

Pratiques d'anticipation et de réaction :

Les rythmes de la crise

LENGAGNE Olivier

MARCHAIS ROUBELAT Anne

Conservatoire National des Arts et Métiers Paris

olivier.lengagne@lecnam.net

anne.roubelat@lecnam.net

Résumé :

Le maintien des activités de soin dans un univers qui change suppose de combiner de l'anticipation comme préparation intentionnelle de l'avenir et des réactions adéquates face aux vulnérabilités provoquées par les événements. L'objet de cette recherche est d'étudier l'évolution de pratiques d'anticipation et de réaction en fonction des rythmes d'évolution différenciés de la crise. Après une analyse des effets de la crise sur les relations d'anticipation et de réaction des organisations, nous étudierons le cas d'un hôpital militaire pendant la crise COVID. Basés sur une approche par les pratiques et contextualisés par une frise chronologique, les résultats de l'étude montrent différentes temporalités de réaction et d'anticipation au niveau de l'hôpital et au niveau de ses tutelles, correspondant à des vulnérabilités de natures et d'échelles différentes. Les évolutions au cours du temps des pratiques de réaction et d'anticipation suivent des règles qui leur sont propres face à des vulnérabilités évolutives dans un jeu de dominances croisées.

Mots-clés : réaction, anticipation, approche par les pratiques, crise sanitaire, hôpital

Pratiques d'anticipation et de réaction :

Les rythmes de la crise

INTRODUCTION

La pandémie COVID a contraint les gouvernements à réagir à un ensemble de crises, aussi bien économique (Elliott, 2020) que financière ou sanitaire, perturbant les règles établies de l'intervention publique. En France notamment, la gestion de la crise COVID comme processus global a donné à voir, à l'échelle de l'hôpital, le développement de pratiques managériales contribuant, pour chaque étape de la crise, à la réaction de l'organisation aux différentes vulnérabilités que la crise provoque et au développement de capacités d'actions sur ces vulnérabilités alors même que le contexte est marqué par l'incertitude et une variabilité du rythme des événements. C'est cette modification des pratiques de gestion – et ses effets dans le temps – que nous proposons d'analyser sous l'angle de la relation anticipation-réaction, dans le cadre de la politique sanitaire française et à l'échelle d'un hôpital spécifique puisqu'il s'agit d'un hôpital militaire.

Après avoir défini la notion de crise selon différentes perspectives et discuté l'intérêt de ses perspectives pour traiter les relations de la gestion de la crise à l'anticipation et à la réaction au cours du temps, nous présenterons le cas et la méthodologie adoptée pour étudier la tension entre pratiques d'anticipation et pratiques de réaction tout au long de la crise COVID à travers les capacités stratégiques de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Bégin.

Cet établissement hospitalier militaire est caractérisé par une double tutelle : la tutelle militaire par le biais de la Direction des Hôpitaux des Armées (DHA) du Service de Santé des Armées (SSA - Ministère des armées) et l'Agence Régionale de Santé (ARS - Ministère de la santé et de la prévention), ce qui permet de rendre transparentes les relations entre gestion de la crise à l'échelle d'un hôpital et politique de santé à l'échelle du pays. Nous présenterons dans un troisième temps des résultats qui montrent comment des périodes d'anticipation s'articulent au cours du temps avec des pratiques de réaction en fonction des rythmes d'évolutions différenciés de l'environnement au cours de la crise, comment dans ce contexte devenu extrême la réaction se substitue à l'anticipation quand il n'existe pas de données rétrospectives solides du fait d'éléments déclencheurs inédits, et comment ces pratiques d'anticipation et de réaction s'inscrivent dans une organisation très évolutive. Ils ouvrent ainsi des perspectives managériales sur l'intérêt de moduler anticipation et réaction en fonction des rythmes de temporalités multiples dans le maintien des activités de l'organisation et dans la gestion de la résilience en période de crise ou en contexte extrême.

1. ANTICIPATION ET REACTION DANS LA CRISE

Notion polysémique, la notion de crise s'appuie, au départ, sur une locution grecque « *Krisis* qui signifie décision : c'est le moment décisif, dans l'évolution d'un processus incertain qui permet le diagnostic. Aujourd'hui, crise signifie indécision : c'est le moment où, en même temps qu'une perturbation, surgissent les incertitudes » (Morin, 1976). Ainsi, de façon globale, le concept de crise peut alors se définir selon différentes perspectives sous l'angle d'un événement, d'un processus ou de l'évolution d'une organisation au cours du temps.

1.1. Le concept de crise : un événement ?

Il est possible de l'aborder comme un événement avec l'idée de « *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). Dans la cadre de la crise COVID, la crise se concevrait plutôt comme « *des événements aux probabilités qui peuvent être faibles mais, s'ils se produisent, leurs effets menaceront les buts les plus fondamentaux de l'organisation* » (Weick et Sutcliffe, 2007). 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 « *situation d'accélération d'un événement qui déborde des capacités habituelles de l'organisation* » (Regouby, 2007) qualifiée de crise, peut se caractériser, au niveau de la gestion de l'organisation, par « *une situation sortant du cadre habituel des incidents connus, avec la nécessité de prendre en urgence des décisions stratégiques et d'organiser* » (Combalbert, 2005).

1.2. Le concept de crise : un processus ?

Il est possible de considérer la crise comme un processus qui, « *sous l'effet d'un événement déclencheur, met en éveil une série de dysfonctionnements* » (Roux-Dufourt, 2003), créant ou accentuant des vulnérabilités, c'est-à-dire des dysfonctionnements qui freineront ou empêcheront l'atteinte des objectifs de l'organisation. Par contraste avec la conception de crises bien délimitées dans le temps et l'espace, dans notre recherche, la crise COVID doit être considérée comme une « *période(s) prolongée(s) de forte menace, de forte incertitude et de politique intense qui perturbent un large éventail de processus sociaux, politiques et organisationnels* » (Boin & Hart, 2003). D'un point de vue managérial, le processus de la crise est souvent modélisé sous forme de phases : avant-crise, crise et après-crise (Tokakis, Polychroniou, Boustras, 2019). Dans l'introduction au numéro spécial sur les crises du Journal of International Management, W. Coombs et D. Laufer associent la phase de pré-crise à la prévention et à la préparation, la phase de crise à la réponse, et la phase post-crise à une période d'apprentissage et de révision (Coombs & Laufer, 2018). L'anticipation serait alors avant ou après la crise, la réponse à la crise s'effectuant en réaction aux événements, réaction préparée par les anticipations hors-crise sur les manières de faire face aux événements imprévus ou d'en limiter les conséquences basée sur une analyse « *rétrospective, c'est-à-dire des retours d'expérience formalisés et partagés, servant ainsi de base de réflexion sur la situation présente* » (Roux-Dufourt, 2003), une réflexion sur des « *futurs possibles, des options, des solutions, [...] des réactions adaptées et des conséquences probables sur l'évolution de la situation dégradée* » (Santi, 2015). Sur la durée, l'homogénéité de la phase de crise en termes de gestion peut cependant être interrogée.

