

UN ORGANISME DE SANTÉ... MALADE DE « GESTIONNITE »

L'ÉPREUVE DES FAITS

Les nombreuses transformations du système de santé ne sont pas sans modifier profondément le travail. Face à la multiplication des contraintes, les acteurs sont de plus en plus confrontés à un important travail d'organisation. Quel est l'impact de ces transformations sur la santé des salariés et comment ceux-ci s'approprient-ils les nouveaux outils ? La réflexion prend comme clé de lecture la théorie de la régulation de J-D. Reynaud et interroge le rôle du management dans la prise en charge des tensions. L'étude de cas, réalisée dans un centre de soins de suite, illustre la manière dont le « tournant gestionnaire » actuel a conduit l'encadrement à désertier le terrain de l'activité quotidienne au profit de l'alimentation de « machines de gestion ». Le contraste entre les nombreux outils de management participatif et le sentiment qu'ont les salariés de n'être pas écoutés souligne la difficulté, pour un management atteint de « gestionnisme », d'animer des « espaces de discussion » sur le travail.

Par **Mathieu DETCHESSAHAR** et **Anouk GREVIN***

Depuis deux décennies, les organisations sont aux prises avec de profonds processus de modernisation mêlant réformes des systèmes de gestion, innovations technologiques et nouvelles pratiques managériales. Ces réformes ne vont pas sans entraîner des « confusions » (UHALDE, 2005, 2007) au sein des organisations, ni sans provoquer, pour les personnels, un renouvellement, voire un alourdissement des contraintes de travail (GOLLAC, VOLKOFF, 1996). Notre recherche s'est donné pour objet l'étude des modes de prise en charge managériale de ces transformations et des tensions qu'elles ne peuvent manquer d'occasionner dans les organisations. Plus spécifiquement, elle s'interroge sur les liens existants entre les formes d'accompagnement managérial des transformations en cours et la santé des salariés.

Le cas présenté ici, un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (1), situe cette problématique au sein du secteur de la santé, dont on sait à quel point il a été touché, depuis plus de dix ans, par les politiques de modernisation gestionnaire ainsi que par la montée de la problématique de la santé au travail (RAVEYRE, UGHETTO, 2003), en partie thématisée sur le registre du *burn-out* des infirmières (LORIOU, 2003). S'il convient de ne pas adopter une vision

* Institut d'Économie et de Management de Nantes (Université de Nantes) LEMNA

(1) Les structures de soins de suite et de réadaptation (SSR), autrefois appelées structures de moyen séjour, sont chargées de poursuivre les soins après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale récente ou chronique, avec accident évolutif récent.

déterministe des effets des politiques de modernisation organisationnelle sur la santé des personnes, il faut néanmoins considérer que la mise en place de nouveaux dispositifs gestionnaires introduit au sein de ces organisations un nombre croissant de facteurs de tensions, de contradictions, voire de paradoxes. Les dispositifs d'assurance qualité, l'informatisation croissante de l'activité, dans la perspective de l'arrivée de la tarification à l'activité, ou encore la nécessité de formaliser les projets d'établissement font peser sur l'activité des soignants de nouvelles contraintes obligeant à frayer de nouveaux compromis d'activité entre tâches de soins et tâches administratives ou gestionnaires.

D'une manière générale, on assiste, dans ce secteur, à la montée concomitante de contraintes industrielles, marchandes et événementielles qui pèsent sur la production de soins. La contrainte industrielle s'exprime à travers les impératifs de maîtrise des *process* de soin (portés, par exemple, par la certification des établissements) et de maîtrise de la productivité (portés par les nouveaux outils de gestion et les exigences de *reporting* des tutelles, qui font peu à peu entrer les établissements de santé dans une véritable démarche gestionnaire (LENAY, MOISDON, 2003)). Au même moment, les équipes de soin s'affrontent à de nouveaux défis : des familles souvent davantage impliquées dans l'activité de soin, ce qui accroît la contrainte marchande, et des patients fréquemment décrits comme plus 'lourds' parce que l'enjeu de la rotation rapide des lits, à l'hôpital ou dans les cliniques, se répercute non seulement sur toute la chaîne de soin (SSR), mais aussi sur les Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (les EHPAD), ou encore sur les différentes formes d'hospitalisation à domicile. Il en résulte une plus forte médicalisation des structures *aval* (SSR, EHPAD), qui conduit également à renforcer, dans ces organisations, les contraintes de type événementiel (accidents, décès, coups...) (ZARIFIAN, 1995), alors que, dans les structures *amont* (hôpital, clinique...), ce sont les contraintes administratives qui s'accroissent à la mesure de la diminution de la durée des séjours (gestion des entrées et sorties).

Cette montée en puissance des contraintes ne manque pas de multiplier, dans l'activité, des tensions contradictoires qui obligent les acteurs à effectuer un travail important de gestion des décalages entre le prescrit et le réel. Cette évolution rend plus que jamais sensible la question de la régulation locale du travail, qui consiste notamment en des arbitrages répétés entre les tâches, par les acteurs, afin de produire des accords locaux et révisables qui leur permettent – pour un temps – de faire le travail. Ce « travail d'organisation » (TERSSAC (de), 1992) apparaît donc comme un enjeu fondamental dans la performance des établissements de santé.

L'impact de cet important travail de régulation sur la santé mentale des équipes est, très généralement, indécidable : il peut, à n'en pas douter, provoquer l'épuisement des collectifs, quand rien ne vient soutenir ou seconder cette incessante activité de coordination, qui constitue trop souvent la part invisible (et non-reconnue) du travail des soignants (RAVEYRE, UGHETTO, 2003 ; MINVIELLE, 2000). Il peut, à l'inverse, être un vecteur de construction du collectif et de mobilisation vertueuse des subjectivités, à condition que ce travail de coordination trouve des espaces de soutien, d'explicitation et, *in fine*, de reconnaissance... bref, à condition que l'ingénierie en ait été pensée.

