

---

## La santé reconfigurée et reconfigurante : de la valeur à la norme

### Introduction

*Reconfiguring Health and Reconfigured by Health: From Value to Standard*

**Consuelo Vásquez et Alexia Jolivet**

---



#### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/ricsp/1401>

DOI : [10.4000/communiquer.1401](https://doi.org/10.4000/communiquer.1401)

ISSN : 1913-5297

#### Éditeur

Département de communication sociale et publique - UQAM

#### Édition imprimée

Date de publication : 1 janvier 2013

Pagination : i-vi

#### Référence électronique

Consuelo Vásquez et Alexia Jolivet, « La santé reconfigurée et reconfigurante : de la valeur à la norme », *Revue internationale de communication sociale et publique* [En ligne], 8 | 2013, mis en ligne le 21 avril 2015, consulté le 24 février 2024. URL : <http://journals.openedition.org/ricsp/1401> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/communiquer.1401>

---



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

## Présentation

# La santé reconfigurée et reconfigurante : de la valeur à la norme.

### Consuelo Vásquez

Professeure adjointe au Département de communication sociale et publique  
Chercheure au Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté)  
Université du Québec à Montréal  
[vasquez.consuelo@uqam.ca](mailto:vasquez.consuelo@uqam.ca)

### Alexia Jolivet

Post-doctorante au Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté)  
Université du Québec à Montréal  
[jolivet.alexia@uqam.ca](mailto:jolivet.alexia@uqam.ca)

---

Dire que la santé s'organise dans des institutions, des réseaux, des associations semble bien refléter l'expérience que nous avons en tant que patient, professionnel de la santé, accompagnant, décideur, intervenant, etc. lorsque nous sommes appelés, d'une manière ou d'une autre, à participer du système de la santé. Dans ce numéro spécial, nous cherchons à interroger les reconfigurations organisationnelles et communicationnelles qui travaillent actuellement le domaine de la santé. En ouvrant la réflexion sur les processus de réagencement du social, nous cherchons, plus particulièrement, à questionner, par la clé d'entrée des processus communicationnels, les formes de constitution et transformation de ce que l'on nomme « l'organisation de la santé ». Par ce terme nous référons à la variété d'organisations formelles, tant médicales (les hôpitaux, les cliniques, etc.), que de promotion et de prévention, voire de gestion de la santé, qu'elles soient privées ou publiques, internationales, nationales ou locales, à but lucratif ou non lucratif, qui participent à organiser la santé. Nous nous penchons aussi sur les différentes formes organisationnelles que ces réagencement opèrent – ce que Zoller (2010) nomme *health organizing* –, et qui touchent les services de soins, la promotion de la santé et la santé au travail.

Qu'il s'agisse de nouvelles démarches de gestion, de nouvelles formes de normalisation, de nouveaux standards, de nouveaux acteurs, de nouvelles maladies, la santé, dans ces divers contextes, est sans cesse appelée à se renouveler, à se reconfigurer (Denis, 2002 ; Denis & Langley, 2002). Ces multiples et diverses reconfigurations posent la question des frontières organisationnelles au regard de l'intégration de plus en plus prononcée d'acteurs de la société civile (les associations de patients, les citoyens auxquels est offert la possibilité de consulter les rapports sur les hôpitaux, par exemple) et d'un Etat préconisant des principes de responsabilisation. Ceci interroge les nouvelles missions des organisations de santé prises entre une mission fondamentale de soin, mais également une mission économique au sens où les contraintes du système de santé poussent à leur gestion maîtrisée (Mayère et al, 2009) ; s'ajoute une mission civique selon laquelle les organisations de santé sont appelées, comme toute organisation par ailleurs, à exercer une responsabilité sociale (Loneux,

Huët, 2009 ; Loneux, 2010). Le système de santé s'ouvre de manière exponentielle à son environnement ; se redessinent ainsi les sphères professionnelles, publiques, politiques, citoyennes (Bouillon, 2004) autour de ce dénominateur commun qu'est la santé. Or, la notion même de santé est à déconstruire (est-ce une valeur, une norme, une rhétorique, un état désiré, une commodité?), voire à mettre à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles.

