



HAL
open science

One year on: organisational management of the SARS-CoV-2 pandemic in a multidisciplinary health centre

Eloria Vigouroux-Zugasti

► **To cite this version:**

Eloria Vigouroux-Zugasti. One year on: organisational management of the SARS-CoV-2 pandemic in a multidisciplinary health centre. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 2022, 24. hal-03972930

HAL Id: hal-03972930

<https://hal.science/hal-03972930>

Submitted on 3 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Un an après : la gestion organisationnelle de la pandémie SARS-CoV-2 en Maison de Santé Pluridisciplinaire

Eloria Vigouroux-Zugasti est Maître de conférences à l'université Grenoble Alpes et est rattachée au laboratoire GRESEC

Résumé : la pandémie du SARS-coV-2 a mis les organisations de santé à rude épreuve. Il semble que, au-delà des mesures d'urgence immédiates de la première vague, la pandémie implique des restructurations majeures, profondes et durables dans les organisations de santé, afin que ces dernières puissent faire face aux effets prolongés de la crise. Nous souhaitons, dans cet article, proposer une étude info-communicationnelle de l'adaptation d'une structure pluridisciplinaires de santé à la crise, tant dans ses implications interpersonnelles (confiance, coopération, collaboration, relations inter-organisationnelles, etc.) que techniques (adaptation des espaces, établissement de nouvelles procédures, etc.). L'objectif de l'article est de montrer comment l'organisation en question a réussi à sortir de statut « d'hypertélie organisationnelle » pour muer vers une forme adaptée à ses nouvelles conditions d'existence.

Mots-clefs : pandémie, COVID-19, organisation de santé, confiance, coopération, acteur-réseau, hypertélie, densité relationnelle, engagement, reconnaissance au travail, interveillance, crise, risque

Abstract: The SARS-coV-2 pandemic has put health organizations to the test. Beyond the immediate emergency measures of the first wave, it seems that the pandemic implies major, deep and lasting restructurings in health organisations. These changes must help organizations face the prolonged effects of the crisis. This article proposes an info-communication study of the adaptation of a public health organization to the crisis. This issue will be studied both in its interpersonal aspects (trust, cooperation, collaboration, inter-organisational relations, etc.) and technical implementations (adaptation of spaces, establishment of new procedures, etc.). The aim of the article is to show how the organisation managed to emerge from the "organisational hypertelia" to evolve towards its new conditions of existence.

Key-words: pandemic, COVID-19, health organisation, trust, cooperation, actor-network, hypertelia, relational density, commitment, recognition at work, interveillance, crisis, risk

L'intérêt initial de l'étude présentée dans cet article était d'appréhender, par le prisme des sciences de l'information et de la communication, le mode de fonctionnement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires, dites également Pluriprofessionnelles, (MSP) en période de crise sanitaire. La dernière décennie a été marquée par le développement exponentiel des regroupements pluridisciplinaires de professionnels (para)médicaux, mettant ainsi en lumière la complexité grandissante des organisations de santé. Ceci est d'autant plus significatif concernant les MSP, dont le nombre a explosé entre 2013 et 2021, passant de 240 à 1889 (Sénat de la République française, 2018 ; Ministère de la santé, 2021). Dédiés à l'amélioration du tissu territorial sanitaire local, ces systèmes complexes proposent des modalités de collaborations pluridisciplinaires inédites et prometteuses en termes de Santé Publique.

Néanmoins, ces établissements doivent également faire face à de nombreuses problématiques organisationnelles, du fait de la difficulté de coordination des activités, notamment concernant la structuration des processus de communication et de gestion de l'information : diffusion / rétention d'information, diffusion involontaire d'informations confidentielles, disparité des niveaux d'accès aux données personnelles habitudes personnelles / disciplinaires, conditions de collaboration, etc.

Or, avec la pandémie de SARS-CoV-2, communément nommée Covid-19, ces établissements émergents ont été mis à rude épreuve, alors même que les enjeux de coordination étaient déjà un sujet prépondérant, aussi bien sur les plans sanitaire et organisationnel, que sur les plans technique et humain. Il semble que, au-delà des mesures d'urgence immédiates de la première vague, la pandémie implique des restructurations majeures et profondes dans les organisations de santé, afin que ces dernières puissent faire face à la crise. De ce fait, comment, dans un contexte aussi urgent que soudain, les structures pluridisciplinaires se sont-elles adaptées aux nouvelles conditions sanitaires ? Quels ont été les effets en termes de gestion organisationnelle, notamment sur les plans de processus communicationnels et informationnels ? A travers cet article, nous souhaitons également nous questionner sur les conséquences de la crise sanitaire sur les pratiques organisationnelles, aussi bien sur le court terme que sur le moyen terme.

Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, nous proposons de nous appuyer sur une étude longitudinale menée depuis septembre 2019 au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de la Sauveté de Mimizan (Landes) (MSP-S). Cet établissement bénéficie de nombreux critères rendant son étude particulièrement pertinente : labellisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Aquitaine pour sa performance (atteinte de l'ensemble des objectifs (obligatoires et optionnels) fixés par contrat annuel passé avec l'ARS et, ce, depuis son ouverture en 2017), plus grande structure de ce type sur le territoire Aquitain et également l'une des plus grande au niveau national. Elle regroupe onze professionnels médicaux (dix médecins et une gynécologue), deux cabinets infirmiers (système de roulement entre les infirmières – représentant une dizaine de praticiennes) et six professionnels paramédicaux, ainsi qu'une équipe administrative de cinq secrétaires, une cadre de santé et deux

professionnels hospitaliers venant effectuer des consultations externes toutes les deux semaines.

En termes volumétriques, cela représente en moyenne 300 à 350 consultations par jour pour les activités médicales (médecins, gynécologue et consultations hospitalières externes) et environ 200 consultations pour les activités paramédicales (infirmières, podologues, kinésithérapeutes, diététicienne, éducatrice thérapeutique et psychomotricienne) – hors période estivale, durant laquelle ces moyennes augmentent significativement, la ville étant une station balnéaire plébiscitée. À cela s'ajoute les consultations à domicile (médicales et paramédicales) ou les gardes. La question du volume de consultations est capitale, puisqu'elle induit nécessairement une certaine rigueur en termes d'organisation des tâches et de collaboration, à la fois pour le bon déroulement des activités et pour la qualité de prise en charge des patients. De plus, dans un contexte de crise sanitaire nécessitant une réduction drastique des contacts interpersonnels, la gestion du volume de consultations est déterminante, pour la sécurité de tous et pour la réussite de l'adaptation de l'établissement aux nouvelles conditions sanitaires.

