



## Analyse organisationnelle de la gestion de la crise du Covid-19

Henri Bergeron, Olivier Borraz et Patrick Castel<sup>(1)</sup>

Les principaux éléments de connaissances que nous présentons ici ont été publiés dans un court essai, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, paru en octobre 2020 aux Presses de Sciences Po (Bergeron, Borraz, Castel et Dedieu, 2020). Cet essai soulève des questions et avance des hypothèses, qui ont été élaborées à partir de l'analyse de données de terrain recueillies à chaud (une quarantaine d'interviews qualitatives) et de données secondaires (articles de presse médicale et générale, rapports, etc.). Ces hypothèses ont depuis été affinées à partir d'entretiens additionnels et d'analyses documentaires (dont les rapports produits par l'Assemblée nationale, le Sénat et la Mission indépendante d'évaluation) et sont aujourd'hui en cours de confirmation dans le cadre d'une recherche financée par l'Agence nationale de la recherche. Ces analyses se fondent, d'un point de vue théorique, sur les acquis de travaux de sciences sociales portant sur la gestion des crises, ainsi que sur les sociologies des organisations et de l'action collective, de la décision, et de l'action publique.

À l'origine de ce travail d'investigation se trouve une série d'étonnements, que nous sommes nombreux à avoir partagés au printemps 2020 : pourquoi ne pas avoir déclenché le Plan pandémie grippale de 2011, *a minima* dès fin janvier 2020, et pourquoi avoir activé si tard la Cellule interministérielle de crise (le 17 mars 2020) et plus largement le dispositif national de gestion de crise ? Pourquoi cette création incessante de nouvelles organisations, non prévues, à côté des dispositifs existants, déjà nombreux ? Pourquoi avoir opté pour un confinement, solution qui n'était envisagée dans aucun plan et aux conséquences sociales, économiques et sanitaires inconnues ? Comment expliquer que les personnels hospitaliers aient réussi à collaborer lors de la première vague, quand cette coopération a autant de mal à s'épanouir en temps normal ?

## 1. Une coordination et coopération exemplaires : le cas de l'hôpital

Comme toute crise, celle-ci soulève des problèmes de circulation d'information, de prise de décision, de coordination et de coopération entre de multiples acteurs dans un contexte d'incertitude. Nos travaux soulignent l'existence de ces difficultés, sur lesquelles nous reviendrons un peu plus loin. Mais cette crise a également composé un terreau d'épanouissement pour des formes inédites de coopération et d'improvisations vertueuses, dans des lieux traditionnellement traversés par de nombreux conflits et marqués par des situations complexes de concurrence. La mobilisation et la coopération exceptionnelles dans les hôpitaux sont de ce point de vue exemplaires. Comment l'expliquer ? Les médias et de nombreux commentateurs ont mis en avant les forces conjuguées d'un esprit de dévotion et d'une éthique du soin, pour rendre compte de l'engagement sans précédent des soignants dans la lutte contre l'épidémie et de la coopération de tous avec tous au sein de l'espace hospitalier. Nul doute que ces facteurs ont joué un rôle. Toutefois, d'autres facteurs explicatifs, relevant de la sociologie des organisations, nous paraissent devoir être également convoqués :

- tout d'abord, les contraintes budgétaires ont été (en partie) suspendues, rendant possible l'exploitation de marges de manœuvre jusqu'alors improbables. D'une manière générale, dans toutes les organisations, la suspension relative de la compétition pour l'appropriation de ressources rares (comme les moyens financiers, mais aussi, à l'hôpital, les patients) est un facteur favorable à la coopération ;
- la levée (au moins partielle) du contrôle managérial, ensuite, a favorisé l'innovation et l'organisation contingente, c'est-à-dire une organisation de la réponse hospitalière autour des seules contraintes cliniques et thérapeutiques. Le fait que la hiérarchie hospitalière, qui a jusqu'alors assumé des missions contraignantes de rationalisation budgétaire, ait entériné (au mieux) ou appris après coup (au pire) les décisions prises par les équipes soignantes a été un facteur clef de la coopération entre professionnels ;
- enfin, la déprogrammation de l'essentiel de l'activité de l'hôpital a été l'équivalent, toujours selon une grille sociologique, d'une neutralisation des enjeux professionnels et intérêts particuliers, autrement dit, une incitation décisive à la coopération.

