

L'agilité territoriale d'un SDIS grâce à ses proximités externes : l'exemple du maintien d'une offre médicale d'urgence dans un département du sud-ouest de la France.

Sales Jean-Marc

IAE Clermont-Auvergne school of management. Laboratoire CleRMA.

j-marc.sales@uca.fr

Résumé

Cette communication examine comment un Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) peut continuer à exercer sa mission de prise en charge de l'urgence médicale sur un territoire dont l'équilibre peut être rompu. Grâce aux proximités (Boschma, 2005 ; Geldès et al., 2015) créées dans l'urgence avec ses partenaires institutionnels - notamment le Conseil départemental, les médecins généralistes, le SAMU et l'ARS - le SDIS va apporter une réponse agile (Charbonnier-Voirin, 2011). A partir de deux études de cas, nous montrerons comment les acteurs locaux ont créés des collectifs d'organisations efficaces. Cette coopération dans un contexte d'urgence a créée des proximités sources d'agilité permettant de passer d'un territoire prescrit à un territoire construit faisant face à sa mission de service public.

Mots clés : urgence, territoire, collectifs d'organisations, agilité, proximités.

1. INTRODUCTION

Acteurs territoriaux par excellence, les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) assurent leurs missions de protection civile dans le cadre de l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales. Issu de la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, cet article distingue les compétences qu'ils détiennent exclusivement (lutte contre les incendies) de celles qu'ils partagent avec d'autres acteurs notamment en matière de secours d'urgence avec le Service d'aide médicale urgente (SAMU). Sous les ordres du Préfet dans le cadre de leur activité opérationnelle, ils sont d'un point de vue administratif sous l'autorité d'un conseil d'administration avec à sa tête le Président du Conseil départemental. Les SDIS travaillent avec de nombreux partenaires tels que les SAMU, les Conseils départementaux auxquels on peut ajouter les médecins généralistes, les Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les hôpitaux, les Agences régionales de santé (ARS), l'assurance maladie. Leur action avec ces acteurs s'exerce dans le cadre d'un territoire « prescrit » imposé administrativement, comme l'est le département (Raulet-Croset, 2014). Ainsi se crée une proximité (Boschma, 2005 ; Geldès et al., 2015) dont les fondements se situent au niveau spatial, dans les valeurs et missions de service public mais aussi dans l'urgence. Ces territoires sont parfois qualifiés de « déserts médicaux » (Alfano et al., 2018 ; Chevillard et al., 2018). Dès lors le maintien d'un service public d'un haut niveau d'urgence médicale se pose. Fragilisés, ils peuvent sombrer dans un état de déficience médicale. Les SDIS doivent faire preuve d'agilité (Charbonnier-Voirin, 2011) en faisant jouer les proximités pour réduire l'espace / temps et coopérer avec les autres organisations dans le cadre de collectifs d'action. S'élabore alors un nouveau territoire qualifié de « construit » (Raulet-Croset, op.cit.). Cette transition entre 2 états a pour vocation à rendre le territoire soutenable. Ce contexte rapproche les SDIS des organisations à haute fiabilité appelées en langue anglaise High reliability organizations (HRO), (Roberts, 1990). Les HRO sont des organisations qui agissent exemptes de toute erreur à long terme. Journé (2009) distingue trois caractéristiques dans les HRO. Elles sont réflexives (s'interrogeant en permanence sur leurs performances), apprenantes (se nourrissant de leurs expériences) et parcourues par des tensions en interne.

Dès lors, dans un contexte d'urgence, comment se créent des proximités entre acteurs permettant à un SDIS de construire des collectifs d'organisations agiles afin de maintenir une action médicale satisfaisante sur un territoire ?

Nous exposerons dans une revue de littérature les notions de territoires construits par une action collective. Dans cette même partie seront reliés les concepts d'urgence, de proximité et

d'agilité, ce qui nous permettra de définir notre cadre conceptuel. Ensuite, nous expliquerons la méthodologie utilisée pour tester nos propositions de recherche à travers deux études de cas. Les résultats seront ensuite décrits pour illustrer la coopération entre organisations territoriales afin de mieux maîtriser l'espace – temps. Ils seront ensuite discutés pour démontrer qu'une organisation comme le SDIS peut être agile grâce aux proximités nouées avec ses partenaires, dans un contexte d'urgence.

2. REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE CONCEPTUEL

2.1 DES TERRITOIRES QUI SUSCITENT UNE REPONSE COLLECTIVE DES ACTEURS

L'offre médicale territoriale fait l'objet de diagnostics locaux réalisés notamment par l'Agence régionale de santé (ARS) sur tout le territoire métropolitain et l'outre-mer. Dans un contexte de vieillissement de la population et de demande croissante de soins cet état des lieux est redouté à tel point que certains observateurs n'hésitent pas à parler de désert médical, concept qui reste flou malgré les nombreux rapports parlementaires. On peut considérer que dans ce cas, il peut y avoir une rupture d'égalité devant le service public (Alfano et al., *op. cit.*) au niveau de l'aide médicale territorialisée notamment d'urgence. Une approche quantitative liée au nombre de médecins sur un territoire prescrit peut s'avérer nécessaire mais non suffisante. L'offre médicale peut être très segmentée entre médecine générale, de spécialité et d'urgence avec des imbrications entre les 3 domaines. De nombreux acteurs interviennent plus ou moins directement dans la fourniture de soins sur un territoire. Ces inégalités en matière d'accès au soin sont donc complexes à analyser. Le contexte spatial doit être pris en compte ainsi que celui de l'accessibilité qui apparaît comme l'agrégation de dimensions spécifiques (disponibilité de l'offre médicale, le spatial, l'organisation du service public médical, la possibilité financière d'y recourir etc.), (Penchansky et Thomas, 1981). De plus, les demandes de soins sont influencées par des paramètres sociaux et démographiques (âge, CSP etc.). L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un outil de mesure qui tient à la fois compte de l'offre de soin (médecins) mais aussi de la demande (en fonction de l'âge par exemple) de manière territoriale mais aussi extraterritoriale (une demande de soins pouvant provenir de communes adjacentes), (Barlet et al., 2012). L'offre médicale doit donc être appréhendée dans une approche systémique car elle dépasse les zones de la commune et fait intervenir de nombreux acteurs (médecins, conseils départementaux, ARS et SDIS). Ce constat prend plus d'acuité dans l'urgence parce que l'accessibilité aux soins peut être remise en cause sous la pression spatio-temporelle. Les acteurs doivent alors développer des ressources endogènes (politiques d'accueil de médecins, structuration de l'offre en maison de santé etc.).

Pour Roberts et Béa (2001), les HRO doivent toujours rechercher ce qui est méconnu ce qui passe par un entraînement des membres de l'organisation pour y faire face. Les décisions prises pour le court terme doivent aussi être fiables sur le long terme (idée de temporalités différentes).

La pleine conscience collective (Hardy, 2014) permet aux SDIS en tant qu'HRO de prendre toute information susceptible de faciliter la prise de décision. Il convient d'échanger les points de vues notamment avec les autres acteurs (SAMU et SMUR), le plus souvent dans l'urgence car c'est le contexte de l'action qui doit aussi être pris en compte. C'est l'objectif qui importe, les manières d'y parvenir pouvant être différentes, d'où la nécessité d'être agile. Dans une HRO la production de sens semble essentielle. Ainsi, cela passe par un vocabulaire qui n'appartient pas qu'à la profession mais va au-delà avec la construction d'un vocabulaire commun avec les autres acteurs (proximité cognitive). L'organisation duale entre SMUR et SDIS des soins d'urgence en France remonte aux années 60. La France a alors opté pour une solution nuancée. C'est le « stay and play » avec l'idée de stabiliser l'état de la victime car les décès sont fréquents au cours du transport. Les Etats-Unis adoptent une conception différente, celle de la porter le plus rapidement possible dans un centre d'opération en moins d'une heure. C'est la golden hour (Guarnelli et al., 2015). Entre l'idée de vaincre l'espace sous contrainte temporelle et celle de prendre le temps de retrouver une normalité physiologique propice au transport de la victime, il peut exister des solutions intermédiaires. Ainsi, à défaut d'avoir accès à des ressources hospitalières de haut niveau rapidement, l'idée est de s'appuyer sur des ressources territoriales locales permettant de diagnostiquer, de stabiliser la victime voire de la prendre en charge en mobilisant des ressources endogènes au territoire : médecins sapeurs-pompiers (MSP) et développement de leur vivier, médecins de proximités, meilleure coordination avec le SAMU, dotation de matériel par l'ARS pour les premiers soins d'urgence, utilisation du numérique pour transmettre les premiers diagnostics etc... Plus les acteurs sont géographiquement proches, plus la probabilité qu'ils développent une relation est forte (Cassi et Plunket, 2014), l'espace n'étant que le miroir de pratiques sociales (Torre et Rallet, 2005).

