



PRATIQUES DE RESILIENCE

ORGANISATIONNELLE ET CRISE : ANTICIPATION OU ADAPTATION ?

MARCHAIS-ROUBELAT Anne, LIRSA

anne.roubelat@lecnam.net

LENGAGNE Olivier, LIRSA

Olivier.lengagne@intradef.gouv.fr

Résumé :

Les risques peuvent rendre les pratiques habituelles inopérantes et contraindre l'organisation à se reconcevoir pour rechercher la résilience. Celle-ci dépendra alors non seulement de l'organisation des activités mais aussi de l'évolution du contexte, les deux phénomènes n'évoluant pas nécessairement dans le même sens ni au même rythme. Le maintien des activités dans un univers qui change rapidement suppose alors de combiner de l'anticipation comme préparation intentionnelle de l'avenir et de l'adaptation au contexte ou aux contraintes propres à l'organisation, en fonction des rythmes d'évolution différenciés du contexte et de l'organisation. Après avoir discuté l'intérêt d'une approche de la résilience organisationnelle par les pratiques d'anticipation ou d'adaptation dans une perspective longitudinale et mis en exergue la nécessité de s'intéresser au rôle du rythme de l'action, au sens élargi d'un enchaînement d'événements qui ne poursuit pas d'objectif - mais que des personnes ou des groupes d'individus peuvent tenter d'infléchir à certaines périodes - dans la mise en œuvre de pratiques résilientes. Nous présenterons le cas de l'Hôpital d'Instruction des Armées Begin de Saint Mandé (94) pendant la montée en puissance de la première crise COVID dans une démarche fondée sur les pratiques où l'on a observé ce que les gens font concrètement. Les résultats montrent des périodes d'adaptation et d'anticipation qui s'articulent au cours du temps en fonction des rythmes d'évolutions différenciés de l'environnement – devenu extrême – et des contraintes organisationnelles de l'hôpital. Ces résultats ouvrent des perspectives sur l'intérêt de prendre en compte les rythmes de temporalités multiples dans la gestion de la résilience en période de crise ou en contexte extrême.

Mots clés : Résilience, Temporalité, Adaptation, Anticipation, Situations extrêmes



PRATIQUES DE RESILIENCE

ORGANISATIONNELLE ET CRISE : ANTICIPATION OU ADAPTATION ?

INTRODUCTION

Pour gérer l'imprévu, les managers peuvent rechercher une « performance résiliente » à travers une « organisation à haute fiabilité » (Weick et Sutcliffe, 2007). Toutefois une crise peut surgir, se caractérisant par des événements aux probabilités peut être faibles mais, s'ils se produisent, leurs effets menaceront les buts les plus fondamentaux de l'organisation. Le passage du risque - « en tant que combinaison de la probabilité d'un événement et des conséquences de cet événement » (Leveson, Dulac, Marais, Carroll, 2009) – à la crise peut alors rendre les pratiques habituelles inopérantes et conduire l'organisation à se reconfigurer pour rester performante. La résilience dépendra dans ce cas non seulement de l'organisation des activités dans une optique managériale, mais aussi de l'évolution d'un contexte dont la dynamique échappe aux dirigeants, les deux phénomènes n'évoluant pas nécessairement dans le même sens ni au même rythme. Ce sont les effets sur la résilience de cette différenciation entre le rythme d'évolution des contraintes imposées par un contexte devenu extrême et le rythme d'évolution de règles organisationnelles institutionnalisées selon des processus indépendants de ce contexte, qui font l'objet de cette recherche, fondée sur l'observation des pratiques en train de se faire. Le maintien des activités suppose alors des périodes d'anticipation comme préparation intentionnelle de l'avenir et des périodes d'adaptation à un contexte devenu extrême qui s'articulent au cours du temps en fonction des rythmes d'évolutions différenciés du contexte et des contraintes organisationnelles de l'hôpital.

Après avoir discuté l'intérêt d'une approche temporelle de la résilience organisationnelle par les pratiques d'anticipation ou d'adaptation dans une perspective longitudinale en vue du développement de pratiques d'anticipation, nous présenterons le cas de l'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN à Saint Mandé (94) pendant la montée en puissance de la première crise COVID et la première période de confinement. Pour continuer à assurer ses missions, l'hôpital doit se reconfigurer afin d'organiser sa résilience dans un contexte qui impose son changement



d'activités pour gérer l'afflux de patients COVID à traiter, mais qui oriente aussi, au travers de la politique de santé, ses pratiques décisionnelles à un niveau stratégique, et au travers des normes, ses pratiques de soin. Les résultats montrent des périodes d'adaptation et d'anticipation qui s'articulent au cours du temps en fonction des rythmes d'évolutions différenciés de l'environnement – devenu extrême – et des contraintes organisationnelles de l'hôpital.

Ces résultats ouvrent des perspectives sur l'intérêt de moduler anticipation et adaptation en fonction des rythmes de temporalités multiples dans la gestion de la résilience en période de crise ou en contexte extrême.

1. CRISE, RESILIENCE ORGANISATIONNELLE ET PRATIQUES : ENJEUX POUR L'ANTICIPATION

Alors que les définitions de la crise tendent à « se concentrer sur les crises en tant qu'événements désagréables mettant les décideurs au défi de réagir dans des conditions de menace, d'urgence et d'incertitude » (Hart, 2008, p.88), la plupart des chercheurs sont focalisés sur « un paradigme fonctionnaliste mettant l'accent sur le contrôle » (Hart, 2008, p.85), par contraste avec ceux optant pour des perspectives plus générales, comme l'approche symbolique qui s'intéresse à la dynamique des crises et de leur management sous l'angle des outils symboliques utilisés par le politique et l'administration pour « façonner les interprétations des événements et parvenir à leurs fins » (Hart, 2008, p.85).

Le paradigme fonctionnaliste reste cependant le courant dominant en management. Présentant un numéro spécial de la revue « Journal of international management » sur la gestion globale des crises, W. Coombs et D. Laufer notent que certains auteurs développent des recherches comparatives sur les crises entre différents pays (« comparative crisis research ») tandis que d'autres, plus nombreux, examinent les pratiques de management des crises et de communication spécifique à un pays (« contextual crises research ») (Coombs et Laufer, 2018, p.200).



Décomposant la crise en trois phases successives : « La phase de pré-crise (prévention et préparation), la phase de crise (réponse) et la phase post-crise (apprentissage et révision) » (Coombs et Laufer, 2018, p.199) proposent des pistes de recherche par phases :

- l'évaluation du risque et les plans de management des crises pour la phase de pré-crise,
- le rôle de la réputation des dirigeants, les politiques d'excuses et de compensation qui sont peu étudiés dans la phase de crise bien que celle-ci fasse l'objet du plus de travaux de recherches¹,
- la phase post-crise qui est la moins étudiée et qui pourtant présente un intérêt notamment en termes d'apprentissage organisationnel et de gestion de la mémoire.

Les trois phases de la gestion globale des crises sont susceptibles d'être étudiées dans une même recherche, comme l'étude quantitative menée par V. Tokakis, P. Polychroniou et G. Boustas à partir d'expériences de management de crise dans l'administration publique en Grèce, le management de crise étant défini dans cette recherche comme « l'effort systématique des membres d'un système, avec la coopération des parties prenantes, pour prévenir ou gérer une crise » (Tokakis, Polychroniou, Boustas, 2019).

