



**HAL**  
open science

# Quelle cible pour le service à rendre ? Proposition pour un changement de paradigme

Régine Bercot

► **To cite this version:**

Régine Bercot. Quelle cible pour le service à rendre ? Proposition pour un changement de paradigme. R. Bercot, N.Rahou Le travail de service, ANACT, pp.109-119, 2014, 978-2-36889-119-3. halshs-01440960

**HAL Id: halshs-01440960**

**<https://shs.hal.science/halshs-01440960v1>**

Submitted on 19 Jan 2017

**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.

**Quelle cible pour le service à rendre ?  
Proposition pour un changement de paradigme**

**Régine Bercot,**

Professeur de sociologie à l'Université de Paris 8,  
Laboratoire CRESPPA-équipe GTM (UMR CNRS 7217)

Les précédentes contributions ont montré que la qualité du service est liée aux modalités de sa construction, ce qui conduit pour l'améliorer à prendre en compte le travail de ceux qui le rendent concrètement et qui peuvent l'ajuster aux diverses situations rencontrées. Nous partirons aussi du constat selon lequel la définition d'un service rendu fait rarement l'objet d'un débat organisé. La thèse que nous développerons ici vient en appui de ces précédentes remarques. Nous pensons en effet que l'on ne peut construire un service de qualité si les salariés eux-mêmes ne figurent pas également comme cible du service à rendre, et ceci même si cette cible ne se situe pas tout à fait sur le même plan que les clients ou les usagers (en fonction des contextes). Les personnes au travail, quand elles le peuvent, tentent d'aménager l'organisation pour la rendre plus efficiente et la rendre viable pour leur action et leur protection. Ce fait abondamment analysé par les sociologues est encore minimisé voire ignoré par les managers d'entreprise. Nous voudrions aller plus loin en proposant ici une autre manière de penser l'objet du service.

Lorsqu'on considère les manières d'argumenter et de se positionner des acteurs dans l'organisation, tous déclarent choisir des orientations, des pratiques pour servir le client ou l'utilisateur. Dans les faits on verra qu'il n'y a pas que cette seule raison considérée comme la plus légitime pour fonder une action, mais une pluralité de logiques moins avouées car considérées comme moins légitimes et de ce fait non dites et *a fortiori* non débattues dans l'organisation. Nous proposons donc de mettre à jour ce côté invisible des logiques de l'action en le liant explicitement à la manière de définir le service aux différents niveaux de l'organisation.

Cela conduirait à changer de paradigme et à définir le service non pas comme un service aux usagers mais comme un compromis entre service à l'utilisateur et service au travail organisé. Le service dans sa définition, pour être efficient et efficace, ne doit-il pas l'être à la fois en référence à l'utilisateur et en référence également à ceux qui le mettent en œuvre. Cette manière de penser le service conduit à modifier la place accordée aux salariés dans la définition concrète du service. Si les salariés prennent déjà souvent part à la définition des actions qu'ils promeuvent notamment dans des actes de soin et d'éducation (pour exemple le métier d'enseignant, celui d'aide soignante), on ne se demande jamais comment en servant l'utilisateur on peut au mieux servir l'action des professionnels comme si le confort de ces deux acteurs n'était pas complètement imbriqué. Il nous paraît fondamental de revenir sur la définition du service en nous demandant comment on peut dans la définition du service et donc dans sa construction faire une place à ceux qui le rendent, ceci afin d'obtenir un système intégré de service fonctionnant sinon en harmonie, du moins en plus grande synergie.

Si l'on considère que le service à l'utilisateur est le cœur de cible du service mais aussi du fonctionnement organisationnel, il s'agit de considérer la manière dont *l'action des différents protagonistes peut être également servie par l'organisation et le travail. On peut*

*ainsi considérer le service final dans sa double dimension : service à l'utilisateur et service rendu au travail (avec le statut d'intermédiaire et facteur de construction du service). Ainsi le service ne serait plus uniquement celui du service à l'utilisateur et au malade mais celui du service au travail, les deux étant considérés comme intriqués.*