L'urgence de faire face à ces risques de déséquilibres territoriaux en matière médicale, crée de la proximité entre acteurs territoriaux. Ce constat nous rapproche de la théorie de l'acteur réseau (Callon, 1980, 1986 ; Latour, 1987) qui permet de comprendre naissance et développement d'un réseau, territorial en l'occurrence. Nous distinguons les phases de problématisation, intéressement, enrôlement et mobilisation. La problématisation permet d'interroger le problème et proposer des solutions. A la base un travail de traduction doit permettre une coopération autour d'un projet où sont pris en compte les intérêts mutuels. L'intéressement permet de

convaincre les acteurs en validant cette problématisation dans leur cohérence d'action et de construire les relations. Peut alors se constituer et se consolider un réseau. Dès lors, on peut attribuer des rôles spécifiques aux acteurs et opérer une division des responsabilités (enrôlement). Des porte-paroles apparaissent autour du projet. Le réseau peut se fortifier ou s'affaiblir en fonction des rapports entre acteurs (mobilisation).

2.2. LES PROXIMITES SE DEVELOPPENT DANS L'URGENCE

Riveline (1991), identifie deux types de complexité accompagnant l'urgence : la complexité de sens (différentes interprétations des urgences) et celle d'abondance (multitude d'informations pour l'interpréter). Canetti et al. (2013) définissent l'urgence comme une situation à risque réel dans un bref délai. Fixari et Pallez (1990) font ressortir les aspects positifs de l'urgence. Cependant l'urgence est souvent connotée négativement. Pourtant, elle stimulerait créativité et engagement des individus. Simplificatrice de la complexité elle développerait l'efficacité. L'urgence reste une contrainte qui oblige à une réponse dans l'action (Aubert, 2006). L'organisation réactive peut se caractériser par un état d'alerte permanent permettant les ajustements face aux changements de l'environnement (Poirel et al., 2015). Elle se rapprocherait ainsi des HRO (Journé, *op. cit.*). Pour Burger-Helmchen et al. (2019), les plans d'urgence sont souvent des routines ou des procédures. Une culture de l'urgence (SDIS), semble proposer une exception à ce constat. En référence à Boschma (*op. cit.*) et Geldès et al. (*op. cit.*), se créent entre ces acteurs des proximités : cognitive (même niveau d'expérience et langage commun), institutionnelle (valeurs, respect des lois, habitudes et routines proches, normes culturelles communes), organisationnelle (technologies médicales, relations inter-organisationnelles), sociale (confiance, expériences communes, réputation, estime).

Les acteurs territoriaux associent valeurs, représentations, histoire, vécu à leur espace d'expression ce qui nourrit des proximités articulées et imbriquées les unes dans les autres (Mériade et al., 2017). Les membres d'un territoire partagent donc des proximités géographique et institutionnelle articulées. Au-delà des avantages spatiaux de rencontres physiques facilitées, le territoire a alors un dénominateur commun cognitif (Nilsson et Mattes, 2015) ce qui crée de la confiance. L'urgence s'inscrit de manière circulaire avec les proximités qui dialoguent entres elles ce qui va se traduire par une propriété émergente : l'agilité.

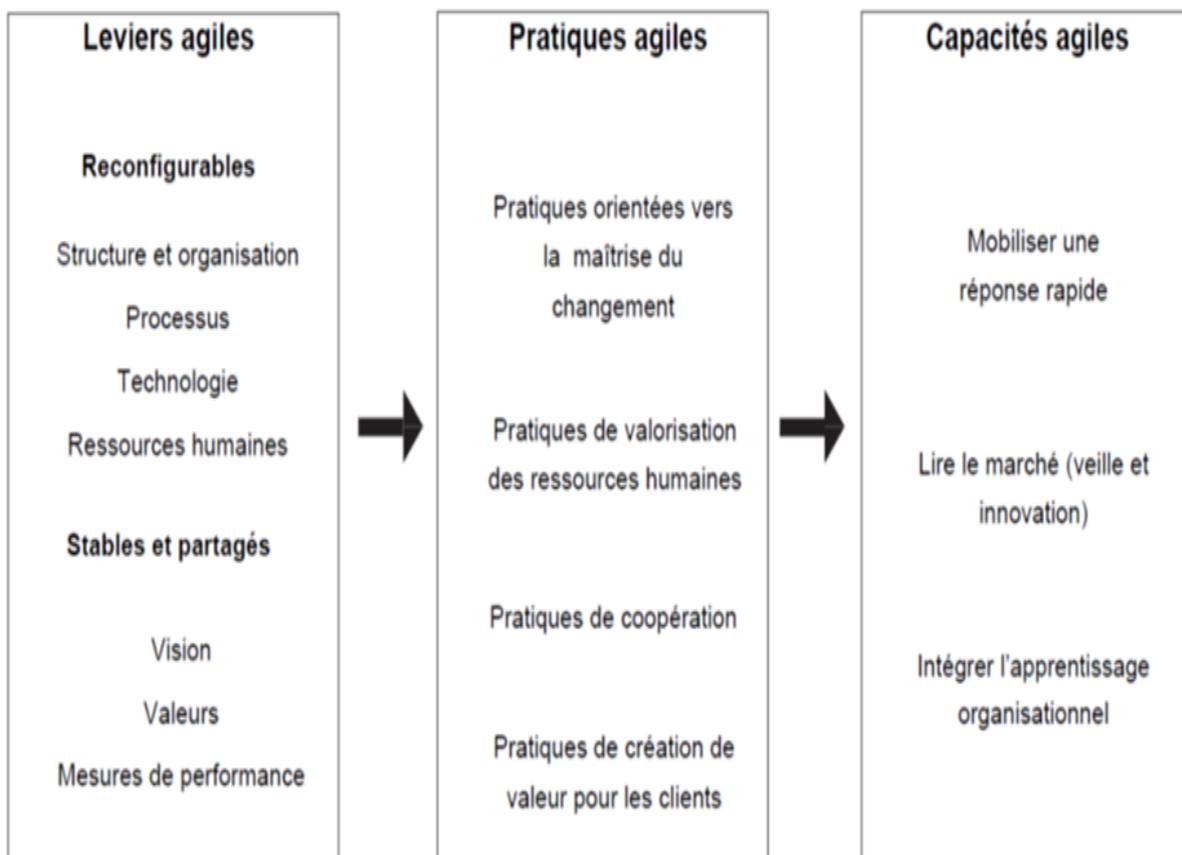
2.3. L'URGENCE D'ETRE AGILE AVEC LES PROXIMITES

L'agilité organisationnelle est la capacité à répondre à un changement présentant une incertitude forte. Shafer (1997) a proposé un modèle théorique de l'agilité avec 3 capacités agiles :

- la capacité de « lecture » de l'environnement. A travers la veille dans la recherche d'information, apparaît l'aptitude de l'organisation à déceler l'incertitude.
- la capacité de réponse rapide qui se construit sur la flexibilité des ressources et capacités dynamiques, ainsi que leur optimisation.
- l'aptitude à intégrer l'apprentissage organisationnel par retour d'expérience pour capitaliser les bonnes pratiques et améliorer les ressources.

Charbonnier-Voirin (2008, 2011) référence des comportements managériaux définis comme agiles puis met en évidence des leviers et pratiques agiles en mesure de bâtir les capacités agiles comme le montre la figure 1.

Figure 1. Les caractéristiques de l'agilité organisationnelle (Charbonnier Voirin, 2011)



Cette représentation peut se lire comme une démarche méthodique de développement de l'agilité organisationnelle face à un environnement complexe (*ibid.*). Dans un territoire sous tension, la déficience de l'offre de soin le rend fragile (manque de médecins, fermeture d'hôpital). Les réponses peuvent être exogènes (puissance publique) ou endogènes. Sur le premier plan les solutions sont rarement suffisantes pour la soutenabilité du territoire. Sur le

second, les acteurs peuvent définir un projet collectif pour arriver à un territoire construit (Raulet-Crauset, op. cit.). Il faut être agile et coopérer grâce aux proximités qui les relient dans l'urgence. Le tableau 1 illustre les relations entre proximités et agilité.

