

Maintenir la fiabilité en situation extrême : une approche dynamique du slack organisationnel

Geoffrey Leuridan

geoffrey.leuridan@iae.univ-lille1.fr

Benoît Demil

benoit.demil@iae.univ-lille1.fr

Université de Lille 1, Laboratoire LEM UMR CNRS 9221

IAE de Lille - 104, Avenue du Peuple Belge, Lille 59043 Cedex, France.

ABSTRACT

De nombreuses organisations font face à des situations extrêmes dont les conséquences peuvent être catastrophiques à une échelle locale, voire à l'échelle de la société entière. Vu ces conséquences, ces organisations doivent chercher à assurer un haut degré de fiabilité dans leur fonctionnement et être résiliente. Si la littérature souligne l'importance du slack organisationnel pour assurer la fiabilité et la résilience, elle reste muette sur l'utilisation et la mobilisation concrète du slack ne pratique.

Ce papier ambitionne donc d'étudier et d'analyser comment concrètement le slack se crée et se mobilise dans un contexte extrême et à un niveau intra-organisationnel pour assurer la résilience.

Au travers d'une recherche de type ethnographique dans un service des urgences vitales français pendant 14 mois, nous identifions deux processus de création et de consommation de slack qui participent à la gestion des situations extrêmes. Nos résultats soulignent également le caractère dynamique de ces processus et leurs liens, notamment autour de points d'inflexion, qui permettent à l'organisation de se stabiliser ou de se diriger au contraire vers des situations de crise. Nous montrons enfin qu'à des processus organisés de production et de consommation de slack prévus par l'organisation (slack officiel), se mêlent des processus ad hoc, apparaissant dans les situations de travail et mis en place par les acteurs de terrain lors de la gestion de ces situations extrêmes (slack situationnel). Cette distinction entre slack officiel et slack situationnel nous permet d'articuler pratiques de slack, rôles du slack face aux perturbations, et rôles des acteurs par rapport au slack.

Mots-clés : HRO, situation extrême, résilience, slack, urgence, hôpital

Maintenir la fiabilité en situation extrême : une approche dynamique du slack organisationnel

En 1989, le Conseil Économique et Social (qui deviendra en 2008, le Conseil Économique, Social et Environnemental – CESE) remet le premier rapport sur les services d'urgence des hôpitaux français¹. L'urgence médicale y est définie comme « *un phénomène qui touche à la santé, qui survient de façon brutale et inattendue et qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et /ou son entourage* » (Steg, 1989, p. 33). En sus de cette définition, le rapport précise que les services d'urgence sont les lieux d'accueil de patients non planifiés et doivent fournir un accueil permanent pour tous les patients s'y rendant. Les services d'urgence sont donc là pour réguler et centraliser l'accès à l'hôpital pour l'ensemble des patients n'ayant pas été planifié. Si pour assurer cette mission ces services disposent de ressources humaines et matérielles, le rapport soulève néanmoins un manque de moyens entraînant leur engorgement. Les réformes du système de santé qui se sont succédé depuis les trente dernières années n'ont fait qu'accroître cette tension entre fréquentation en hausse et manque de moyens pour y répondre. En effet, les services d'urgence ont été soumis aux mêmes contraintes de ressources et de recherche d'efficience que les autres services de l'hôpital, ceci alors même que leur activité, par essence fortement variable et difficilement prévisible, rend l'exercice de planification des ressources périlleux. Ainsi, les services d'urgence sont le « [...] *lieu où s'expriment le plus facilement les tensions du système de soins* » (Belorgey, 2010, p. 307).

L'objet de cet article est de s'interroger sur la façon dont ces unités gèrent la tension entre la capacité à faire face à des situations extrêmes (urgence vitale, imprédictibilité, variance de l'activité) en garantissant un haut niveau de fiabilité dans un contexte organisationnel et institutionnel contraignant les ressources de ces organisations. Cette tension renvoie à la capacité à gérer les contradictions entre les buts de mission – consistant à faire face aux situations extrêmes en maintenant un haut niveau de fiabilité et de résilience – et les buts de système – consistant à maintenir, voire améliorer l'efficience productive – (Nizet & Pichault, 1995). En effet, l'efficience productive considérée comme une dimension de la performance

¹ Le rapport de 1984 du même CES étant, lui, consacré à l'organisation des urgences avant l'arrivée à l'hôpital et l'importance qu'il faut lui accorder dans le système sanitaire français.

des organisations suppose une utilisation optimale et une minimisation des inputs pour produire un certain niveau d'outputs (Ostroff & Schmitt, 1993). A l'opposé de cet objectif, la littérature sur les High Reliability Organizations – auxquelles peuvent s'assimiler les services d'urgence vitale – préconise notamment le développement de redondances et de slack organisationnel au sein de ces organisations pour assurer leur fiabilité (Roberts et al., 2003). Cette tension soulève donc la question de savoir « *comment se réalisent les compromis entre les différentes dimensions de la performance* » dans les contextes où il est nécessaire d'assurer une haute fiabilité (Hollnagel, Journé, & Laroche, 2009, p. 225).

Dans cet article, issu d'une recherche de type ethnographique, nous nous focalisons sur l'étude du slack organisationnel dans un service des urgences pour étudier la capacité à maintenir la fiabilité de l'organisation dans les situations extrêmes. Le slack est en effet au cœur de la tension entre efficience et efficacité. Il permet potentiellement à l'organisation d'atteindre son but de mission mais reflète également une perte d'efficience productive. En adoptant une approche intra-organisationnelle, au plus près des situations quotidiennes de travail des acteurs, nous montrons que deux processus distincts permettent la résilience de la structure et le maintien d'une prise en charge de qualité. Le premier est un processus de consommation du slack pour faire face aux situations « ordinaires » rencontrées par le service d'urgence. Le second est un processus de consommation qui se double d'un processus de production de slack. Il apparaît dans les situations qui deviennent « normalement perturbées » (Journé & Raulet-Croset, 2008, p. 27). Ces deux processus permettent de proposer une théorie dynamique du slack organisationnel en le considérant comme une pratique dans les situations de travail, qui permet non seulement d'amortir les chocs mais aussi d'assurer la résilience de l'organisation.

Dans un premier temps, notre article revient sur les concepts de slack et de High Reliability Organizations. Une partie de la littérature caractérise ces dernières comme disposant de slack mais reste muette sur l'utilisation et la mobilisation concrète de celui-ci. Nous présentons ensuite notre méthodologie et analyse de données pour en tirer des conséquences théoriques et managériales.

ABSORBER LES CHOCS RENCONTRÉES PAR L'ORGANISATION : LE RÔLE DU SLACK DANS LA FIABILITÉ ORGANISATIONNELLE

DÉFINITION DU CONCEPT DE SLACK

Avant d'étudier le slack empiriquement et son lien avec la fiabilité, nous rappelons quelques éléments importants de définition du concept et de son opérationnalisation. Cyert et March (1963) définissent les premiers le slack organisationnel comme « *[The] difference between total resources and total necessary payments is what we called organizational slack. Slack consists in payments to members of the coalition in excess of what is required to maintain the organization* » (Cyert & March, 1963, p. 36). Les auteurs soulignent l'importance du slack dans les organisations car il permet à celles-ci d'obtenir des coalitions d'acteurs un fonctionnement satisfaisant et d'éviter que les intérêts divergents des différentes coalitions ne prennent le pas sur la performance de l'organisation. Le slack est dans ce sens, un prix à payer pour faciliter les relations entre les coalitions et réduire les conflits sur les objectifs organisationnels, bien que dans une vision purement économique de l'organisation, ce slack devrait être réduit à zéro (Cyert & March, 1963, p. 37).

Plus tard, Bourgeois (1981) s'attache à proposer différentes opérationnalisations du slack en élargissant le concept à la gestion de l'adaptation de l'organisation à son environnement. Basé notamment sur les travaux de March, Bourgeois (1981) donne la définition suivante du slack : « *Organizational slack is that cushion of actual or potential resources which allows an organization to adapt successfully to internal pressures for adjustment or to external pressures for change in policy, as well as to initiate changes in strategy with respect to the external environment.* » (ibid, p. 30). Au-delà des fonctions soulignées par Cyert et March en termes d'incitations internes pour les acteurs à participer à l'organisation et de résolution de conflits potentiels, apparaissent dans cette définition deux rôles essentiels du slack : absorber les chocs (qu'ils soient issus de l'environnement ou des conflits internes à l'organisation) (Thompson, 1967) et permettre d'initier un changement dans les organisations, notamment l'innovation. Le slack est donc susceptible à la fois de permettre le changement ou de l'en empêcher, selon les phénomènes étudiés. De plus, la définition introduit nettement la distinction entre les ressources effectivement dédiées à la constitution de ce slack et celles qui peuvent potentiellement l'être, introduisant la distinction entre slack absorbé et non absorbé dans l'organisation (George, 2005; Tan & Peng, 2003). Enfin, s'il peut exister une tension entre baisse d'efficience liée au slack et performance, Bourgeois insistait déjà sur l'idée que la

performance ne se réduit pas à l'efficacité et qu'un slack élevé pouvait s'accompagner d'une performance elle-aussi élevée.

De leur côté, Norhia et Gulati (1997) définissent le slack comme : « [...] *the pool of resources in an organization that is in excess of the minimum necessary to produce a given level of organizational output.* » (ibid, p. 604). Outre que cette définition illustre en quoi le slack s'oppose à un fonctionnement efficace de l'organisation, elle est suffisamment générale pour inclure les différentes formes de ressources qui produisent du slack et ne pas se limiter aux seules ressources financières. De plus, Norhia et Gulati (1997) précisent que leur définition du slack ne se limite pas au niveau d'analyse organisationnel mais peut s'appliquer à différents niveaux d'analyse, du niveau individuel au niveau organisationnel : « *Our definition of slack applies across organizational levels, capturing the extent to which any organizational unit (be it an individual, a department, a function, a division, or a firm as a whole) can quickly deploy excess resources to meet internal or external contingencies* » (ibid, p.604). Force est de constater néanmoins que la quasi-totalité des travaux récents étudient le slack à un niveau organisationnel alors qu'initialement, le concept était forgé pour analyser la dynamique interne de fonctionnement des organisations.

À l'aune de ces définitions, le slack est constitué de plusieurs types de ressources qu'elles soient financières, humaines ou matérielles, ces différents types de slack pouvant jouer des rôles différents. Par exemple, Meyer (1982) étudie comment la création de slack financier, humain et en termes d'investissement technologique permet de s'adapter et d'amortir les chocs environnementaux (*jolts*). Récemment, en plus des traditionnelles ressources financières, humaines et matérielles, Lawson (2001) a proposé que le slack peut également prendre la forme de ressources temporelles : « *available time - or money to buy that time-that is not fully engaged in the current delivery of the organization's primary product or service* » (ibid, p. 126). Mais plus que les types de slack, c'est probablement les combinaisons entre types de ressources et le moment où ces combinaisons interviennent qui expliquent l'influence du slack. Paelman et Vanacker (2015) montrent ainsi récemment que des combinaisons différentes entre slack financier et humain jouent des rôles différents selon l'âge de l'organisation. Si une certaine contrainte sur les ressources peut favoriser la créativité de jeunes entreprises, par la suite, cette contrainte peut se révéler trop forte pour assurer leur développement et leur survie. Cette approche incite à considérer globalement les combinaisons de ressources que les acteurs effectuent et non pas une ressource en particulier.