L'organisation des blocs opératoires sur laquelle porte notre contribution met en évidence les congruences entre service à l'utilisateur et service à ceux qui travaillent. Tous les acteurs n'ont pas la même représentation du service que doit rendre le bloc opératoire. Nous mettrons en évidence les termes du débat concernant l'objet du service, débat qui s'organise autour des finalités du service et donc savoir « qui » le bloc doit-il servir ? La construction du service fera l'objet de négociations et supposera une construction par deux catégories d'acteurs, les chirurgiens et les équipes du bloc (infirmières et cadres infirmières). Les tensions qui traversent la définition du service par les acteurs reflètent des logiques différentes périphériques au service, certes, mais articulées à lui. De ce fait, il est essentiel de les comprendre : logiques financières, professionnelles, de conditions de travail, de santé au travail, de moyens. Nous verrons ensuite que malgré des logiques contradictoires portées par des intérêts parfois catégoriels, des négociations interviennent pour construire des modalités de régulation à deux temps : la règle et l'aménagement de la règle.

### **Le service rendu par les blocs opératoires : une ambiguïté concernant le destinataire.**

Des tensions apparaissent dans la construction du service lorsqu'il existe plusieurs destinataires dont la satisfaction des besoins apparaît contradictoire.

Nous prendrons appui sur un travail de terrain mené dans deux hôpitaux et une grande clinique : un CHU parisien, un hôpital du nord de la France, une clinique à l'ouest de la France. On a pu observer le fonctionnement des organisations avec ou sans planification des interventions au bloc opératoire. La mise en place d'une planification s'accompagne de la mise en place de logiciels permettant d'organiser la répartition des interventions chirurgicales dans les salles ; cette orientation déstabilise les pratiques anciennes. En interrogeant les différents acteurs sur leur rôle et sur le fonctionnement des organisations, nous avons pu revenir sur la place que chacun pensait occuper dans l'organisation et le service au patient.

Nous allons donc considérer dans un premier temps la multiplicité des acteurs concernés et leur point de vue concernant la réponse à la question : A qui rendre le service, quel est l'objectif principal du service du bloc ?

On peut distinguer cinq acteurs ayant des points de vue différents.

#### **La direction de l'hôpital et les orientations de gestion : un acteur à servir**

Le service étant construit dans le cadre d'un rapport salarial, les soignants sont censés respecter les consignes qui leur sont données ainsi que les orientations. Leur action se situe aussi dans un cadre défini par un ensemble de moyens, un cadre hiérarchique avec des protocoles orientant les prises de décision et la répartition de l'activité de travail. Les directions ne sont bien souvent pas considérées comme faisant partie des acteurs à servir car c'est le rapport social qui lie direction et salarié qui est privilégié dans l'analyse des

relations. Cependant, si on prend comme référence le cadre de la décision pour les salariés, les directions font partie des acteurs que les salariés servent avant même de servir l'utilisateur, le client. Cette perspective rejoint les analyses de Goffman (1968) qui faisait remarquer que pour servir une personne, il était nécessaire de s'adresser et de contractualiser directement avec elle. En situation de salariat, l'intervenant ne sert pas uniquement la personne concernée mais l'employeur apparaît également comme un acteur à servir.

Dans le cadre de l'hôpital ou d'une clinique, les salariés sont expressément sollicités pour partager leur temps entre le service au malade et le report d'informations, la gestion des services. Les services qu'ils rendent le sont donc autant aux malades qu'à l'administration ou à des collègues amenant parfois certains médicaux ou para médicaux à s'interroger sur ce qui constitue le cœur de leur métier.

### **Le chirurgien (2<sup>e</sup> type d'acteur) : servir la demande et l'activité d'un professionnel**

Un chirurgien effectue le cœur de sa mission dans le cadre du bloc opératoire, c'est dans ce lieu que se font ses interventions chirurgicales. Aussi, traditionnellement chaque chirurgien a-t-il tendance à considérer que ce lieu doit être sécurisé et adapté à ses besoins. Aussi, en fonction de leurs emplois du temps, les chirurgiens ont-ils eu l'habitude de requérir la disponibilité d'une salle de bloc quand ils en avaient besoin, de même qu'ils sollicitaient régulièrement les personnels qui leur convenaient, ceux qu'ils considéraient comme étant le mieux, « à leur main ». Ces habitudes sont en fait des manières de se réassurer et de s'assurer que des complications liées aux moyens ne vont pas surgir et entraver l'activité. Ceci explique que les chirurgiens sont demandeurs d'un service individualisé avec une certaine flexibilité concernant les réponses à leurs demandes.