Or, cette activité de coordination dans l'action est certainement un des points aveugles du tournant gestionnaire négocié par les établissements de soins, un tournant gestionnaire qui conduit, bien souvent, l'encadrement à désertier le terrain de l'activité quotidienne au profit de l'entretien et de l'alimentation de *machines de gestion* (GIRIN, 1983). Notre recherche-intervention montre à quel point le fait de remettre le management quotidien de l'activité à l'ordre du jour des directions s'avère particulièrement difficile. En effet, la présence des directions aux frontières de l'organisation est de plus en plus sollicitée et cela les éloigne des contraintes du travail. De plus, les nouvelles exigences des tutelles concentrent leur attention sur la force des outils, dont elles ont tôt fait de croire qu'ils suffisent à assurer la performance de l'activité. Nous verrons, en effet, que la manière dont la direction de l'établissement étudié s'est appropriée notre diagnostic illustre le caractère problématique de son activisme gestionnaire et son incapacité à réinvestir les espaces de la régulation locale et de l'animation managériale. Cette « *gestionnisme* » est certainement, pour une bonne part, au principe de la souffrance ressentie par les salariés.

UNE APPROCHE EN TERMES DE RÉGULATION

La question de l'organisation du « travail d'organisation » revêt une importance particulière dans les organisations contemporaines, dans lesquelles les objectifs se multiplient (coûts, qualité, délais, réactivité...) et se déclinent dans des instrumentations de gestion multiples, parfois contradictoires entre elles, soumettant les opérateurs de terrain, placés au carrefour des différents outils, textes et injonctions produits par l'organisation (DETCHESSAHAR, JOURNÉ, 2007), à une régulation locale encore plus importante, visant à arbitrer entre les objectifs et à construire des compromis.

Dans cette perspective, les organisations apparaissent comme traversées par des forces à la fois complémentaires et concurrentes entre elles : les règles proposées

par l'encadrement, qui constituent un ensemble de prescriptions dont la mise en œuvre ne suffit pas pour obtenir le résultat, suscitent par conséquent l'émergence de règles locales, qui ont une dimension contestataire, mais aussi une dimension gestionnaire (TERSSAC, 2003), dans la mesure où elles vont permettre de 'sortir la production'. Dans cette perspective, la transgression des règles peut se concevoir comme un mode de conciliation de contraintes contradictoires, comme une négociation silencieuse nécessaire au fonctionnement de l'action organisée, comme un *mécanisme naturel d'équilibrage*, vecteur d'efficacité organisationnelle (BABEAU et CHANLAT, 2008, p. 217). À condition que l'organisation reconnaisse et autorise ce « jeu avec la règle », plutôt que de le sanctionner comme une déviance.

En sociologie de l'entreprise, la théorie de la régulation (REYNAUD, 1988 ; TERSSAC (de), 2003) a pour objet d'analyser la façon dont ces différentes tentatives de régulation du travail se complètent, se conjuguent, s'affrontent ou encore s'empêchent mutuellement. La théorie de la régulation articule deux concepts centraux pour les sciences de gestion et néanmoins souvent considérés comme contradictoires : l'autonomie et le contrôle. Jean-Daniel Reynaud définit la régulation conjointe comme « *une rencontre entre deux régulations* » : une régulation de contrôle (la tentative du management de contrôler le comportement des acteurs de l'organisation) et une régulation autonome (l'effort déployé par les acteurs pour résister à cette emprise et peser eux-mêmes sur le contenu de leur travail, afin de le rendre plus facile) (REYNAUD, 1988). La régulation conjointe est perçue comme créatrice « *d'un ensemble de règles qui sont acceptables pour les deux parties, par exemple parce qu'elles combinent harmonieusement règles de contrôle et règles autonomes ; plus fréquemment parce qu'elles arbitrent de manière acceptable sur les points où les parties s'opposent* » (REYNAUD, 1994, p.230).

L'auteur propose la régulation conjointe comme un « *idéal de pilotage ou de management* », une « *posture normative* » fondée sur la réciprocité avec ceux qui sont pilotés (REYNAUD, 2003, p. 113). Néanmoins, la théorie de la régulation donne peu de clés quant aux moyens permettant d'aider à faire fonctionner la régulation, vaincre les difficultés de la mise en dialogue du travail (DETCHESSAHAR, 2003) et produire une régulation conjointe efficiente (PARADEISE, 2003). Si de nombreuses directions d'entreprises – nous le verrons, dans le cas présenté ci-après – prônent aujourd'hui les vertus de la participation, celle-ci prend, bien souvent, la forme d'une autorisation de parole limitée et encadrée, sans représenter pour cela une réelle « *chambre d'écho* » des réalités du travail (UGHETTO, 2007, p. 118). Le rôle des cadres intermédiaires reste trop fréquemment celui de relai d'une communication essentiellement descendante et ils sont, dans les faits, rarement en mesure de faire remonter jusqu'aux

niveaux supérieurs de la direction les problèmes réels auxquels les membres de leurs équipes sont confrontés, chaque jour, dans leur activité. Ceux-ci sont pourtant dans l'attente de moments permettant une véritable mise en discussion collective du travail et de ses conditions de réalisation.

Dans le secteur de la santé, précisément, les travaux de Strauss (et de bien d'autres à sa suite) illustrent la centralité, dans l'activité des soignants, du « travail d'articulation », la nécessaire et constante organisation du travail autour du patient afin de coordonner les différentes interventions tout au long de sa « trajectoire », face aux nombreux aléas que celle-ci comporte inévitablement (STRAUSS, 1992). Mais ce travail d'organisation et de régulation locale de l'activité reste trop souvent l'impensé, la part oubliée, voire un parasite du « vrai travail » (GROSJEAN, LACOSTE, 1999 ; MINVIELLE, 2000 ; RAVEYRE, UGHETTO, 2003). Dans le système hospitalier, qui valorise les actes, et non pas le travail invisible qui permet leur enchaînement et les rend possibles, font défaut, en effet, bien souvent, les espaces de négociation et d'arbitrage où puisse se traiter de manière transversale cette articulation et où soit favorisée une confrontation sur ce qui dépasse l'opérationalité immédiate (GROSJEAN, LACOSTE, 1999).

