

LE MANAGEMENT DES URGENCES MEDICALES: QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER POUR LES ENTREPRISES CONTEMPORAINES ?

Auger Pascale,

Professeur assistant, EUROMED Marseille,

Domaine de Luminy BP 921 13288 Marseille Cedex 9

pascale.auger@euromed-marseille.com

Tél : 06 12 10 71 33

Résumé :

Comment les équipes de managers font-elles face à des contextes de travail marqués par l'imprévisibilité des problèmes, des enjeux majeurs, et une pression temporelle ? Afin de répondre à ces questions, nous avons choisi d'étudier, de manière inductive, le cas de la gestion des urgences médicales. La description du fonctionnement du Samu, des pompiers, et des services d'urgence hospitalière aide à mieux comprendre les exigences impliquées par la gestion de tels défis. Les résultats montrent qu'au-delà de compétences classiques, les managers doivent développer de nouvelles compétences telles que l'improvisation, le découplage des temps d'action et d'émotion, la solidarité, l'auto apprentissage, l'engagement personnel.

Mots clés : urgence, émergence, crise, compétence

Introduction

Les recherches en management ont montré que la maîtrise des procédés, des ressources et des objectifs, permettait de garantir la performance des organisations. Les outils de gestion se sont multipliés afin de mieux définir, planifier et diriger les actions individuelles et collectives des entreprises. Associé aux nombreuses évolutions technologiques, le management n'a cessé de se développer, et avec lui l'uniformisation et la performance.

Si ces outils ont une efficacité attestée dans la gestion des activités ou des environnements habituels de l'organisation, qu'en est-il des situations dans lesquelles l'urgence et l'imprévisibilité prédominent ? Comment les salariés font-ils face à des contextes de travail marqués par l'imprévisibilité des problèmes, des enjeux majeurs, et une pression temporelle ? Quelles compétences les acteurs développent-ils pour répondre à ces contextes spécifiques de travail ?

La compétence peut être généralement définie comme une « aptitude individuelle ou collective à réaliser certaines tâches » (Koenig 1996, p. 396). Elle recouvre une dimension à la fois individuelle et collective. Dans une perspective individuelle, la compétence fait référence à un ensemble de connaissances, de savoir-faire professionnels (Meschi, 1997). Dans une perspective organisationnelle la compétence résulte de la combinaison coordonnée et valorisante d'un ensemble de compétences professionnelles présentes au niveau individuel. Elle dépasse alors le niveau individuel ; : « Les compétences de l'organisation au-delà des aptitudes et des compétences individuelles ou de celles de petits groupes, sont les processus sous-jacents qui permettent de combiner aptitudes, systèmes actifs et valeurs qui apportent un avantage compétitif et fournissent de précieuses fonctionnalités pour la clientèle. » (Doz, 1994, p. 93). Elle forme un tout complexe composé des interactions entre des connaissances, des pratiques et des attitudes (Durand T, 2000).

Afin de savoir quelles compétences sont développées dans des contextes de travail marqués par l'imprévisibilité des problèmes, des enjeux majeurs, et une pression temporelle, il paraît intéressant d'étudier des situations dans lesquelles les salariés sont constamment confrontés à ces défis. Selon certains auteurs (Söderholm 2004) les travaux explorant la gestion des services hospitaliers permettent de proposer des pratiques managériales adaptées à la gestion des systèmes complexes, dans des environnements hyper compétitifs. Pour notre recherche, nous avons choisi la gestion des urgences médicales conjointement assurée par le SAMU, les pompiers et les services d'urgences hospitaliers (nous concentrant sur des établissements publics). En matière d'imprévisibilité, les urgences médicales sont des cas adaptés. Le lieu, la date, la nature et la gravité des blessures, le nombre de personnes concernées, les temps d'intervention ne peuvent être prévus et planifiés. En matière d'enjeux, les urgences médicales doivent répondre à des défis particulièrement élevés. Enjeux notamment liés au sauvetage et à la survie des personnes, à la gestion d'environ dix millions d'appels annuels ; enjeux organisationnels enfin, liés à la collaboration des équipes de pompiers, du SAMU et des services d'urgences. En matière de pression temporelle enfin, les urgences médicales sont spécialement dédiées aux cas exigeant d'être traités dans les plus courts délais (même si des patients moins sérieusement atteints sollicitent ces mêmes services).

Compte tenu de la nature exploratoire de la recherche, l'étude a été menée de manière inductive et les données interprétées selon une méthode d'analyse de contenu par codage émergent. Les résultats nous permettent de mieux comprendre les exigences impliquées par la gestion de tels défis. Les équipes intervenant dans la gestion des urgences médicales développent des compétences spécifiques telles que l'improvisation, la solidarité, le découplage des temps d'action et d'émotion, l'engagement personnel et l'auto apprentissage.

L'exposé est organisé en deux parties. La première présente les organisations étudiées et la méthodologie. La seconde décrit les résultats, interroge l'éclairage proposé par ce cas modèle et les possibles transferts de certaines pratiques.

1. Design de la recherche

Notre recherche est guidée par la volonté de découvrir une réalité construite, « notre but est d'enregistrer et de 'transcender' [ces données] en bâtissant des théories qui rendent compte du monde réel, fait de complexités intégrées et chargées de perception » (Miles et Huberman 1994, p. 4). Ainsi, nous rejetons l'approche hypothético déductive pour laquelle la connaissance est préalable à la découverte, dans la mesure où elle suppose qu'un ordre soit connu avant la formulation des hypothèses.

Pour autant, notre approche de l'induction tient compte des aménagements proposés par Strauss et Corbin (1990) ainsi que Eisenhardt (1989). Nous ne situons pas notre recherche dans la lignée d'une induction complète. Nous considérons, comme Eisenhardt (1989) qu'il n'est pas nécessaire de faire abstraction de toute connaissance pour aborder une approche inductive, et disposer de construits a priori facilite leur mesure et leur potentielle validation (Eisenhardt 1989). L'existence d'un construit ne conduit pas systématiquement à la recherche des relations entre les variables et ce construit théorique. Elle permet d'orienter l'investigation dans un cadre conceptuel qui attire l'attention sur les variables critiques.

Par ailleurs, faire "table rase" est un vœu pieu, nul ne pouvant aborder un champ de connaissance en faisant abstraction de la sienne (Bachelard 1968). Le chercheur doit opérer un balancier permanent entre observation et abstraction, entre théorie et opératoire : « la gestion doit accueillir des respirations de la pensée, des allers-retours entre approfondissements de zones locales et ré articulations de connaissances en cadres conceptuels englobants » Martinet (1990),

1.1. Choix et description des cas

Divers critères nous ont conduit à privilégier la méthode des cas. D'une part, le thème que nous abordons est relativement peu structuré, ce qui nous conduit à adopter une démarche exploratoire. D'autre part, nous interrogeons «un phénomène contemporain dont les frontières avec l'environnement contextuel sont floues » (Yin 2003, p. 14). Enfin notre recherche a un objectif compréhensif et vise la proposition de nouvelles théories (Eisenhardt 1991).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons étudié le travail quotidien et la collaboration de ces organisations pour la gestion des urgences médicales. Nous avons spécifiquement choisi d'étudier des organisations publiques, ceux-ci à l'instar des établissements privés, ne pouvant sélectionner leurs patients et se doter de moyens humains suffisamment conséquents améliorer leurs conditions de travail. Les établissements étudiés sont localisés à Marseille et nationalement reconnus pour leur extrême niveau de qualité et d'expertise. Nous décrivons ci-dessous leurs structures et leurs rôles respectifs.