Du point de vue méthodologique, nous avons choisi une approche qualitative, par le biais d'entretiens individuels avec les médecins et la cadre de santé, dont un premier volet a été réalisé entre septembre et novembre 2019, afin d'enquêter sur les modalités d'exercice professionnel dans un établissement pluridisciplinaire. Nous avons également, à cette période, réalisé deux *focus group* avec les deux dirigeants de la MSP-S et huit collaborateurs pluridisciplinaires (médecins, infirmières, paramédicaux pour le premier groupe ; secrétaires et cadre de santé pour le second) afin d'approfondir les notions de coordination et de collaboration en système complexe. Nous avons également procédé à une observation *in situ*, au mois de novembre 2019. Ces choix ont été motivés par notre volonté de récolter le point de vue des principaux acteurs impliqués dans la MSP-S et dans le déploiement des activités de soins. Il nous semblait également important de confronter les regards des professionnels sur ces sujets, tout en nous laissant la possibilité de mettre ces discours à distance grâce à nos propres observations du terrain.

Nous souhaitons, du point de vue longitudinal, comprendre les formes et les enjeux des évolutions organisationnelles de la MSP-S sur la période de crise sanitaire, afin de mettre en lumière ses problématiques, ses ressources-clefs et ses opportunités pour son adaptation au contexte pandémique. Nous cherchons ainsi à savoir quels ont été les changements apportés au fonctionnement de l'organisation, leur inscription dans le temps et leurs effets, à la fois sur les jeux d'acteurs et sur la restructuration des activités d'information et de communication, humaines et techniques. Pour ce faire, nous avons reproduit les conditions d'enquête du premier volet, en l'adaptant aux nouvelles conditions sanitaires, afin de comparer les deux volets sur des sujets précis : conditions d'exercice professionnel pluridisciplinaire, coordination des actions, capacité à collaborer malgré les difficultés et implications

organisationnelles de la continuité des activités de soin. Concernant l'observation *in situ*, les conditions sanitaires n'étant pas adapté à cet exercice, nous nous sommes appuyée sur la description des professionnels concernant l'élaboration et la mise en place des protocoles sanitaires de crise.

Nous avons ensuite effectué une analyse de contenu thématique (Bardin, 2013), afin de repérer les éléments pouvant être rapprochés d'actuelles théories inscrites en SIC ou, plus largement, en sciences humaines et sociales. Nous avons choisi une approche constructiviste (Le Moigne, 2012), afin de mettre en lumière le processus de construction individuelle de la réalité de l'organisation. Cette posture est renforcée par un recours au paradigme compréhensif, entendu comme l'étude de l'organisation « en toute sa complexité, à [la] considérer en son ensemble en tant que système dynamique, dans une perspective holistique et systémique » (Grassi, 2005). Ceci nous semblait particulièrement important du fait de l'entrecroisement des strates individuelles et collectives, humaines et non-humaines au sein de l'environnement d'étude.

Pour ce qui concerne l'ancrage en sciences de l'information et de la communication, nous avons choisi de prendre appui sur les théories développées en communication organisationnelle et, plus précisément, entourant la confiance organisationnelle. Nous faisons appel aux travaux de Maurel (Maurel, 2012) ou encore Pesqueux (Pesqueux, 2009) sur la confiance organisationnelle comme enjeu de réussite, notamment dans un contexte de crise, en la rapprochant des enjeux liés à la mobilisation de l'intelligence émotionnelle (Parrini-Alemanno, 2014). Cette approche nous semble complémentaire avec la première, du fait du lien étroit qui existe entre l'instauration de la confiance et le recours aux émotions pour la construire (Dumas & Juchat, 2016 ; Jansson, 2015). Concernant les appuis théoriques plus larges, et en lien avec l'entrelacement individuel-collectif évoqué ci-avant, nos choix se sont portés sur la théorie de l'acteur-réseau (Callon & Ferrary, 2006). Cette théorie tend en effet à appréhender le réseau comme un ensemble d'acteurs ou d'individus, dont la solidité dépend de la capacité desdits acteurs à agir de concert. Étant donné le contexte d'incertitude et d'instabilité rencontré par les établissements de santé durant les premiers mois de la pandémie, il nous a semblé particulièrement pertinent d'avoir recours à cette approche conceptuelle de l'organisation qui met en avant la solidarité comme une clef de gestion des risques.

L'article est constitué comme suit. La première partie est dédiée aux aspects humains de la communication et de la gestion de crise au sein de la MSP-S. Elle propose ainsi d'explorer le recours de l'organisation à la confiance organisationnelle, à l'intelligence émotionnelle, notamment en les appliquant aux notions de compétence et d'interveillance. La seconde partie propose de considérer la MSP-S à travers le prisme de la théorie de l'acteur-réseau, afin de mettre en lumière la nécessaire interdépendance à la fois des acteurs humains et non-humains. Nous compléterons cette analyse, dans une dernière partie, en étudiant les aspects

plus organisationnels de l'établissement, en évoquant notamment la notion d'hypertélie organisationnelle, ainsi que les opportunités et les menaces induites par les collaborations externes en temps de crise.

1 Les ressources-clefs de l'organisation : confiance organisationnelle et intelligence émotionnelle

La MSP-S a eu à affronter des menaces intervenant dans plusieurs domaines : individuel (danger pour soi), collectif (danger pour les collaborateurs, les familles, les citoyens, etc.), sanitaire (danger pour la santé et pour la vie), économique (danger de crise économique, de banqueroute), etc. Ces menaces se sont enchevêtrées, troublant ainsi l'appréhension de la situation et de la prise de décision. Ceci aurait pu aboutir à un certain éparpillement organisationnel, lequel se serait traduit par un manque de cohésion dans les équipes, une perte de cohérence des décisions, des difficultés à établir un plan d'action ou encore à hiérarchiser les priorités. Il semble pertinent, dans le cadre de notre analyse, de faire appel aux quatre enjeux organisationnels en temps de crise, identifiés par Le Cardinal (Le Cardinal *et al.*, 1999) : le risque, l'incertitude, la complexité et le sens des valeurs.

