de la clinique Rhéna à Strasbourg qui est également un ESPIC et le résultat de la fusion de trois cliniques.

La **cinquième partie** aborde **des thématiques transversales** pour analyser comment certaines innovations organisationnelles et/ou managériales ont été impactées ou ont influencé les réponses apportées par les établissements et les professionnels de santé. Autrement dit, ces innovations ont-elles contribué aux réponses et solutions développées pour faire face à la crise ou au contraire ont-elles été transparentes ? De même, réciproquement, la situation de crise a-t-elle constitué une opportunité permettant de dépasser des blocages traditionnels pour accélérer l'implantation de ces innovations ? Pour cette partie, nous avons débordé du cadre du Grand Est, excepté le chapitre 18, pour présenter des expériences suffisamment avancées pour disposer de retours significatifs.

Le premier thème traité dans le **chapitre 18** aborde la problématique de l'articulation inter-organisationnelle telle qu'elle est conçue dans le dispositif des GHT (Groupement Hospitalier de Territoire). L'exemple du GHT Aube-Sézannais montre comment les dispositifs de coordination ont évolué et comment ils ont permis d'articuler les différentes parties prenantes du GHT pour prendre en compte la dynamique territoriale dans la cinétique de la crise.

Le **chapitre 19** s'intéresse à la problématique de la délégation et sa traduction dans le management de pôles. Le retour du centre hospitalier de Valenciennes, compte tenu de son expertise et de son avancée dans ce domaine, permet d'avoir un éclairage sur l'articulation entre la pratique de délégation quasi exhaustive aux pôles et le management de crise.

Pour appréhender les évolutions de comportements et de pratiques médicales et soignantes dans le contexte de pandémie et de confinement, le **chapitre 20** s'intéresse à la télémédecine pour montrer les évolutions durant la crise. Il permet également de souligner les enjeux révélés par cette situation ainsi que les pistes éventuelles pour améliorer la prise en charge de certains patients et de certaines pathologies.

Enfin, le **chapitre 21** concerne le *Lean Management*. Il repose sur des implantations de cette démarche provenant de trois sites, les HCL, le groupe hospitalier Jolimont à La Louvière (Belgique) et le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille. À partir de l'utilisation des outils et de la démarche globale *Lean* en contexte Covid-19, il propose une analyse de l'apport et de l'intérêt de cette instrumentation de gestion et de cette approche managériale.

Une **dernière partie** permet d'avoir un regard international sur la crise à partir du retour de deux voisins proches sur la réponse à la pandémie dans des contextes nationaux différents.

Dans le **chapitre 22**, l'expérience de Liège permet de rendre compte de la situation belge avec le regard d'un établissement au statut particulier de CHU privé à but non lucratif.

Enfin, le **chapitre 23** présente une synthèse concernant trois établissements dans des *Länder* différents Lubeck (Schleswig-Holstein), Constance (Bade-Wurtemberg) et Kassel (Hesse). Ces contributions permettent un retour sur l'expérience allemande.

Ces chapitres ont permis l'expression des acteurs de terrain sur leur expérience vécue, leur analyse de la crise et leurs propositions. En conclusion de ces contributions, nous proposons dans un dernier chapitre une mise en perspective ayant pour objectif de proposer une synthèse visant à participer aux débats sur les évolutions des établissements de santé et de notre système de santé suite à cette crise hors normes. Cette dernière contribution se place résolument du point de vue de l'innovation organisationnelle et managériale comme facteur de transformation et d'amélioration de la prise en charge globale des patients.