

LE NAUFRAGE DU CAR-FERRY « HERALD OF FREE ENTERPRISE »

Une crise à double visage

PAR CHRISTOPHE ROUX-DUFORT

Professeur - Département Management et Stratégie - Groupe EDHEC

*Cet article propose une discussion critique
du concept de crise en proposant deux angles d'analyse.
L'option événementielle ou symptomatique donne à voir le concept
sous l'angle de l'événement déclencheur de la crise et de ses symptômes ;
l'option processuelle lui confère une dynamique d'incubation, d'évolution
et d'amplification prise dans un laps de temps et un espace élargi.
L'étude du naufrage du Herald of Free Enterprise permet
de mettre en évidence les faiblesses de l'approche événementielle
au profit de l'approche processuelle
pour comprendre les logiques d'incubation et
de déclenchement des crises (1).*

L'analyse des situations de crise majeure est un champ scientifique encore rarement exploré en gestion. Au-delà de la difficulté à observer la dynamique d'une crise au moment où elle se développe et des limites du traitement a posteriori de ce type d'événement, nous pensons que l'obstacle majeur provient de l'ambiguïté conceptuelle de la notion même de crise. La littérature élude souvent le débat sur la crise comme événement ou comme processus. D'un côté, la crise est appréhendée comme un événement et se confond alors souvent avec son événement déclencheur, ce qui la cristallise dans le temps et en fait un événement ponctuel. De l'autre, elle est appréhendée comme un proces-

sus de déstabilisation de l'organisation dans lequel vont s'engager brutalement plusieurs acteurs et plusieurs enjeux souvent éloignés du champ d'attention et de transactions habituel de l'organisation. L'appréhension d'une crise comme événement conduit souvent à privilégier les symptômes alors

(1) Ces travaux ont été présentés lors d'un séminaire de recherche au groupe HEC en février 1998 et à la journée des IAE à Nantes, en avril 1998. Je remercie les participants, et plus particulièrement Bernard Forgues, pour leurs commentaires sur les versions intermédiaires de cet article. Je tiens à remercier aussi Gilles Arnaud et Daniel Fixari pour les réflexions et les suggestions qu'ils ont apportées pour l'amélioration de cette version.

qu'une appréhension processuelle conduit à embrasser le phénomène dans un laps de temps et un espace élargis.

Le choix de l'option symptomatique ou processuelle n'est pas sans conséquence sur la façon d'étudier et de gérer les crises majeures. Les entreprises confrontées à des crises en font souvent l'expérience. La seule analyse du symptôme visible les écarte bien souvent de la confrontation avec une réalité souterraine, moins acceptable. Le problème reste de savoir à quel point la crise n'a pas été le révélateur d'une défaillance ou d'une réalité que l'organisation évitait jusqu'alors d'affron-

ter. met en éveil une série d'acteurs, d'enjeux et d'organisations qui en temps normal n'ont pas de relations entre eux. La crise du HFE a mis à jour la complexité des systèmes du transport maritime et elle a contribué à déclencher une série d'autres crises dans plusieurs organisations.

Le dispositif méthodologique mis en place pour retracer ce cas repose sur plusieurs choix. Nous nous sommes d'abord concentrés sur une analyse destinée à restituer l'événement tel qu'il s'est déroulé étape par étape. Cette analyse est linéaire et temporellement située. De ce point de vue, nous avons adopté une approche évé-

A.F.P.

ter. Sur cette question, Mayer [1992] suggère que la crise, au-delà de la cause visible qui la déclenche - la cause conjoncturelle - s'installe progressivement dans l'organisation. En ce sens, il attire notre attention sur le fait que la crise ouverte est toujours précédée d'une période de vulnérabilité constante ou d'une crise larvée que la crise ouverte révèle brutalement à l'organisation. C'est sur la façon dont s'installe cette vulnérabilité dans le temps et sur le risque qu'il y a à confondre la cause conjoncturelle et la cause structurelle que porte cet article.

Pour camper le décor du drame, nous présentons le cas du naufrage du car-ferry *Herald of Free Enterprise* (HFE) en mars 1987. Le naufrage du HFE illustre bien à la fois comment une crise résulte d'un mouvement de fond qui combine brutalement une série de dysfonctionnements propres à déclencher l'événement et comment elle

mentielle centrée sur l'événement déclencheur : le naufrage du navire. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une collecte d'informations secondaires nourrie par une analyse des articles publiés dans la presse britannique et française à partir du 7 mars 1987 jusqu'au mois d'avril de l'année suivante. Ces informations ont été complétées par des entretiens semi-directifs avec différents acteurs du secteur d'activité. La deuxième étape a consisté à étendre le champ d'investigation et procéder à une étude des parties prenantes à la crise. Nous avons mené à bien cette étape sous trois angles d'analyse. D'abord, nous avons examiné la réaction post-crise des acteurs, puis nous avons mis en lumière les enjeux dont chacun était porteur au moment des événements pour, enfin, décoder les fondements de leurs stratégies et de leurs comportements pendant et après la crise. L'examen des enjeux permet de repérer les conflits

« Il est absurde de considérer l'accident du "Herald of Free Enterprise" comme une preuve qu'il faille améliorer le concept des ferries. Ces bateaux ne peuvent pas couler, sauf en cas de collision extrême... Il n'est d'ailleurs jamais arrivé qu'un tel bateau, dans la CEE, coule à la suite d'une inondation du pont des voitures ».

L'ÉPREUVE DES FAITS

de rationalité qui s'expriment dans la crise et contribuent à l'amplifier et à la complexifier. La mise en valeur des fondements du comportement des acteurs aide à identifier leurs stratégies de défense pour répondre et gérer la crise.