Par reconfiguration nous voulons faire appel aux multiples figures que prend la santé dans ces transformations organisationnelles. Cooren (2010a, 2010b) souligne que la figure doit, non seulement, être mise en présence pour être reconnue comme telle (une mise en présence qui peut prendre diverses formes), mais c'est aussi par sa mise en présence que la figure opère. Dès lors, la santé en tant que figure(s) devient une forme d'*agentivité* : un principe, une valeur, une passion, une règle, un objet, etc. qui est mobilisée pour faire agir et pour organiser (Jolivet, Vásquez, 2011, Jolivet, Vásquez, à paraître). La santé se voit re-présentée dans de multiples figures, associées à des impératifs tantôt sociaux ou économiques, tantôt technologiques ou relatifs aux pratiques professionnelles, tantôt administratifs ou éthiques, prenant ainsi par aux divers processus organisant du système de santé. En effet, si la notion de « figure » nous enjoint à saisir les formes, les structures, les « patterns » associés à ces impératifs, le préfixe 're' de « reconfiguration » nous en rappelle le mouvement continu des processus – le caractère dynamique des transformations du système de santé – ainsi que son caractère itératif. Émergent alors plusieurs questionnements : s'agit-il de reconfigurer afin d'assurer une certaine continuité, de concilier changement et permanence ? Quel visage de la santé en résulte-t-il ? Quelles formes prennent ces reconfigurations de la santé par et à travers la communication ? À travers les articles de ce numéro, nous verrons que la santé, certes reconfigurée, est aussi reconfigurante, notamment parce qu'elle se trouve au cœur de processus d'attribution identitaire à travers lequel sont négociées les définitions du bien portant, de la personne apte à travailler, de la tâche du professionnel de santé, de la mission de l'organisation de santé, etc. La santé en tant que valeur, devient, par sa mobilisation, et mise en acte, norme : elle normalise et standardise les pratiques qui se doivent donc d'être conformes à cette conception « idéale » de santé, conception qui paradoxalement reste à définir. Comment cela s'opère-t-il ? C'est un peu le parcours de reconfigurations de la santé au gré des divers contextes et situations organisationnelles que les articles de ce dossier spécial nous permettent de mettre en lumière et d'interroger.

Nous ouvrons ce dossier avec l'article « Vaccins et communication : La convergence comme stratégie de création de valeur sociale », d'Isaac Nahon-Serfaty, professeur agrégé au Département de communication de l'Université d'Ottawa, qui propose d'étudier le développement de la vaccination comme politique publique en mobilisant le cadre analytique de valeur sociale de Gabriel Tarde. À partir de l'analyse de trois moments clé de ce développement, soit l'introduction de Rotarix, la mise en place de Gardasil et le recours à la vaccination pour pandémie de grippe H1N1, I. Nahon-Serfaty nous montre comment les acteurs institutionnels et corporatifs développent une stratégie de convergence articulée autour de la communication de la vérité, l'utilité et la beauté du vaccin, communication qui devient structurante des politiques publiques de santé au Canada. La santé apparaît dans cet article comme étant porteuse d'une valeur sociale, voir normative, qui émerge de son positionnement stratégique au croisement de plusieurs logiques (sociales, écologiques, politiques, publiques) – un carrefour où se négocient les croyances et connaissances (vérité), les pouvoirs et droits (utilité), ainsi que les émotions et sensations (beauté) de ce qui est reconnu comme étant légitime et valorisé par une société. Si la santé devient valeur sociale, se pose alors la question des effets d'une telle attribution pour les acteurs humains qui sont affectés par ces stratégies de convergence.

L'article de Félix Lemaître, doctorant à l'Université Paris Descartes, CERMES 3, intitulé « La prévention en santé comme instrument de gestion du personnel : enjeux organisationnels et communicationnels autour du dépistage de la consommation des substances psychoactives à la SNCF. » aborde d'un point de vue critique des effets d'inclusion et d'exclusion que la santé-valeur peut avoir lorsque mobilisée comme stratégie de prévention de la santé dans la gestion des ressources humaines. L'article met en évidence les enjeux liés à une catégorisation par l'organisation de l'employé 'en santé' dans la mise en place de dispositif technique et organisationnel de sélection et de promotion des employés. À partir d'une étude ethnographique dans une des entreprises emblématiques de France, la SNCF, F. Lemaître, étudie l'appropriation organisationnelle du problème des substances psychoactives en analysant les formes de santé au travail et le suivi de l'employé. L'article questionne la notion d'organisation de santé en ouvrant vers une définition plus large qui englobe toute organisation participant de démarches pour « être en santé », sans pour autant réduire ces dernières à des logiques de rentabilité ou de contrôle social qui semblent caractériser les stratégies de santé au travail dans nos organisations actuelles.