Dans la logique instrumentale, résilience et fiabilité sont associées à la crise, comme en témoigne l'ouvrage collectif « Crisis Management » (Boin, 2008) qui rassemble des articles sur la gestion de crise, mais aussi sur la résilience et les organisations hautement fiables. La recherche de résilience peut y être considérée comme « une alternative faisable à la prévention des crises » (Boin et Hart, 2008, p. 13, ndbp), les organisations hautement fiables ayant alors « tendance à développer à la fois l'anticipation et la résilience », l'anticipation renvoyant à « la prévision et la prévention des dangers potentiels avant que les dommages ne soient causés » et la résilience à « la capacité de faire face à des dangers imprévus après qu'ils se sont manifestés, en apprenant à rebondir » (Weick, Sutcliffe et Obstfeld, p.46, citant Wildavsky, 1991, p. 7).

Les auteurs en théorie des organisations s'accordent désormais de plus en plus à définir la résilience organisationnelle « comme la capacité des organisations à résister à des conditions défavorables et stressantes, comme la capacité des organisations à conserver leur position et comme la capacité à tirer avantage de conditions défavorables » (Kantur et Iseri-Say, 2015, p.457).



Toutefois, si les recherches sur la résilience en relation avec les théories des organisations et le management stratégique se multiplient, « il n'existe pas de mesure convenue et largement acceptée de la construction de la résilience organisationnelle » (Kantur et Iseri-Say, 2015, p.458). D. Kantur et A. Iseri-Say proposent cependant une grille d'évaluation tridimensionnelle de la résilience organisationnelle : la robustesse ou la capacité à résister et à récupérer des conditions défavorables, l'agilité ou la capacité à agir rapidement, et l'intégrité ou la cohésion des collaborateurs face à des circonstances défavorables. Même dans cette approche toutefois, la question du « quand » n'est jamais posée : quand est-il efficace ou contre-productif d'agir rapidement ? quand est-il efficace ou contre-productif de résister ? Or on peut se demander si, du point de vue des pratiques en train de se faire sous la pression temporelle de la crise, dans un contexte devenu extrême, la réponse à ces questions ne constitue pas une condition essentielle, voire vitale, de la résilience.

Comme l'ont noté M. Hällgren, L. Rouleau et M. de Rond (2018), si les recherches sur les extrêmes se sont fortement développées, elles sont extrêmement fragmentées. Leur état de l'art, qui englobe à la fois la littérature sur la crise et sur la résilience organisationnelle en se focalisant sur le risque physique, vital, ne se fonde pas sur des domaines théoriques mais propose une classification empirique de la littérature, selon deux critères : le contexte extrême est lié – ou non à l'activité principale, et les événements extrêmes qui s'y produisent sont potentiels ou se réalisent. Trois groupes de recherches émergent alors sur les réponses organisationnelles :

- aux événements extrêmes qui pourraient se produire en relation avec l'activité principale (contextes risqués), lors d'une intervention de pompiers par exemple,
- aux événements extrêmes qui se sont produits en relation avec l'activité principale (contextes urgents), comme dans le cas d'un hôpital,
- aux événements extrêmes qui se sont produits sans relation avec l'activité principale (contextes disruptifs), comme dans le cas d'un désastre naturel.

La littérature où des événements potentiels produisent un contexte extrême qui n'est pas lié à l'activité principale de l'organisation n'est pas prise en compte dans cet état de l'art, qui de fait écarte tout le champ des études sur le futur, notamment la littérature sur les scénarios, où peuvent être imaginés des événements futurs (donc potentiels), mais avec des impacts



importants (ex. chute de météorite de grande taille ou anticipation de l'occurrence future d'un événement inconnu aux effets néfastes se propageant au sein de l'action) créant de fait des contextes extrêmes auxquels les organisations devront faire face, comme, par exemple, des « événements rares » (Wright & Goodwin, 2009 ; Goodwin & Wright, 2010) ou des « résultats extrêmes » (Debyshire, 2017). Une partie récente de la littérature se tourne vers les « événements extrêmes » eux-mêmes (Broska, Poganietz, Vögele, 2020), voire sur des risques extrêmes (Craig, 2018), engendrant des contextes disruptifs.

Si les approches classiques des études sur le futur ou de la prospective, qui justement prennent en compte l'irruption d'événements extrêmes dans des contextes non directement liés à l'activité principale de l'organisation mais qui pourront l'affecter, peuvent remplir le vide du quatrième groupe de recherche de la typologie de Hällgren, Rouleau et de Rond, on peut aussi constater l'émergence récente d'un courant de recherche sur l'anticipation où la réflexion sur le futur est directement associée à une mise en œuvre, (Fuller, 2017 ; Groves, 2017), voire qui conçoit les « futurs dans les lacunes du présent » (Brassett & O'Reilly, 2021). Dans la logique de ce courant, on peut se poser la question des implications engendrées par la durée et l'évolution du contexte extrême sur la gestion dans la durée de la crise et de la résilience. Or, cette question peut être abordée sous l'angle des pratiques (en l'occurrence, ce que font les gens en situation) utilisées comme un repère dans l'action (Corradi et al, 2010) de la manière dont « les organisations transforment les capacités [...] de résilience en démonstrations organisationnelles de résilience » (Van der Vegt, Essens, Wahlström, George, 2015, p.977), cette transformation constituant bien selon les auteurs une piste de recherche à développer.

La « démonstration de résilience » d'une organisation ne pouvant s'effectuer concrètement qu'au cours du temps, cette recherche consiste à observer, au cours d'une étude longitudinale, la résilience « en train de se faire », en la contextualisant par l'émergence et le développement d'une crise qui s'impose à elle. Pour étudier les temporalités du développement de la résilience organisationnelle au cours d'une crise, en l'occurrence la première vague de la crise Covid, qui impose ses propres rythmes, la méthodologie est fondée sur l'approche par les pratiques où la pratique est appréhendée comme la manière de faire les choses en situation (Gherardi, 2000), ce qui permet d'aborder la multiplicité des temporalités de l'organisation (Gherardi, Meriläinen, Strati et Valtonen, 2013).



Les pratiques doivent cependant être replacées dans le contexte historique d'une action globale qui les dépasse : la crise COVID, afin de mettre en exergue la « démonstration » de la résilience telle qu'elle s'impose concrètement au cours du temps.

Cette action globale – le développement de la crise COVID - peut être conçue, dans une approche prospective, comme « le développement d'un phénomène qui n'a pas été choisi comme but par une volonté humaine, mais qui peut être vu à la suite d'un mélange complexe d'actions » (Jouvenel, 1967), qu'il s'agisse d'actions interpersonnelles comme de résilience organisationnelle. Pour rendre compte du jeu de ces dynamiques temporelles et de leurs interactions dans l'émergence de la résilience, l'analyse mobilise le concept d'anticipation qui se développe actuellement au sein des *Future Studies* comme une approche des futurs directement associée à une mise en œuvre (Fuller, 2017 ; Groves, 2017), par contraste avec l'adaptation aux événements qui, en se déroulant, s'imposent à l'organisation et à ses membres. La relation au temps différencie les deux concepts, l'anticipation impliquant une réflexion sur des futurs possibles ou souhaitables associée à une implémentation, l'adaptation modifiant directement les pratiques dans l'épaisseur du présent, voire du futur proche, mais sans projection réflexive vers des futurs alternatifs.