Les services d'urgences hospitaliers.

L'accueil et le traitement des urgences est une des fonctions des centres hospitaliers publics , il concerne l'accueil des malades et de blessés se présentant spontanément ou amenés par des ambulances ou véhicules de secours des sapeurs-pompiers. Le rôle d'une structure d'urgences est d'accueillir sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgences vitales. Lors d'une arrivée aux urgences, le patient est accueilli à la réception par deux infirmières et un médecin référent, qui sont chargés d'évaluer le degré d'urgence de l'état du patient au sein d'une salle de tri. Pour cela, ces trois personnes se concertent autour d'une grille prédéfinie d'évaluation de l'urgence. Cette évaluation n'est nécessaire que lorsque les pompiers amènent le patient, donc dans le cas où le service d'urgences n'est pas prévenu de l'arrivée du patient. Dans le cas où le SAMU amène le patient, le service est prévenu au préalable de l'arrivée de celui-ci, la relève se fait donc de médecin à médecin et le patient est immédiatement placé en déchoquage, sans passer par l'accueil. Une fois le patient admis aux urgences, le délai d'attente de sa prise en charge dépend de la gravité de son cas et de la disponibilité des box servant à sa prise en charge. Il existe 3 types de box : le premier, box de déchoquage, permet la prise en charge de patients dont l'urgence est extrême, à ce titre il est équipé de tout le matériel nécessaire à la surveillance du patient (appareils respiratoires, cardiaques...), le second - dit box d'urgences médicales- gère tous les incidents cardiaques et respiratoires, et enfin le box chirurgical, qui s'occupe de toute intervention sur les couches superficielles de la peau (points de sutures, plaies, fractures...).

Le SAMU et le SMUR

Le SAMU est un service hospitalier unique (sauf quelques exceptions) à l'échelle d'un département. Il comprend un centre de réception et de régulation des appels (CRR) - ou « Centre 15 » - et un centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU), chargé de la formation initiale et continue des acteurs de l'urgence. Le SAMU est chargé de fournir une réponse adaptée aux problèmes médicaux qui lui sont soumis, ce qui peut impliquer un simple conseil médical, l'engagement de moyens de réanimation mobiles (SMUR), l'envoi d'une ambulance privée (domicile), d'un VSAV (voie publique), d'un médecin de ville ou, dans certains départements, d'une ambulance de la Croix Rouge.

Un service mobile d'urgence et de réanimation, ou SMUR, est une équipe médicale mobile destinée à délivrer une aide médicale urgente lors d'un accident ou d'un malaise, ou bien à effectuer des transports entre hôpitaux lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale. Le « SMUR » désigne la structure (personnel, véhicule et matériel), et l'équipe volante est appelée UMH (unité mobile hospitalière). Les SMUR sont une composante de l'urgence médicale à côté des services spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (SAU). Une équipe mobile se compose d'un médecin urgentiste, d'un(e) infirmier(e) et d'un ambulancier. Ils se déplacent dans une unité mobile hospitalière (UMH), qui peut être un véhicule terrestre (type ambulance, véhicule léger - ou de liaison -), aérien ou aéronautique. Leur rôle est d'apporter au malade ou au blessé les soins sur place, de définir en

accord avec le SAMU le service le plus adapté pour recevoir le patient et d'en assurer le transport. Les SMUR effectuent également des interventions au sein de l'hôpital, en cas de détresse vitale dans un service.

Les pompiers

La mission des pompiers, quant à elle, regroupe d'une manière générale la protection des personnes, des biens, des moyens de production économique et de l'environnement (lutte contre les calamités, sauvetage, secourisme, lutte contre la pollution). Ils participent directement aux secours et à l'aide médicale d'urgence. Une intervention se déroule de la façon suivante : un témoin ou une victime d'un accident compose le 18, son appel est traité par le PC (Poste de Commandement), une série de questions permettent de préciser le niveau de gravité de l'accident et la structure responsable (pompiers si le niveau de gravité est mineur, SAMU en cas d'intervention médicalisée). Les date, lieu et circonstances de l'accident sont enregistrés et horodatés, imprimés sur un ordre de mission et transmis à la caserne la plus proche du lieu de l'accident. Sur place, le commandant des opérations de secours dirige l'intervention. Dans le cadre d'une intervention d'urgence vitale, les pompiers sont habilités à donner les gestes de premiers secours mais ne peuvent réanimer ni stabiliser la personne.

Dans l'ensemble, ces trois organisations sont marquées par une hiérarchisation des postes, une planification des procédures prédominantes. Chacune possède des plans d'intervention type, des procédures d'action. En cas de sinistre majeur, les plans blanc, rouge ou Orsec détaillent précisément les rôles et responsabilités respectifs des acteurs. S'ils agissent ensemble pour la prise en charge des urgences médicales, les pompiers, services d'urgences et Samu ne sont cependant pas proches les uns des autres. Lors des interviews, chacun des acteurs avait du mal à intégrer les caractéristiques des autres organisations. La collaboration suit un schéma légal et procédural, le partage des rôles et des responsabilités étant précisé par les procédures d'intervention. Plus encore, on a pu noter certains conflits existant entre les services médicaux et les pompiers. Les médecins critiquent assez ouvertement le rôle de « simples transporteurs » des pompiers, parfois leur tendance « à ramener n'importe quoi » au service d'urgences. Le schéma ci-dessous synthétise la répartition des rôles entre les pompiers, le SAMU, les services hospitaliers.

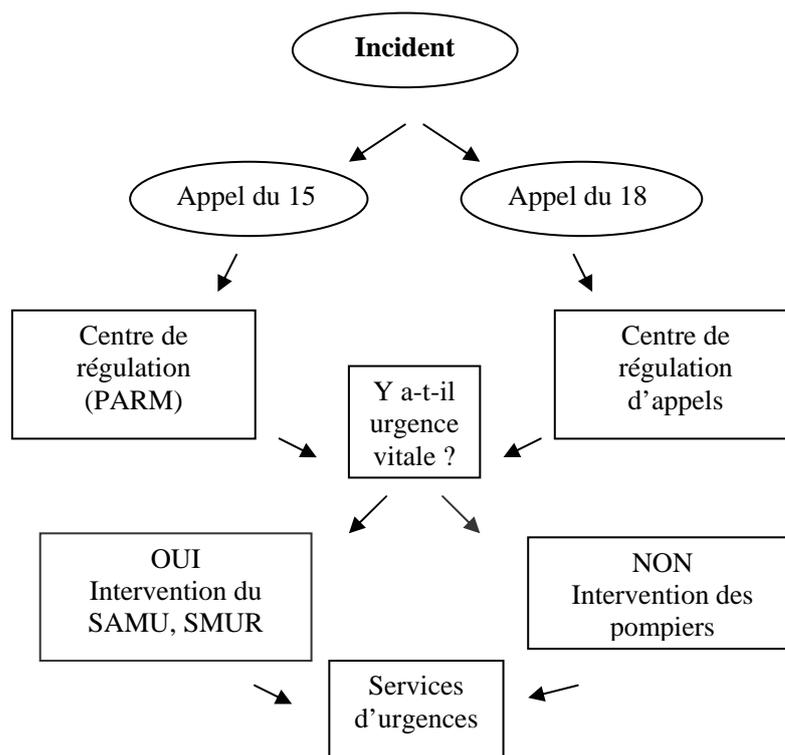


Figure 1 : Répartition des rôles entre les pompiers, le SAMU et les services hospitaliers.