L'idéal de régulation conjointe, et la reconnaissance du pouvoir d'agir des salariés (CLOT, 2001 ; DEJOURS, 2000) que cet idéal suppose, interrogent donc en profondeur le management, et en premier lieu, le management de proximité (mais pas seulement, comme nous le verrons). Vient-il en soutien de l'activité réelle des acteurs face aux multiples contraintes et paradoxes auxquels ils sont quotidiennement confrontés, pour faciliter les arbitrages et permettre l'élaboration collective de solutions, ou contribue-t-il, au contraire, à empêcher ces processus ? De même, les outils toujours plus nombreux portés par ce tournant gestionnaire ne risquent-ils pas de venir percuter, comme une contrainte supplémentaire, l'activité de travail et de se transformer en « machines de gestion » (GIRIN, 1983), dont l'alimentation et l'entretien consommeraient une part significative du temps de travail des managers ?

ORIGINES DE L'INTERVENTION ET MÉTHODOLOGIE

Notre démarche, qualitative et inductive, conformément aux principes de la *grounded theory* (GLASER, STRAUSS, 1967) s'appuie sur une étude de terrain réalisée sous la forme d'une recherche-action. Cette étude fait partie d'une recherche plus vaste, financée par l'ANR, portant sur les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail. L'étude a regroupé des chercheurs en gestion, en économie, en sociologie et en santé publique.

Dans le cas présenté ici, que nous nommerons

Beausoin, c'est le médecin du travail qui a pris contact avec notre équipe pour suggérer une intervention sur les risques psychosociaux dans son établissement. Il constate, en effet, sur les trois dernières années, outre des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des pathologies classiques chez les soignants et chez les agents de service, des signes significatifs de mal-être au travail, notamment chez des cadres : démissions, inaptitudes, expression lors de visites médicales « *d'une souffrance au travail, avec retentissement sur la santé physique ou mentale* ». Les représentants du personnel s'étaient fait l'écho, eux aussi, de la souffrance des salariés. En 2005, le CHSCT avait mené une enquête auprès des salariés sur les risques professionnels, pointant comme premiers risques exprimés, en termes de probabilité, de gravité et de fréquence, le stress et les difficultés relationnelles, non seulement avec les patients et leur famille, mais aussi avec les collègues et la hiérarchie. La direction a accueilli favorablement la proposition d'étude, souhaitant comprendre la plainte des salariés et y apporter des réponses. Elle semble en effet relativement désemparée face à ce malaise, qu'elle n'arrive pas à identifier, ni à comprendre, estimant avoir pour sa part déjà mis en œuvre tout ce qu'il était possible de faire en ce domaine : « *On a réalisé quasiment tout ce qui avait été identifié ; reste le stress, la souffrance au travail. Moi, je me dis alors : "On souffre, qu'est-ce qui se passe ?"* » [La directrice]

Il a été convenu avec la direction que l'enquête porterait sur l'ensemble de l'établissement, en privilégiant les services de soins ou ceux qui y concourent directement. Trente-neuf entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre décembre 2007 et avril 2008, soit avec un tiers des membres du personnel de l'établissement, de toutes les catégories professionnelles, que nous avons rencontrés au cours de face-à-face d'une durée allant de une à deux heures. Le dispositif a été complété par cinq demi-journées d'observation dans les services de soins, ainsi que par l'étude de documents et indicateurs de gestion fournis par la direction, les services RH et qualité, ainsi que par le médecin du travail. En juillet 2008, le diagnostic a été restitué à la direction et aux personnels, qui l'ont largement validé et il nous a été demandé de les accompagner dans la définition de pistes d'action. Deux réunions de travail ont eu lieu avec le groupe de pilotage, entre septembre et décembre 2008.

L'ÉTABLISSEMENT BEAUSOIN

L'établissement *Beausoin* est un centre de soins de suite privé, de structure associative, situé à proximité d'une petite ville rurale. Il emploie 93 personnes (76 équivalents temps-plein) et compte 80 lits, avec un taux d'occupation stabilisé autour de 90 %. Il dispose de six places en soins palliatifs, reconnues par les auto-

rités sanitaires. Son excellente image atteste de la grande qualité des soins qui y sont dispensés.

Agréé pour la première fois en 1950, l'établissement a été accrédité en tant que centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2001, puis il a été à nouveau certifié, en 2006, selon la nouvelle appellation, par la Haute Autorité de Santé. Une politique de management par la qualité a été mise en place, un poste lui ayant été dédié, de nombreux outils et une douzaine de groupes de travail spécifiques fonctionnant en permanence.

L'établissement, qui était encore une simple maison de repos il y a quelques années, est aujourd'hui fortement médicalisé (avec 4 médecins, 2 surveillantes, 15 infirmières, 26 aides-soignantes, 3 kinésithérapeutes et un ergothérapeute). Les personnels les plus anciens ont vu se transformer en profondeur non seulement le contenu de leur activité, mais aussi l'ensemble de l'organisation : les professionnels de santé se sont multipliés, la croissance et la complexité de l'activité ont nécessité des cadres fonctionnels toujours plus nombreux, la prolifération des normes et des procédures a codifié de plus en plus le travail. La totale autonomie dont ils disposaient a laissé place à une délimitation stricte des fonctions et à un système de 450 procédures, chaque acte devant être sécurisé par une traçabilité sans faille.

INNOVATION PERMANENTE ET ACTIVISME POUR OBTENIR LES DOTATIONS BUDGÉTAIRES NÉCESSAIRES

Sur le territoire où est situé l'établissement *Beausoin*, presque toutes les structures associatives ont désormais été rachetées par des groupes privés contrôlés par des fonds d'investissement. Cela constitue une menace perçue comme un enjeu essentiel par la direction, qui, soucieuse de préserver l'indépendance de l'établissement, s'emploie activement à agir au sein des réseaux et auprès des tutelles pour conforter sa position et faire reconnaître son excellence et sa spécificité.

« *Les enjeux, c'est que la structure soit reconnue. (...) Pour être reconnue, il faut effectivement que le nom de Beausoin soit cité partout ! Donc tout projet lancé par le ministère ou par l'ARH (2), on s'y inscrit (...). Donc on se retrouve avec des sommes de réunions à l'extérieur, à l'intérieur.* » [Un cadre]

Ne se contentant pas de relayer les multiples contraintes venues de l'extérieur qui pénètrent toujours davantage tous les niveaux de l'organisation, la direction s'est résolument engagée dans une stratégie d'innovation permanente, qui vise à se positionner à la pointe, dans tous les domaines. Elle s'efforce d'être pilote dans tous les projets lancés par les tutelles, en

(2) Agence Régionale de l'Hospitalisation.

mettant en place les outils les plus novateurs, qui lui permettront d'avoir une longueur d'avance sur ses partenaires et de conforter sa position, en obtenant le maximum de dotations budgétaires.

