

Résilience individuelle et apprentissage organisationnel : le rôle médiateur de la réponse organisationnelle en contexte hospitalier public marocain post-Covid-19

Individual resilience and organizational learning: the mediating role of organizational response in the post-COVID-19 Moroccan public hospital context.

Auteur 1 : Ikram IMAD,

IMAD Ikram, (Docteur en sciences économiques et gestion)
Université Sultan Moulay Slimane, Maroc

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : Ikram IMAD (2026) « Résilience individuelle et apprentissage organisationnel : le rôle médiateur de la réponse organisationnelle en contexte hospitalier public marocain post-Covid-19 », African Scientific Journal « Volume 03, Num 37 » pp: 001 – 024.



DOI : 10.5281/zenodo.22285271
Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

La crise sanitaire de la Covid-19 a exposé les personnels soignants des hôpitaux publics marocains à une pression opérationnelle et émotionnelle exceptionnelle, tout en révélant, chez certains d'entre eux, une capacité de résilience remarquable. Si la résilience individuelle a été largement étudiée en psychologie, son articulation avec les processus d'apprentissage organisationnel demeure peu documentée, en particulier dans les systèmes de santé des pays en développement. Cette étude explore ainsi l'effet de la résilience individuelle sur l'apprentissage organisationnel post-crise, en examinant le rôle des antécédents de la résilience (détresse psychologique, soutien social perçu) et le rôle médiateur de la réponse organisationnelle perçue dans cette relation. Elle s'appuie sur une enquête quantitative, transversale et explicative, menée par questionnaire structuré auprès de 333 personnels soignants exerçant dans des hôpitaux publics marocains et impliqués dans la gestion de la crise sanitaire de Covid-19. Une modélisation par équations structurelles (PLS-SEM), fondée sur des échelles, a été adoptée pour tester le modèle théorique et ses cinq hypothèses. Les résultats montrent l'existence d'une relation positive et significative entre le soutien social perçu et la résilience individuelle, entre la résilience individuelle et la réponse organisationnelle perçue, ainsi qu'entre cette dernière et l'apprentissage organisationnel ; la réponse organisationnelle perçue exerce en outre un effet médiateur partiel, significatif, dans la relation entre résilience individuelle et apprentissage organisationnel. En revanche, l'étude ne révèle pas de corrélation significative entre la détresse psychologique et la résilience individuelle, un résultat qui invite à nuancer le statut généralement accordé à la détresse comme antécédent quasi automatique de la résilience. Ces résultats offrent un éclairage inédit sur les mécanismes par lesquels une ressource psychologique individuelle se convertit en apprentissage collectif, et débouchent sur des recommandations managériales concrètes à destination des décideurs hospitaliers en matière de gestion des ressources humaines et de pilotage des crises sanitaires.

Mots clés : Résilience psychologique, Apprentissage organisationnel, Réponse organisationnelle, Soutien social, Post-Covid-19, Hôpitaux publics marocains.

Abstract

The COVID-19 health crisis subjected healthcare workers in Moroccan public hospitals to exceptional operational and emotional pressure, while paradoxically revealing remarkable resilience capacities among some of them. While individual resilience has been widely studied in psychology, its articulation with organizational learning processes remains under-documented, particularly in the health systems of developing countries. This study explores the effect of individual resilience on post-crisis organizational learning, examining the role of resilience antecedents (psychological distress, perceived social support) and the mediating role of perceived organizational response in this relationship. It draws on a quantitative, cross-sectional and explanatory survey administered through a structured questionnaire to 333 healthcare workers employed in Moroccan public hospitals and involved in managing the COVID-19 health crisis. Structural equation modeling (PLS-SEM), based on validated scales, was used to test the theoretical model and its five hypotheses. The results show a positive and significant relationship between perceived social support and individual resilience, between individual resilience and perceived organizational response, and between the latter and organizational learning; perceived organizational response also exerts a significant, partial mediating effect on the relationship between individual resilience and organizational learning. However, the study finds no significant correlation between psychological distress and individual resilience, a finding that calls for nuancing the status generally attributed to distress as an almost automatic antecedent of resilience. These results shed new light on the mechanisms through which an individual psychological resource is converted into collective learning, and lead to concrete managerial recommendations for hospital decision-makers regarding human resource management and health crisis governance.

Keywords: Psychological resilience; Organizational learning; Organizational response; Social support; Post-COVID-19; Moroccan public hospitals.

Introduction

La crise sanitaire de Covid-19 a constitué un événement sans précédent qui a profondément ébranlé les systèmes de santé à l'échelle mondiale, exposant leurs vulnérabilités structurelles tout en révélant, paradoxalement, des capacités insoupçonnées d'adaptation et de résistance. Dans un très grand nombre de pays, la pandémie a agi comme un révélateur brutal des tensions préexistantes : pénurie de personnel, insuffisance des équipements de protection, saturation des capacités d'accueil tout en imposant, dans l'urgence, une reconfiguration profonde des modes d'organisation du travail hospitalier (Lai et al., 2020). Au Maroc, les hôpitaux publics ont été placés en première ligne de cette tourmente, contraignant leurs personnels soignants à faire face à une pression opérationnelle, émotionnelle et organisationnelle d'une intensité exceptionnelle. Ces établissements, déjà confrontés en temps normal à des contraintes structurelles importantes en matière de ressources humaines et matérielles, ont dû absorber en quelques semaines un afflux de patients et une charge de travail sans précédent, tout en garantissant la continuité des soins courants.

Dans ce contexte de crise, les personnels soignants ont dû mobiliser leurs ressources personnelles et collectives pour maintenir la continuité des soins, traversant des épreuves susceptibles d'engendrer une détresse psychologique significative : anxiété liée au risque de contamination, épuisement physique et émotionnel, isolement social, incertitude quant à l'évolution de la situation sanitaire. De nombreuses études internationales ont documenté, dans des contextes comparables, une dégradation sensible de la santé mentale des professionnels de santé exposés à la gestion de la pandémie (Lai et al., 2020). Ces constats interrogent directement les capacités d'adaptation, tant individuelles qu'organisationnelles, mobilisées par les établissements de santé pour faire face à une telle épreuve, et invitent à s'interroger sur les ressorts qui ont permis à certains soignants, et à certaines équipes, non seulement de résister, mais également d'en tirer des enseignements durables.