1.2. Posture et méthodologie

Nous avons réalisé cette recherche suivant une approche inductive modérée, les allers-retours entre l'exploration du construit théorique et l'immersion au sein des terrains nous aidant à approfondir le questionnement et l'investigation qualitative (Strauss et Corbin 1990).

Méthodologie

Echantillon. Nous avons sélectionné deux services d'urgences, deux casernes de pompiers sur la ville de Marseille et le SAMU des Bouches du Rhône, étant entendu que ces organisations sont en quotidienne collaboration. Par ailleurs nous avons choisi des institutions connues pour leur excellente réputation et leurs avancées médicales.

Le recueil des données¹ a été effectué au travers de trois principales sources de preuves (Yin 2003) : l'entretien, l'observation directe et la documentation. Les entretiens, de nature semi directive et historique, retracent le déroulement des événements, précisent les types d'actions mises en œuvre lors des interventions, leur organisation, le rôle des différents acteurs, leurs relations, l'influence du contexte extérieur. Au sein des services d'urgences, 23 entretiens ont été réalisés auprès d'un large panel de postes : chef de service, médecin, infirmière, personnel

¹ L'auteur tient à remercier la promotion 2006/2007 d'Euromed Marseille ayant suivi le cours « Complexité et management » pour leur aide lors du recueil des données

d'accueil, ambulancier. Au sein du SAMU, onze personnes ont été interviewées : infirmiers, médecins, médecins spécialisés, personnel d'accueil. Au sein des casernes de pompiers, enfin, ont été rencontrés des pompiers volontaires et professionnels, chef d'agrée, conducteur, adjoint et chef de caserne.

L'analyse des données : L'analyse de contenu des entretiens a été réalisée selon une codification émergente des données (Lincoln et Guba 1985), fondée sur la théorie enracinée (Strauss et Corbin 1990). Les procédures de codages ont dans un premier temps été réalisées pour chacun des cas ; les codes étant ensuite intégrés au sein de catégories globales.

2. Présentation des résultats et discussion

Deux résultats principaux se dégagent de l'analyse de contenu. D'une part, les acteurs de ces trois organisations font face à des défis communs, alors même que leurs actions médicales et leurs responsabilités sont cloisonnées. D'autre part, on retrouve au sein des trois structures le développement de compétences psychologiques indispensables à la relève de ces défis.

2.2. Des défis majeurs communs

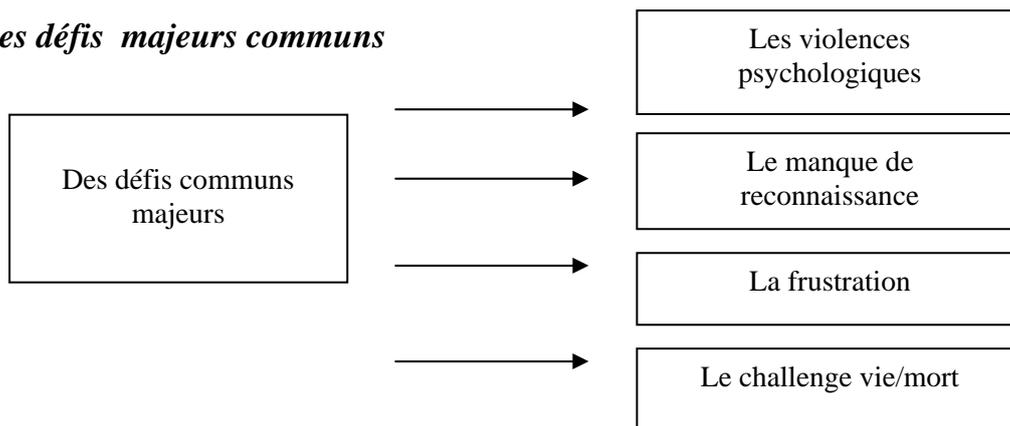


Figure 2 : Défis communs aux trois organisations

Les violences psychologiques

Tous les intervenants dans la gestion des urgences médicales sont confrontés à des violences psychologiques. La plupart de ces violences sont dues à l'ampleur des accidents (nombre de victimes), à la gravité des blessures, à la nature des victimes (enfants, adultes), aux circonstances (écrasement, brûlures, chocs), à l'environnement (présence de la famille, public). Selon les postes occupés, les individus seront en relation avec l'un ou l'autre des éléments de l'accident. Les pompiers et le SMUR, par exemple, sont souvent confrontés au public et au contexte, tandis que les services d'urgences doivent intervenir directement sur les victimes.

Les observations ont permis de confirmer l'existence d'une certaine « violence psychologique », notamment au sein des services d'urgence. Nous n'avons pu participer aux opérations de sauvetage et de soin, mais le temps passé au sein des services a permis de confirmer l'existence d'un climat psychologiquement difficile. Durant les gardes de nuit, nous avons été témoin d'agression verbale et gestuelle de la part des patients. Certains services sont d'ailleurs munis de vigiles afin de protéger les infirmières.

Organisation	
Pompiers	<p>« On est étroitement liés aux situations sociales. Alcoolisme, violence dans la traumatologie, on est entre la difficulté de la vie et les problèmes rajoutés par la société. » Pompier</p> <p>« Une fois, on a été appelés pour un père de famille qui s'était pendu dans son garage. On était arrivés avec les pompiers et j'étais la seule femme de l'équipe. La femme de la victime s'est mise à hurler et à dire à tous les hommes de partir de chez elle, et elle m'a regardée et elle m'a dit : « Vous, vous restez !!! ». Et puis elle m'a secouée très fort en me disant : « Mais pourquoi il m'a fait ça ??? » Il n'y a pas de mot qui existe pour soulager cette douleur... Y a pas de mot ; alors tu te tais et tu écoutes et t'essayes par des gestes de l'apaiser, mais c'est un bien grand mot, tu essayes de réduire au minimum cette souffrance. » Pompier</p> <p>« C'est comme toute intervention importante, ce qu'on fait on s'en souvient, c'est comme mon premier mort, je m'en rappelle comme si c'était hier. » Pompier</p>
Service d'urgences	<p>« Ça fait 24 ans que je travaille, j'en ai tous les jours des journées marquantes. » Médecin</p> <p>« Il y a trois semaines, j'ai vu trois morts : 34, 87 et 64 ans. C'est marquant tous les jours. » Médecin coordinateur</p> <p>« Rien ne peut traduire l'urgence, c'est abrupt. D'une violence absolue, telle que la mort d'un enfant, un accident de la route, la douleur d'une amputation, la paraplégie à vie à annoncer à un patient. Il n'y a rien pouvant retranscrire une telle brutalité. » Infirmier</p>
SAMU	<p>« Parfois, quand quelqu'un nous appelle, il peut nous dire : « Je vais mourir, j'ai pris des médicaments » et raccroche. Il faut alors appeler les opérateurs pour retrouver le nom de la personne, son adresse, la rappeler et envoyer des moyens rapidement en parallèle ; mais je me dis que si une personne qui veut se suicider nous appelle, c'est que quelque part, elle veut être sauvée... » Accueil n°15</p>