L'article de Line Pedersen, doctorante à l'Université de Franche-Comté, Laboratoire d'Anthropologie et de Sociologie (LASA), « L'autonomie comme prédicat et objectif de soin des toxicomanes : L'identité de malade négociée autour du traitement de substitution dans les CSAPA. », analyse également les jeux de catégorisation amenant à un processus de normalisation. Du 'bon employé' avec l'article de F. Lemaître, nous passons au 'bon patient'. Cet article, qui se démarque par une description fine du parcours du malade toxicomane, nous amène à interroger le rôle de la communication dans la construction identitaire du toxicomane. Nous pouvons observer dans les interactions des jeux de normalisation, mais également des négociations et résistances aux attributions identitaires de la part des professionnels aux usagers. De ces interactions découleront l'attribution d'une marge d'autonomie au patient, si celui-ci répond aux normes déterminées par le système de soin. Le 'bon patient' est alors celui qui inscrit sa trajectoire personnelle dans la trajectoire soignante, ce qui questionne la part d'autonomie laissée au patient. Line Pedersen nous livre une analyse ethnographique précautionneuse, lors de laquelle la santé est à la fois valeur et norme nous amenant à l'interrogation suivante : qu'est-ce qu'être un bon malade ?

Dans leur article, « Le dépistage néonatal systématique de la mucoviscidose : une configuration organisationnelle, professionnelle et communicationnelle singulière et innovante », Chloé, Langeard, maître de conférences en sociologie à Lunam Université et à l'Université d'Angers et Guy Minguet, professeur de sociologie à l'École des Mines, Nantes, nous livre une réflexion sur une étape critique en santé : l'annonce du diagnostic. Cette phase qui déterminera ou non l'inscription de l'individu dans la catégorie des biens portants ou non, est, originalement dans cet article, marquée par l'incertitude. L'article étudie l'ensemble des stratégies organisationnelles et communicationnelles inédites mises en place pour accompagner une labellisation sur laquelle plane le doute – l'expression de « bien portant suspect » est de ce point de vue particulièrement parlante. Les auteurs mettent en avant alors la capacité, voire le devoir, d'innovation des professionnels face à cette tension entre normal et pathologique, accentuée par le développement d'une médecine du risque. Le processus d'annonce est le nœud de reconfigurations symboliques directement en lien avec des reconfigurations organisationnelles. L'innovation, l'adaptation et la solidité de la pratique professionnelle soignante balance la fragilité de la catégorisation de malade.

Innovation, adaptation, incertitude caractérisent ainsi les pratiques de professionnels de santé. Stéphanie Gentil, doctorante à l'IEMN-IAE Nantes, dans son article « Les 'agencements organisationnels' des situations perturbées : la coordination d'un bloc opératoire à la pointe de la rationalisation industrielle » met en exergue l'activité collective de régulation des événements prise en charge par les personnels dans un contexte marqué

par la rationalisation économique. Aux impératifs de santé et de soins, se joignent les impératifs de rationalisation, d'encadrement et de contrôle. Santé rimerait ici avec efficacité. Le propos de S. Gentil est de souligner la nécessité d'avoir une approche gestionnaire de « proximité » qui comme son nom l'indique admettrait l'aléa, la singularité, pour mieux en tirer des enseignements. L'auteur souligne la dimension profondément communicationnelle de ces processus de résilience, de régulation. Or, les formes de gestion actuelles tendraient notamment à nier l'activité dialogique, les temps de parole favorables à la construction de solutions locales. De la capacité du système de soin à être flexible dépend une vision du soin et donc de la santé.