1.3 Une conception temporelle de la crise ?

Il est envisageable de percevoir le concept de la crise sous l'angle de processus d'organisation. On peut ainsi envisager que le maintien des activités de l'organisation dans cet univers qui change rapidement et dont les pressions ne sont pas nécessairement toujours de même sens ni de même intensité, puisse conduire les gestionnaires à combiner de l'anticipation comme préparation intentionnelle de l'avenir et de la réaction de l'organisation face aux vulnérabilités provoquées par les événements au sein même de la crise, c'est-à-dire face aux dysfonctionnements qui apparaissent (parce qu'ils sont créés par les événements ou parce qu'ils n'avaient pas de conséquences stratégiques auparavant) et qui mettront en danger l'atteinte des objectifs à venir. Cette articulation en cours de crise entre réaction et anticipation est très peu abordée dans la littérature de recherche en gestion, même dans des recherches sur le futur : dans le numéro spécial de *Technological Forecasting and Social Change* de 2013 sur le management de crise, seule une étude de cas s'intéresse au problème créé par le manque d'anticipation dans les décisions managériales au cours d'une crise (Turoff, Hiltz, Banuls, Van den Eede, 2013). Au regard de cet état de l'art, dans le cadre de notre recherche, il n'est possible d'envisager la crise COVID de manière classique comme un événement délimité dans le temps et l'espace mais bien comme un processus qui se déroule dans le temps, sans début ni fin clairement délimités et sans forcément de données rétrospectives solides permettant de mettre en place, en permanence, des mesures anticipatoires, ce qui implique d'intégrer la créativité du temps et par conséquent la dimension subjective des événements (Marchais-Roubelat, 2021). Même ses différentes phases, nous le verrons par la suite, sont le fruit de décisions politiques, le passage d'une phase à l'autre dépendant de ces décisions au cours d'un processus de pandémie qui, lui, reste continu.

A l'échelle de la gestion de l'hôpital la crise provoque une série de dysfonctionnements organisationnels au regard de sa durée, de son intensité et de son imprévisibilité, ce qui pose la question, pour chaque phase de son évolution, de l'existence dans les pratiques de gestion de combinaisons d'anticipations et de réactions dans un contexte combinant l'urgence et l'incertitude radicale à une grande échelle. Les pratiques de réaction face aux événements devront permettre aux membres de l'organisation d'accepter la dégradation de la situation sans pour autant céder au stress et à la panique et les pratiques d'anticipation, elles, se conçoivent comme la manière d'insérer l'avenir dans les pratiques du présent (Brassett, O'Reilly, 2015, 2021, Fuller, 2017), y compris en termes de prévention de vulnérabilités à venir, et même si cet avenir est très évolutif et incertain.

Si « *l'anticipation sans réaction n'a que peu d'intérêt et inversement* » (Boumrar, 2010), il est envisageable que le maintien des activités de l'organisation implique qu'après une période initiale de réaction apparaissent des périodes d'anticipation, et que leur articulation au cours du temps évolue en fonction des rythmes d'évolutions différenciés du contexte ainsi que des contraintes organisationnelles de l'hôpital, le tout ponctué par les décisions du gouvernement et des tutelles. Pour continuer à assurer ses missions et rester performant l'hôpital doit réagir, en se basant sur un apprentissage organisationnel conditionné par sa capacité d'adaptation (Hedberg, Nystrom et Starbuck, 1976) au fur et à mesure de ses transformations au sein d'un contexte qui impose des changements 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 moyen des normes - ses pratiques de soin.

L'étude de la gestion de la crise dans la longue durée de la crise COVID à l'échelle de l'hôpital conduit ainsi à opter pour une conception temporelle, ce qui implique une méthodologie adaptée.

2. L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES BEGIN PENDANT LA CRISE COVID

Après avoir précisé les principes méthodologiques adoptés, nous montrerons l'intérêt que représentent les spécificités de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Bégin pour cette recherche. Nous présenterons ensuite la méthodologie de recueil et de traitement des données utilisées pour étudier la relation entre anticipation et réaction pendant la crise.

2.1. Comprendre la crise par son histoire

La notion de crise peut donc être envisagée comme un processus global, au cours duquel les causes et les conséquences s'entremêlent au cours du temps pour générer une situation organisationnelle instable et particulièrement difficile à piloter. Il convient donc d'étudier la crise dans son ensemble afin de tenir compte des différentes variables contextuelles tant internes qu'externes. De ce fait, il est fondamental pour comprendre la crise d'en saisir son histoire en repérant les éléments déclencheurs pour préparer, par anticipation, l'organisation à y faire face en minimisant les effets néfastes. Comment appréhender la crise quand les éléments déclencheurs et leurs évolutions sont inédits et imprévisibles ?

Dans le cas de notre recherche, la création d'une frise chronologique *a posteriori* et la détermination des phases significatives de la crise à partir du vécu d'un établissement de santé doivent nous permettre de comprendre, dans le temps, comment, en fonction de l'évolution d'un contexte incertain, l'organisation a mis en place des mesures d'anticipation ou d'adaptation afin de maintenir l'ensemble de ses activités.

2.2. L'hôpital d'instruction des armées Bégin : une double mission de santé et militaire

L'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin de Saint Mandé (Val de Marne, 94) fait partie des huit établissements militaires hospitaliers que comprend le Service de Santé des Armées (SSA). S'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, il assure d'abord sa mission prioritaire qui reste, en toutes circonstances, 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). La prédominance incontestée de la tutelle militaire hors crise et le lien hiérarchique qu'elle exerce sur l'hôpital se complexifie, durant la crise, par une montée en puissance de la tutelle civile que représente le ministère de la Santé en charge de faire appliquer les décisions gouvernementales. Cette double tutelle donne à voir, à l'échelle de l'hôpital, l'évolution de ses pratiques de réaction et d'anticipation au fur et à mesure des différentes vagues de la crise, d'une part, mais aussi de l'évolution de ses relations à ses tutelles, ce qui permet de clairement faire ressortir les différentes phases de la crise telles qu'elles découlent des décisions prises dans le cadre de la politique de santé.