La frustration

Les frustrations sont essentiellement liées au manque de temps et au cloisonnement des responsabilités. La nécessité d'agir dans l'urgence ne facilite pas la gestion des moyens. Par ailleurs, si les trois organisations - pompiers, SAMU, urgences - participent à la prise en charge des urgences médicales, aucune n'a de vision complète et ne peut mesurer ce qui, finalement, est réalisé.

Le temps passé au sein des casernes nous a permis d'interviewer les pompiers avant et après les interventions. Nous avons ainsi constaté combien les débuts des interventions étaient précipités. A leur retour les pompiers sont incapables de nous informer sur le devenir médical des individus transférés aux services hospitaliers. Ils expriment une certaine frustration sans cependant avoir le temps et la possibilité de chercher à en savoir plus. Au sein des services hospitalier également nous avons pu constater la très grande variété des patients, y compris des patients atteints de blessures bénignes.

Organisation	
Pompiers	<i>« On a besoin d'un contre-appel pour avoir plus d'informations, et on perd du temps. » Pompier</i> <i>« Il faut faire tout dans l'urgence, dans la vitesse, tout précipiter. Avoir la notion du temps. » Chef d'équipe</i>
Service d'urgences	<i>« C'est la même structure qui gère les enfants malades d'un rhume et ceux qui sont presque morts dans leurs bras... ! » Pédiatre</i> <i>« On fait de la « bobologie » à cent à l'heure ! » Pédiatre</i>
SAMU	<i>« On les voit (les victimes) sur une période très courte. On ne peut pas créer de relation longue, donc il n'y a pas toujours de confiance qui se crée. » Médecin</i> <i>« On n'a pas même la joie du patient après l'avoir sauvé. On n'a pas non plus le bénéfice de voir la joie des gens puisque nous ne nous chargeons pas du suivi du patient. » Infirmier</i>

Le manque de reconnaissance

Le manque de reconnaissance est partagé par l'ensemble des acteurs. Il est présent au sein même des structures, entre les infirmières et les médecins, par exemple. Il se trouve également entre les structures elles-mêmes (pompiers et équipes médicalisées), et plus généralement entre les victimes, les patients et les équipes de secours. Au sein des services hospitaliers les manifestations de mépris, les impolitesses, les reproches sont très fréquents chez patients et les accompagnants.

Organisation	
Pompiers	<p>« Les gens croient que les pompiers savent tout faire : dès qu'ils ont un problème, ils pensent aux pompiers. » Pompier</p> <p>« On n'est pas que des taxis. » Chef d'équipe</p> <p>« Des fois, ils (services d'urgences) nous reprochent d'amener des gens qui ne nécessitent pas de transport à l'hôpital, mais nous on n'a pas le choix, on est obligés de les conduire. » Pompier</p>
Service d'urgences	<p>« Les urgences pédiatriques sont très pénibles car pas gratifiantes du tout. » Pédiatre</p> <p>« Aux urgences, les gens (patients) sont en situation de stress, ils sont mal aimables. Quand je vais dans une boulangerie, je dis « Bonjour », je dis « Merci ». Un médecin urgentiste dure 10 -15 ans parce qu'on travaille comme des fous et qu'on manque de « mercis ». » Médecin</p>
SAMU	<p>« Au lieu d'aller chez son médecin généraliste qui ne peut pas forcément nous prendre en rendez-vous tout de suite, on appelle le 18 ou le 15. » Médecin coordinateur</p> <p>« Je suis déjà arrivée en retard, mais ça arrive souvent : il faut d'abord définir l'urgence – mais des fois on peut rien faire.... On a tendance à dire que c'est de notre faute... » Médecin anesthésiste</p>

Le « challenge de la vie et la mort »

Le « challenge de la vie et la mort » met en évidence une certaine dualité du métier. D'un côté les enjeux humains sont source de stress, de pression, de violence psychologique ; de l'autre ils donnent sens aux activités des individus. A l'intensité des enjeux correspondrait une certaine intensité des actions, de l'engagement de l'intérêt.

Organisation	
Pompiers	<p>« Lorsqu'on part sur le terrain, on ne sait pas sur quoi on va tomber. » Pompier</p> <p>« La nature de l'intervention peut changer : on part à fond pour une personne inconsciente dans la rue, et quand on arrive il suffit de la bousculer pour qu'elle se réveille. Au contraire, on peut partir sur une intervention qui n'est pas d'urgence vitale, et trouver la victime morte car la personne qui a donné l'alerte a minimisé les symptômes. » Pompier</p>
Service d'urgences	<p>« Ce qui est bien c'est la variété des situations, on ne fait jamais exactement la même chose. » Infirmier</p> <p>« Dans mon métier, on n'est pas à l'abri d'un événement ; on est tout le temps sur le qui-vive. Ca peut être quelque chose de freinant, mais on aime les situations d'urgence plus que le quotidien. » Médecin</p> <p>« Même s'il y a un quotidien, on ne sait jamais comment va se dérouler la journée. C'est très intéressant. » Médecin</p>
SAMU	<p>« Il y a toujours une part d'incertitude, donc il faut garder la tête froide et rester opérationnel. » Cadre administratif</p> <p>« Je suis intéressé par l'urgence car c'est un métier au quotidien. Il n'y a pas un jour qui ressemble à un autre ; il y a beaucoup d'imprévus, toujours, et l'on travaille toujours dans l'urgence. 200 personnes représentent 200 cas particuliers. » Infirmier</p>

	<p>« Ce qui m'intéresse c'est la diversité, puisqu'on trouve la totalité des activités médicales sur un territoire particulier. C'est le challenge de la vie ou la mort. » Infirmier</p> <p>« Avec le SMUR il y a du piment, tu ne sais pas sur quoi tu vas tomber. » Infirmière</p>
--	--

2.3. Le développement de compétences communes

Les résultats montrent que les membres des trois organisations, pompiers, services d'urgences et SAMU, ont développé certaines compétences communes. Parallèlement à la stricte hiérarchisation de leurs fonctions et responsabilités, ils ont développé certaines compétences permettant finalement aux organisations de gérer les aléas inhérents aux urgences médicales. La simple exécution des plans d'intervention type, ou des procédures d'application des soins, ne peut en effet tenir compte de la très grande variété des interventions et des contextes. L'analyse de contenu des entretiens identifie certaines compétences clés, développées par les acteurs, en réponse aux défis lancés à l'organisation. Parmi ces compétences, on trouve notamment le développement de la solidarité au sein des équipes, la capacité d'auto apprentissage, l'engagement personnel, le découplage des temps d'action et d'émotion, et l'improvisation.