Soulignant les logiques de rationalisation qui sous-tendent les formes de gestion actuelles dans les organisations de santé, Angélique Roux, maître de conférences à l'Université de Toulouse, se penche sur les effets pratiques de l'informatisation du soin, comme processus de rationalisation, pour le travail émotionnel des infirmiers. Dans son article intitulé « Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignants face au travail émotionnel empêché », A. Roux nous rappelle que la santé touche autant le *'cure'* que le *'care'*, ce dernier étant progressivement délaissé, voir même empêché, par ces nouvelles pratiques et dispositifs de rendement axé sur l'efficacité des services de soins. Prenant comme focale le travail infirmier, tel que mis en acte et en parole, A. Roux revisite la littérature sur le rôle des émotions dans la définition du travail et des travailleurs pour analyser des réunions de transmissions de service dans un centre hospitalier ayant récemment intégré le dossier patient électronique. Le diagnostic qu'en fait Roux est peu encourageant : l'identité même des infirmières, leur territoires et leur fonctions sont transformés au détriment de ce qui fonde la pratique soignante : la relation et l'expression des émotions. La santé reliée au soin se trouve ici au cœur de régulations quotidiennes, où résistances et revendication sont, heureusement, toujours possibles.

Nous concluons ce dossier spécial avec un article de mise en perspective écrit par Anne Mayère, professeure à l'Université de Toulouse et membre du centre de recherche CERTOP, ayant comme titre « Communication organisationnelle et organisations de santé : enjeux et perspectives ». Dans cet article, A. Mayère nous invite à explorer les diverses avenues qu'une focale sur la communication comme processus organisant – une communication constitutive – peut contribuer à l'étude des organisations de santé. En prenant comme point de départ de sa réflexion, le contexte actuel des systèmes de santé, caractérisé par une rationalisation des services et pratiques de soins, A. Mayère dresse le portrait des nouvelles exigences et contraintes posées par les politiques publiques sur les systèmes de santé qui démultiplient les contingences, et font monter en importance ce qu'elle propose d'appeler un « travail de santé » *sur, autour* mais aussi *avec* le patient et ses proches. La notion de « trajectoire du patient », proposée il y a une trentaine d'années par Anselm Strauss, nous est rappelée comme cadre conceptuel pour analyser ce contexte de transformation « centré patient », mais où, paradoxalement, le patient disparaît au détriment d'impératifs économiques, d'efficacité et de rationalité. Mayère propose ainsi de remettre en valeur l'autorité et *l'auteurité* du patient dans l'écriture des textes organisationnels qui définissent et participent à la constitution des organisations de santé. Suivant cette métaphore textuelle, elle nous invite finalement à interroger notre rôle en tant que chercheur dans l'inscription du « devenir de la santé » (Cherba et Vásquez, 2012).

L'ensemble des articles présentés mettent en perspective les formes de reconfigurations auxquelles est soumise la notion de santé. Tour à tour, la santé est valeur, mission, norme, enjeu. Au travers de ces différentes formes de reconfigurations, la santé est questionnée autant qu'elle est questionnée : valeur universelle de justification pour le développement de vaccins, elle devient argument de sélection dans le cadre de politiques organisationnelles de sécurité, outil de catégorisation qui établit l'identité du toxicomane, elle en devient

incertaine et équivoque lorsqu'il s'agit de déterminer le statut du patient atteint de mucoviscidose, objet soumis à la rationalisation, elle démontre son insaisissabilité dans le travail du care et de l'émotion. La santé est une figure complexe, multiple à l'image des formes reconfigurationnelles qui la traversent.

Multiple, la santé l'est au moins à deux niveaux dans les articles qui viennent construire la réflexion de notre numéro. Elle apparaît d'abord hétérogène par sa capacité à déborder le monde des systèmes de soin qui tendrait à la canaliser. La santé ne se traite plus seulement dans l'espace 'public' du réseau de soin, mais dans le cadre professionnel de l'entreprise. On pourrait ainsi autant parler de l'organisation de la santé que de la santé de l'organisation. Sphère professionnelle, sphère personnelle, sphère publique tendent alors à se rapprocher, voire s'ingérer, autour du souci de la santé de l'individu dès lors fortement reliée à la santé de l'organisation. Certains y verront une forme de réhabilitation de l'individu, d'autres, une nouvelle manière de le contraindre. Il reste pour le moins intéressant d'étudier cette santé comme nouvelle rhétorique de management, qui tendrait à alimenter la tension valeur sociale / valeur économique que souligne Nahon-Serfaty dans son article dans un contexte différent et sensible, celui du travail.