2.3. De l'accès au terrain au traitement des données sur la durée de la crise : la construction de l'analyse longitudinale

Traiter l'évolution des pratiques au cours du temps nécessite un appareillage méthodologique adapté. Pour cela, une étude ethnographique a été menée sur 25 mois (de mars 2020 à avril 2022), observant l'évolution de l'organisation hospitalière et, à travers elle, l'évolution des modes de prise en charge au regard des réactions de la direction de l'hôpital et des prises de décision de la cellule de crise mise en place par cette même direction entre mars et septembre 2020.

La méthodologie combine différents corpus de données sur la crise et son évolution, faisant émerger différents rythmes de transformations organisationnelles. La constitution de ces corpus tant qualitatifs (textes réglementaires, informations gouvernementales, notes d'informations sanitaires et militaires...) que quantitatifs (tableaux de bord d'activités, données épidémiologiques nationales et départementales, objectifs chiffrés, suivi des effectifs médicaux et paramédicaux) a été favorisée par l'accès au terrain et aux informations dans le contexte du travail d'un des chercheurs de la recherche en tant que cadre supérieur de santé, membre de la Direction de l'établissement de santé et a été effectuée en complète transparence vis-à-vis de la hiérarchie militaire et du corps médical.

Cet accès privilégié aux archives, aux données en temps réel, aux réunions de la cellule de crise et l'observation quotidienne des pratiques en qualité de cadre coordonnateur des activités paramédicales du pôle médico-technique, du pôle soutien et du centre de vaccination anti-COVID, a permis de mener une observation participante (Lalonde, 2013), tout en devant gérer le « paradoxe de la participation » (Langley, Klag, 2019).

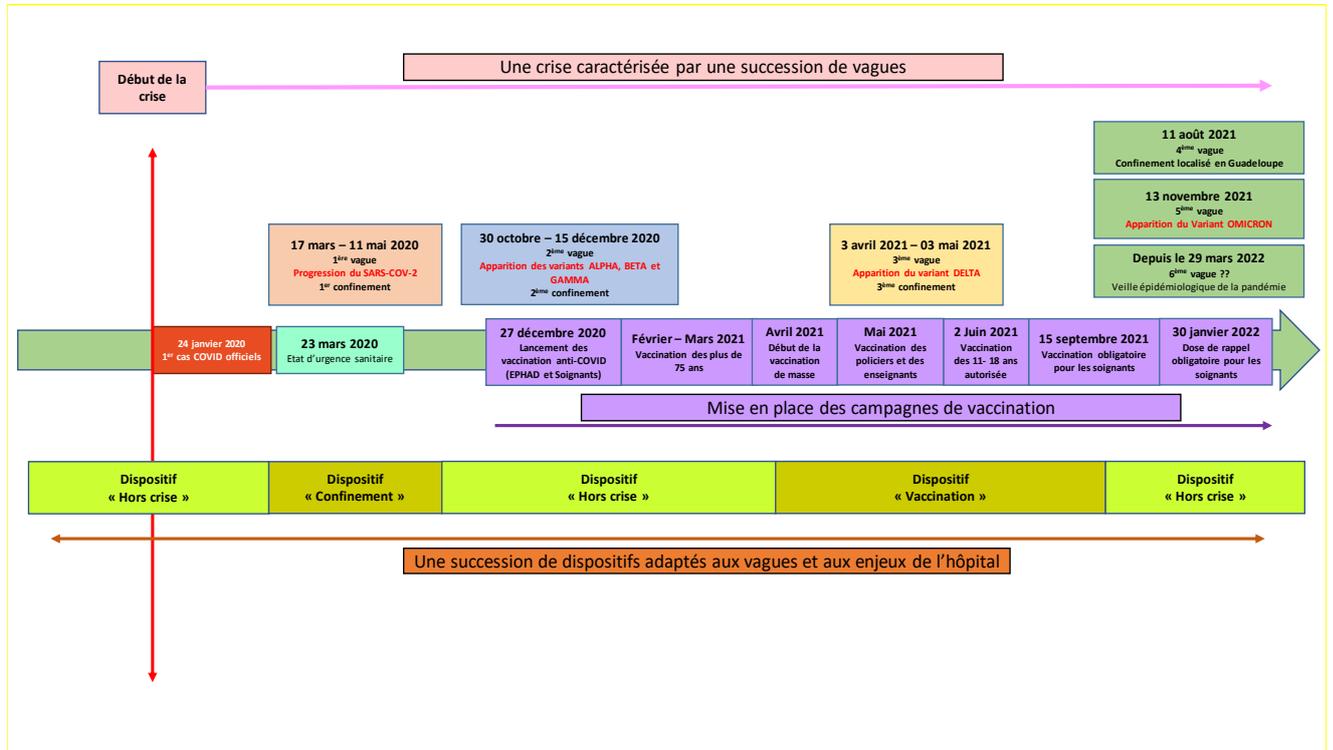
Les données ethnographiques collectées, datées, ont été reportées, quotidiennement, à chaud, sur un journal de bord qui, en complétant le contexte, et par conséquent en permettant de contextualiser les pratiques et leurs évolutions au cours du temps, a permis de mettre en exergue leurs transformations. Les éléments chronologiques du journal de bord ont permis de situer, au sens anglo-saxon du terme (Gherardi, 2019), non seulement les logiques organisationnelles traduites par les pratiques d'anticipation et de réaction qui accompagnent les vagues de crise au cours de la gestion globale de la pandémie, mais aussi les effets de ces pratiques et leurs inflexions dans le temps.

Ex post, ces données recombinaées ont permis de reconstituer différentes périodes dans la crise, selon différentes échelles organisationnelles (de l'hôpital, de ses relations avec ses tutelles, de services dans l'hôpital), différentes temporalités (de la pandémie, des connaissances médicales sur ses caractéristiques, des gestions des services, des gestions des relations avec la tutelle), et différentes priorités (accueil des malades, dépistage de la maladie, vaccination de masse, soutien aux armées, gestion du personnel soignant ...).