Cependant, contrairement aux représentations que l'on s'en fait parfois, le bloc opératoire d'un hôpital ou d'une clinique est un service mutualisé. En effet, bien que le chirurgien soit un intervenant central - celui sans qui rien n'aurait lieu au bloc- le lieu ne lui « appartient » pas au sens où il ne s'agit pas d'un territoire propre dédié à sa spécialité chirurgicale ou à ses propres interventions (Bercot, 2009). Aussi, chaque chirurgien se sert d'un espace mutualisé géré par un.e cadre infirmier.e. Cette séparation entre services – service d'hospitalisation dédié à une spécialité et service du bloc opératoire partagé par l'ensemble des spécialités et des chirurgiens - est à l'origine d'un premier malentendu concernant les objectifs du service rendu par le bloc. En effet, dans les organisations hospitalières les services d'hospitalisation sont des services conçus et gérés autour d'une spécialité et chaque responsable de spécialité est d'une certaine manière maître chez soi (Freidson, 1984). Le contexte du bloc est fort différent puisqu'il s'agit d'un service fonctionnel.

Le service à privilégier est de ce fait celui de l'ensemble des chirurgiens. Or, le service spécifique rendu à l'un des chirurgiens peut se traduire par une détérioration du service rendu aux autres chirurgiens mais aussi aux patients.

### **Troisième acteur : l'ensemble des chirurgiens**

Le service à l'ensemble des chirurgiens diffère de la somme des services rendus individuellement aux chirurgiens. En effet, le service à l'ensemble se construit désormais dans la mise en œuvre d'une planification afin de pouvoir anticiper les variabilités des présences des personnels mais aussi afin de rendre les salles et les instruments disponibles

dans de bonnes conditions. La planification favorise une occupation plus rationnelle des salles et sur des plages horaires plus importantes. Des salles et des instruments coûteux seront ainsi mieux utilisés et rentabilisés. Les chirurgiens du public sont souvent sensibles à ces arguments économiques, de même que ceux du secteur privé qui peuvent être propriétaires ou associés aux résultats économiques de la structure dans laquelle ils interviennent.

En construisant un programme opératoire une semaine à l'avance on s'assure aussi de la bonne disponibilité des salles sur une plage horaire suffisante pour effectuer les interventions, les nettoyages de salle, la préparation des instruments. On peut facilement préparer les documents afférant aux patients et aux produits et permettre ainsi la traçabilité exigée par les normes. L'environnement de l'intervention gagne ainsi en sécurité et en hygiène.

La programmation est favorable également à un meilleur service au patient. En effet, si l'organisation est bien huilée, la probabilité d'attente du patient est fortement réduite. Lorsque la programmation des blocs est mal gérée les flux ne sont plus aussi bien maîtrisés et il peut arriver que deux patients se présentent simultanément au bloc dont l'un devra rebrousser chemin ce qui n'a rien d'agréable ni de rassurant pour le patient et ses proches, ces derniers attendant le résultat de l'intervention, parfois avec inquiétude.

Les chirurgiens dans leur ensemble sont le plus souvent convaincus du bien fondé d'une telle rationalité, ce qui les conduit à participer à l'édiction de règles concernant la planification des blocs opératoires. Elles s'inscrivent dans des chartes signées par les différents acteurs collectifs du bloc, visent à établir de bonnes pratiques sur la ponctualité des interventions, les modalités de programmation des interventions, l'usage de l'espace et du temps d'intervention.