Face à de telles situations, la résilience entendue comme la capacité d'un individu à surmonter l'adversité, à se reconstruire et à poursuivre son développement malgré le traumatisme (Cyrułnik, 2009) s'impose comme un concept central pour comprendre comment les personnels soignants ont pu tenir, s'adapter et parfois même se renforcer au cœur de la tourmente. Loin d'être une disposition purement individuelle et figée, la résilience prend appui sur des ressources externes, notamment le soutien social et organisationnel, qui en constituent des leviers essentiels (Carton et al., 2017). Elle ne se limite donc pas à une réponse défensive face au stress, mais peut engendrer une dynamique positive orientée vers la croissance et l'apprentissage, tant

au niveau de l'individu que, potentiellement, au niveau du collectif de travail auquel il appartient.

C'est précisément cette bascule, du niveau individuel vers le niveau collectif, qui demeure insuffisamment théorisée dans la littérature. Si la résilience a été largement étudiée dans les champs de la psychologie clinique et de l'éducation, son articulation avec les processus d'apprentissage au sein des organisations de santé demeure peu documentée, en particulier dans le contexte marocain et, plus largement, dans les systèmes de santé des pays en développement. La plupart des travaux existants traitent séparément la résilience individuelle des soignants et la résilience ou l'apprentissage des organisations de santé, sans véritablement expliciter les mécanismes par lesquels la première alimente le second. Cette lacune est d'autant plus problématique que la capacité des hôpitaux à capitaliser sur l'expérience de la crise sanitaire conditionne directement leur préparation face à de futures crises, qu'elles soient sanitaires, organisationnelles ou humaines.

Cet article s'intéresse à la manière dont la résilience individuelle des personnels soignants, mobilisée durant la crise sanitaire de Covid-19, se traduit en apprentissage organisationnel au sein des hôpitaux publics marocains. Ainsi, Cet article vise ainsi à répondre à la question suivante : **Dans quelle mesure la résilience des personnels soignants contribue-t-elle à renforcer l'apprentissage organisationnel dans les hôpitaux publics marocains ?** Plus spécifiquement, la recherche poursuit trois objectifs complémentaires. Il s'agit, premièrement, d'identifier les déterminants détresse psychologique et soutien social perçus de la résilience individuelle des soignants en contexte de crise sanitaire ; deuxièmement, d'examiner comment cette résilience individuelle façonne la perception que les soignants ont de la réponse organisationnelle de leur établissement et troisièmement, de déterminer si et comment cette réponse organisationnelle perçue permet de transformer la résilience individuelle en apprentissage organisationnel post-crise.

Pour répondre à cette problématique, la présente recherche adopte une approche méthodologique quantitative reposant sur un questionnaire structuré administré auprès de personnels soignants exerçant dans des hôpitaux publics marocains. Nous proposons l'hypothèse générale suivante : la résilience individuelle des personnels soignants favorise l'apprentissage organisationnel post-crise, par l'intermédiaire de la réponse organisationnelle perçue, laquelle joue un rôle médiateur central dans cette relation. Cette recherche présente un double intérêt. Sur le plan théorique, elle propose un modèle intégrateur articulant, dans une même architecture causale, des antécédents individuels (détresse, soutien social), une ressource

psychologique individuelle (résilience) et deux niveaux organisationnels (réponse perçue et apprentissage), répondant ainsi à l'appel de la littérature à mieux documenter les passerelles entre résilience individuelle et résilience organisationnelle. Sur le plan managérial, elle fournit aux décideurs hospitaliers des repères concrets pour orienter leurs politiques de gestion des ressources humaines et de pilotage de crise, en identifiant les leviers sur lesquels agir pour transformer l'épreuve vécue par les équipes en capacité d'apprentissage durable.

Afin de traiter cette problématique, l'article est structuré comme suit : nous en présentons d'abord une revue de littérature consacrée aux concepts clés et aux travaux antérieurs sur la résilience individuelle et l'apprentissage organisationnel, dont découle la formulation des hypothèses. La méthodologie est ensuite présentée, avec un focus sur le design de recherche, le choix de l'échantillon et les instruments de mesure mobilisés. Les résultats de l'étude sont ensuite exposés, incluant l'évaluation des échelles de mesure et le test des hypothèses. Enfin, une discussion approfondie des résultats est proposée, suivie d'une conclusion générale qui met en lumière les apports de la recherche, ses limites et les pistes à explorer dans de futurs travaux.

1. Fondements théoriques et conceptuels

1.1. La résilience individuelle

La résilience individuelle désigne la capacité de faire face aux traumatismes de la vie, mais également de surmonter l'adversité et de se construire malgré les défis de la vie (Bégin & Chabaud, 2010). Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le personnel soignant des hôpitaux publics marocains a été confronté à un niveau de stress, surcharge de travail, risque d'infection élevé, pénuries de ressources, incertitude épidémique susceptibles de générer une détresse psychologique élevée (Lai et *al.*, 2020). Cette détresse constitue, selon la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), une menace directe pour les ressources individuelles. Il est donc attendu que la détresse psychologique affecte négativement la résilience individuelle, en réduisant la disponibilité des ressources nécessaires au fonctionnement adaptatif une proposition cohérente avec les modèles de stress professionnel documentant un lien négatif entre exposition chronique aux stressors et capacité de récupération psychologique (Rutter, 2012). Donc, notre hypothèse est formulée comme suit :

H 1a : La détresse psychologique affecte négativement la résilience individuelle du personnel soignant.

À côté de ces antécédents négatifs, le soutien social constitue la ressource externe protectrice majeure de la résilience. Défini comme la perception que des ressources affectives, informationnelles et instrumentales sont disponibles de la part des collègues, supérieurs

hiérarchiques et proches, le soutien social opère, selon la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), comme un apport exogène qui compense l'épuisement du réservoir de ressources individuelles généré par la crise. Dans l'environnement hospitalier en période pandémique, les liens de solidarité professionnelle et familiale constituent un filet de sécurité psychologique qui atténue l'impact des stressors accumulés et maintient la capacité de résistance des soignants. La littérature confirme de manière robuste ce rôle protecteur dans les professions de santé (Britt et al., 2016). En conséquence :

H 1b : Le soutien social perçu renforce significativement la résilience individuelle du personnel soignant en situation de crise sanitaire.