Les risques, notamment pendant la montée du pic épidémique, ont été multiples, entrecroisés et, surtout, d'une ampleur telle qu'il était difficile de prédire ou de concevoir ses conséquences. Ceci amène à évoquer la notion d'incertitude. Les médecins de la MSP-S, durant l'enquête, ont confié qu'aucun d'entre eux, y compris les plus expérimentés, n'avaient jamais, dans leur vie professionnelle ou personnelle, affronté une telle situation d'urgence. « J'ai beau réfléchir, je ne trouve rien de comparable à ce qui nous arrive actuellement. Pourtant j'ai été médecin du SAMU en région parisienne durant des années, durant des épidémies ou sur des carambolages hors du commun. Je n'ai jamais rien vu de tel. Comment doit-on gérer une pandémie dont on ignore l'ampleur et les conséquences ? On fait ce que l'on peut pour la contenir, mais on ne sait même pas si ça fonctionnera », disait l'un des médecins de la MSP-S. Tout au long de l'enquête, et malgré le remaniement organisationnel, cette crainte de voir la situation dégénérer malgré l'implication des équipes a été particulièrement prégnant.

Dans le cas qui nous intéresse ici, la situation dévoile un caractère particulièrement complexe pour l'organisation, puisqu'elle suppose un remaniement hâtif et profond de son fonctionnement. Du point de vue opérationnel, si le fond du travail reste le même, la nécessité sanitaire induit un changement d'habitudes de travail auquel le personnel doit rapidement s'adapter, malgré les difficultés. Du point de vue procédural, les mesures de désinfection se révèlent difficilement compatibles avec le rythme nécessaire des consultations. Du point de vue relationnel, les personnels doivent gérer une multitude de vives émotions, tout en assurant leur fonction, ce qui peut avoir des effets tout à fait néfastes sur la cohésion du

groupe. Or, cette cohésion est indispensable pour la solidité d'une organisation face à la crise. Ceci nous amène à aborder le dernier point évoqué par Le Cardinal, à savoir le sens des valeurs. Alors que les trois premiers points ont parfois été épineux ou éreintants pour le personnel de la MSP-S, cette notion de valeur s'est révélée riche et salvatrice, participant au renforcement de la confiance du personnel en leur établissement.

1.1 La densité relationnelle pour la cohésion professionnelle en temps de crise

De nombreux auteurs reconnaissent le caractère fondamental de la confiance dans la consolidation des relations de coopération professionnelle (Le Cardinal et al., 1999) ; (Maurel & Chebbi, 2012). La confiance est un facteur central dans le développement des organisations, notamment en tant de crise ou lors de situation à (haut) risque. Elle participe à la fluidité des actions, des échanges et de la collaboration, en minimisant les coûts induits par les procédures de contrôle des actions et des décisions (Pesqueux, 2009). En effet, au sein des organisations doutant de leurs propres compétences, les activités de contrôle récurrentes réduisent la qualité de service et la prise de décision. Elles augmentent également les temps de déroulement des procédures, sans parler des conséquences en termes relationnels et psychosociaux. La confiance est d'autant plus importante qu'elle joue un rôle central en période de crise et face aux risques, dans la mesure où elle conditionne en partie leur gestion (Peretti-Watel, 2010) et leurs conséquences.

L'enquête effectuée à la MSP-S révèle que la notion de confiance, au sein de cet établissement, a des causes multifactorielles particulièrement denses et imbriquées les unes dans les autres, comme l'indique l'un des médecins fondateurs de l'établissement :

« La maison de santé a officiellement ouvert en 2017, mais ça faisait déjà des années qu'elle existait, de manière informelle. On partageait déjà les dossiers patients via Weda depuis des lustres, on se remplaçait les uns les autres si besoin. On se *connaît* [insiste sur le mot], on sait les qualités et les défauts de chacun. Ça dépasse même l'activité médicale pour certains [médecins]. Nous sommes amis, nous connaissons les enfants des autres depuis qu'ils sont bébés, certains de nos remplaçants sont devenus des collaborateurs ou des amis. On part se faire des virées ensemble à l'autre bout du monde. On se connaît, on se fait confiance et on sait sur qui on peut compter, aussi bien entre médecins qu'avec les autres corps de métiers. On sait à qui demander de résoudre tel ou tel problème, en interne comme en externe. Et on profite du réseau des uns et des autres en cas de souci avec un patient. »

Cet extrait pose plusieurs jalons ayant servi la confiance organisationnelle. Le premier jalon indiqué relève de la question de la temporalité. Sur les onze médecins présents, huit d'entre eux se connaissent depuis plusieurs décennies. Ils ont bâti, avec le temps, des modèles de coopération stables et solides, qui se sont adaptés au fil du temps. Ainsi, au moment de

l'ouverture de la MSP-S en mai 2017, cette dernière bénéficiait déjà d'un tissu relationnel et organisationnel organisé et, par extension, d'un modèle de collaboration officieux préexistant. Cette coopération, devenant une collaboration officielle, a profité de la confiance que les membres avaient développée entre eux, créant un effet de circularité entre la notion de confiance et de collaboration (Pesqueux, 2009).

L'organisation bénéficie ainsi d'un capital accumulé au cours du temps (Goleman & Boyatzis, 2002), tant du point de vue professionnel que personnel, puisque les relations entre les agents dépassent la dimension organisationnelle. Ceci influence la qualité de la relation de confiance au sein de l'équipe. Elle participe également à la construction des valeurs défendues par la MSP-S, à la qualité d'engagement de ses collaborateurs et à la relation des équipes à l'organisation (Goleman & Boyatzis, 2002). Il apparaît ainsi que l'organisation jouit d'une profonde densité relationnelle entre les membres de son réseau. Ceci importe particulièrement dans le cadre de la confiance organisationnelle, l'une n'allant pas sans l'autre, les deux étant étroitement associées pour garantir le succès du travail collaboratif (Pesqueux, 2009). La densité relationnelle « rend possible la constitution et la gestion de la confiance et *vice versa* » (Pesqueux, 2009).

1.2 L'engagement professionnel au service de la confiance et de la coopération

L'esprit de corps des jeunes médecins, qui s'est traduit par leur prise en charge du remaniement et des soins SARS-CoV-2, a fortement participé au renforcement d'attitudes et de ressorts positifs au sein de l'équipe (solidarité, esprit d'équipe, dévotion, engagement, etc.). Au regard des résultats de l'enquête, cette décision a été l'un des éléments les plus déterminants pour la consolidation de la stratégie de gestion de crise au sein de la MSP-S, aussi bien du point de vue organisationnel que, et surtout, du point de vue humain.