Ces trois facteurs ont joué un rôle déterminant dans les formes de coopération observées au sein de l'hôpital. La preuve en est, *a contrario*, la concurrence et la rivalité qui ont marqué l'organisation des essais cliniques (*Discovery* en particulier), entre les mêmes individus qui coopéraient par ailleurs sur les soins. Dans ce cas, le maintien des contraintes ordinaires qui pèsent sur le travail des acteurs, et notamment la rareté des ressources, n'a pas permis à semblable coopération d'émerger. La gestion de l'épidémie, lors des deuxième et troisième vagues, soutient également cette conclusion : les conditions organisationnelles réunies lors de la première vague ne l'ont pas été de manière identique lors des deux autres épisodes, rendant difficile, à l'hôpital, la prise en charge simultanée des patients Covid et non-Covid.

Quoi qu'il en soit, il importe d'étudier systématiquement les déterminants des phénomènes de coopération, là où elle s'est épanouie, pour tirer des leçons et mieux préparer la gestion des crises à venir. On ne peut compter sur le fait que celle-ci se déploiera spontanément, ni qu'elle puisse être prédéterminée à l'aide de dispositifs organisationnels.

## 2. L'État et la gestion de crise : une gouvernance verticale

C'est l'un des traits marquants de cette gestion de crise : une multiplication de créations organisationnelles. Dans un paysage pourtant saturé d'organisations expertes (HAS, SPF, HCSP, INSERM, académies, ordres, sociétés savantes...)<sup>(2)</sup> et d'instruments de gestion de crise (Plan de pandémie grippale et Cellule

---

(2) HAS : Haute autorité de santé ; SPF : Santé publique France ; HCSPF : Haut Conseil de la santé publique ; INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

interministérielle de crise, CIC, en particulier), l'exécutif fait le choix de constituer de nouvelles instances : *Task Force* interministérielle, Conseil scientifique et Comité analyse recherche et expertise. Puis, une fois la CIC activée, il procède à des ajouts et réorganisations permanentes : nouvelles cellules au sein de la CIC (dont la cellule thématique interministérielle), Mission Lizurey, structures d'anticipation (dont la Mission Castex), transformation de la cellule interministérielle de crise en « Centre interministériel de crise », Haut comité d'orientation à la stratégie vaccinale, etc. Là encore, comment interpréter ce geste gouvernemental ?

Nous y voyons la reproduction d'un tropisme technocratique profondément ancré dans l'État, celui que Michel Crozier avait en son temps déjà identifié : le « cercle vicieux bureaucratique », conséquence de la croyance que la création de nouvelles organisations (ou technologies) réglerait les problèmes de coordination et de coopération entre acteurs de l'action collective (Crozier, 1963). Il incarne aussi, peut-être, une fascination contemporaine pour la supposée efficacité de petites structures, dites « agiles », très équipées en expertise, et peu lestées en procès et règles de fonctionnement.

De manière générale, la gestion de crise se caractérise par sa nature verticale : la morphologie du collectif qui prend les « grandes décisions » (confinements, couvre-feux, déconfinements, etc.) est de petite taille, resserrée autour d'un nombre fort limité de personnes : le Président de la République, le Premier ministre, son ministre de la Santé et le Conseil scientifique avant le 17 juin 2020, puis au sein du Conseil de défense et de sécurité (sanitaire), sur la base des travaux des petites « structures agiles » dans les périodes qui suivent. Il y a là encore un geste typique, comme nous l'enseigne la sociologie de la gestion de crise : qui veut maximiser sa capacité de décision autonome réduit le nombre des participants à ladite décision. Mais cette manière de gouverner n'est pas sans risques. Si l'on prend l'exemple du Conseil scientifique et que l'on centre le regard sur le processus de décision qui a cours à la mi-mars 2020, nous pouvons identifier quatre types de difficultés :