3. RESULTATS : CRISE COVID ET HÔPITAL, ENTRE REACTION ET ANTICIPATION

Les résultats de la recherche sont synthétisés sur une frise chronologique (figure 1) présentant les différentes périodes de la crise caractérisées par les différentes vagues nécessitant la mise en place de différents dispositifs, eux-mêmes engendrés par des modifications des relations décisionnelles entre le ministère de la Santé (par le biais de l'Agence Régionale de Santé du Val de Marne), le ministère des Armées (par le biais de la Direction des Hôpitaux des Armées du Service de Santé des Armées) et/dans l'HIA Bégin lui-même.

Figure 1: Frise chronologique de la crise COVID



Cette frise illustre à travers une succession de dispositifs ceux qui ont fait l'objet de pratiques de réaction et ceux qui ont fait l'objet de pratiques d'anticipation. Les dispositifs sont, dans notre recherche, des ensembles hétérogènes constitués d'un double discours (celui de l'ARS et celui de la DHA), d'institutions différentes (ministère de la santé-ARS et ministère des Armées-DHA), de lois et plus généralement de règles (au sens de contraintes durables, Marchais-Roubelat, 2000) aux enjeux à la fois identiques et différents : le ministère de la santé-ARS agit au regard de la politique sanitaire du gouvernement tandis que le ministère des Armées participe à l'effort national mais en continuant à s'engager au profit des forces qui reste, malgré la crise, la mission première.

Les pratiques de réaction sont représentées en vert foncé et sont caractérisées au travers du « dispositif confinement » et du « dispositif vaccination » qui a lui-même ses propres phases en réaction avec l'évolution des mesures sanitaires et ministérielles concernant notamment l'éligibilité des patients à la vaccination. Les pratiques d'anticipation, elles, sont représentées en vert fluo et correspondent aux différents dispositifs « hors crise » qui vont se baser au fur et à mesure sur un apprentissage organisationnel afin de gagner en performance. La succession de ces différents dispositifs (Confinement, hors crise, vaccination) est corrélée aux décisions gouvernementales (mise en place puis retrait du confinement national, déploiement de la campagne de vaccination Anti-COVID, proclamation de l'état d'urgence sanitaire) mais aussi au regard des données scientifiques sur la maladie (apparition des différents variants) et des données épidémiologiques (nombre de personnes contaminées, nombre de patients hospitalisés en secteur conventionnel et de réanimation, nombre de décès...).

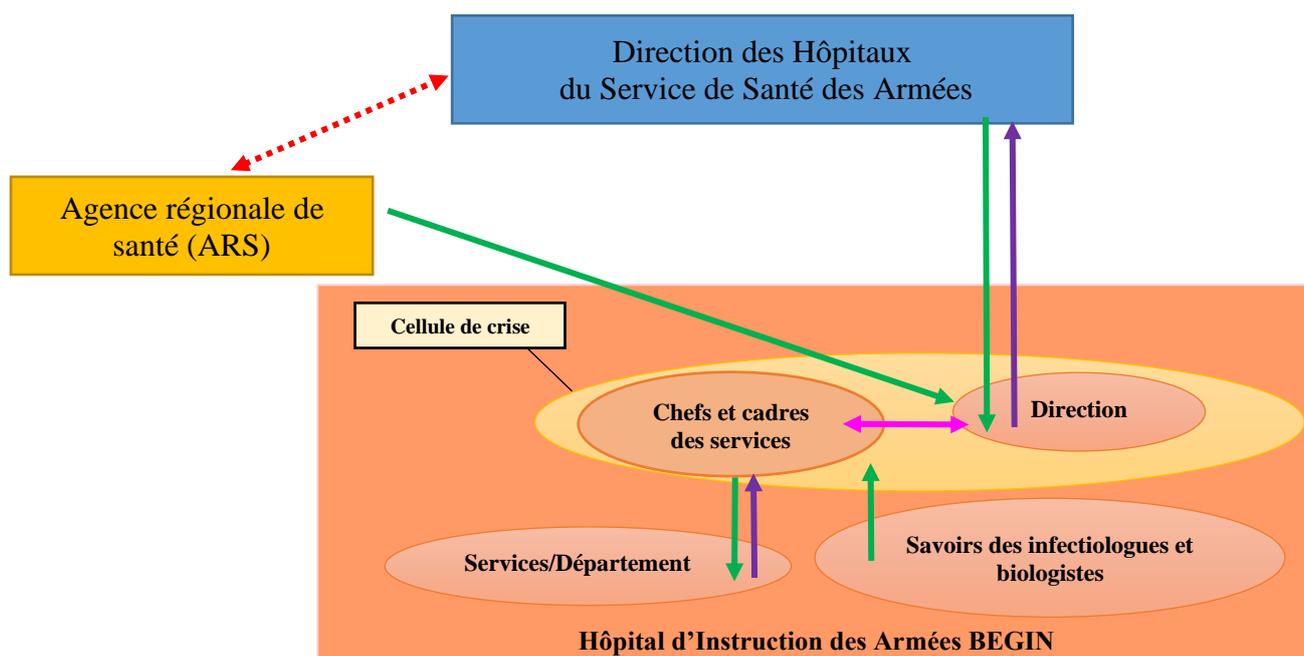
Ainsi, il est possible d'objectiver et de découper la crise en trois grandes étapes. Chaque étape est caractérisée à la fois par des pratiques d'anticipation et de réaction au sein de l'hôpital et par une modification des relations entre les tutelles et avec l'hôpital, dans des intervalles temporels définis par des décisions de politique de santé.

3.1. La première étape du 16 mars au 11 mai 2020 : mise en place d'un dispositif en réaction à la décision de confinement

La crise COVID a eu dès le printemps 2020 un impact majeur sur l'hôpital à partir de la prise en compte de la décision gouvernementale du confinement national.

Durant cette étape, les informations descendantes de l'ARS parviennent directement à la direction de l'établissement qui, tout en restant en lien direct avec la tutelle militaire, crée sa propre cellule de crise et impose, en réaction, la mise en place d'un dispositif spécifique de prise en charge des patients COVID (figure 2).

