



HAL
open science

La Pensée Complexe : levier pour un management (plus) humaniste

Sandra Bertezene

► **To cite this version:**

Sandra Bertezene. La Pensée Complexe : levier pour un management (plus) humaniste. Bertezene S. et Vallat D. Guider la raison qui nous guide. Agir et penser en complexité, EMS, pp.103-129, 2019, 9791094033241. hal-03666216

HAL Id: hal-03666216

<https://hal.science/hal-03666216>

Submitted on 26 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Chapitre 7

La Pensée Complexe : levier pour un management (plus) humaniste des organisations de santé

Sandra BERTEZENE

« Une idée fausse, mais claire et précise, aura toujours plus de puissance dans le monde qu'une idée vraie, mais complexe. »

Toqueville (1835)

En 1789, Olympe de Gouges décrit de manière terrifiante l'Hôtel-Dieu, le plus ancien hôpital de la capitale fondé en 651. Elle parle de l'effroi des femmes qui doivent s'y rendre en ces termes : « le seul nom de l'Hôtel-Dieu doit les effrayer, et lorsque leur vue fixe ce triste tableau, elles implorent la mort plutôt que les secours de cette maison. Il faut un hôpital pour le peuple, et [...] on déchargera l'Hôtel-Dieu déjà trop surchargé. » (De Gouges, p. 25). Plus de deux siècles après, même s'il est perfectible, cet hôpital rêvé à l'époque des Lumières existe bel et bien aujourd'hui. Cet hôpital nous le devons en grande partie au Conseil National de la Résistance qui, pendant la deuxième guerre mondiale, intègre à son programme la mise en œuvre « d'un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail¹ ». C'est pourquoi le préambule de notre constitution révisée en 1946 indique que la nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...] »². La même année, le préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que « la santé est un état de complet bien-

1. Voir le programme du Conseil National de la résistance sur le site Wikisource.fr, page consultée le 10 janvier 2017 : https://fr.wikisource.org/wiki/Programme_du_Conseil_national_de_la_Résistance.

2. Voir la Constitution française sur le site Legifrance. fr, page consultée le 10 janvier 2017 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071193&dateTexte=&categorieLien=cid>.

être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»³. Depuis cette date et selon cette définition inchangée à ce jour, les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales de notre pays sont toutes considérées comme des services de santé œuvrant pour assurer notre bien-être physique, mental et social. Et grâce à leur mission, « les Français jouissent d'une espérance de vie relativement longue par rapport aux autres pays européens, notamment en raison de la bonne qualité des soins délivrée [...], malgré les contraintes budgétaires » (OCDE, 2016, p. 1).

Les organisations de santé peuvent néanmoins progresser : urgences saturées, maisons de retraite hors de prix, personnels épuisés, malades maltraités font régulièrement la une des médias. Au vu de ces difficultés, on peut alors se demander si humanisme et management sont réellement compatibles. Sans entrer ici dans le détail des différentes acceptions de l'humanisme mais tout en respectant les fondements du concept, disons simplement qu'une gestion humaniste met au premier plan (de sa stratégie et de ses opérations) l'Homme, qu'elle tient pour valeur suprême⁴, qu'il soit un collaborateur salarié ou libéral, un patient ou un résident. Ajoutons que les Hommes sont porteurs d'humanité (*humanitas*), c'est-à-dire ce que les romains⁵ et les grecs avant eux, considéraient à la fois comme un comportement permettant de créer et d'entretenir des liens entre les Hommes. On accède à l'*humanitas* grâce à la connaissance, à la culture, aux savoirs (Albertini, 1934 ; Vesperini, 2015) explicites et tacites permettant une intelligence raisonnante. Considérant cette définition, en quoi un management (plus) humaniste peut-il être une solution pour améliorer la performance d'un service ou d'un établissement dans un contexte de rationalisation budgétaire et de fortes tensions pouvant remettre en question le principe de solidarité nationale ?

Pour donner des éléments de réponse à cette question, ce chapitre dresse d'abord les contours de notre environnement changeant pour mieux comprendre les tensions auxquelles sont confrontées les organisations de santé (1), alors même que ces dernières sont encore en grande majorité des bureaucraties, peu armées pour faire face à un environnement instable. Cette situation génère défauts et dysfonctionnements dont les coûts fragilisent l'organisation (2). Pour faire face à ce phénomène, le paradigme de la pensée complexe peut être mobilisé pour envisager un management plus humaniste, capable de faire face aux défis de l'environnement tout en réduisant les gaspillages de ressources (3). La pensée complexe peut devenir un véritable projet politique, opérationnalisé grâce à l'articulation d'approches complémentaires afin de favoriser un management

3. Voir la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, sur le site internet de l'OMS, who.int, page consultée le 10 janvier 2017, Who.int : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

4. Définition à partir Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicales, CNRTL, du CNRS.

5. Albertini E. (1934), « La Grèce et l'Humanisme », *Bulletin de l'Association Guillaume Budé*, Vol.42, n°1, p. 29-35. Page consultée le 2.2.17 : http://www.persee.fr/doc/bude_0004-5527_1934_num_42_1_5951.

qui fait de l'Homme une fin en soi sans pour autant négliger l'amélioration de la performance et donc la pérennité du principe de solidarité nationale en dépit de multiples tensions et incertitudes (4).

1. Les défis des organisations de santé dans un environnement changeant et incertain

Les missions premières des organisations de santé sont profondément humanistes. À la fois définies par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, elles consistent à assurer bien-être physique, mental et social notamment grâce à des soins, des actions d'éducation et de prévention pour la santé, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, la prévention des exclusions et la correction de ses effets⁶. Selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT), les services de santé ont deux rôles majeurs. Le premier est celui de prendre soin des personnes malades ou fragiles (de manière équitable), d'autant qu'il existe un lien positif entre l'amélioration de la santé des individus, de la santé publique et la croissance économique et le développement d'un pays. Le second rôle des services de santé est d'être à la fois un fort pourvoyeur et un fort créateur d'emplois. Ces affirmations de l'OIT⁷ se vérifient puisque dans l'OCDE, l'emploi dans la santé et les services sociaux a progressé de 48 % entre 2000 et 2014, tandis que ceux dans l'industrie et l'agriculture ont reculé⁸. Le secteur de la santé est donc en pleine évolution et au cœur d'un cercle vertueux (santé des individus – santé

6. Les hôpitaux doivent assurer des missions de service public: la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, les actions de santé publique, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, les soins dispensés aux détenus et aux personnes retenues. Il s'agit également d'assurer l'enseignement universitaire et postuniversitaire, la recherche, le développement professionnel continu des praticiens, la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence (article L6112-1 du code de la santé publique). Au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux, il s'agit de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, de prévenir les exclusions et à en corriger les effets grâce à une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations (article L 116-1 du code de l'action sociale et des familles).

7. Ces affirmations apparaissent sur le site internet de l'OIT consulté le 10 janvier 2017, [ilo.org: http://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang--fr/index.htm](http://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang--fr/index.htm)

8. Voir le communiqué de presse de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique de l'OIT, sur le site de l'OIT, page consultée le 10 janvier 2017, [ilo.org: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/media-centre/press-releases/WCMS_525534/lang--fr/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/media-centre/press-releases/WCMS_525534/lang--fr/index.htm); en France, le secteur de la santé emploie aujourd'hui près de 5 millions de personnes, 3 au sein des services et des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, auxquels il faut ajouter 2 millions d'emplois dans les industries de santé (10 % de la population active de 15 à 64 ans; 1,2 million de salariés dans le champ du sanitaire, et près de 1,7 million de salariés dans le secteur social et médico-social (Zanda et Funès, 2012).

publique – croissance économique – développement – emplois) qui pourrait cependant être mis à mal en raison de l'émergence de différentes tensions.

Une étude publiée par le Boston Consulting Group (2012) montre en effet une augmentation sensible de la fréquence et de l'intensité des crises dans différents secteurs d'activité, partout dans le monde depuis le début des années 2000. L'environnement est plus volatil car les changements sont nombreux et s'opèrent dans tous les domaines de l'activité économique. L'environnement est incertain car il est très difficile d'anticiper ces changements tant ils sont rapides, ce qui remet en question les méthodes de travail traditionnelles et les succès tenus pour acquis. L'environnement est complexe car pour prendre la meilleure décision possible, il faut traiter une masse d'informations colossale dans un temps très bref alors que ces informations sont pour la plupart interdépendantes. La volatilité, l'incertitude et la complexité favorisent à leur tour l'ambiguïté de l'environnement car on n'est jamais certain d'interpréter correctement un phénomène. Au même titre que n'importe quelle organisation, les services de santé évoluent dans cet environnement turbulent, VUCA (*volatility, uncertainty, complexity, ambiguity*, Bennett et Lemoine, 2014) et en voici quelques illustrations :