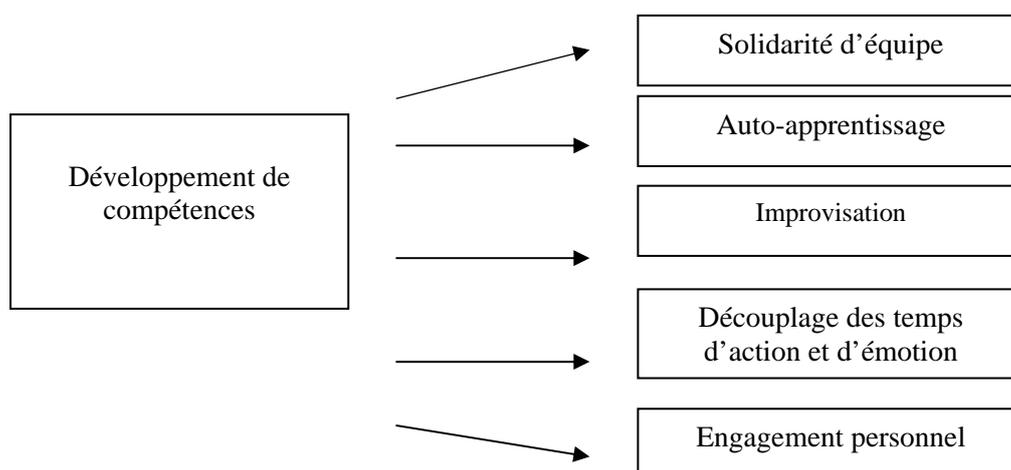


Figure 3 : Le développement de compétences communes

La solidarité au sein des équipes

La solidarité au sein des équipes dépasse la simple collaboration ou action collective. Elle permet aux individus d'être certains de pouvoir compter les uns sur les autres. Au sein des trois organisations nous avons pu constater l'existence d'une certaine complicité entre les équipes. Les dossiers sont assez facilement partagés, les demandes d'aide ou de service rapidement acceptées. Au sein du Samu et des services hospitalier, nous avons régulièrement remarqué que les individus se proposaient de se remplacer mutuellement afin que l'un d'eux prenne une pause.

Organisation	
Pompiers	<p>« Le rôle du chef d'agrée, c'est qu'il n'arrive rien à son équipe. La protection du personnel c'est ce qui compte. C'est la première des notions qu'on nous apprend : la protection de l'équipe. » Chef d'agrée</p> <p>« C'est primordial l'équipe qui se soutient et le chef qui regarde et se rend compte des éventuels problèmes de son équipe. » Pompier</p>
Service d'urgences	<p>« Avec ses collègues on se soutient énormément. Il y a toujours quelqu'un qui prend le relais. » Infirmière</p> <p>« Pour mieux gérer le stress, ce qu'il faut garder en tête, c'est garder un esprit d'équipe. Il est bien de pouvoir communiquer, en parler et être solidaire. » Médecin</p> <p>« On se critique en permanence, mais en même temps il existe un côté affectif très fort. » Médecin</p>
SAMU	<p>« On parle beaucoup entre nous, mais c'est pas formalisé. Ça se fait au coup par coup. » Médecin</p> <p>« Quand tu sors de grosses interventions, tu essayes de baisser le rideau, c'est pas toujours possible, surtout tu parles énormément, que ce soit à une collègue infirmière, à la psychologue. » Infirmière</p> <p>« Quand ça se passe mal on pleure, on en parle. Enfin ça, c'est ma réaction à moi, je pleure énormément. Ce qui est bien c'est qu'on en parle. Ça peut être avec ceux qui ont vécu l'intervention avec toi ou les autres personnes de l'équipe. » Infirmière</p>

Auto apprentissage

L'auto apprentissage fait référence à la capacité des individus de construire et de développer leur expérience. La formation continue est très présente au sein des organisations ; des formations à la gestion du stress, des stages techniques sont mis en œuvre. Cependant l'ensemble des interviewés décrit la nécessité de s'inscrire dans un processus continu de remise en cause, d'accumulation d'expériences et de développement d'expertise. Mis à part les casernes de pompiers où la formation des nouveaux est strictement encadrée, les individus récemment embauchés doivent en grande partie chercher les informations par eux même. Les différences d'expérience se manifestent notamment par la capacité à gérer le stress et à précisément identifier les actions devant être mises en œuvre.

Cas	
Pompiers	<p>« Et plus on prend de l'ancienneté, mieux on va gérer la crise, car on a l'expérience et on peut s'en aider. On rencontre des situations et on se dit que la prochaine fois que ça nous arrive, on fera attention. Mais sur un feu ce n'est jamais la même situation. » (Chef d'agrée)</p> <p>« Et c'est aussi pour ça que c'est structuré les sapeur pompiers et que l'ancienneté est importante. Si vous faites partir un gamin de 18 ans sur un feu comme ça, je veux dire, il va appeler sa mère quoi ! » Chef d'équipe</p>
Service d'urgences	<p>« On a des protocoles, ça existe. Mais quand je suis arrivée ici, je n'ai pas eu le temps de les regarder, je connais à peu près les doses d'oxygène, je sais qu'il faut donner du paracétamol pour la fièvre, etc... » Infirmière</p>

	« Nous avons un champ d'action large avec des thérapeutiques toujours remises en cause puisqu'il y a une évolution permanente dans chaque catégorie médicale. On doit toujours avoir une remise en cause et une nécessité de recherche. » Infirmier
SAMU	« C'est jamais évident de prendre la décision. Et ça, ça s'apprend pas pendant les études. » Médecin « Je pense que c'est un métier où il ne faut pas s'endormir dans le quotidien et ne pas banaliser les appels ; il faut toujours être vigilant. J'ai le recul et la connaissance qui me permettent d'avoir un discernement différent. » Accueil, régulation

Improvisation

L'improvisation correspond à la capacité des individus d'adapter les règles standardisées à des situations toujours changeantes. Le présence lors des passations de dossiers, l'observation des échanges, des discussions (services hospitaliers, et SAMU), la présence aux réunions de débriefing (casernes) nous ont permis d'être témoins existant entre les protocoles et les actions réellement mises en œuvre. Les responsabilités sont discutées, endossées, des décisions sont prises pour parer à l'urgence, des arguments sont définis au cas ou des contestations apparaissent, des propositions sont également émises afin de faire évoluer les règles existantes.