Son implication auprès des tutelles, qui l'a, par exemple, amenée à devenir expert-visiteur de la Haute Autorité de Santé ou à assurer la coordination du projet médical de territoire, et les éléments chiffrés qu'elle est désormais en mesure de fournir, dans tous les domaines de son activité, placent la direction de l'établissement en position de force pour négocier son positionnement stratégique dans les années à venir, ainsi que sa spécialisation sur des créneaux porteurs (comme les soins palliatifs et la cancérologie). Par ailleurs, la directrice, qui est rompue aux outils de pilotage et

à la stratégie, a fortement conscience du lien, très étroit et réciproque, existant entre la trajectoire de l'établissement et sa trajectoire personnelle (3) en termes d'opportunités de carrière ultérieures.

« L'ARH valorise (...) surtout la capacité à mener des projets, à développer la structure (...) et l'inscription dans le réseau régional (...) le fait de participer à des réunions du réseau, d'ouvrir l'établissement aux réseaux, de piloter des projets innovants et d'envoyer des salariés à l'extérieur » [la Directrice].

Sur le plan organisationnel, cette stratégie d'innovation permanente a conduit à un développement important

(3) Psycho-motricienne de formation, la Directrice a très tôt opté pour des fonctions d'encadrement (cadre de santé). Elle a suivi, en formation continue, un parcours de management et de contrôle de gestion de niveau Bac+5. Elle a, en parallèle, obtenu son premier poste de directeur d'établissement dans un petit centre de SSR aux capacités



© Annie Egell/CORBIS

« Le management est de plus en plus lointain ; il ne mesure plus l'engagement des salariés dans leur confrontation avec les contraintes inhérentes à l'activité. Il n'y a plus personne pour évaluer le travail et sa charge, ni pour entendre les difficultés éprouvées par les personnels et leur apporter le soutien qu'ils attendent. »

des services fonctionnels, administratifs et techniques, encore rares dans des établissements de cette taille, avec

notamment un poste d'ingénieur qualité, un autre en ressources humaines, ainsi qu'un contrôle de gestion alimenté par les données du PMSI (4).

La montée en puissance des outils de gestion, ainsi que celle de la régulation managériale qui accompagne leur déploiement, s'appuient sur un management de type participatif associant de manière systématique les personnels à la conception des dispositifs. La directrice, qui lance continuellement de nouveaux projets, qu'elle pilote en personne, reconnaît qu'elle impose un rythme intense à ses salariés : « *Toujours à fond, des projets... on y va, une espèce d'appétence à développer, avec du personnel qui a, des fois, du mal à suivre* » [la Directrice].

LES MANAGERS, ABSORBÉS PAR LES CONTRAINTES GESTIONNAIRES, DÉSERTE LA SCÈNE DU TRAVAIL

L'« appétence à développer des projets » de la directrice entraîne l'ensemble du management dans une dynamique de recherche des outils les plus performants, dans une logique de croissance et d'amélioration constante, stimulée par la réussite et les multiples sollicitations typiques des établissements-pilotes.

inférieures à celles de *Beausoin*. Après huit ans de direction à *Beausoin*, elle s'apprête à quitter l'établissement pour un autre, d'une taille encore plus importante.

(4) Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

Pendant, si cette 'course aux projets' est porteuse pour l'établissement, elle est très chronophage et ne laisse aux cadres, en interne, que peu de temps pour l'animation de leurs équipes.

Du fait de la taille de la structure, les cadres de proximité des équipes de soins et de service sont contraints à la fois d'assurer un rôle de gestion administrative des équipes et de l'activité, de prendre part à la définition de la stratégie et d'assurer des fonctions de de l'établissement à l'extérieur.

Parmi les difficultés exprimées en entretien par les salariés, il ressort fortement que les managers ne sont plus sur le terrain ; ils ne connaissent plus le travail, ses contraintes et les difficultés auxquelles les opérationnels sont confrontés. Ils n'ont plus le temps de s'y intéresser. La dynamique de l'équipe en pâtit et l'organisation du travail, aussi. Décision tout à fait exemplaire du phénomène « d'aspiration » des cadres par le haut de la hiérarchie de l'établissement : le bureau des surveillantes a été repositionné, en 2006, à l'étage de la direction, loin du lieu d'exercice de l'activité, ce qui n'a fait que renforcer le sentiment qu'elles sont désormais plus proches de la direction et de ses préoccupations que des équipes.

« Je pense que les cadres ne sont pas assez dans les services, maintenant elles ne peuvent peut-être pas non plus, tout dépend ce qu'on leur demande à côté. À côté de ça, elles sont très agréables, elles essaient de nous arranger » [une infirmière].

Une absence dont chacun perçoit les raisons, mais qui finit par être interprétée comme un désintérêt, ou comme un abandon. Le management est de plus en plus lointain ; il ne mesure plus l'engagement des sala-

riés dans leur confrontation avec les contraintes inhérentes à l'activité. Il n'y a plus personne pour évaluer le travail et sa charge, ni pour entendre les difficultés éprouvées par les personnels et leur apporter le soutien qu'ils attendent.

« Qu'est-ce qui reste à l'écoute ? Vous voyez, si vous faites la déduction, il ne reste pas grand-chose. » [une ASH (5)].

Les personnels de soins et de service, comme d'ailleurs leurs collègues des autres fonctions, expriment très vivement le sentiment d'un manque de reconnaissance de leur travail. Ainsi, les agents de service ont le sentiment de n'exister pour personne, malgré des discours vantant la part indispensable des tâches qu'ils assument au sein de l'établissement. On ne les voit même plus : ils sont devenus pour ainsi dire invisibles pour les autres catégories professionnelles, ils sont ignorés.

« Ça fait combien d'années qu'elle travaille là ?... elle prend sa blouse devant moi tous les matins, et elle ne savait pas où je travaillais ! » [Une

ASH, à propos d'une femme médecin].