- l'exécutif se trouve dépendant d'une information partielle et partielle, conséquence de la composition très médicale, hospitalo-centrée du Conseil scientifique, regroupant de nombreux professionnels du soin, travaillant qui plus est dans les « établissements de référence », par construction les plus touchés par la pandémie ;
- ensuite, ce que l'exécutif gagne en capacité de décision autonome, il le perd en capacité de mise en œuvre, faute d'associer ceux qui devront appliquer ces décisions et de pouvoir incorporer dans le dessin des stratégies les contraintes (et les moyens de les dépasser) qu'elles vont concrètement rencontrer ;
- il existe encore le risque de voir se développer un phénomène de « *groupthink* », selon l'expression de Janis (1972), un phénomène par lequel les opinions des experts tendent à s'uniformiser, faute de contradiction et de contrôle scientifique externe quand ce groupe, comme ce fut le cas du Conseil scientifique, n'est formellement attaché à aucune institution de recherche et que ses membres ne représentent qu'eux-mêmes ;
- enfin, cette manière de gouverner entretient l'illusion de l'autonomie de la science et de la décision : la relation entre le Conseil scientifique et le *triumvirat* gouvernemental doit être plus manifestement conçue comme une relation d'interdépendance, donc de pouvoir, c'est-à-dire contraignante pour les deux parties (Bergeron *et al.*, 2020).

Finalement, la gestion du Covid 19 est un puissant révélateur du fonctionnement de la démocratie française, caractérisée par une hyper-centralisation de la décision, qui associe peu, ou tardivement, les corps intermédiaires, les collectivités territoriales et le Parlement. Il s'agit d'une gestion proprement politique, marquée par une méfiance vis-à-vis des administrations (et des citoyens), elles-mêmes tentées par le « précautionisme », c'est-à-dire par l'application sans critique de la décision, afin d'éviter les sanctions dans un champ traumatisé par les scandales sanitaires à répétition (sang contaminé, vache folle, canicule, médiateur, etc.). La revendication du monopole de la gestion de crise par l'État, ou plus précisément par le sommet de l'État, dans un geste régalien, conduit à ce que tout soit saisi dans l'espace public au prisme de ce que fait et ne fait pas l'État et par voie de conséquence, à occulter l'action, souvent performante, mais non prescrite, des acteurs de terrains (collectivités territoriales, associations, groupes professionnels, etc.).

Autour du Président de la République et de son équipe gouvernementale, la création de petites « structures agiles » a contribué au contraire à reproduire la séparation entre la pensée de la stratégie (considérée comme noble) et la pensée de la mise en œuvre (reléguée à l'intendance).

### 3. Quelques leçons pour l'avenir

Les crises donnent souvent lieu à des rapports produits *ex post* et qui entendent tirer des leçons pour l'avenir : enquêtes et commissions parlementaires, rapports d'inspections, retours d'expérience. Mais plusieurs limites principales peuvent amoindrir la valeur heuristique de ces dispositifs :

- pour commencer, la crise est présentée dans sa singularité et son incommensurabilité. Bien que singulières, les crises et leur gestion présentent pourtant des aspects et des dimensions qu'il faut pouvoir comparer, afin d'optimiser un apprentissage plus holistique, c'est-à-dire non limité à un champ spécifique d'action publique (l'énergie, la santé, l'environnement, la sécurité intérieure, etc.) ;
- ensuite, les documents d'évaluation adoptent des trames et des méthodes différentes, pour une même crise (quand plusieurs institutions « mènent l'enquête »), mais également d'une crise à l'autre, ce qui accentue la singularité de l'événement et rend difficile la comparaison, méthode reine de production de connaissances utiles et probantes ;
- la priorité est également accordée, dans ces travaux rétrospectifs, à l'identification des erreurs (souvent individuelles) et dysfonctionnements (organisationnels ou technologiques), au détriment de ce qui a marché ou des formes de coopération ou de coordination réussies ;
- enfin, il s'agit la plupart du temps, contraintes politiques obligent, de rapports qui conduisent à des réformes limitées, dans un souci de ne pas remettre en cause des juridictions et arrangements institutionnels existants.