Il nous paraît intéressant de faire ici appel à la notion d'engagement. « L'engagement est un constat ordinaire : les travailleurs y mettent du leur » (Bidet, 2011). Dans le cas qui nous concerne, les jeunes médecins ont traduit le principe « d'y mettre du sien » en prenant sur eux de faire le *dirty work* – le sale boulot – qui engage « le rapport du travailleur à une partie de son activité – les tâches pénibles, répétitives ou dégradantes, qu'il [pourrait] déléguer aux autres » (Bidet, 2011). Du point de vue logistique, l'aspect répétitif des consultations SARS-CoV-2, notamment la partie liée à la désinfection des surfaces pouvait être perçue comme particulièrement redondante, puisqu'elle devait s'effectuer à chaque fin de consultation. De plus, de l'avis des médecins, les consultations se déroulaient de manière relativement identique – les symptômes, les diagnostics et les posologies étant majoritairement les mêmes d'un patient à l'autre. Le suivi du patient représentait également des charges de travail supplémentaires, avec la nécessité de suivi actif de la part du médecin. Il faut également considérer la dimension du risque sanitaire, puisque ces consultations exposaient les

médecins à une possible contamination, avec tout ce qu'elle impliquait comme craintes et incertitudes.

Prendre la décision d'assumer cet ensemble de *dirty works*, volontairement, a traduit une preuve d'engagement des médecins envers leur patientèle et envers le reste de l'organisation. Nous pouvons la rapprocher de la notion de conduite volontaire désintéressée, développée par Podsakoff et MacKensie, qui « favorise la lubrification de la machinerie sociale [et, en l'occurrence, opérationnelle] de l'organisation » (Podsakoff et al., 1990). Ces conduites volontaires viennent soutenir les aspects fonctionnels de l'établissement, en y ajoutant une dimension émotionnelle positivement marquée auprès du personnel. Ainsi, l'efficacité organisationnelle ne repose pas seulement sur la fluidité des tâches, mais englobe une démarche plus large appelant à l'investissement émotionnel du travail par l'ensemble des agents.

Ces actes relèvent d'une dimension citoyenne organisationnelle (Paillé, 2008). L'enjeu ne repose pas tant, dans ce contexte, sur les tâches elles-mêmes. Il est davantage lié à la capacité des acteurs de créer un contexte émotionnel, psychologique et/ou psychosocial puissant et positif, au sein d'un environnement où la crainte est tangible et menaçante. Il s'agit là d'un rapport entre l'individuel et le collectif, entre le bénéfice et le risque. La contre intuitivité, avec laquelle les jeunes médecins ont agi, dépasse la simple dimension de l'exécution des tâches. Elle intervient sur la dimension humaine et sensible de la coopération et de l'organisation. Elle participe alors à la consolidation de la démarche éthique et/ou déontologique de l'équipe, servant de socle à la collaboration active en temps de crise.

1.3 La valorisation du collectif comme ciment de la confiance

En se portant volontaires et en prenant ces consultations en charge, les médecins ont agi de façon quelque peu contre-intuitive. Ils ont ainsi traduit un esprit de corps, une mise en retrait du bénéfice individuel au profit du bénéfice collectif. Cette décision forte a participé au renforcement de l'engagement pour le collectif et a clairement défini leur rôle au sein de l'organisation (Doucet, 2013). À ce moment inquiétant et incertain de la crise, leur implication a représenté un point d'ancrage organisationnel, un repère sur lequel le reste du personnel médical a pu s'appuyer pour structurer le nouveau fonctionnement des activités médicales. Du point de vue *meso*, ceci a abouti à une forme prononcée d'engagement professionnel et affectif du reste du personnel de la MSP-S. Il est important que tous les membres d'une équipe puissent prendre conscience des valeurs à l'œuvre dans leur travail (Goleman & Boyatzis, 2002). En ce sens, l'action des médecins en a été à la fois une traduction et un rappel, en donnant une référence en termes d'éthique et qui s'est traduit par une confiance renforcée des équipes en leurs leaders.

L'enjeu de cet événement ne repose pas tant sur le plan rationnel que sur le plan affectif. Comme le rappellent Goleman et Boyatzis, « l'intelligence émotionnelle repose sur la maîtrise de soi, l'ardeur, la persévérance et la faculté de s'inciter soi-même à l'action » (Goleman & Boyatzis, 2002). Elle repose sur des attitudes éthiques fondamentales. L'esprit rationnel, dont nous sommes le plus conscient, est pondéré et réfléchi, contrairement à l'esprit émotionnel, qui, quant à lui, est impulsif, puissant et parfois illogique. L'attitude des médecins a fait appel à cette dimension de l'esprit, en agissant contre les effets délétères de l'agitation, en persuadant – et non en convainquant – le reste de l'équipe d'agir pour atteindre un but commun. Ils ont agi sur les sentiments plutôt que sur le raisonnement, sur les capacités d'engagement et d'influence.

L'intelligence rationnelle et émotionnelle sont indissociables l'une de l'autre pour le bien-être des organisations. Alvarez, en 2001, définissait cinq dimensions de la confiance organisationnelle, insistant sur la nécessité d'allier les règles, les procédures et les systèmes formels (impersonnels) aux dimensions émotives, telles que la réputation ou les intentions des collaborateurs (personnelles). Il s'agit de relations plurielles (Alvarez, 2001) et non unilatérales. Au sein de l'organisation, cet aspect rationnel de la confiance organisationnelle s'exprime particulièrement sur le plan procédural. Le changement impliqué par l'adaptation organisationnelle à la crise fut un élément inquiétant pour le personnel. « Je n'ai commencé à me sentir soulagée – un tout petit peu – qu'au moment où les médecins ont présenté les nouvelles procédures. On savait où on allait, elles étaient logiques, elles étaient pratiques et elles nous protégeaient tous », a déclaré l'une des secrétaires. Face à une situation inédite et impossible à envisager avec précision, le recours à une procédure claire et qui avait fait ses preuves durant la crise a été décisive pour solidifier le travail de l'organisation.