1.2. De la résilience individuelle à l'apprentissage organisationnel

L'apprentissage organisationnel post-crise désigne le processus par lequel une organisation, à travers ses membres, acquiert de nouvelles connaissances, révisé ses pratiques et développe des capacités adaptatives à partir des expériences traversées (Argyris & Schön, 1978 ; Bapuji & Crossan, 2004). Ce processus ne se produit pas spontanément : il suppose à la fois des ressources psychologiques individuelles notamment la capacité à percevoir positivement l'environnement organisationnel et à s'ouvrir au changement et un cadre institutionnel qui crée les conditions structurelles et symboliques propices à la capitalisation collective des expériences. C'est précisément à l'articulation de ces deux niveaux que se situe la contribution centrale de ce travail, à travers le rôle médiateur de la réponse organisationnelle perçue.

La résilience individuelle détermine en premier lieu la manière dont les soignants évaluent et interprètent la réponse de leur établissement à la crise. Les travaux de Tugade et Fredrickson (2004) ont montré que les individus résilients activent préférentiellement des processus d'évaluation positive, leur permettant de percevoir davantage de ressources et d'opportunités dans leur contexte de travail, même dans des conditions objectivement difficiles. Cette « lentille cognitive » amplificatrice conduit les soignants les plus résilients à reconnaître et valoriser les efforts déployés par leur organisation clarté du leadership, adéquation des ressources allouées, réactivité des formations d'urgence là où des individus moins résilients ne percevraient que chaos et défaillance institutionnelle. Autrement dit, la résilience individuelle ne se contente pas de protéger le soignant : elle colore positivement sa lecture de l'action managériale, créant ainsi les conditions psychologiques d'une coopération accrue avec les initiatives organisationnelles. En conséquence, nos hypothèses sont les suivantes :

H2 : Les soignants présentant un niveau élevé de résilience individuelle évaluent plus positivement la réponse managériale et organisationnelle de leur établissement face à la pandémie de COVID-19.

La réponse organisationnelle perçue constitue ensuite la condition institutionnelle nécessaire à la transformation des expériences individuelles en apprentissages collectifs durables. Une réponse organisationnelle efficace caractérisée par la clarté du leadership, la fluidité de la communication interne, l'adéquation des ressources allouées, la rapidité des formations d'urgence et la garantie des conditions de sécurité sanitaire crée le cadre de confiance et de légitimité institutionnelle dans lequel les soignants sont disposés à partager leurs expériences de la crise, à formaliser les leçons apprises et à les intégrer aux pratiques collectives (Bapuji & Crossan, 2004). À l'inverse, une réponse organisationnelle déficiente génère un climat de méfiance et une fragmentation des équipes qui inhibent les processus de partage d'expériences et de capitalisation des connaissances acquises.

H3 : la réponse organisationnelle perçue influence positivement et significativement les processus d'apprentissage organisationnel post-pandémie.

La jonction entre résilience individuelle et apprentissage organisationnel se réalise précisément à travers ce rôle médiateur de la réponse organisationnelle perçue. L'architecture causale du modèle illustrée dans la figure 1 propose que la résilience individuelle n'influence pas directement l'apprentissage collectif, mais agit prioritairement en amplifiant la perception de la qualité du management de crise, laquelle crée en retour les conditions institutionnelles favorables à l'engagement dans les processus d'apprentissage. Cette logique de médiation implique que la résilience individuelle et la réponse organisationnelle ne sont pas des déterminants indépendants de l'apprentissage, mais des facteurs en interaction dynamique : la résilience des soignants prépare le terrain cognitif ; la qualité de la réponse institutionnelle le consolide en apprentissage collectif durable. Cette proposition constitue la quatrième et dernière hypothèse du modèle :

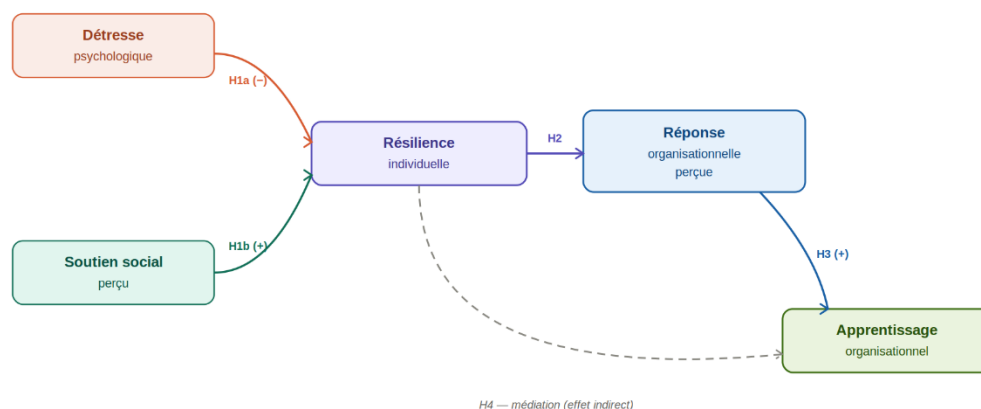
H4 : La réponse organisationnelle perçue médiate la relation entre la résilience individuelle et l'apprentissage organisationnel post-crise.

Sur le plan opérationnel, chacune des variables mobilisées dans les hypothèses ci-dessus s'appuie sur des échelles ou instruments issus de la littérature : la détresse psychologique est opérationnalisée à partir de l'échelle HADS de Zigmond et Snaith (1983) ; la résilience individuelle, à partir de l'échelle de Sinclair et Wallston (2004) ; le soutien social perçu, à partir d'un questionnaire de soutien social adapté ; la réponse organisationnelle perçue, à partir d'un

instrument original construit sur les dimensions de leadership, de communication interne et de sécurité sanitaire mises en évidence par Bapuji et Crossan (2004) ; et l'apprentissage organisationnel, à partir de l'échelle de DiBella et Nevis (1998). Le détail de ces échelles et de leurs items est présenté dans la section 2.3 (Instrument de mesure).

À partir de ces hypothèses, la figure suivante représente notre modèle conceptuel

Figure 1: Modèle conceptuel de recherche



Source : Élaboré par nous même

1. Méthodologie de la recherche

1.1. Design de recherche

Notre étude a pour objectif d'analyser les mécanismes par lesquels la résilience individuelle se traduit en apprentissage organisationnel collectif. Le design de cette recherche est principalement transversal (Lee & Lings, 2008), les données étant recueillies à un instant donné et analysées simultanément sur une période déterminée.