Multiple, la santé l'est également au regard de la force constitutive qu'il lui est attribué. La santé est organisée, au sens où elle est le fruit de reconfigurations, de négociations, de compromis, de régulation (De Terssac, Gaillard, 2008), elle est aussi « organisante » (Cherba, Vásquez, 2012 ; Jolivet, Vásquez, à paraître). Par cette notion, nous soulignons la dimension performative attribuée à la notion de santé, ceci étant valable pour l'ensemble des contextes exposés dans les différents articles de ce numéro. La santé est cet argument, ce discours, qui dans sa mise en acte reconfigure les relations entre acteurs organisationnels (professionnels de santé, patients, citoyens, employés). Avoir une approche communicationnelle et organisationnelle de la santé permet de saisir les modalités, les failles, les défis, les formes de cette mise en acte. La santé n'existe pas seule, elle est portée, instanciée... équipée. Comme l'indique Loneux (2009, p.2), « la notion [d'équipement] renvoie en effet à un dispositif, liant des personnes, des choses et des actions, dans lequel les partenaires acceptent d'investir, et à propos duquel ils s'accordent ». Cet équipement de la santé par et à travers les processus de communication nous enjoint à entrevoir la santé comme une construction, discursive, symbolique, matérielle, à laquelle est donnée une force constitutive, à même d'influer les processus organisationnels.

Cette force agissante prend plusieurs voies : valeur, elle peut se décliner en norme, en argument de vente, en justification de changement organisationnel ou à l'inverse en forme de résistance au changement. L'étude de cette circulation de la valeur de la santé au sein de différents contextes nous rapproche, d'une certaine manière, d'une perspective originale en anthropologie, défendue par Didier Fassin (2008a, 2008b). Ce dernier encourage au développement d'une anthropologie morale qui s'interroge plus particulièrement à la manière dont le contexte, le climat idéologique d'une époque est à même d'interférer sur la manière dont se décide l'action publique. Il propose une lecture dynamique des mondes sociaux et de leurs dilemmes, en retravaillant le concept d'économies morales, liant ainsi question éthique et question politique. Suivre les valeurs à la trace, et plus précisément son incarnation dans les politiques publiques, l'amène par exemple à saisir le poids des catégories et des mots (ce qu'il nomme les configurations sémantiques telles que lier exclusion, souffrance, écoute), mais aussi la place du corps dans l'administration de la preuve (Fassin, 2007) qui établit la maladie comme critère favorable dans l'acceptation de l'immigrant au sein du pays. Ces travaux nous interpellent sur les batailles sociales qui se livrent autour des valeurs. Notre approche communicationnelle, à son image, cherche à appréhender la santé dans sa circulation, sa négociation, son instanciation mais aussi dans sa capacité à organiser. Nahon montrent les conciliations entre valeur sociale et

valeur économique autour du vaccin, interrogeant alors, éthiquement, les frontières de la valeur santé. Lemaitre, Langeard et Pedersen soulignent les défis organisationnels que peut prendre la valeur santé lorsqu'elle devient critère de catégorisation voire de sélection, générant ainsi des formes de négociation de l'identité attribuée. Gentil et Roux amènent à réhabiliter les formes quotidiennes d'adaptation, de flexibilité, de compromis, de résistance des professionnels de santé au nom de la revendication d'une valeur spécifique de la santé. Finalement, Mayère nous interpelle en tant que chercheur quant à notre rôle en tant qu'acteurs qui participons, par nos écrits, échanges et communications, à redéfinir la santé, à la reconfigurer.