2. UNE RECHERCHE AU CŒUR DU SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES BEGIN DE SAINT MANDE (94)

Rechercher les temporalités de la résilience organisationnelle en contexte extrême nécessite l'accès à des données en temps réel et sous pression temporelle, ce qu'a permis l'organisation militaire de l'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN lors du passage d'une résilience routinière dans la gestion de contextes d'urgence à la gestion d'un contexte d'urgence paroxystique (proche d'une crise) pour tous les acteurs (civils et militaires) du système de soin et devenu disruptif pour les autres organisations avec la crise COVID, la résilience de l'hôpital s'évaluant alors par le maintien des activités de gestion des malades COVID, devenues prioritaires durant cette période malgré des pics d'admissions. Après la présentation du terrain, des spécificités de la méthodologie de recueil des données puis de leur traitement pour faire apparaître la multiplicité des rythmes et leurs implications sur la résilience seront discutés.



2.1. L'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN de Saint Mandé (Val de Marne)

L'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN de Saint Mandé (Val de Marne, 94) est l'un des huit établissements militaires hospitaliers que comprend le Service de Santé des Armées. Il participe à la prise en charge des patients civils de son territoire de santé en étant associé au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 94 Nord tout en assurant sa mission prioritaire qui reste, en toute circonstance, le soutien des forces Armées. Il est composé de plusieurs pôles (médical, chirurgical, urgence-anesthésie-bloc opératoire, soutien et médicotechnique) et possède notamment une expertise dans la prise en charge des maladies infectieuses. Dès le début de la crise COVID, fin février 2020, l'hôpital est mobilisé dans la prise en charge des patients du premier cluster français situé dans un régiment de Creil (60).

En tant qu'institution, l'hôpital doit assurer sa mission et dans notre étude, en dehors de l'application effective de circuits décisionnels clairement formalisés, la spécificité militaire de l'hôpital ne joue pas sur l'analyse de sa résilience. Cette dernière - en termes de capacité à résister aux conditions défavorables et stressantes imposées par la crise et à conserver sa position d'hôpital performant dans la prise en charge des maladies infectieuses - se révèle si ses activités sont maintenues et efficaces dans la prise en charge des malades COVID. Elle s'évaluera par conséquent par l'évolution à la fois de ses pratiques décisionnelles en termes de reconfiguration de son organisation pour assurer la continuité de ses activités et de ses pratiques de soins aux patients.

Le service d'Imagerie étudié au sein de l'hôpital fait partie du pôle médicotechnique et possède un plateau technique complet (Scanner, IRM, Echographie, Radiologie conventionnelle et interventionnelle, Imagerie de la femme). Il prend en charge, 24h sur 24, les patients militaires et civils hospitalisés, en Externe ou par le biais du Service d'Accueil des Urgences (SAU).

Ce service a, comme le reste de l'hôpital, été transformé par les décisions stratégiques de la Direction et a dû mettre en place une déclinaison opérationnelle pertinente pour résister au contexte d'urgence se rapprochant d'une crise par l'intensité de l'événement pandémique tout



en tentant de maintenir un niveau de performance suffisant au profit des patients et des équipes soignantes en place.

2.2. Méthodologie et collecte des données

Une étude ethnographique a été menée sur 3 mois (de mars à mai 2020), observant les pratiques de l'unité « Scanner » au cours de la vie quotidienne des soignants dans ce contexte disruptif. Ainsi, la méthodologie choisie combine la constitution d'un corpus de données sur la crise et son évolution issu des données de gestion internes de l'hôpital, une participation observante de la stratégie de l'organisation et une observation ethnographique des pratiques à l'échelle d'un service de l'hôpital. Elle est complétée par la construction d'un corpus spécifique d'archives pour replacer la dynamique observée dans les conditions historiques de l'évolution de la crise au cours de laquelle les transformations organisationnelles se sont produites.

La constitution de ce corpus a été favorisée par l'accès au terrain et aux informations dans le contexte du travail d'un des chercheurs, la recherche ayant été effectuée en complète transparence vis-à-vis de la hiérarchie militaire et du corps médical. L'accès aux archives, aux données en temps réel, aux réunions de la cellule de crise et l'observation quotidienne des pratiques de l'équipe d'imagerie médicale a en effet été rendu possible par la fonction exercée par un des chercheurs, cadre supérieur de santé, ce qui lui a permis de mener une observation participante (Lalonde, 2013), tout en devant gérer le « paradoxe de la participation » (Langley, Klag, 2019).

En effet le cadre supérieur est le cadre coordonnateur du pôle dont dépend le service d'Imagerie dont les pratiques sont étudiées pendant la crise. Par ailleurs il participe aux réunions de la cellule de crise mise en place à la demande du Médecin chef (directeur de l'hôpital) en vue d'une coordination des actions stratégiques de l'établissement en collaboration avec l'ensemble des responsables des autres services et une participation active aux réunions de la Direction des soins sous l'égide de la Coordinatrice Générale des Soins. C'est dans ce contexte, qu'il lui a été possible d'observer les pratiques en train de se faire et d'obtenir des données valides, internes et externes à l'établissement.



Ces données collectées, datées, ont été rajoutées à un journal de bord, en complétant le contexte et par conséquent en permettant de situer les pratiques et leurs évolutions au cours du temps. Le tableau de bord a été tenu sous la forme d'un tableau d'observation complété quotidiennement, « à chaud » avec le moins de déperdition d'informations possible. Ce protocole d'observation s'est basé sur le recueil de données verbales par le biais d'entretiens avec les praticiens explicitant leur stratégie du moment, et de données non verbales sur les pratiques observées, comprenant les éléments circonstanciels, la description des comportements et les éléments d'interprétation.

L'application de cette méthodologie impose une présence quotidienne sur le terrain, notamment dans le service d'Imagerie. Les temps d'observation réelle ont donc été à la fois impératifs et n'ont été possibles que par l'engagement professionnel du cadre supérieur de santé, ce qui peut introduire des biais de collecte du fait de la familiarité du chercheur avec le terrain, mais permet par ailleurs de recueillir des données, de les interpréter directement en situation et de situer l'action.

2.3. Traitement des données

Le traitement de ces données s'est effectué en croisant une approche chronologique du journal de bord avec des données quantitatives. Ce traitement laisse apparaître une tension temporelle, fondée sur un contraste « avant/après » à travers les éléments chronologiques du journal de bord, la différence de rythmes et de dynamiques entre l'évolution de l'épidémie et les logiques organisationnelles de concrétisation de la résilience n'ayant pu se percevoir, d'une part, et s'analyser, d'autre part, que grâce aux données quantitatives complémentaires sur le contexte, demandées expressément par le chercheur pour sa recherche, à l'encadrement du pôle « Anesthésie, Urgences, Bloc Opératoire » et à la cellule de contrôle de Gestion de l'établissement. Il est à noter que la transparence des procédures militaires a permis ces conditions exceptionnelles d'accès à l'information.