6 MARS 1987, LE NAUFRAGE

Le 6 mars 1987, le car-ferry *Herald of Free Enterprise* appartenant à la compagnie Townsend Thoresen, filiale anglaise du groupe leader dans l'industrie des ferries transmanche, P&O, se retourne à la sortie du port de Zeebrugge (Belgique) alors qu'il allait entamer une traversée routinière à destination de Douvres (Grande-Bretagne). Le bilan des victimes est très lourd. En première estimation, il indique un total de quarante morts retrouvés dès le 7 mars. Ce bilan s'alourdit jusqu'à la fin du mois de septembre de l'année 1987, date à laquelle on retrouve les dernières victimes. Il s'élève finalement à cent quatre-vingt-treize victimes. Le HFE fait partie de la flotte de Townsend Thoresen et incarne les grandes orientations prises par cette entreprise depuis quelques années. C'est un gros bateau (20 000 tonnes, 132 mètres de long et une capacité d'accueil de 1 500 passagers). En outre, c'est un *roll-on roll-off*. Le principe de fonctionnement de ces bateaux vise à réduire au maximum les temps d'embarquement et de débarquement : les véhicules embarquent par l'un des côtés du navire et débarquent de l'autre côté. Ce type d'opération permet de réduire substantiellement le temps de trajet total entre deux destinations puisque les temps d'embarquement et de débarquement sont comptabilisés dans les temps de trajet. Ce type de ferry est construit comme une sorte d'immense parking à deux étages, reposant sur une barque ultra plate. L'inconvénient du système *roll-on roll-off* est son instabilité due à sa configuration (barque plate très longue et étroite, absence de compartimentages transversaux pour permettre aux véhicules de circuler d'un bout à l'autre du navire).

Le port de Zeebrugge ne compte qu'un seul niveau d'accès aux ponts d'embarquement du bateau. Or le HFE, comme de nombreux autres ferries, possède deux ponts d'embarquement superposés. Pour pouvoir charger, il doit remplir ses ballasts afin d'abaisser les ponts supérieurs au niveau du ponton du port et permettre ainsi l'embarquement des véhicules sur ces ponts l'un après l'autre. Par ailleurs, les conditions de marée rendent, elles aussi, nécessaire l'utilisation des ballasts pour s'ajuster à la hauteur des pontons d'accès. A 18 heures, la marée est montante et par conséquent le HFE doit remplir entièrement ses ballasts pour abaisser au maximum son pont supérieur. Ce

soir-là, le ferry transporte 459 passagers, 80 membres d'équipage, 81 voitures, 3 bus et 47 camions. Ayant chargé par l'avant, le HFE fait demi-tour dans le port pour se mettre dans le sens de la marche puis s'engage à pleine vitesse pour remonter le fort courant au large de Zeebrugge dû à la marée montante ; les portes d'embarquement sont face au courant.

Le membre d'équipage chargé de la fermeture des portes d'embarquement s'est endormi dans sa cabine et, à la sortie du port, les portes du HFE sont encore ouvertes. Il faut signaler aussi que le poids des traditions est fort chez les marins et que, très souvent, les portes restent ouvertes quelque temps afin d'aérer les cales des gaz d'échappement dégagés lors de l'embarquement des véhicules. Il s'agit d'une pratique dangereuse mais courante sur certains navires. Par ailleurs, à la suite d'une réduction du nombre d'officiers de quatre à trois sur le HFE, l'officier chargé de la vérification de la fermeture des portes doit, au même moment, se trouver sur le pont pour les manoeuvres de départ. Ce cumul inconciliable des fonctions l'amène à négliger la fermeture des portes pour un moment. Or il n'existe aucun système qui empêche le départ si les portes ne sont pas fermées, ni même de système qui prévienne de façon automatique la cabine de pilotage quand les portes ne ferment pas. Le système de communication à bord est un système de communication négatif, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de communication si aucun problème n'est constaté.

Dans des conditions normales, les portes sont distantes de l'eau d'environ quatre mètres. Ce jour-là, en dépit du courant, la mer est calme, il n'y a donc pas de danger imminent. Pourtant les ballasts préalablement remplis à l'issue de l'embarquement n'ont pas été vidés au départ du bateau et celui-ci est encore abaissé. A 18h20, à moins d'un kilomètre du quai d'embarquement, l'eau est rentrée régulièrement dans le bateau à un débit d'environ deux cents tonnes par minute. Déstabilisé par le volume d'eau et par le glissement des véhicules sur le flanc gauche du navire, le navire se retourne en quatre vingt dix secondes. A l'intérieur du bateau c'est la panique. Les passagers n'ont pas reçu de consignes de sécurité et le plan d'évacuation nécessite environ trente minutes. Un banc de sable évite que le navire ne coule complètement. A cette époque de l'année, la température de l'eau est encore proche de zéro degré, ce qui réduit à quelques minutes le temps de survie dans l'eau.

Au lendemain du naufrage, les compagnies ont considérablement simplifié les événements et ont refusé de faire une quelconque association avec les risques de leur activité. Une des illustrations les plus révélatrices de cette forme de déni est une déclaration du président de Sealink immédiatement après le naufrage du HFE :

« Il est absurde de considérer l'accident du *Herald of Free Enterprise* comme une preuve

qu'il faille améliorer le concept des ferries. Ces bateaux ne peuvent pas couler, sauf en cas de collision extrême... Il n'est d'ailleurs jamais arrivé qu'un tel bateau, dans la CEE, coule à la suite d'une inondation du pont des voitures » (2).

L'analyse des compagnies de ferry ne refléta pas l'ampleur de la crise. Elle reposait surtout sur des interprétations techniques. Les explications convergèrent toutes vers l'hypothèse, rapidement entérinée, de l'erreur humaine : l'employé endormi n'a pas assuré la fermeture des portes. La plupart des discours rapportés à la fois dans la presse et dans nos entretiens tournaient sans cesse autour de la même idée :

« Le Herald, c'est malheureusement un concours de circonstances qui a abouti à la catastrophe et qui, en soi, était une succession de petites fautes... bon la plus grosse étant, quand même, de ne pas fermer les portes » (3).

