



HAL
open science

Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant

Marc Loriol

► **To cite this version:**

Marc Loriol. Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant. Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant, Jul 2004, Tours, France. pp.225 - 232. halshs-00368391

HAL Id: halshs-00368391

<https://shs.hal.science/halshs-00368391v1>

Submitted on 16 Mar 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Congrès de l' AISLF (Tours, Juillet 2004) :

Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant

Marc LORIOU (CNRS/Paris I)

Laboratoire G. Friedmann (16 Bd Carnot, 92 340 Bourg-la-Reine)

A partir du milieu des années 1980, avec la mise place du budget global, les dépenses hospitalières ont fait l'objet d'une tentative de maîtrise accrue qui s'est traduite, entre autre, par un effort de rationalisation de l'offre de soins (Loriol, 2002). L'effet le plus visible a été la réduction de la durée de séjour des malades hospitalisés. D'où un surcroît de travail lié à une plus grande rotation des patients, une présence à l'hôpital concentrée sur les périodes qui nécessitent le plus de soins et d'aide à l'autonomie et une plus grande difficulté à établir un contact.

L'objectif principal de cet effort de rationalisation était de parvenir à un meilleur chiffrage des « coûts de production » des soins afin d'envisager un financement adapté à travers le « programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI) engagé depuis 1982. L'objectif du PMSI était de calculer un coût moyen par catégories comparables de pathologies traitées à l'hôpital. De cette façon, le pouvoir gestionnaire de tutelle peut opposer une norme – issue de la pratique médicale elle-même – au pouvoir médical et réduire ainsi la « zone d'incertitude » contrôlée par ce dernier. Au niveau national, le PMSI intervient dans la répartition entre Régions de l'enveloppe budgétaire attribuée à l'hospitalisation votée par le Parlement. Puis, pour chaque établissement, les coûts moyens par catégories de séjour sont résumés dans un « point ISA » (indice synthétique d'activité). L'écart entre le point ISA d'un établissement et la moyenne régionale permet ainsi de repérer les hôpitaux qui seraient sur dotés financièrement. Or le PMSI ne prend en compte que les activités médicales. Il devrait donc être complété, pour permettre le passage complet à un financement à l'activité, par des mesures de le « charge en soin ». Celles-ci ont été expérimentées à partir de différents outils depuis près de 15 ans. Parallèlement, tout un travail de formalisation du travail soignants à été entrepris afin de définir, à côté des normes comptables, des normes de qualité permettant d'évaluer les prestations d'un établissement ou d'un service en vue de son accréditation.

Le travail soignant devait être codifié, traduit en procédures et protocoles dont le respect aurait pu faire l'objet de traces écrites pour les rendre contrôlables, aussi bien d'un point de vue qualitatif que quantitatif. Or l'activité soignante, notamment infirmière, est complexe : Il est courant de décrire le travail de l'infirmière comme tiraillé entre trois grandes fonctions (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Dubet, 2002) : les actes techniques et d'hygiène, le travail relationnel et la fonction d'organisation et d'administration. Ces fonctions se télescopent et s'entremêlent au cours du travail. Il est ainsi préférable d'établir un contact relationnel lorsqu'un acte technique est effectué afin de ne pas transformer le malade en objet et pour obtenir sa participation. Souvent, l'infirmière est obligée, pour gagner du temps ou sous la demande d'autres acteurs (médecins, patients, collègues...) d'effectuer simultanément différents types de tâches ou d'interrompre une activité pour en effectuer une autre. Cela donne le sentiment d'un travail haché et peu suivi, non satisfaisant et générateur de fatigue nerveuse. D'autant plus que ces trois fonctions sont différemment reconnues et valorisées par les infirmières elles-même, les médecins, la hiérarchie ou les patients. Les actes techniques et d'hygiène sont à la fois les plus visibles et les plus simples à décrire dans la mesure où ils sont formalisables et reconnus par tous comme faisant partie du travail soignant (Loriol, 2000). Les plus techniques permettent de se distinguer des aides soignantes, des débutantes, des infirmières non spécialisées pour les infirmières anesthésistes ou de bloc opératoire, etc.