La richesse et la qualité des données ont ainsi permis de les traiter selon une double perspective. D'une part l'analyse du journal de bord a permis de situer, au sens anglo-saxon du terme (Gherardi, 2019), les effets des pratiques évaluées en termes de résilience organisationnelle par les courbes d'activités et les données quantitatives complémentaires fournies par les services internes de l'hôpital. D'autre part les données quantitatives sur l'évolution du contexte ont permis d'interpréter le rythme des anticipations et des adaptations organisationnelles issues du journal de bord.

3. RESULTATS DE LA RECHERCHE

La recherche montre un enchaînement de décisions stratégiques à l'échelle de l'hôpital rythmée au cours du temps à la fois par l'évolution du contexte et par la politique de santé. La déclinaison opérationnelle à l'échelle des services de ces décisions est imposée par l'évolution de la crise à laquelle l'activité de l'hôpital s'adapte dans son ensemble, mais le service étudié met en place une alternance de pratiques d'anticipation des effets de la crise sur la continuité de son activité, et des pratiques d'adaptation par une succession d'étapes dans la mise en place d'une organisation éphémère, rythmées par les décisions stratégiques. Alors que ces pratiques d'adaptation et d'anticipation ne se produisent pas aux mêmes rythmes, leurs effets se combinent dans le temps, donnant finalement à voir, avec le recul, la résilience organisationnelle de l'hôpital.

3.1. L'enchaînement de décisions stratégiques à l'échelle de l'hôpital : une adaptation à l'évolution de la politique publique de santé et une anticipation des effets de la crise sur la résilience organisationnelle

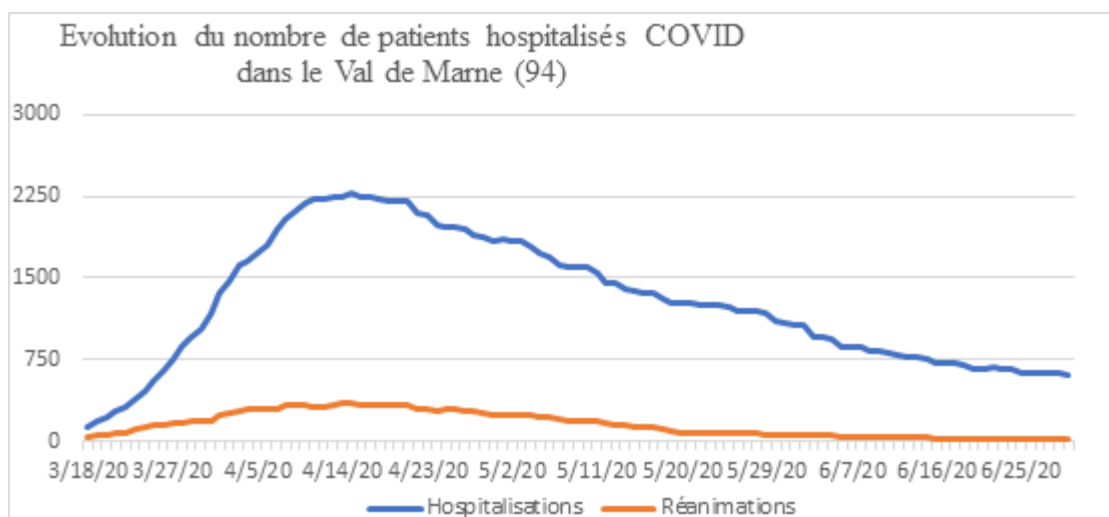
Au cours de la crise, les stratégies nationales et institutionnelles sont discutées et transmises au Médecin Chef lors de réunions téléphoniques avec les représentants du ministère de la santé par le biais de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (ARS) et avec les représentants



militaires de la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) par le biais de la Direction Hôpitaux (DHOP).

Ces réunions téléphoniques avec les instances permettent d'adapter la politique sanitaire globale de la région Ile de France sur l'ensemble des établissements publics et privés du territoire notamment du Val de Marne en fonction, principalement, du nombre de cas COVID recensés.

Figure 1: Une crise qui éclate entre la mi-mars et la mi-avril, pour ensuite décroître progressivement



Source : ARS Ile de France

Afin de prendre en compte l'évolution des données épidémiologiques de la crise sanitaire tout en assurant la continuité des activités de l'hôpital, le Médecin Chef décide la création d'une cellule de crise à compter du 24 février 2020. Cette cellule est composée des membres de la Direction, des membres des chefferies de pôles et des chefs des services administratifs et logistiques. Elle se réunit, de façon hebdomadaire à 8h30, avec pour objectif la communication aux représentants de la communauté médicale et paramédicale, administratifs et logistiques, des données et informations nécessaires à l'adaptation des services tout en tenant compte de la menace virale.

Le 03 mars, le premier plan de continuité des activités comprenant les recommandations de base de prise en charge des patients potentiellement contaminés en matière d'hygiène est



adopté. Il n'a pas d'impact notable sur le fonctionnement des services conventionnels ni les services « support » tel que le service d'Imagerie. *(CR Réunion de crise du 03 mars 2020)*

Dès le 05 mars, le port du masque, pour tous les soignants, devient obligatoire dans l'hôpital.

Le Médecin Chef demande que les services de consultations - dont le secrétariat du service d'Imagerie - soient sensibilisés sur l'importance de l'interrogatoire du patient à la recherche de signes cliniques COVID (toux, fièvre, difficultés respiratoires...) avec orientation vers le service d'accueil des Urgences (SAU) en cas de réponses positives. *(CR Réunion de crise du 05 mars 2020)*. Cette nouvelle modalité de prise en charge des patients par les personnels d'accueil (Assistants médico-administratifs et Agents d'accueil) constitue le premier changement de pratiques de ce service. Avec cette adaptation, les personnels d'accueil deviennent, pour les patients se présentant pour un examen externe, le premier déclencheur dans la détection des cas potentiellement positifs, tandis que parallèlement l'activité du service d'accueil des Urgences augmente.

Dans un premier temps, les activités du service d'Imagerie ne se modifient pas. Toutes ses unités restent ouvertes, le protocole de bionettoyage des matériels, dont le scanner, est appliqué sans changement *(Mode opératoire QUA-MO-265 d'Avril 2019 relatif d'entretien du poste scanner)*. S'ajoutent toutefois aux pratiques existantes celles mettant en œuvre les nouvelles recommandations d'hygiène *(Recommandations de la société française de radiologie de Mars 2020)* relatives à la tenue de protection COVID : port du masque, surblouse, coiffe, lunettes de protection *(Préconisations QUA-ENR-076 du 05 Mars 2020)* dans le cadre des prises en charge des patients potentiellement contaminés.

Il y a donc à cette période une double adaptation des pratiques : pratiques décisionnelles au niveau de la direction de l'hôpital qui s'adapte aux directives de prise en charge des patients COVID et pratiques des services (SAU, service d'Imagerie) qui s'adaptent pour appliquer ces décisions.