Tableau 1. Relations entre agilité et proximités (auteur)

Proximités			Cognitive	Organisa- tionnelle	Institu- tionnelle	sociale	spatiale
Leviers agiles	Reconfigu- rables	Structures					
		Processus					
		Technologie					
		RH					
	Stables et partagés	Vision					
		Valeurs					
		Mesures performance					
Pratiques agiles	Maitrise du changement						
	Valorisation des RH						
	Coopération						
	Création de valeur						

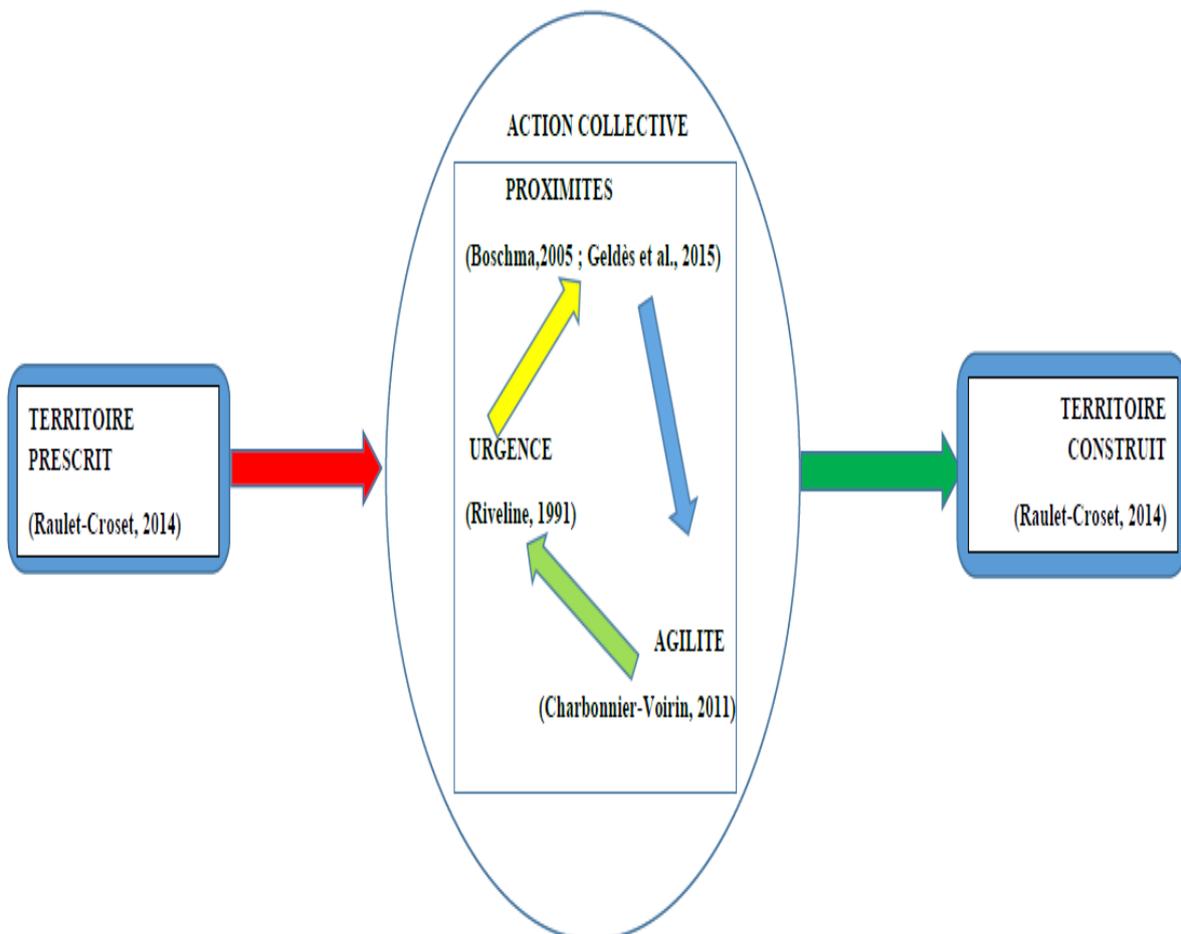
Une expérience commune dans les soins d'urgence (proximité cognitive), des valeurs proches (proximité institutionnelle), sont des leviers agiles stables et partagés entre SDIS, SAMU et Conseil départemental à actionner dans un premier temps. Les leviers reconfigurables que sont les processus et technologies médicales - en partie communs dans la prise en charge du patient (proximité organisationnelle) - et la confiance entre partenaires institutionnels (proximité sociale) permettent des actions collectives agiles entre les différentes organisations du territoire.

Des pratiques agiles de coopération et de maintien du service public apparaissent et autorisent les capacités agiles de lecture de l'environnement pour mobiliser une réponse adéquate.

2.4. LE CADRE CONCEPTUEL

Le territoire prescrit doit mobiliser les ressources des acteurs. L'urgence crée des proximités et la nécessité d'être agile. Peut se créer alors une action collective entre partenaires que sont le SDIS, le SAMU, les médecins locaux, le Conseil départemental, l'ARS etc. On peut alors parler de collectif d'organisation permettant de construire un territoire comme l'illustre la figure 2.

Figure 2. Cadre conceptuel (auteur)



3. METHODOLOGIE

Après avoir justifié notre démarche méthodologique (3.1), nous présenterons les 2 cas étudiés (3.2 et 3.3) pour valider nos hypothèses.

3.1 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

La méthode des études de cas nous a semblé pertinente car elle correspondait aux hypothèses auxquelles nous voulions répondre à travers notre problématique (Barlatier, 2018). Il s'agit de montrer ce qui est réalisé concrètement (le quoi) en réponse au pourquoi c'est-à-dire le maintien d'une offre médicale territoriale d'urgence satisfaisante. Le comment est l'urgence qui crée des proximités sources d'agilité ; agilité propre à fournir des capacités pour faire face de manière circulaire à l'urgence (Yin, 2003, 2009). Les deux cas illustrent ces liens car ils traitent d'éléments contextuels forts que sont l'urgence et les proximités entre acteurs territoriaux qui les amènent à créer des collectifs. A notre connaissance, ces facteurs ont rarement été traités ensemble. Ainsi l'urgence de l'action médicale amène une coopération nécessaire entre SDIS, SAMU et SMUR mais ses conséquences quant aux proximités qui s'y construisent restent à évaluer (*ibid.*). De plus, les différentes temporalités de l'urgence peuvent ainsi être illustrées à savoir la nécessité de coopérer sur le temps court, mais aussi le temps long ce qui nécessite une anticipation à la base de ces deux études de cas. Nous avons donc pour notre recherche exploratoire interviewé, les principaux acteurs à l'origine du projet et ceux qui font fonctionner les 2 dispositifs. Les entretiens avec les concepteurs de ces projets ont été réalisés de décembre 2021 à février 2022. Nous avons interrogé les représentants des organisations à l'origine du projet. Pour le SDIS, il s'agit du médecin-chef de l'époque (entretien 2, codé E2) et de l'ancien Directeur (E1). Au niveau du Conseil départemental, ont été interviewés le Président (E6) lors de la mise en place du dispositif et le chargé de l'attractivité médicale (E7) Pour le SAMU, son responsable médical (E8) et pour l'Agence régionale de santé (ARS) la responsable du projet (E12) ont été interrogés. Ont aussi été interviewés le médecin-chef actuel du SDIS (E3), le Chef du centre de secours principal de la partie du département étudiée (E5), ainsi que des médecins de proximité (E9, E10, E11) et le pharmacien du SDIS (E4). Le dispositif de dépose en maison de santé a vocation à s'appliquer à tout le territoire, mais nous avons circonscrit cette étude au nord du département qui nous a semblé révélateur du dispositif. Les protagonistes ont été interrogés sur leur perception de l'urgence, du degré de proximité avec les autres acteurs et sur l'agilité des collectifs d'organisations élaborés, ainsi que sur leur vision du territoire avant et après leur mise en place. Les entretiens se sont terminés sur un bilan des dispositifs et leur pérennité.

Le tableau 2 synthétise les différents interviewés.