Enfin, au-delà de la nature des ressources alimentant le slack organisationnel, Bourgeois et Singh (1983) introduisent une nuance importante concernant l'accessibilité du slack dans une organisation. Celui-ci peut être en effet disponible pour les acteurs lorsque les ressources en excès sont présentes dans l'organisation mais inutilisées, ou récupérable lorsque les ressources en excès ont déjà été incorporées dans l'organisation mais peuvent être extraites en cas de nécessité, ou enfin potentiel lorsque le slack n'est pas présent dans l'organisation mais que l'organisation peut y avoir accès. La question est en effet de savoir dans quelle mesure le slack est accessible pour les acteurs de l'organisation.

En synthèse, le slack permet d'assurer le fonctionnement de l'organisation malgré des contraintes internes (gérer les coalitions par exemple pour Cyert et March) ou externes (par exemple absorber les chocs pour Meyer). Il est constitué de différents types de ressources qui peuvent être associées différemment pour assurer la survie ou la performance des organisations (Paeleman & Vanacker, 2015) et peut prendre plusieurs formes selon son degré d'accessibilité. En permettant à une organisation de ne pas changer ou au contraire de changer pour s'adapter à son environnement, il est a priori un élément important permettant le maintien de la fiabilité organisationnelle, c'est-à-dire la capacité à assurer « [...] *les conditions organisationnelles permettant à un système organisé complexe de maintenir les niveaux de fiabilité compatibles à la fois avec les exigences de sécurité et les exigences économiques.* » (Bourrier, 2003, p. 200). Même si cet angle d'analyse est peu développé dans la littérature qui se concentre plutôt sur les questions du lien entre slack et innovation ou performance financière, la fiabilité organisationnelle est sans conteste une composante de la performance des organisations (Hollnagel et al., 2009). Le slack a d'ailleurs suscité un intérêt croissant dans l'étude des organisations travaillant dans des secteurs où la défaillance pouvait avoir de graves conséquences comme nous le voyons dans la partie suivante.

HIGH RELIABILITY ORGANIZATIONS ET SLACK

Certaines organisations sont confrontées à des contraintes internes (couplage étroit des composants de l'organisation) et environnementales (instabilité, complexité, incertitude et volatilité des situations rencontrées, risques importants) qui mettent en péril la finalité même de ces organisations. De plus, les conséquences de leurs défaillances peuvent être catastrophiques : crash aérien, incident nucléaire, catastrophe écologique. Comme le soulignent La Porte et Consolini (1991), ces organisations sont au croisement de deux forces contraignantes. D'un côté, elles doivent gérer un système complexe à la fois au niveau technologique et organisationnel, pour éviter toute défaillance qui pourrait rendre inopérante

ou détruire l'organisation (voire pire). De l'autre, elles doivent être capable de maintenir pendant un certain laps de temps, un haut niveau de fonctionnement tant en termes de rythme (haut niveau quantitatif) que de complexité des situations (haut niveau qualitatif). Malgré ces contraintes, certaines organisations, dites organisations hautement fiables (HRO – *High Reliability Organizations*), ont développé des modes de fonctionnement leur permettant de gérer ces deux forces simultanément.

En ce qui concerne le slack, deux points de vue s'opposent en apparence. Pour Perrow (1984), une organisation produisant des interactions complexes (séquences imprévues, inconnues ou inattendues d'événements, dont certaines sont non-visibles ou non compréhensibles immédiatement) et un couplage fort (dépendance entre les éléments du système, avec une seule façon de faire et peu de marge) entre les éléments qui la compose défailira² irrémédiablement. Dans ce type d'organisation le slack n'est en théorie pas présent, ce qui peut entraîner des enchaînements catastrophiques : « *Tight coupling is a mechanical term meaning there is no slack or buffer or give between two items. What happens in one directly affects what happens in the other* » (ibid., p.163). À l'inverse, une organisation avec un couplage plus faible entre ses composants bénéficie d'un slack lui assurant une meilleure fiabilité (« *loosely coupled systems have the slack to absorb disturbance* » (ibid., p.216)).

Cependant, les chercheurs traitant du concept de HRO (e.g. Rochlin, La Porte & Roberts, 1987; Roberts, 1990a, 1990b; Weick & Roberts, 1993) proposent non pas d'opposer système complexe (avec couplage fort et slack limité) et système linéaire (avec couplage faible et slack suffisant) mais d'étudier comment ces HROs, gèrent la complexité et le couplage fort. Ainsi, sur la base des travaux en écologie des populations de Freeman et Hannan, Roberts (1990b) avance que les organisations spécialisées sont plus fiables dans un environnement stable, alors que les organisations généralistes sont plus fiables dans un environnement incertain. De ce point de vue, les HROs sont spécifiques. Elles se caractérisent à la fois par l'exploitation de technologies avancées et complexes nécessitant un haut degré de spécialisation, et par un fonctionnement avec un haut degré d'interdépendance des éléments qui les composent, nécessitant une compréhension globale du fonctionnement de l'organisation.

Le couplage fort entre éléments nécessite une forte coordination et des interactions nombreuses des acteurs pour assurer la fiabilité. Par ailleurs, un environnement incertain nécessite une complexité et une flexibilité suffisante pour pallier l'imprévu. Les HROs

² Le terme de « normalité » de l'accident dans la *Normal Accident Theory* provient donc directement des caractéristiques mêmes de l'organisation.

développent en théorie – et en un sens, paradoxalement – des processus organisationnels capables à la fois de gérer la complexité et un couplage important de ses composants. Dans ces organisations, le slack n'est pas absent. S'il y a peu de slack pour les opérateurs du fait d'un couplage étroit des composants de ces organisations, à un niveau plus général, celui-ci produit une flexibilité permettant de déterminer la meilleure alternative possible pour faire face à un événement imprévu. Plus concrètement, Roberts, Wu et Van Stralen (2003) décrivent cinq processus organisationnels qui permettent la haute fiabilité organisationnelle :

- La décision n'appartient pas forcément au plus haut gradé. Les problèmes se déplacent dans l'organisation pour trouver la personne la plus à même de le solutionner.
- Le management a une vision d'ensemble mais n'a pas le monopole de la décision.
- Il existe dans l'organisation de la redondance et du slack pour qu'une défaillance puisse être résolue à temps.
- Les procédures sont formellement définies et suivies par l'ensemble des acteurs
- La formation et l'entraînement sont le fondement de ces organisations : « *We're like a baseball team that never goes into a season* » (Roberts, 1990b, p. 169).

Les recherches autour de la haute fiabilité organisationnelle, et notamment les travaux de Weick (e.g. Weick, 1987, 1988, 1993; Weick & Roberts, 1993; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005), ont enrichi théoriquement l'approche processuelle des organisations confrontées à des difficultés et des accidents. Le maintien de la fiabilité passe notamment par leur capacité à faire face à l'inattendu. L'inattendu peut prendre trois formes (Weick & Sutcliffe, 2007) : un événement attendu n'arrive pas, un événement inattendu se produit, ou un événement inimaginable (*unthought*) se produit. Quelle que soit la forme de l'inattendu, ces formes ont en commun une attente (une attente qui n'arrive pas ; une attente mais quelque chose d'autre arrive ; une attente mais quelque chose d'inimaginable survient). Au plus l'acteur se focalise sur son attente, au plus il y a un risque que la situation dégénère en catastrophe. Gérer l'inattendu ne revient donc pas à "s'attendre à l'inattendu", mais à accepter l'impossible et l'inimaginable. Ainsi, les HROs ne sont pas des organisations de la constance mais plutôt des organisations de l'inattendu (Weick, 1995). De cette approche, on peut définir la haute fiabilité comme un processus stabilisateur permettant d'assurer la stabilité d'un résultat malgré une variation de l'environnement de production de ce même résultat (Weick & Sutcliffe, 2007). En conséquence, la fiabilité n'est donc pas l'absence d'erreurs ou de problèmes mais la tolérance aux erreurs pour assurer une continuité de fonctionnement (Gilbert, Amalberti, Laroche, & Paries, 2007).

Les travaux de Weick et Sutcliffe (2007) ont mis en avant cinq principes permettant d'assurer la haute fiabilité dont l'idée de résilience³. La résilience peut être définie comme "*la capacité intrinsèque d'une organisation à maintenir ou regagner un état dynamiquement stable permettant de poursuivre les opérations après un incident majeur ou lors d'une situation de stress continu*" (Hollnagel, 2006, cité dans Weick & Sutcliffe, 2007)). La résilience permet à l'organisation de fonctionner en contenant l'impact des erreurs et en trouvant des solutions de contournement. Cette résilience se caractérise par la capacité à absorber une force supplémentaire, la capacité à se rétablir rapidement en cas de problème, et également la capacité à apprendre et se développer à partir des expériences précédentes.

QUESTION DE RECHERCHE

Le slack a une influence sur la performance organisationnelle. Dans un contexte de HRO, le slack joue potentiellement un rôle prépondérant dans le maintien de la fiabilité en permettant de réduire le couplage des éléments qui composent l'organisation. La présence de slack rend l'organisation capable d'absorber les chocs quantitatifs (par exemple, une arrivée massive de blessés) mais aussi de faire face à l'incertitude de l'environnement (par exemple faire face à des situations imprévues ou des situations dont l'évolution est incertaine). Si sur le court terme, l'organisation fait face à une baisse d'efficacité (un surcoût lié à la création du slack), sur le moyen et le long terme, la capacité de résilience de l'organisation lui permet de surmonter la crise (Gittell, Cameron, Lim, & Rivas, 2006), ou d'augmenter son efficacité (Altintas & Royer, 2009).

Ces éléments de réflexions nous ont amené à considérer que si le slack est un élément important de la résilience dans un contexte extrême pour faire face à des événements inattendus (Roberts et al., 2003), la façon dont celui-ci se constitue et s'utilise dans la pratique est une question peu abordée dans la littérature. En effet, si son rôle pour absorber les chocs environnementaux (*jolts*) a été l'objet de nombreuses études à un niveau organisationnel, il apparaît intéressant d'étudier le slack à un niveau d'analyse plus fin, « *to see what people with greasy hands know* » pour reprendre les termes de Weick et Sutcliffe (2007, p. 73). Ce papier ambitionne donc d'étudier et d'analyser comment concrètement le slack se crée et se mobilise dans un contexte extrême et à un niveau intra-organisationnel pour

³ Les autres principes concernent un intérêt pour les erreurs et les dysfonctionnements, une réticence à simplifier les interprétations, une sensibilité aux opérations et un respect de l'expertise.

assurer la résilience ou l'absorption de chocs. Nous adoptons en particulier une conception du slack vu comme une pratique (Sgourev & van Lent, 2017), c'est-à-dire non seulement comme des ressources créées et utilisées mais comme une séquence d'événements et de réponses au cours du temps, et non en inférant l'influence du slack sur la base de résultats observés. En effet, malgré les très nombreux travaux empiriques sur les liens entre performance et slack, les relations observées – positives, négatives, en cloche ou l'absence même de relation – rendent actuellement toute conclusion impossible quant à la relation entre slack et performance, et appellent à des approches plus fines du slack (Daniel, Lohrke, Fornaciari, & Turner, 2004).