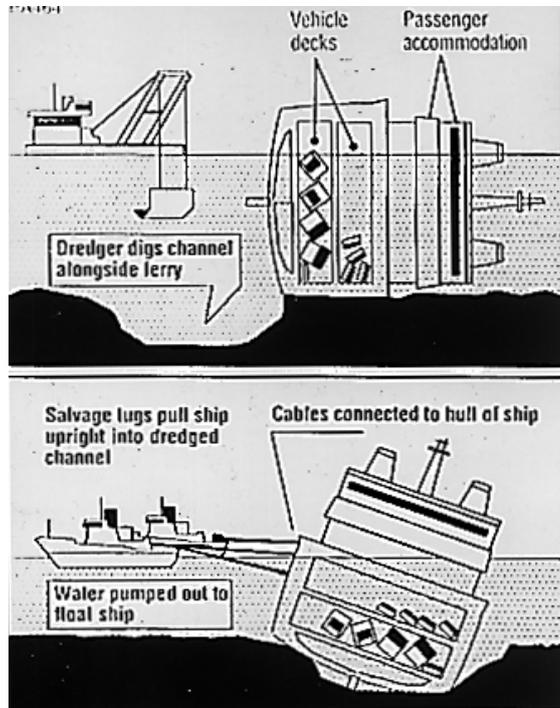
« LE HERALD, C'EST UNE ERREUR HUMAINE » (4)

Tout s'est passé comme si les déséquilibres et les dysfonctionnements brutalement révélés par la crise étaient ignorés ou masqués par des subterfuges ou des raccourcis entretenus par les compagnies et les principales parties prenantes du secteur. Parmi ces raccourcis, on retrouve des modes de raisonnements classiques et révélateurs d'une appréhension des crises centrée sur l'événement : le principe de la cause initiale et de l'erreur humaine.

Ramener ce naufrage à une cause initiale a l'avantage de supprimer l'anxiété ou l'inconfort dû au manque ou à la surcharge d'informations induits par une crise et qui rendent les décisions difficiles à prendre. Ce raisonnement contribue à renforcer la validité de la théorie de l'erreur humaine. Les analyses du naufrage, faites par P&O et par ses principaux concurrents, remontent toutes au point où la dernière action humaine a été localisée et à l'instant où l'homme avait un choix à faire qui aurait pu éviter l'accident, le rendant, par conséquent, responsable de l'acte.

Dans les cas de crise, l'erreur humaine fonctionne souvent comme un algorithme d'attribution d'erreurs et se confond souvent avec le principe de la cause initiale. Elle n'a de sens que dans la mesure où elle permet de désigner des responsables et de répondre aux pressions politiques et symboliques des acteurs qui cherchent un bouc émissaire apte à concentrer les tensions, les incapacités et les incompréhensions.

L'erreur humaine permet aussi de légitimer d'autant plus les technologies utilisées et de préserver le sentiment d'une infaillibilité de la tech-



nique [Roux-Dufort, 1998]. En réduisant le naufrage à un événement brutal mais ponctuel, l'approche événementielle mobilisée par les compagnies confère à la crise plusieurs caractères souvent mis en évidence dans la littérature : la surprise, l'imprévisibilité et l'improbabilité. Elle concentre l'attention sur les symptômes ou sur les événements précis qui ont déclenché la crise et conduit à des raisonnements linéaires qui pointent une cause explicative précise.

La définition de la crise proposée par Hermann [1963], qui fait souvent référence parmi les spécialistes, suggère que les crises sont généralement des événements imprévus et non anticipables. Cette position est souvent reprise dans la littérature notamment par Smart et Vertinsky [1984] qui s'accordent à reconnaître dans la crise un événement imprévisible. Bien que cette caractéristique des crises soit largement acceptée par les spécialistes, elle a fait aussi l'objet de discussions critiques. Forgues [1993] explique ainsi qu'il faut éclaircir ce point en posant la question de la surprise provoquée par les crises :

« Si l'on entend la surprise dans le sens où l'événement n'est pas du tout prévu, les crises sont effectivement très rares et Tchernobyl ou la chute de l'Airbus à Bangalore ne sont pas des crises, dans la mesure où il était envisageable et même prévisible, que de tels accidents survien-

(2) *The Times*, 23 mai 1987.

(3) Extrait d'un entretien avec le directeur de la flotte Sealink.

(4) Extrait d'un entretien avec le responsable de la cellule sécurité Sealink.

L'ÉPREUVE DES FAITS

draient un jour ou l'autre. Si, par contre, le sens est celui de l'impossibilité de connaître précisément la date d'occurrence de ces accidents, alors on peut, en effet, parler de surprise. Voilà pourquoi ce point est fréquemment omis dans les caractéristiques d'une crise » [Forgues, 1993, p. 9].

L'approche événementielle se retrouve aussi dans les définitions qui privilégient la fréquence et les conséquences. Les crises sont ainsi souvent définies comme des événements dont la probabilité d'occurrence est faible mais dont les conséquences sont potentiellement très importantes pour la survie de l'organisation [Mitroff, Pauchant et Shrivastava, 1988 ; Weick, 1988].

Ces définitions limitent l'appréhension de la crise à un événement précis qui, pris isolément, peut effectivement revêtir une probabilité d'occurrence faible et un certain degré de surprise : une OPA hostile, un accident industriel ou la circulation d'une rumeur diffamatoire sont des événements rares et peuvent surprendre considérablement les membres d'une organisation.

Précisément les travaux adoptant cette perspective font un rapprochement entre la crise et l'événement déclencheur et vont parfois jusqu'à les confondre. En ce sens l'événement déclencheur est considéré comme le point de départ et d'arrivée de la crise.

Les tenants de l'approche événementielle laissent aussi une place importante à d'autres caractéristiques. La rapidité, la compression du temps de décision, le mouvement brownien des événements associés à la surprise de l'événement sont privilégiés pour décrire la crise [Pearson et Clair, 1998 ; Lagadec, 1991].

En matière de gestion des crises, l'approche événementielle conduit à favoriser une attitude essentiellement réactive et peut dans certains cas maintenir l'organisation dans une position attentiste. Le terme de gestion des crises sert alors à décrire les méthodes et les outils de gestion destinés à gérer la crise lorsque celle-ci s'est déjà déclenchée. En outre, le caractère improbable, imprévisible ou surprenant d'une crise pourra conduire les organisations à se concentrer sur des efforts de limitation des dégâts plus que sur une démarche d'anticipation et de prévention. L'approche événementielle peut aussi conférer à la crise un caractère exceptionnel et de ce fait réduire son importance aux yeux des gestionnaires en tant que source d'apprentissage.