Tableau 2. Caractéristiques des interviewés (source : auteur)

Organisme	Fonction de la personne interviewée	Code des répondants	Durée
SDIS	Directeur (à l'origine des dispositifs)	E1	1 heure
	Médecin-Chef (à l'origine des dispositifs)	E2	1 heure 05
	Médecin-Chef (actuel)	E3	59 minutes
	Pharmacien	E4	1 heure 10
	Chef de centre (nord département)	E5	1 heure 05
Conseil général / départemental	Président	E6	1 heure
	Chargé de l'attractivité médicale	E7	1 heure 05
SAMU	Directeur	E8	57 minutes
Maison de santé	Médecin	E9	44 minutes
	Médecin	E10	38 minutes
	Médecin	E11	58 minutes
	Animation territoriale	E12	54 minutes

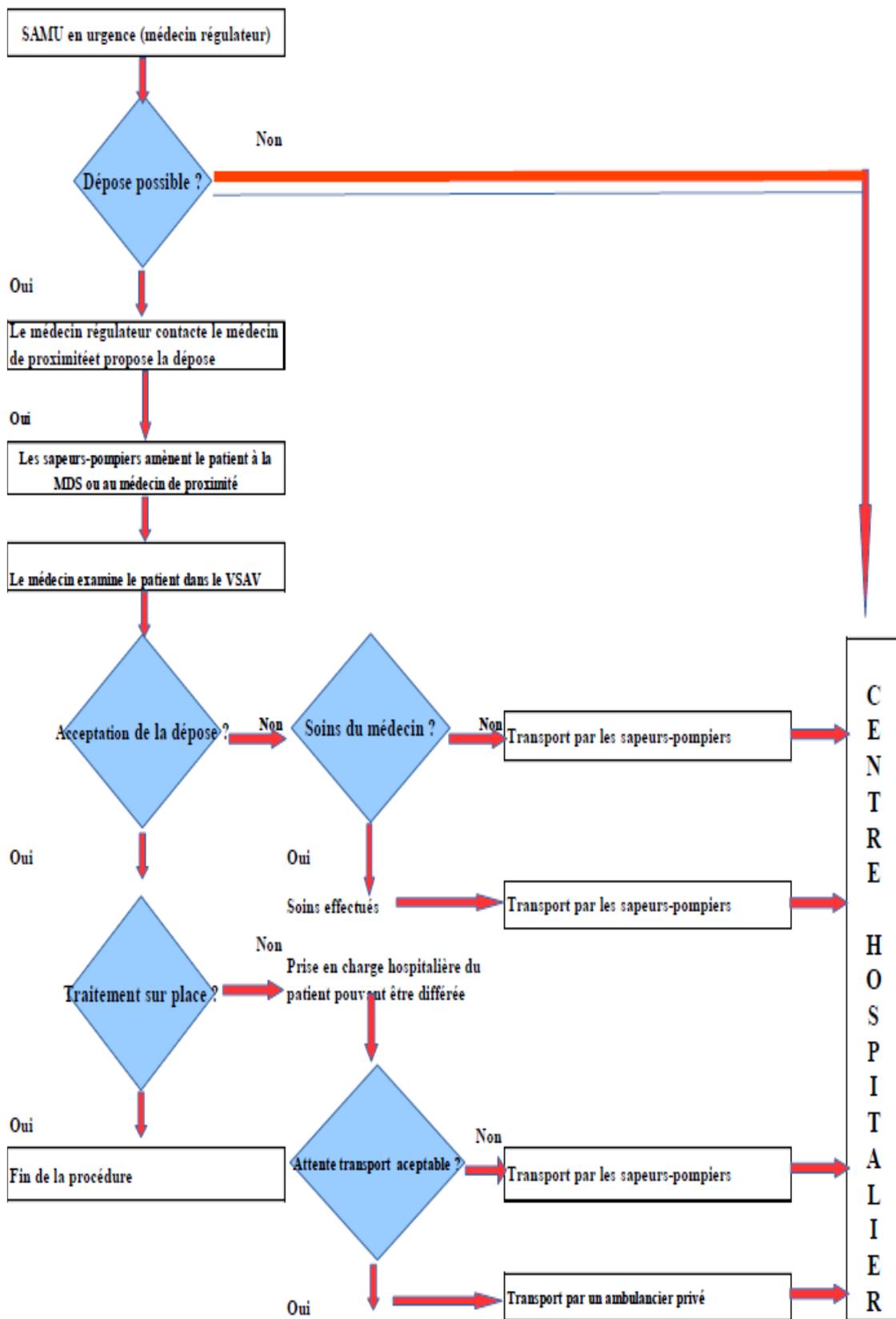
3.2 LA DEPOSE AUPRES D'UN MEDECIN DE PROXIMITE (EN MAISON DE SANTE OU SEUL)

Les délais d'intervention peuvent s'avérer très longs, surtout s'il est pris la décision de porter le patient à l'hôpital. La situation s'est aggravée car il n'y a plus d'hôpital de proximité dans le nord du département (en tant que structure d'urgence). Les durées de transport dépassent 90 mns (aller). De plus le SDIS dépend de ses sapeurs-pompiers volontaires (SPV) soit 90% des effectifs. Ces derniers peuvent être mobilisés longtemps au détriment de leur activité professionnelle ce qui crée des tensions avec leurs employeurs. Il faut vaincre l'espace - temps en trouvant des relais. Or, le Conseil départemental a bâti un solide maillage de maisons de santé. L'objectif est de s'appuyer dessus. Si l'état de santé du patient pris en charge dans l'urgence est grave il est conduit à l'hôpital. Sinon, deux situations sont envisageables :

- Situation 1. Le patient est reçu dans une maison de santé au lieu de l'envoyer à l'hôpital
- Situation 2 la situation est momentanée et le SDIS a un rôle de « tampon » en attendant de le porter à l'hôpital.

Le processus est illustré dans ses détails par le logigramme de la figure 3.

Figure 3. Logigramme de la dépose auprès d'un médecin de proximité (auteur)



Les avantages sont très importants pour tous les acteurs.

- le patient. Il peut envisager un retour rapide et pas d'hospitalisation, le médecin de proximité le connaît mieux ce qui minimise les asymétries d'information,
- les médecins. Leur rôle est valorisé par leur expertise de proximité. Ils sont rassurés dans la prise en charge de l'urgence par le SDIS. Une incitation financière sous la forme d'une majoration de la consultation de 15 euros est prévue,
- l'hôpital et les urgences hospitalières (SMUR). La coopération permet d'éviter la saturation et libère de la ressource pour les « vraies » urgences,
- le SDIS avec une diminution des temps de mobilisation des SPV – donc meilleures relations avec les employeurs-, et une moindre mobilisation des véhicules,
- l'assurance maladie. L'objectif est de réaliser des économies sur les transports et les hospitalisations.
- les transporteurs privés qui sont sollicités de manière plus rationnelle.

3.3 DISPOSITIF DE MEDECIN SAPEUR-POMPIER INTERVENANT A LA DEMANDE DU SAMU (MSP-IDS)

Trois partenaires sont à l'origine de ce projet mis en place en 2017 : le SDIS, le SAMU et l'Agence régionale de santé (ARS). Dans ce département, 25% des interventions du SAMU nécessitent des délais supérieurs à 30 minutes. Le Président François Hollande avait émis l'idée qu'un citoyen ne devait se trouver à plus de 30 minutes de secours d'urgence en France. L'ARS avait alors souhaité mettre en place un dispositif en ce sens. Le département est particulièrement concerné. Son espace administratif prescrit est vaste avec une faible densité (moins de 40 habitants / km²). Le Directeur du SDIS (E1) au moment de la création des deux dispositifs met l'accent sur l'importance du ratio de médecins par km². Ensuite, le relief est modelé en creux par des rivières importantes lesquelles structurent cet espace en zones difficilement accessibles et montagneuses. Comment réduire la contrainte spatio-temporelle en contexte d'urgence par l'agilité territoriale et les proximités ?