- dans le cadre de la politique de santé publique, les plans de prise en charge et de prévention se succèdent pour répondre aux besoins qui évoluent vite depuis une trentaine d'années en raison de l'apparition du Sida, mais plus généralement en raison des habitudes de vie, de la pollution et du vieillissement de la population qui génèrent une augmentation des maladies cardio-vasculaires, des cancers (première cause de mortalité en France), mais également des maladies chroniques comme le diabète et la maladie d'Alzheimer ;
- sur le plan légal, nombres de réformes et de lois diverses ont été votées pour tenter de répondre à différentes problématiques tout en rationalisant les dépenses. Sans exhaustivité, au sujet de l'amélioration continue de la qualité, on peut citer la certification qualité des hôpitaux (1996) et l'évaluation interne et externes de la qualité des organisations sociales et médico-sociales (2002). Concernant l'amélioration de la prise en charge, il y a eu la création des pôles hospitaliers d'activité (2007) suivie de dispositions pour essayer de mieux gérer l'offre de soins sur le territoire (2009). Plus récemment, la loi de modernisation du système de santé se centre sur les actions de prévention, les soins de proximité et l'élargissement des droits des patients (2016). La loi d'adaptation de la société au vieillissement (2016) tente de préparer notre pays à la prise en charge d'une population âgée et dépendante de plus en plus nombreuse. Enfin, la réforme Ma Santé 2022 (2018) souhaite favoriser le développement du numérique, créer un collectif de soins au service des patients, adapter les métiers et les formations aux enjeux de la santé de demain, développer le financement des parcours de soins et enfin, dernier thème dans lequel ce chapitre s'inscrit aussi pleinement : favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin ;
- parallèlement, on assiste à d'autres mutations d'ordre économique. Au plan international, la crise économique mondiale de 2008 impacte encore au-

aujourd'hui le financement de notre système de santé. Des laboratoires pharmaceutiques se rapprochent et réalisent des mégafusions (avec un chiffre d'affaires qui triple durant les 25 dernières années) en même temps qu'ils développent et mettent sur le marché de plus en plus de médicaments de spécialité, essentiellement destinés à des malades chroniques et âgées (OCDE, 2015). Au plan national, des groupes privés hospitaliers et médico-sociaux fusionnent et se développent très rapidement au point d'être désormais cotés en bourse et présents à l'étranger. C'est le cas par exemple des leaders en France Ramsay Générale de Santé et Korian qui réalisent à eux deux plus de 5 milliards de chiffre d'affaires⁹ ;

- en termes socio-culturels, on constate également que les exigences du public ont évolué vers une demande accrue de justice sociale, de bienveillance, de transparence, de responsabilité sociétale et de développement durable. Les attentes évoluent essentiellement sous l'effet de deux phénomènes : les scandales sanitaires et Internet. Différents scandales ont en effet émaillé l'actualité et ont montré les failles du système attisant du même coup une certaine forme de méfiance, voire de défiance à l'égard des organisations de santé : affaire du sang contaminé dans les années 80, du Distilbène et des hormones de croissances dans les années 90, de la canicule meurtrière du début des années 2000 et plus récemment, des prothèses PIP – Poly Implant Prothèses – et du Médiator notamment. Les français sont par ailleurs de mieux en mieux informés de leurs droits et du fonctionnement des établissements grâce à l'action d'un nombre important d'associations d'usagers¹⁰ et de sites internet, blogs, forums, consacrés à la santé, aux services et aux professionnels de santé (Lévy et Thoër, 2015) ;
- enfin, les mutations sont d'ordre technologique avec l'avènement des Nanotechnologies, des Biotechnologies, d'Internet et des sciences Cognitives, les fameuses NBIC qui permettent des avancées spectaculaires dans de multiples domaines de la médecine, de la chirurgie, de l'accompagnement des personnes handicapées et dépendantes. En dépit du coût et une fois les difficultés de sécurisation des données surmontées, ou encore de facturation des actes de télé-médecine réglées, les NBIC connaîtront un essor sans doute encore plus important, influençant massivement les pratiques

9. Ramsay Générale de Santé : 2,23 milliards de chiffre d'affaires en 2018 ; Korian : 3,34 milliards de chiffre d'affaires en 2018.

10. Plus de 100 associations sont répertoriées par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, voir la liste en ligne sur le site social-sante.gouv.fr, page consultée le 10 janvier 2017 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/associations_agreees_france-3.pdf ; notons que la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé prévoit (dans son article premier) la création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS). Cette union aura pour mission de donner des avis aux pouvoirs publics, d'animer un réseau associatif, d'agir en justice, de représenter les usagers auprès des pouvoirs publics et de proposer à la ministre en charge de la santé une liste d'associations agréées pour la formation des représentants des usagers du système de santé. La loi prévoit également qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre des missions et le fonctionnement de l'union nationale, notamment son organisation sous forme de délégations territoriales.

des professionnels et les comportements du public¹¹.

Les services et établissements de santé doivent s'adapter aux nouvelles exigences de l'environnement tout en pérennisant, voire en améliorant, leur performance économique et sociale sans pour autant renoncer à un management plus humaniste. Le point suivant développe justement les obstacles auxquels ils doivent faire face pour relever ces défis.

2. L'organisation bureaucratique : obstacle majeur à un management (plus) humaniste au sein des établissements et des services de santé

Les organisations de santé sont très différentes les unes des autres : publiques, privées, de petite ou de grande taille, en zone urbaine ou rurale, offrant des courts ou des longs séjours, s'adressant à des publics aux besoins variés : maladie, traumatisme, handicap, dépendance, etc. En revanche, aussi différentes soient-elles, ces organisations sont le plus souvent de vastes bureaucraties héritées de l'école classique, encore proches des principes définis par Taylor, Fayol et Weber au début du siècle dernier. Nous sommes obligés de constater les limites de ce modèle lorsqu'il est mis en œuvre dans un service de santé du XXI^e siècle qui a besoin de transversalité, de conjuguer les talents, les qualités, les connaissances, les compétences sans que les niveaux hiérarchiques ou les activités ne soient des frontières¹² compte tenu du contexte décrit au cours du point précédent.

2.1. Manque d'autonomie et de responsabilité individuelle des professionnels, manque de décloisonnement et de transversalité des activités

L'humanisme exige de porter une attention accrue aux femmes et aux hommes qui composent les équipes parce qu'ils sont, sur le plan éthique, une fin en soi mais également parce que cela permet, sur le plan organisationnel (comme l'ont montré des décennies de théorie des organisations¹³), plus de satisfaction et de

11. Voir par exemple INSERM (2016), « E-santé – La médecine à l'ère du numérique », *Sciences et Santé*, janvier-février, n°29, 33 p.

12. C'est ce que soulignait déjà le professeur Boisdé (Professeur titulaire de la Chaire d'Organisation Scientifique du Travail de 1954 à 1969) dans les années 60 lorsqu'il expliquait alors à ses élèves du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) les limites de l'organisation scientifique du travail et insistait sur l'importance à accorder aux innovations afin d'adapter les méthodes de travail et la vision même du management (voir les archives du CNAM), comme le faisait d'ailleurs Chandler, aux Etats-Unis, à la même époque.

13. Dans les années 30, Elton Mayo montre que la satisfaction est un préalable à la performance. Dans les années 40, Kurt Lewin met en évidence les bienfaits de la cohésion du groupe pour se déplacer vers un but commun, surmonter les obstacles et résoudre des problèmes. Dans les années 60, Lickert formalise la supériorité du management participatif sur un management autoritaire ou paternaliste. À la même époque, les travaux de Mac Gregor, de Maslow et d'Herzberg montrent le rôle majeur de la réalisation de soi au travail et la reconnaissance personnelle dans la performance des organisations. Dans les années 70, Karl Weick apporte une pierre de plus à l'édifice en formalisant les apports de l'élaboration collective de sens en situation nouvelle ou

motivation, une meilleure cohésion du groupe, une plus grande capacité à dépasser les difficultés et à résoudre des problèmes, etc. Accorder une importance majeure aux individus peut donc avoir un impact positif sur la performance de l'entreprise ou de l'organisation.

Pourtant, la prédominance des standards et d'une autorité définie par la norme s'opposent aux principes d'autonomie et de responsabilité individuelle des professionnels¹⁴, de décloisonnement et de transversalité des activités et donc de subsidiarité¹⁵ pour assurer la performance des organisations. L'organisation cloisonnée (le bureau des entrées, la radiologie, l'hématologie, etc.) persiste et rend les services de santé peu compatibles avec un management centré sur les Hommes (Desreumaux, 1996 ; Lewin et Stephens, 1993). L'équipe n'est effectivement pas composée de manière interdisciplinaire pour répondre aux besoins du patient à la manière des programmes clientèles présents dans certains hôpitaux canadiens. Au contraire, on demande au patient de s'adapter aux contraintes de l'organisation en se déplaçant d'équipe en équipe, d'activité en activité, de silo en silo (Bertezenne, 2018).

L'organigramme fonctionnel (typique de l'école classique de l'organisation) favorise les relations de travail verticales et descendantes ce qui, de fait, s'oppose à une organisation matricielle, participative, aux relations de travail à la fois horizontales et verticales, descendantes et ascendantes. La division du travail rend difficiles l'autonomie et la responsabilité individuelle, donc la coopération, les projets interdisciplinaires, le décloisonnement et la transversalité des activités. Malgré tout, elle demeure encouragée et soutenue indirectement depuis de nombreuses années par la tarification à l'activité ; gageons que la remise en question régulière de cette dernière par les professionnels de la santé, les chercheurs, et désormais le Ministère de la Santé et des Solidarités, fasse bouger favorablement les lignes.

La multitude de règles et de procédures qui anime une organisation bureaucratique accroît le rôle du contrôle. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a justement dénoncé les dérives de ce mode de fonctionnement bureaucratique et partant, le manque de sens perçu par les équipes à l'égard de leurs missions. Pour illustrer le propos, citons le cas d'un établissement dont l'autorisation à fonctionner a été retirée suite à une mission de contrôle, alors même qu'elle venait juste d'être renouvelée suite aux bons résultats issus de l'évaluation externe de la qualité (Schaezel et Tregoat, 2013). La suspicion née du contrôle (et de règles incomprises), de sa redondance et de son caractère

problématique.

14. La responsabilité est « l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences » (définition donnée par le Centre National de Ressources Lexicales du CNRS : <http://www.cnrtl.fr/definition/responsabilite>).