Figure 2 : Durant la première étape de la pandémie : du 16 mars au 11 mai 2020



	Relation de Pouvoir indirect
	Relation de Pouvoir direct
	Inter-relation de pouvoir direct
	Retour d'informations

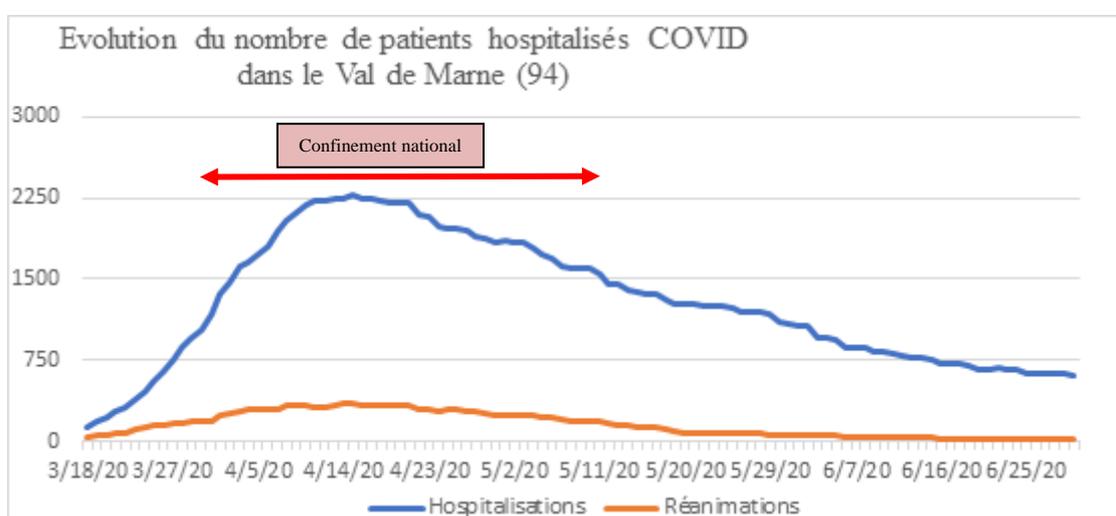
Source : Auteurs

La réorganisation de l'hôpital décidée par la cellule de crise de l'établissement se concentrent autour de deux grands secteurs de soins :

- la réanimation qui va connaître un triplement de son nombre de lits répartis sur deux entités géographiques à la suite de la transformation du secteur de cardiologie ;
- et de la création d'une Unité d'Hospitalisation en Situation Sanitaire Exceptionnelle (UHSSE) pour la prise en charge conventionnelle des patients « stables », c'est-à-dire atteints de la COVID mais ne nécessitant pas de réanimation.

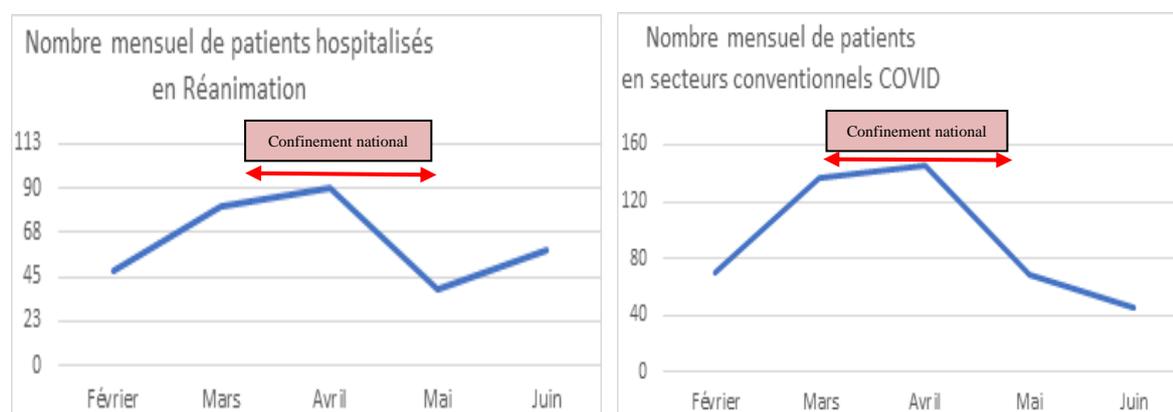
Ces deux secteurs de soins compléteront l'offre de soins initiale proposée par le service de Maladies Infectieuses qui avec ses 19 lits, ne peut faire face seule à l'affluence de patients atteints par la maladie. Le pilotage de ces transformations prend en compte en réaction, d'une part, les données épidémiologiques produites par l'ARS du Val de Marne (figure 2) ainsi que les données internes d'activités COVID (figure 3).

Figure 3 : Données épidémiologiques départementales



Source : ARS Ile de France

Figure 4 : Données épidémiologiques départementales



Source : Données CCG HIA BEGIN

A l'échelle de l'hôpital, la question du savoir s'est particulièrement posée à cette période sur l'ensemble des deux secteurs et plus particulièrement en réanimation pour les personnels volontaires des services cliniques qui intégraient - pour certains, pour la première fois - ce service spécialisé. En réaction aux vulnérabilités apparues dans les pratiques de soin, une formation aux soins critiques a été conçue à l'échelle de l'hôpital par compagnonnage entre nouveaux et anciens. Dans le cadre de cette première étape, c'est la décision du gouvernement de lever le confinement à la date du 11 mai 2020 qui met fin à la double injonction de la tutelle que nous venons de décrire. La réaction de l'hôpital aux changements de contraintes imposées à la fois par la gestion de la pandémie et par les modifications des injonctions des tutelles s'effectue au cours de cette première vague sans qu'il y ait eu anticipation préalable d'une situation qui n'avait pas été envisagée, ni en termes de soins, ni en termes de modification de tutelle.