TERRAIN DE RECHERCHE ET MÉTHODES

UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES COMME TERRAIN DE RECHERCHE

Un nombre croissant de travaux étendent l'étude des HROs à de nouveaux secteurs d'activité, dont le secteur médical (e.g. Roberts, Madsen, Desai, & Van Stralen, 2005; Tamuz & Thomas, 2006). En France, l'étude des HROs offrent également des perspectives intéressantes de recherche à la fois en médecine (Cuvelier, 2013; Desmettre, 2014; Lebuffe & Wiel, 2010) et en gestion (de Bovis, 2009; de Bovis-Vlahovic, Baret, & Yalenios, 2014). L'étude sous l'angle de la haute fiabilité organisationnelle de ces organisations ouvre de nouvelles perspectives tant au niveau théorique qu'au niveau managérial du fait de l'enjeu de fiabilité dans ces organisations.

Notre terrain de recherche prend place au sein d'un Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) d'un centre hospitalier universitaire français. Un SAUV, également appelé unité de déchocage, est « *un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle* » (Chabenaud et al., 2003). De cette définition nous pouvons tirer deux éléments essentiels sur ce type de service : il s'agit du point d'entrée des patients non-planifiés de l'hôpital (comme tout service d'urgence), et cette unité traite les détresses vitales (existantes ou potentielles).

L'unité de déchocage étudiée comprend un effectif total d'une quarantaine de personnes incluant les infirmiers, les aides-soignants, les internes et les médecins (qui sont des anesthésistes-réanimateurs). Le personnel effectue des rotations de manière à ce que l'unité puisse être opérationnelle avec le même effectif sur le terrain quel que soit le moment de la journée et de l'année (24h/24 - 7j/7).

Au niveau de l'activité de cette unité, la fréquentation est d'environ 3 000 patients par an avec une durée de séjour dans l'unité allant de quelques minutes (notamment si le patient est en surveillance avant un bloc opératoire) à 72h⁴. Quotidiennement, l'activité varie d'un seul patient pris en charge dans la journée à plus d'une quinzaine. De même, la variance dans la gravité des cas (allant de la fracture au polytraumatisé gravissime) et la variété des types de pathologies (neurochirurgicales, viscérales, cardiaques, etc.) sont importantes. En plus de la variété technique, nous avons pu observer également un large panel de circonstances dans les situations rencontrées (accident de voiture ou de vélo, chute de toit, coup de feu, saut en parachute où le parachute ne s'est pas ouvert, mais aussi anévrisme, AVC, complication post-chirurgicale, etc.).

Au niveau structurel, cette unité est composée de trois zones d'activité (figure 1). La première est la salle de déchocage, la zone de prise en charge initiale du patient par l'équipe médicale de l'unité. C'est là que les soins les plus urgents sont faits pour stabiliser le patient, que les premiers examens sont effectués. La seconde zone est la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) qui « [...] a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie »⁵. Les patients de l'ensemble du pôle des urgences qui sont opérés au bloc chirurgical des urgences passent par la SSPI. La dernière zone d'activité regroupe les lits de soins intensifs de l'unité qui permettent de prendre en charge les patients trop instables pour être surveillés dans un service classique et nécessitant une surveillance intense. Ces trois zones sont intégrées dans un même bâtiment où chaque zone est connectée directement aux autres. En plus de ces trois zones principales d'activité, les internes et les médecins interviennent également au niveau du bloc opératoire du pôle des urgences (pour la partie anesthésique), ainsi qu'au niveau de l'hébergement de courte durée du pôle des urgences pour les consultations pré-anesthésiques des patients nécessitant une intervention chirurgicale.

L'unité est organisée au niveau opérationnel sous la forme d'un *trauma center*, c'est-à-dire une structure capable de prendre en charge des patients polytraumatisés sur un site unique et en permanence. En plus des ressources techniques directement accessibles par l'unité (en

⁴ Dans les textes officiels, ce type d'unité ne peut accueillir un patient plus de 72h dans ses lits de soins intensifs. Durant ce délai, le patient doit pouvoir accéder à un lit dans un autre service (ou un autre hôpital) ou être dans la capacité de quitter l'hôpital. Mais la problématique de trouver un lit d'aval (i.e. en aval des urgences) pour certains patients a pour conséquence des séjours pouvant parfois durer plusieurs semaines.

⁵ Décret No. 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.

interne, monitoring, ventilation, chariots techniques, ordinateurs, etc. ; en externe, Scanner, IRM, radiographie, banque du sang, etc.), les autres ressources nécessaires à la prise en charge d'un patient dans le cadre d'un déchocage, qu'elles soient techniques ou humaines, sont disponibles au sein de l'hôpital et peuvent être acheminées au sein de l'unité (ce sont les ressources qui viennent aux patients et pas les patients qui viennent aux ressources).

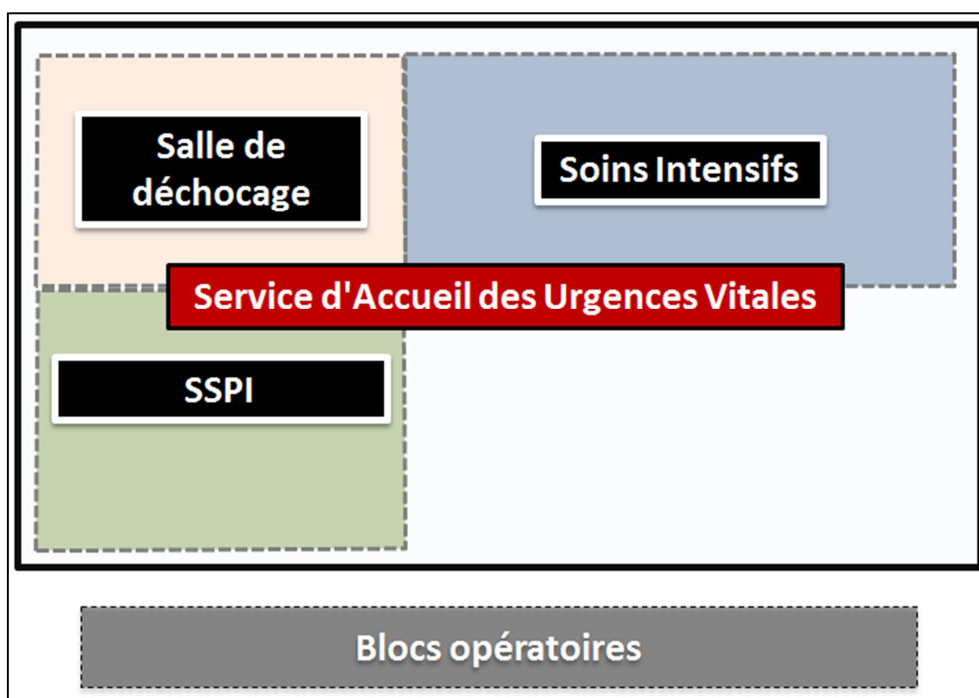


Figure 1 – Représentation schématique du service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)

De par l'imprédictibilité des situations inhérente à l'unité médicale que nous avons étudiée (qualitativement et quantitativement : on ne sait pas à l'avance quel type de patient et quelle quantité de patients le service va recevoir), ce terrain nous semble pertinent pour étudier les situations extrêmes (Bouty et al., 2012). En effet, selon la gravité du patient et l'évolution de la situation, la structuration des équipes, la communication et l'agir des acteurs se modifie. À cette imprédictibilité nous pouvons ajouter la pression temporelle sur l'action liée à l'urgence (et l'impératif) d'agir, avec une obligation d'intervenir dans une temporalité imposée de l'extérieur (Roux-Dufort, 2003). Enfin, ces situations ont un caractère dynamique, car loin d'être statiques elles évoluent et donnent lieu à une adaptation. Dans la définition d'une situation extrême (Lièvre & Gautier, 2009; Bouty et al., 2011; Lièvre, 2016), trois critères sont mis en avant : une rupture entre le quotidien vécu par les individus et la situation à laquelle ils sont confrontés ; une incertitude de la situation et de ses conséquences ; et la survenance de cette situation et de ses conséquences pouvant causer des dommages plus ou

moins importants (ces dommages peuvent être d'ordre physique, matériel, psychologique, symbolique, etc.).

CHOIX D'UNE APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE ET DISPOSITIF OBSERVATIONNEL

Afin de pouvoir étudier concrètement comment les individus, les groupes et l'organisation étudiés créent et consomment le slack pour assurer la résilience de l'organisation, notre choix s'est porté sur une approche ethnographique d'une unité de déchocage combinant à la fois observation participante, entretiens semi-directifs et données secondaires (telles que des rapports d'activités, des comptes rendus de réunions, des guides de procédures, etc.). La période couverte par cette étude de terrain s'est étalée d'octobre 2014 à décembre 2015 pour une durée de 14 mois et a été menée par l'un des deux auteurs. L'approche ethnographique nous permet de rendre compte du quotidien dans ces organisation et d'étudier les acteurs et/dans leur environnement social, sur une période de temps longue. Immérgé sur le terrain et pratiquant une observation participante, notre méthode d'observation s'est appuyée sur celle mise en avant par Journé (2005). Cette méthode d'observation consiste à combiner quatre stratégies d'observation différentes autour des variables spatiale et temporelle (tableau 1) :

- Poste d'observation fixe et observation en continu sur une période de temps longue : observer le quotidien, les régularités.
- Poste d'observation fixe et observation intense sur une période de temps courte : précision des données de la séquence observée.
- Poste d'observation mobile sur une période de temps définie : suivi en continu d'une même personne sur toute la durée de son service afin de comprendre le point de vue subjectif de l'acteur observé, les tâches qu'il effectue.
- Poste d'observation mobile sur la durée de l'événement : suivi d'une situation problématique survenant dans l'organisation ainsi que sa gestion par les acteurs.

	Déclenchement	Modalités d'observation	
		Périmètre	Durée
Stratégie 1	Systématique	Fixe (ex. : salle de déchocage)	Longue : une journée (9h) ou une garde (24h)
Stratégie 2	Aléatoire	Fixe (ex. : transfert d'un patient)	Courte (15-30 minutes)
Stratégie 3	Planifié	Mobile (ex. : suivi d'un interne)	Longue : une journée (9h) ou une garde (24h)
Stratégie 4	Opportuniste	Mobile (ex. : prise en charge d'un arrêt cardiaque)	Variable (selon la situation observée)

Tableau 1 – Système d'observation dynamique du Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)

Pour cette recherche, des situations de prises en charge de patients ont été étudiées. Afin de catégoriser ces situations de prises en charge nous nous sommes inspirés de la typologie proposée par Journé et Raulet-Croset (2008) qui proposent trois types de situations : normale, normalement perturbée et incidentelle (ou accidentelle). Mais, compte tenu des spécificités de notre terrain par rapport au secteur nucléaire, nous n'avons pas retenu le lien avec les procédures comme critère discriminant les situations. En effet, la prégnance de la procédure est plus importante dans le secteur nucléaire qu'en médecine compte tenu du caractère unique d'une prise en charge. Bien que des routines et des méthodes existent, il ne s'agit pas de protocoles complets à suivre pas-à-pas mais de guides laissant une liberté d'action aux acteurs du terrain.

Pour notre étude, nous avons ainsi catégorisé les situations de prises en charge en trois types de situations (tableau 2) : des situations normales, qui représentent les situations ordinaires en termes de fréquence de survenance et d'intensité ; des situations normalement perturbées, plus rares et plus intenses mais faisant partie de l'activité de l'unité ; des situations de crise, c'est-à-dire des situations où il y a un risque de défaillance. Enfin, cette catégorisation a fait l'objet d'entretiens avec les acteurs afin de valider la typologie et la distinction entre les situations observées.