15. Subsidiarité : décloisonnement entre les services et délégation aux niveaux hiérarchiques inférieurs pour que chaque individu et/ou équipe soit légitime pour prendre les décisions qui lui incombent.

chronophage pousse les acteurs de terrain à rejeter les outils de gestion imposés par la tutelle qui paraissent trop contraignants et inutiles. Leur appropriation relève fréquemment de stratégies individuelles, le plus souvent contradictoires avec la réalisation d'objectifs collectifs. La nature même des outils conduit les acteurs à envisager leur activité non plus comme destinée au « bien commun », mais plutôt destinée à une « logique managériale », perçue comme étant peu humaniste (Davous *et al.*, 2014). Le fonctionnement est ainsi devenu de plus en plus rigide, le rendant peu compatible avec la création et le partage des connaissances indispensables pour s'adapter aux changements imposés par un monde complexe. Dans un tel contexte, il semble en effet difficile de travailler de manière interdisciplinaire, de déléguer aux niveaux hiérarchiques inférieurs pour que chacun soit légitime pour prendre les décisions qui lui incombe. Certains brandissent la règle pour contraindre, interdire ou obliger, d'autres s'en servent comme d'un parapluie pour se protéger. Ceux qui ont des idées, de la volonté et bien d'autres ressources sont découragés alors que l'autonomie, la responsabilité individuelle et la coopération grâce au décloisonnement sont les préalables indispensables à une plus grande agilité attendue dans un environnement incertain et changeant.

Nous connaissons les limites de la bureaucratie depuis près de 100 ans et pourtant nous persistons dans cette voie, peut-être par peur de perdre une forme d'autorité légale, ou encore parce que nous ne voulons pas voir les cygnes noirs qui nous entourent (Taleb, 2010), ces événements improbables survenant de manière imprévisible et aux conséquences profondes. Enfin, peut-être aussi parce qu'« une idée fausse, mais claire et précise, aura toujours plus de puissance dans le monde qu'une idée vraie, mais complexe » (Toqueville, 1835, p. 173)¹⁶.

2.2. Manque de bientraitance et d'empowerment des publics accueillis

L'organisation bureaucratique impacte au final le public de deux manières : par un manque de bientraitance et un insuffisant *empowerment*. L'*empowerment* peut se définir comme un ensemble d'actions qui permet « l'accroissement de la capacité des individus à faire des choix et à les transformer en actions ayant

16. Par exemple (Argyris, 1995), le contexte pousse à reporter la responsabilité des erreurs ou des difficultés sur d'autres (exemple de témoignage d'un dirigeant de Maison d'enfants à caractère social (MECS) : « *Les organismes de tutelles ne nous comprennent pas, leurs directives ne sont pas applicables chez nous, ils ne nous facilitent pas le travail* »), à se lancer tête baissée dans la résolution de problèmes sans en analyser les causes profondes (exemple de témoignage d'un dirigeant d'établissement hospitalier privé non lucratif : « *Cette année, il y a tellement d'absentéisme que très peu de personnes ont bénéficié de la prime annuelle* »), à ne réagir qu'aux événements décontextualisés sans en voir les causes et les conséquences multiples (exemple de témoignage d'un dirigeant d'établissement hospitalier privé lucratif : « *La loi m'empêche de monter une cuisine thérapeutique alors que les malades en psychiatrie en auraient besoin* »), ou encore à ne pas être sensibles aux processus graduels du changement et à ne percevoir que le résultats (exemple de témoignage d'un dirigeant d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : « *Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus dépendantes, nous ne sommes pas prêts pour cela* »).

un impact sur la santé » (Banque Mondiale, 2005¹⁷). C'est dans ce cadre que se développent notamment les démarches de démocratie sanitaire (concertation et participation des différents acteurs du système de santé permettant la définition et la mise en œuvre de la politique de santé tout en encourageant les droits individuels et collectifs des usagers ; on peut parler dans ce contexte de patient citoyen), ou encore les projets incluant l'expérience patient (interactions et situations vécues par une personne susceptibles d'influencer la perception de son propre parcours de santé) et les patients experts (qui partagent avec les professionnels de santé leur expérience et leurs savoirs liés à une pathologie, par exemple), mais également toutes autres formes d'actions participatives à destination de patients (souvent atteints de maladies chroniques) centrées sur l'encouragement à la prise de décision par les patients eux-mêmes, à l'éducation aux comportements favorables à la santé, au soutien des familles, etc. (Howorka *et al.*, 2000). Mais renforcer l'*empowerment* ne suffit pas, il faut désormais porter une attention accrue à la bientraitance. Bien que très largement médiatisés, les cas dénoncés de violence physiques sont marginaux. En revanche, plus banals et moins visibles, les comportements inappropriés également ressentis très violemment par les personnes accueillies, sont bien plus fréquents. Ils trouvent leurs racines dans l'organisation dans son ensemble et ne sont pas dus à des personnels en particulier. Par exemple, lorsqu'on sert des aliments à des personnes âgées qui ne pourront pas les manger (en raison de leur état de santé, d'un problème de prothèse dentaire, etc.), on constatera sans surprise peu après la dénutrition de la personne. Mais au lieu d'adapter les menus (ce qui suppose une prise de décision interdisciplinaire : cuisine, soins, achat, etc.), la règle invite plutôt à administrer des compléments alimentaires, ce qui précipite la perte d'autonomie alors même qu'il est mentionné dans le projet de l'établissement que le maintien de l'autonomie des personnes accueillies est la priorité des équipes. De telles pratiques affectent l'image des établissements, nuisent à la satisfaction du public, peuvent entraîner des contentieux juridiques, etc. Tous ces points négatifs affectent les résultats à long terme des établissements et donc leur capacité à survivre dans un environnement turbulent. Les injonctions contradictoires persistent et sont légitimées par la présence d'une procédure, d'un organigramme, d'une fiche de poste, etc.

Bientraitance et *empowerment* ne coulent pas de source même si ces deux phénomènes révèlent le caractère altruiste attendu de la part des organisations de santé, c'est-à-dire des organisations bienveillantes à l'égard des patients ou des résidents, fondées sur la connaissance de l'autre, l'écoute et l'identification de ses besoins et de ses souffrances¹⁸. Les patients et les résidents ne peuvent pas être réduits à leur état, ils ne sont pas des objets de soins mais des personnes à part entière dont les organisations peuvent apprendre beaucoup et inverse-

17. The World Bank (2005), What is empowerment?, (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPowerment/0>, content accessed 30 November 2005).

18. À partir de <http://www.cnrtl.fr/definition/altruisme>.

ment, à condition notamment de développer toujours plus et mieux la culture de l'*empowerment* et de la bientraitance.

2.3. Des dysfonctionnements facteurs de gaspillages de ressources

La nécessité d'évoluer vers un management plus humaniste, qui mette véritablement les Hommes et leurs connaissances au premier plan, n'est pas qu'une posture philosophique qui reposerait uniquement sur les valeurs portées par les dirigeants¹⁹. Cette nécessité est également très pragmatique car le manque d'humanisme coûte cher aux services de santé. Prenons l'exemple d'un cadre de santé qui perd beaucoup de temps à participer au recrutement d'infirmiers et d'aides-soignants dans son service en raison d'une très forte rotation du personnel. Dans ce cas, l'équipe de soins tout entière perd à son tour du temps à accueillir et à former les nouveaux embauchés, sans pour autant discuter de cette situation avec le service des ressources humaines car elle estime que cela ne fait pas partie de ses prérogatives. Par conséquent, on continue d'accueillir dans la précipitation les nouveaux embauchés qui entrent trop vite dans la vie du service et n'en comprennent pas l'organisation. Faute de formation, de communication et d'échanges, la confiance réciproque et la responsabilité de chacun se développent mal et les dysfonctionnements s'accumulent en cascade : une productivité moins importante en raison du manque d'expérience, donc de nombreuses erreurs dans le processus de désinfection qui entraînent un taux d'infection anormalement élevé, des consommations d'antibiotiques plus importantes et du temps supplémentaire consacré à la régulation des erreurs commises quelles qu'elles soient, etc. Du côté de la direction (et donc des gestionnaires), on évoque les délais trop longs du service de soins pour transmettre un profil de poste, donc le manque de temps pour recruter et au final, l'embauche précipitée de personnes au profil inadéquat. Les nouveaux soignants sont mal intégrés car le passage de relai est quasi inexistant faute de temps, de procédure adaptée ou autre, ils se fatiguent plus vite, perdent leur motivation et démissionnent rapidement.