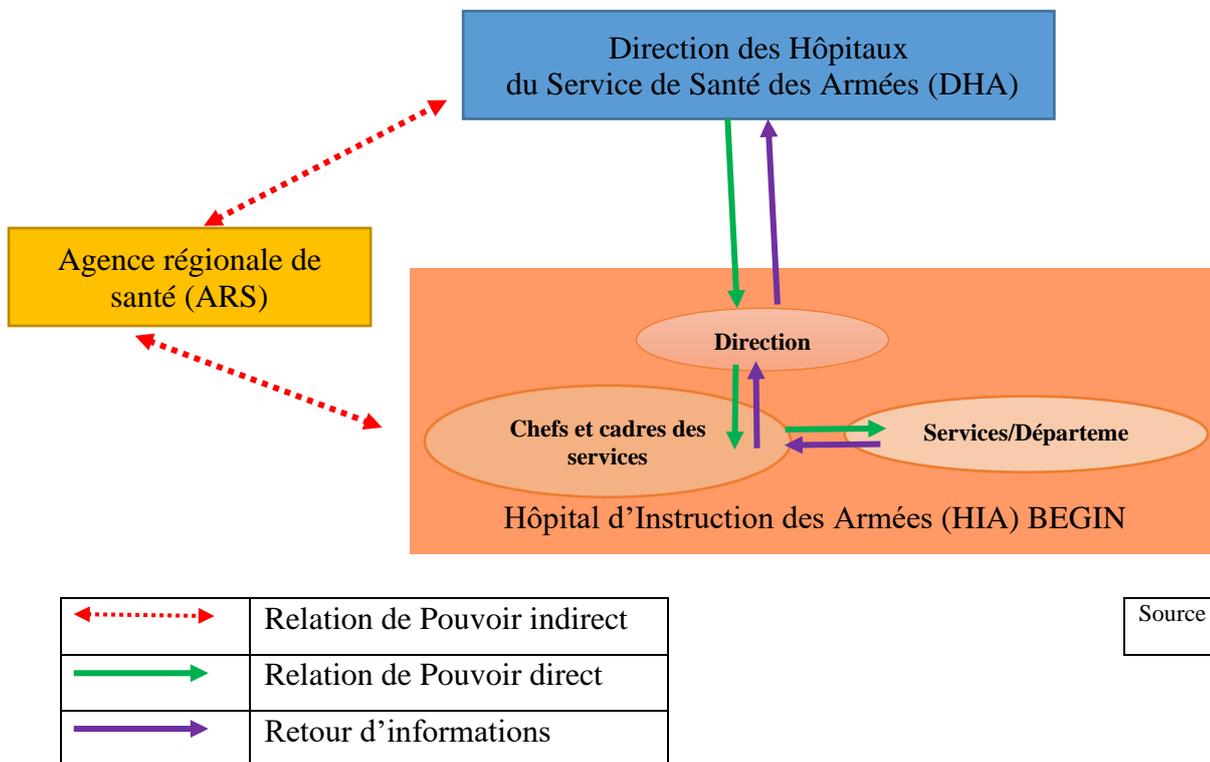
Dans ce contexte, le service d'Imagerie médicale sait qu'il sera particulièrement éprouvé par les transformations organisationnelles car c'est lui qui, à la suite des recommandations des sociétés savantes, doit systématiquement participer au dépistage et au diagnostic de la COVID par la réalisation systématique d'un scanner thoracique. Les impératifs d'hygiène, de sécurité et de nécessité de prise en charge des patients impliqueront en effet la permanence de deux manipulateurs en électroradiologie et imposent à l'encadrement de proximité d'anticiper les plannings de travail (nuit comme jour) de ce secteur afin d'assurer au regard des ressources humaines la continuité des activités de scanner. Le service commence immédiatement à anticiper les vulnérabilités qui émergeront de la tension entre la nécessité d'accélérer la cadence de réalisation des examens (scanner) et les normes de sécurité en matière d'hygiène en commandant un nouveau matériel de filtrage de l'air ambiant et en simplifiant les protocoles de

nettoyage tandis que des plannings en 12 heures pour les militaires et en 10 heures pour les civils sont mis en place avec des projections à 3 mois. Même à cette période on voit donc, sous les pratiques décisionnelles de réaction à l'échelle de la direction et de la tutelle, des pratiques d'anticipation au sein d'un service alors même que la crise le rend particulièrement vulnérable.

3.2. 2^{ème} phase : Dispositif « Hors crise » – l'hôpital militaire s'organise et forme par anticipation

Même si l'ARS maintient son lien avec l'établissement afin de poursuivre la déclinaison opérationnelle des décisions du ministère de la Santé durant toute la pandémie, le ministère des Armées par le biais de la Direction des Hôpitaux réinvestit la totalité de sa tutelle alors même que la crise continue.

Figure 5 : Hors crise, une relation de pouvoir institutionnel permet l'anticipation au niveau de la direction de l'hôpital



Source : Auteurs

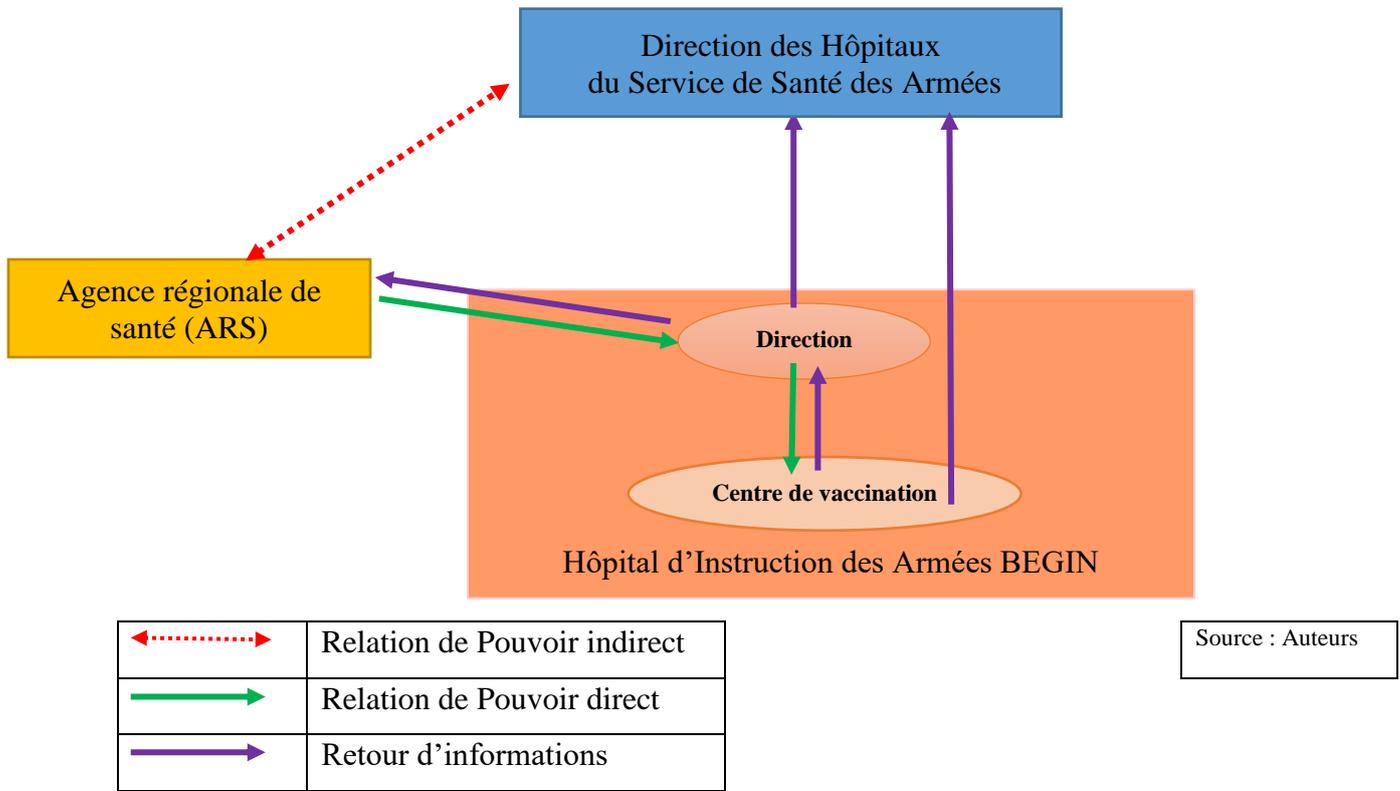
Les enjeux locaux s'articulent désormais sur une anticipation de la poursuite de la crise et sur l'apparition de potentielles vagues. Cette période permet de développer les savoirs des personnels afin de gagner en réactivité et de garantir sur le long terme un vivier suffisant de personnes compétentes dans les prises en charge COVID, de manière à pérenniser la réduction des vulnérabilités dans l'offre de soins. Ainsi, ces formations sont faites avant intégration dans le secteur. Elles se limitent aux savoirs de la prise en charge spécifique des patients atteints de la COVID, c'est donc une formation ciblée sur un type unique de soins de crise par contraste avec l'exigence de formation hors crise.