Au lendemain du drame du HFE et pendant les mois qui suivirent, tout se passa comme si l'analyse des causes directes ou conjoncturelles du naufrage suffisait à épuiser l'interprétation et les enseignements de la crise. Les thèses se cristallisèrent sur l'erreur humaine, dispensant ainsi les compagnies d'interroger une face plus sombre de leur activité. L'attribution du naufrage à une cause racine permit de rebâtir rapidement le consensus et évita aux dirigeants de se confronter à l'ambiguïté

d'une situation dans laquelle plusieurs causes coexistaient et interagissaient mutuellement dans un système dynamique. C'est ce que nous allons voir dans la suite de ce texte.

COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

Cette crise trouve ses racines dans plusieurs aspects du transport transmanche et de l'industrie des ferries.

En 1988, les ferries ont transporté sur la Manche environ vingt-cinq millions de passagers et cinq millions de véhicules sur plus de quarante cinq bateaux, toutes compagnies confondues. La Manche reste la zone la plus fréquentée et la plus dense au monde en matière de transport par ferries. Le transport d'un si grand nombre de passagers et de fret, qui s'est accéléré pendant les années soixante, a exacerbé la concurrence entre les grandes compagnies de ferries. Cette concurrence a été beaucoup stimulée par le gouvernement britannique, notamment par la privatisation de Sealink UK Ltd, en juillet 1984. En 1987, le secteur est très concentré et deux compagnies se partagent le marché du transport transmanche : P&O avec sa puissante filiale, Townsend Thoresen et Sealink. En outre l'arrivée prochaine d'un nouvel entrant, l'Eurotunnel, ajoute une pression concurrentielle forte sur ces deux entreprises. Cette concurrence se traduit par plusieurs orientations stratégiques :

- une réduction progressive des temps de trajet afin de se rapprocher des performances prévues de l'Eurotunnel (développement des *roll-on roll-off*) ;
- une augmentation des capacités d'accueil des navires (lancement des superferries) ;
- une réduction des coûts et une augmentation de la rentabilité des investissements en infrastructure de transport par une optimisation des surfaces de transport (remplissage au mieux) ;
- une réduction des effectifs d'équipage en dépit de fortes oppositions parmi les syndicats.

Townsend Thoresen a suivi ces orientations. Les politiques mises en oeuvre sont allées dans le sens d'une rentabilisation des bateaux en multipliant les rotations, en réduisant les effectifs et en optimisant les chargements. Au niveau des équipages, la réduction des effectifs, combinée à la multiplication des allers-retours, a créé des conditions de travail difficiles. La multiplication des rotations implique également de fréquents changements d'officiers de pont à bord du HFE. Entre le 29 septembre 1986 et le 28 janvier 1987, il y eut trente-six officiers de pont différents. Une note de l'un des capitaines du HFE, datée du 28 janvier, souligne le risque d'un manque de continuité et d'homogénéité dans les pratiques de pilotage et de

Des groupes de pression formés par les familles des victimes et des membres du Parlement ont revendiqué une modification de la loi pour rendre possibles les poursuites criminelles contre une personne morale. Ces groupes ont dénoncé les sanctions prises par leur employeur à l'égard des deux officiers suspendus, perçus comme des boucs émissaires.

commandement qui mettent en danger la sécurité des traversées.

Du côté britannique, deux enquêtes ont été menées. L'enquête officielle sur les causes de l'accident a donné lieu à la publication d'un rapport d'enquête, en juin 1987. Une seconde enquête a été entreprise par la suite, de juillet à octobre 1987, pour déterminer la cause de la mort des victimes et faire prendre position à un jury sur la possibilité d'« *unlawfull killing* ». Ce terme signifie qu'une négligence humaine serait la cause de l'accident et de la mort des victimes.

Le rapport d'enquête officiel sur le naufrage a eu pour résultat la suspension pour deux ans de l'officier chargé de superviser la fermeture des portes. Des accusations de négligence furent aussi portées contre la direction de Townsend Thoresen mais aucune sanction ne fut prise contre la compagnie. En dehors de ces orientations, le rapport d'enquête fit ressortir plusieurs défaillances dans l'environnement des transports maritimes par ferries.

Les organes de contrôle et de régulation : le gouvernement britannique et l'Organisation Maritime Internationale (OMI)

Les résultats ont mis en évidence l'imprécision de la réglementation britannique sur la navigation des ferries et la complexité des réglementa-

tions de l'OMI. Par exemple, le système de communication réglementaire entre l'employé responsable de la fermeture des portes et le capitaine était si peu clair que certaines compagnies, comme Townsend Thoresen, avaient mis en place des systèmes de communication négatifs alors que d'autres compagnies disposaient de systèmes de communication positifs (signalisation au capitaine de la fermeture des portes avant le départ obligatoire). L'exigence d'une communication positive aurait dû être clairement exprimée dans la loi. L'efficacité gouvernementale a également été questionnée à cause du nombre insuffisant d'inspecteurs des affaires maritimes pour vérifier la sécurité des bateaux. Plusieurs pressions légales ont été exercées pour réformer ces règlements et augmenter ces effectifs. Le ministère des transports britannique s'est pourtant trouvé dans une position critique puisque les réglementations maritimes ne se sont pas décidées unilatéralement mais en consultation avec l'OMI. Or cette organisation est très lente dans l'élaboration des lois et des réglementations. Cette lenteur était en contradiction avec la pression qui s'exerçait sur le gouvernement pour réagir rapidement aux événements et donner des réponses aux victimes, aux médias et à l'opinion publique. Une pression légale s'est aussi exercée sur le gouvernement à l'issue de la deuxième enquête et de la décision du jury d'entériner la thèse de l'« *unlawfull killing* ». Des groupes de pression formés par les familles des victimes et des membres du Parlement ont revendiqué une modification de la loi pour rendre possibles les poursuites criminelles contre une personne morale. Ces groupes ont dénoncé les sanctions prises à l'égard des deux officiers suspendus, perçus comme des

L'ÉPREUVE DES FAITS

boucs émissaires. Les négligences de la compagnie Townsend Thoresen avaient pourtant été mises en évidence par l'enquête.