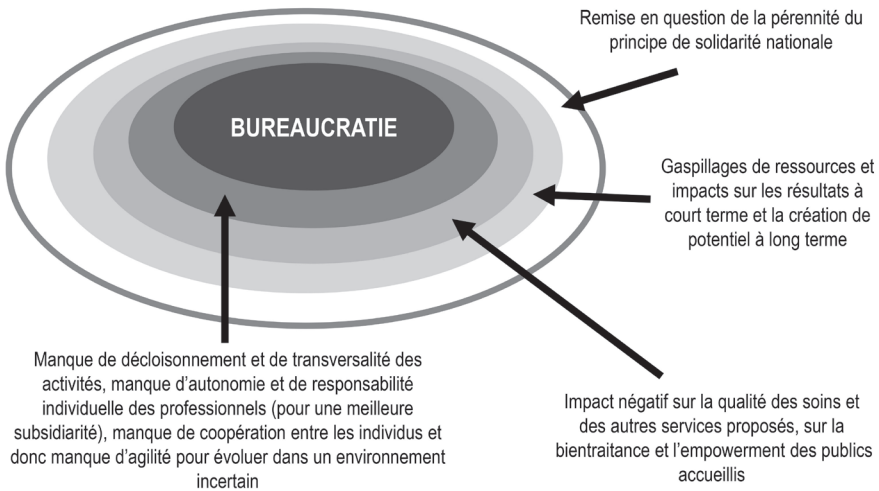
Les défauts sont le fruit d'une organisation défaillante dans son ensemble, ils prennent naissance à un instant donné, dans un service donné, et auront des conséquences petites et grandes, directes et indirectes, visibles et cachées, immédiates et différées, partout dans l'établissement. Concernant les difficultés de recrutement illustrées précédemment, une étude a montré que le coût visible et caché (caché car non visible dans les documents comptables

19. La « responsabilité » étant « l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences » (Définition du Centre National de Ressources Lexicales du CNRS : <http://www.cnrtl.fr/definition/responsabilite>), en quoi le manque de responsabilité individuelle serait-elle un problème si important pour des organisations ? Si on s'en tient à cette définition, elles pourraient s'en passer compte tenu de leur hyperhiérarchisation et donc de la distance qui sépare ceux qui prennent les décisions (Ministère, Agence régionale de santé, Haute Autorité en santé, siège, conseil d'administration, direction des soins, etc.) et ceux qui les appliquent (infirmiers, agents hôteliers, secrétaires médicales, etc.).

traditionnels) de l'ensemble d'un recrutement varie entre 75 000 et 120 000 euros, tous secteurs d'activité confondus (Syntec, 2012). Plus généralement, au-delà du simple cas du recrutement, le niveau de coûts cachés peut aller de 10 000 à 30 000 euros par an et par personne salariée au sein des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Ces chiffres correspondent globalement à des coûts de régulation de l'absentéisme, des accidents du travail, du *turnover*, mais également à des coûts dus aux sous productivités et aux défauts de qualité dans tous les services (soins, administratifs et logistique, etc.). Ces dysfonctionnements et ces gaspillages ont bien entendu des conséquences sur la qualité de la prise en charge des patients ou des résidents (Bertezenne et Martin, 2011 ; Zardet *et al.*, 2011).

Pour résumer le propos développé dans ce deuxième point, rappelons que les organisations de santé sont des bureaucraties qui font obstacle au décloisonnement et à la transversalité des activités, à l'autonomie et à la responsabilité individuelle des professionnels (pour une meilleure subsidiarité). Elles ne permettent pas aisément la coopération entre les individus et l'agilité pourtant indispensable dans le monde incertain décrit plus haut.

Figure n°3 – Bureaucratie : causes et conséquences de pratiques contraires à un management humaniste des organisations de santé



Source: L'auteur.

Les dysfonctionnements nuisent à la bientraitance et à l'*empowerment* des publics accueillis, à la qualité des soins et des autres services proposés, ils sont facteurs de gaspillages alors même que le manque de ressources est continuellement dénoncé au sein du secteur de la santé. Ils nuisent aux résultats à court terme, à la création de potentiel à long terme et par conséquent, ils remettent en question la pérennité même du principe de solidarité nationale (figure n°3). Il faut en effet préciser que grâce au principe de solidarité nationale (ceux qui en ont les moyens cotisent, ceux qui ont besoin reçoivent), le reste à charge des français concernant les dépenses de santé est parmi les plus faibles en Europe :

il représente 7,5 % de la consommation de soins et biens médicaux en 2017 (soit 15 milliards d'euros ; DREES, 2018), ce qui représente 250 euros par ménage. Ce mode de financement pour le moins humaniste peut néanmoins être remis en question dans un contexte de rationalisation budgétaire chronique, de crise économique, d'incertitudes et de mutations diverses. La tentation peut être en effet de voir dans ces chiffres une marge de manœuvre permettant de déplacer le curseur vers moins de financements publics et plus de financements privés (chacun cotise selon ses besoins), alors que « l'assurance maladie nationale offre une des manières les plus efficaces pour étendre la protection au plus grand nombre possible selon des principes de solidarité » (Droin, 2007, p. 4)²⁰.

3. La pensée complexe pour envisager une approche managériale plus humaniste des organisations de santé

En adéquation avec le management humaniste défini dans ce chapitre, la pensée complexe propose d'envisager la santé des français comme un véritable projet politique.

3.1. L'éthique de la compréhension pour considérer les individus pour ce qu'ils sont et non pour ce qu'ils représentent

Si les méthodes de travail et les modalités d'organisation n'évoluent pas conformément à notre environnement, les professionnels qui exercent au sein des services et des établissements risquent de ressembler à l'allumeur de réverbères de Saint-Exupéry (1943) : « Pourquoi viens-tu d'éteindre ton réverbère ? [demande le Petit Prince]. C'est la consigne, répondit l'allumeur. [...] Mais pourquoi viens-tu de le rallumer ? [demande à nouveau le Petit Prince]. C'est la consigne, répondit l'allumeur. Je ne comprends pas, dit le Petit Prince. Il n'y a rien à comprendre, dit l'allumeur. La consigne c'est la consigne. [...] La planète d'année en année a tourné de plus en plus vite, et la consigne n'a pas changé ! [s'étonne le Petit Prince]. Alors maintenant qu'elle fait un tour par minute, je n'ai plus une seconde de repos. J'allume et j'éteins une fois par minute ! [lui répond l'allumeur de réverbères] ».

20. Il faut souligner que ce postulat émerge également en réaction à différentes idées reçues qui mettent à mal le concept même de solidarité nationale en laissant croire qu'il existe un lien positif entre dépenses, qualité des soins et amélioration de la santé, ou encore que la gestion du système de santé est plus efficace et efficient dès lors qu'il est confié au secteur privé. En effet, les dépenses de santé restant à la charge des français sont deux fois moins élevées que la moyenne des pays européens et ne représentent que 7 % des dépenses des ménages (DREES 2015, p. 20), contre près de 20 % s'agissant du logement par exemple. Nous consacrons près de 12 % de notre PIB à la santé, mais elle coûte finalement très peu par rapport à ce qu'il en est aux Etats-Unis (presque 17 % du PIB ; OCDE, 2015, p. 173) où la santé ne dépend pas autant qu'en France de financements publics (52 % contre 80 %, OCDE, 2015, p. 177). Pour autant, la santé des américains n'est pas meilleure puisque leur espérance de vie recule en 2016 pour la première fois depuis 22 ans et est désormais inférieure à celle de la France de plus de trois ans (78,94 ans contre 82,37 ans, hommes et femmes confondus).

Ne pas changer, ne pas évoluer assez vite, n'est pas sans conséquence en termes organisationnels, sociétaux et éthiques. Les modes compartimentés dans lesquels vivent les médecins en fonction de leur spécialité, les paramédicaux, les techniciens, les gestionnaires en fonction de leur expertise d'une part, et de la bureaucratie plus ou moins lourde selon les établissements d'autre part, font oublier le regard sur l'organisation dans son ensemble et de fait, sur la société. Cette situation nous fait dire, aux côtés d'Edgar Morin, qu'une pensée transdisciplinaire nous incite à une éthique de la compréhension. Un patient est avant tout une femme, un homme, une chef d'entreprise, une élue, un père de famille, un bénévole au sein d'une association, etc. On ne peut pas réduire un individu à son dossier médical. Le faire reviendrait à le priver de toute forme d'autonomie, d'évolution, de possibilité de changer, de progresser, ce qui est contraire aux principes de bienveillance et d'*empowerment*.

Une éthique de la compréhension est également nécessaire à l'égard des professionnels. Être aide-soignant ne se résume pas à un enchaînement de tâches réglementées, il s'agit plutôt d'un enchevêtrement de compétences, de qualité, de talents, de valeurs, etc. Réduire un professionnel de la santé à son curriculum vitae et à sa place dans l'organigramme revient à le priver de toute forme de responsabilité individuelle et de subsidiarité. Se développe en revanche une responsabilité professionnelle réductrice qui autorise à dire, en guise de réponse à tout dysfonctionnement (par exemple un patient âgé qui restera plusieurs heures avec une protection souillée ou encore une personne qui meurt aux urgences après plusieurs heures d'attente), « l'équipe a respecté la procédure » ou encore, « ce n'était pas dans ma fiche de poste ». Nous ne nous résumons pas à une fiche de poste, nous en savons toujours plus que ce que nous en disons (Polanyi, 2009) et comme le précise Morin (1997) : « tant que nous n'aurons pas essayé de réformer ce mode d'organisation du savoir au sein des organisations, qui est en même temps un mode d'organisation sociale, tous les discours sur la responsabilité et sur la solidarité seront vains ».