Avec le nombre grandissant de cas positifs en Ile de France, l'évolution de la situation sanitaire laisse cependant apparaître les prémices d'un hôpital en tension et une réflexion s'instaure en interne, en réunion de crise, sur une réorganisation complète de l'établissement. Cette



réorganisation vise à modifier l'équilibre de l'allocation des ressources de l'hôpital afin d'assurer la continuité des activités de l'hôpital, en privilégiant le soutien aux forces Armées mais aussi en maintenant une offre de soins aux patients civils se présentant dans un contexte COVID.

Dans un premier temps, cette réflexion sur l'avenir de l'activité de l'hôpital en contexte de crise conduit à un double mouvement de réduction et d'expansion : d'une part il s'agit de réduire progressivement les activités chirurgicales habituelles par la déprogrammation des interventions non urgentes puis des activités médicales, et d'autre part il est décidé de créer des filières « patients asymptomatiques COVID » et « patients symptomatiques COVID » en contribuant à la réorganisation du Service d'Accueil des Urgences.

Un axe spécifique consacré à l'hospitalisation conventionnelle COVID est défini, il est prévu qu'il s'adaptera au fur et à mesure de l'évolution de la situation. Cet axe se caractérise par une augmentation significative du nombre de lits de réanimation avec la création de lits supplémentaires sur l'unité de cardiologie, des soins intensifs de cardiologie et sur le service de chirurgie ambulatoire (passage de 12 lits à 38 lits).

L'ouverture de 53 lits conventionnels COVID est décidée, ils seront répartis sur une unité d'hospitalisation en Situation sanitaire exceptionnelle (UHSSE) qui est créée pour cette activité, et sur le service des Maladies infectieuses et tropicales. (*CR Réunion de crise du 12 mars 2020*) Il y a donc alors à l'échelle de l'organisation interne de l'hôpital une anticipation de l'évolution de la crise en vue de sa résilience, qui aura pour conséquence éventuelle une anticipation des décisions de politique publique.

Ces changements organisationnels des unités d'hospitalisation conventionnelles et de réanimation augmentent dans un deuxième temps l'activité des services support dont fait partie le service d'Imagerie. Pour ce dernier, cette augmentation d'activité est amplifiée par les nouvelles recommandations en lien avec l'évolution des connaissances scientifiques : désormais le scanner thoracique sans injection s'impose comme l'examen d'imagerie pulmonaire de première intention en cas de diagnostic suspecté ou confirmé de COVID chez les patients présentant des signes de mauvaise tolérance respiratoire (dyspnée ou désaturation). L'anticipation de l'évolution de la crise à l'échelle interne de l'hôpital engendre



une adaptation du service d'imagerie, qui se double d'une deuxième adaptation à un processus d'apprentissage dont le rythme d'évolution est indépendant de celui des décisions stratégiques de l'hôpital. Néanmoins les effets de ces deux contraintes se combinent en augmentation la pression sur le service.

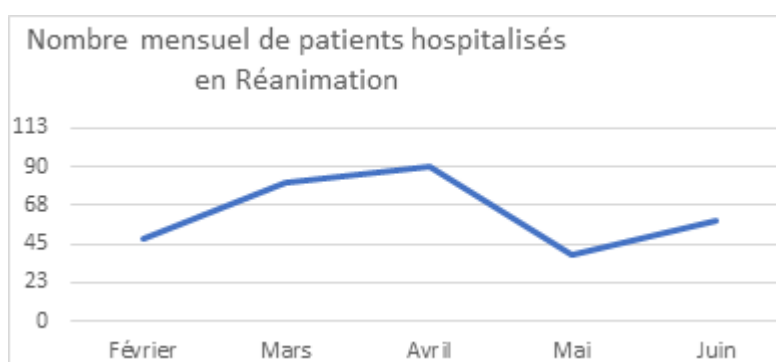
3.2. La décision du confinement et la gestion de la crise : une résilience organisationnelle anticipée

Le 16 mars, une intervention solennelle du Président de la République annonce le confinement pour le lendemain. A la suite de cette décision de nouvelles modalités nationales de gestion sont mises en œuvre. Dès cette date, l'ARS Ile de France se dote d'une cellule de régulation COVID qui aura pour but de renforcer la mise en place d'une stratégie régionale et d'améliorer la coordination des prises en charge des patients COVID et non COVID sur le territoire. Elle définit des hôpitaux de niveau 1 et 2, dont fait partie l'Hôpital BEGIN, Etablissement de Santé de niveau 1 au même titre que l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière et l'Hôpital Bichat pour l'Ile de France. Cette définition se base notamment sur leurs capacités en lits de réanimation pour les patients « COVID », les hôpitaux de niveau 3 et 4 prenant plutôt en charge les patients « non COVID ».

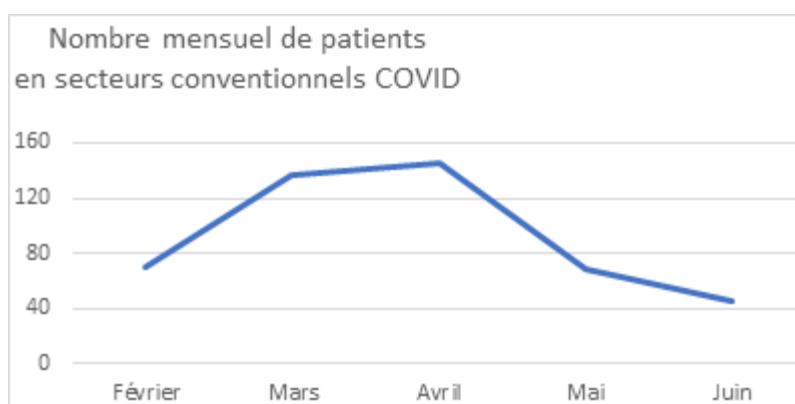
A partir de cette décision, la réorganisation de l'hôpital s'accélère pour faire face à la crise et à l'afflux possible de patients COVID positifs. La réduction des autres activités conventionnelles s'amplifie avec la déprogrammation de toutes les consultations - y compris d'imagerie - la déprogrammation des interventions chirurgicales non urgentes, ainsi que des parcours patients « programmés » non urgents en médecine. Le fonctionnement de l'UHSSE, ouverte depuis 2 semaines et qui accueillait un nombre de patients très fluctuant, devient autonome. Le service dispose désormais d'une équipe paramédicale formée et une organisation optimisée et sécurisée : les effectifs qui lui sont attribués résultent de la mutualisation des moyens humains provenant de l'ensemble des services conventionnels. La dynamique de l'anticipation à l'évolution de la crise entamée à partir du 12 mars s'est muée en une adaptation à la suite de la décision du 16 mars, cette adaptation a été accélérée par la période précédente d'anticipation.



Figure 2 : Un doublement des patients hospitalisés en réanimation et du nombre de patients en secteur conventionnel COVID entre février et avril



Source : Cellule Contrôle de Gestion HIA BEGIN



Source : Cellule Contrôle de Gestion HIA BEGIN

La mise en place des filières COVID « symptomatiques » et « asymptomatiques », d'un secteur « non COVID », et d'un dispositif de prélèvements « Test PCR » sous tentes au niveau des Urgences est effective deux jours après l'annonce du Président (*CR Réunion de crise du 18 mars 2020*). La réduction progressive des activités des services conventionnels « non COVID » et de chirurgie ambulatoire, qui avait été initiée à partir du 5 mars et s'était amplifiée après le 16, se poursuit.