Cependant les divergences entre l'accord collectif des chirurgiens et les besoins qu'expriment individuellement certains de ces professionnels génèrent des tensions importantes. Un chirurgien peut ainsi requérir une salle sur une plage horaire qui ne lui a pas été attribué, il peut intervertir très tardivement deux interventions, deux malades mettant ainsi à mal la préparation et la planification, posant aussi parfois des problèmes importants de disponibilité des salles. Ce faisant le chirurgien invoque parfois l'urgence, le bien du malade, met en avant sa légitimité professionnelle et son savoir d'expert. Les objectifs s'ils peuvent paraître rationnels quand ils sont analysés de l'extérieur (améliorer l'usage du bloc opératoire qui est un service mutualisé) peuvent donc révéler à l'usage des logiques et intérêts contradictoires nécessitant des arbitrages. En effet trop d'individualisation du service tend à tuer la qualité du service dans son ensemble ; à l'inverse une absence totale d'exception dans le fonctionnement se traduit par ce qu'on appelle couramment un manque de flexibilité ou une rigidité de l'organisation.

#### **Quatrième acteur : Les personnels du bloc**

Les personnels (les cadres infirmiers, les infirmières de bloc (IBODE ou IDE, les aides soignantes notamment) sont très demandeurs d'une certaine prévision dans leur activité afin de pouvoir anticiper les événements et réduire le plus possible les événements qui perturbent l'organisation car ils sont facteurs de surcharge de travail.

Déplacer deux interventions ou en intervertir deux suppose de reconcevoir les plannings du personnel, de repenser les occupations des salles et préparer à nouveau les chariots de

matériels prévus pour les interventions. Nous avons pu constater que des changements trop nombreux se traduisaient par une perte de maîtrise de l'activité et des conditions de sécurité et d'hygiène. Cela s'accompagne d'un sentiment d'échec dans l'activité ; cet échec, lorsqu'il se répète trop régulièrement, finit par se traduire par une remise en cause de soi pour les personnels. La planification introduit un certain confort dans le travail, une certaine sérénité : ne plus s'épuiser à faire des chariots d'instruments pour une intervention puis à les défaire et les recomposer au dernier moment parce qu'un autre type d'intervention vient remplacer celle qui était prévue. Il est donc souhaitable pour les personnels de pouvoir gérer et anticiper leur activité. En outre, la précipitation liée à un mauvais fonctionnement peut être une occasion d'erreurs de transmission d'informations concernant le suivi de la trajectoire du malade, elle peut s'accompagner d'une impossibilité à maintenir les normes d'hygiène et de stérilité.

Ces différents éléments entrent dans le service au malade car ils participent de la sécurité de l'environnement et de l'absence de maladies nosocomiales, de la vigilance vis-à-vis des opérations qui entourent les interventions, du suivi et de la mémoire concernant la trajectoire du patient.

Les tensions qui traversent cette définition du service reflètent des logiques différentes selon les acteurs : financières, professionnelles, de conditions de travail et de santé au travail, de moyens.

### **Et le patient... bien entendu**

Le patient est toujours invoqué dans les argumentaires et tous ces acteurs ont une certaine légitimité à invoquer le service au malade ; celui-ci a en effet besoin de la sérénité d'un chirurgien, de la disponibilité des salles bien équipées, de minimiser son temps d'attente, et d'obtenir de bonnes conditions d'hygiène et de suivi.

Il existe une réelle complexité à construire la définition du service en tenant compte des différentes logiques et des besoins des différents personnels ; pour les chirurgiens il s'agit d'obtenir un personnel en lequel ils ont confiance, maximiser leur temps de travail et gérer leurs interventions pour mieux organiser leur activité. Pour les personnels du bloc, il s'agit d'assurer une planification des interventions dans le temps pour mieux occuper les salles, réduire les attentes patients, rendre l'utilisation du temps des para médicaux plus efficiente (la direction, les salariés du bloc). Cependant, l'ensemble de ces différents acteurs expriment des rationalités dont l'objectif pourrait converger et ceci même si les solutions préconisées apparaissent parfois antinomiques.

### **Congruence et modalités de résolution des tensions**

La réflexion et le travail d'organisation ont été pris en charge progressivement par les cadres de bloc et les chirurgiens. Il s'agissait de dépasser des points de vue différents et de construire une régulation conjointe (Reynaud 1989). Ce travail a permis de faire émerger un accord possible concernant des principes de régulation à mettre en œuvre.