3.2. La pensée complexe, un outil du management en faveur de la pérennité de la solidarité nationale

La pensée complexe (Morin, 2005) relie ce qui est éparé, elle montre la solidarité des phénomènes, elle est mue par une éthique de reliance (Le Moigne, 2008), c'est-à-dire « un impératif éthique primordial, qui commande les autres impératifs à l'égard d'autrui, de la communauté, de la société, de l'humanité » (Morin, 2004, p. 114). Pour relier, des opérateurs de reliance sont nécessaires et Morin en dénombre quatre :

- le système ; une organisation de santé est un système, une relation entre des parties qui peuvent être très différentes les unes des autres mais qui pourtant, constituent un tout organisé, organisant et organisateur. On ne peut pas connaître le tout et les parties sans les considérer dans leur ensemble puisque le tout est plus que la simple addition des parties qui le composent. Il apparaît en effet des qualités ou propriétés nouvelles dues à l'organisation même de ces parties en un tout, ce sont les émergences. Ces

émergences sont irréductibles aux éléments du système qui les produisent ; mieux, elles rétroagissent sur ces éléments, formant ainsi une boucle. Autrement dit, l'établissement est bien plus qu'une addition de lignes budgétaires, de compétences, de matériels et de locaux. Il est, entre autres, un lieu de création de valeur, de pratiques et de production de connaissances tacites et explicites qui agissent sur lui. De manière récursive, ces connaissances sont mises en œuvre, d'autres sont produites, transmises, capitalisées, etc. Et la boucle agit sans fin. Un hôpital, une maison de retraite ou encore un institut médico-éducatif se comprend dans sa capacité à influencer son environnement, à être influencée par lui, à s'auto-influencer, c'est-à-dire à se transformer volontairement et à s'adapter continuellement aux changements. Cette dimension systémique de l'organisation est résumée par ce que Morin (1980) appelle l'auto-éco-ré-organisation qui fait d'un service de santé un système vivant, ouvert qui peut s'adapter et évoluer (Morin et Le Moigne, 1999) dans un monde volatil, incertain, complexe et ambigu comme c'est le cas aujourd'hui.

- le principe de récursion ; ce principe relève de la rétroaction formalisée par le concept de cybernétique mais il va plus loin en intégrant la capacité d'auto-éco-ré-organisation du système. Le processus est récursif quand le résultat du processus a une influence sur son commencement. C'est cette récursion aux finalités positives qui est par exemple attendue des processus d'amélioration continue de la qualité mis en œuvre au sein des hôpitaux et des établissements médico-sociaux.
- le principe dialogique ; il correspond à « l'association complexe (complémentaire/concurrente/antagoniste) d'instances, nécessaires ensemble à l'existence, au fonctionnement et au développement d'un phénomène organisé » (Morin, 1986, p. 98). Associer des éléments complémentaires, voire antagonistes, est aux fondements même de l'existence d'un phénomène comme le management des organisations de santé. Par exemple, pour préparer et réaliser la première greffe de visage, l'organisation a eu besoin à la fois de stabilité (avec l'application stricte et routinière de protocoles d'hygiène pour garantir la sécurité des soins) et de changements (constituer une équipe pluridisciplinaire et internationale, définir un protocole d'intervention inédit, réaliser des tests, etc.). Autre exemple, les attentes des actionnaires d'un groupe d'établissements coté en bourse peuvent paraître incompatibles avec celles des personnels des établissements dont ils sont les propriétaires : les premiers peuvent souhaiter l'augmentation des dividendes et les seconds de meilleurs salaires. En dépit de leurs attentes antagonistes, les uns ne peuvent pas exister sans les autres et ils coexistent de manière indissociable dans le système.
- le principe hologrammatique ; il indique que non seulement une partie se trouve dans le tout mais que le tout se trouve dans la partie (Morin, 1986). Par exemple, les valeurs et la culture d'un hôpital imprègnent les pratiques et les comportements des médecins, mais à leur tour, les médecins impriment leurs expériences et leur personnalité dans la culture de l'hôpital.

En résumé et pour conclure, l'adoption d'une pensée complexe permet de mieux piloter l'auto-éco-ré-organisation dont a besoin le système pour assurer ses performances sociales (sources de la satisfaction des acteurs) et ses performances économiques (reflétant l'utilisation rationnelle à court et long termes des ressources de l'organisation) (Savall et Zardet, 2005), nécessaires à sa survie (éviter de disparaître sous l'effet des turbulences de l'environnement tout en préservant le principe de solidarité nationale), à son développement et/ou son évolution (pour faire face aux défis).

3.3. Changer de paradigme pour plus de confiance réciproque et de reliance

Les pratiques managériales mobilisent peu la pensée complexe, elles restent la plupart du temps aveugles à la complexité et *a fortiori* à la reliance (Bertezenne, 2018). Deux raisons majeures, liées l'une à l'autre, peuvent expliquer ce phénomène.

D'une part, notre éducation ne nous permet pas aisément de relier et de conjuguer les éléments dans une logique constructiviste. Au contraire, nous pratiquons plutôt la réduction et la séparation au nom de principes cartésiens hérités du XVI^e siècle. L'épistémologie cartésienne positiviste²¹ reposant sur la raison et la déduction (l'expérimentation n'arrive qu'au second plan pour valider ou réfuter les hypothèses), il est nécessaire de respecter plusieurs règles pour aboutir à une connaissance valide : ne recevoir aucune chose pour vraie tant que l'esprit ne l'a pas assimilée, diviser les problèmes pour mieux les analyser et leur apporter des réponses, ordonner les pensées selon la complexité croissante de l'objet pensé et enfin, passer tout en revue pour être certain de n'avoir rien omis (Descartes, 1637). Notre enseignement privilégie par conséquent la séparation, l'analyse et l'accumulation de connaissances sans lien, au détriment de la synthèse, autrement dit de la pensée complexe et de « l'organisation qui relie les connaissances » (Morin, 1999). De fait, la pensée complexe n'écarte pas le paradigme de la pensée classique formulée par Descartes. Au contraire, la pensée complexe encourage une conjugaison des deux modes de pensée. À chacun de développer une vue globale, une appréhension des interactions car la pensée complexe distingue tout autant qu'elle relie, elle considère les parties sans les disjoindre, elle identifie les associations et les implications mutuelles.

D'autre part, le manque d'appréhension de la reliance et de mise en œuvre d'une pensée complexe (consciemment ou non) augmente sous l'effet de dérives bureaucratiques comme explicité précédemment. Paradoxalement, l'hypernormalisation (Savall et Zardet, 2005) croissante et la nécessité de contrôle qui en découle (procédures de fonctionnement, protocoles de soins, règles de contrôle de gestion, de traitement des plaintes, etc.) se renforcent toujours plus aujourd'hui.

21. Schématiquement, l'épistémologie positiviste sépare le sujet de l'objet de la connaissance. Son processus est déterministe car il a comme objectif la reproduction de modèles prédéterminés. Inversement, l'épistémologie constructiviste associe le sujet et l'objet, elle est indéterministe et le sujet prévaut. La connaissance est créée grâce à d'innombrables constructions, toutes uniques et imprévisibles.

Pourtant, pour se développer, la confiance nécessite entre autres une certaine acceptation du risque (Côté, 2007). Pour se faire confiance, il faut accepter sa propre vulnérabilité en permettant à l'autre d'avoir du pouvoir sur ses propres actions sans qu'il y ait forcément un contrôle de l'ensemble des actions. Cette proposition ne revient nullement à prendre des risques avec la santé du public accueilli mais plutôt à garantir la subsidiarité et la responsabilité individuelle (en échos à la pensée d'Hannah Arendt) permettant le décloisonnement et la transversalité des activités, la délégation et l'autonomie nécessaires pour prendre des décisions pertinentes, adaptées, justes. Inversement, lorsque le respect de la règle prime et que la confiance manque, l'organisation se heurte aux cultures des clans (clans des personnels soignants, hôteliers, administratif, etc. ; Ouchi, 1979) qui développent leurs propres valeurs et comportements, en totale contradiction avec le principe hologrammatique.

Mais au sein des organisations de santé, comment favoriser le développement d'une pensée complexe et ainsi « désempriçonner les connaissances fragmentaires » (Morin, 1997) ? Le principe des communs et le management des connaissances sont des pistes de travail qui méritent d'être explorées.

4. Les communs et le management des connaissances : concepts et outils pour opérationnaliser la pensée complexe et mettre en œuvre un management humaniste

Sur le plan stratégique, la proposition faite ici défend l'idée de services et d'établissements considérés comme des biens communs, au sein desquels il faut apprendre à « faire commun » pour permettre aux acteurs de développer une pensée complexe, améliorer la performance de l'organisation, relever les défis de l'environnement VUCA et partant, mieux défendre et maintenir le principe de solidarité nationale. Pour outiller la mise en œuvre d'une « stratégie des communs », le management des connaissances est une piste à explorer (tableau n°4).

4.1. Faire commun au sein d'une organisation de santé considérée comme un commun

Les recherches d'Elinor Ostrom (prix Nobel d'économie en 2009) sur les biens communs sont ici mobilisées dans un cadre managérial. Un bien commun est un ensemble de ressources matérielles et/ou immatérielles (médicaments, temps, etc.) rivales (car leur consommation par un agent économique diminue la quantité disponible pour les autres agents) et non-exclusives (car elles sont partiellement dégradées par leur consommation).

Les travaux d'Ostrom ont essentiellement porté sur la gestion de ressources provenant de bien communs tels que des lacs, des forêts ou encore des pâturages. La tragédie des communs a été amplement illustrée par différents exemples menant tous au même constat : la compétition pour accéder à une ressource limitée crée une tension entre intérêt individuel et bien commun dont chacun est victime. Le premier cas publié sur ce sujet est celui d'un champ, bien commun pouvant être utilisé par tous les éleveurs du village (Hardin, 1968). Afin d'empêcher les autres éleveurs d'utiliser les ressources et ainsi garder un avantage

sur eux, chaque éleveur a régulièrement ajouté un animal dans le champ afin de s'approprier le plus possible de ressources communes. Au final, le champ n'a plus eu d'herbe, les animaux ne pouvaient plus brouter et aucun des éleveurs n'est sorti gagnant de cette situation.