Les services de chirurgie, de médecine et de chirurgie ambulatoire sont finalement regroupés sur un seul et même étage (passage de 139 à 44 lits) afin de créer un parcours médico-chirurgical « patients non COVID » avec des équipes paramédicales dédiées. Les autres étages sont sanctuarisés autour de deux parcours : un parcours conventionnel « patient COVID » et un parcours « Réanimation COVID » avec le maintien du dispositif en place. *(CR Réunion de crise du 22 mars 2020)*

Figure 3 : Un transfert de moyens qui priorise le traitement des patients COVID

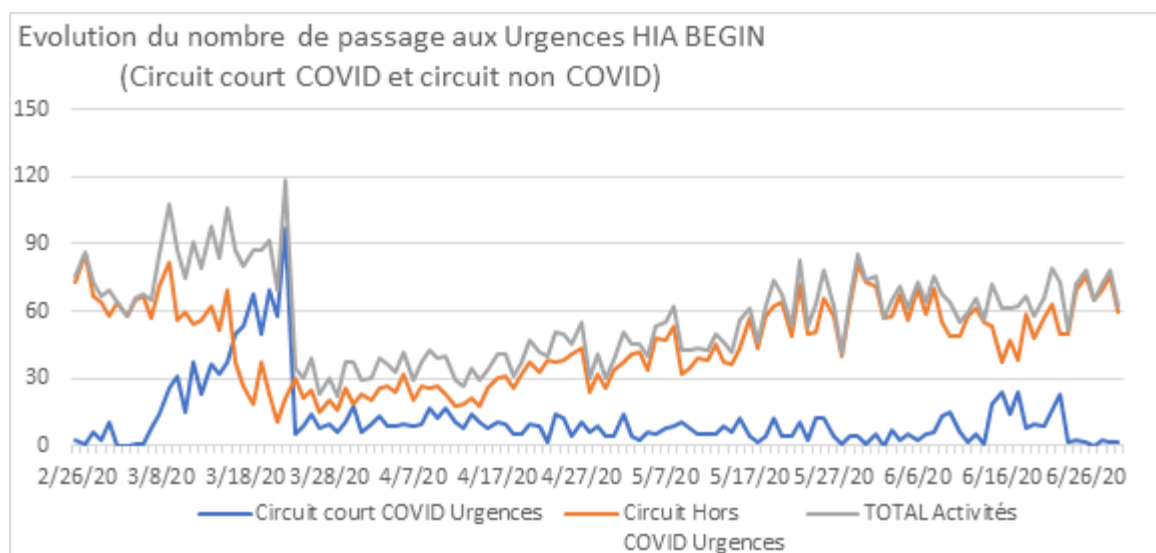
Evolution du nombre de lits d'hospitalisations conventionnels et de réanimation avant et pendant la 1ère crise COVID			
	Secteurs	Avant la crise	Pendant la 1ère crise
Secteurs impactés par la réorganisation de l'hôpital	Réanimation	12	38 lits de Réanimation
	Cardiologie Unité soins intensifs cardio	25	
	Chirurgie ambulatoire	18	
	Chirurgie	48	44 lits conventionnels et de chirurgie ambulatoire
	Oncologie	24	
	Gastroentérologie	24	
	Clinique médicale	24	
	Maladies infectieuses	19	
	Endocrinologie Rhumatologie	24	
	UHSSE	0	53 lits COVID
Secteurs non impactés	Hôpital médical de jour	22	22
	Psychiatrie	30	30
Total		194	187



Source : Direction HIA BEGIN

La résilience de l'hôpital au plus fort de la crise se donne à voir au travers de la gestion du service des urgences.

Figure 4 : L'évolution de l'activité du service des urgences comme indicateur de la résilience de l'hôpital



Source : Encadrement du Pôle Anesthésie, Réanimation, Bloc opératoire HIA BEGIN

L'évolution de l'activité des urgences montre une inversion des courbes entre le circuit classique (hors COVID) et le circuit court COVID le 18 mars. Compte tenu de la première étape de la réorganisation de l'hôpital en « structure COVID », le dispositif « Circuit court COVID des Urgences » est de plus en plus sollicité tandis que le nombre de passages « non COVID » baisse significativement à cette même date car la population est confinée et le nombre d'accidents du quotidien génératrice d'une patientèle aux urgences diminue. Ce nombre de passage va reprendre progressivement à compter du 11 mai, date de la fin du confinement.

Le nombre de passages « Circuit court COVID des Urgences » chute ensuite complètement car les patients arrivant sur l'établissement sont majoritairement directement aiguillés par le



personnel d'accueil sur les secteurs de réanimation et d'hospitalisation conventionnelles COVID qui ont été créés et où ils sont directement hospitalisés.

L'évolution du nombre de lits a en effet une répercussion sur les effectifs des personnels médicaux et dans une plus grande mesure sur les personnels paramédicaux car le triplement du nombre de lits de Réanimation impose de mettre en place une politique de recrutement de personnels réservistes et/ou de volontaires. Celle-ci est menée par les chefs de pôles pour les médecins et par la Direction des soins pour les paramédicaux. Parallèlement la Direction des Soins effectue un travail considérable de modélisation des effectifs et des formations nécessaires pour assurer la continuité des soins, notamment pour les personnels des services cliniques affectés, sur volontariat, en réanimation. Ce pool de personnel va permettre d'armer ces lits à effectifs réglementés (deux infirmiers pour cinq patients), cette réglementation expliquant la réduction du nombre global des lits sur la période. L'adaptation stratégique à l'échelle de l'hôpital se décline en vagues d'adaptations à l'échelle des services. Ces adaptations à l'échelles des services se combinent toutefois dans le temps avec des pratiques d'anticipation, comme le montre l'analyse plus fine des activités de « Scanner Hospitalisation ».

3.3. Des pratiques d'anticipation et d'adaptation décalées dans le temps au sein de l'hôpital

Au regard des décisions de la Direction et de l'évolution de la situation gérée par l'Agence Régionale de la Santé et la Direction des Hôpitaux du Service de Santé des Armées, le service d'Imagerie doit prendre en compte les réorganisations des services cliniques, le nombre de patients se présentant aux urgences, les recommandations scientifiques notamment en matière de diagnostic de la maladie par la réalisation d'un scanner thoracique et les mesures d'hygiène.