### **Congruence entre la direction de l'établissement et les équipes du bloc**

Dans ce cas précis, celui de la planification des interventions chirurgicales, il existe une cohérence entre les objectifs des directions, ceux des cadres de blocs et les personnels qui y exercent leur activité. Le confort de travail du personnel et un meilleur accueil du malade apparaissent liés dans cette démarche d'organisation. Cette congruence d'intérêts et d'objectifs s'est traduite par un travail d'organisation de l'équipe du bloc (Bercot 2009).

Ainsi le processus de mise en œuvre d'une nouvelle régulation adaptée au service qu'il doit rendre à des acteurs diversifiés prend des formes relativement semblables dans les différents lieux étudiés.

Au départ l'absence de régulation fait l'objet d'un diagnostic mettant en évidence les défaillances d'occupation et les problèmes de conditions de travail pour les équipes de bloc. La cadre de bloc devient ainsi très vite l'acteur de la rationalisation et du changement afin de mieux maîtriser l'activité du service dont elle a la responsabilité. La construction de la régulation passe ensuite par une phase d'échange entre cadre infirmière et chirurgiens faisant partie du comité d'organisation du bloc. Une charte élaborée collectivement permet d'afficher les bonnes pratiques de part et d'autre afin d'introduire les modalités de mise en œuvre de la régulation des flux de malades. Cette charte signée engage en principe les membres intervenants au bloc tant les chirurgiens, les anesthésistes que les personnels paramédicaux. Tous les chirurgiens sont censés s'y conformer. Cependant certains acteurs refusent régulièrement de s'y conformer ou cherchent à renégocier leur place de manière régulière, à introduire des modifications dans l'ordre de leurs interventions au tout dernier moment. Se joue alors une négociation dans laquelle les cadres infirmier.e.s cherchent à faire valoir le respect de la charte. Il arrive cependant couramment que les cadres infirmiers ne parviennent pas à convaincre ou à imposer le respect des procédures. Elles feront alors appel aux chirurgiens qui jouent un rôle dans l'organisation par une participation à un comité de bloc. On comprend que ce soutien peut être nécessaire pour faire poids entre des cadres et des chirurgiens qui n'ont pas le même statut, ni le même prestige (Bercot, Mathieu-Fritz 2008). Si la cadre infirmière argumente en insistant sur l'équilibre de l'organisation d'ensemble, le chirurgien peut toujours invoquer une raison d'ordre médical dont le fondement lui appartient. Il peut ainsi jouer l'expertise médicale contre une légitimité rationnelle d'ordre organisationnelle (Weber 1971). Seuls les collègues chirurgiens peuvent argumenter selon un même ordre de légitimité.

Les membres de l'équipe s'appliquent donc à faire respecter la charte de bloc par chaque intervenant au bloc et ils effectuent un travail d'organisation non seulement en interne mais aussi à l'extérieur du bloc. Pour ce faire, ils interviennent auprès des services concernés par l'activité en amont ou en aval du bloc. Pour exemple, des veilles et des relances auprès des services d'hospitalisation qui sont les interlocuteurs permettent de fiabiliser l'arrivée à l'heure du patient dans de bonnes conditions. Enfin l'équipe du bloc a mis en place un accueil spécifique des patients à l'hôpital pour le bloc. Cela a supposé une négociation avec la direction de l'hôpital et la mise à disposition d'une personne dédiée. En effet, améliorer l'accueil et la construction du service au niveau de la structure ne suffit pas. Il est également nécessaire de prévenir les patients des contraintes (toilette, régime alimentaire avant l'intervention). Il s'agit également d'une sorte de socialisation du patient afin de prévenir les défaillances vis-à-vis des engagements et des rendez-vous pris. Ce sont toutes ces raisons qui conduisent l'équipe du bloc à instaurer un accueil dédié des malades et doubler ainsi l'accueil traditionnel à l'hôpital.

Cette démarche d'organisation dans des directions multiples – planification, création d'une antenne à l'accueil, mise en place d'une meilleure coordination avec les autres services en amont et en aval du service du bloc- ne signifie pas un fonctionnement quotidien sans heurts.