Townsen Thoresen et la maison-mère P&O

Les défaillances de la compagnie ont été mises en lumière par les preuves du refus des dirigeants de prendre en considération plusieurs signaux d'alarme à propos de la sécurité des *roll-on roll-off*. Depuis 1980, plusieurs capitaines avaient réclamé, en vain, aux dirigeants la mise en place de lampes indicatrices de la fermeture des portes ou une modification du système de communication sur les bateaux. Les dirigeants n'avaient pas non plus tenu compte du danger d'instabilité que représentaient les *roll-on roll-off*. Pourtant, dès 1978, une conférence organisée en Norvège par Der Norske Veritas, bureau norvégien de classification des bateaux, avait démontré le danger de retournement rapide que présentait ce type de navire à moins de les munir de compartiments étanches longitudinaux ou transversaux sur les ponts d'embarquement des voitures.

Les négligences de la compagnie se sont également traduites par un rejet de responsabilité après le naufrage. Outre la suspension de deux officiers tenus pour responsables de l'accident (théorie de l'erreur humaine), le 18 mars 1987, les dirigeants déclaraient qu'il était préférable de ne pas définir trop précisément le rôle des officiers à bord pour leur permettre d'évoluer. L'enquête mit en lumière une incapacité et un manque de volonté de donner des instructions claires sur les devoirs des officiers à bord. La négligence et le refus d'endosser les responsabilités de la part de l'entreprise entraînèrent également une vive réaction syndicale. Le syndicat des marins se révolta d'abord contre les sanctions prises à l'égard des officiers du HFE en dénonçant la désignation de boucs émissaires et la réduction des effectifs sur les navires. L'accident du HFE est considéré comme l'une des origines de l'agitation syndicale qui conduisit, en 1988, à une grève des équipages qui provoqua une réduction de 40% du trafic sur les lignes de la compagnie.

Les compagnies d'assurance, à la lumière des résultats de l'enquête, refusèrent de payer vingt-cinq millions de livres sterling pour la coque du bateau et quinze millions de livres sterling pour la compensation des familles. Ceci ajouta à la pression financière sur la compagnie. P&O, la maison-mère, supporta l'ensemble des coûts de la crise et retarda le lancement de deux « *super-ferries* », immenses *roll-on roll-off* d'une capacité de 2 300 passagers. En outre tous les bateaux de la compagnie furent rebaptisés pour éviter à la clientèle de

les associer au nom de Townsend Thoresen. Le *Pride of Free Enterprise VIII* devint le *Pride of Canterbury* ; les *Pride of Free Enterprise V, VI* et *VII* devinrent *Pride of Hythe, Pride of Sandwich* et *Pride of Walmer*. Les navires furent tous rebaptisés sous le pavillon P&O et Townsend Thoresen fut dissoute.

L'industrie des ferries et les victimes

Le rapport d'enquête, en insistant sur l'instabilité des *roll-on roll-off* et sur les nombreuses mesures de sécurité précitées, fit peser une menace sur l'industrie dans la mesure où il indiquait que les ferries construits d'après les normes de 1965 et, par conséquent, non conformes aux lois de sécurité de 1980, devaient être mis hors service. Or, deux tiers des bateaux de la flotte anglaise avaient été construits avant 1975, d'après les normes de 1965. La mise hors service de ces ferries ou leur modification, nécessitant de changer leur superstructure, constituait une menace de faillite pour certaines compagnies. Les dirigeants des compagnies de ferries se regroupèrent après la publication du rapport d'enquête pour faire pression sur le gouvernement et l'OMI afin d'assouplir les orientations prises par les conclusions.

Le drame humain du HFE a provoqué de nombreux troubles psychologiques tant pour les familles ou amis des victimes que pour les survivants. Les traumatismes ont été profonds pour les enfants et le personnel d'équipage ayant survécu au naufrage. Un an et demi après l'accident, seulement deux parmi les quarante-deux survivants de l'équipage avaient repris leur travail. Des symptômes post-traumatiques furent observés chez les survivants dix-huit mois après le naufrage. Une unité d'assistance aux victimes fut mise sur pied dans le but de proposer un soutien psychologique. Une association des victimes fut créée pour faire pression sur le gouvernement et accélérer le règlement des indemnisations aux victimes.

DE L'ÉVÉNEMENT AU PROCESSUS

Si l'analyse événementielle du naufrage du HFE nous permettait de conclure à la surprise, l'imprévisibilité et l'improbabilité d'un tel événement et facilitait l'identification d'une cause initiale, l'analyse processuelle lui confère une progression dans son intensité et sa visibilité et laisse présager l'existence d'étapes d'installation de la crise [Mayer,

1992]. En outre, cette approche laisse transparaître des possibilités de prévoir la crise ou d'en retracer la genèse et la dynamique d'occurrence au-delà d'une simple analyse symptomatique et causale. Plusieurs recherches ont ainsi montré que les crises avaient une genèse et une généalogie [Pauchant et Mitroff, 1992 ; Shrivastava, 1987] et qu'elles étaient donc potentiellement prévisibles. Ces recherches concluent que les crises ne sont pas le fruit du hasard mais la manifestation ultime d'une longue période d'incubation.

Il apparaîtrait plus juste de parler d'accumulation que de surprise lorsque l'on étudie l'émergence des crises. Le problème n'est pas de prédire le moment, la probabilité d'occurrence ou la forme que prendra la crise dans sa phase aiguë mais, plutôt, d'identifier des manifestations latentes ou des dysfonctionnements qui pourraient potentiellement converger vers une crise.