Quel peut être, dans ces conditions, l'impact d'outils de gestion et d'évaluation du travail qui doivent nécessairement s'appuyer sur un séquençage et une simplification des tâches ? Différents travaux (Boussard, 1993 ; Crawford, 1998) sur l'impact de dispositifs de gestion modélisant, pour

mieux mesurer les écarts à la norme, des activités de service public ont mis en évidence les effets paradoxaux de telles pratiques : individualisation de la productivité, réduction de la réalité du travail à ces aspects les plus visibles, marginalisation voire abandon des tâches mal comptabilisées... Du fait de sa complexité, de la forte dimension d'engagement personnel, de l'existence d'une rhétorique professionnelle forte, l'activité infirmière peut-elle être affectée, et en quoi, par ces procédures de quantification et de normalisation ?

A partir d'une vaste enquête par questionnaire sur les conditions de travail dans les établissements de soins¹, l'objet de cette intervention est de décrire la façon dont les soignants ont perçu et ce sont adaptés à cette tentative de codification et de normalisation de leur activité.

1) Mesurer et rationaliser la charge de travail

Depuis au moins 15 ans, tout un travail de formalisation des actes médicaux et soignants a été mis en œuvre au nom de plusieurs objectifs : tout d'abord faire apparaître, selon le jargon de certains gestionnaires, des « gisements de productivité » en mettant en évidence des actes qui seraient redondants ou inutiles, en pourchassant les dysfonctionnements organisationnels. Des études de charge de travail ont été menées afin de détecter les services qui seraient « sur-dotés » en effectifs. Les plus connus de ces dispositifs sont le PRN (projet de recherche en nursing) ou les SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne), calculés sur une journée de travail à partir de typologies codifiées des actes. Selon les soignants qui les ont testées, ces méthodes sous-estiment ou standardisent les temps passés en activités relationnelles et ignorent les temps perdus du fait des multiples interruptions.

Plus largement, l'utilisation de ces procédures s'est faite sur la base d'objectifs différents pour chaque catégories d'acteurs : si l'administration y a vu un moyen de développer une allocation rationnelle et optimisée des soignants, les cadres infirmier une méthode pour mieux connaître et objectiver le travail soignant notamment infirmier, les soignants pensaient que ces outils de mesure allait démontrer la réalité du sous-effectif chronique ressenti. Or dans un contexte de maîtrise des coûts, ces travaux ont surtout servi à légitimer le statu quo et à discréditer les revendications pour du personnel supplémentaire dans des services dits « sur-dotés ». D'où une désillusion de ceux qui s'étaient investi dans cette voie (Loriol, 2000) :

« Je ne pense pas que ce questionnaire change grand chose : depuis 13 ans que je travaille dans ce milieu, j'en ai fait des enquêtes, rempli des questionnaires, j'ai même été chronométrée sur une journée de travail, soit-disant pour avoir du personnel en plus, j'avais du mal à y croire. Pour que notre travail soit réalisable il faut du personnel. On aura beau réorganiser notre façon e travailler ou faire tous les plannings du monde, ça n'y changera rien. A l'heure actuelle, on parle de supprimer tous les contrats CES dans l'établissement (il y en a 16). Qui fera leur travail ? nous, comme d'habitude et après tout ça, on nous parle de qualité des soins » (Hôpital local IDE femme).

¹ Enquête européenne, initiée par Hans-Martin Hasselhorn de l'université de Wuppertal, ayant pour objectif de mieux comprendre les raisons qui poussent un certain nombre de soignants à quitter prématurément leur profession. Le volet français de cette étude, réalisée dans dix pays différents, est assuré par Jean-François Caillard et Madeleine Estryn-Béhar (médecins du travail) qui m'ont demandé de participer au comité de suivi scientifique et de prendre en charge l'analyse qualitative des questions ouvertes en complément de l'analyse quantitative et épidémiologique. Cette étude par questionnaire est composée de plusieurs étapes. Pour la France, 56 établissements ont été sélectionnés (appartenant à cinq régions françaises différentes) dans lesquels l'ensemble des soignants au sens large (infirmières, aide-soignantes, agents hospitaliers, et les divers personnels paramédicaux travaillant avec l'équipe soignante) ont reçu, en octobre 2002, un premier questionnaire. Puis, dans les douze mois suivant, tous les soignants quittant leur poste reçoivent un nouveau questionnaire afin de mieux connaître la nature et les raisons de leur mobilité. Enfin, en octobre 2003, ceux qui n'ont pas connu de mobilité recevront également un second questionnaire destiné à mieux connaître l'évolution de leurs conditions de travail et les causes de leur attachement à leur poste. Pour la première phase, 13 000 questionnaires ont été envoyés avec 5376 répondants. La même enquête a par ailleurs été lancée en parallèle auprès de 5000 soignants supplémentaires appartenant à l'Assistance publique (AP-HP).