Les travaux sur les communs ont été mobilisés pour analyser nombre de phénomènes économiques similaires tels que la gestion des financements publics (Weingast *et al.*, 1981 ; Brubaker, 1997 ; Velasco, 1999), y compris ceux destinés à notre système santé²² (Angelé-Halgand et Garrot, 2014). En France, les services et établissements publics et privés hospitaliers et médico-sociaux (pour leur activité de soins) sont en concurrence puisqu'ils doivent partager une ressource commune, en l'occurrence une enveloppe déterminée tous les ans par un vote du parlement (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, ONDAM). Comme les éleveurs, les services et les établissements publics et privés, sanitaires et médico-sociaux ont intérêt à consommer des ressources au-delà du nécessaire et c'est ce qu'ils font grâce aux failles de la tarification à l'activité (dite T2A). Par exemple, seulement 72 % des actes médicaux sont pleinement justifiés selon une enquête de la Fédération Hospitalière de France (réalisée auprès de 800 médecins hospitaliers et libéraux, publiée en 2012).

Les ressources communes ne se limitent pas aux fonds publics permettant le financement des actes médicaux et paramédicaux. Il s'agit plus globalement des ressources mobilisées pour assurer les conditions de vie au travail, l'organisation des activités et des équipes, la communication interne et externe (y compris avec le public accueilli et les proches), la gestion du temps (des services de soins, d'accompagnement, des services supports, etc.), la formation et la gestion des compétences des professionnels de la sphère soignante et de la sphère gestionnaire, la définition et le pilotage du projet d'établissement. En résumé, il s'agit des ressources communes mobilisées pour produire un soin, un accompagnement, une prise en charge de qualité et accessible au public. Afin d'utiliser à bon escient ces ressources communes, cette proposition invite les professionnels ainsi que le public accueilli, à « faire commun » afin d'éviter la tragédie des communs et pérenniser l'activité des services de santé. À la fois dans le prolongement et au-delà des initiatives de démocratie sanitaire, il s'agirait de définir des organisations appartenant à tous, faisant l'objet d'une délibération collective permanente pour introduire une plus grande considération et responsabilisation à l'égard des services de santé.

Les stratégies individuelles et néfastes peuvent être dépassées dès lors qu'il y a interdépendance des acteurs (Runge, 1981). Au niveau macro-économique, il y a bien interdépendance des producteurs de soins et du public (par exemple, dans le cadre d'un parcours de soins, il y a interdépendance du patient, de son médecin traitant, du diabétologue, de l'hôpital, éventuellement de la maison de santé, de la pharmacie, etc.) et ils seront d'autant plus poussés à coopérer que

22. Le financement est en effet public à 79 % et essentiellement assuré par les actifs : ceux qui travaillent paient pour ceux qui ne travaillent pas, ceux qui sont jeunes paient pour les plus anciens, les biens portants paient même s'ils ne sont pas malades, etc. (OCDE, 2017).

la tarification à l'activité disparaîtra au profit d'une tarification au parcours. En revanche, au niveau micro-économique, l'interdépendance suppose une culture de la confiance réciproque (et par ricochet une culture de la reliance, de l'éthique de la compréhension et donc de la pensée complexe) afin d'entraîner des changements organisationnels assurant une boucle vertueuse de récursion et une approche efficace des principes hologrammatique et dialogique, ce qui suppose de :

- repenser la répartition des pouvoirs et des ressources en vue d'une plus grande responsabilité individuelle et une meilleure subsidiarité ;
- développer une pratique de la discussion au sens de Habermas afin de développer la négociation et la coopération entre activités, services, métiers, niveaux hiérarchiques indispensables au décroisement et à la transversalité des projets de vie, des parcours de soins, etc.
- développer l'*empowerment* et la bienveillance des publics accueillis, notamment grâce à l'expérience patient.

Compte tenu de l'instabilité de l'environnement et des incertitudes qu'il véhicule d'une part, et afin de ne pas rejeter des règles élaborées par une tutelle qui n'inspire pas toujours confiance d'autre part, les services et établissements ont intérêt à développer eux-mêmes les règles de ce nouveau design organisationnel destiné à améliorer leurs propres performances, et ainsi contribuer davantage par eux-mêmes à la pérennité du principe de solidarité nationale.

4.2. Apprendre à apprendre, à créer, à s'adapter avec une politique de gestion des connaissances

Puisque les Hommes accèdent à l'humanité grâce à la culture, aux savoirs, aux connaissances de manière générale (Albertini, 1934 ; Vesperini, 2015), la création, l'enrichissement, la capitalisation, la transmission de connaissances explicites et tacites sont alors des phénomènes intrinsèquement humanistes. Mais aujourd'hui, l'« ère de l'information » (Castells, 1996), notre monde « hyperconnecté » (World Economic Forum, 2012) et incertain, questionnent les manières de produire, échanger et utiliser les connaissances²³, tant au niveau des individus que des organisations (OCDE, 1996, 1999, 2000, 2012a, 2012b ; Commission européenne, 2010 ; Wilson et Briscoe, 2004), y compris celles du secteur de la santé.

En 2006 déjà, un rapport produit par une agence britannique montrait que le management des connaissances était le champ d'activités qui offrait le plus fort potentiel de gain de productivité (Economist Intelligence Unit Report, 2006). Sur le plan scientifique, de nombreuses recherches ont également mis en évidence le lien entre le management des connaissances (Teece, 1998 ; Umemoto, 2002 ; Senge, 2006 ; de Geus, 1988, 2002) et la productivité (Powell et Snellman,

23. Connaissance : acte de la pensée qui saisit un objet par les sens ou non, avec implication plus ou moins grande du sujet de la connaissance. Information : action de donner ou de recevoir une forme ; action de s'informer, de recueillir des renseignements sur quelqu'un, sur quelque chose.

2004) et plus généralement la qualité et la performance grâce à une meilleure adaptation aux changements de l'environnement.

Le management des connaissances consiste à implanter des outils et à développer des pratiques permettant d'identifier, capter, partager, accroître et utiliser à bon escient des connaissances présentes dans l'organisation pour améliorer la performance (Davenport, 1994). La connaissance fait référence à l'état des savoirs techniques et scientifiques disponibles, mais également aux différentes expériences et situations vécues, aux formations suivies, aux observations effectuées, aux pratiques professionnelles ou personnelle, quotidiennes ou moins fréquentes, mises en œuvre. La construction des connaissances repose sur une épistémologie constructiviste : elle naît des interactions entre individus ou encore des interactions entre les individus et leur environnement (qui comprend les organisations). La connaissance est par conséquent une construction sociale, fruit d'un processus humaniste car de fait, elle ne peut pas exister sans les Hommes²⁴ (Nonaka *et al.*, 2000).

Pour éviter la déperdition de ce précieux capital immatériel que constitue la connaissance, mais également pour le faire fructifier au profit de l'organisation et des individus qui la composent, Nonaka et Takeuchi (1995) qui conduisent depuis près de 25 ans des recherches-interventions dans ce domaine, affirment qu'il faut réunir quatre conditions :

- la première condition consiste à instaurer un contexte favorable à la création, au partage et à l'utilisation des connaissances. Ce contexte se manifeste essentiellement par la combinaison d'un lieu et d'un moment privilégiés destinés à la discussion, que les japonais nomment « Ba » (Nonaka et Konno, 1998). Dans ce lieu/moment où peuvent s'épanouir interactions et partage, il se crée une culture fondée par la confiance et l'empathie. Le Ba est à l'origine de l'enrichissement mutuel grâce à l'écoute réciproque, au respect des différences et des points de vue de chacun (proche des principes de Habermas, 1992). Cette recherche de consensus dans la bienveillance, à partir d'opinions différentes voire divergentes, permet l'émergence, de manière collégiale de connaissances innovantes dans le respect du principe dialogique défini par Morin ;
- la deuxième condition pour assurer la gestion des connaissances, est de devenir un leader phronétique (Nonaka et Takeuchi, 2011). Quel que soit le niveau hiérarchique, le métier, l'activité (dirigeant, gestionnaire, médecin ou cadre de santé, etc.), il incarne et transmet le « savoir pourquoi » dans un environnement propice à la création de connaissances. Il adopte une pensée systémique, et donc complexe, pour appréhender les phénomènes,

24. La connaissance des pathologies mentales illustre bien le propos : sur les recommandations de l'OMS, la France considère à partir de 1968 l'homosexualité comme une maladie que l'on peut soigner et elle est traitée comme telle dès cette date par nombre de médecins. Il faut attendre 1981 pour que notre pays revienne sur ce principe et même 1993 pour que l'OMS supprime l'homosexualité de la liste des maladies mentales, démontrant ainsi la nature constructiviste des connaissances.

il crée un contexte favorable au partage et à la bienveillance (Ba), il exerce un pouvoir et en assume les responsabilités, il favorise l'apprentissage par l'action, il adopte des valeurs claires, les partage et les met en œuvre de manière à ce que le discours soit cohérent avec les actes. Le rôle de leader prend ici tout son sens. Il s'agit d'un des plus grands défis du management au sein des services de santé où les personnes tiennent aujourd'hui plus leur pouvoir d'une autorité légale (en référence à Weber) que de l'adoption d'une posture de leader phronétique, levier pourtant essentiel à l'auto-éco-réorganisation (Morin, 1980) ;