Il convient pourtant d'être prudent sur cette notion de signes avant-coureurs qui à elle seule suffit souvent à justifier les positions prises par les tenants d'une approche processuelle sur le caractère prévisible des crises. Perrow [1994] nous offre, à cet égard, une perspective critique qui relativise l'importance qui leur est couramment accordée. Il montre ainsi que les signes avant-coureurs sont toujours qualifiés comme tels seulement *après* que la crise ait eu lieu. A cet égard, ils ne prennent sens que rétrospectivement. S'il n'y a pas de crise, les organisations trouvent toujours que tout va pour le mieux. Ceci provient du fait qu'elles n'observent jamais les systèmes qui n'ont pas connu d'accident et que tout ce qu'elles savent sur la propension des organisations à défaillir se fonde sur l'observation d'organisations qui ont effectivement défailli. Perrow précise ainsi que, dans certains cas, on trouvera les signes précurseurs X et Y qui expliquent pourquoi le système a défailli, de la même façon que l'on trouvera ces mêmes signes dans des organisations qui n'ont pas défailli. Il est donc difficile de se prononcer sur la seule contribution des signes avant-coureurs pour avancer la thèse du caractère prévisible des crises.

Il semble d'ailleurs qu'il existe toujours une facette imprévisible. Elle réside dans la façon dont plusieurs facteurs et acteurs, a priori sans danger et indépendants voire inconnus les uns des autres, vont brutalement se combiner pour dégénérer en crise. De ce point de vue là, non seulement la crise est imprévisible, mais les probabilités d'occurrence de telles combinaisons restent extrêmement faibles.

L'approche processuelle laisse présager aussi que la faible fréquence des crises n'est pas une garantie de réconfort. Les organisations génèrent quotidiennement des défaillances ou des dysfonctionnements qui, la plupart du temps, sont contrôlés ou corrigés avant qu'ils ne dégèrent en crise. Ils peuvent cependant à tout moment se combiner et s'amplifier sans qu'on en connaisse

systématiquement les raisons. C'est pourquoi plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les crises sont inhérentes aux organisations et qu'elles résultent principalement de la complexité produite par l'organisation et ses acteurs. Le passage à l'an 2000, par exemple, et les situations de crise qu'il fait craindre, révèle à quel point les individus ont généré des systèmes si complexes qu'il est aujourd'hui presque impossible de détecter l'ensemble des dysfonctionnements qui pourront avoir lieu à la date fatidique. Il est d'autant plus difficile de les identifier que les interactions entre les systèmes informatiques, électroniques et mécaniques ne sont que partiellement connues et, a fortiori, maîtrisées. Le passage à l'an 2000 révèle ainsi notre incapacité à garder le contrôle sur des dispositifs techniques que nous avons nous-mêmes générés et illustre à quel point la complexité inhérente de ces systèmes échappe aux prévisions des experts.

La théorie des accidents normaux développée par Perrow [1984] apparaît comme l'une des plus éclairantes à ce sujet. Pour cet auteur, la complexité d'un système industriel dépend essentiellement du nombre de ses composantes et du nombre d'interactions et de bouclages possibles entre ces composantes. Cette complexité technologique interagit aussi avec des opérateurs, des procédures, des équipements et des environnements nécessaires à l'exploitation du système. Perrow démontre que la plupart des accidents industriels ne sont pas dus aux seules erreurs de système mais à la combinaison brutale d'échecs au niveau de toutes les composantes : opérateurs, procédures, équipements, environnement et système. Pour lui la complexité est donc inhérente aux systèmes industriels modernes et la probabilité d'interactions de plusieurs dysfonctionnements locaux peut s'avérer très forte et conduire à des accidents majeurs. Ceci conduit Perrow à conclure que les systèmes industriels peuvent générer des accidents « *normaux* » : « *Si la complexité interactive et le couplage étroit - caractéristiques des systèmes - produisent inévitablement un accident, je crois qu'il est juste de parler d'accident normal ou d'accident de système. Le terme singulier, accident normal, veut signaler que, compte-tenu des caractéristiques du système, des interactions d'échecs multiples et inattendus sont inévitables. C'est la traduction d'un trait inhérent des systèmes et non l'expression d'une fréquence* » (5) [Perrow, 1984, p. 5].

Ces caractéristiques ont donc amené Perrow à constater que les crises sont des événements rares mais inévitables. Il montre, d'un côté,

(5) « *If interactive complexity and tight coupling -system characteristics- inevitably will produce an accident, I believe we are justified in calling it a normal accident, or a system accident. The odd term normal accident is meant to signal that, given the system characteristics, multiple and unexpected interactions of failure are inevitable. This is an expression of an integral characteristics of the system, not a statement of frequency* ».

L'ÉPREUVE DES FAITS

qu'elles ne constituent pas une surprise dans le sens où elles demeurent inhérentes aux systèmes qui contribuent à les générer ; de l'autre, que la surprise relève de l'improbabilité et de l'incapacité à prévoir le moment et la nature des combinaisons multiples qui vont la générer.

Voilà pourquoi l'approche processuelle privilégie une analyse systémique et multidimensionnelle des crises qui contourne l'approche purement causale et linéaire [Roux-Dufort et Pauchant, 1993]. Les crises sont caractérisées par l'ambiguïté de leurs causes et de leurs effets et il est presque impossible d'en isoler la cause précise.