« Personne ne me voit, à la limite. Ils ignorent que je travaille là ! Ils ne savent même pas que je suis venue ! » [une ASH].

On retrouve la même aspiration à la reconnaissance du travail réalisé chez les infirmières et les aides-soignantes, que leur fonction place pourtant au cœur des préoccupations de l'établissement.

« Je trouvais que s'investir comme on le fait, vraiment... J'ai trouvé que, vraiment, on était considérées comme



« On rencontrera souvent cette expression, symptomatique des difficultés actuelles des soignants : "on est des pions qu'on déplace sans se préoccuper", avec l'impression de ne plus rien maîtriser. » Infirmières d'un service pédiatrique.

(5) Agent de service hôtelier.

moins que rien. (...) Ça démontre bien qu'on n'est que des numéros » [une infirmière].

« C'est vrai que pour elle, bah, toc, au lieu d'un matin elle met un soir : un petit clic et puis ça y est. Mais je trouve qu'elle ne se rend pas compte des conséquences... (...) Ça renforce le sentiment d'être vraiment qu'un pion » [une infirmière].

On rencontrera souvent cette expression, symptomatique des difficultés actuelles des soignants (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2003) : *« on est des pions qu'on déplace sans se préoccuper »*, avec l'impression de ne plus rien maîtriser. Ce sentiment est renforcé par l'utilisation d'un instrument de gestion : ici, un logiciel de planning, qui a évincé la communication en face-à-face, la relation humaine.

L'ABSENCE DE COMMUNICATION ET DE DIALOGUE

Lorsque l'on interroge les salariés sur les sources de tension ou de mal-être dans leur activité, ils évoquent inmanquablement des problèmes de communication. La direction estime pourtant, de son côté, ne pas cesser de communiquer. Mais il s'agit d'une communication purement monologique et instrumentale, qui se limite exclusivement à deux canaux : l'affichage de notes de service et les instances officielles de représentation des salariés. Les personnels vivent cela comme une absence de volonté de dialogue de la part de la direction. Les affichages se sont tellement multipliés qu'ils ne les lisent plus et qu'ils dédaignent ce mode de communication, qui, culturellement, ne leur correspond pas (RAVEYRE, UGHETTO, 2003 ; ACKER, 2005).

Les cadres de proximité, pour leur part, ont relativement conscience des attentes de leurs équipes dans ce domaine, mais ils se gardent bien d'ajouter leur voix à la cacophonie provoquée par la multiplication des bruits de couloirs, qui se sont peu à peu substitués à la communication institutionnelle. Lorsque la rumeur prend par trop d'ampleur, la surveillante des équipes de soin le dira elle-même : *« Je me retire dans mon bureau et j'attends que ça passe »*.

Si l'information descendante est clairement en dysfonctionnement, la communication ascendante ne paraît pas meilleure : les salariés sont unanimes, lors des entretiens, à exprimer le sentiment qu'ils ne sont pas entendus.

« Nous, quand on nous demande de participer à des choses, on y va et nous, quand on dit que ça ne va pas, on a l'impression qu'on n'est pas entendus. On a l'impression que ça ne va que dans un sens » [une aide-soignante].

Ce sentiment exprimé à plusieurs reprises de n'être ni informé, ni écouté, ni compris est d'autant plus surprenant que l'établissement a mis en place de très nombreux dispositifs censés favoriser la participa-

tion. Ce ne sont pas, en effet, les possibilités d'expression qui manquent. Les personnels ont même l'impression d'être toujours en réunion. Ce que les acteurs cherchent à exprimer, lorsqu'ils évoquent une absence d'écoute et de dialogue, c'est plutôt la possibilité de faire entendre les exigences qui leur sont propres, les préoccupations qui naissent de leur activité quotidienne et qui sont parfois fort éloignées de celles de l'encadrement. Tandis que les managers élaborent des systèmes de pilotage permettant une transparence toujours plus grande de l'activité, afin de la transformer en données chiffrées et objectivées communicables à l'extérieur, les salariés sont laissés seuls face aux multiples contradictions qu'ils doivent affronter quotidiennement pour accomplir les tâches qui leur sont confiées, dans un contexte d'incertitude et de complexification croissantes. Ce qui fait l'objet des préoccupations réelles et quotidiennes des équipes n'est pas abordé lors des réunions des groupes de travail, qui, de fait, ne sont pas des réunions « sur le travail ».

QUAND LA DÉFIANCE S'INSTALLE...

Le contraste, à première vue assez paradoxal, entre l'absence de communication effective et l'abondance des lieux d'expression trouve également une part d'explication dans le phénomène du contrôle de la parole, largement répandu dans l'établissement. La crainte de s'exprimer, la suspicion vis-à-vis de l'utilisation qui pourrait être faite de ce qui est dit et le manque de confiance dans le management contribuent à renforcer le déficit de dialogue et de compréhension réciproque. Tous, du plus bas de l'échelle jusqu'à la direction, sont entrés peu à peu dans un cycle de défiance et de protection.

« Il y a des choses que je ne dis pas, je me méfie. De toutes façons, je suis devenue complètement parano ici, je me méfie de tout le monde. C'est triste, je n'ose plus rien dire, de peur que ça se retourne contre moi. » [Un médecin]

Cette situation est confortée par des épisodes symboliques, systématiquement évoqués lors des entretiens, qui alimentent le sentiment des salariés qu'en cas d'erreur de leur part, ils ne recevraient aucun soutien de la part de leur hiérarchie.

« Je pense que, on a déjà eu le cas, mais s'il y avait un gros pet auprès d'un patient, je suis sûre que les équipes ne seraient pas soutenues du tout. Ce serait la politique du parapluie, direct. (...) Donc si on monte des étages, les filles trouvent des soutiens entre elles quand même, heureusement, mais au niveau de toute la hiérarchie, non, je ne vois pas qui soutiendra qui. » [une femme du personnel paramédical].

« J'en suis intimement convaincue..., et non seulement de ne pas nous soutenir, mais même peut-être bien de nous mettre la tête sous l'eau. » [une infirmière].