Catégorie de situations	Fréquence	Illustration empiriques
Normale	80	- AVP [Accident sur la voie publique] scooter fractures tibia + poignet - Chute dans les escaliers, fracture hanche, trouble respiratoire - AVP piéton renversé par une voiture, perte de connaissance
Normalement perturbée	11	- Double entrée AVP 2 enfants percutés par une voiture - Chute du 2^e étage réception sur sol béton, ACR [Arrêt Cardio-Respiratoire] durant le transport - AVP moto haute vitesse traumatisme crânien et thorax grave
Crise	2	- Impossible de faire une transfusion sanguine rapide - Décès lors d'une intervention chirurgicale

Tableau 2 – Types de situations étudiées

RÉSULTATS

Sur la base des travaux de Van Maanen (1979), les résultats sont présentés en deux parties : une première partie plus descriptive présente la création et la consommation de slack selon les situations rencontrées par l'organisation observée. La seconde partie des résultats se veut plus analytique et propose une approche conceptuelle de ces résultats.

RÉSULTAT DE PREMIER NIVEAU : CRÉATION ET CONSOMMATION DE SLACK DANS UNE UNITÉ D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES

En préambule des résultats, il convient de préciser que l'unité de soins étudiée n'est pas soumise à une limitation de ses ressources lorsqu'il s'agit d'intervenir sur des cas, ce qui n'empêche pas les négociations avec l'administration sur ces ressources hors des périodes d'intervention. Compte tenu de son intégration dans un grand centre hospitalier universitaire, toutes les ressources, qu'elles soient matérielles ou humaines (en nombre ou en spécialités médicales), sont présentes dans le centre hospitalier comme l'indiquent plusieurs acteurs (Encadré 1)⁶. Il n'est donc pas possible que l'unité soit sujette à une pénurie de ressources lorsque la prise en charge d'une situation l'exige. Pour reprendre la typologie de Singh et Bourgeois (1983), le slack potentiel de l'unité est donc très élevé dans ces moments-là.

Ensuite, concernant les types de slack étudiés, nos résultats se sont concentrés principalement sur les slack matériels et humains.

Encadré 1

« On n'est pas limité par la place ni par les moyens humains. Tu peux avoir plusieurs chirurgiens. Idem on n'est pas limité en matériel, on a des blocs, 2 scanners, donc pas de limites en technique. Idem on n'est pas limité en médicaments. Comparé en clinique on va te dire « on va pas vous donner du Neuroseven c'est trop cher ». Nous tout est dans le frigo. On n'est pas limité en biologie avec le centre d'analyse qui est au CH [Centre Hospitalier]. » (Entretien médecin1).

« On ne m'a jamais dit qu'on avait une restriction budgétaire. C'est l'avantage du déchocage, on a tous les moyens. Personne ne m'a dit à 25 culots [globulaires] d'arrêter. Si je m'arrête c'est que sur le plan médical il n'y a plus d'espoir. Jamais pour un argument financier. » (Entretien médecin2)

Le slack prévu par l'organisation et négocié avec l'hôpital

Deux pratiques constituent le slack prévu par l'organisation. Une première pratique concerne la mobilisation des ressources humaines au sein de l'hôpital en cas de nécessité. Il est par exemple officiellement possible de faire appel durant les gardes de nuit à un médecin supplémentaire. Ce médecin de garde est affilié pour sa garde à une unité dont la variance d'activité est plus faible que le SAUV étudié et peut donc en cas de nécessité intervenir ou être pré-mobilisé lorsque la situation l'exige (Encadré 2). Les membres de l'équipe nomment, non sans humour, cette ressource *L'appel à un ami*, plaisanterie basée sur l'émission TV *« Qui veut gagner des millions ? »*.

⁶ Les résultats sont présentés sous la forme d'encarts pour faciliter la lisibilité du texte. Ces encarts sont constitués soit de verbatim issus d'entretiens, soit de reconstitutions d'événements sous la forme d'une chronologie. Cette reconstitution se base sur une pluralité de matériaux : événements observés durant la présence sur le terrain, discussion avec les acteurs de terrain, entretiens semi-directifs, données secondaires.

Encadré 2

« Tout de suite c'était très chaud avec ce patient. Ils ont dû faire appel au [médecin de garde supplémentaire], celui qui est de garde [dans un autre service] pour lui dire qu'on allait avoir potentiellement besoin de lui. Comme ce patient a canalisé [i.e. mobilisé] un médecin juste pour lui, on a fini par lui dire de venir pour que le reste puisse tourner. » (Entretien interne1).

La seconde pratique concerne l'indifférenciation des ressources afin de pouvoir les recombinaison selon les situations. Ceci est rendu possible par le fait qu'il s'agit de la même équipe d'anesthésiste-réanimateur qui s'occupe du SAUV (déchocage, SSPI et lits de soins intensifs) mais également de la partie anesthésique des blocs opératoires des urgences. Par ailleurs, la disposition des lieux facilite cette indifférenciation : proximité géographique, interconnexion des locaux (Encadré 3).

Encadré 3

« J'ai besoin d'une place en salle de réveil pour faire une ALR [Anesthésie locorégionale], ah tu n'as pas de place bon bah je vais prendre ça [une autre place], donc la personne le sait et ça se reconfigure. La reconfiguration perpétuelle et c'est au niveau médical, au niveau des infirmiers et des aides-soignants. » (Entretien médecin3)

Observation : 02/07/2015 – 11h15

Transfert du patient du déchocage No.1 vers la SSPI car toutes les places de déchocage sont occupées

C'est ce patient qui part en SSPI car il est le plus stable

Le médecin prévient les infirmiers du déchocage et du SSPI pour mettre à jour la situation

Mais ce slack prévu par l'organisation ne va pas de soi et a été négocié et doit être défendu. Dès la conception des locaux de l'unité, les médecins ont du faire valoir une organisation géographique permettant une flexibilité et pas un aménagement rationalisé par type d'actes avec les blocs opératoires d'un côté et les soins intensifs de l'autre (Encadré 4).

Encadré 4

Observation : 10/12/2014 – 22h30

Je discute avec un des médecins de l'équipe qui est de garde cette nuit. Lors des travaux pour la reconfiguration des locaux, une bataille s'est engagée avec l'administration afin de conserver les spécificités du déchocage, des lits de soins intensifs, de la SSPI, en étant géographiquement proches. Le médecin m'explique à l'aide d'un schéma que les blocs opératoires et la SSPI devaient être séparés du reste de l'unité.

« [Le Médecin responsable] s'est battu pour que ce soit créé [i.e. l'aménagement spécifique de l'unité]. S'il n'était pas là, ça n'existerait pas. L'énorme salle de déchocage avec les lits d'aval à côté, à 15 mètres du bloc, à 15 mètres du scan. Il s'est battu pour que ça soit comme ça. » (Entretien médecin2)

La négociation passe également sur les effectifs paramédicaux avec une tension entre d'un côté les décrets officiels obligeant l'hôpital à respecter un effectif minimal et de l'autre des recommandations des sociétés savantes pour une prise en charge optimale des patients (Encadré 5).

Encadré 5

« Le décret en réanimation c'est 1 infirmière pour 2 patients [dans le décret n°2002-466 du 5 avril 2002 il est écrit 2 infirmière pour 5 patients soit 1 infirmière pour 2.5 patients]. Pour les soins intensifs il n'y a pas de décret, il y a des référentiels et des recommandations, pour les soins intensifs et soins continus. Et ça change tout ! Tu peux aller voir le Directeur Général et lui dire on veut ces effectifs mais avec les recommandations seulement il va te dire « vous êtes gentils mais montrez-moi que vous en avez besoin ». Donc nous on a calculé les effectifs paramédicaux. » (Entretien avec le médecin responsable)

Cette négociation passe également par une relative autonomie de gestion dans le fonctionnement selon une règle que l'on pourrait résumer ainsi : « vous fonctionnez bien et pas trop cher et en échange nous vous laissons tranquille » (Encadré 6).

Encadré 6

« C'est un accord tacite de bonne gestion du service. En contrepartie, on ne devient pas un monstre budgétaire. » (Entretien médecin3).

« On fait ce qu'on veut mais on ne doit pas trop déborder. Et puis ça nous arrange d'avoir ce confort, faire ce qu'on veut. » (Entretien médecin4).

« Le chef de service ne vient jamais. Vous gérer votre organisation du temps de travail, vos dossiers, vos projets, vous êtes un petit village. [...] À partir du moment où ça passe [budgétairement] que le boulot est fait lui s'en fout. C'est un bon deal. Si on pouvait publier plus il aimerait bien. Mais [plusieurs médecins de l'unité] suivent beaucoup de thèses et pilotent des études. » (Entretien médecin4).

La protection du slack passe également par une présence dans les instances de décision de l'hôpital afin d'éviter des dérives gestionnaires qui pourraient impacter la qualité des soins. En effet, de façon générale, nous avons observé une distance importante entre les acteurs de terrain, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, et l'administration hospitalière. Les médecins, et notamment les médecins responsables d'unités et de pôles, doivent donc s'impliquer dans un nombre important de réunions afin de pouvoir s'assurer que les chiffres présentés et manipulés par le personnel administratif sont cohérents avec la réalité du terrain et pouvoir les justifier et en donner une interprétation concrète en termes de qualité des soins et de sécurité du patient (Encadré 7). De ce travail « politique », dépendent en effet en partie les ressources attribuées à l'unité.

Encadré 7

Observation : 16/11/2015 – 12h30

Lors d'une pause déjeuner nous discutons de l'hôpital et de la structure administrative, un médecin me répond : « *Il y a des choses qui sont décidées au-dessus de nous et on n'est pas convié à la discussion.* »

« Dans le comité performance ils n'arrêtent pas de parler de Lean Management. Ça c'est le gros truc. Tu te rends compte que les chiffres qu'on te donne à la DAF il y a pleins de choses fausses. Ils n'ont aucune idée du volume d'activité. Quand on te dit 2.000 hospitalisations complètes, pour eux c'est le chiffre, ils n'ont aucune possibilité de confirmer. Ils n'ont aucune vision médicale et il y a des erreurs à chaque fois. Et tu récupères 200, 300, 400, 600 mille euros. [...] Des fois tu as des trucs délirants. Et ça prend beaucoup de temps, il faut des gens intéressés. [...] Le NMP [Nouveau Management Public] ça a transformé l'hôpital avec une diminution énorme du pouvoir des médecins. Avant la CME [Commission Médicale d'Établissement] avait un rôle important avait un pouvoir décisionnel important maintenant on a l'impression que ça ne sert plus à grand-chose. Le comité directeur, ou quelque chose comme ça, ils sont 5-6, ils décident plus. » (Entretien médecin responsable)

Cette incompréhension se cristallise dans des tensions entre la volonté d'optimiser les ressources d'un côté par l'administration et la nécessité de disposer de ressources non-utilisés mais à disposition de l'autre, au nom d'une défense de la culture de l'unité (Encadré 8).

Encadré 8

Observation : 06/11/2014 – 13h30

Discussion entre infirmiers sur les problèmes de relations avec l'administration. Le ton monte sur l'incompréhension de leur activité : « *est-ce qu'ils savent ce qu'on fait comme métier au moins ?* » Suite à cela, je discuter avec un médecin pour avoir son point de vue sur cette incompréhension : « *on ne s'intéresse plus au soin, on considère que ça va se faire quoi qu'il arrive* »

Observation : 10/11/2015 – 14h40

La cadre gestionnaire arrive dans le servie et demande à 1 aide-soignant d'aller aider les urgences classiques « *car c'est Beyrouth* ».