Que nous apprennent ces différents travaux ? D'abord, que les crises sont inhérentes aux organisations et qu'elles s'actualisent dans un jeu systémique où plusieurs facteurs rentrent en relation non-linéaire pour amplifier des événements et les combiner dans une dynamique de crise. Ensuite, qu'il est important de ne pas confondre l'événement déclencheur avec la crise qu'il déclenche. Même si l'on insiste beaucoup sur le moment critique, il convient de le distinguer du mouvement de déstructuration qu'il met en marche et de l'accumulation de dysfonctionnements qu'il cristallise soudainement. La crise doit donc plutôt être conçue comme un processus que comme un événement isolé dans le temps et l'espace. Ceci nous conduit à proposer une définition élargie du concept embrassant les divers éléments discutés jusqu'ici. Nous dirons que la crise est un processus qui, sous l'effet d'un événement déclencheur, met en éveil une série de dysfonctionnements qui, pris isolément, n'ont aucune raison de dégénérer, et que ce processus initie un mouvement dans lequel plusieurs enjeux et parties prenantes, familiers et/ou étran-

gers à l'organisation, s'entrechoquent. La crise se traduit alors par une inadéquation soudaine du cadre de référence de l'organisation qui met en faillite temporairement ou définitivement sa capacité à appréhender, traiter et contrôler les événements émergents et qui génère des conséquences pouvant affecter, à la fois, la stratégie de l'organisation, le comportement et l'existence de ses membres et des parties prenantes impliquées. En matière de gestion des crises, cette position permet d'ouvrir le champ d'attention de l'organisation qui s'élargit, en amont de l'événement déclencheur, vers des mesures préventives puis, en aval, vers l'identification a posteriori des dysfonctionnements ou des déséquilibres qui ont conduit l'organisation vers une situation de crise. La conception processuelle des crises laisse ainsi un espace plus important au déroulement d'un processus d'apprentissage [Roux-Dufort et Métais, 1999]. Dans le tableau 1, nous synthétisons les points de comparaison entre l'approche événementielle et l'approche processuelle des crises.

QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LA COMPRÉHENSION DES CRISES ?

Le naufrage du HFE nous donne à voir la complexité du secteur des ferries et dévoile un ensemble d'enjeux et de déséquilibres que cet accident a contribué à révéler. On cerne également le mouvement qui met en relation des acteurs porteurs d'enjeux antagonistes (voir tableaux 2 et 3).

Tableau 1 :
Approches comparées des crises

Caractéristiques	Approche événementielle	Approche processuelle
Nature de l'occurrence des crises	<ul style="list-style-type: none"> • Surprise. • La crise est imprévisible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étapes, progression dans l'intensité et la visibilité. • La crise est précédée de signes avant-coureurs.
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • La crise est improbable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les crises sont rares mais normales et inhérentes aux systèmes.
Angles d'observation des crises	<ul style="list-style-type: none"> • Conséquences d'une crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Dynamique d'occurrence, d'amplification et de résorption
Sources des crises	<ul style="list-style-type: none"> • L'événement déclencheur (centrée sur le symptôme) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'interaction non-linéaire de multiples facteurs et acteurs (centrée sur la dynamique d'occurrence)
Explication des crises	<ul style="list-style-type: none"> • Principe de la cause-à-effet 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche systémique
Efforts de gestion des crises	<ul style="list-style-type: none"> • Concentration sur la réaction 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentration sur la prévention, la réaction et l'apprentissage
Attitude de l'organisation vis-à-vis des crises	<ul style="list-style-type: none"> • Attentisme/fatalisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Proactivité

L'ÉPREUVE DES FAITS

Ces divergences d'intérêts contribuent, par certains côtés, à amplifier et complexifier les événements. La défense des enjeux portés par les acteurs de cette crise les a amenés à développer des stratégies de défense qui puisent leurs origines à la fois dans des présupposés de gestion propres à chacun et des sources de légitimité puisant leur racine dans des registres dissemblables. Ses fondements découverts, on éclaire d'autant mieux les réflexes de protection caractérisant le comportement des acteurs : désignation de boucs émissaires et utilisation de tactiques de minimisation et de temporisation caractéristiques dans les situations de crise. Si l'analyse ne se fixe que sur le naufrage, la crise est effectivement imprévisible. Pourtant, un examen plus fin des contextes et des acteurs donne à voir qu'une telle crise n'éclate pas *ex nihilo*. Les dysfonctionnements évoqués dans le cas étudié mettent en valeur, en amont, des signes avant-coureurs et démontrent que la crise déclenche, en aval, une dynamique qui échappe aux acteurs, dont la préoccupation principale est alors de préserver leur intégrité et défendre leurs intérêts au détriment d'une vision élargie de l'événement.

La question de la fréquence doit aussi être relevée. Un tel naufrage a très certainement une faible probabilité d'occurrence. Pourtant l'accident du HFE est une illustration remarquable de ce que Perrow appelle les accidents normaux. L'accident est précisément le fruit de la conjonction d'un ensemble de facteurs et d'acteurs qui, en temps normal, n'ont aucune raison d'interagir ensemble ou n'appartiennent pas au même rayon de transaction. Cette combinaison soudaine d'échecs à plusieurs niveaux s'est rapidement cristallisée pour donner lieu au naufrage. On retrouve des processus d'interaction non-linéaires entre de multiples acteurs porteurs d'enjeux contradictoires dont la rencontre inopinée donne lieu à l'amplification des événements. Précisons aussi, pour faire écho à Perrow, que le secteur du transport maritime peut être considéré comme un système inducteur d'erreurs et demeure, peut-être plus que d'autres, exposé à des accidents normaux. L'exemple du HFE prêche en faveur de cette caractéristique. Perrow montre, en effet, que les tentatives de rendre les systèmes plus fiables ou plus efficaces conduisent en fait à les rendre plus fragiles. Les effets pervers provoqués par les systèmes *roll-on roll-off*, l'adjonction de compartiments latéraux ou le remplissage des ballasts combinés aux comportements traditionnels des marins pour aérer les cales des bateaux illustrent en partie les raisons pour lesquelles la rencontre de dispositifs techniques et de repères culturels décalés peuvent déboucher sur des erreurs majeures qui, prises isolément, n'ont pas de raison de faire défaillir le système.

On observe également que le raisonnement causal ou que le principe de cause initiale ne fonctionne pas pour expliquer le naufrage du HFE.