L'objectif est d'arriver à une meilleure prise en charge des victimes d'accidents graves en attendant le SAMU. Près de 30% des interventions des sapeurs-pompiers en urgence étaient relatives à des malaises souvent difficiles à diagnostiquer mais le plus souvent liés à des

douleurs thoraciques. L'idée commune sera de permettre à des MSP - préalablement formés à l'urgence par le SAMU et équipés du matériel adéquat - de télétransmettre un premier bilan cardiaque au médecin régulateur du SAMU. Sur le territoire départemental, le maillage plutôt satisfaisant des sapeurs-pompiers doit entrer en résonance avec la puissance d'action du SAMU. Ces 2 organisations vont être force de proposition pour améliorer le dispositif proposé par l'ARS en innovant dans un projet territorial original. Des moyens sont alors mis en place :

- des centres de secours (concernés par les délais élevés) sont sélectionnés pour constituer des binômes médecin / infirmier sapeurs-pompiers. A ce stade, suite à un important travail de démarchage de la part du médecin-chef de 2017 (E2), ce sont près de 21 MSP exerçants dans 11 centres d'interventions et de secours (CIS) qui participent au dispositif dans un premier temps. Le nombre de CIS montera par la suite en puissance pour représenter près de la moitié des CIS que compte le département. Les infirmiers sont aussi impliqués et des sapeurs-pompiers volontaires des centres en question sont sensibilisés,

- des dotations par centres sont effectuées pour leur permettre de disposer de matériel adéquat (électrocardiogrammes, tablettes pour transmettre les résultats, système de cathéters intra-osseux). Ces matériels sont financés par l'ARS, et mis à la disposition des médecins sapeurs-pompiers et infirmiers dans leurs centres de secours. Ils ont représenté au départ un budget important, validé par le médecin-chef des sapeurs-pompiers (E2) et le médecin-chef du SAMU (E8). Ce budget est en augmentation car le matériel médical coûte cher,

- des formations sont proposées aux médecins sapeurs-pompiers pour les soins d'urgence par le Centre d'enseignement et de soins d'urgence du SAMU (CESU),

- la pharmacie du SDIS devient en partie orientée en ce sens pour assurer un soutien logistique.

4. RESULTATS

Deux cas illustrent donc l'agilité du SDIS pour faire face à l'urgence en faisant jouer les proximités. Ce sont les dispositifs de dépêche auprès d'un médecin de proximité et celui de médecin sapeur-pompier intervenant à la demande du SAMU (MSP-IDS). Nous faisons la synthèse de leurs résultats.

Il était urgent d'agir. La chargée d'attractivité médicale (E7) du Conseil départemental le confirme. « Il a fallu remplacer un médecin sur deux ». La situation était grave et difficilement réversible. « On a limité la casse » nous confirme-t-elle. Sans les proximités entre partenaires territoriaux, ces projets n'auraient pas pu voir le jour. Les SDIS - sur leurs territoires - ont des activités multiples et beaucoup sont concourantes avec d'autres acteurs. C'est le cas en ce qui concerne la médecine d'urgence. Leur action transversale les met donc potentiellement en position de leader quant à la naissance d'actions collectives concertées avec les autres acteurs territoriaux (Michaux et al., 2011).

Dès lors les proximités notamment cognitives (expériences communes) et institutionnelles (normes et valeurs communes) peuvent aider à construire un comportement agile de coopération. Sur ce territoire c'est ce qui a facilité une collaboration première notamment entre le SDIS, certains médecins de proximité (médecins sapeurs-pompiers ou pas) et le SAMU. Il existait donc des « potentiels de proximité » (Torre, 2009) propres à s'exprimer. Les pouvoirs publics ont permis de fournir un cadre pour que naisse un système d'action collective de médecine d'urgence. En effet, dès 2008, le Président du Conseil général souhaitait que son département tende vers un certain seuil de population. Cela passait par un travail sur l'attractivité du territoire et notamment une couverture médicale satisfaisante. Il s'en est suivi un vaste plan de regroupement des compétences médicales dans le cadre de maisons de santé pour saisir les opportunités de financement offertes niveau européen. Le Président du Conseil général avait eu alors une lecture anticipatrice de l'environnement médical (l'âge moyen des généralistes était élevé) pour mobiliser une réponse urgente adaptée également sur le plan quantitatif : attirer sur le territoire de nouveaux médecins notamment en leur permettant d'accomplir leurs stages de généraliste dans le département. « L'urgence a aidé et on s'en est inquiété avant les autres, mais les objectifs étaient communs » nous dit le Président du Conseil général de l'époque (E6).

Des proximités s'étaient déjà créées entre eux lors d'un premier projet. Celui-ci consistait pour le Conseil général à attirer des médecins sur son territoire par différents moyens (dispositifs d'accueil pour les médecins, stage d'insertion pour les internes). C'est sur ce dernier dispositif que s'est greffé le SDIS, lequel a proposé aux stagiaires accueillis de suivre un stage de 5 jours d'immersion en milieu sapeurs-pompiers (2012). Les médecins étaient d'une manière générale demandeurs car ils ne sont pas préparés à une action d'urgentiste. « La prise en compte de l'urgence était un frein à l'installation » nous explique le médecin-chef de la période (E2) Le

SDIS manquait en effet de MSP. Il partageait avec le Conseil général des valeurs communes (proximité institutionnelle), un même langage (proximité cognitive). Autant de levier stables et partagés permettant des pratiques agiles de coopération et de maintien du service public pour l'utilisateur. Ces proximités ont été un des ferments qui ont nourri de la confiance voire de l'amitié à travers ces expériences communes (proximité sociale) ainsi qu'un début de relations inter-organisationnelles (proximité organisationnelle). Tous ces éléments ont joué à plein dans un premier temps pour le projet de dépose en maison de santé mais également dans le dispositif de médecins sapeurs-pompiers intervenant à la demande du SAMU (MSP-IDS). Ils ont permis aux acteurs locaux de développer des capacités agiles sur ce territoire prescrit en termes de lecture de la situation de désert médical pour mobiliser une réponse rapide et efficace dans la prise en charge de l'urgence médicale. « Beaucoup de médecins de la dépose ont fait d'ailleurs le stage d'immersion chez les sapeurs-pompiers » confirme le médecin-chef (E2) Grâce aux proximités (notamment sociales) développées avec des médecins locaux pouvant encadrer ces stagiaires et l'Université, s'est alors constitué un « vivier » de jeunes médecins pouvant potentiellement s'installer, d'autant plus que d'autres dispositifs basés sur la facilitation de l'accueil de nouveaux médecins furent instaurés. Cette collaboration est de nature gagnant – gagnant. En effet, le SDIS manquait de médecins sapeurs-pompiers.

Par ailleurs, être médecin en milieu rural dans une « zone blanche » éloignée des centres hospitaliers c'est pouvoir faire face à l'urgence. Or, si beaucoup de médecins ont peu d'appétence pour la médecine d'urgence, les sapeurs-pompiers ont des compétences de haut niveau en la matière. Les proximités se créent dans l'urgence car comme le souligne le Chef de centre du nord département (E5) « l'urgence fait peur, donc le médecin local de proximité est bien content d'avoir des sapeurs-pompiers en appui ».

De plus, les sapeurs-pompiers sont la liaison qui permet de traduire le langage de l'urgence du SAMU. « Les sapeurs-pompiers m'ont aidé à parler leur langage » nous confie un des Docteurs en maison de santé et médecin sapeur-pompier (E9). Le Chef de centre du nord département (E5). estime que le projet de dépose en maison de santé permet aussi de créer de la proximité dans le sens où les médecins généralistes voient alors les sapeurs-pompiers travailler dans leur technicité liée à l'urgence. « La confiance est primordiale et elle se développe lorsque l'on travaille ensemble (proximités organisationnelle et sociale). « Avec le SDIS on a toujours eu de bonnes relations commune et un respect mutuel, avec l'envie d'avancer ensemble pour la population et d'améliorer le système » nous dit la représentante de l'ARS (E12). Le dispositif de MSP-IDS agit aussi en ce sens en permettant de réduire la contrainte de l'espace- temps

puisque sa cible est l'éloignement à plus de 30 mns du Centre hospitalier pour certaines zones. Pour l'année 2019 (ante Covid-19) ce sont près de 67 télétransmissions de type électrocardiogramme qui ont ainsi été effectuées. Les avantages apparaissant multiples : meilleure prise en charge de la victime localement, aide à la décision pour le médecin régulateur, économie en termes de mobilisation des ressources SAMU et SMUR notamment. Le dispositif a donc répondu positivement aux attentes ce que souligne le Médecin-Chef actuel du SDIS l'entretien E3.

Ce dispositif est aussi porteur d'externalités de proximité importantes au niveau de l'urgence (voir infra).