Organisation	
Pompiers	« Ca demande beaucoup d'adaptabilité : ça change tout le temps. » Chef de caserne
Service d'urgences	« Il faut faire très attention aux protocoles... Mais on ne les suit pas tout le temps... Parfois c'est complètement débile ! » Infirmière « C'est un métier où il faut savoir remettre en cause la situation. Malgré les protocoles on doit s'adapter ; ça ne marche pas toujours. On a la ligne directrice, mais souvent on doit se réadapter, il y a toujours des situations imprévues, il faut avoir une part d'initiative. Ce n'est pas un service de médecine c'est de l'urgence, il faut se réadapter dans l'urgence et avoir une réponse instantanée. » Médecin
SAMU	« Quand il y a 36 manières d'opérer c'est qu'il n'y en a pas une de bonne, sinon tout le monde prendrait la même. » Médecin coordinateur « Il faut faire vite mais pas n'importe comment, on avance en tâtonnant. » Cadre administratif « L'imprévu se gère par du système D » Accueil, régulation « On récupère les infos pour voir si c'est nécessaire d'ouvrir une cellule de crise, ensuite on décide pour savoir comment on va gérer ça, mais on récupère d'abord le plus d'infos et on décide au coup par coup. » Accueil régulation

Le découplage des temps d'action et d'émotion

Le découplage des temps d'action et des réactions émotionnelles est décrit comme un exercice quotidien dont on ne peut jamais vraiment dire qu'il soit acquis. Réaliser les gestes pour lesquels on est responsable, se concentrer sur les aspects techniques, médicaux, ne pas

connaître l'ensemble du parcours et du devenir du patient permet parfois de protéger les intervenants. La présence au sein des organisations nous a permis de constater avec un certain étonnement combien les individus semblaient aptes à maîtriser le stress du à la précipitation, aux violences verbales, aux chocs des situations. Pendant les entretiens, cependant, les interviewés mentionnent l'existence de « décharge », de contrecoups qui, suite aux interventions, apparaissent régulièrement.

Organisation	
Pompiers	<p>« Tant que t'es dans l'action tu le gères très bien, tu es devant un fait accompli, il faut bosser, on se donne à fond pour maintenir la victime en vie. Mais après le stress est très dur à gérer. Quand tu te retrouves toute seule, tu as les images qui défilent dans ta tête et c'est insupportable, et tu projettes la situation sur ta famille. » Pompier</p> <p>« On travaille de façon très proche avec le service des urgences, donc on n'a pas vraiment le temps de se rendre compte ; pour un patient on travaille vraiment sur du court terme, on n'a pas vraiment de suivi » Chef d'équipe</p>
Service d'urgences	<p>« Pour gérer le stress on fait beaucoup de protocoles, on a une formation continue et des évaluations a posteriori pour être sûr d'avoir une bonne préparation. » Médecin anesthésiste</p> <p>« Sur le coup nous sommes opérationnels, on fait notre métier, on a l'habitude, mais après on peut avoir une décharge. » Médecin</p> <p>« Mon expérience médicale me permet d'avoir plus de recul, ça c'est certain. Je traite un peu en retrait... J'essaie d'être opérationnel sans réfléchir à ce qui se passe. Mais le stress c'est notre métier ; on garde des images, des odeurs des choses qui nous pèsent après coup. » Médecin</p>
SAMU	<p>« Au fur et à mesure on gère mieux la situation, mais y a toujours des cas plus stressants que d'autres, comme lorsque ça touche à des enfants, par exemple. On essaye de vite se plonger, de se concentrer. Et une fois sur place l'imaginaire ne travaille plus, on se pose beaucoup plus facilement. » Médecin</p> <p>« La chose la plus difficile dans le métier c'est d'arriver à faire la part des choses. Si on prend tout au premier degré, on tombe vite dans la dépression. Il faut savoir prendre du recul » Ambulancier</p>

L'engagement personnel

L'engagement personnel conduit les individus à s'engager personnellement dans leur travail. Le niveau de motivation est alors particulièrement élevé et peut s'apparenter à une certaine passion pour l'activité. Il permet aux individus de faire preuve d'une grande ténacité professionnelle. La plupart des membres de ces trois organisations ont avec certains leurs collaborateurs des relations amicales très proches. Au sein de leur environnement familial, les emplois dédiés à des missions sociales, altruistes sont souvent présents. Ayant également eu l'occasion de rencontrer quelques pompiers au sein de leur domicile, nous avons constaté la présence de nombreux symboles professionnels (photos, anciens casques, décorations).

Cas	
Pompiers	<p>« Déjà, on aime ça. Moi c'est une passion depuis petit. Mon père et grand-père étaient pompiers donc, euh... c'est une passion. On doit tenir notre rôle de pompier, on ne pense pas aux autres, on s'est engagé. La tenue nous permet de rentrer dans notre rôle. » Pompier</p> <p>«Ca reste un métier de passion » Pompier</p>
Service d'urgences	<p>« C'est un métier de passion, « entre le curé et le bon Dieu », avec un investissement personnel obligatoire. » Infirmier</p> <p>« On est content quand on voit qu'on a vraiment servi à quelque chose. Quand on reçoit des lettres de remerciements, des chocolats, du vin... » Médecin</p>
SAMU	<p>« Je suis arrivé par passion, ça m'a toujours plu. » Médecin</p> <p>« Deux critères sont indispensables pour travailler au sein du SAMU : la polyvalence et la disponibilité. Ce métier provoque des débordements d'horaires. » Infirmier</p> <p>« La régulation c'est 400 / 500 appels par jour. Les interventions c'est une quinzaine par jour, en termes de pathologies c'est environ 3 malades gravissimes (c'est-à-dire qui ont leur vie en danger) pour 8 situations thérapeutiques moindres. » Infirmier</p> <p>« J'adore mon métier, aussi donc je ne changerai pas. » Infirmière</p>

Pour les entreprises contemporaines, ces résultats suggèrent certains enseignements majeurs.

Selon la recherche, le maintien de l'efficacité organisationnelle est lié à la capacité des membres de l'organisation à développer des pratiques en accord avec la nature des défis qu'ils rencontrent. Les équipes managériales des organisations (pompiers, Samu, et services d'urgence) ne sont pas en mesure de prévoir l'ensemble des situations rencontrées sur le terrain. Si certaines régularités peuvent être observées, comme l'augmentation des accidents les veilles de fêtes nationales, où lors d'évènements particuliers (match de football, jour de la musique), la nature et la multiplicité des interventions ne peuvent être anticipées. Par ailleurs les manques de moyens existant au sein des services publics ne permettent pas de compenser l'urgence des interventions et la violence inhérente aux situations médicales (Blair 1997, Henry 2002). Le statut juridique de l'hôpital public est celui d'établissement public administratif (EPA). A ce titre les procédures de recrutement et de rémunération, les grilles statutaires des personnels sont très encadrées. L'hôpital public ne peut compenser les périodes d'urgences par l'attribution de moyens humains supplémentaires et comme le préconisent Gollac et Volkoff (2000) instaurer de bonnes conditions psychologiques de travail.

C'est à ce stade que peuvent émerger des compétences spécifiques, capables de faire le lien entre les limites organisationnelles et les exigences du terrain. Dans ce contexte, la recherche met en exergue deux résultats majeurs. Elle identifie d'une part l'émergence de certaines pratiques adaptées à la gestion des situations d'urgences. Elle offre d'autre part un cadre d'analyse intra et inter organisationnel (Salancik et Pfefer 1978).