Gronde des autres aides-soignants et des infirmiers qui appellent la cadre de service : « *ce n'est pas parce qu'il n'y a rien maintenant que dans 5 minutes on ne sera pas débordé* ». L'aide-soignant réquisitionné reste dans l'unité en attendant, peu volontaire pour y aller.

Finalement, il restera dans l'unité.

Le slack émergeant de la pratique

Au-delà du slack officiel, prévu et négocié avec la structure hospitalière, l'unité de soins que nous avons étudiée dispose d'un slack créé lors de la prise en charge de certaines situations. La culture de l'unité et les relations interpersonnelles ont forgé un réseau de relations qui dépasse les horaires officiels de travail. Ainsi, régulièrement les médecins qui sont de garde communiquent avec les médecins de repos pour informer de situations critiques et inversement les médecins de repos s'informent de la situation de l'unité. Les sites web de

presse locale jouent alors un rôle de signal d'alerte pour avoir des informations complémentaires et se tenir prêt (carambolage massifs, accident de bus scolaire, attentat, accident industriel, etc.). Il n'y a donc pas un cloisonnement fort entre médecins de garde et médecins de repos mais des médecins sur le terrain et d'autres potentiellement mobilisables (Encadré 9).

Encadré 9

Observation : 17/11/2015 – 08h45

Les discussions portent sur les événements du 13/11/2015 à Paris [l'attentat du Bataclan]. J'apprends l'existence d'un groupe *WhatsApp*⁷ des anesthésistes sur lequel ils ont discuté une partie de la nuit. Le médecin responsable a mis en alerte l'équipe au cas où pour être prêt à recevoir des patients moins grave afin de vider les services de Paris pour qu'ils puissent accueillir les victimes des attentats.

Le médecin responsable connaît bien les responsables des unités de réanimation et de déchocage de Paris et avait des infos de premier ordre sur les évolutions possibles en termes de prises en charge en dehors de Paris.

Vers 06h00, l'alerte est levée de l'alerte.

« Même si on est pas amis, on est très lié. Le petit WhatsApp qu'on s'est fait, on s'écrit 3 ou 4 fois par semaine : des conneries à « il va y avoir plan blanc. » (Entretien médecin responsable)

En pratique, le slack est soumis à deux tensions. La première est liée à la mission même de l'unité : il s'agit de l'unité prenant en charge les patients les plus graves, dans un grand hôpital. Le manque de moyens, et notamment le manque de places dans l'unité, n'est pas un critère ; seuls les critères médicaux conditionnent l'acceptation ou le refus de prise en charge du patient (Encadré 10).

Encadré 10

« Je ne refuse pas, même si je n'ai plus de place, je me débrouille mais je le prends. Le manque de place n'est pas un critère. Le patient [X], il est inrefusable. Je le dis à [médecin responsable] le lendemain que j'ai refusé un patient comme ça parce que je n'avais pas de place, ce n'est pas possible » (Entretien médecin2)

En lien avec cette mission, la deuxième tension provient de l'impossibilité pour l'unité de renvoyer des patients ailleurs afin de constituer son slack. Cette tension est d'autant plus forte que l'unité est victime de cette pratique opérée par d'autres unités et d'autres hôpitaux (Encadré 11).

⁷ Outil de messagerie instantanée via Internet

Encadré 11

Observation : 06/03/2015 – 16h00

Un médecin m'explique qu'ils ne peuvent pas envoyer dans un autre hôpital et peu sur un autre service s'ils sont plein, qu'ils sont un « service porte » et que cette porte n'est jamais fermée pour des critères de ressources.

Un médecin et un infirmier m'expliquent que les autres services verrouillent des places d'aval pour se créer de l'espace (notamment le week-end) et diminuer la charge de travail.

Puis ils m'expliquent la technique du « *patient fantôme* » : placer un patient dans une chambre alors que le patient n'y est pas vraiment (afin de bloquer une place) : comme on peut avoir accès au remplissage de toutes les unités, si quelqu'un (notamment l'administration) vient vérifier informatiquement, il verra que la chambre est occupée.

Ces pratiques limitent les places d'aval et viennent encombrer les services d'accueil des patients qui se retrouvent dans l'impossibilité de transférer leurs patients et gérer le flux de patients arrivant aux urgences.

Pourtant malgré cela, nous observons une disponibilité d'une place de déchocage inoccupée de manière très fréquente, issue de la volonté de l'équipe d'avoir à sa disposition une place de libre afin de pouvoir accueillir l'imprévu dans des conditions optimales. Dans le même ordre d'idée, lorsque toutes les places sont occupées la priorité est de libérer une place de déchocage et lorsqu'elle est libre, de la préparer au plus vite (nettoyage, préparation des consommables pour une prise en charge, etc.).

Concrètement, les acteurs créent et consomment le slack au gré des situations. Le slack vient répondre à la nécessité de disposer rapidement de ressources supplémentaires lié à la pression temporelle pour sauver un patient plus que de savoir si ces ressources existent dans l'unité (comme nous l'avons développé précédemment, le slack potentiel n'est pas limité). Cette mobilisation de ressources supplémentaires, les acteurs vont constituer un slack situationnel selon trois critères : l'évaluation de la gravité de la situation à l'arrivée d'un patient (ou en amont de son arrivée via les informations transmises par téléphone) ; l'évolution de la situation lors de la prise en charge ; l'environnement de l'unité à ce moment-là : remplissage, gravité des patients présents, les entrées déjà prévues (comme le révèle la séquence retracée dans l'Encadré 12).

Encadré 12

Observation : 20/02/2015

* 10h25 *

Entrée prévue : chute de 4 mètres, 2 arrêts cardiaques déjà avec le SAMU

ETA [Estimated Time of Arrival – Heure d'arrivée estimée] : 60 minutes avec crâne grave (traumatisme et anisocorie⁸), thorax grave

* 10h30 *

Mise à jour de l'ETA : 30 minutes car va être hélicoptéré

Préparation du déchocage par l'infirmier et l'aide-soignant

* 11h05 *

Arrivée du patient : 2 infirmiers, 2 aides-soignants, 3 externes, le médecin senior, l'interne sont présents (+ l'équipe du SAMU composée de 3 personnes)

Infirmier du déchocage coordonne l'autre infirmier qui l'assiste

2 aides-soignants travaillent en coordination (peu de paroles, chacun sait ce qu'il faut faire)

3 externes observent

Médecin prend les transmissions avec le SAMU

Interne coordonne la partie technique de la prise en charge

Le chirurgien thoracique arrive pour examiner le patient

* 11h10 *

Le médecin guide l'interne mais ne participe pas aux gestes techniques

« Le secret c'est de ne pas mettre de gants. Si tu mets des gants tu as perdu. Mais des fois tu n'as pas le choix. Si le malade tu dois être 6 à le soulever, tu mets des gants pour aider. Je n'aime pas car du coup je réfléchis moins bien. » (Entretien médecin2)

Interne pose la voie centrale

3 chirurgiens observent la technique et regardent les radios

3e infirmier arrive pour apporter les médicaments de la pharmacie

1 médecin du service est présent mais n'intervient pas

* 11h40 *

Départ pour le scanner avec l'interne de neurochirurgie qui les accompagne pour voir les images directement

* 11h45 *

Nettoyage pendant que le patient est au scanner (nettoyage, ramasser ce qui est tombé, recomposer le stock de consommables, etc.)

* 12h30 *

Entretien avec la famille

Une consommation totale ou partielle du slack

Les acteurs créent du slack situationnel dans la pratique de manière contingente aux situations auxquelles l'unité doit faire face. Une fois la situation gérée, le slack est démobilisé s'il n'a pas été consommé (ou a été consommé et n'existe plus). On retrouve ici l'intérêt d'une étude au quotidien pour étudier ces slack temporaires (Encadré 13).

⁸ dissymétrie de diamètre entre les deux pupilles ; origine physiologique bénigne ou symptôme d'un trouble neurologique important.

Encadré 13

Observation : 27/10/2014

* 11h10 *

Les 4 places de déchocage sont occupées

La SSPI sert de tampon pour ventiler les patients selon la gravité

* 11h20 *

Un arrivée est prévue : le médecin demande à temporiser cette entrée 10 minutes par le SAMU

* 11h30 *

Le médecin : « *il va falloir penser à créer un 5e déchocage avec scope mobile et appareil de ventilation mobile* »

Arrivée prévue (celle de 11h20 avec 5 minutes d'avance) : mis en SSPI au vu des infos du SAMU et de l'examen initial

Négociation du médecin avec une autre unité pour prendre un patient : refus

Unité de neurochirurgie ne veut pas prendre un autre patient

* 11h50 *

Création d'une 5e place de déchocage pour une arrivée prévue

* 12h50 *

Déblocage de certains lits d'aval

Les places de déchocage se libèrent

L'interne et le médecin s'attachent maintenant à vider la SSPI

La 5e place de déchocage est « démobilisée » sans avoir finalement été utilisée

Mais si lors de situations extrêmes, le slack est totalement consommé et la situation n'est pas sous contrôle ou si la mobilisation du slack a été insuffisante alors il y a risque de défaillance dans la prise en charge. La crise, au sens de la difficulté à surmonter une situation, mais également la tension qui règne à ce moment-là sont dans ce genre de situation à leur apogée (Encadré 14). L'équipe cherche alors à retrouver à un équilibre entre ressources nécessaires et ressources disponibles à ce moment-là. La tension dans ce genre de situations se manifeste par la raréfaction de discussions accessoires, des actions et des gestes précis et rapides, une attention focalisée sur l'état de santé du patient et son évolution. Dans ce genre de situations, il y a donc une profusion d'actions mais, paradoxalement, un silence relatif.

Encadré 14

Observation : 06/02/2015

* 09h15 *

Transfusion en urgence pour le patient du déchocage No.3 car choc hypovolémique⁹

Besoin immédiat d'un réchauffeur de sang [Accélérateur-réchauffeur de sang] car transfusion rapide et massive sur un patient très instable [or, passer un sang trop froid nécessite une dépense énergétique supplémentaire pour le patient, ce qui compte tenu de son état, présente un risque d'accroître son instabilité : arythmie cardiaque, hypothermie]

Infirmier : « *on n'en a pas, il y en a un au bloc.* » [Court pour aller le chercher au bloc opératoire]

Médecin : « *on savait qu'on allait potentiellement devoir transfuser, on n'a rien anticipé ; on n'a pas été bon* » [le dit tout haut pour tout le monde]

* 09h25 *

L'infirmier revient avec le réchauffeur de sang et comment l'installation avec un IADE venu en renfort du bloc opératoire.

Un autre infirmier du service est à proximité : « *si t'as besoin je suis là* »

* 09h30 *

Réchauffeur en place, culots de sang posés et en cours de transfusion

Le médecin et l'interne regardent les courbes et les chiffres de monitoring et demandent à être rappelés par l'infirmier lorsque les culots seront passés

Observation : 10/06/2015 – 16h00

Entrée prévue

À l'examen du dossier et transmission du SAMU : patient contaminé par BLSE positif (β -Lactamases à spectre élargi : une bactérie multi-résistante aux antibiotiques)

Or, le patient a été mis dans le déchocage. Il va falloir laver la place de déchocage entièrement et aucune chambre n'est pour l'instant disponible pour un isolement

L'interne de chirurgie thoracique était au courant de l'information

L'infirmier du déchocage (en parlant du PH) : « *tiens il va clouer au mur l'interne de chirurgie* ».

[À cause d'un patient c'est tout le fonctionnement du service qui est paralysé ; 1 place de déchocage bloquée pour bio-nettoyage ; lavage de tout ce qui a été en contact ; du personnel bloqué pour ne faire que ça afin d'éviter contamination indirecte].