Le développement de ce savoir réalisé par des infirmiers référents en amont de l'affectation des personnels permet, au-delà de constituer un vivier opérationnel, de rassurer les personnels avant des missions de ce type et dans le même temps d'optimiser les équipes « au lit du malade ». Lors de cette vague, réaction et anticipation s'imbriquent, conduisant à une innovation dans la formation du personnel, l'anticipation reposant sur l'acceptation d'une forme dégradée de formation car ciblée sur un seul type de soin, mais cette formation dégradée rendant plus efficace la réaction à l'afflux de patients. Les relations habituelles de pouvoir au sein de l'hôpital en sont modifiées, les infirmiers prenant un pouvoir justifié par leur capacité à réduire une vulnérabilité provoquée par la crise.

3.3. Le dispositif Vaccination entre réaction et anticipation

Pour l'hôpital, la pression de la double tutelle se perçoit une nouvelle fois lors du déploiement du centre de vaccination, en réaction à la décision présidentielle de mettre en place une campagne nationale de vaccination à partir d'avril 2021 incluant la participation des hôpitaux militaires à raison de 1000 vaccins/jour.

Figure 6 : Durant la campagne de vaccination : du 6 avril au 17 septembre 2021



Cette réorganisation nécessite la participation des personnels de l'hôpital, privant certains secteurs de soins conventionnels d'une partie de leur effectif soignants, ce qui les rend vulnérables. Anticipant cette vulnérabilité la direction de l'hôpital met en place une organisation interne permettant le recrutement de réservistes et de bénévoles afin de soutenir l'activité des secteurs conventionnels tout en anticipant la poursuite de la campagne de vaccination tant dans la durée que dans le nombre de doses à administrer quotidiennement. Le suivi qu'elle mène lui permet d'anticiper la fermeture du centre de vaccination au regard du taux faible de vaccinés alors que l'ARS aurait voulu continuer en réaction à ses propres enjeux.

Lors de cette troisième vague, la réaction laisse de plus en plus la place à l'anticipation à l'échelle de la direction de l'hôpital, non seulement dans sa gestion propre, mais aussi dans sa relation aux tutelles.

Comme dans la vague précédente, les pratiques d'anticipation qui émergent au sein de la gestion de crise ont des conséquences sur les relations de pouvoir existantes. Dans les deux cas cependant, ces modifications sont limitées dans le temps et ne perdurent pas au-delà de la crise.

4. Discussion : Crise COVID : des relations réaction-anticipation très évolutives dans une succession rapide de phases et de dispositifs au sein d'une même crise

Les résultats font apparaître des combinaisons de pratiques d'anticipation et de réaction. Ces combinaisons évoluent au cours de la crise en fonction d'une part de la réalité des soins à apporter et d'autre part des priorités découlant des relations entre les tutelles de l'hôpital. Dans le temps rythmé par les phases de la crise, leurs effets s'associent pour gérer les différentes vulnérabilités qui apparaissent, vulnérabilités produites par les événements (notamment l'afflux de patients dans la première phase), aussi bien que par leur gestion, comme en témoigne l'épuisement des équipes dans la dernière phase qui pousse la direction de l'hôpital à anticiper la fin de la campagne de vaccination pour en revenir rapidement à une situation moins dégradée, ces vulnérabilités ayant été entre-temps orientées par les modifications de contraintes imposées par la tutelle. La frise chronologique de synthèse montre une alternance rapide de dispositifs au cours de « la » crise COVID, conduisant à s'interroger sur l'opérationnalité des modèles de gestion de crise en phases : « 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). Si dans l'absolu ces modèles fonctionnent toujours, l'observation détaillée au cours du temps montre des pulsations dans l'évolution de la crise, accompagnées par des allers-retours en termes d'organisation des pratiques d'anticipation et des pratiques de réaction, et des transformations des vulnérabilités au cours du temps.

De plus, il apparaît que les pratiques d'anticipation jouent sur les relations de pouvoir établies (à l'échelle des infirmiers, à l'échelle de l'hôpital face à une de ses tutelles), mais les résultats obtenus dans ce cas ne permettent pas d'établir de généralisation. Les pratiques de réaction comme les pratiques d'anticipation au sein de l'hôpital se modifient pour s'adapter au changement de dispositif en fonction du contexte, les différentes phases de la crise étant définies au cours du temps par des décisions politiques : les passages aux dispositifs COVID dont découlent les réorganisations à l'hôpital sont dus à des décisions politiques en réaction au contexte sanitaire. En revanche, en fin de crise, le retour de l'hôpital aux dispositifs « hors COVID » est une décision locale, par anticipation, afin permettre à l'établissement de garantir sa performance lorsque sa vulnérabilité face à l'ampleur de la crise a laissé la place aux vulnérabilités engendrées par la gestion de cette crise.