De plus, ces mesures n'ont-elles pas eu d'influence sur les inégalités entre services : « Depuis bientôt deux ans, je travaille en court séjour, dans une unité de 20 lits (cardiologie), nous avons la chance de travailler dans une structure totalement neuve avec du mobilier neuf (lits à hauteur variable, douche dans chaque chambre...) donc je considère qu'il n'y a pas de grande pénibilité. Auparavant, je travaillais dans le même établissement dans le service de long séjour, alors j'estime que nos conditions de travail sont absolument incomparables : je suis passée de l'enfer au paradis. Je trouve hallucinant le manque énorme de moyens et de personnel en long-séjour où le travail est pourtant épuisant moralement et physiquement. Comment faire des soins de qualité auprès de personnes âgées fragiles qui ont besoin de temps, de réconfort, alors qu'il faut faire vite, être rapide et, par la même occasion ne pas être satisfait du soin que l'on peut donner. Après quelques années dans ces services, j'ai actuellement quelques soucis de lombalgies, mais d'autres ont des problèmes de santé beaucoup plus graves. Je me demande comment sont répartis les budgets entre le court séjour et le long-séjour. Il y a parfois suffisamment voire trop de personnel dans certains services où la charge de travail varie, alors qu'elle reste constante en gériatrie. La différence de moyens me fait hurler ! Qui va s'occuper de vous et moi quand on sera vieux ? » (CHG AS femme).

Parallèlement à ces mesures de charge de travail, une réflexion sur les normes idéales de bonne pratique infirmière –avec pour objectif de professionnaliser le travail soignant autour de la reconnaissance d'un « rôle propre »– a été menée par les « élites » de la profession (formatrice en école, directrices de soins infirmiers engagée dans l'action syndicale, etc.) sous la houlette de la direction des Hôpitaux. Tout un ensemble de concepts autoréférencés (diagnostic infirmier, approche globale, projet de soins, etc.) est alors proposé sans que leurs conditions de mise en œuvre concrète sur le terrain soient toujours très claires. Un sentiment croissant de distorsion entre les discours et les contraintes quotidiennes dans les services est exprimé par les soignants (Acker, 2003).

Les réponses fermées de l'enquête NEXT, montrent bien le sentiment de beaucoup de soignants de ne pas pouvoir faire leur travail convenablement du fait du manque de temps. 39,5% des soignants (et même plus de 50% dans les hôpitaux locaux) se plaignent ainsi de ne jamais avoir assez de temps pour réaliser toutes leurs tâches. De même, 54,3% des infirmières interrogées se déclarent insatisfaites, voire très insatisfaites, de ne pouvoir donner des soins adéquats. Les infirmières se sentent, en outre, débordées par les tâches administratives qui correspondent à leurs yeux au « sale boulot » dont elles aimeraient bien se débarrasser pour pouvoir concentrer tous leurs efforts sur ce qu'elles considèrent comme leur vrai métier : « s'occuper des malades ».

	IDE	Aides soignantes	Ensemble 55 établissements	P
Manque de temps pour parler aux patients	(2369) 26,8%	(1528) 31,1%	(5365) 28,3%	<0,001
Craintes de ne plus tenir moralement face aux patients	(1055) 55%	(708) 52,9%	(2542) 51%	<0,001
Perturbé par l'augmentation des tâches administratives	(2043) 56,9%	(777) 31,3%	(3772) 48,4%	<0,001
Craintes fréquentes des erreurs	(2374) 44,6%	(1543) 23,7%	(5323) 35,9%	<0,001

(source : Estryn-Béhar, Lorient, 2003)

Pour autant, les soignants ne se sentent pas pris dans un système taylorien qui les priverait de toute initiative. 97,3% des infirmières et 90,7% des aides soignantes déclarent devoir prendre des initiatives dans leur travail. 85,6% des soignants interrogés affirment décider eux-mêmes, au moins partiellement, de la façon dont ils doivent accomplir leur tâche ; 78,1% des soignants interrogés estiment avoir leur mot à dire sur le type de tâches à réaliser. Pour finir, 93,7% des répondants estiment pouvoir utiliser, au moins en partie, leurs compétences et leur savoir faire.