RÉSULTAT DE SECOND NIVEAU : PROCESSUS DYNAMIQUE DE CRÉATION ET DE

CONSUMMATION DE SLACK SELON LES SITUATIONS

Que ce soit au niveau organisationnel ou à un niveau plus micro, le slack apparaît comme un levier principal pour faire face aux situations extrêmes et assurer la résilience de l'organisation.

Il est l'objet de tension entre l'unité de soins que nous avons étudiée et la structure hospitalière. Cette tension se retrouve à deux niveaux. Le premier niveau de tension concerne

⁹ « Insuffisance circulatoire aiguë consécutive à une diminution rapide du volume sanguin circulant. [...] Il impose une hospitalisation en urgence avec pose d'une perfusion veineuse pour compenser les pertes liquidiennes et rétablir une pression artérielle efficace. » (Source : Larousse Médical, P.185)

la négociation avec l'hôpital autour du slack. L'unité doit justifier son octroi, justification d'autant plus difficile qu'il faut réussir à démontrer en quoi la présence de slack assure la fiabilité de l'unité, en quoi ce coût est justifié. En France, l'institutionnalisation de la sûreté en médecine, dans une approche par la résilience, est encore un sujet récent (l'approche prévention étant pour sa part largement développée). En comparaison avec le secteur de l'aéronautique civil, nous avons pu constater notamment que le rapport à l'erreur est encore tabou, qu'aucun système au niveau national de rapport d'erreurs anonymes n'existe (du type ASTS – *Aviation Safety Reporting System*), ou pour citer un médecin de l'unité : « *la médecine en est au niveau de l'aviation civile à l'époque de Tenerife [de 1977]* ». Faute d'une forte valorisation de la sûreté (et surtout des moyens à mettre en place pour y arriver), la justification va s'apparenter à un « marketing de la sûreté ». D'un côté, il va s'agir de souligner l'impact sur l'image de marque de l'hôpital en cas de défaillance de la sûreté, et dont la presse se fait l'écho régulièrement. De l'autre, en offrant à l'hôpital une vitrine à faire valoir au niveau local et national (par exemple une reconnaissance d'être une unité d'excellence, être pilote de projet de recherche au niveau international, un signal au niveau des instances nationales médicales et auprès du grand public, etc.), la sûreté renforce la position de l'hôpital dans l'écosystème de santé.

La seconde manifestation de cette tension se retrouve dans l'existence d'un slack situationnel, créé à l'insu de l'organisation. Ce slack émerge de la pratique des acteurs de terrain et vise à contrer l'augmentation du couplage entre les ressources et l'activité de l'unité afin de répondre à l'impératif de fiabilité. Ce slack émerge donc de la tension entre la mission de l'unité (mission confiée par l'hôpital), et les moyens de cette mission (donnés par l'hôpital). Parce que dans les HROs le partage et l'acceptation des buts et des valeurs de l'organisation sont des fondements de leur fiabilité et de l'identité de l'unité (Weick, 1987), les ressources à disposition sont étirées, allongées (et si nécessaire masquées) afin de satisfaire à l'accomplissement de la mission.

Création et consommation du slack selon les situations : une approche dynamique

Cette double approche du slack, au niveau organisationnel et au niveau situationnel, est à mettre en perspective des situations rencontrées qui évoluent de manière soudaine et inattendues. En effet, les situations doivent s'observer de manière dynamique : il n'y a pas de situations normales et d'autres normalement perturbées figées mais une évolution, un continuum, de l'évolution d'une situation extrême. Ce continuum s'observe à deux niveaux

d'analyse : celui de la situation de la prise en charge d'un patient, et celui du contexte de prise en charge du patient à ce moment-là.

Une situation peut donc être extrême si l'état de santé du patient l'est (ex. : blessure par balle avec hémorragie massive) ou extrême de par sa volatilité (ex. : anévrisme aortique non-rompu). Au niveau de l'unité, la situation peut être extrême dans la variance et l'imprédictibilité des cas quantitativement (nombre de patients à prendre en charge) et qualitativement (types de patients à prendre en charge). À ces facteurs, il faut également ajouter le nombre de patients déjà présent dans l'unité et les ressources restantes (notamment en termes de place et de temps pour les gérer).

Pour chaque type de situations, nous pouvons formaliser un mode spécifique de gestion des processus de création et de consommation du slack. Par ailleurs, si une situation évolue dans ce continuum, il devient alors pertinent de comprendre les éléments, les points d'inflexions qui font basculer l'unité d'un mode de gestion à un autre, de l'activation d'un processus de slack à un autre : *« Appréhender la gestion en termes de situation consiste aussi à se préparer psychologiquement à ce que la situation change, plus ou moins brutalement. Et c'est être conscient de ce qui se passe et de ce qui risque de se passer dans un futur proche ; c'est aussi réactualiser en permanence cet état de conscience, faire preuve de vigilance. [...] Le repérage de ces évolutions est une condition pour espérer conserver la maîtrise de la situation. »* (Journé & Raulet-Croset, 2008, p. 50).

Il est alors possible de modéliser un processus dynamique de création et consommation de slack selon les situations (Figure 2), où les points d'inflexion marquent le changement d'un mode de gestion à un autre. Lors de situations normales, l'unité dispose d'un slack prévu par l'organisation, assurant une négociation et une protection de son slack au sein de la structure hospitalière. Lors d'une situation inattendue ou si une situation devient instable, une tension se manifeste dans l'activité qui va faire basculer l'unité dans un mode de gestion des situations normalement perturbées. Le slack déjà présent dans l'unité est consommé si besoin et un processus de création de slack situationnel est également activé, afin d'assurer la résilience de l'unité. Si le slack constitué est totalement consommé et qu'il y a une insuffisance des ressources face à l'urgence (la ressource est potentiellement disponible mais pas accessible immédiatement), alors l'unité bascule dans une situation de crise et doit adapter à nouveau ses modes de gestion. Dans ce dernier mode, la résilience est mise à l'épreuve et l'unité cherche à retrouver un équilibre entre ressources nécessaires et ressources disponibles, lui permettant de faire face à la situation. Au niveau des processus de création et de consommation de slack, l'unité va mobiliser plus de ressources le plus vite possible. Soit cette

mobilisation de ressources supplémentaires est suffisante pour retrouver un équilibre et un mode de gestion des situations normalement perturbées, soit elle insuffisante et il y a alors défaillance de la résilience. Bien qu'événement rarissime, cette défaillance n'en est pas moins réelle, et les conséquences dramatiques qu'elle peut engendrer également.

Au travers des modes de gestion s'activent différents processus de création et de consommation de slack. Cette dynamique des processus n'est pas linéaire comme l'illustre la figure 2. En effet, une situation normale peut devenir une crise soudainement sans avoir à passer par une étape intermédiaire. La défaillance est d'ailleurs d'autant plus prégnante que la variance de la situation est soudaine et forte : l'impératif d'action face à l'urgence ne peut ignorer le temps nécessaire à mobiliser des ressources pour y faire face.

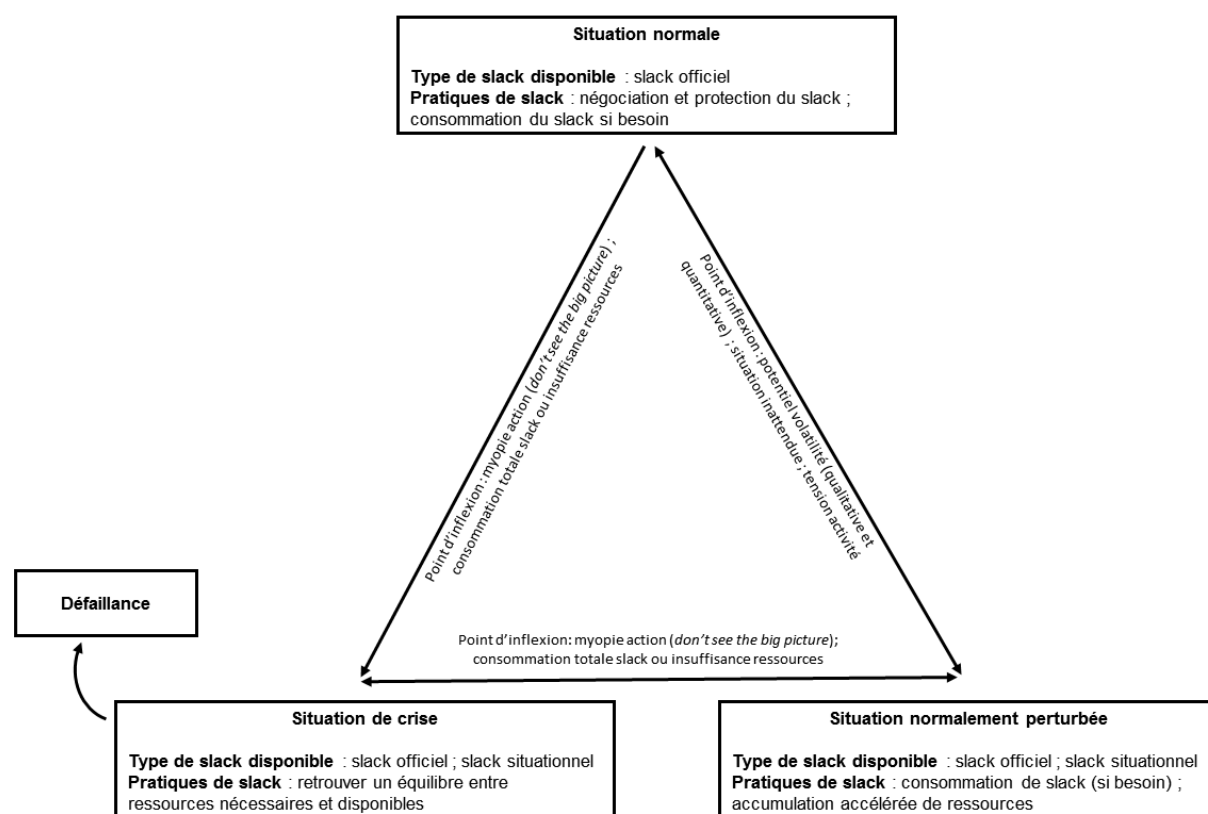


Figure 2 – Processus de slack selon l'évolution de la situation

La résilience de l'organisation passe donc par sa capacité à faire face aux différentes situations et leurs évolutions. Cette capacité de résilience se fait par la mobilisation de ressources en surplus en temps voulu et selon les situations. En effet, la rapidité du besoin en ressources, l'impossibilité de prévoir la situation (et son évolution) nécessitent une disponibilité quasi-immédiate de ressources non-utilisées, un slack prêt à l'emploi. Les

processus d'accumulation et de consommation du slack se déploient alors au gré des situations rencontrées pour y faire face. La résilience passe également par un équilibre retrouvé, une sortie de la zone de crise avant qu'il ne soit trop tard. L'incapacité à retrouver un équilibre en temps voulu lors de situations d'urgence vitale est un événement stressant pour les équipes, mais qui reste rare. Enfin bien que la mort fasse partie du fonctionnement de cette unité (en moyenne, un décès survient tous les deux jours directement au sein de l'unité), l'incapacité à assurer la résilience met en péril la sécurité du patient, avec de potentielles conséquences funestes.

