

Communication managériale de la refondation du système de santé : une « fabrique de la défiance » pour les professionnels de la santé ?

Résumé.

Dans un contexte de crise du secteur de la santé, les discours managériaux des institutions de santé visent à « redonner du sens » au travail de leurs professionnels. Ces discours, que nous appelons « discours de la refondation », accompagnent les réformes institutionnelles européennes et françaises depuis les années 1990. Cet article traite du contraste entre rhétorique institutionnelle et dégradation des conditions de travail en santé. L'hypothèse ultime de l'étude est que ces discours de refondation participent de la défiance des personnels à l'égard de leur institution, au lieu de soutenir les interactions professionnelles en son sein.

Mots-clés : défiance organisationnelle, New Public Management, communication de la santé, discours de la refondation

Abstract.

In a crisis context in the health sector, managerial discourses of health institutions aim at "giving back sense" to the work of their professionals. These discourses that we call "Refoundation discourses" accompany European and French institutional reforms since the 1990s. This article deals with the contrast between the institutional rhetoric and the deterioration of work conditions in health sector. The ultimate hypothesis of the study is that these discourses of refoundation contribute to the mistrust of the staff towards their institution, rather than supporting the professional interactions within it.

Keywords : Organisational distrust, New Public Management, health communication, discourse of refoundation

I. Contexte sociopolitique des organisations de la santé

Les institutions de la santé évoluent dans un contexte de réformes successives depuis les années 1990. Soumises aux contraintes budgétaires et de contractualisation des activités hospitalières, elles pâtiennent sur le terrain de l'essoufflement, de l'incompréhension et de la révolte des professionnels. Les ferments de cette situation peuvent être analysés à l'aune-même des mutations organisationnelles, légales, déontologiques et des valeurs irrémédiablement induites par ces transformations dans les pratiques médicales et de soin. Caillol, Le Coz, Aubry et Bréchat (2010) concluent que ces réformes, dont l'ambition initiale visait une meilleure coordination et coopération des acteurs du secteur face aux nouveaux enjeux sanitaires de la fin du 20^e s. (vieillesse, inégalités territoriales et sociales en matière d'accès aux soins), ont rapidement été dirigées vers plus de contrôle de leur activité. Leur constat découle de l'analyse de documents professionnels et scientifiques et d'entretiens menés auprès de réformateurs, de philosophes, de juristes et de déontologues en santé publique dans le cadre d'une enquête menée sur 19 années de réforme du secteur (de 1991, année de la loi de réforme hospitalière, à 2010, date à laquelle la loi HPST¹ a été appliquée). Les auteurs indiquent que

¹ Loi française « Hôpital, patients, santé et territoire », abrégée en HPST et dite aussi loi Bachelot, promulguée le 21 juillet 2009.

les contrôles de nature technocratique sur les activités des professionnels se sont accrus et que, dans cette nouvelle dynamique, le respect de procédures de plus en plus quantifiées prévaut désormais sur une approche plus globale et humaniste du patient. Ces dérives risquent de compromettre « la mission sociale des établissements de santé et le principe de solidarité » (*Ibid.*).

La fragilisation de ce socle fondamental du système de santé est un vecteur de déstabilisation de l'ensemble de la communauté professionnelle – médecins, infirmiers, administratifs. Elle est concomitante de la réforme du secteur inscrite dans le cadre de la convergence nationale des politiques européennes de modernisation et de libéralisation, qui en France ont été impulsées dès 1989 par Michel Rocard. Elle est également liée aux nouvelles formes managériales qui apparaissent désormais dans l'ensemble du secteur public ainsi réformé. Elles sont identifiées par un terme, le « managérialisme » (Nosbonne, 2013), pour qualifier l'introduction de pratiques anglo-saxonnes de *New Public Management* fondées sur la culture entrepreneuriale du résultat et du mérite individuel. À la faveur de la réforme du secteur, ces dispositifs managériaux ont progressivement fait leur apparition dans les services hospitaliers (Belorgey, 2010).

Or, les normes et valeurs de ce nouveau managérialisme sont antinomiques avec les activités de soin prodiguées aux patients. Elles constituent pour les personnels de santé des injonctions paradoxales qui épuisent leurs ressources organisationnelles et subjectives et sont ainsi susceptibles d'altérer leur santé au travail (*eg* Safy-Godineau, 2013). Elles induisent plus spécifiquement chez ces soignants des divergences quant à leurs attentes de rôles professionnels (Clot, cité par Safy-Godineau, 2013), observables à trois niveaux : dans le hiatus entre l'organisation et la profession (vécues et représentées comme deux mondes étrangers l'un à l'autre), intra-organisationnel (attendus incompatibles, comme faire vite et bien) et intra-subjectif (sentiment de trahison professionnelle et vis-à-vis des patients).