Les pratiques mises en exergue par la recherche attestent de la dimension subjective du travail (Clot 1999). La solidarité, l'auto apprentissage, l'improvisation, le découplage des temps d'action et d'émotion, l'engagement personnel illustrent le niveau d'investissement des individus et le sens qu'ils donnent à leurs actions. Dans le contexte d'urgence médicale, la création d'un espace de partage, la construction de modes d'organisation et de coopération

permettent d'alléger le poids des contraintes (Lhuilier 2006) et de répondre aux défis de l'organisation. La « subjectivation » (Clot 1999) permet de surmonter les questions à résoudre, l'absence de réponse immédiate et la sollicitation excessive. Les résultats complètent ainsi les travaux de Dubet (2002) selon lesquels « le travail sur autrui » notamment présent dans les fonctions d'assistance, conduit les individus à s'assigner des objectifs, des missions au point où cette auto assignation peut aller jusqu'à susciter le découragement, l'épuisement. Mais cette souffrance, selon Déjours (1995) est source de productivité dans la mesure où les mécanismes de défense déployés contre elle, aboutissent à la disciplinarisation des salariés et la production d'un « surtravail ». Les cas étudiés mettent en valeur des défis producteurs d'une certaine souffrance (frustration, challenge vie/mort, manque de reconnaissance, violences psychologique), mais également ce phénomène de compensation développé par les individus.

Selon Weick et Sutcliffe (2003), les organisations hospitalières sont marquées par une culture pouvant créer et entretenir des points d'aveuglement collectifs. Les organisations s'éloignent alors de leurs objectifs initiaux par le développement de comportements contreproductifs, bloquants, mais cependant auto justifiés par la culture organisationnelle. Dans ce cadre, des actions mineures, individuelles permettent d'initier le dépassement des actions répétitives de organisation et ainsi de faire émerger des pratiques adaptées. On retrouve là certains résultats des recherches menées par Weick (1993) sur la gestion des situations de crise. L'analyse du cas Mann Gluch, où treize pompiers ont trouvé la mort dans un incendie de forêt montre que les individus en situation de crise ont naturellement tendance à rigidifier leurs comportements. Leur capacité de perception, de rassemblement et de tri des informations tend à privilégier les schémas cohérents et à réduire d'autant les capacités d'analyse et d'action. Le cas Mann Gluch cependant met en exergue certaines pratiques efficaces dans la gestion des crises. L'improvisation, l'existence de relations denses et confiantes, la précaution, la prise de recul et la créativité ont permis à certains des pompiers de survivre à l'ampleur du feu Mann Gluch. Plus généralement, Weick (1979) montre que les individus faisant face à des situations incertaines doivent développer leur capacité à énoncer l'environnement, c'est-à-dire à expérimenter, à avancer par tâtonnement, à rassembler des informations même partielles afin d'agir sans être bloqué par l'urgence et l'équivoque des situations (Edmondson 1999).

Si la gestion des urgences médicale ne peut exactement s'apparenter à la gestion des situations de crise (par nature improbables, exceptionnelles), la proximité des résultats mérite d'être notée. L'improvisation est commune aux deux analyses, la prise de recul invoquée par Weick peut s'apparenter au découplage des temps d'action et d'émotion, l'existence de relations denses et confiantes peut être rapprochée de la solidarité tandis que la capacité d'auto apprentissage exige d'expérimenter, d'avancer par tâtonnement, en quelque sorte d'énoncer l'environnement. Le développement de ces pratiques peut être utile pour de nombreuses organisations exerçant leurs activités dans des contextes marqués par l'imprévisibilité des problèmes, des enjeux majeurs, et une pression temporelle. On se rapproche également du courant HRP (High Reliability Organizations) et des travaux récents de Weick et Sutcliffe (2001) concernant le développement d'une performance élevée dans des contextes imprédictibles. L'analyse de la gestion des urgences médicale montre que l'organisation peut maintenir son efficacité par le développement de la solidarité, l'auto apprentissage, l'engagement personnel, l'improvisation, le découplage des temps d'action et d'émotion.

Les résultats montrent par ailleurs que ces compétences ne sont pas opposées à l'existence de procédures, de règles, de prescriptions. Les trois organisations étudiées (pompiers, services d'urgences, SAMU) possèdent toutes des organisations de type Taylorienne (1947). De nombreux interviewés ont mis en exergue le rôle protecteur des procédures types, de la stricte répartition des tâches et des responsabilités. L'action et la coordination sont facilitées parce que les procédures, les entraînements, les formations, permettent d'intégrer les premiers réflexes et d'encourager l'action. On trouve dans ces organisations une sorte de dialogue (qui n'est pas sans heurts) entre les dimensions autoritaires et démocratiques, délibérées et émergentes du management. D'un côté des règles strictes prescrivent les actions, de l'autre les individus adaptent et développent de nouvelles pratiques pour répondre aux aléas des interventions. Les cas montrent ainsi que l'efficacité organisationnelle réside dans la capacité de dialogue des dimensions émergentes et délibérées de l'action collective. Selon Weick (2003) une « Culture du sauvetage » pourrait ainsi être développée et permettre à l'ensemble des organisations impliquées dans la gestion des urgences médicales de développer des approches similaires, des objectifs et des priorités communes.

Les résultats de la recherche permettent par ailleurs d'interroger les cadres de développement des compétences. Sont ainsi mis en valeur la nature intra organisationnelle et inter organisationnelle de l'émergence des compétences.

Au niveau inter organisationnel, cette recherche met en exergue l'influence cruciale du contexte extérieur sur les organisations. On est proche des travaux de Meyer et Roman selon lesquels les structures de nombreuses organisations post-industrielles sont le reflet de leur environnement. Selon les auteurs, les structures rationnelles décrites par les théories classiques de Taylor (1947) ou Weber (1922) ne sont pas efficaces pour coordonner et contrôler les complexes relations de travail. Il semblerait, pour le cas des urgences médicales, que les salariés ne soient pas de simples intégrateurs de mythes politiques et sociétaux, mais se concentrent sur la nécessité de résoudre les problèmes vitaux qui leur sont posés. Les salariés proches du terrain, exerçant leur activité dans des environnements complexes, ont alors un rôle essentiel dans les capacités d'adaptation et de réaction de l'organisation, d'activer la dimension organique des organisations.