Par contre, c'est sur la question des rythmes de travail que les soignants interrogés déclarent le plus avoir des marges de manœuvre limitées. La pression à la productivité ne repose pas comme chez Taylor sur un découpage et une prescription minutieuse des tâches et des procédures (qui s'avère impossible à réaliser complètement et surtout à appliquer), mais se traduit plutôt par la nécessité de répondre à tout un ensemble de demandes (des médecins, des malades et de leurs familles, de la hiérarchie soignante, de l'administration, etc.), souvent concurrentes, plus ou moins pressantes, avec des moyens jugés insuffisants. C'est aux soignants, et non aux organisateurs du travail, de se débrouiller pour y parvenir tout de même.

Face à ce qui est souvent perçu comme une demande contradictoire –répondre à un nombre croissant de demandes sans moyens supplémentaires–, de nombreux soignants réclament une meilleure connaissance et organisation de leur travail de la part de leur tutelle et direction, une réflexion sur les moyens d'atteindre l'offre de service souhaitée. Cela aurait dû être le cas des procédures de contrôle de la qualité et d'accréditation des établissements de soins. Or il semble que les critères retenus dans ces évaluations soient restés réducteurs et surtout très formels.

2) Normaliser la qualité des soins

Au nom d'une démarche d'amélioration de la qualité du service rendu, en effet, tout un programme d'évaluation et d'accréditation des établissements hospitaliers est lancé à partir de 1996. Cette démarche a eu pour effet de formaliser un certain nombre d'attentes et d'exigences à l'égard des soignants, sans préciser suffisamment les moyens pour y parvenir. Le manque de temps pour parvenir à la pratique idéale est ainsi devenu plus flagrant, d'autant que la procédure d'accréditation a entraîné une charge accrue d'écriture pour les soignants.

« Le fait d'être écartelée entre les contraintes de temps (travailler vite) et le respect des protocoles de soin, ce qui provoque en moi un sentiment de culpabilité et stress presque permanent, j'éprouve assez souvent le sentiment d'être contrainte à bâcler mon travail : les patients ne sont pas pris en charge de la meilleure façon et leurs besoins ne sont pas tous satisfaits » (CHG IDE femme).

Ces différentes méthodes de mesure gestionnaire de la qualité des soins sont inspirées de travaux et d'expérience américaine en économie de la santé. Pour Carolyn Wiener qui a étudié des programmes similaires aux Etats-Unis, comme pour certains soignants interrogés dans notre recherche, ce vaste mouvement de codification comptable a produit essentiellement des changements dans la représentation de l'activité de l'hôpital, notamment en terme de traces écrites, plutôt que dans son fonctionnement concret. L'écart entre ce qui est écrit et ce qui s'est fait s'est accru, avec le risque de pervertir le sens de l'activité soignante (Wiener, 2000). Ces dispositifs de gestion seraient-ils sans grande incidence sur la réalité des soins ?

D'autres soignants, au contraire, expriment la crainte qu'à terme ces démarches n'affectent pas que les seuls aspects formels du travail, mais sa nature plus profonde : *« Nouvelles contraintes de qualité, protocoles, tâches administratives ++. Les soignants deviennent stéréotypés avec les consignes de « conduites à tenir », « discours tous faits » et « recherches de solutions toutes faites », nécessité de toujours tout mesurer »* (Clinique privée IDE femme) ; *« La pression psychologique de la bureaucratie : les sphères pensantes qui demandent aux institutions soignantes des protocoles, des procédures, etc. L'avenir des soignants est en danger : les soignants sont faits pour soigner et non pour s'engluer dans des procédures et des procédures. Des malades mourront car les nouveaux soignants sont formés pour remplir des papiers et des dossiers. Mais on ne pourra rien leur reprocher car les procédures auront été respectées. La santé publique se tue elle-même, elle étouffe sous les dossiers. Il faut arrêter de faire des protocoles pour les soignants qu'il y ait plus de temps pour les patients car c'est notre mission principale et nous la faisons très bien si on nous en donne le temps et les moyens »* (CHG IBODE femme) ; *« Les soins en psychiatrie sont devenus tellement protocolisés, rigides, inhumains. Le*

soin en psychiatrie, c'est maintenir un malade seul dans un studio ou le « garder » dans des services à la limite de l'incurie, entouré d'un personnel bien souvent en souffrance » (CHS Inf psy femme) ; « Uniformisation des soins en psychiatrie, faire entrer dans le même moule. Parler d'hygiène, du PMSI nous éloigne de l'essentiel l'humain » (CHS IDE homme).