5. DISCUSSION

Ces études de cas nous enseignent que toute méthode ou action managériale est tributaire du contexte institutionnel et organisationnel dans lequel elle se déploie (Journé et al. 2012) mais aussi du contexte spatial. A la base est l'urgence de la situation qui a facilité la création de proximités et des solutions innovantes (5.1). Ensuite, nous analyserons les 2 dispositifs quant à l'agilité et aux proximités mis en œuvre (5.2.). Enfin, nous discuterons des réseaux territoriaux mis en place en esquissant leurs bilans et leurs perspectives pour un territoire construit pérenne (5.3.).

5.1 L'URGENCE FACILITE LES PROXIMITES ET L'INNOVATION TERRITORIALE DE MANIERE ENDOGENE

Le SDIS en HRO a dû agir rapidement pour faire face à l'urgence de la situation de la maîtrise de l'espace – temps, défavorable, de prime abord, au maintien d'un service public de soins d'urgence de qualité. Il fallait alors mobiliser des ressources endogènes et c'est l'urgence de la situation qui a permis de démultiplier les proximités qui s'étaient créées entre eux. L'imbrication des proximités sur le territoire l'a favorisé entre ces acteurs (Mériade et al., *op. cit.*). Ainsi dans le dispositif de dépose, la présence des sapeurs-pompiers a rassuré les médecins locaux -peu formés à l'urgence et la redoutant- car s'était créée notamment une proximité sociale en terme de confiance (*ibid.*). De même, c'est parce qu'il existe des valeurs communes (proximité institutionnelle) et donc de la confiance (proximité sociale) qu'a pu être mis en place le dispositif MSP-IDS. Ce dernier faisant face aux nécessités de l'urgence a permis au sein de la chaîne de secours, de créer des proximités organisationnelles dans lesquelles se sont

imbriquées des proximités cognitives (même bases de connaissances) de manière tacite mais aussi formelle à travers notamment l'intervention du Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) pour former les MSP intervenant à la demande du SAMU.

Nous l'avons vu, Fixari et Pallez (*op. cit.*) estiment que l'urgence pourrait stimuler la créativité et l'engagement des acteurs. L'organisation réactive et agile qu'a été le SDIS en l'occurrence a fait jouer ce côté positif de l'urgence. Dans le contexte de la chaîne de secours, il fallait trouver des compromis sur ce territoire difficile d'accès entre stabilisation de l'état de la victime et prise en charge de l'urgence par des moyens idoines (Guarnelli, *op. cit.*). Les 2 dispositifs décrits nous semblent aller en ce sens en créant des solutions hybrides. La dépose en maison de santé se rapprochant de la tradition française de stabilisation du patient et celui de MSP-IDS permettant de rapprocher le patient le plus rapidement possible des soins d'urgence (Golden hour). Dans ce département « les acteurs connaissent bien le territoire et ses difficultés » nous dit l'ancien Directeur du SDIS (E1). Cela facilite la coopération.

5.2. PROCESSUS AGILES GRACE AUX PROXIMITES

Il existait donc un cadre favorable. Un réseau d'acteur s'est progressivement constitué au départ entre Conseil général et départemental, médecins de proximité et le SDIS dont nous avons esquissé le rôle pivot de « traduction » des problématiques d'urgence. S'est créée alors un collectif d'organisation type réseau territorialisé qui, sans pouvant être qualifié de méta-organisation (Ahrne et Brunsson, *op. cit.*) peut en être proche.

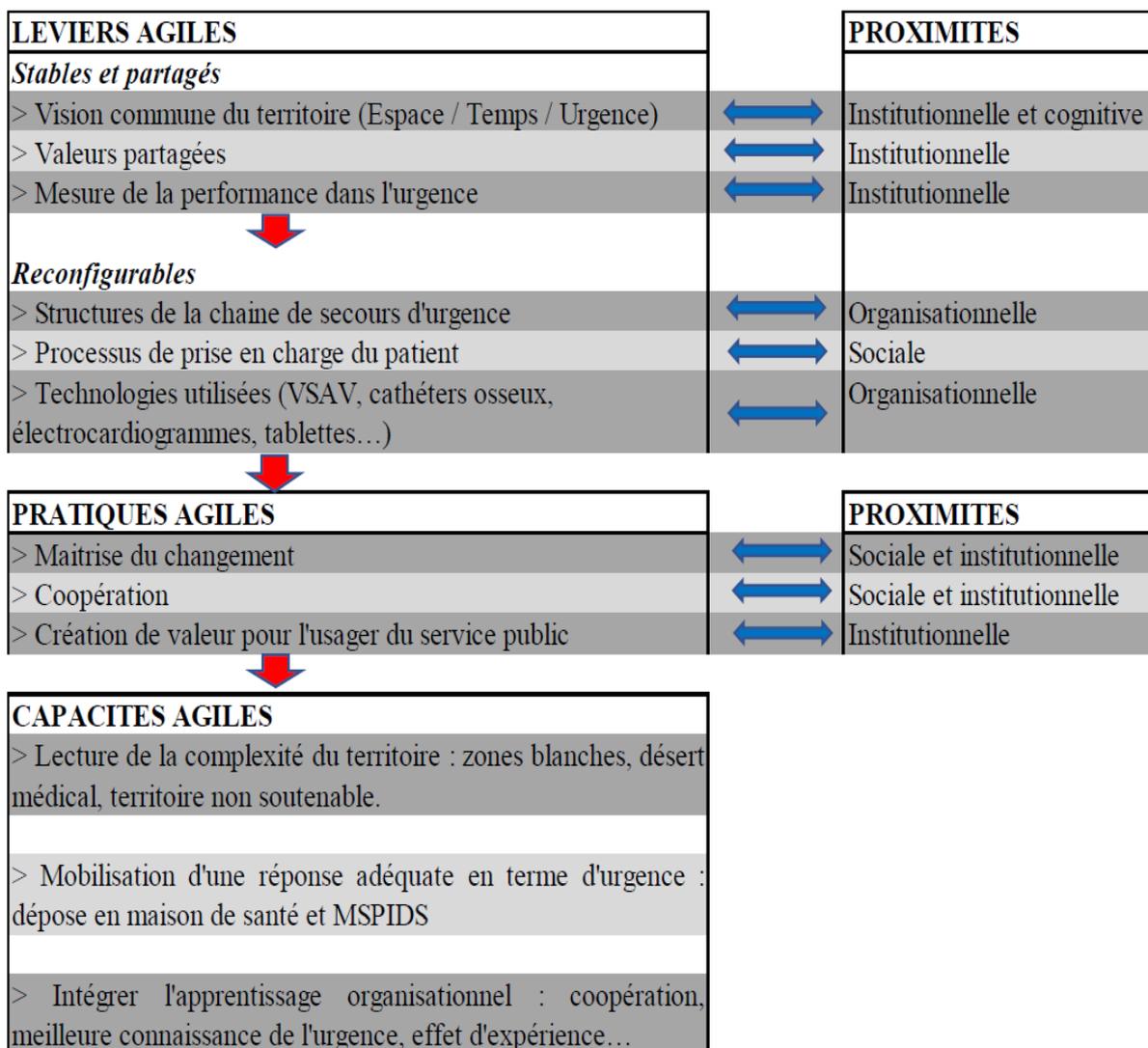
Ce constat nous rapproche de la théorie de l'acteur réseau (Callon et Latour, *op. cit.*). Ce système est complexe car il doit rapprocher des acteurs ayant parfois des logiques d'action différentes. Ce qui a permis son succès et son agilité est probablement la détermination des porteurs de projet, mais aussi le caractère d'urgence de la situation et les proximités développées entre certains acteurs qui leur ont permis d'être moteur et de faire dialoguer entre elles les organisations et catégories concernées. Ce réseau est passé par les phases classiques de problématisation, intéressement, enrôlement et mobilisation, décrites dans le tableau 3.

Tableau 3. Phase de construction du réseau d'acteurs (auteur).