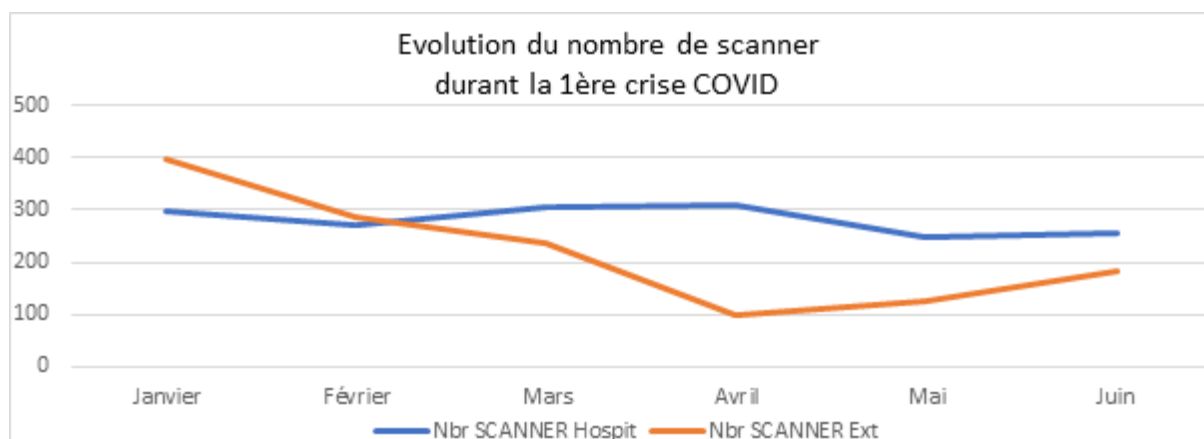
Les activités au profit des patients hospitalisés sont réduites compte tenu de la réduction du nombre de patients hospitalisés en conventionnel « classique » et ainsi, la déprogrammation des activités externes du service d'Imagerie s'est poursuivie par un travail important des secrétaires.



Cependant, les activités de « Scanner Hospitalisation » pour le diagnostic de la maladie se maintiennent, à un niveau maximal et constant, dans le cadre de la prise en charge des patients symptomatiques arrivant par les urgences et principalement pour les patients hospitalisés « COVID positifs ».

Pour maintenir ce niveau d'activité, une décision stratégique de réduction des scanner « externes » est prise à compter du 17 mars, afin de prendre en compte les nouvelles recommandations en matière d'hygiène (bionettoyage, tenue spécifique des personnels) et le temps incompressible de l'examen. L'activité « scanner externe » a commencé à reprendre à partir du 11 mai avec notamment une nécessité de prise en charge des forces Armées dans le cadre des visites d'aptitude. Cette activité complémentaire rentre dans les activités prioritaires du Soutien des Forces Armées.

Figure 5 : Un nombre de scanners extérieurs qui décroît mais un nombre de scanners pour le diagnostic de la maladie qui se maintient au maximum des capacités du service



Source : Cellule Contrôle de Gestion HIA BEGIN

Hormis le port d'une tenue spécifique, la question du bionettoyage se pose très rapidement au personnel qui cherche à anticiper la montée en puissance de la crise. En interrogeant l'équipe, il apparaît que cette problématique s'est posée dès début mars, près de quinze jours avant le confinement.



La réflexion interne de l'équipe aboutit à des modifications de pratiques qui font dans un premier temps l'objet de la rédaction d'une procédure interne en se basant sur une procédure relative à l'entretien des chambres COVID déjà existante sur l'établissement. *(Consignes pour le bionettoyage, la gestion du linge et des déchets du 01^{er} mars 2020, Equipe opérationnelle d'hygiène).*

La modification de la procédure, en date du 17 mars 2020, porte sur le temps de repos du produit désinfectant qui est réduit de 30 à 15 minutes. Une mesure complémentaire est prévue avec la commande d'un appareil « AirSur » de purification de l'air dans la salle du scanner.

Avec la réduction du temps de repos, les modalités d'utilisation du détergent désinfectant sont elles aussi changées : des bacs de 5 litres de solution diluée utilisable 24 heures dont l'emploi est plus aisé que celui des sprays habituels permettent de répondre efficacement aux exigences d'hygiène en allégeant et en facilitant le travail au quotidien des soignants.

Cet ensemble de changements de pratiques est validé par l'Infirmière hygiéniste et par la chef de service de Biologie *(Mode opératoire QUA-MO-777 de Mars 2020 relatif à la prise en charge de patient classé cas suspect, possible ou confirmé du nouveau Coronavirus : SARS-CoV-2)* et la communication des nouvelles procédures se fait par le biais d'un grand tableau situé à côté de la console du scanner.

Outre la question fondamentale de l'hygiène, les pratiques de prise en charge sont complètement revues car le scanner prend en compte des patients COVID et non COVID. Elles visent à prioriser les patients « non COVID » en début de programme puis de poursuivre avec les patients COVID.

Les impératifs d'hygiène et de sécurité nécessitent la permanence de deux manipulateurs radio ce qui impose à l'encadrement paramédical de proximité d'anticiper les plannings de ces derniers afin d'assurer les ressources humaines nécessaires à la continuité des activités de scanner. Des plannings en 12 heures pour les militaires et en 10 heures pour les civils sont notamment mis en place avec des projections jusqu'au mois de juin.



L'observation en profondeur des pratiques du service met ainsi en exergue d'abord une adaptation aux nouvelles consignes, puis, accompagnant la réorganisation, une anticipation des changements de pratiques pour assurer la continuité du service. Cette anticipation est un processus qui se déroule sur une quinzaine de jours, commençant par une réflexion dès début mars, et aboutissant à un changement de pratiques au moment de l'entrée en confinement.

4. DISCUSSION ET PISTES DE RECHERCHE

L'observation des pratiques en train de se faire a permis de mettre en exergue l'émergence de la résilience de l'hôpital dans le contexte temporel d'une action qui le dépasse et qui est celui de la crise COVID.

Plusieurs temporalités de gestion de la crise accompagnent son évolution : celle de la politique de santé, marquée par la décision du confinement à compter du 17 mars 2020, celles de l'hôpital qui composées de plusieurs phase (création de la cellule de crise à partir du 24 février, période du 5 au 16 mars, puis du 17 au 22 mars), et celle des pratiques du service (24 février, 1^{er} mars, 17 mars). Sur la période d'entrée en crise, la direction de l'hôpital s'adapte particulièrement vite (en à peine quelques jours) aux décisions du gouvernement. Or, cette adaptation a été précédée d'une période d'anticipation destinée à organiser la résilience de l'hôpital et qui a initié une dynamique de réorganisation complète de l'établissement, elle-même combinant au cours du temps des adaptations de pratiques et des anticipations qui obéissent soit à l'évolution directe du contexte, soit aux décisions des instances de santé publique au cours de leur apprentissage des caractéristiques du virus, soit aux décisions stratégiques à l'échelle de l'hôpital, soit encore à l'échelle des décisions de politique publique de santé.

Sur la période allant de fin février, début de l'entrée en crise, à mai 2020 lorsque la pression diminue, il est possible de déterminer à l'échelle de la direction de l'hôpital deux phases stratégiques articulées autour de la création de la cellule de crise le 24 février, près d'un mois en avance sur les modalités de gestion engendrées par l'entrée en confinement à partir du 17 mars.



Par ailleurs l'observation fine du département d'Imagerie montre, sous la continuité du service, une succession de changements de pratiques qui dans un premier temps, s'adaptent aux contraintes imposées par l'évolution des normes d'hygiène et par l'évolution des connaissances sur la COVID, mais qui, en parallèle anticipent l'amplification de la crise. Il y a donc une combinaison de pratiques d'anticipation et d'adaptation dont la temporalité dépend des activités. Celles-ci sont en partie imprévisibles (elles dépendent de l'évolution de la crise très au-delà des capacités d'action de l'hôpital), et en partie orientables à partir des pratiques d'anticipation et d'adaptation. Ce phénomène est d'autant plus important que leurs effets se combinent au cours du temps, soit favorisant la résilience : c'est le cas de l'anticipation stratégique à l'échelle de l'hôpital, qui a facilité et accéléré l'adaptation au moment du pic de la crise, soit en la rendant plus difficile : c'est le cas du service d'imagerie qui doit s'adapter à l'augmentation de son volume d'activité engendré par la réorganisation de l'hôpital, cette pression sur son fonctionnement étant accrue à même moment par une modification des contraintes techniques qui ralentit le traitement des patients.