1.4 Compétence et interveillance : ressources indispensables pour la solidité organisationnelle

Il existe trois dimensions nécessaires pour la structuration d'une organisation efficace : compétence, bienveillance et intégrité (Mayer et al., 1995). Au sein d'une organisation, la compétence du personnel (dirigeant, collaborateur ou administratif) est déterminante pour assurer la qualité de son service, ainsi qu'un fort niveau de cohésion et de confiance au sein de l'équipe, aussi bien en temps normal qu'en temps de crise. La valorisation des compétences au sein de l'établissement a été identifiée, dès le début de la pandémie, comme un levier indispensable pour la consolidation de la confiance et pour la stratégie qualité interne : rappel des compétences professionnelles individuelles, responsabilisation du personnel et mise en avant de l'esprit d'équipe comme agrégation de compétences individuelles (Doucet, 2013). Malgré tout, il serait tout à fait idéaliste, de la part de l'organisation, de se reposer uniquement sur la valorisation des compétences pour assurer sa stratégie de qualité de service, puisque la confiance n'exclue pas le contrôle, disait Vladimir Ilitch Lénine. Bien que le tissu relationnel de la MSP-S lui permette d'assurer la cohésion de son équipe, il ne s'agit pas

pour elle de prôner « une confiance aveugle, mais une confiance objective et rationnelle » (Laurent, 2009), qui participe à assurer le bon déroulement des activités.

Afin d'objectiver et de rationaliser les relations de confiance au sein de l'organisation, le management de la Maison de santé s'est fortement appuyé sur la notion d'interveillance. D'après la lexicographie proposée par le Centre National des Ressources Textuelles et Linguistiques (CNRTL), la surveillance peut être perçue comme une observation insistante, méfiante¹. Dans l'utilisation commune de ce terme, la surveillance tend à être rattachée à des représentations quelque peu négatives, liées au caractère parfois intrusif qu'elle induit. Or, dans le cas qui nous intéresse ici, les membres de l'équipe ne cherchent pas à s'épier, ni à développer de sentiment de défiance. L'observation se veut constructive et bienveillante, afin de limiter les erreurs sans nuire à la cohésion de l'équipe.

Il nous semble ainsi plus pertinent d'évoquer la notion d'interveillance. Celle-ci est constituée de pratiques de contrôle non-hiérarchiques et non-systématiques qui font partie de la vie quotidienne (Jansson, 2015). Sur le terrain, ses pratiques se sont traduites par l'observation du respect des règles sanitaires en vigueur au sein de l'organisation. Cela s'applique, par exemple, pour le cas des médecins qui sortaient des consultations SARS-CoV-2 avec leur équipement. Étant donné que le couloir permettait aux secrétaires de voir les médecins arriver de loin, elles pouvaient rapidement vérifier le respect des règles sanitaires. De manière plus générale, les membres de l'équipes sont restés vigilants sur les actions des autres, afin d'appliquer des mesures correctives immédiates et autres rappels. La notion d'interveillance a été d'autant plus prégnante, en nous appuyant sur la définition de Jansson, que les pratiques d'observation s'effectuaient indépendamment des relations hiérarchiques en vigueur au sein de la Maison de santé. C'est ici la notion d'attention au collectif qui a primé sur celle du statut, avec l'intention de s'appuyer sur les relations interpersonnelles informelles pour assurer la cohésion et la sécurité de l'ensemble du personnel et des patients.

Les pratiques d'interveillance traduisent, selon la théorie de l'acteur-réseau, la capacité des initiatives individuelles à consolider la solidité du réseau et de l'organisation. En s'appuyant sur la solidarité induite par l'interveillance, les membres de l'équipe tendent à offrir de nouvelles formes d'engagement de confiance. Ils développent ainsi des « conditions de réalisation de la coopération, dans la mesure où elle dispense de se focaliser sur le contrôle [systématique] des autres » (Pesqueux, 2009).

2 L'organisation par le prisme de la théorie de l'acteur réseau

2.1 Solidité et fragilité de l'acteur-réseau : la perception du risque

¹ <https://cnrtl.fr/definition/surveiller>

Dans un milieu organisationnel, les individus s'appuient sur des chaînes de dépendances réciproques (Paugam, 2013) et des interdépendances, techniques et affectives, qui rendent le réseau à la fois solide et fragile. Solide, puisque l'enchaînement des tâches fluidifie les processus organisationnels et de décision, permettant éventuellement d'accroître la taille ou l'influence de l'organisation. Fragile, puisqu'il suffit qu'un seul maillon de cette chaîne de dépendance défaille pour que l'ensemble du réseau chute. Les réseaux ne peuvent ainsi pas être envisagés comme une unité opaque et homogène, mais comme un ensemble de composants liés les uns aux autres, qui participent aussi bien à la construction du réseau que, dans certains cas, à sa chute.

Or, dans le cas de la crise du SARS-CoV-2, cette fragilité intrinsèque de l'acteur-réseau s'est vue confrontée au paradigme psychométrique du risque (Peretti-Watel, 2010). Cette posture défend l'idée que les réactions face au risque dépendent du caractère plus ou moins familier de ce dernier. Plus une personne est exposée à un danger potentiel, plus ce dernier devient coutumier, au point que la notion même de risque disparaît de la perception de l'individu. Cependant, l'apparition du virus a représenté un danger inédit, auquel les professionnels de la MSP-S n'étaient préparés. Ainsi, en reprenant le paradigme psychométrique du risque, il apparaît que les risques inconnus agissent puissamment sur les composants humains et relationnels des réseaux.

Le cas de la MSP-S permet d'exemplifier cette notion de perception du risque comme facteur de déstabilisation profonde des acteurs-réseaux. L'organisation interne de la MSP-S repose sur l'adéquation professionnelle, affective et procédurale qui existe entre les différents acteurs. Les interdépendances ne sont pas unilatérales, mais bilatérale, voire plurilatérales. En effet, malgré la hiérarchisation de l'autorité au sein de l'équipe, il existe une solidarité exécutive qui implique l'ensemble des domaines d'acteurs, humains et non humaines, rendant chacun d'eux indispensable au bon fonctionnement de l'organisation. Ceci a été d'autant plus perceptible durant la crise de SARS-CoV-2, notamment du point de vue relationnel. Un important effort a été effectué de la part de l'ensemble du personnel de la MSP-S pour éviter que le sentiment de panique ne vienne intercéder en défaveur de l'efficacité organisationnelle. L'inquiétude, l'anxiété et l'appréhension, bien que perceptible, ont été mises en abîme au profit de valeurs positives et utiles à la MSP-S (solidarité, compétence individuelle, compétence collective, espoir que tout se passe au mieux, etc.).