Phases	Application au territoire du département
Problématisation	<p>Des problématiques sont formulées et traduites par le Conseil départemental et le SDIS. Par exemple, le SDIS va jouer le rôle de « traducteur » au niveau de l'urgence entre médecins de proximité et SAMU Des solutions sont envisagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problème de l'accès au soin qui nécessite restructurer l'offre médicale avec les projets de maison de santé, - Faire découvrir le département à des stagiaires internes en médecine, - Améliorer la prise en charge de l'urgence.
Intéressement	<p>Ces problématiques vont s'adapter à la réalité des acteurs et susciter leurs intérêts dans leur logique d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les stages proposés aux internes en médecine vont susciter l'intérêt du SDIS (stage d'immersion médecin sapeur-pompier), - le projet de dépose en maison de santé permettra au SDIS de rationaliser ses interventions. Les employeurs verront leurs volontaires moins mobilisés et des économies peuvent bénéficier à l'ARS et à la CPAM. Les médecins de proximités sont reconnus dans leur action. - Dispositif MSP-IDS, le SDIS fidélise ses MSP avec bénéfice du centre de formation du SAMU. Ce dernier réduit ses coûts d'opportunité. Les dotations médicales, mutualisées peuvent être utilisées de manière optimale.
Enrôlement	<p>.Les projets de dépose en maison de santé et de MSP-IDS vont diviser et répartir les tâches entre médecins de proximités, SDIS et SAMU.</p>
Mobilisation	<p>Le réseau se consolide et devient gagnant / gagnant. En effet, il permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de prendre en compte la complexité et de construire des proximités, - d'être économe en ressources en termes de temps et de financement mais également de réduire les coûts d'opportunité.

Il convenait de faire jouer les proximités en tant que levier agile avec les autres partenaires territoriaux que sont : le SAMU et l'hôpital, l'agence régionale de santé (ARS), et les médecins dans ou hors les maisons de santé participant au système. A partir des proximités et leviers précédemment décrits l'idée était d'adopter des comportements agiles pour permettre sur le territoire un service public de qualité en terme de médecine d'urgence. Au vu des contraintes temporelles et géographiques cela ne pouvait passer que par une coopération poussée entre les différents partenaires (voir infra). Ce qui a fait le succès du système est que ces proximités développées par l'urgence ont autorisé à partir des leviers agiles stables et partagés de reconfigurer d'autres leviers notamment ceux liés à la structure organisationnelle mais aussi aux ressources humaines médicales. Cela a permis les pratiques agiles de coopération dans la prise en charge du patient selon son état. Ce processus est décrit dans la figure 4.

Figure 4. Relations et synergies entre comportements agiles et proximités (auteur)



5.3. BILAN DES 2 PROJETS

Pour ces 2 projets de nouvelles pratiques coopératives ont pu naître sous forme d'une organisation allant au-delà de chaque entité partenaire. Ces liens se construisent aussi dans l'urgence car et ainsi se sont également constituées des proximités et des capacités agiles. Les partenaires ont eu une lecture proche de la situation c'est-à-dire de la nécessité de coopérer dans un partenariat gagnant-gagnant. Par exemple pour le Médecin-chef du SDIS de l'époque (E2), le SAMU a compris la fragilité des sapeurs-pompiers en termes de médecine d'urgence et de disponibilité des volontaires notamment vis-à-vis des employeurs. Un médecin de proximité (E10) souligne aussi le rôle du SDIS et de son Médecin-chef de la période : « le Médecin-chef a créé du lien notamment avec les autres acteurs. Elle est pragmatique et dans la coopération ». Ainsi s'est constituée une réponse adéquate où chaque protagoniste trouve son intérêt. Les synergies sont nombreuses et permettent au territoire de ne pas tomber dans une situation non satisfaisante. Les propos du Directeur du SAMU l'illustrent : « le moindre patient gagné c'est positif surtout pour les moins graves qui passent toujours en dernier aux urgences de l'hôpital » (E8).

Le projet de « dépose en maison de santé » est très récent mais il semble pérenne car il se base sur le terreau des proximités et permet une agilité territoriale entre partenaires. La coopération a beaucoup appris aux partenaires sur eux-mêmes mais aussi dans une meilleure connaissance intrinsèque. Sur la commune du cabinet du Docteur de proximité (E9), le système a été encore davantage poussé. Dans le cadre du département, cette commune pourrait être un laboratoire d'innovation préfigurant ce que pourrait être ce dispositif si l'on mobilise toutes ses potentialités. En effet comme dans tout système, le dispositif est appliqué dans les règles mais aussi se traduit par des évolutions permettant de pallier à ses insuffisances. En effet, des sondés (les Docteurs de proximité (E9 et E11), et le pharmacien du SDIS (E4)) ont mis en évidence le fait que le centre d'appel d'urgence n'avait pas toujours le réflexe de solliciter les médecins de proximité pour une dépose. Le fait d'être médecin sapeur-pompier comme le Docteur de proximité (E9). lui a permis de nouer des liens forts avec les sapeurs-pompiers qui parfois sollicitent directement le médecin de proximité pour une dépose. Ce palliatif augure une montée en puissance du système qui lorsqu'il sera appliqué depuis quelques années devrait être pérenne et se développer. Pour le dispositif de MSP-IDS, le collectif mis en place semble également efficace pour maîtriser la complexité de l'espace-temps et apporter une réponse à l'urgence. Les avantages se situent au niveau de la victime pris en charge plus rapidement. Les acteurs du terrain bénéficient à la fois du matériel d'urgence (cathéter osseux, électrocardiogramme,

tablettes) mais aussi du centre de formation SAMU (CESU) pour monter en compétences ce que souligne fortement les médecins de proximité. Le matériel n'est pas assigné à un seul médecin comme dans d'autres départements, mais à un médecin sapeur-pompier qui de facto « affecte » le matériel à l'ensemble du centre de secours auquel il est rattaché. Apparaît alors l'intérêt d'associer à ce MSP un infirmier dans le cadre d'un binôme et de faire monter en compétences d'autres sapeurs-pompiers du centre pour qu'ils puissent aussi pratiquer certaines remontées d'information d'urgence (électrocardiogramme transmis par tablette au SAMU par exemple).

Pour l'avenir nous pouvons énoncer des préconisations managériales. Le dispositif de dépose en maison de santé doit monter en puissance car il est gagnant – gagnant pour tous les acteurs et s'ancrer dans les pratiques. Les médecins régulateurs (SAMU) doivent acquérir davantage le réflexe de solliciter les sapeurs-pompiers pour la dépose. Pour les médecins sapeurs-pompiers intervenant à la demande du SAMU, le SDIS devra traduire l'efficacité et l'utilité du dispositif de manière très claire. En effet, le matériel fourni et financé par l'ARS coûte cher et celle-ci a forcément une lecture plus comptable des choses puisque c'est justement son objet. L'on peut espérer que les proximités sociales qui sont nées entre les concepteurs de ces projets facilitent celle-ci comme le dit le médecin-chef du SDIS à l'origine des dispositifs (E2).

6. CONCLUSION

Le SDIS a agi en HRO. Cette qualification s'applique à une organisation qui est à l'origine d'une action collective permettant de passer d'un territoire prescrit fragile à un territoire construit. En impulsant une action collective sous l'égide du SDIS pour faire face à l'urgence de la situation, les acteurs locaux ont créé des projets porteurs pour l'accès au soin de la population de leur territoire prescrit. Ils ont ainsi élaboré de manière efficace des dispositifs propres à construire un territoire capable d'apporter une réponse satisfaisante sur le plan de l'offre médicale d'urgence. Les proximités créés dans l'urgence ont joué à plein dans toutes leurs dimensions permettant au SDIS d'être moteur et de construire avec ses partenaires locaux un réseau territorial agile. Face à l'évolution de l'environnement, le Conseil départemental, le SDIS et le SAMU ont su déceler les incertitudes. Elles étaient liées au manque de médecins, de MSP et à la difficulté de faire de la médecine d'urgence sous la contrainte de l'espace qui de facto renverse la problématique vers des médecins de proximité manifestant parfois peu d'appétence en la matière. Les points d'inflexion repérés (Teece et al., 2016), seuls des comportements agiles pouvaient permettre de stabiliser et d'améliorer la situation en terme de médecine d'urgence sur ce territoire. L'agilité du SDIS est donc apparue avec la constitution

d'un vivier de MSP dense. Ces derniers ont joué le rôle de médiateur / traducteur entre médecins de terrain – le plus souvent ruraux – et l'organisation de la chaîne de secours d'urgence et ses acteurs traditionnels -SAMU et SMUR. En effet, tout médecin de campagne est tôt ou tard confronté à l'urgence. Ainsi, le SDIS a-t-il pu se servir des proximités déjà importantes qu'il avait créées avec ces différents acteurs pour mettre en place les dispositifs étudiés d'où ont émergé des collectifs d'organisation. Des capacités agiles ont alors vu le jour permettant de mobiliser des réponses adéquates et rapides à l'urgence comme nous l'avons vu. Il s'agit d'une contribution forte de notre étude car ces liens entre urgence, proximités et agilité ont été peu étudiés en tant que tels ainsi que dans leur intensité. Nous pouvons remarquer de surcroît que le SDIS a permis de rassurer les acteurs de terrain qui sont les médecins généralistes (cas de la dépose en maison de santé) mais aussi de les faire monter en gamme en devenant MSP puis MSP intervenant à la demande du SAMU. Apparaissent alors des externalités de proximité permettant la naissance de la 3^{ème} capacité agile qui est l'apprentissage organisationnel dans le collectif mis en place.