Sur le plan épistémologique, cette étude se situe dans un paradigme post-positiviste : elle vise à tester des relations théoriquement fondées, tout en reconnaissant que la réalité sociale n'est appréhendée qu'à travers les perceptions des répondants. Le mode de raisonnement mobilisé est hypothético-déductif : les hypothèses sont formulées à partir de la littérature, puis testées empiriquement à l'aide des données d'enquête. Le post-positiviste et hypothético-déductif justifie le recours à une méthodologie quantitative plutôt que qualitative : l'objectif étant de tester statistiquement des relations causales préalablement théorisées (théorie de la conservation des ressources de Hobfoll, 1989 ; théorie de l'élargissement et de la construction des ressources de Fredrickson, 2001), une démarche qualitative, davantage orientée vers l'exploration et la compréhension en profondeur de phénomènes peu théorisés, n'aurait pas permis d'apprécier la significativité et l'intensité des relations postulées entre les construits du modèle. Le choix d'une approche quantitative, transversale et explicative est ainsi cohérent avec l'objectif de mesurer

des construits latents et d'examiner des effets directs et médiateurs à travers la modélisation par équations structurelles (PLS-SEM).

1.2. Échantillon et collecte des données

L'échantillon de l'étude est constitué de 333 personnels soignants marocains sélectionnés de manière non probabiliste par convenance, en veillant à inclure une diversité en termes d'âge, de sexe, de zone géographique et d'expérience professionnelle. La majorité des participants (62,8 %) ont entre 30 et 40 ans, ce qui montre que le corps soignant reste majoritairement jeune. En termes de postes occupés au sein de l'hôpital public, les infirmiers et techniciens de santé sont les plus représentés, suivis des médecins et des aides-soignants. Concernant l'expérience professionnelle, 22 % des répondants ont moins de 5 ans d'expérience et 42 % entre 5 et 10 ans.

Tableau 1: Profil des répondants

Caractéristique	Catégorie	Effectif (n)	Pourcentage
Le sexe	Masculin	192	57.7%
	Féminin	141	42.3%
L'âge	Moins de 30 ans	61	18.3%
	De 30 ans à 40 ans	209	62.8%
	De 41 ans à 50 ans	63	18.9%
Profession	infirmiers et technicien de santé	218	65.5%
	Aide soignant	28	8.4%
	Médecin	87	26.1%

Source : Élaboré par nous même

1.3. Instrument de mesure

Le questionnaire comprend 46 items répartis en cinq construits opérationnalisés à partir d'échelles validées, mesurés sur une échelle de Likert. La détresse psychologique est mesurée par l'adaptation française de l'échelle HADS (Zigmond & Snaith, 1983), avec sept items d'anxiété et sept items de dépression. La résilience individuelle est évaluée par l'échelle de Sinclair et Wallston (2004) en 15 items (Likert 1-5). Le soutien social perçu est mesuré par cinq items adaptés du questionnaire de soutien social (Likert 1-5). La réponse organisationnelle perçue est captée par un instrument original de onze items évaluant la qualité perçue des décisions, de la communication interne, des formations et des protocoles de sécurité sanitaire (Likert 1-5). Enfin, l'apprentissage organisationnel est mesuré par huit items adaptés de DiBella et Nevis (1998).

2. Résultats

2.1. Statistiques descriptives et fiabilité des échelles

Tableau 2 : Fiabilité des échelles

	Moyenne	Écart-type	α de Cronbach	ω de McDonald
Détresse psychologique	2,53	0,356	0,707	0,730
Soutien social	4,17	0,541	0,770	0,773
Résilience individuelle	4,06	0,532	0,899	0,900
Réponse organisationnelle	3,99	0,610	0,897	0,897
Apprentissage organisationnel	3,98	0,563	0,833	0,834

Source : Élaboré par nous même

Les résultats attestent d'une bonne qualité psychométrique de l'ensemble des instruments utilisés. La détresse psychologique affiche la moyenne la plus basse de toutes les échelles ($M = 2,53$), indiquant que les répondants rapportent un niveau relativement faible de souffrance psychologique. L'écart-type très réduit (0,356) témoigne d'une grande homogénéité des réponses. Sur le plan de la fiabilité, l'alpha de Cronbach ($\alpha = 0,707$) et l'oméga de McDonald ($\omega = 0,730$) sont calculés sur l'ensemble des items retenus avant purification. Il convient de préciser que le Tableau 2 présente les indices de fiabilité calculés sur l'échantillon complet avant purification (14 items HADS, $\alpha = 0,707$), tandis que le Tableau 3 présente ceux issus de l'AFC après sélection des items (3 items retenus, $\alpha = 0,627$). Cette baisse est un phénomène mécanique attendu, l'alpha de Cronbach étant sensible au nombre d'items. La fiabilité composite ($CR = 0,801$) et l'AVE (0,574), indicateurs indépendants du nombre d'items, confirment la convergence satisfaisante du construit après purification.

Le soutien social présente une moyenne élevée ($M = 4,17$), reflétant une perception favorable du soutien reçu par les répondants. La cohérence interne est satisfaisante ($\alpha = 0,770$; $\omega = 0,773$), ce qui est d'autant plus notable compte tenu du faible nombre d'items, la fiabilité tendant généralement à augmenter avec le nombre d'items.

La résilience individuelle se distingue comme l'échelle la plus robuste sur le plan psychométrique, avec un alpha ($\alpha = 0,899$) et un oméga ($\omega = 0,900$) frôlant le seuil d'excellence

de 0,90. La moyenne élevée ($M = 4,06$) indique que les répondants se perçoivent comme fortement résilients, avec une dispersion modérée (0,532).

Concernant les deux dimensions organisationnelles, la réponse organisationnelle ($M = 3,99$; $\alpha = 0,897$; $\omega = 0,897$) et l'apprentissage organisationnel ($M = 3,98$; $\alpha = 0,833$; $\omega = 0,834$) présentent toutes deux des moyennes élevées et des indices de fiabilité très bons à excellents. Il convient de noter que la réponse organisationnelle enregistre l'écart-type le plus élevé (0,610), signalant une plus grande hétérogénéité dans les perceptions des répondants quant à la manière dont leur organisation gère les situations difficiles.