2.2 La nécessaire circularité entre les aspects techniques et humains

C'est une donnée à laquelle il est nécessaire de porter une attention particulière durant le temps de la crise. Une organisation ne repose pas seulement sur ces aspects non-humains et techniques, mais sur une alliance de ces dispositions avec l'espace social et humain qui la compose. Or, l'un des membres du personnel a fait preuve d'une anxiété contagieuse, malgré cet effort collectif pour affronter sereinement la situation. Elle s'est traduite par une

inquiétude profonde et grandissante, une difficulté à communiquer paisiblement et une certaine inefficacité de ses propositions et dans l'exécution de ses tâches. Ainsi, tant sur le plan procédural qu'humain, l'employé a fragilisé la stabilité organisationnelle de la MSP-S. Ceci a été d'autant plus préoccupant que la stabilité psychosociale de la MSP-S restait précaire, suspendue aux annonces gouvernementales quotidiennes sur l'évolution de l'épidémie. La décompensation de l'employé risquait de causer des dysfonctionnements internes, dont les répercussions auraient pu être désastreuses, étant donné que chaque individu fait partie du système et que chacun exerce une influence sur tous les autres (Goleman & Boyatzis, 2002). La décision d'autoriser le télétravail à cet employé a permis de préserver les autres membres du personnel et d'assurer la qualité de service auprès des patients. Cet exemple montre bien qu'un système ou un réseau ne bénéficie pas d'une pérennité immuable, mais doit au contraire être vigilant à chacun de ses composants de manière à s'assurer de leur cohésion.

Tout se trouve ainsi à égale importance dans l'organisation : les facteurs organisationnels (capacités procédurales), cognitifs (interprétation par les individus), discursif (échanges d'information), ainsi que les entités non-humaines. Cet ensemble constitue le collectif organisationnel, le réseau, alors composé d'éléments en interaction (Callon & Ferrary, 2006). Ce sont les composants qui créent le réseau et qui l'animent. Les composants participent à son évolution, qu'elle soit positive ou négative. La stabilité du réseau dépend de la solidité de ses composants et de leur capacité à anticiper les événements à venir pour y faire face. C'est cette anticipation des événements qui a été salvateur pour la MSP-S. En isolant l'élément perturbateur avant qu'il n'impacte le reste des composants organisationnels, ils ont permis de sauvegarder la stabilité du réseau, tout en offrant une solution bienveillante et adaptée. Au retour de l'agent, la reconnaissance de ce moment comme un « épisode ponctuel et malheureux », ne remettant pas en cause ses compétences, a permis un retour facilité aux activités normales. C'est une alliance entre le concept de confiance organisationnelle et la théorie de l'acteur-réseau : la stabilité du réseau s'appuie sur la confiance éclairée de ses composants – et non une confiance aveugle. La confiance constitue alors un facteur susceptible d'influencer les comportements des acteurs organisationnels (Maurel & Chebbi, 2012) et leurs capacités d'action, individuelles et collectives, ainsi que la solidité de l'organisation.

Il est difficile pour une organisation de trouver un équilibre constant, notamment lorsque cela concerne les composants humains, plus particulièrement en situation de crise. La force et la qualité d'un réseau, pour reprendre les théoriciens des *sciences and technologies studies* (Callon, Latour, Akkrich, Pestre, etc.), repose sur sa capacité d'adaptation à son contexte social. La dimension sociale y est appréhendée comme un effet causé par des interactions d'actants très différents, qui se succèdent continuellement et qui participent à l'évolution, à la modification du réseau. Au sein de la MSP-S, il n'y a ainsi pas eu de rupture pure et nette entre deux formes du réseau, mais des adaptations successives, progressives et nécessaires des

procédés communicationnels et procéduraux, qui sont venus renforcer sa capacité d'action collective et la rendre plus adaptée au nouveau contexte.

3 L'organisation mise en défaut : hypertélie organisationnelle et relations externes

3.1 Hypertélie organisationnelle

Cette partie s'intéresse à la notion d'hypertélie, développée par Simondon (Simondon, 2012). Ce concept s'applique originellement aux objets techniques, notamment industriels. Il développe l'idée qu'un outil, spécifiquement développé pour une technologie ou pour un contexte précis, perd son inutilité si jamais la technologie ou le contexte évolue. L'hyperspécialisation des outils ou, en d'autres termes, une adéquation ancrée entre un contexte et un objet, peut donc aboutir à la « dés-adéquation » de l'outil en cas de changement dans l'environnement.

Il semble pertinent de transposer la notion d'hypertélie aux effets de la pandémie. Ce nouveau contexte aurait-il rendu nos sociétés hypertéliques ? En effet, la pandémie a mis nos processus organisationnels à rude épreuve, aussi bien dans le secteur sanitaire, que politique, économique ou encore social. Elle a mis en évidence leur difficulté à s'adapter aux changements de leur contexte habituel. Dans le contexte de ces dernières décennies, la situation sanitaire présentait des conditions d'exercice relativement stables, qui servaient de repères pour le développement des processus organisationnels et législatifs. La pandémie a changé, aussi rapidement que drastiquement, ces paradigmes institués, en les rendant, en quelques semaines, aussi obsolètes qu'inefficaces. Il est apparu qu'elle a amené une modification profonde du contexte sanitaire et a participé ainsi à la perte d'adéquation des procédés organisationnels avec leur environnement. Elle a, en quelque sorte, fait émerger ce qui pourrait être désigné comme une hypertélie organisationnelle, une « dés-adéquation » des processus organisationnels avec le contexte dans lequel ils s'insèrent, les rendant ainsi inefficaces.

La MSP-S n'a pas échappé pas à cette situation hypertélique. L'un des dirigeants, durant l'enquête, a confié qu'il a fallu « revoir l'ensemble des habitudes que nous avons, sur tous les plans. C'était inconcevable, au début, de tout changer. D'abord, parce que c'était difficile d'imaginer la réalité et la gravité de la situation. Ensuite, parce qu'elle signifiait qu'il fallait repartir de zéro en termes d'organisation ». Les procédés organisationnels autour desquels la MSP-S s'était reposée, à sa création en 2017, ont été mis en défaut du jour au lendemain. À cette urgence s'ajoute le manque de repères face à une situation sans précédent.