La logique d'auto-protection et de dénonciation des erreurs d'autrui pour se couvrir soi-même a provoqué une utilisation inattendue d'un outil de gestion mis en place dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité de l'établissement : le dispositif de signalement des « événements indésirables ». Cohabitent ainsi, dans un même recueil des dysfonctionnements d'équipements, un décès ou un transfert de patient, aussi bien qu'une erreur dans l'administration d'un médicament ou un défaut de vigilance de la part d'un soignant. Cet outil est perçu par la plupart des salariés comme un dispositif utilisé dans une logique accusatoire et dénonciatrice.

« Ça fait un peu... ah bah tiens, elle a oublié et toc ! Je lui mets un événement indésirable. (...) Je trouve que ça fait un peu répressif. » [une infirmière].

Un tel sentiment d'être en permanence contrôlés et de vivre dans un climat de défiance conduit à une perte d'autonomie et d'initiative des acteurs, inévitablement défavorable à un établissement qui parie, comme il le fait, sur l'engagement et la mobilisation des compétences. La régulation autonome est étouffée par la régulation de contrôle ; la négociation n'est plus possible (REYNAUD, 1988). Toute tentative d'innovation, qui risque d'être perçue comme une déviance à sanctionner, apparaît dès lors trop coûteuse.

Déjà, on observe des signes de contestation et de démotivation de plus en plus manifestes, une mise en retrait par rapport à ce que demande le management, notamment dans les tâches considérées comme « parasites », par opposition à l'activité jugée fondamentale (RAVEYRE, UGHETTO, 2003) : la participation aux commissions, aux groupes de travail, aux formations...

« Je trouve que c'est dommage, quand on vient au boulot, qu'on n'est plus motivé pour faire quoi que ce soit. Je suis motivée pour faire mon travail, mais faire autre chose en dehors, pourquoi se casser la tête, alors que là-haut, on n'est pas reconnaissant de tout ce qu'on fait ? » [une aide-soignante]

D'autres salariés ont choisi de faire face à cette tension de manière plus active, en s'engageant dans des postes de représentation du personnel ou en adhérant à un syndicat récemment introduit dans l'établissement, qu'ont rejoint 20 % des salariés.

SORTIR DES PIÈGES DE LA « GESTIONNITE » S'AVÈRE DIFFICILE

Lors de la présentation des résultats de l'étude à l'équipe de direction et, peu après, à l'ensemble du personnel, l'image qui a été ainsi restituée a été largement validée. Parmi les pistes de réflexion proposées, il a été convenu qu'il était prioritaire de travailler sur la communication et le management, la reconnaissance et la

confiance pouvant être considérées comme en découlant. Il sembla essentiel de centrer l'action sur le rôle d'animation de l'encadrement de proximité, ce qui supposait de lui donner les moyens de dégager du temps pour lui permettre d'être davantage présent auprès des équipes, même si cela nécessitait de réduire le nombre et la durée des réunions portant sur des questions stratégiques et non opérationnelles. Il a été convenu que les cadres de santé réfléchiraient à un dispositif de mini-réunions de service, fréquentes et brèves, qu'ils présenteraient lors de la séance suivante. La directrice devait également revoir le fonctionnement du comité de direction et étudier avec ses collaborateurs les moyens de limiter le nombre et la durée des réunions, afin de dégager du temps pour les managers.

Deux mois plus tard, le « projet social » présenté par la direction lors de la séance de travail qui suivit se révéla symptomatique des pièges de l'activisme gestionnaire dans lequel s'était engagé l'établissement – un activisme que l'on pourrait qualifier, à ce stade, en raison de son caractère quasi pathologique, de « gestionniste ».

En fait de dispositif léger de discussion portant sur le travail entre les cadres de proximité et leurs équipes en vue d'une communication en face-à-face sur les problèmes rencontrés, il s'était avéré plus facile, pour la direction, de recenser pas moins de dix pages de dysfonctionnements (ne figurant bien sûr, pour la plupart, pas dans le diagnostic présenté) et une liste de 48 actions possibles, classées en six thématiques ! Ces propositions consistaient presque toutes en l'élaboration de nouvelles procédures, en analyses en vue d'optimiser les outils et les protocoles en place, ou en des actions de communication écrite. Les termes « formaliser, analyser, optimiser, contractualiser, identifier... » scandaient l'ensemble du document (cf. extraits, dans le tableau ci-après).

Le management, qui excelle à lancer constamment de nouvelles innovations, semble ne plus savoir répondre autrement qu'au moyen de nouveaux groupes de travail, de nouveaux affichages, de nouvelles chartes, procédures ou fiches de mission... Bien loin de redonner à l'encadrement sa capacité d'animation managériale engloutie par l'activité gestionnaire, de tels projets risquaient fort de rendre les managers encore plus absents du terrain et de renforcer, chez les salariés, leur sentiment d'une régulation de contrôle étouffante et impersonnelle.

Comment, face à une telle spirale, décharger les cadres et les faire retourner sur le terrain, les inciter à s'intéresser aux micro-problèmes quotidiens rencontrés par leurs équipes ? La difficulté est évidente, comme le montrent leurs discours au cours de réunions de travail, se focalisant exclusivement sur leurs propres préoccupations, pour l'essentiel gestionnaires et stratégiques, et bien peu sur celles des salariés, qui portent sur le travail réel.



Ce qui est ressorti des rencontres de l'équipe de recherche avec les salariés	Actions susceptibles de remédier aux problèmes constatés et/ou de répondre aux souhaits d'amélioration
Management	<ul style="list-style-type: none"> • Afficher et expliquer les contraintes financières et les marges de manœuvre possible ; • Mettre en place une commission d'achats et la faire fonctionner de manière permanente et durable ; • Reprendre les profils de postes (...), créer ou améliorer les outils permettant l'anticipation des départs (...).
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Créer et diffuser largement un « guide du bon usage de l'Administration » (...); • Faire connaître l'activité et l'organisation des services prestataires / centraux. Repérer, pour chaque service, les informations identiques souvent demandées afin d'optimiser la communication.
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser le contenu de chaque fonction, évaluer le temps nécessaire (...), la charge quantitative (...).
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la dynamique du groupe RH pour élaborer la démarche de préparation et de réalisation des plans de formation, (...), évaluation de la mise en œuvre (...).
Locaux, matériel et ergonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Réaménager et rééquiper les secrétariats administratifs et points d'accueil (...), évaluer le fonctionnement du réseau téléphonique (...), du système de distribution et de dotation du linge (...).
Climat social	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'une charte « des comportements professionnels » (...); • Mise en place de temps d'échange (à préciser).