2.2. Validité convergente et discriminante

3.2.1. Validité convergente

La validité convergente évalue dans quelle mesure les items d'un même construit mesurent effectivement ce construit. Elle est généralement confirmée lorsque les valeurs de l'alpha de Cronbach, de la fiabilité composite (Composite Reliability, CR) et de la variance moyenne extraite (Average Variance Extracted, AVE) dépassent respectivement les seuils recommandés de 0,70 pour l'alpha de Cronbach et le CR, et 0,50 pour l'AVE.

Tableau 3: Résultats de la validité convergente

Construit	Item	Loading	α de Cronbach	CR	AVE
Détresse	item1	0,783	0,627	0,801	0,574
	item3	0,783			
	item13	0,704			
Résilience	item23	0,782	0,771	0,853	0,593
	item24	0,764			
	item28	0,780			
	item29	0,753			
Soutien	item30	0,797	0,760	0,848	0,584
	item31	0,797			
	item32	0,797			
	item34	0,657			
Réponse	item37	0,648	0,875	0,904	0,574
	item39	0,671			

	item41	0,719			
	item42	0,836			
	item43	0,813			
	item44	0,793			
	item45	0,804			
Apprentissage	item49	0,814	0,794	0,867	0,620
	item50	0,752			
	item52	0,841			
	item53	0,737			

Source : Élaboré par nous même

Le construit Détresse psychologique présente un alpha de Cronbach légèrement inférieur au seuil conventionnel de 0,70 (0,627), ce qui est fréquent pour des échelles ne comportant que 3 items ; toutefois, sa fiabilité composite (0,801) et son AVE (0,574) dépassent les seuils requis, indiquant une convergence satisfaisante des items vers ce construit.

Les construits Résilience individuelle, Soutien social perçu, Réponse organisationnelle perçue et Apprentissage organisationnel affichent tous des saturations factorielles supérieures à 0,60, des alphas de Cronbach et des CR supérieurs à 0,70, ainsi que des AVE supérieures à 0,50. La validité convergente est donc globalement établie pour l'ensemble des cinq construits du modèle : chaque bloc d'items mesure de façon cohérente et fiable la variable latente qu'il représente.

Le construit Réponse organisationnelle perçue présente l'indice de fiabilité composite le plus élevé (0,904), ce qui s'explique notamment par le nombre plus important d'items (7) qui le composent ; ses saturations varient entre 0,648 (item 37) et 0,836 (item 42), toutes restant au-dessus du seuil minimal acceptable.

3.2.2. Validité discriminante

La validité discriminante vérifie que chaque construit mesure bien un concept distinct des autres construits du modèle. Deux critères complémentaires ont été mobilisés : le critère classique de Fornell-Larcker (1981) et le ratio HTMT recommandé par Henseler et al. (2015) et Hair et al. (2017).

3.2.2.1. Critère de Fornell-Larcker

Selon ce critère, la racine carrée de l'AVE de chaque construit (en diagonale) doit être supérieure à toutes ses corrélations avec les autres construits. Le tableau suivant présente cette comparaison.

Tableau 4: Matrice de la validité discriminante (critère de Fornell-Larcker)

	Détresse	Résilience	Soutien	Réponse	Apprentissage
Détresse	0,757	0,111	0,080	0,104	0,150
Résilience	0,111	0,770	0,624	0,626	0,551
Soutien	0,080	0,624	0,764	0,560	0,487
Réponse	0,104	0,626	0,560	0,758	0,701
Apprentissage	0,150	0,551	0,487	0,701	0,787

Source : Elaboré par nous-même. *Note : les valeurs en diagonale (en gras) correspondent à la racine carrée de l'AVE.*

Pour chacun des cinq construits, la racine carrée de l'AVE (valeurs en diagonale, comprises entre 0,757 et 0,787) est supérieure à toutes les corrélations que ce construit entretient avec les autres construits du modèle. Le critère de Fornell-Larcker est donc respecté pour l'ensemble des relations, ce qui confirme que chaque construit capture une variance qui lui est propre et se distingue empiriquement des autres.

3.2.2.2. Critère HTMT

Le ratio HTMT compare la corrélation moyenne entre items de construits différents (hétérotrait) à la corrélation moyenne entre items du même construit (monotrait). Une valeur HTMT < 0,85 confirme la validité discriminante (seuil conservateur) ; le seuil de 0,90 est également utilisé dans les contextes exploratoires (Hair et al., 2017).

Tableau 5 : Ratios HTMT pour l'évaluation de la validité discriminante

	Détresse	Résilience	Soutien	Réponse	Apprentissage
Détresse	—	0,165	0,149	0,162	0,215
Résilience	0,165	—	0,816	0,763	0,708
Soutien	0,149	0,816	—	0,688	0,624
Réponse	0,162	0,763	0,688	—	0,840
Apprentissage	0,215	0,708	0,624	0,840	—

Source : Elaboré par nous-même

Toutes les valeurs HTMT du modèle sont inférieures au seuil de 0,90, et la grande majorité sont également inférieures à 0,85. La valeur la plus élevée concerne la relation entre Réponse organisationnelle perçue et Apprentissage organisationnel (0,840), ce qui est cohérent avec le lien théorique fort postulé par l'hypothèse H3 (la réponse organisationnelle est un déterminant direct de l'apprentissage post-crise) sans pour autant remettre en cause leur distinction

conceptuelle. La relation Résilience-Soutien (0,816) reste également sous le seuil de 0,85. La validité discriminante est donc globalement confirmée pour le modèle.