De ce point de vue, la situation est sûrement différente suivant les types de service et de spécialisation des services. En psychiatrie ou dans les centres de la douleur, la rédaction de manuels d'accréditation peut être un véritable enjeu pour valoriser une stratégie thérapeutique par rapport à d'autres ou promouvoir certains choix de positionnement ou de sélection des patients. Définir les moyens (en temps de travail de différentes catégories de professionnels soignants et médicaux) en référence à telle approche thérapeutique (implicitement présentée comme la seule acceptable) disqualifie en effet les autres, surtout si elles demandent plus de temps et de moyens. L'existence de conflits d'écoles (approche psychanalytique, cognitivo-comportementale, organique, etc.), la diversité et la complexité des problèmes des patients expliquent pourquoi les soignants de psychiatrie se soient montrés les plus critiques à l'égard de l'accréditation. « *L'accréditation est une bonne chose, mais a ses limites car il est difficile de quantifier la charge de travail en psychiatrie vu que l'outil de soins est le soignant lui-même (ses regards, ses paroles, ses feelings, des entretiens informels...)* » (CHS IDE femme) ; « *Toutes les normes de sécurité extrêmes. Par exemple pour apprendre à un patient à élaborer un repas, cela devient impossible, hygiène oblige ! Ou alors cela demande en aval un projet écrit avec des heures d'écriture et de réflexion au dépend du patient* » (CHS IDE femme).

Dans les services médicaux d'aigus, les discussions portent plus sur des aspects « techniques » et moins conflictuels. Les soignants adhèrent globalement aux critères de qualité définis, mais en critique surtout l'iréalisme et l'inapplicabilité du fait du manque de temps. Ces soignants seraient même favorables au principe d'une démarche qualité, si elle permettait, à leurs yeux, de déterminer de façon plus solide le temps et les moyens pour faire un « bon travail soignant ».

« *Les tâches des infirmières ne sont pas assez définies ; la qualité des soins dépend du temps que l'on a pour s'occuper du malade. C'est un non-sens de parler d'accréditation, de la qualité des soins alors que l'on régresse. Exerçant depuis 1976, j'en sais quelque chose ! Moralement, on n'a plus la valorisation de notre travail : l'infirmière aujourd'hui n'est qu'une exécutante. Il faudrait absolument faire une semaine avec les horaires, les tâches des soignants pour se rendre compte de la fatigue physique et morale dans certains services* » (Clinique privée à but lucratif IDE femme) ; « *Le paradoxe entre « l'idéal » demandé (soins de qualité : être présent auprès du patient, répondre à ses besoins, qualité du dossier de soin, recueil des données, transmissions ciblées, diagnostic infirmier, plan de soins, guide...) et la réalité dans un service (augmentation des tâches administratives, diminution du temps de transmission –les équipes se croisent à peine-consécutives à la diminution du temps de travail). L'infirmière est de moins en moins auprès des patients, elle remplit ses dossiers ! Il faut rétablir un équilibre entre les tâches administratives (importantes en matière de traçabilité) et les soins, assurant ainsi un meilleur confort psychologique pour le soignant. Le temps passé auprès d'un patient n'a pas à être sacrifié au profit de tâches administratives toujours en augmentation. Cela entraîne parfois un sentiment de frustration à la fin de la journée de travail et des difficultés à pouvoir se détendre* » (CHG IDE femme). « *Le plus pénible est le nombre de formulaires qu'il faut remplir pour chaque intervention (plus ça va et plus les services se réfugient derrière les papiers). Les surveillants n'assurent plus qu'un rôle purement administratif (on se demande parfois s'ils ont été personnel de soins !). J'aimerais qu'au lieu de remplir des formulaires toujours plus nombreux pour se protéger d'un éventuel procès, on fasse la chasse à tous ces personnels qui ne se lavent pas trop les mains, qui sortent du Bloc op (couloir, rue) avec leur tenue et qui reviennent dans le bloc ou dans le service avec la même tenue. On éviterait un certain nombre de maladie nosocomiales, mais pour ça, il n'y a pas de formulaire ! J'aime la fonction d'IBODE, même si les conditions de travail sont parfois désagréables* » (AP-HP IBODE femme). Même pour les aspects les plus