Cette approche dynamique du slack organisationnel nous amène à distinguer deux types de réponses selon les situations auxquelles est confrontée l'organisation. D'une part, la littérature considère le slack comme un amortisseur pour absorber les chocs, un « *buffer* » (Bourgeois, 1981, p. 33). D'autre part, la résilience est vue comme « [...] *the ability of systems to absorb and recover from shocks, while transforming their structures and means for functioning in the face of long-term stresses, change and uncertainty.* » (van der Vegt, Essens, Wahlstrom, & George, 2015, p. 972). Mais si dans la littérature, *buffering* et résilience semblent largement assimilés, notre recherche met en avant que le slack peut être à la fois considéré comme une pratique visant à absorber les chocs, sans « déformation de l'organisation » dans les situations normales, mais également comme une pratique assurant la résilience et une transformation de l'organisation, notamment après les crises vécues par l'organisation (tableau 3). Selon l'amplitude de la perturbation – le type de situation extrême rencontrée – le slack en action sera un amortisseur ou assurera la résilience. Les acteurs confrontés à ces situations auront un rôle passif (slack organisationnel officiel disponible et consommé par les acteurs) ou actif (slack situationnel à créer et consommé par les acteurs dans les situations perturbées).

Type de situation extrême	Consommation et création de slack	Rôle du slack face aux perturbations	Rôle des acteurs par rapport au slack
Normale	$S_o \geq S_c$	Amortisseur (<i>buffering</i>)	Passif
Normalement perturbée	$S_o + S_s \geq S_c$	Résilience	Actif
Crise	$S_o + S_s < S_c$ (déséquilibre)	Résilience	Actif
Légende : S_o : slack officiel ; S_s : slack situationnel ; S_c : slack consommé			

Tableau 3 – Articulation des pratiques de slack, rôles du slack et rôles des acteurs

RÉSILIENCE ET EFFICIENCE : UNE TENSION ENTRE STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET UNITÉS DE SOINS

Au travers de cette recherche nous avons cherché à comprendre comment une organisation confrontée à des situations extrêmes peut assurer sa résilience en nous focalisant sur le rôle du slack. L'environnement dans lequel elle évolue, l'imprévu qu'elle doit intégrer dans son fonctionnement et la volatilité des situations font qu'évaluer une situation à un instant précis n'est pas simple. Difficulté renforcée par l'évolution potentiellement rapide de cette situation. Il est donc nécessaire d'avoir à disposition un slack prêt à l'emploi afin d'assurer la résilience. Nos résultats mettent en avant que slack peut être étudié sous un angle processuel – en particulier de création et de consommation – plus que comme une caractéristique organisationnelle. De plus, ces processus évoluent avec les situations rencontrées. Selon les situations, l'organisation adapte son mode de fonctionnement (La Porte & Consolini, 1991; Journé & Raulet-Croset, 2008) : d'un mode de fonctionnement normal, elle peut basculer à mode intense ou dans un mode plus critique selon l'évolution de la situation et la capacité de l'organisation à surmonter les difficultés auxquelles elle est confrontée. Conceptuellement, notre étude permet donc de distinguer deux types de slack au-delà des distinctions classiquement opérées dans la littérature (Bourgeois, 1981; Lawson, 2001; Meyer, 1982) : un slack organisationnel et un slack situationnel qui s'articulent de manière dynamique. L'organisation dispose de slack organisationnel en mode normal, qu'elle consomme dans ces autres modes au gré des évolutions des situations. Les acteurs créent de plus un slack situationnel qui sera consommé s'il y a lieu, partiellement ou dans sa totalité, pour gérer la situation. Le retour à un mode normal entraîne la démobilisation du slack situationnel qui n'a pas été consommé et la reconstitution du slack prévu par l'organisation.

Néanmoins, comme nous l'avons vu, si une partie du slack est acceptée dans l'organisation par la structure hospitalière, il l'est au prix d'une négociation et d'une lutte régulière pour le conserver. En outre, une partie du slack est créée en dehors de la supervision de l'administration hospitalière. Pour reprendre les termes de Meyer (1982, p. 530), si les organisations luttent pour se créer du slack, l'unité de soins que nous avons étudiée lutte surtout dans l'organisation à laquelle elle appartient pour assurer sa résilience. Le maintien d'un slack est ici au centre du débat car dans un contexte de limitations des coûts il n'est pas approuvé (Cyert & March, 1963) voire devient une victime de la chasse aux coûts (Bourrier, 2005). De plus, de nouvelles priorités stratégiques peuvent réduire la résilience de l'organisation en faisant entrer en conflit la réduction des coûts et la chasse au slack, avec la

fiabilité (Starbuck & Farjoun, 2005). Les unités de soins fonctionnant comme des HROs se créent dans cet environnement des « bulles » de protection, une bulle au sens géographique en s'isolant et s'autonomisant au maximum du reste de l'hôpital, une bulle au sens de se créer de l'air, de l'espace pour fonctionner de manière résiliente par le biais du slack.

La protection du slack (et de la capacité de résilience) passe donc par une lutte de justification, lutte qui prend alors un tournant plus politique. Cette dimension politique s'observe à l'intérieur de l'hôpital avec la présence des médecins dans les instances décisionnelles afin de s'assurer de la bonne information et une capacité à expliquer l'intérêt de ce type de fonctionnement. Mais cette dimension politique passe également par un débat à un niveau plus global entre coût de fiabilité et coût de non-fiabilité (Morel, 2012; Morel & Oury, 2012). Il y a lieu de trouver un équilibre entre le coût de la fiabilité, coût du slack et coût d'apprentissage (Tucker & Edmondson, 2003) notamment, et le coût de non-fiabilité, le coût acceptable pour l'organisation (et pour la société de manière générale) au non-maintien de la fiabilité. La volonté d'assurer une résilience d'un côté et la mise en place du lean management de l'autre en lien avec les différentes réformes de l'hôpital en France depuis plus de trente ans rendent ce débat plus que nécessaire face aux tensions entre les acteurs proches du terrain et l'administration hospitalière. Comme nous l'avons rappelé en introduction, la fiabilité organisationnelle est une composante de la performance des organisations (Hollnagel et al., 2009), et l'on retrouve ici la tension entre les différentes dimensions de la performance. Le slack joue un rôle important dans le maintien de la fiabilité face à la variabilité des situations et assure donc la performance de l'organisation, en termes de fiabilité. Une vision gestionnaire, déconnectée du terrain, qui ne retiendrait qu'un niveau d'activité moyen en ignorant la variance de l'activité écrêterait nécessairement certains cas et mettrait les unités de soins dans l'incapacité à remplir leur objectif de prise en charge des patients, leur mission de maintien d'une fiabilité constante quelles que soient les situations rencontrées, et nuirait donc à la performance de ces organisations. La fiabilité passe donc par un double processus de prévention et de résilience (Weick & Sutcliffe, 2007), afin de pouvoir agir face à l'imprévu et l'impensable, à *apprendre à être surpris* pour reprendre le titre du livre d'Andrée De Serres¹⁰. La sécurité du patient, comme nous l'ont rappelé les attentats terroristes survenus à Paris en 2015, est à ce prix.

¹⁰ Andrée De Serres (2013). *La gestion des risques majeurs. La résilience organisationnelle - Apprendre à être surpris*. Éditions Yvon Blais.

Cette recherche a tenté de mieux comprendre l'importance du slack pour assurer la mission de cette unité dans un environnement de rationalisation des coûts. Étudier le rôle du slack permet de comprendre son importance dans la fiabilité. Nous tenons ici à souligner trois contributions managériales, utiles pour l'hôpital mais également pour d'autres organisations de secours et d'urgence.

La première est de réduire la dichotomie entre gestionnaires et acteurs de terrain. Une meilleure compréhension de la part des gestionnaires de ce qu'est une situation extrême et comment y faire face leur permettrait de voir que les unités d'urgence ont des spécificités par rapport aux autres unités. Pour reprendre les termes de Riou (2013) « *les urgences sont une solution non un problème* ». La venue du responsable du laboratoire de biologie médicale pour comprendre comment les échantillons étaient prélevés dans cet hôpital en est une bonne illustration. En prenant conscience des conditions de prélèvements des échantillons et pourquoi certains ne remplissaient pas les conditions de prélèvement optimales, la responsable a adapté ses procédures compte tenu des spécificités de prises en charge de ces patients et en se rendant compte des difficultés à assurer ces conditions optimales en situation réelle.

La seconde contribution concerne l'importance de la socialisation dans l'apprentissage pour être capable de gérer la situation. En effet, la pratique de la médecine ne se résume pas qu'à des procédures spécifiques mais intègre également un apprentissage en étant confronté à des situations réelles. La création d'un réseau de contacts (au travers des stages dans les différents services durant l'internat, par l'intermédiaire des gardes dans différents hôpitaux, via le réseau des internes d'une promotion, etc.) que l'on pourra mobiliser rapidement de manière informelle, joue un rôle important dans le maintien de la fiabilité. Comme nous avons pu l'observer, le téléphone joue un rôle central pour interconnecter les individus en situation perturbée : que ce soit le téléphone de fonction ou le téléphone portable personnel, le temps passé au téléphone (pour se coordonner, demander des informations, discuter un cas, négocier des places, etc.) est considérable dans ce type d'unité.

Enfin, une dernière contribution souligne l'importance du chef de service pour protéger la « bulle » du service. Cette contribution vient confirmer le rôle du chef de service dans ce type de service et les conséquences en cas de départ de celui-ci (Roberts et al., 2005; Madsen, Desai, Roberts, & Wong, 2006; van Stralen, 2008). Si le fonctionnement en HRO est assuré par l'acceptation et le partage de la mission de l'unité et une forte culture, il ne peut se maintenir durablement sans un chef de service capable de justifier auprès de la structure hospitalière ce type de fonctionnement. Si l'on peut légitimement considérer ces services

comme des HROs (e.g. Bourrier, 2011; Christianson, Sutcliffe, Miller, & Iwashyna, 2011; Niedner, Muething, & Sutcliffe, 2013), ce fonctionnement n'en est pas pour autant acquis face aux contraintes de son environnement institutionnel.

Au niveau méthodologique, cette recherche apporte deux éléments intéressants. Le premier est le niveau d'analyse du slack qui n'est pas vu uniquement sous l'angle organisationnel mais également étudié au niveau de l'unité et du groupe faisant face à une situation extrême. Le second élément concerne l'intégration de la temporalité du slack. Notre recherche a mis en avant que le slack n'est pas forcément une caractéristique organisationnelle mais un processus qui se déploie dans le temps. Cette vision processuelle et longitudinale du slack a été rendue possible par une approche quotidienne afin de pouvoir observer ces processus de constitution du slack dans la pratique et le lien avec la résilience.

Cette recherche n'est cependant pas exempte de limites. La première est une limite inhérente à la spécificité du terrain : le service que nous avons étudié s'intègre dans un centre hospitalier de grande taille. La spécificité du slack, la recombinaison et la quantité de ressources à disposition (le slack potentiel) ne sont quasiment pas limitées. Ces caractéristiques ne se retrouvent pas dans un centre hospitalier de taille plus modeste, où par exemple toutes les spécialités médicales ne sont pas représentées.

La seconde limite de notre travail est une limite d'accès aux données. En effet, si nous avons souligné l'importance de protéger le slack, nous n'avons pu collecter directement des données liées aux jeux de négociation entre l'administration et les médecins pour protéger le slack, mais seulement de façon indirecte via les entretiens menés.