3.2 La coopération inter-organisationnelle : un atout contre l'hypertélie

La solution de « ré-adéquation » organisationnelle choisie par la MSP-S a résidé dans la coopération interdisciplinaire et intergénérationnelle. Le début de la pandémie a été, selon les médecins interrogés, le moment le plus complexe de leur gestion de crise. Repartir de zéro est une chose, rendre ce nouveau départ rapidement efficient en est une autre. Selon Pesqueux, la complexité, l'incertitude de résultat et les dangers induits appellent à la coopération (Pesqueux, 2009). Dès l'officialisation de l'état d'urgence, l'objectif a été de trouver collectivement la solution la plus satisfaisante pour assurer la continuité des soins, tout en évitant les antagonismes, les paradoxes et les contradictions.

Ceci explique le refus du plan d'action proposé par les médecins dirigeants et la cadre de santé. Celui-ci, selon l'un des jeunes médecins, « n'était, en soi, pas une mauvaise idée, mais il y avait trop d'éléments contradictoires dans les procédures. Il y avait également beaucoup d'étapes redondantes, qui faisait perdre du temps inutilement et qui n'étaient pas pertinents par rapport à la prise en charge des patients. Il fallait absolument que nous fassions appel au réseau de santé environnant. Non seulement pour affiner notre stratégie, mais également pour assurer une certaine cohérence ». Cet extrait illustre un point crucial de la gestion de crise. Dans une telle situation, l'enjeu n'est pas tant de disposer d'experts sur des sujets précis. Il s'agit plutôt de consolider un réseau d'acteurs capables de collaborer et de produire des réponses collectives aux situations problématiques, tout en restant unis pour assurer une organisation efficace et constructive (Pesqueux, 2009). Ce réseau a ici été constitué en interne, entre les acteurs de la MSP-S, ainsi qu'en externe, grâce aux appuis et aux échanges avec les autres établissements.

De manière générale, le réseau de santé constitue un outil d'amélioration des pratiques professionnelles et, plus largement, il contribue à maintenir, voire à améliorer, le niveau de qualité de service rendu (Acef, 2008). Le réseau doit agir sur trois niveaux de collaboration, qui sont tous indispensables (Bartoli & Sebai, 2015) : le niveau opérationnel (ou clinique) – où sont accomplis les actes de soins – ; le niveau structurel – qui mobilise les moyens humains et matériels pour assurer la prise en charge continue et globale – ; et le niveau institutionnel – représentant les décideurs et les financeurs du système de santé.

Pour ce qui concerne le niveau opérationnel, la MSP-S s'est reposée sur le caractère interdisciplinaire du réseau de santé, notamment sur les institutions hospitalières. Ces dernières bénéficient de nombreux plans et protocoles spécifiques à la gestion de crise, qui proposent des processus d'organisation efficaces et spécifiques pour répondre à la multiplicité des natures de crise. Grâce à la solidité de leur réseau professionnel, les médecins de la MSP-S ont pu rapidement obtenir les informations nécessaires à la structuration de leur protocole de soin, d'autant plus que leur réseau du Grand-Est était déjà en train de formaliser et d'expérimenter des protocoles d'accueil des patients. Ces derniers représentent une

hybridation procédurale. Ils reprennent, pour une part, le principe de sectorisation en milieu hospitalier, qui a été peu à peu mis en place dans l'ensemble des établissements. Or, les hôpitaux étant mieux adaptés aux procédures d'isolement des patients contagieux, l'équipe de la MSP-S a dû adapter la procédure à ses propres contraintes structurelles. Ceci a demandé une réflexion collaborative, afin de trouver une solution qui soit confortable pour les patients et les praticiens, tout en limitant le risque d'exposition des professionnels.

La coopération opérationnelle du réseau de santé de la MSP-S a également développé une coopération structurelle. Étant donné que les hôpitaux craignaient d'être dépassés par le nombre de patients, les médecins de la MSP-S se sont portés volontaires pour suppléer les médecins hospitaliers durant leurs jours de congés, afin de maintenir le niveau de qualité de soin des hôpitaux environnant. Leur objectif était, comme évoqué par Acef, de maintenir la qualité de prise en charge des patients, afin qu'elle soit globale et continue. Il semble exister, au sein de ce réseau de santé, une certaine conception de la solidarité, qui associe la coopération à la réalisation d'une œuvre commune (Pesqueux, 2009). Ce cas rejoint le modèle organisationnel dit « collaboration – coopération » et correspond à un niveau de relation pluriel, qui enrichit et étoffe les rapports interdisciplinaires entre établissements. Ce principe organisationnel tend à rejeter les pratiques de non-coopération, de domination et vise plutôt à valoriser les échanges relationnels. Cette alliance inter-organisationnelle a été, semble-t-il, déterminante au sein du territoire de santé Landais.

Conclusion

Les aspects info-communicationnels ont, semble-il, occupé une place prépondérante dans cette démarche de mue organisationnelle. Comme le rappelle certains auteurs, « les processus d'information et de communication occupent une place de plus en plus importante dans la mécanique de gestion des risques » (Parrini-Alemanno, 2014) et dans les procédures d'anticipation des risques. L'évolution du fonctionnement de la MSP-S pour faire face à la pandémie a démontré l'importance ces pratiques. Elles se sont en effet imposées comme des ressources-clefs dans la consolidation la confiance et la coopération organisationnelles de l'établissement, tant pour l'adaptation des pratiques cliniques internes que pour l'évolution des pratiques collaboratives inter-organisationnelles. La force des liens organisationnels ont ainsi permis à l'équipe de la MSP-S de lutter contre l'effet d'hypertélie et ont majoritairement participé à la réussite de la maîtrise des risques et de l'urgence sanitaire.