3.2.2.3. Matrice des corrélations entre construits

Tableau 6: Matrice des corrélations entre construits

	Détresse	Résilience	Soutien	Réponse	Apprentissage
Détresse	1,000	0,111	0,080	0,104	0,150
Résilience	0,111	1,000	0,624	0,626	0,551
Soutien	0,080	0,624	1,000	0,560	0,487
Réponse	0,104	0,626	0,560	1,000	0,701
Apprentissage	0,150	0,551	0,487	0,701	1,000

Source : Élaboré par nous-même

La matrice des corrélations confirme la cohérence du modèle théorique. La Détresse psychologique est faiblement corrélée à toutes les autres variables (r compris entre 0,080 et 0,150), ce qui annonce déjà l'absence de lien significatif avec la Résilience observée dans les tests d'hypothèses. À l'inverse, la Résilience individuelle entretient des corrélations modérées à fortes avec le Soutien social ($r = 0,624$), la Réponse organisationnelle ($r = 0,626$) et l'Apprentissage organisationnel ($r = 0,551$), traduisant l'ancrage relationnel de la résilience. La corrélation la plus élevée du tableau concerne la réponse organisationnelle et l'apprentissage organisationnel ($r = 0,701$), confirmant que la perception de la réponse de l'établissement est étroitement liée à la capacité d'apprentissage post-crise cohérent avec le rôle central de médiateur attribué à la réponse dans le modèle (H3 et H4). Globalement, ces corrélations restent toutes inférieures à 1 en valeur absolue et cohérentes avec les résultats de validité discriminante (Tableau 4 et 5), confirmant que les cinq construits, bien que liés entre eux, demeurent conceptuellement distincts.

2.3. Test des hypothèses

Les relations structurelles du modèle ont été testées par régressions sur les scores composites standardisés des construits (approche PLS-SEM). Le seuil de significativité retenu est de 5 % ($p < 0,05$). Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7 : Résultats des tests de validité des hypothèses

Hyp.	Relation testée	Beta (β)	t-value	p-value	Décision
H1a	Détresse psychologique → Résilience individuelle	0,061	1,423	0,156	Rejetée
H1b	Soutien social perçu → Résilience individuelle	0,619	14,392	< 0,001	Confirmée
H2	Résilience individuelle → Réponse organisationnelle perçue	0,626	14,615	< 0,001	Confirmée
H3	Réponse organisationnelle perçue → Apprentissage organisationnel	0,701	17,899	< 0,001	Confirmée
H4	Résilience individuelle → Apprentissage organisationnel (médiation via Réponse organisationnelle)	Direct : 0,184 Indirect : 0,367	IC 95 % [0,261 ; 0,477]	< 0,001	Confirmée (médiation partielle)

Source : Élaboré par nous-même

Ce tableau présente les résultats des tests d'hypothèses du modèle structurel, à travers les coefficients de régression standardisés (β), les valeurs de significativité (p) et les décisions associées.

La première hypothèse, relative à l'effet de la détresse psychologique sur la résilience individuelle (H1a), n'est pas confirmée. Le coefficient estimé est positif et non significatif ($\beta = 0,061$; $p = 0,156$). Dans cet échantillon, la détresse psychologique n'a pas d'effet significatif sur la résilience individuelle, et le signe observé est même contraire au sens attendu (négatif). Ce résultat suggère que, chez ce personnel soignant, la résilience individuelle ne dépend pas directement du niveau de détresse ressenti, mais probablement d'autres ressources personnelles ou organisationnelles non capturées par cette seule relation.

En revanche, l'effet du soutien social perçu sur la résilience individuelle (H1b) est fortement confirmé ($\beta = 0,619$; $p < 0,001$). Le soutien social perçu constitue un déterminant fort et positif de la résilience individuelle. C'est, parmi les quatre relations testées dans ce bloc, le plus puissant prédicteur de la résilience.

L'hypothèse H2, testant l'effet de la résilience individuelle sur la réponse organisationnelle, est également confirmée ($\beta = 0,626$; $p < 0,001$). Une résilience individuelle élevée s'accompagne d'une perception plus favorable de la réponse organisationnelle face à la pandémie de COVID-19.

Pour l'hypothèse H3, la réponse organisationnelle perçue influence positivement et significativement les processus d'apprentissage organisationnel post-pandémie. Le coefficient est positif et hautement significatif ($\beta = 0,701$; $p < 0,001$). L'hypothèse H3 est confirmée et constitue la relation la plus forte du modèle ($f^2 = 0,968$, soit une taille d'effet élevée selon les conventions de Cohen) : la perception positive de la réponse organisationnelle est le principal levier de l'apprentissage organisationnel post-crise.

Enfin, l'effet direct de la résilience individuelle sur l'apprentissage organisationnel reste positif et significatif ($\beta = 0,184$; $p < 0,001$) même lorsque la réponse organisationnelle est intégrée au modèle, mais son intensité diminue fortement par rapport au modèle simple ($\beta = 0,551$ sans la variable médiatrice). Parallèlement, l'effet indirect via la réponse organisationnelle perçue est estimé à 0,367, avec un intervalle de confiance à 95 % [0,261 ; 0,477] qui ne contient pas la valeur zéro.

L'hypothèse H4 est donc confirmée : la réponse organisationnelle perçue joue un rôle de médiateur significatif dans la relation entre la résilience individuelle et l'apprentissage organisationnel post-crise. La diminution de l'effet direct de la résilience (de 0,551 à 0,184) en présence de la variable médiatrice, combinée à un effet indirect significatif, indique une médiation partielle : la résilience individuelle influence l'apprentissage organisationnel à la fois directement et indirectement, via l'amélioration de la perception de la réponse organisationnelle. Le modèle structurel révèle ainsi une chaîne causale cohérente et significative : le soutien social nourrit la résilience individuelle, qui à son tour stimule la réponse organisationnelle, laquelle favorise finalement l'apprentissage organisationnel. La détresse psychologique, quant à elle, ne joue pas de rôle direct dans ce processus, ce qui constitue un résultat théoriquement intéressant à discuter.

2.4. Qualité globale du modèle de recherche

Tableau 8: Indicateurs de qualité du modèle

Variable endogène (équation)	R ²	R ² ajusté	f ²
Résilience (Détresse + Soutien)	0,393	0,389	0,648
Réponse (Résilience)	0,392	0,390	0,645
Apprentissage (Réponse)	0,492	0,490	0,968
Apprentissage (Résilience + Réponse, modèle de médiation)	0,512	0,509	—

Source : Élaboré par nous-même

La résilience individuelle est expliquée à hauteur de 39,3 % par la détresse psychologique et le soutien social perçu ($R^2 = 0,393$), un pouvoir explicatif modéré à substantiel essentiellement porté par le soutien social.

La réponse organisationnelle perçue est expliquée à hauteur de 39,2 % par la résilience individuelle ($R^2 = 0,392$), ce qui constitue également un pouvoir explicatif modéré pour une relation à un seul prédicteur.