## Références

- Bouillon, J.-L., (2004) « De l'approche conventionnelle à l'approche communicationnelle des mondes organisationnels », *Communication et organisation* [En ligne], 24 | mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 24 février 2013. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/2912>
- Cherba, M., Vásquez, C., (2012). « Communication organisationnelle et santé : états de l'art et défis, In Mayère et al (dir). *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : bilan et perspectives*, 80ème congrès de ACFAS, Montréal, Québec, 7 et 8 mai 2012, p 44-71, actes de colloque en ligne : [http://www.grms.uqam.ca/upload/files/Actes\\_de\\_colloque/ACTE\\_4\\_PDF.pdf](http://www.grms.uqam.ca/upload/files/Actes_de_colloque/ACTE_4_PDF.pdf)
- Cooren F. (2010a), *Action and agency in dialogue : Passion, ventriloquism and incarnation*, Amsterdam, John Benjamins, 222 p.
- Cooren, F. (2010b), « Comment les textes écrivent l'organisation. Figures, ventriloquie et incarnation », *Études de communication*, n° 34, p. 23-40
- Denis, J.-L. (2002). « Gouvernance and management of change in Canada's health system ». *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Étude no 36. En ligne : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002E.pdf>. Consulté le 11 octobre 2011.
- Denis, J.-L., & Langley, A. (2002). « Faut-il changer nos façons de changer? » *Gestion*, 27(3), 151-152.
- Fassin D. (2008a), « Beyond good and evil? Questioning anthropological discomfort with morals », *Anthropological Theory*, 8 (4): 333-344.
- Fassin D. (2008b), « Un objet sans nom. L'introduction des discriminations dans la statistique française (avec P. Simon) », *L'Homme*, 187-188 : 271-294
- Fassin D. (2007), « La biopolitique n'est pas la politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, Numéro spécial Michel Foucault et la sociologie, 38 (2), 32-47 : 35-48.
- Grosjean, S. (2008). « Communication dans un centre de répartition des urgences 911 ». *Canadian Journal of Communication* (33), 10-120.
- Jolivet, A., et C. Vásquez. (2011). « Reconfiguration de l'organisation : suivre à la trace les figures textualisées – le cas de la figure du patient ». *Études de communication* (36), 129-146.
- Jolivet, A., et C. Vásquez. (à paraître). « La santé organisante : Enjeux organisationnels d'un travail de déplacement », *Question de communication*, juin-juillet, 2013.
- Lacoste, M. (2001). « Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes ». In A. Borzieux et B. Fraenkel (dir.), *Langage et travail : communication, cognition, action*, 323-342. Paris: CNRS Éditions.
- Loneux, C. (2010). « Enjeux de gouvernance à l'épreuve des discours de la RSE ». *Communication et Organisation* (37), 53-63.
- Loneux, C., (2009), « La communication constitutive des organisations : quelles approches de recherche passées et à venir? Actes du colloque « *Nouvelles tendances en communication organisationnelle* », 77ème Congrès de l'ACFAS, Université d'Ottawa, 14-15 mai 2009.
- Loneux C., Huët R., 2009, « Le tournant institutionnel de la RSE à l'épreuve de l'analyse communicationnelle », *Revue Française de Socio-Économie*, 2009/2 n° 4, pp. 117-134.

- Mayère A., Bonneville L., Grosjean S., (2009), Rationalisation des organisations hospitalières : des incitations économiques aux injonctions à collaborer, *Sciences de la Société*, n°76, p. 3-12.
- Terssac de G., Gaillard I., 2008, « Risques socio-organisationnels (RSO) et santé : une question de régulations? », pp. 232-258 in : Poulain J-P., Lalanne M., Renaud L., *Pour une re-problématisation des avancées des sciences sociales sur les questions des Normes sociales et risque(s) au service de l'action en santé publique*, rapport de recherche internationale financée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Vásquez C., Jolivet A., (2012). L'hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser des frontières en mouvance, In Mayère et al (dir). *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : bilan et perspectives*, 80ème congrès de ACFAS, Montréal, Québec, 7 et 8 mai, 2010, p. 239-256, actes de colloque en ligne, [http://www.grms.uqam.ca/upload/files/Actes\\_de\\_colloque/L\\_ACTE-15.pdf](http://www.grms.uqam.ca/upload/files/Actes_de_colloque/L_ACTE-15.pdf)
- Zoller, H. M. (2010). What Are Health Organizations? Public Health and Organizational Communication. *Management Communication Quarterly*. 24(3) 482-490