- la troisième condition pour capitaliser, diffuser et faire croître les connaissances dans l'organisation est la mise en œuvre d'un processus de création de connaissances qui repose sur la transformation de connaissances tacites et explicites contribuant ainsi à une récursion positive. Dans cette optique, Nonaka a mis au point le modèle SECI (*socialization, externalization, combination, internalization* – Nonaka, 1994) qui décrit quatre processus : la *socialization*, indique un partage informel d'expériences (relation infirmier-stagiaire, discussions informelles, échanges de bonnes pratiques, etc.) ; la construction d'un savoir explicite nouveau à partir de savoirs explicites préexistants est nommé *combination* (combinaison des savoirs explicites pour en produire de nouveaux, par exemple la création d'un dossier de soins informatisé à partir des connaissances d'infirmiers et de connaissances d'informaticiens) ; la transformation d'un savoir tacite en savoir explicite (*externalization*) passe par un travail de formalisation de savoirs tacites par exemple par le biais de la modélisation, de la systématisation (démarche qualité par exemple), de transcription (retour d'expériences). Enfin, transformer un savoir explicite en savoir tacite revient à un travail d'appropriation (*internalization*) proche de l'apprentissage par la pratique (*learning by doing*, par exemple la répétition des gestes pour un chirurgien). L'expérience « patient », concept lié au *design thinking* tant médiatisé aujourd'hui, est un exemple d'une partie de ce processus qui relève à la fois de la *socialization* et de l'*externalization*. L'expérience patient suppose en effet qu'une équipe transdisciplinaire se concentre sur les besoins, les attentes, le ressenti d'un patient lors de son hospitalisation ou d'un résident lors de son accompagnement en maison de retraite. Une analyse de chaque facteur en termes techniques, ergonomiques, émotionnels, etc. permet alors une meilleure adaptation du parcours de soins ou du projet individuel. Le patient/le résident et ses connaissances font partie de l'équipe transdisciplinaire, participant ainsi au mouvement de décloisonnement grâce à la collaboration et la coordination des activités ;
- la quatrième condition pour manager les connaissances à bon escient est de disposer d'atouts pour développer les connaissances. Par exemple, la confiance est une ressource précieuse qui résulte du processus de création de connaissances, mais qui est également une condition indispensable à la mise en œuvre de ce même processus. Quant aux éléments plus tangibles comme les outils de création de connaissance, ils visent, pour l'essentiel, à permettre une bonne transmission des expériences (communautés de

pratiques, réseaux sociaux, wiki, etc.).

Manager les connaissances semble être une piste pertinente favorisant une organisation fractale (Nonaka *et al.*, 2014) ou hologramatique (Morin, 2005) dont l'élément central est toujours l'Homme.

Tableau n°4 – Modélisation d'un management humaniste au sein des organisations de santé

	Limites actuelles faisant obstacle à un management humaniste	Apports et changements attendus d'un management (plus) humaniste
Design organisationnel du service ou de l'établissement de santé	Bureaucratie inspirée du modèle classique de l'organisation entraînant des gaspillages de ressources en raison de cloisonnements et d'un manque de transversalité des activités, d'un manque d'autonomie et de responsabilité individuelle des professionnels, de subsidiarité, de coopération entre les individus, d'agilité pour évoluer dans un environnement incertain Place centrale des règles et procédures pour garantir le succès du modèle Weber (1921)	Bien commun au sein duquel il faut faire commun, c'est-à-dire décloisonner et assurer la transversalité des activités, développer l'autonomie et la responsabilité individuelle des professionnels pour une meilleure subsidiarité, plus de coopération entre les individus et d'agilité pour évoluer dans un environnement incertain Place centrale des Hommes pour garantir le succès du modèle Ostrom (2010)
Aptitude des acteurs à adopter une pensée complexe (Morin, 2004)	Faible La construction des connaissances repose sur une épistémologie positiviste encouragée par la pensée Cartésienne, en contradiction avec le projet politique porté par la pensée complexe	Forte La construction des connaissances repose sur une épistémologie constructiviste. Place centrale accordée aux Hommes car la pensée complexe repose sur : – une éthique de reliance qui « commande les autres impératifs à l'égard d'autrui, de la communauté, de la société, de l'humanité » (Morin, 2004, p. 114) ; – éthique de la compréhension d'autrui ; – des opérateurs de reliance : système et principes de récursion, hologrammatique et dialogique.
Adaptation du design organisationnel à l'environnement VUCA des organisations de santé (Bennett et Lemoine, 2014)	Faible	Forte

	Limites actuelles faisant obstacle à un management humaniste	Apports et changements attendus d'un management (plus) humaniste
Nécessité d'une gestion des connaissances pour adapter l'organisation aux changements de l'environnement (Nonaka et Takeuchi, 1995)	<p>Faible</p> <p>Place centrale de la direction et de l'encadrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ils sont les seuls aptes à décider des changements sur la base de règles établies et respectées; – la confiance réciproque n'est pas établie mais n'est pas utile au modèle; – les connaissances sont essentiellement explicites; – le leadership repose sur une autorité légale. 	<p>Forte</p> <p>Place centrale accordée aux Hommes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – créer la confiance réciproque nécessaire au bon fonctionnement; – un environnement de travail propice à la discussion, à la négociation, au partage; – un processus de création de connaissances tacites et explicites; – le développement d'un leadership phronétique.
Soutenabilité du principe de solidarité nationale	Faible	Forte

Source : L'auteur à partir de Weber (1921), Nonaka et Takeuchi (1995), Morin (2004), Ostrom (2010), Bennett et Lemoine (2014).

Par définition, la modélisation ne peut pas comprendre toutes les variables et l'ensemble de leurs interactions. Le fait de répartir les dimensions du modèle en cinq catégories peut donc paraître réducteur compte tenu des nombreuses autres dimensions à l'œuvre dans la réalité des organisations de santé de notre pays (technologies numériques en santé, développement durable, nouveaux comportements de consommation de soins, etc.). Le tableau n°4 livre néanmoins une interprétation simplifiée mais claire d'une réalité complexe, à laquelle il conviendrait désormais de répondre.

Conclusion

Un management humaniste revient à mettre l'Homme au premier plan de la stratégie et des opérations. Les collaborateurs salariés ou libéraux, les patients, les résidents, le public accueilli deviennent ainsi une fin en soi. Dans ce contexte, le rôle attendu des dirigeants, des cadres et des personnels est de faire preuve d'Humanité, c'est-à-dire d'adopter des comportements, des pratiques permettant de créer et d'entretenir des liens entre les Hommes. Ces liens créés grâce aux connaissances explicites et tacites – acquises, transmises, capitalisées, enrichies, etc. – favorisent à leur tour une intelligence raisonnante. À partir de cette définition, la question était de comprendre en quoi un management (plus) humaniste (qu'il ne le paraît aujourd'hui) peut être une solution pour améliorer la performance d'un service ou d'un établissement dans un contexte de rationalisation budgétaire et de fortes tensions pouvant remettre en question le principe même de solidarité nationale.

Les organisations de santé évoluent dans un environnement en mutation et sont soumises à de nombreux défis politiques, de santé publique, économiques, sociaux, technologiques, réglementaires. Cependant, les services et les établissements sont encore en grande majorité des bureaucraties peu armées pour affronter les évolutions en situation d'incertitude. Les fondements mêmes de ces organisations font obstacles à un management plus humaniste, reposant sur les Hommes et leur capacité à s'adapter aux changements avec agilité, ce qui se manifeste essentiellement par des manques : manque d'autonomie et de responsabilité individuelle des professionnels, manque de décloisonnement et de transversalité des activités (donc manque de subsidiarité), manque de bienveillance et d'*empowerment* des publics accueillis. Ces défauts ont malheureusement un coût pour les services, les établissements et de fait, pour la société dans son ensemble pouvant remettre en question le principe de solidarité nationale. Pour faire face à ce phénomène, la pensée complexe est un paradigme pouvant être mobilisé de manière fructueuse au sein des organisations pour envisager un management plus humaniste, capable de faire face aux défis de l'environnement. La pensée complexe suggère de considérer les individus pour ce qu'ils sont et non pour ce qu'ils représentent (éthique de la compréhension). Elle propose également à considérer la présence des opérateurs de reliance (système, récursion, hologramatique et dialogique) au sein des organisations de santé afin que chacun prenne conscience de son action et modifie en conséquence pratiques et comportements, individuels et collectifs. Charge aux personnels, cadres et dirigeants de piloter à court, moyen et long termes l'auto-éco-ré-organisation du service ou de l'établissement et ainsi lutter contre les gaspillages de ressources, améliorer la performance et ainsi contribuer à la soutenabilité du principe de solidarité nationale. Au final, la pensée complexe constitue un véritable outil politique, au sens de *politeia*, c'est-à-dire un outil au service d'un objectif qui allie citoyenneté et mode d'organisation de notre société. Elle invite les organisations à prendre du recul sur la pensée cartésienne et à dépasser les principes de l'organisation wébérienne, notamment en étant prêtes à affronter les changements de l'environnement tout en ayant conscience de son caractère systémique. La pensée complexe peut être opérationnalisée de multiples manières, mais il est ici plus particulièrement proposé deux approches complémentaires. La première relève de la vision, de la philosophie²⁵ et des principes directeurs du service ou de l'établissement : il s'agit de l'organisation considérée comme un commun au sein de laquelle il faut faire commun. C'est pourquoi la seconde approche est à la fois d'ordre stratégique et organisationnel, elle consiste à définir et mettre en œuvre au sein du service ou de l'établissement une politique de management des connaissances contextualisée. Ces deux approches conjuguées et modélisées montrent comment elles opérationnalisent la pensée complexe. Guider la raison qui nous guide est une tâche qui ne souffre aucun répit ; elle s'effectue selon un processus d'amélioration continue fondé par un management (plus)

25. Philosophie : «Pratique théorique (mais non scientifique), qui a le tout pour objet, la raison pour moyen, et la sagesse pour but. Il s'agit de penser mieux, pour vivre mieux.» Comte-Sponville A. (2013), *Dictionnaire philosophique*, Presses Universitaires de France.

humaniste des organisations de santé, capable d'améliorer leur performance et contribuer ainsi à pérenniser le principe de solidarité nationale, en dépit des tensions et d'un environnement incertain.