### **Quelle régulation des personnels du bloc ?**

L'équipe de soignants du bloc opératoire, cadre infirmier et infirmier fait couramment face à des contradictions, des perturbations de son activité et intègre ces dysfonctionnements. Les règles construites ne s'appliquent pas mécaniquement mais donnent lieu à de continuelles négociations (Strauss 1992). Ainsi, l'intégration dans l'activité des événements indésirables est très courante. La planification peut en réduire considérablement l'ampleur et le nombre ; mais la posture des salarié.e.s du bloc reste la flexibilité. Il s'agit d'une habitude de fonctionnement basée sur un principe de réalité. En effet, une absence totale d'individualisation du service au chirurgien peut générer des conflits et des tensions qui amènent finalement une détérioration du service. Aussi les infirmières ne refusent pas systématiquement les changements demandés assurant ainsi une certaine flexibilité du service rendu. Cependant cette flexibilité est limitée. Elle dépend des possibilités et de la capacité à organiser les moyens nécessaires au fonctionnement d'ensemble.

Comment donc les personnels infirmiers et cadres infirmiers interviennent-ils pour articuler règle et exception ? Les urgences ne peuvent pas en principe déstabiliser la planification des interventions car elles sont programmées en fin de journée, après le temps dédié à la planification. Une urgence vitale imprévue n'est pas concernée par ces règles, elle s'impose de fait.

A partir d'un accord pris sur le service à rendre, l'accord formalisé peut être remis en question par l'activité et ce sont les personnels de bloc qui vont apporter une contribution spécifique et juger en dernière instance comment articuler les demandes de service *ad hoc* avec les règles de fonctionnement établies pour un meilleur service général. Ceci suppose un arbitrage fondé sur des critères qui mêlent rationalité, appréciation de la situation à partir des faits et des jugements subjectifs. Ainsi, la réponse à une demande ne portera pas seulement sur le contenu de la demande mais elle est appréciée à l'aune des comportements antérieurs et habituels de la personne qui la porte. La construction d'un périmètre de service est donc liée à un arbitrage en situation mais en introduisant dans le jugement la mémoire des situations passées. Les personnels de bloc repèrent très vite les chirurgiens pour lesquels les demandes de changement sont une exception et ceux qui systématiquement demandent des changements dans le programme opératoire parfois au dernier moment.

En conclusion

Après avoir montré d'où vient l'ambiguïté de définition du service et quelles représentations diverses se font les acteurs des modalités de construction de ce service, nous avons vu que l'on ne peut penser le service uniquement de manière séquentielle comme un lien entre



*back et front office* qui convergerait *in fine* vers le service à l'utilisateur. Nous proposons une autre vision paradigmatique dans laquelle chaque intervention au sein de l'organisation est considérée comme tentant de servir plusieurs objectifs (dans une pluralité de logiques) dont celui du service au client ; cette perspective nouvelle donne un statut reconnu à différents critères de choix ; si on privilégie actuellement la voie des directions, on voit à travers notre exemple qu'il existe de fait une multiplicité d'autres critères possibles pour orienter la construction du service.

En accordant une légitimité aux métiers et aux préoccupations diversifiées des professionnels on rapproche les critères de choix et d'arbitrage des mises en situation et de l'activité réelle. On permet de débattre de critères qui apparaissent fortement légitimes pour les directions mais ne sont pas toujours reconnus comme tels par les salariés (et qu'ils peuvent considérer comme injustes et problématiques). Une telle démarche permet de construire des accords fondés sur des points de vue exprimés et discutés avant l'édition de règles.

*Ignorer* l'activité des salariés conduit à ignorer un des éléments clés de la réussite du service. L'objectif du service doit en effet pour emporter l'adhésion des salariés –condition de la production et de l'investissement de leur énergie et de la construction du soin et du service- leur apparaître respectueux de leur activité et donc en cohérence avec les logiques de travail qui sous-tendent la production du service.

-----  
Bercot Régine « Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles. » *Sciences de la société*, 2009, n° 76 - p. 54-65, La rationalisation des organisations hospitalières

BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A. *Le prestige des professions et ses failles. Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues*, éd. Hermann, collection société et pensées, 313 p., 2008.

Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

Goffman E., (1968), *Asiles, Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit.

Reynaud J.D. *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin, 1989.

Strauss A. (1992), *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan (Logiques sociales), textes réunis et présentés par BASZANGER I., Paris, 319p.

Weber M. *Economie et société*, Paris, Plon, 1971.