Tableau 1 : Extraits du « Projet social en lien avec l'étude SORG – élaboration du plan d'action », décembre 2008.

QUAND LA GESTION CHASSE LE MANAGEMENT

La situation est finalement assez paradoxale : l'encadrement est de plus en plus occupé par un nombre croissant d'activités informationnelles, qui, d'une certaine manière, chassent les activités communicationnelles. Et les activités de gestion prennent le pas sur les activités de management, entendu comme l'animation d'une action collective finalisée.

Lorsque la communication est réduite à sa seule dimension informationnelle, purement monologique et instrumentale, elle ne permet ni la mise en discussion de l'activité et de ses contradictions, ni la prise en charge collective des tensions et l'élaboration de compromis et de perspectives communes concernant le travail. Par ailleurs, à *Beausoin*, la multiplication des lieux de discussion, loin de servir la bonne régulation du travail, contribue à éloigner les acteurs (en particulier, le management intermédiaire) des problèmes concrets de l'activité. Trop nombreux, trop déconnectés du quotidien du travail, ils sont le lieu de l'opérationnalisation des multiples projets portés par la direction en réponse aux incitations de la tutelle et ils

ajoutent au sentiment d'urgence ressenti par les acteurs, bien loin de leur permettre de le traiter. Le contraste criant entre les nombreux dispositifs de management participatif mis en place et ce sentiment qu'ont les salariés que personne ne les écoute ni ne connaît leur travail souligne bien tout l'enjeu et toute la difficulté de l'animation d'« espaces de discussion » (DETCHESSAHAR, 2003) sur le travail qui soient au plus près de l'activité.

Or, dans la mise en discussion du travail, les managers de proximité jouent assurément un rôle clef d'animation de la discussion et de remontée de ses conclusions. Face aux questions posées par la multiplication des contraintes et des tensions pesant sur le travail, il est en effet nécessaire que des solutions soient élaborées collectivement par les acteurs et que des compromis soient non seulement élaborés, mais aussi diffusés et relayés dans l'organisation de manière à faire évoluer réellement les contenus de travail, faute de quoi, les dynamiques discursives s'essouffent et peuvent même nourrir la méfiance des salariés vis-à-vis de directions ne répondant ni à leurs suggestions, ni à leurs plaintes. Laissés seuls face aux contraintes de l'activité, les collectifs se lézardent peu à peu et des dynamiques tout à fait délétères (conflits, harcèle-



ment...) peuvent s'y développer, sans que nul ne s'en saisisse, voire ne les repère. Les salariés souffrent beaucoup plus, finalement, de l'absence de management que de sa trop grande présence : la défiance qui s'installe, la démotivation grandissante et l'appel, incessant, à plus de reconnaissance et d'écoute en sont l'expression.

Lorsque les soignants dénoncent les évolutions de la fonction de cadre, qui passe d'une position de « cadre de soin » à une position de « cadre de gestion », ils dénoncent, en définitive, les évolutions d'un encadrement qui, avant, était là pour le soin et donc pour eux, qui est passé à un encadrement dont l'activité est désormais orientée et temporalisée en fonction des activités de gestion à destination de la direction et, plus largement, des tutelles.

En effet, au moment où les contraintes pesant sur l'activité se renforcent (contrainte gestionnaire et industrielle, contrainte marchande, contrainte événementielle), les cadres de proximité, comme « aspirés » vers le haut, s'éloignent de l'activité et des équipes, pour répondre à de nouvelles injonctions émanant des régulations macroscopiques. Ils ne jouent plus leur rôle de soutien et d'animation managériale, dont les salariés ont, pourtant, plus que jamais besoin. Le management est tout entier tourné vers le haut et vers l'extérieur (GLOUBERMAN, MINTZBERG, 2001), accaparé qu'il est par les « machines de gestion » (GIRIN, 1983) et plus personne n'est là pour manager en direction de l'intérieur, pour « organiser le travail d'organisation » et la coordination de l'activité.

Or, les contraintes structurelles s'expriment ici avec d'autant plus de force qu'elles rencontrent, à Beausoin, une direction qui, sur le triple terrain des compétences, de l'identité et de l'intérêt stratégique (SARDAS, 2004), est capable de leur donner du sens. Originaire d'un métier à la périphérie du soin, ayant entamé de longue date un parcours de « gestionnaire » et confrontée à la nécessité de conquérir une place et une légitimité face au pouvoir médical, tout conduit la direction à inscrire l'urgence de l'innovation de gestion à l'agenda de la structure. Effets de structure et trajectoire du dirigeant se combinent et se renforcent mutuellement, donnant aux nouveaux instruments de gestion une réelle emprise sur l'établissement.

Dans le même temps, si la dynamique d'innovation permanente et l'activisme gestionnaire du management produisent des effets largement délétères pour les salariés, rappelons toutefois que c'est aussi ce qui a permis à l'établissement de se doter d'atouts représentant aujourd'hui une opportunité considérable. Ses moyens matériels et humains supérieurs à ceux du secteur, notamment en matière d'encadrement, constituent de nombreux points d'appuis pour renverser la tendance. Il existe en effet déjà des postes de cadres de proximité que l'on peut recentrer sur l'animation des équipes, des espaces de discussion encore largement

fréquentés, à redéfinir et réorienter, une culture participative et une longue histoire d'implication des salariés dans la vie de l'établissement : autant d'outils nombreux et potentiellement efficaces, même s'il faut les réajuster.