techniques, donc, comme la lutte contre les infections nosocomiales, les procédures d'accréditations ne trouvent pas grâce aux yeux des soignants interrogés.

En conclusion, l'image que donne les soignants des tentatives de rationaliser et de normaliser leur activité est essentiellement négative. Si l'on estime parfois que les protocoles et les procédures peuvent être un guide utile pour les débutantes (Mercadier, 2002), les soignantes plus expérimentées ont le sentiment qu'elles ont surtout besoin de plus de temps et de moyens pour réaliser des tâches qu'elles pensent suffisamment maîtriser. La traçabilité peut certes avoir le mérite de protéger contre d'éventuelles poursuites, mais ne servirait pas la qualité des soins.

Pour beaucoup des soignants interrogés, les procédures d'accréditation auraient finalement surtout eu pour effet d'augmenter la charge de travail administrative. Le même phénomène a d'ailleurs été constaté dans d'autres pays (Allen, 2001). Mais certaines critiques vont plus loin : avec les procédures d'accréditation, on assisterait à une manifestation accrue des logiques médicales (valoriser le curatif, le technique) d'une part et gestionnaire (l'efficacité vue à travers ce qui peut être mesuré, quantifié), d'autre part, à empiéter sur la logique soignante.

En fait, la conjonction –et même l'imbrication– de ce mouvement de rationalisation et de codification avec les politiques de maîtrise des dépenses de santé semble en avoir brouillé la signification (Lojkine, 2003). En principe impliqué, les soignants s'en sont sentis dépossédés au nom de logiques dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas, qui leur échappent, qui semblent venir d'en haut. Ne voyant pas leurs objectifs confortés par ces nouveaux outils, beaucoup se sont sentis manipulés et se sont désinvestis du mouvement ; ce qui contribue encore à accroître le sentiment de normes imposées par des personnes ne connaissant pas les contraintes du terrain.

Références :

- Acker F., 2003, Les infirmières : une profession en crise ?, dans *La crise des professions de santé* (sous la direction de Jean de Kervasdoué), Paris, Dunod, pp 281-306.
- Allen D., 2001, *The changing shape of nursing practice. The role of nurses in the hospital division of labour*, Routledge, Londres, 206 p.
- Boussard V., 2003, « La mobilisation niée du sujet : malaises dans le travail », Communication aux IX^e journées de sociologie du travail (Evry).
- Crawford A., 1998, Culture managériale et évaluation, dans *Evaluer la police de proximité ?* (sous la direction de F. Ocqueteau), IHESI/La documentation française, pp.51-82.
- Dubet F., 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil.
- Estryn-Béhar M., Loriol M., 2003, « Evolution du métier d'infirmier, entre réalité et imaginaire. Analyse des résultats issus de l'enquête PRESSST », Communication au salon infirmier.
- Grosjean M. et Lacoste. M., 1999, *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, col. « Le Travail Humain », 230 p.
- Lojkine J., 2003, « L'appropriation des logiques gestionnaires et des logiques informatiques à l'hôpital. Le cas du PMSI », Communication aux IX^e journées de sociologie du travail (Evry).
- Loriol M., 2000, *Le temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, col. « Sociologiques ».
- Loriol M., 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, Ramonville, Erès, col. « Action santé », 168 p.
- Loriol M., Estryn-Béhar M. et Le Nezet O., 2003, Le travail de soins dans les hôpitaux locaux. Miroir grossissant des difficultés actuelles, *Gestions Hospitalières*, n°429 (Octobre) pp. 522-530.
- Mercadier C., 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Séli-Arlan, 287 p.
- Wiener C., 2000, *The elusive Quest. Accountability in hospitals*, New York, Aldine de Gruyter, 256 p.