Sur un territoire potentiellement en péril, peuvent donc se construire -à l'aide des proximités - des collectifs d'organisation permettant des capacités agiles. On passe alors à un territoire construit qui acquiert un équilibre permettant en l'occurrence une médecine d'urgence efficace. Acteur fondamental le SDIS a eu besoin de travailler avec ses partenaires de la chaîne de secours tant en aval qu'en amont.

Ces coopérations se construisent sur différentes temporalités allant de l'anticipation, en passant par l'ultra court terme de l'urgence vers des dispositifs bâtis sur le temps long. Il s'agit d'un autre apport important de notre étude. Sur ces multiples temporalités apparaissent centrales les proximités que le SDIS a pu nouer avec le Conseil départemental lequel par sa politique volontariste, a su attirer de jeunes médecins sur le territoire étudié. Le SDIS a en effet proposé un stage d'immersion de 5 jours en milieu sapeur-pompier aux jeunes internes faisant leur stage sur son territoire. Le département a ainsi potentiellement permis au SDIS de développer son vivier de MSP dont nous avons démontré l'importance dans l'urgence médicale. Il s'agira donc dans une prochaine enquête de comprendre auprès des acteurs concernés et notamment les jeunes médecins s'étant installés sur le département et devenant -ou pas- MSP, quels ont été les ressorts de leurs motivations et de ce fait comment développer cet autre dispositif agile.

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alfano, N., Bertolucci, M., Saint Jonsson, (E2), Tiberghien, B. (2018). Accès aux soins en contexte de désertification médicale : un rôle tampon joué par la « chaîne de secours » ? Le cas des sapeurs-pompier français. *AIRMAP « Gestion et management public »*, Volume 6 / n° 3, p. 51-70.

Ahrne, G. et N. Brunsson (2005), Organizations and Meta-Organizations. *Scandinavian Journal of Management*, 21(4), 429-449.

Aubert, N. (2006). L'urgence, symptôme de l'hypermodernité: de la quête de sens à la recherche de sensations. *Communication et organisation*, (29), 11-21.

Barlatier, P.-J. (2018). Les études de cas, In F. Chevalier, L. Martin Cloutier et N. Mitev (Eds.) *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 126-139). EMS Editions.

Barlet, M., Coldefy, M., Collin, C., Lucas-Gabrielli, V. (2012). L'accessibilité potentielle localisée une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes. *Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)*, N°174, mars 2012.

Boshma, R., (2005). Proximity and innovation. A critical assessment, *Regional Studies* 39(1): p. 61-74.

Burger-Helmchen, T., Husserl, C., Muller, P. (2019). *Management*. Editions Vuibert.

Callon, M. (1980). Struggles and negotiations to define what is problematic and what is not. In K. Knorr, R. Krohn, & R. Whitley (Eds.), *The social process of scientific investigation—Sociology of the sciences* (Vol. 4, pp. 197–219). Dordrecht and London: D. Reidel Publishing Company.

Callon, M. (1986). *Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay*. In J. Law (Ed.), *Power, action and belief* (pp. 196–233). London: Routledge.

Canetti, C., Catinaud, C., & Koch, T. (2013). *Manager l'urgence: Créer et gérer la rupture, diriger la transition*. Dunod.

Cassi, L., Plunket, (2014). « Proximity, network formation and inventive performance : in search of the proximity paradox ». *The Annals of Regional Science*, 53, 2, pp. 395-422.

Charbonnier-Voirin, (2008). *La dimension humaine de l'entreprise agile: rôle du management des ressources humaines sur la performance individuelle au travail dans un contexte d'agilité*. Thèse de doctorat, Université Toulouse Capitole.

Charbonnier-Voirin, (2011). Développement et test partiel des propriétés psychométriques d'une échelle de mesure de l'agilité organisationnelle. *M@n@gement*, vol.14, n°2, p. 119-156.

Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., Mousques, J. (2018). *Déserts médicaux en France : état des lieux et perspectives de recherches*. L'espace géographique, tome 47, pages 362 à 380. Belin.

Dyer, J. H. et H. Singh (1998), The Relational View: Cooperative Strategy and Sources of Interorganizational Competitive Advantage. *Academy of Management Review*, 23 : 4, 660-679.

Geldès, C., Felzenszein, C., Turkina, E., Durand, (E2) (2015). How does proximity affect interfirm marketing cooperation ? A study of an agribusiness cluster. *Journal of Business Research*, 68, p. 263–272.

Guarnelli, J., Lebraty, J.-F., Pastorelli, I. (2016). « Prise de décision et contextes extrêmes : le cas des acteurs d'une chaîne des secours d'urgence, *Revue française de gestion* » n° 257, p 111 à 127.

Hardy, K. (2014). Les Organisations de Haute Fiabilité (High Reliability Organizations – HRO). ENSOSP.
Journé, B. (2009), *Les organisations de haute fiabilité*, in X. Michel et P. Cavaillé (ed), *Le management des risques pour un développement durable. Qualité, santé, sécurité et environnement*, Dunod, p. 367-384.

Journé, B., Grimand (E2), Garreau L. (2012). Face à la complexité. Illusions, audaces, humilités. *Revue française de gestion*, n°4, 15-25.

Latour, B. (1987),. *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mériade, L., Rochette, C., Talbot, D. (2018). La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier : une proposition de lecture par la proximité. AIRMAP, *Gestion et management public*. Volume 7 / n° 1, pages 31 à 52

Michaux, V., C. Defelix et N. Raulet-Croset (2011), Boosting Territorial Multi-Stakeholder Cooperation, Coordination and Collaboration : Strategic and Managerial Issues. *Management & Avenir*, 10 : 50, 122-136.

- Nilsson, M., Mattes, J. (2015). The spatiality of trust : Factors influencing the creation of trust and the role of face-to-face contacts. *European Management Journal*, 33, 4, pp. 230-244.
- Penchansky, R., Thomas, J., W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumersatisfaction. *Medical Care*, vol. 19, no 2, p. 127-140.
- Poirel, C., Bonet Fernandez, D., & Serrano, C. (2014). Responsiveness of a franchising network: a resource-based view. *Working Paper, IPAG Business School*. Calling number: No. 2014-250.
- Raulet-Croset, N. (2014), Le territoire comme objet de gestion. *Annales des Mines-Responsabilité et environnement*, 2 : 74, 48-52.
- Riveline, C. (1991). De l'urgence en gestion. *Gérer et comprendre*, 22, 82-92.
- Roberts, K. (1990), Some Characteristics of One Type of High Reliability Organization. *Organization Science*, 1, 160-176.
- Roberts, K., Bea, R. (2001). Must accidents happen? Lessons from high-reliability organizations. *Academy of Management Perspectives*, Vol. 15, No. 3 Articles.
- Roberts, K., Bea, R. (2001). When systems fail. *Organizational dynamics*.
- Shafer R.(E2) (1997). *Creating organizational agility: The human resource dimension*. Ph.D. dissertation, Cornell University
- Teece, D. J., Petaraf, M., et Leih, S. (2016). Dynamic capabilities and organizational agility: risk, uncertainty, and strategy in the innovation economy. *California Management Review*, 58(4), p. 13-35.
- Torre, (E2), Rallet, (E2) (2005). Proximity and localization.. *Regional Studies*, 39, 1, pp. 47-60.
- Torre (E2), (2009). Retour sur la notion de Proximité Géographique. *Géographie Économie Société*, n° 1, Vol. 11, p. 63-75.
- Yin, R.K., (2003), *Case Study Research, Design and Methods*. 3rd Ed. London: Sage Publications.
- Yin, R.K., (2009), *Case Study Research, Design and Methods*. 4th Ed. London: Sage Publications.