L'erreur humaine ne permet pas d'appréhender la crise dans toutes ses dimensions. Pourtant, l'approche symptomatique du naufrage cautionne plus facilement ce type d'explication privilégiée par la plupart des compagnies. Une approche processuelle découvre, en revanche, un réseau de causalités interactives qui va bien au-delà de l'explication simple de la défaillance humaine. Il apparaît aussi que l'erreur humaine n'amène pas les dirigeants de Townsend Thoresen à dépasser les frontières de l'organisation pour analyser la crise. Il est d'ailleurs frappant d'entendre souvent revenir dans les entretiens que nous avons menés des propos définitifs selon lesquels 80% des accidents maritimes ont pour explication une erreur humaine. Ce présupposé est tout à fait discutable, dans la mesure

Tableau 2 : Les parties prenantes de la crise du HFE et les enjeux

Parties prenantes	Enjeux
Gouvernement britannique	Subit la pression politique et symbolique de la part de la population et des familles des victimes. Doit garantir sa légitimité et répondre vite à la crise.
Townsend Thoresen	Cherche à projeter la culpabilité sur l'erreur humaine. Dénie la crise et ses responsabilités.
L'Organisation Maritime Internationale	Pressions et contestations vis-à-vis de sa lenteur et de son organisation bureaucratique. Elle est au centre d'un paradoxe entre la nécessité de répondre vite par des mesures légales et l'inadéquation de son organisation pour la réactivité.
Les médias et	Couvrent l'événement, amplifient les débats les enjeux des parties prenantes. Adoptent une logique économique et cherchent à augmenter le tirage.
Les familles de victimes	Souffrent de troubles psychologiques divers, nécessitent une assistance, exigent une réponse rapide du gouvernement et de la compagnie Townsend Thoresen et des compensations financières.
L'industrie des ferries	Remise en cause des <i>roll-on roll-off</i> , retardement de certains choix stratégiques (lancement des superferries); cherche à minimiser l'ampleur de l'événement. Le dirigeant de Sealink dénie la crise.
La construction navale	Souffre des retards de commande.

L'ÉPREUVE DES FAITS



où nous avons montré que l'erreur humaine n'est que la conséquence d'une multitude d'autres causes difficiles à détecter clairement.

BIBLIOGRAPHIE

FORGUES, B., *Processus de décision en temps de crise*, Thèse de doctorat nouveau régime en Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine, 1993.

HERMANN, C.F., « Some consequences of crisis which limit the viability of organizations », *Administrative Science Quarterly*, vol. 8, pp. 61-82, 1963.

LAGADEC, P., *La gestion des crises : outils de décision à l'usage des décideurs*, Mc Graw-Hill, Paris, 1991.

MAYER, P., « Organisation en crise. Une perspective clinique et analytique », *Gérer et Comprendre*, n° 28, pp. 84-94, 1992.

MITROFF, I.I., PAUCHANT, T.C., SHRIVASTAVA, P., « Conceptual and empirical issues in the development of a general theory of crisis management », *Technological Forecasting and Social Change*, vol. 33, pp. 83-107, 1988.

PAUCHANT, T.C., MITROFF, I.I., *Transforming the crisis-prone organization. Preventing individual, organizational and environmental tragedies*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1992.

PAUCHANT, T.C., ROUX-DUFORT, N., « La gestion des crises et de la contre-production : votre entreprise est-elle apprenante ? », *Revue Internationale de Gestion*, vol. 4, n° 19, pp.35-47, 1994.

PEARSON, C., CLAIR, J., « Reframing crisis management », *Academy of Management Review*, vol. 23, pp. 59-76, 1998.

PERROW, C., *Normal accidents. Living with high-risk technologies*, New-York, Basic Books, 1984.

PERROW, C., « Accidents in high risks systems », *Technology Studies*, vol.1, n° 1, pp.1-20, 1994.

ROUX-DUFORT, C., « Apprendre des crises. Entre statu quo et transformation », *Sciences de la Société*, n° 44, pp. 165-182, 1998.

ROUX-DUFORT, C. MÉTAIS, E., « Building core competencies in crisis management through organizational learning. The case of the French Nuclear Power Producer », *Technological Forecasting and Social Change*, vol. 60, pp. 113-127, 1999.

ROUX-DUFORT, C., PAUCHANT, T.C., « Rumors and crises : a case study in the banking industry », *Industrial and Environmental Crisis Quarterly*, vol.3, n° 7, pp. 231-251, 1993.

SHRIVASTAVA, P., *Bopha! : anatomy of a crisis*, Ballinger, New-York, 1987.

SMART, C.F., VERTINSKY, I., « Strategy and environment : a study of corporate responses to crises », *Strategic Management Journal*, vol. 5, n° 3, pp. 199-213, 1984.

WEICK, K., « Enacted sensemaking in crisis situations », *Journal of Management Studies*, vol. 25, pp. 305-317, 1988.

Tableau 3 : Stratégies et comportements des acteurs dans la crise du HFE

	Media	Industrie des ferries	Organisation Maritime Internationale	Familles	Gouvernement britannique	Townsend Thoresen
Présupposés	Le gouvernement et l'OMI sont trop lents et incapables d'apporter une solution rapide à la crise.	Face à la concurrence intense sur le trafic transmanche, compétitivité à tout prix.	Les crises se gèrent par la réglementation.	Les responsables doivent payer de leurs fautes.	L'OMI n'est pas suffisamment réactive dans la gestion de tels événements.	La crise n'est pas de notre faute.
Fondement de la légitimité	Information et liberté de discours.	Respect des normes de l'OMI.	Légitimité politique constituée par les pays membres.	Citoyenneté, la souffrance, le traumatisme.	Légitimité politique.	Appartenance à une maison-mère puissante et leader sur son marché.
Bouc émissaire	Towsend Thoresen, Gouvernement britannique, OMI.	Erreur humaine.	Erreur humaine.	Townsend Thoresen et gouvernement britannique.	OMI.	Erreur humaine.
Routines activées pour répondre à la crise	Publication et couverture de l'événement. Désignation des responsables. Dramatisation.	Minimiser la crise. Prendre des mesures techniques.	Groupe d'experts. Commissions de réflexion.	Créer une association pour défendre les intérêts des victimes. Réclamations au gouvernement britannique.	Programmes de compensation financière et décision sur des mesures techniques.	Suspension des deux officiers désignés comme responsables de l'oubli de la fermeture des portes.