Bibliographie

ALBERTINI E. (1934), «La Grèce et l'Humanisme», *Bulletin de l'Association Guillaume Budé*, Vol.42, n°1, p. 29-35.

ANGELÉ-HALGAND N., GARROT T. (2014), « Les biens communs à l'hôpital: De la «T2A» à la tarification au cycle de soins », *Comptabilité – Contrôle – Audit*, tome 20, n°3, p. 15-41.

BENNETT N., LEMOINE G.J. (2014), "What VUCA really means for you?", *Harvard Business Review*, february.

BERTEZENE S., MARTIN J. (2011), "Quality and non-quality in the health sector", *Sinergie*, n°85, Vol.11, 16 p. p. 15-31.

BERTEZENE S. (2018), "Control of hospitals and nursing homes in France: The 2016 reform may indirectly improve a dysfunctional system", *Health Policy*, Vol.122, issue 4, april, p 329-333.

BOSTON CONSULTING GROUP (2012), *The most adaptative companies 2012, winning in an age of turbulences.*

BRUBAKER E.R. (1997), "The Tragedy of the Public Budgetary Commons", *Independent Review*, Vol.1, n°3, p. 353-370.

CASTELLS M. (1996), *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture*, Vol. I. Blackwell.

CHANDLER A. (1962), *Strategy and structure: chapters in the history of the industrial enterprise*, Cambridge, MIT Press.

COOPER H.C., BOOTH K., GILL G. (2003), "Patients' perspectives on diabetes health care education", *Health, Education Research*, Vol.18, n°2, p. 191-206.

DAVENPORT T.H. (1994), "Saving it's Soul: Human Centered Information Management", *Harvard Business Review*, Vol.72, n°2, p. 119-131.

DAVOUS D., LE GRAND-SÉBILLE C., SEIGNEUR E. (2014), (Eds), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, Eres.

DRESS (2018), *Les dépenses de santé en 2017 – Résultats des comptes de la santé*, éditions de la Dress, Collection Études et Résultats.

DE GEUS A. (1988), "Planning as Learning", *Harvard Business Review*, Vol.66, n°2, p. 70-74.

DE GEUS A. (2002), "The Living Company", *Harvard Business Review Press*.

DE GOUGES O. (1789, réédition 2014), «Projet Utile et Salulaire», in *Femme, réveille-toi*, Folio, Paris, 99 p., p. 19-27.

DESREUMAUX A. (1996), «Nouvelles formes d'organisation et évolution de l'entreprise», *Revue Française de Gestion*, Janvier-Février, p. 86-108.

DROIN A. (2007), *Méthodes de financement des soins de santé*, Bureau International du Travail.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT REPORT (2006), *Foresight 2020 Economic, Industry and Corporate Trends*, The Economist, 96 p.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (2012), *Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés Enquête médecin*, TNS 2012.

HABERMAS J. (1992), *De l'éthique de la discussion*, Le Cerf.

HARDIN G. (1968), "The tragedy of the commons", *Science*, n°162, p. 1243-1248.

HOWORKA K., PUMPLA J., WAGNER-NOSISKA D., GRILLMAYR H., SCHLUSCHE C., SCHABMANN A. (2000), "Empowering diabetes outpatients with structured education: short-term and longterm", *Journal Psychosom Research*, Vol. 48, n°1, p. 37-44.

MORIN E., LE MOIGNE J.-L. (1999), *L'intelligence de la complexité*, L'Harmattan.

LÉVY J.-J. et THOËR C. (2015), « Diversité des usages santé d'Internet et enjeux de communication », *Communiquer* [En ligne], 10 | 2013, mis en ligne le 21 avril 2015; page consultée le 10 janvier 2017 : <http://communiquer.revues.org/1405>

LEWIN A., STEPHENS C. (1993), "Designing Post-Industrial Organizations: Combining Theory and Practice", in Huber, Glick (Eds), *Organizational Change and Redesign*, Oxford University Press.

MORIN E. (1997), Communication au Congrès International « Quelle Université pour demain ? Vers une évolution transdisciplinaire de l'Université » (Locarno, Suisse, 30 avril – 2 mai 1997), texte publié dans *Motivation*, n°24, 1997; page consultée le 2 février 2017 : <http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b12c1.php>.

MORIN E. (1980), *La Méthode, Tome 2 – La vie de la vie*, Seuil.

MORIN E. (2004), *La méthode, Tome 6 – L'éthique*, Seuil.

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

NONAKA I. (1994), "Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation", *Organizational Science*, Vol.5, n°1, février, p. 14-37.

NONAKA I., KONNO N. (1998), "The concept of 'ba': building a foundation for knowledge creation", *California Management Review*, Vol.40, n°3, p. 40-54.

NONAKA I., TAKEUCHI H. (1995), *The Knowledge-Creating Company*, Oxford University Press; la traduction française s'intitule *La connaissance créatrice*, Bruxelles: De Boeck, 1997, 6^e édition 2012.

NONAKA I., TAKEUCHI H. (2011), "The Big Idea: The Wise Leader", *Harvard Business Review*, n° de Mai, version en ligne consultée le 3 décembre 2016 : <https://hbr.org/2011/05/the-big-idea-the-wise-leader>

NONAKA I., TOYAMA R., KONNO N. (2000), "SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation", *Long Range Planning*, 33(1), 5-34. Page consultée le 6 novembre 2016 : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024630199001156>

OCDE (2015), *Panorama de la Santé 2015, Les indicateurs de l'OCDE*, éditions OCDE.

OCDE (2016), *Panorama de la Santé – Europe 2016*, p. 1, consulté le 2 avril 2017: <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Health-at-a-Glance-EUROPE-2016-Note-FRANCE.pdf>

OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017*, Editions OCDE.

OSTROM E. (2010), *Gouvernance des biens communs. Pour une nouvelle approche des ressources naturelles*, De Boeck.

POWELL W.W., SNELLMAN K. (2004), “The Knowledge Economy”, *Annual Review of Sociology*, Vol.30, p. 199-220.

RUNGE C.F. (1981), “Common property externalities: Isolation, assurance and resource depletion in traditional grazing context”, *American Journal of Agricultural Economics*, Vol.63, n°4, p. 595-606.

SAINT-EXUPÉRY (2007), *Le petit prince*, Gallimard (première version : 1943).

SAVALL H., ZARDET V. (2005), *Tétranormalisation. Défis et Dynamiques*, Economica.

SCHAETZEL F., TREGOAT J.-J. (2013), *Articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médicosociaux (certification, évaluation, contractualisation)*, IGAS, RAPPORT N°RM2013-010P.

SENGE P. (2006), *The Fifth Discipline – The Art and Practice of The Learning Organization*, Random House.

SYNTEC (2012), *Le coût d'un recrutement : restitution des travaux*, communication réalisée par Ponsot R.M., de Milly P, le 18 Décembre 2012 (sur la base des travaux de recherche conduits à l'ISEOR) et disponible à l'adresse suivante : <http://documentslide.com/documents/syntec-cout-recrutement.html>

TALEB N.N. (2010), *The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable*, New York, Random House.

TEECE D.T. (1998), “Capturing Value from Knowledge Assets: The New Economy, Markets for Know-how, and Intangible Assets”, *California Management Review*, n°40, Vol.3, p. 55-79.

THE WORLD BANK (2005), What is empowerment?, (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPOWERMENT/0>, content accessed 30 November 2005).

TOCQUEVILLE A. (1835), *De la démocratie en Amérique*, Tome 1, Version en ligne: http://classiques.uqac.ca/classiques/De_tocqueville_alexis/democratie_1/democratie_tome1.html.

UMEMOTO K. (2002), “Managing Existing Knowledge Is Not Enough”, In Choo and Bontis N., Chun Wei Choo (Eds.) (2002), *The Strategic Management of Intellectual Capital and Organizational Knowledge*, Oxford University Press, p. 463-476.

WINTERS B., CUSTER J., GALVAGNO S.M., COLANTUONI E., KAPOOR S.G., LEE H.W., GOODE V., ROBINSON K., NAKHASI A., PRONOVOST P., NEWMAN-TOKER D. (2012), “Diagnostic errors in the intensive care unit: a systematic review of autopsy studies”, *BMJ Qual Saf* 2012;21:894-902

doi:10.1136/bmjqs-2012-000803. <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/11/894.abstract?sid=647c745e-4b1f-45e4-8883-a700adfc0005>

ZANDA J.-L., FUNÈS C. (2012), « Le champ social et médico-social : une activité en forte croissance, des métiers qui se développent et se diversifient », *Repères & Analyses – Direction Études, Statistiques et Prévisions*, DRESS.

ZARDET V., FIÈRE D., SAVALL H., PETIT R. (2011), « Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital », *Journal de gestion et d'économie médicales*, n°6, Vol.29, p. 277-293.

VELASCO A. (1999), "A model of endogenous fiscal deficits and delayed fiscal reforms", in Poterba J.M., von Hagen J. (Eds), *Fiscal institutions and fiscal performance*, University of Chicago Press, p. 37-58.

WEBER M. (1921, 1971), *La domination légale à direction administrative bureaucratique*, Plon.

WEINGAST B.R., SHEPSLE K.A., JOHNSEN C. (1981), "The political economy of benefits and costs: A neoclassical approach to distributive politics", *Journal of Political Economy*, Vol.89, n°4, p. 642-664.

WORLD ECONOMIC FORUM (2012), *The Global Information Technology Report*, Geneva.