CONCLUSION

Le cas de l'hôpital d'Instruction des Armées Bégin de Saint Mandé impose de tenir compte de la relation à la double tutelle dans l'évolution des pratiques d'anticipation et des pratiques de réaction au sein de l'institution qui met en œuvre les décisions de l'Etat. Ces deux types de pratiques s'articulent ici sur deux niveaux : fonctionnement de l'hôpital d'une part et fonctionnement en relation avec les tutelles comme gestionnaire de la politique publique d'autre part.

Dans le cadre du fonctionnement de l'hôpital, les différents dispositifs mis en place en fonction des vagues sont conçus au départ en réaction à l'irruption de la crise dans son mode de fonctionnement et aux vulnérabilités qu'elle y introduisait. Pourtant, on note dans un service l'émergence très rapide, dès le début de la crise, de pratiques d'anticipation.

Ensuite, l'hôpital a su anticiper par ses réorganisations afin de faire face, dans l'incertitude, à l'apparition de nouvelles vagues impliquant de nouvelles réorganisations ou un retour rapide à une organisation de crise. Le rapport à la gestion de sa vulnérabilité organisationnelle en termes de capacité/incapacité à effectuer les soins dans un contexte de crise a ainsi évolué au cours du temps, alors que la crise présente globalement une continuité apparente.

Dans le cadre du fonctionnement en relation avec les tutelles, on note des rythmes différents, entre décisions politiques et déclinaisons stratégiques de ces décisions, dont les effets interfèrent parfois avec les pratiques de réaction ou d'anticipation à la pandémie de l'hôpital. On perçoit alors deux flux d'articulation entre pratiques de réaction et d'anticipation, qui se combinent pendant la crise globale mais dont la gestion suit des règles différentes.

Le changement de dispositif, par exemple, dépend d'une décision politique de l'exécutif envers l'institution qui la traduit en acte (Marchais-Roubelat, Roubelat, 2010), c'est un flux de gestion politique de la crise qui perdure sur toute la période tandis que l'institution fait évoluer ses pratiques pour répondre aux vulnérabilités organisationnelles engendrées par la gestion de la crise au cours du temps, c'est un flux de gestion organisationnel des soins en temps de crise. Si les résultats de cette recherche rejoignent les travaux sur les crises et leur gestion par les organisations, ils mettent en exergue des phases et des rythmes à l'intérieur de la crise et de ses principales étapes, ce qui signifie que les pratiques d'anticipation et de réaction s'enchaînent à l'intérieur même de ces étapes, la gestion de crise n'étant pas seulement une réaction aux événements, mais aussi des anticipations par rapport aux évolutions de la pandémie et aux décisions politiques qui les accompagnent.

L'exercice de la double tutelle sur l'hôpital Begin montre que si les pratiques de réaction et d'anticipation ainsi que les modalités de leur alternance au cours du temps dépendent des rythmes de la crise, ils dépendent aussi des rythmes des négociations entre ces tutelles et de l'évolution des relations de dominance (Marchais-Roubelat, 2000) qu'elles exercent entre elles et sur l'hôpital.

L'accélération du temps dans la crise donne à voir sur une période raccourcie des transformations organisationnelles, ce qui met en exergue des différences de rythmes et de natures dans ces transformations : rythmes de la gestion de l'hôpital pour une offre de soins, rythmes des négociations entre les tutelles pour une modification de la nature des soins, rythmes de la crise elle-même pour une priorisation de certains soins aux détriments d'autres dans des décisions de politique de santé. Si l'hôpital, en tant qu'organisation, poursuit toujours le même objectif (l'offre de soins), cet objectif se transforme dans le temps de la crise, pour finalement revenir à l'objectif initial.

Dans ce temps qui se démultiplie et s'anime, l'alternance entre pratiques de réaction et d'anticipation change de nature, les réactions suivant l'évolution des objectifs et les anticipations s'effectuant soit pour intégrer les objectifs à venir dans le présent, soit pour modifier ces objectifs - notamment lorsque l'hôpital revient au dispositif « hors Covid » -. Ces résultats donnent à penser que la nature et les rythmes de l'alternance entre pratiques de réaction et d'anticipation peuvent constituer un outil stratégique dans la gestion de crise, et aussi plus largement dans les transformations des organisations.

Bibliographie

Boin, A., Hart P. (2003). Public Leadership in Times of Crisis: Mission Impossible ?, *Public Administration Review*, 63(5), 544-553.

Boumrar, J. (2010). La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel, *ANDESE*, n°185-186, p 17

Brassett, J., & O'Reilly, J. (2015). Styling the future. A philosophical approach to design and scenarios. *Futures*, 74, 37-48.

Brassett, J., & O'Reilly, J. (Eds.), (2021). *A Creative Philosophy of Anticipation: Futures in the Gaps of the Present*. Routledge, Oxon, U.K.

Combalbert, L. (2005). *Le management des situations de crise*, ESF.

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

Dautun C. (2014). Méthodologie anticipation, *INHESJ*

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

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

Hedberg, B.L., Nystrom, P.C and Starbuck, W.H. (1976). Camping on seesaws: prescriptions for a self-designing organization, *Administration Science Quarterly*, 21, pp 41-65.

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

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. (2000). De la décision à l'action. Essai de stratégie et de tactique, *Economica*.

Marchais-Roubelat, A. Roubelat F. (2010). Exercice de la souveraineté et processus de décision politico-stratégiques, *Prospective et stratégie*, n°1, 47-61

Marchais-Roubelat, A. (2021). Flowing or frozen anticipation? Runes and the creativity of time, in Brassett, J., O'Reilly, J., eds., *A creative Philosophy of Anticipation*, Routledge, Oxon, U.K., 54-78

Morin, E. (1976). Pour une crisologie, *Communication*, n°25, 49-163

Regouby, C. (2007). Le défi des comportements dans la gestion de crise, *Gestions hospitalières*, 462, 21-26

Roux-Dufourt, C. (2003). *Gérer et décider en situation de crise*, Dunod

Santi J-M., Mercier S., Arnould O. (2015). *La boîte à outils de la prise de décision*, *BàO La Boîte à Outils*, Dunod

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

Turoff, M., Hiltz, S., Banuls, V., Van den Eede, G. (2013). Multiple perspectives on planning for emergencies: An introduction to the special issue on planning and foresight for emergency preparedness and management, *Technological Forecasting & Social Change*, 80, 1647–1656.

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