Si, par son terrain, cette recherche contribue au développement des travaux sur la résilience d'une organisation en contexte disruptif (Hällgren, Rouleau & de Rond, 2018), l'approche par les pratiques observées en temps réel a permis de les situer en tenant compte des temps multiple de l'évolution du contexte extrême et de la gestion de la crise à différentes échelles, de celle de la politique publique à celles des pratiques dans un service. Elle permet alors d'aborder la question de la transformation des « capacités [...] de résilience en démonstrations organisationnelles de résilience » (Van der Vegt, Essens, Wahlström, George, 2015, p.977) sous l'angle du « quand » : l'efficacité de la réorganisation de l'hôpital et par conséquent de sa résilience a été préparée par une période d'anticipation de l'évolution de la crise, mais pas de la décision de politique publique. L'émergence de temporalités multiples au sein même de la résilience de l'organisation pendant la crise ouvre des pistes de recherche qui ne s'appuient pas sur le contrôle de la crise dans un paradigme fonctionnaliste mais sur le rôle du temps dans l'émergence de la résilience au cours d'une crise. Les temporalités, appréhendées sous la forme de rythmes, sont multidimensionnelles, et les effets des activités s'y combinent dans la durée au-delà de ceux recherchés par les acteurs, qu'ils facilitent la résilience (anticipation et adaptation de l'hôpital) ou la rendent plus difficile (tensions sur le service d'imagerie médicale).



Si l'anticipation elle-même s'effectue à différentes échelles et selon différents horizons temporels, il apparaît que la façon dont elle suit ou précède des adaptations sur ces mêmes échelles joue sur la résilience, ce qui élargit le champ de recherches sur le temps et le contre-temps de l'anticipation et de l'adaptation dans le changement organisationnel. Ces résultats donnent à penser qu'il existe un pont entre les recherches sur les organisations et les recherches sur le futur, notamment celles sur l'anticipation, pour comprendre et anticiper les transformations des organisations (Marchais-Roubelat & Roubelat, 2015).

REFERENCES

Boin A. (2008), *Crisis Management*, volume III. Sage, London.

Boin A. & Hart, P. (2008). Public Leadership in Times of Crisis: Mission Impossible?’, *In* A. Boin (Eds), *Crisis Management*, volume III, Sage, London, 1-15.

Brassett, J., O'Reilly, J., eds. (2021), *A creative Philosophy of Anticipation*, Oxon, U.K.

Broska, L. H., Poganietz, W. R., Vögele, S. (2020). Extreme events defined—A conceptual discussion applying a complex systems approach, *Futures*, 115, 102490.

Coombs, W. T. & Laufer, D. (2018). Global Crisis Management – Current Research and Future T Directions, *Journal of International Management*, (24), 199-203.

Corradi, G., Gherardi, S. & Verzelloni, L. (2010). Through the practice lens: Where is the bandwagon of practice-based studies heading? *Management Learning*, 41(3), 265-283.

Craig, C. (2018). Risk management in a policy environment: The particular challenges associated with extreme risks, *Futures*, 102, 146-152.

Debyshire, J. (2017). Potential surprise theory as a theoretical foundation for scenario planning, *Technological Forecasting & Social Change*, 124, 77–87.



Fuller, T. (2017), Anxious relationships: The unmarked futures for post-normal scenarios in anticipatory systems, *Technological Forecasting and Social Change*, n°124, 41-50.

Goodwin, P., Wright, G. (2010). The limits of forecasting methods in anticipating rare events, *Technological Forecasting & Social Change*, 77, 355–368.

Groves, C. (2017), Emptying the futur : On the environmental politics of anticipation. *Futures*, n°92, 29-38

Gherardi, S. (2000). Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations. *Organizations*, 7(2), 211-213

Gherardi, S., Meriläinen, S., Strati, A. & Valtonen, A. (2013). Editors' introduction: A practice-based view on the body, senses and knowing in organization. *Scandinavian Journal of Management*, 29(4), 333–337.

Gherardi, S. (2019). *How to conduct a Practice-based Study. Problems and Methods*, Edward Elgar, Cheltenham, U.K.

Hällgren M., Rouleau L., De Rond M. (2018). A Matter of Life or Death: How Extreme Context Research Matters for Management and Organization Studies, *Academy of Management Annals*, vol.12, n°1, 111-153.

Hart, P. (2008). Symbols, Rituals and Power: The Lost Dimension of Crisis Management, *In* A. Boin (Eds), *Crisis Management*, volume III, Sage, London, 84-104.

Jouvenel, B. (1967). The art of conjecture, Basic books, New York. Translation of the original *L'art de la conjecture* (1964), Editions du Rocher, Monaco.

Kantur, D. & Iseri-Say, A. (2015). Measuring Organizational Resilience: a Scale Development, *Journal of Business, Economics and Finance*, 456-472.



Kent, M. L. & Boatwright, B. C. (2018). Ritualistic sacrifice in crisis communication: A case for eliminating T scapegoating from the crisis/apologia lexicon, *Public Relations Review*, (44), 514-522.

Lalonde, J. F. (2013). La participation observante en sciences de la gestion : plaidoyer pour une utilisation accrue, *Recherches Qualitatives*, 332(2), 13-32.

Langley, A. & Klag, M. (2019). Being Where? Navigating the Involvement Paradox in Qualitative Research Accounts, *Organizational Research Methods*, 22(2), 515-538.

Leveson N., Dulac N., Marais K. & Carroll, J. (2009). Moving Beyond Normal Accidents and High Reliability Organizations: A Systems Approach to Safety in Complex Systems. *Organization Studies*, (30), 227-249.

Marchais-Roubelat, A., Roubelat, F. (2015). « Designing a moving strategic foresight approach: ontological and methodological issues of scenario design », *Foresight*, 17, 6, 545-555.

Tokakis, V., Polychroniou, P. & Boustas, G. (2019). Crisis management in public administration: The three phases model for T safety incidents, *Safety Science*, (113), 37-43.

Van der Vegt, G. S., Essens, P., Wahlström, M. & George, G. (2015). Managing Risk and Resilience, *Academy of Management Journal*, 58 (4), 971-980.

Weick K. & Sutcliffe K. (2007). Managing the unexpected. Resilient Performance in an Age of Uncertainty, 2nd ed., Wiley, San Francisco.

Weick, K. E., Sutcliffe K. M. & Obstfeld, D. (2008). Organizing for High Reliability: Processes of Collective Mindfulness, in A. Boin (Eds), *Crisis Management*, volume III, Sage, London, 31-67.



Wright, G., Goodwin, P. (2009). Decision making and planning under low levels of predictability: Enhancing the scenario method, *International Journal of Forecasting*, 25, 813–825.