L'apprentissage organisationnel post-pandémie est expliqué à hauteur de 49,2 % par la réponse organisationnelle perçue seule ($R^2 = 0,492$), et à hauteur de 51,2 % lorsque la résilience individuelle est ajoutée comme prédicteur direct supplémentaire ($R^2 = 0,512$). Ces valeurs traduisent un pouvoir explicatif substantiel selon les seuils habituellement retenus en PLS-SEM ($R^2 \geq 0,50$ = substantiel ; $0,25-0,50$ = modéré ; $0,10-0,25$ = faible).

En termes de taille d'effet (f^2), la relation la plus déterminante du modèle est celle entre la réponse organisationnelle perçue et l'apprentissage organisationnel ($f^2 = 0,968$, effet large), suivie par les relations Soutien/Détresse $\rightarrow$ Résilience ($f^2 = 0,648$) et Résilience $\rightarrow$ Réponse ($f^2 = 0,645$), toutes deux d'une taille d'effet large également selon les seuils de Cohen ($0,02$ = faible ; $0,15$ = moyen ; $0,35$ = large).

L'indicateur global de qualité d'ajustement (GoF), calculé comme la racine carrée du produit de l'AVE moyenne ($0,589$) et du R^2 moyen ($0,426$), s'élève à $0,501$. Cette valeur dépasse le seuil de $0,36$ généralement retenu pour qualifier un modèle de GoF élevé (les seuils usuels étant $0,10$ = faible, $0,25$ = moyen, $0,36$ = élevé). Le modèle de recherche présente donc, dans son ensemble, une qualité d'ajustement élevée, conjuguant un modèle de mesure fiable et valide (validité convergente et discriminante établies) et un modèle structurel doté d'un pouvoir explicatif substantiel pour la plupart de ses relations.

3. Discussion

Les résultats empiriques obtenus confirment trois hypothèses sur quatre et soulèvent trois contributions théoriques distinctes, articulées autour de la chaîne causale du modèle.

Premièrement, l'étude établit empiriquement que le soutien social constitue le déterminant le plus puissant de la résilience individuelle ($\beta = 0,619$; $p < 0,001$). Ce coefficient confirme que la capacité de résilience des individus est avant tout alimentée par les ressources relationnelles et sociales dont ils disposent dans leur environnement.

Ce résultat s'inscrit pleinement dans le cadre théorique de la conservation des ressources de Hobfoll (1989), selon lequel les individus mobilisent des ressources interpersonnelles pour maintenir leur équilibre psychologique et fonctionnel face à l'adversité. Il rejoint également les

travaux de Luthar et al. (2000), qui insistent sur le rôle fondateur des relations de soutien dans le développement de la résilience, en particulier dans les contextes professionnels sous tension. De plus, les recherches de Southwick et Charney (2012) ont mis en évidence que la qualité du tissu social constitue l'un des facteurs protecteurs les plus puissants contre les effets délétères du stress chronique.

Dans le contexte organisationnel qui est le nôtre, ce résultat suggère que le sentiment d'être soutenu qu'il provienne des collègues, des supérieurs hiérarchiques ou de l'institution elle-même constitue une condition sine qua non du développement de la résilience individuelle. En d'autres termes, la résilience n'est pas uniquement une disposition personnelle innée, mais se construit et s'entretient dans et par les interactions sociales. Cette perspective rejoint les conceptions interactionnistes de la résilience (Cyrulnik, 2001 ; Anaut, 2015), qui la définissent non comme un trait figé mais comme un processus dynamique, relationnel et contextuellement ancré.

Deuxièmement, l'hypothèse H1a, postulant un effet direct de la détresse psychologique sur la résilience individuelle, n'est pas confirmée par les données ($\beta = 0,061$; $p = 0,156$). Ce résultat peut sembler contre-intuitif au premier abord, la détresse constituant souvent dans la littérature le contexte déclencheur du processus de résilience. Toutefois, plusieurs pistes théoriques permettent d'en offrir une lecture éclairée.

Il convient de rappeler que la résilience ne se déclenche pas mécaniquement en réponse à la souffrance, mais dépend de la disponibilité et de l'activation de ressources protectrices spécifiques. Or, dans notre modèle, c'est précisément le soutien social qui assume ce rôle de catalyseur. La détresse psychologique constituerait davantage un contexte de vulnérabilité qu'une variable prédictive directe de la capacité de rebond.

Ce résultat converge par ailleurs avec ceux de certaines études qui ont montré que l'absence de détresse ne prédit pas nécessairement la résilience (Bonanno, 2004 ; Zautra et al., 2010). La résilience est davantage associée aux ressources mobilisées qu'à l'intensité de la souffrance vécue. En ce sens, l'hypothèse H1a aurait peut-être gagné à être opérationnalisée différemment, en capturant des dimensions longitudinales ou en considérant des formes plus nuancées de détresse (par exemple l'épuisement émotionnel ou la charge cognitive).

L'hypothèse H2, testant le lien entre résilience individuelle et réponse organisationnelle, est solidement confirmée ($\beta = 0,626$; $p < 0,001$). Ce résultat s'inscrit dans la lignée des travaux de Weick et Sutcliffe (2007) sur les organisations hautement fiables, qui soulignent que la robustesse organisationnelle repose en grande partie sur la qualité de l'engagement, de l'attention et de l'adaptabilité des acteurs individuels. De même, les travaux sur la résilience

organisationnelle (Lengnick-Hall et al., 2011 ; Vogus & Sutcliffe, 2007) ont montré que les capacités adaptatives des individus constituent une ressource collective que l'organisation peut mobiliser en situation d'adversité. Ce résultat suggère également que les individus résilients ne font pas que survivre à la crise ; ils participent à la construction de la réponse collective de leur organisation.

L'hypothèse H3 est confirmée avec le coefficient le plus élevé du modèle ($\beta = 0,701$; $p < 0,001$), attestant que la qualité de la réponse organisationnelle constitue le prédicteur le plus puissant de l'apprentissage organisationnel. Ce résultat s'accorde avec les théories de l'apprentissage organisationnel d'Argyris et Schön (1978), selon lesquelles l'apprentissage en double boucle le plus transformateur émerge précisément lorsque les organisations confrontées à des perturbations remettent en question leurs schèmes de pensée et leurs routines. Ce résultat rejoint également les travaux de Senge (1990) sur les organisations apprenantes, et plus récemment ceux d'Edmondson (2018) sur la sécurité psychologique, qui soutiennent que les organisations capables de répondre avec cohérence et intelligence aux crises développent une culture d'apprentissage continu.