Pourtant, si elle lui permet de conquérir des ressources et des marges de manœuvre, l'hyperprésence de la direction aux frontières de l'organisation la conduit à des choix d'investissement qui ne répondent pas aux attentes des salariés, parce qu'elle la maintient à distance du travail quotidien. Les ressources et les marges de manœuvre que les efforts de la direction ont conquises sont trop souvent utilisées pour produire des données demandées par les institutions de tutelle. Elles viennent nourrir un suréquipement gestionnaire visant à l'information de la tutelle, au développement de services fonctionnels pour installer et maintenir ces instruments et les alimenter en données, et elles entretiennent un activisme innovateur qui conduit à multiplier les groupes de travail au sein de la structure : autant d'éléments qui percutent comme une contrainte supplémentaire l'activité quotidienne des opérationnels... Bref, les marges de manœuvre conquises sont employées dans un sens qui ne soutient pas la régulation locale du travail et n'aide pas les salariés face à leur charge de travail. Bien au contraire...

Et c'est finalement la direction, elle aussi, et l'ensemble de son équipe qui souffrent, ne s'expliquant pas pourquoi les efforts intenses qu'elles ont déployés pour conquérir des ressources en externe ne sont pas reconnus par les salariés et ne leur valent pas une diminution de leurs plaintes et une amélioration du climat social.

Pour reprendre les termes de Reynaud, régulation de contrôle et régulation autonome ne se rencontrent plus, la première tentant, par une hyperactivité gestionnaire, de se saisir de toutes les dimensions de l'activité, sans être néanmoins capable d'appréhender ce qui préoccupe réellement les salariés dans leur travail quotidien et la seconde, privée de légitimité et de reconnaissance, s'épuisant peu à peu (REYNAUD, 1988). Tandis que la régulation de contrôle s'emballe, l'espoir d'une régulation conjointe s'éloigne et le malaise grandit de tous côtés.

Il y a désormais urgence à ce que la direction s'investisse dans la réanimation managériale de cet établissement malade de « *gestionnite* »... ■

BIBLIOGRAPHIE

- ACKER (F.), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, mai, p. 161-181, 2005.
- BABEAU (O.) & CHANLAT (J-F.), La transgression, une dimension oubliée de l'organisation, *Revue française de gestion*, n° 183, mars, p. 201-219, 2008.

- CLERGEAU (C.), DETCHESSAHAR (M.), DEVIGNE (M.), DUMOND (J.-P.), HONORÉ (L.) & JOURNE (B.), Transformation des organisations et santé des salariés : proposition d'un programme de recherche, *Actes du 17^e Congrès de l'AGRH*, Reims, 16-17 novembre, 16 p., 2006.
- CLOT (Y.), PROT (B.) & WERTHE (C.) (dir.), Clinique de l'activité et pouvoir d'agir, *Éducation permanente*, n° 146, janvier, 212 p., 2001.
- DEJOURS (C.), *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard Éditions, 280 p., 2000.
- DETCHESSAHAR (M.), L'avènement de l'entreprise communicationnelle, *Revue française de gestion*, n°142, janvier - février, p. 65-84, 2003.
- DETCHESSAHAR (M.) & JOURNE (B.), Une approche narrative des outils de gestion, *Revue française de gestion*, n°174, mai, p. 72-92, 2007.
- ESTRYN-BEHAR (M.), LE NEZET (O.), LORIOU (M.), BENDRIK (E.) & CAILLARD (J.-F.), Le travail de soins dans les hôpitaux locaux : Miroir grossissant des difficultés actuelles, *Gestions hospitalières*, n° 429, p. 603-611, 2003.
- GIRIN (J.), Les machines de gestion, in (M.) BERRY (dir.), *Le Rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*, CRG-École Polytechnique, rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie, 1983.
- GLASER (B.G.) & STRAUSS (A.), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1967.
- GLOUBERMAN (S.) & MINTZBERG (H.), Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Integration, *Health Care Management Review*, p. 56-69, 2001.
- GOLLAC (M.) & VOLKOFF (S.), Citius, altius, fortius. L'intensification du travail, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114 (1), p. 54-67, 1996.
- GROSJEAN (M.) & LACOSTE (M.), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Le Travail humain, 225 p., 1999.
- LENAY (O.) & MOISDON (J.-C.), Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier, *Revue française de gestion*, n° 146, mai, p. 131-141, 2003.
- LORIOU (M.), La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du *burn out* des infirmières, *Travail et emploi*, Avril (94), p. 65-73, 2003.
- MINVIELLE (E.), Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7 n° 1, pp. 8-22, 2000.
- PARADEISE (C.), La théorie de la régulation sociale à l'épreuve de la pratique, in (G.) de TERSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Éditions La Découverte, Collection Recherches, Paris, p. 41-49, 2003.
- RAVEYRE (M.) & UGHETTO (P.), Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières, *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3, juillet – septembre, p. 97-119, 2003.
- REYNAUD (J.-D.), Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome, *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, pp. 5-18, 1988.
- REYNAUD (J.-D.), Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe, in (G.) de TERSAC, *La Théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, Éditions La Découverte, Collection Recherches, p. 103-113, 2003.
- REYNAUD (J.-D.) & REYNAUD (E.), La régulation conjointe et ses dérèglements, *Le Travail humain*, Vol. 57, n° 3, pp. 227-238, 1994.
- SARDAS (J.-C.), Dynamiques identitaires et transformations organisationnelles, in (H.) POLTIER, (A.-M.) GUENETTE, (A.-M.) HENCHOZ (eds), *Travail et fragilisation*, Lausanne, Payot, pp. 137-158, 2004.
- STRAUSS (A.), *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par (I.) BASZANGER, Paris, Éditions de L'Harmattan, Collection Logiques sociales, 311 p., 1992.
- TERSAC (de) (G.), *L'Autonomie dans le travail*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Sociologie d'aujourd'hui, 279 p., 1992.
- TERSAC (de) (G.) (dir.), *La Théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, Éditions La Découverte, Collection Recherches, 448 p., 2003.
- UGHETTO (P.), *Faire face aux exigences du travail contemporain*, Éditions Réseau ANACT, 157 p., 2007.
- UHALDE (M.), Crise de modernisation et dynamique des identités de métier dans les organisations, *Revue de l'IRE*, 47 (1), pp. 135-154, 2005.
- UHALDE (M.), Quand gestion rime avec confusion, *Sciences Humaines*, n° 179, pp. 42-45, 2007.
- ZARIFIAN (P.), *Le Travail et l'événement. Essai sociologique sur le travail industriel à l'époque actuelle*, Paris, Éditions de L'Harmattan, 249 p., 1995.