Il convient donc de sortir chaque crise de sa singularité pour opérer une mise en série qui autorise la comparaison. Cela suppose d'adopter des trames et méthodes communes, dans un souci de cumulativité des connaissances. Dès lors que des organisations publiques activent leurs dispositifs de gestion de crise, ceux-ci doivent faire l'objet d'un retour d'expérience. Un premier retour d'expérience à chaud peut être conduit avec l'aide d'observateurs extérieurs en sciences sociales, qui auront suivi la totalité de la gestion de crise et observé les ajustements auxquels les acteurs de la crise ont procédé au fil de l'eau. Un second retour d'expérience à froid pourra dégager des enseignements sur ce qui a fonctionné, ou pas, dans la circulation d'informations, la production de connaissances et la prise de décision, en vue de se préparer à la survenue de futures crises. Ces retours d'expérience devront suivre une trame commune afin d'être collectés par une organisation dédiée, qui pourrait être le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) (ainsi que le recommande le rapport Pittet *et al.*, 2021), comparés et mis en série avec ceux produits par d'autres organisations sur la même crise et après d'autres crises. L'objectif étant, au-delà de leurs spécificités, d'en tirer des enseignements plus généraux. Il faut, enfin, qu'existe une volonté politique d'apprendre à l'échelle collective, afin de bâtir un socle de connaissances communes, en lieu en place de connaissances dispersées dans chacune des institutions ayant pris l'initiative de mener un retour d'expérience à son échelle.

Il a souvent été dit que cette crise signalait (une nouvelle fois) la faillite de la santé publique. Ce constat d'une grande généralité n'est pas incorrect mais il mérite d'être précisé. La santé publique ne se limite pas à l'épidémiologie, aux statistiques populationnelles, aux modélisations de toutes sortes ou aux campagnes de communication. Elle est une approche globale des problèmes de santé qu'elle étudie dans toutes leurs dimensions (sanitaires, économiques, politiques, psychologiques, sociales, etc.). La santé publique a également pour vocation d'analyser les conséquences de toutes natures des mesures prises, et leurs interactions, pour proposer des mesures relevant d'un universalisme proportionné (analysant conjointement la distribution sélective des risques, des bénéfices et des coûts des interventions possibles).

Si les connaissances, l'expertise et les savoir-faire de la santé publique n'ont cessé de s'étoffer et font montre aujourd'hui d'une légitimité scientifique incontestée (en matière de promotion de la santé, de prévention, de réduction des risques et de dommages, etc.), l'institutionnalisation de la santé publique en France demeure, si ce n'est très limitée, du moins inachevée : peu d'institutions ont cette approche globale, peu de PU-PH (professeurs des universités-praticiens hospitaliers) sont formés et travaillent en embrassant cette perspective, peu de formations sont disponibles, et notre système de santé reste principalement organisé autour d'enjeux curatifs. Il n'y a donc pas eu, à proprement parler, de faillite de la santé publique, mais une manifestation supplémentaire de sa faible institutionnalisation et la dominance de segments de la santé publique – l'épidémiologie dans sa conception modélisatrice et l'hygiène (hospitalière) – au détriment d'autres composants dont la prévention et la promotion de la santé. À l'avenir, l'approche globale doit être placée au cœur des stratégies de gestion des crises, et au cœur des réflexions sur les politiques d'anticipation, qui, elles aussi, ont fait cruellement défaut depuis un an.

La revendication du monopole de la gestion de crise et la centralisation de la décision créent des attentes de protection et de sécurité chez les citoyens qui ne peuvent qu'être déçues, car l'État, face à ces menaces évolutives, ne dispose jamais que de moyens limités. Il paraît ainsi souhaitable que la gestion de crise ne soit pas qu'un geste régalien. Moins revendiquer le monopole de gestion de crise devrait susciter moins de déception, et au contraire être propice à la restauration progressive de la confiance des citoyens envers les autorités publiques, toutes les autorités publiques.

## Références bibliographiques

Bergeron H., O. Borraz, P. Castel et F. Dedieu (2020) : *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Presses de Sciences Po, 136 p.

Crozier M. (1963) : *Le Phénomène bureaucratique*, Seuil, Paris.

Janis I.L. (1972) : *Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascos*, Houghton Mifflin.

Pittet D., L. Boone, A.M. Moulin, R. Briet et P. Parneix (2021) : *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques*, Rapport final, mai.