Depuis la création de la MSP-S, et jusqu'à l'apparition de la pandémie, la prise de décision a toujours principalement reposé sur les deux médecins « seniors » dirigeants. Or, quelques mois après la vague pandémique, les rapports d'autorité et de pouvoir entre les membres de l'équipe ont fortement évolué. Les médecins dirigeants ont donné davantage de pouvoir de décision aux jeunes médecins qui, jusqu'alors, n'intervenaient pas dans la gestion de

l'organisation. Au plus fort de la crise, ce sont les « juniors » qui ont défini les protocoles sanitaires pour la MSP et qui ont dicté les règles à suivre pour limiter les risques. Ce sont également eux qui ont effectué les consultations SARS-Cov-2, afin de protéger la santé des médecins les plus fragiles. Ces protocoles, ces règles et ces modalités de prise en charge des consultations perdurent encore aujourd'hui. Ainsi, en seulement quelques semaines, les jeunes médecins ont gagné en pouvoir et en autorité, sans pour autant que les médecins dirigeants n'officialisent ces nouveaux modes de coordination.

Or, « la coordination, dans l'approche organisationnelle, est associée à une théorie de l'autorité qui admet en fait d'autres formes que la seule autorité hiérarchique » (Pesqueux, 2009). L'autorité, jusqu'à la crise sanitaire, a toujours été descendante (des dirigeants aux équipes) et il n'y a pour le moment qu'une reconnaissance officieuse du rôle des jeunes médecins. Ce mode de reconnaissance du travail sera-t-il suffisant ou la MSP risque-t-elle de se confronter à des problèmes d'autorité, aussi bien de la part des médecins concernés que de la part des équipes administratives ? Il semblerait ainsi pertinent d'investir plus profondément les modalités de reconnaissance de l'engagement dans le travail (Bidet, 2011) au sein de cet établissement, afin de mieux cerner les enjeux de pouvoir qui se joueront dans les prochains mois, d'autant plus dans un contexte de départ à la retraite des médecins seniors, qu'ils ne semblent pour le moment pas investir outre mesure.

ACEF Saïd, « Réseaux de santé et territoires », *Informations sociales*, n° 147, juillet 2008, p. 72-81.

ALVAREZ Fabienne, *Le rôle de la confiance dans l'échange d'information : Étude de relations de contrôle en milieu hospitalier*, [En ligne]. Université Paris IX Dauphine, 2001. [Page consultée le 31 mars 2021]. Disponibilité d'accès et accès <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02545337/document>

BARDIN Laurence, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 2013, 320 p.

BARTOLI Annie et SEBAI Jihane, « L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale », *Gestion 2000*, vol. me 32, n° 6, 2015, p. 17-37.

BIDET Alexandra, *L'engagement dans le travail : Qu'est-ce que le vrai boulot*, [En ligne]. Paris, PUF, 2011. [Page consultée le 31 mars 2021]. Disponibilité d'accès et accès <https://www.cairn.info/l-engagement-dans-le-travail--9782130584681-page-7.htm>

CALLON Michel et FERRARY Michel, « Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau », *Sociologies pratiques*, vol. n° 13, n° 2, Presses de Sciences Po, 2006, p. 37-44.

DOUCET Christian, *La qualité*, Paris, PUF, 2013, 247 p.

DUMAS Aurélie et MARTIN-JUCHAT Fabienne, « Approche communicationnelle des émotions dans les organisations : Questionnements et implications méthodologiques », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], n° 9, 2016. [Page consulté le 6 octobre 2021]. Disponibilité et accès <https://doi.org/10.4000/rfsic.2103>

GOLEMAN Daniel et BOYATZIS Richard, *L'intelligence émotionnelle au travail*, Pearson, 2002.

GRASSI Valentina, « Sociologie compréhensive et phénoménologie sociale », *Sociologie de l'imaginaire et du quotidien*, Érès, 2005, p. 61-93.

JANSSON André, « Interveillance: A New Culture of Recognition and Mediatization », *Media and Communication*, vol. 3, n° 3, 3, octobre 2015, p. 81-90.

LAURENT Éloi, « Peut-on se fier à la confiance ? », *Revue de l'OFCE*, vol. n° 108, n° 1, OFCE, mai 2009, p. 5-30.

LE CARDINAL Gilles, GUYONNET Jean-François et POUZOULLIC Bernard, « Construire la confiance, une vertu nouvelle pour sortir du désir mimétique et de la violence », [En ligne] *Communication et organisation*, n° 16, novembre 1999. [Page consultée le 31 mars 2021]. Disponibilité d'accès et accès <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2283>

LE MOIGNE, Jean-Louis. *Les épistémologies constructivistes: « Que sais-je ? »* n° 2969. Presses Universitaires de France, 2012, 74 p.

MAUREL Dominique et CHEBBI Aïda, « La perception de la confiance informationnelle. Impacts sur les comportements informationnels et les pratiques documentaires en contexte organisationnel », *Communication et organisation*, n° 42, décembre 2012, p. 73-90.

MAYER Roger, DAVIS James et SCHOORMAN David, « An Integrative Model of Organizational Trust », *The Academy of Management Review*, vol. 20, n° 3, 1995, p. 709-34.

Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, [En Ligne]. Les maisons de santé. [Page consultée le 6 octobre 2021]. Disponibilité et accès <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

PAILLE Pascal, « Les comportements de citoyenneté organisationnelle : une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'implication au travail », *Le travail humain*, vol. Vol. 71, n° 1, Presses Universitaires de France, avril 2008, p. 22-42.

PARRINI-ALEMANNI Sylvie, « Risques organisationnels et anticipation. Une communication complexifiée autour du near-miss », *Communication et organisation*, n° 45, juin 2014, p. 59-72.

PAUGAM Serge, *Le lien social*, Paris, PUF, 2013, 127 p.

PERETTI-WATEL Patrick, *La société du risque*, Paris, La Découverte, 2010, 131 p.

PESQUEUX Yvon, « Un modèle organisationnel en « confiance-coopération » », *Management Avenir*, vol. n° 21, n° 1, Management Prospective Ed., février 2009, p. 261-72.

PODSAKOFF Philip M., MACKENZIE Scott B. et MOORMAN Robert H., « Transformational Leader Behaviors and Their Effects on Followers' Trust in Leader, Satisfaction, and Organizational Citizenship Behaviors », *The Leadership Quarterly*, vol. 1, n° 2, juin 1990, p. 107-42.

Sénat de la république française, Site du Sénat de la République française, [En ligne]. Rapport d'information – Accès aux soins : Promouvoir l'innovation en santé dans les territoires [Page consultée le 6 octobre 2021]. Disponibilité et accès <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-68613.html>

SIMONDON, Gilbert, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris, Aubier, 2012, 367 p.