Au niveau du développement des compétences inter organisationnelles, il apparaît intéressant de mesurer le rôle des acteurs dans la construction des compétences de l'organisation. Trois organisations, travaillant dans le même secteur d'activité, ont développé des compétences similaires. Cet apprentissage en commun a été décrit par Prevot (2005) dans son travail sur les théories du management dans les relations inter organisationnelles. La communauté des intérêts, la capacité de réception des cultures organisationnelles, l'existence de processus continu de développement des compétences, permettent alors de créer ce que Dogson nomme « la confiance inter organisationnelle », et ainsi favoriser l'apprentissage commun. Dans la même mouvance, Ingham et Mothe C. (2000) définissent des critères permettant de déterminer la capacité des organisations d'apprendre en commun. Les critères sont essentiellement liés à la nature coopérative des relations, à la fixation d'objectifs communs et à la régularité des relations, à la confiance et à la volonté d'apprendre et l'implication, à la répartition des tâches et des responsabilités. Les organisations actrices de la prise en charge des urgences médicales se côtoient régulièrement, reconnaissent leur travail respectif, partagent le même objectif de survie et soin des victimes. Leurs relations sont codifiées par des procédures types, ce qui permet d'éviter les relations de concurrence ou de défiance. Par

ailleurs, les parcours professionnels permettent souvent de réaliser des ponts inter organisationnels. Certains ambulanciers rencontrés au SAMU étaient d'anciens pompiers ; les équipes du SAMU sont presque toutes passées par les services d'urgences hospitaliers ; les équipes de pompiers intègrent certains membres du corps médical (spécificité dans les Bouches du Rhône). Aussi de nombreux critères permettent de valoriser l'apprentissage commun des équipes d'urgences médicales. Apprentissage essentiellement lié à l'environnement spécifique de travail.

Conclusion

De nombreux travaux actuels ont mis en évidence la nécessité d'intégrer, en collaboration des équipes médicales (Lunn 2002), des compétences managériales telles que le diagnostic des blocages organisationnels, la définition des missions et des objectifs, l'identification et l'évaluation des ressources, la traduction des directives légales en programmes effectifs (Porter et al. 2002).

L'étude du management des urgences médicales révèle également la possibilité de tirer des enseignements pour l'organisation managériale contemporaine. L'organisation pour maintenir son efficacité et sa performance malgré les aléas de contextes, doit permettre le développement de la solidarité, l'auto apprentissage, l'engagement personnel, l'improvisation, la prise découplage des temps d'action et d'émotion. Dès lors, les organisations dotées de moyens limités, faisant face à des défis majeurs pourraient valoriser les compétences développées par leurs équipes et ainsi enrichir leurs processus managériaux.

La recherche nous renseigne également sur les facteurs sous-jacents à l'émergence de ces pratiques. La cohésion sociale doit être l'intérêt de tous, un travail en commun régulier doit permettre à la confiance de se développer, les enjeux doivent être majeurs. La majorité des organisations cependant ne parviennent pas à développer ces compétences. Le contexte économique menacent l'employabilité des acteurs et favorise les comportements individualistes et opportunistes. La solidarité est limitée par le turnover des équipes et des projets. La multiplication des règles, normes et procédures de contrôle laisse moins de place à l'improvisation et à l'adaptation des actions. Les enseignements tirés de ces cas d'étude n'en restent pas moins nécessaires, afin d'aider l'entreprise contemporaine à évoluer dans un environnement de plus en plus complexe.

Références

- BACHELARD G. (1968) La formation de l'esprit scientifique, contribution à une psychanalyse de la connaissance objective, J. Rin, Paris
- BLAIR D. (1997) « Violence in the health service », *The safety and Health practitioner*, Vol. 15(4)
- CLOT Y., La fonction psychologique du travail, Paris, Presses universitaires de France, 1999.
- DEJOURS C. (1995) La France malade du travail, Bayard Edition, Paris.
- DODGSON M. (1993) « Learning, trust and technological collaboration », *Human Relations*, vol.46, p.77-95
- DOZ Y., HAMEL G. (1998) Alliance advantage: the art of creating value through partnership Harvard Business School Press
- DOZ YVES (1994). Les dilemmes de la gestion du renouvellement des compétences clés. *Revue Française de Gestion*, janvier-février, p.92-104
- DURAND THOMAS (2000). L'alchimie de la compétence. *Revue Française de Gestion*, janv-fév, p.84-102
- EDMONDSON AC. (1999) « Psychological safety and learning behaviour in work teams», *Administrative Science Quarterly*, Vol.44, n°2, p.350-383
- EISENHARDT K. (1989) «°Building theories from case study°», *Academy of Management Review*, vol.14, n°4, p.532-550
- F. DUBET, Le déclin de l'institution, Paris, Le Seuil, 2002.
- GINN G.O., HENRY L.J. (2002) « Adressing Workplace Violence from a health management perspective », *Sam Advanced management Journal*, Sep. Octobre
- GOLLAC ET VOLKOFF, 2000
- INGHAM ET MOTHE C. (2000) « Les déterminants de l'apprentissage organisationnel » *Revue Française de Gestion*, Janvier-février, p.71-79
- KOENIG GERARD (1996). *Management stratégique : paradoxes, interactions et apprentissages*. Nathan, Paris
- LHUILIER D. (2006) Clinique du travail, Editions Erès, Paris
- LINCOLN Y. S., GUBA E. G. (1985) Naturalistic Inquiry, Sage Publications, CA : Beverly Hills

- LUNN R.O. (2002) « Balancing careers in health management practice in the academy: issues, synergies, rewards and pitfalls », *Health Care Management Review*, vol.27 (4),
- MARTINET A. C. (1990) *Epistémologie et sciences de gestion*, Ed. Economica, Paris
- MESCHI PIERRE-XAVIER (1997). Le concept de compétence en stratégie : perspectives et limites. *VIème conférence annuelle de l'AIMS*, HEC Montréal, Canada, 1997, 10p.
- MILES M.B., HUBERMANN A.M. (1994) *Qualitative data analysis, an expanded sourcebook*, 2nd Ed., Sage Publications, London
- PORTER J., JOHNSON J., MAMLIN UPSHAW V., ORTON S., DEAL KM., UMBLE K. (2002) «°The Management Academy for Public Health: a new paradigm for public health management », *Journal of Public Health Management Practice*, Vol. 8 (2), p.66-78.
- PREVOT F. (2006) Le management des compétences dans le cadre de relations inter-organisationnelles, *AIMS, XV^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy, Juin*
- SALANCIK G.R., PFEFER J. (1978) « A social Information Processing approach to job attitude and task design », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 23, n°2, p.224-253
- SÖDERHOLM P. (2004) «°Continuous improvements of complex technical systems : a Theoretical Quality Management Framework supported by requirements Management and Health Management», *Total Quality Management*, vol.15, n°4, p. 511-525
- STRAUSS A. L., CORBIN J. (1990) *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*, CA: Sage, Newbury Park
- SUTCLIFFE KM., WEICK K.E. (2001) *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*, San Francisco, CA: Jossey-Bass
- TAYLOR F. W., *Scientific Management*, Harper et Row, New York, 1947
- WEBER M. (1922) *Economie et Société*, Edition Pocket
- WEICK K.E. (1969) *The social Psychology of Organizing*, Addison Westley Reading, Boston
- WEICK K.E. (1993) «The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster», *Administrative Science Quarterly*, Vol. 38, Issue 4, p. 628-652
- WEICK K.E. (2003) « Hospitals as Cultures of Entrapment: a re-analysis of the Bristol Royal Infirmary », *California Management Review*, vol. 45, n°2

YIN R.K. (2003) Case Study Research- Design and Methods, 3th edition, Sage publications,
Thousand Oaks