Enfin, la dernière limite de cette étude vise à temporiser l'importance du slack. S'il joue un rôle important, il n'est pas le seul facteur de résilience. La culture de l'unité (e.g. Halligan & Zecevic, 2011; Singer & Vogus, 2013), la coordination dans les équipes et entre les équipes de soins dans la chaîne de prise en charge d'un patient (e.g. Faraj & Xiao, 2006; Gittell, Weinberg, Bennett, & Miller, 2008; Bouty et al., 2012), l'apprentissage (e.g. Vashdi, Bamberger, & Erez, 2013; Drupsteen & Guldenmund, 2014), sont autant d'éléments qui sont essentiels au maintien de la fiabilité

En lien avec ces limites, deux perspectives futures de recherche nous semblent intéressantes à poursuivre. La première concerne l'étude des jeux politique de création et défense du slack de l'unité afin de mieux comprendre comment les médecins arrivent à justifier la nécessité de slack pour assurer le fonctionnement. À un autre niveau, il pourrait être également intéressant d'étudier le jeu politique de justification du maintien d'un haut niveau de résilience de ces unités et du débat sur les coûts de fiabilité et non-fiabilité que cela génère.

La seconde piste d'investigation viserait à étudier plus en profondeur l'impact du temps et de l'espace dans la gestion des situations extrêmes. Même si nous avons tenté de souligner l'importance de la dimension temporelle du déploiement des processus (en présentant notamment certaines données sous forme de chronologie), et la compression temporelle que ces situations génèrent, une étude plus exhaustive des facteurs temporel et spatial nous semble pertinente.

BIBLIOGRAPHIE

- Altintas, G., & Royer, I. (2009). Renforcement de la résilience par un apprentissage post-crise : une étude longitudinale sur deux périodes de turbulence. *M@n@gement*, 12(4), 266–293.
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*. La Découverte.
- Bourgeois, L. J. (1981). On the Measurement of Organizational Slack. *The Academy of Management Review*, 6(1), 29.
- Bourgeois, L. J., & Singh, J. V. (1983). Organizational Slack and Political Behavior Among Top Management Teams. In *Academy of Management Proceedings* (pp. 43–47). Academy of Management.
- Bourrier, M. (2003). La Fiabilité organisationnelle : morceaux choisis d'un état des lieux. In C. Gilbert, *Risques collectifs et situations de crise. Apports de la recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 199–215). Paris: L'Harmattan.
- Bourrier, M. (2005). An interview with Karlene Roberts. *European Management Journal*, 23(1), 93–97.
- Bourrier, M. (2011). The Legacy of the High Reliability Organization Project: The Legacy of the HRO Project. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 19(1), 9–13.
- Bouty, I., Drucker-Godard, C., Godé, C., Lièvre, P., Nizet, J., & Pichault, F. (2011). La résolution des problèmes concrets de coordination en situation extrême : essai de synthèse. *Management & Avenir*, 41(1), 472–479.
- Bouty, I., Godé, C., Drucker-Godard, C., Lièvre, P., Nizet, J., & Pichault, F. (2012). Coordination practices in extreme situations. *European Management Journal*, 30(6), 475–489.
- Chabenaud, J.-C., Cheron, G., Dalmas, S., Floret, D., Leveau, P., Mardegan, P., ... Wodey, E. (2003). Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. *Réanimation*, 12(7), 519–525.

- Christianson, M. K., Sutcliffe, K. M., Miller, M. A., & Iwashyna, T. J. (2011). Becoming a high reliability organization. *Critical Care*, 15(6), 18–22.
- Cuvelier, L. (2013). L'ingénierie de la résilience: un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients? L'exemple de l'anesthésie. *Santé Publique*, 25(4), 475–482.
- Cyert, R. M., & March, J. G. (1963). A behavioral theory of the firm. *Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall*.
- Daniel, F., Lohrke, F. T., Fornaciari, C. J., & Turner, R. A. (2004). Slack resources and firm performance: a meta-analysis. *Journal of Business Research*, 57(6), 565–574.
- de Bovis, C. (2009). D'une prévention des risques classique à des organisations à haute fiabilité. *Management & Avenir*, 27(7), 241–259.
- de Bovis-Vlahovic, C., Baret, C., & Yalenios, J. (2014). The contributions of the concept of "high reliability organisation" to the improvement of safety and quality in French paediatric acute care services. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(5), 333–352.
- Desmettre, T. (2014). Le modèle HFO (haute fiabilité organisationnelle): un équilibre entre les hommes, l'organisation, les outils et les situations. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 4(1), 4–5.
- Drupsteen, L., & Guldenmund, F. W. (2014). What Is Learning? A Review of the Safety Literature to Define Learning from Incidents, Accidents and Disasters: A Review About Learning from Incidents, Accidents and Disasters. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 22(2), 81–96.
- Faraj, S., & Xiao, Y. (2006). Coordination in Fast-Response Organizations. *Management Science*, 52(8), 1155–1169.
- George, G. (2005). Slack resources and the performance of privately held firms. *Academy of Management Journal*, 48(4), 661–676.
- Gilbert, C., Amalberti, R., Laroche, H., & Paries, J. (2007). Errors and Failures: Towards a New Safety Paradigm. *Journal of Risk Research*, (7), 959–975.
- Gittell, J. H., Cameron, K., Lim, S., & Rivas, V. (2006). Relationships, Layoffs, and Organizational Resilience: Airline Industry Responses to September 11. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 42(3), 300–329.
- Gittell, J. H., Weinberg, D. B., Bennett, A. L., & Miller, J. A. (2008). Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Human Resource Management*, 47(4), 729–755.
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338–343.
- Hollnagel, E., Journé, B., & Laroche, H. (2009). La fiabilité et la résilience comme dimensions de la performance organisationnelle. *M@n@gement*, 12(4), 224–229.

- Journé, B. (2005). Étudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ. *Finance Contrôle Stratégie*, 8(4), 63–91.
- Journé, B., & Raulet-Croset, N. (2008). Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude. *M@n@gement*, 11(1), 27–55.
- La Porte, T. R., & Consolini, P. (1991). Working in practice but not in theory: theoretical challenges of 'High Reliability Organizations'. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1(1), 19–47.
- Lawson, M. (Buff). (2001). In Praise of Slack: Time Is of the Essence. *The Academy of Management Executive*, 125–135.
- Lebuffe, G., & Wiel, E. (2010). Les nouvelles modalités de formation en anesthésie réanimation. Presented at the 52e congrès national d'anesthésie et de réanimation.
- Lièvre, P. (2016). État et développement d'un programme de recherche: Management des situations extrêmes. *Revue Française de Gestion*, 42(257), 79–94.
- Lièvre, P., & Gautier, A. (2009). Les registres de la logistique des situations extrêmes : des expéditions polaires aux services d'incendies et secours. *Management & Avenir*, 24(4), 196–216.
- Madsen, P., Desai, V., Roberts, K. H., & Wong, D. (2006). Mitigating hazards through continuing design: The birth and evolution of a pediatric intensive care unit. *Organization Science*, 17(2), 239–248.
- Meyer, A. D. (1982). Adapting to environmental jolts. *Administrative Science Quarterly*, 27, 515–537.
- Morel, C. (2012). *Les décisions absurdes II*. Éditions Gallimard.
- Morel, C., & Oury, J.-C. (2012). Des décisions absurdes aux processus de la haute fiabilité. *Le Journal de l'École de Paris Du Management*, 94(2), 37–44.
- Niedner, M. F., Muething, S. E., & Sutcliffe, K. M. (2013). The High-Reliability Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Clinics of North America*, 60(3), 563–580.
- Nizet, J., & Pichault, F. (1995). *Comprendre les organisations : Mintzberg à l'épreuve des faits*. Gaëtan Morin.
- Nohria, N., & Gulati, R. (1997). What is the optimum amount of organizational slack?: A study of the relationship between slack and innovation in multinational firms. *European Management Journal*, 15(6), 603–611.
- Ostroff, C., & Schmitt, N. (1993). Configurations of organizational effectiveness and efficiency. *Academy of Management Journal*, 36(6), 1345–1361.
- Paeleman, I., & Vanacker, T. (2015). Less is more, or not? On the interplay between bundles of slack resources, firm performance and firm survival. *Journal of Management Studies*, 52(6), 819–848.

- Perrow, C. (1984). *Normal accidents: Living with high risk systems*. New York: Basic Books.
- Riou, B. (2013). Les urgences : une solution et non un problème ! *Annales françaises de médecine d'urgence*, 3(1), 1–2.
- Roberts, K. H. (1990a). Managing high reliability organizations. *California Management Review*, 32(4), 101–113.
- Roberts, K. H. (1990b). Some characteristics of one type of high reliability organization. *Organization Science*, 1(2), 160–176.
- Roberts, K. H., Madsen, P., Desai, V., & Van Stralen, D. (2005). A case of the birth and death of a high reliability healthcare organisation. *Quality and Safety in Health Care*, 14(3), 216–220.
- Roberts, K. H., Yu, K., & van Stralen, D. (2003). Patient Safety is an Organizational Systems Issue : Lessons from a Variety of Industries. In B. Youngblood & M. Hatlie (Eds.), *Handbook on Patient Safety* (pp. 169–186). Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Rochlin, G. I., La Porte, T. R., & Roberts, K. H. (1987). The self-designing high-reliability organization: Aircraft carrier flight operations at sea. *Naval War College Review*, 40(4), 76–90.
- Roux-Dufort, C. (2003). *Gérer et décider en situation de crise*. Dunod, 2e édition.
- Sgourev, S. V., & van Lent, W. (2017). When too many are not enough: Human resource slack and performance at the Dutch East India Company (1700–1795). *Human Relations*, Online First.
- Singer, S. J., & Vogus, T. J. (2013). Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 373–396.
- Starbuck, W. H., & Farjoun, M. (Eds.). (2005). *Organization at the limit: lessons from the Columbia disaster*. Malden, MA: Blackwell Pub.
- Steg, A. (1989). L'urgence à l'hôpital. *Rapport de La Section Des Affaires Sociales Du Conseil Economique et Social*. Paris.
- Tamuz, M., & Thomas, E. J. (2006). Classifying and interpreting threats to patient safety in hospitals: insights from aviation. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 919–940.
- Tan, J., & Peng, M. W. (2003). Organizational slack and firm performance during economic transitions: Two studies from an emerging economy. *Strategic Management Journal*, 24(13), 1249–1263.
- Thompson, J. (1967). *Organizations in action*. New York: McGrawHill, Inc.
- Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures. *California Management Review*, 45(2), 55–72.
- van der Vegt, G. S., Essens, P., Wahlstrom, M., & George, G. (2015). Managing Risk and Resilience. *Academy of Management Journal*, 58(4), 971–980.

- Van Maanen, J. (1979). The fact of fiction in organizational ethnography. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 539–550.
- van Stralen, D. (2008). High-Reliability Organizations : Changing the Culture of Care in Two Medical Units. *Design Issues*, 24(1), 78–90.
- Vashdi, D. R., Bamberger, P. A., & Erez, M. (2013). Can Surgical Teams Ever Learn? The Role of Coordination, Complexity, and Transitivity in Action Team Learning. *Academy of Management Journal*, 56(4), 945–971.
- Weick, K. E. (1987). Organizational Culture as a Source of High Reliability. *California Management Review*, 29(2), 112–127.
- Weick, K. E. (1988). Enacted Sensemaking in Crisis Situations. *Journal of Management Studies*, 25(4), 305–317.
- Weick, K. E. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38, 628–652.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Sage, Thousand Oaks, California.
- Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1993). Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks. *Administrative Science Quarterly*, 38(3), 357–381.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected : Resilient performance in an Age of Uncertainty*. Edition Jossey-Bass Inc.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409–421.