L'hypothèse H4, testant le rôle médiateur de la réponse organisationnelle, montre que l'effet direct de la résilience individuelle sur l'apprentissage organisationnel reste positif et significatif ($\beta = 0,184$; $p < 0,001$). Ce résultat s'inscrit dans la perspective des capacités dynamiques (Teece et al., 1997), selon laquelle la performance organisationnelle dépend moins des ressources statiques que de la capacité de l'organisation à les mobiliser, à les reconfigurer et à les transformer face aux changements de l'environnement. La résilience individuelle constitue une ressource précieuse, mais c'est la réponse organisationnelle qui joue le rôle d'infrastructure transformatrice permettant de la convertir en apprentissage.

Conclusion

La présente recherche s'est attachée à explorer le passage de la résilience individuelle à l'apprentissage organisationnel au sein des hôpitaux publics marocains, dans un contexte post-Covid-19 marqué par une pression sans précédent sur les personnels soignants. En mobilisant une approche quantitative auprès d'un échantillon de soignants, cette étude a permis de mettre en lumière la manière dont la détresse vécue, la résilience déployée, le soutien social perçu et la réponse organisationnelle apportée s'articulent pour produire ou freiner un apprentissage collectif durable.

Les résultats obtenus confirment que le soutien social s'impose comme le déterminant le plus fort de la résilience individuelle ($\beta = 0,619$), confirmant que la capacité à rebondir face à l'adversité n'est pas une disposition purement personnelle, mais se construit et s'entretient dans et par les relations sociales. Ce résultat conforte les approches interactionnistes de la résilience (Cyrulnik, 2001 ; Hobfoll, 1989), qui la définissent comme un processus dynamique, ancré dans le tissu relationnel de l'individu. Deuxièmement, la détresse psychologique ne produit pas d'effet direct significatif sur la résilience ($\beta = 0,061$; $p = 0,156$), ce qui constitue un résultat théoriquement instructif : c'est moins l'intensité de la souffrance vécue que la qualité des ressources mobilisées qui détermine la capacité de rebond, rejoignant en cela les travaux de Bonanno (2004). Troisièmement, la réponse organisationnelle apparaît comme la variable pivot du modèle à la fois produit de la résilience individuelle ($\beta = 0,626$) et principal prédicteur de l'apprentissage organisationnel ($\beta = 0,701$) confirmant son rôle médiateur central dans le passage de la ressource individuelle à la transformation collective (H4 confirmée, $\beta = 0,184$).

Sur le plan théorique, cette étude contribue à enrichir la littérature en proposant une lecture intégrée des liens entre résilience, soutien social, réponse organisationnelle et apprentissage dans un contexte hospitalier public. Sur le plan pratique, les résultats invitent les gestionnaires et décideurs hospitaliers à revoir leur conception de la gestion des crises. Il ne s'agit plus uniquement de gérer l'urgence dans l'instant, mais de créer durablement les conditions structurelles, humaines et institutionnelles qui permettent aux équipes de transformer leurs expériences difficiles en savoirs collectifs.

Malgré ses apports significatifs, cette étude comporte certaines limites qu'il convient de souligner. Premièrement, le recours à une méthodologie exclusivement quantitative ne permet pas de saisir toute la complexité des processus étudiés. Des approches qualitatives ou mixtes, associant entretiens approfondis et observations de terrain, permettraient d'affiner la compréhension des mécanismes par lesquels la résilience individuelle se traduit ou non en

apprentissage organisationnel. Deuxièmement, la méthode fondée sur un questionnaire auto-administré repose sur des réponses subjectives, qui peuvent être influencées par des biais de désirabilité sociale ou d'interprétation des items.

Ces limites ouvrent des pistes intéressantes pour des recherches futures. Une étude comparative entre le secteur hospitalier public et le secteur privé de santé au Maroc constituerait une avenue de recherche particulièrement prometteuse. Une telle comparaison permettrait d'interroger le rôle des conditions institutionnelles, mode de gouvernance, culture organisationnelle, disponibilité des ressources, degré d'autonomie managériale dans la manière dont la résilience individuelle se traduit en apprentissage collectif. Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier le bien-être au travail comme variable médiatrice ou modératrice dans le modèle. Cette piste s'impose avec une certaine logique au regard des résultats obtenus : l'absence d'effet direct significatif de la détresse psychologique sur la résilience individuelle (H1a non confirmée) soulève en effet une question théorique importante, celle de l'existence d'une variable intermédiaire qui viendrait expliquer ce lien manquant.

BIBLIOGRAPHIE

- Anaut, M. (2015). Résilience et travail social. *Empan*, 3(99), 17–25.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley.
- Bapuji, H., & Crossan, M. (2004). From questions to answers: Reviewing organizational learning research. *Management Learning*, 35(4), 397–417.
- Bégin, L., & Chabaud, D. (2010). La résilience des organisations. *Revue française de gestion*, 200(1), 127–142.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Britt, T. W., Shen, W., Sinclair, R. R., Grossman, M. R., & Klieger, D. M. (2016). How much do we really know about employee resilience? *Industrial and Organizational Psychology*, 9(2), 378–404.
- Carton, A., et al. (2017). Le soutien social comme levier de résilience en contexte professionnel. *Revue de gestion des ressources humaines*, 104(2), 45–62.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob.
- Cyrułnik, B. (2009). *Résilience : De la recherche à la pratique*. Odile Jacob.
- DiBella, A. J., & Nevis, E. C. (1998). *How organizations learn: An integrated strategy for building learning capability*. Jossey-Bass.
- Edmondson, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Wiley.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (2e éd.). SAGE Publications.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(1), 115–135.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated

with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.

Lee, N. J., & Lings, I. N. (2008). *Doing business research: a guide to theory and practice*. Sage.

Lengnick-Hall, C. A., Beck, T. E., & Lengnick-Hall, M. L. (2011). Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human Resource Management Review*, 21(3), 243–255.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344.

Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday.

Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101.

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.

Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509–533.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333.

Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). Organizational resilience: Towards a theory and research agenda. *IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics*, 3418–3422.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty* (2e éd.). Jossey-Bass.

Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Éds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 3–29). Guilford Press.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.