Les attitudes de défiance à l'égard de l'organisation dérivent alors de la perception de ces divergences de rôles et peuvent s'exprimer à tous les échelons du système organisationnel (vis-à-vis de la direction centrale comme de celle de proximité). De simple expression de la plainte isolée, la défiance peut se muer et se cristalliser en des formes plus problématiques pour l'organisation : l'absentéisme, les grèves, les démissions collectives ou encore les dénonciations médiatiques (*eg* Favereau, 2016, à propos de la loi santé de Marisol Touraine) constituent dans ce contexte autant d'actes qui s'appuient sur l'argument de la nécessaire remise au cœur du système de santé du relationnel humain. De tels actes alertent en outre sur les risques de maltraitance des patients inhérents à des politiques qui, en dépit des objectifs qu'elles affichent, sont centrées sur des objectifs financiers et caractérisées par l'inflation technocratique.

II. Problématique communicationnelle : capacité interactionnelle des discours de la refondation dans le domaine de la santé

Cet article s'inscrit dans une recherche plus vaste qui porte sur l'analyse des écarts entre discours managérial et réalité du travail dans le domaine de la santé. Focalisée sur des actes de

langage et de communication qui se diffusent dans des institutions françaises de santé, notre recherche vise à comprendre comment des organisations tentent, par les discours, de restaurer la motivation des personnels et de reconquérir l'adhésion aux politiques d'établissements.

Ces discours, que nous nommons « discours de la refondation » et que nous étudions dans le secteur spécifique de la santé, sont produits par des institutions impliquées dans la régulation du système de santé, dans l'exercice médical et dans la formation des professionnels de la santé. Les principaux énonciateurs sont La Haute Autorité de Santé (HAS), les Centres hospitaliers universitaires (CHU), les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Ces organisations offrent des observatoires de choix pour décrypter les dispositifs communicationnels qui visent à « redonner du sens », locution systématiquement présente dans les discours, au travail des équipes soignantes.

Les discours de la refondation du système de santé s'adressent surtout à des destinataires internes, c'est-à-dire à des professionnels de santé engagés sur le terrain et dont une partie dénonce publiquement les normes et les principes édictés par le système discursif institutionnel. Ils prennent la forme de chartes, de guides et manuels de formation, d'outils d'animation d'équipes et de grilles d'évaluation de ces outils ou encore de fiches-métiers. Destinés à des cadres de santé, des chefs d'unités de soins ou des élèves-infirmiers, ils affichent une visée managériale (outils d'animation d'équipe, prises de paroles en *interviews*), pédagogique (formations, manuels) ou prescriptive (chartes, guides). À ce titre, ils constituent des vecteurs essentiels d'une activité de communication éminemment stratégique au cours de laquelle des organisations de santé tentent de renouer avec leurs salariés et l'opinion publique.

Notre problématique découle directement de cette position *a priori* inconfortable des discours de la refondation qui doivent se rendre audibles dans un paysage discursif troublé : fournissent-ils un cadre d'engagement et de soutien favorable aux interactions entre décideurs et personnels du secteur de la santé ? Nous avons déjà pointé plus haut la déstabilisation des professionnels de la santé : ce constat renvoie à la question cruciale du sens attribué au travail par les professionnels médicaux et paramédicaux (*eg* infirmiers), qui constitue un enjeu axiomatique des projets gouvernementaux de refondation sociale du secteur de la santé. En tant que figement caractéristique des discours de la refondation, l'injonction à « redonner du sens » au travail des soignants qui traverse les discours de la refondation amène à s'interroger sur la possibilité-même de prendre en compte les remises en question des professionnels (délaissement des patients, tyrannie bureaucratique, nouveaux impératifs économiques concurrentiels et technocratiques incompatibles avec les pratiques de soin).

III. Mobilisation du concept de « formation discursive » pour identifier les conditions d'existence des discours de la refondation de la santé

Recourir à l'analyse du discours doit nous permettre de contribuer à l'analyse de la « communication publique sanitaire », axe de recherche alimenté par les travaux dédiés aux controverses sur la santé (Ollivier-Yaniv, 2015), aux reconfigurations communicationnelles du

système de santé (Cherba, Vásquez, 2012 ; Jolivet, Vásquez, 2016) ou encore aux relations entre médias et santé publique (Bergeron, 2010). Plus précisément, notre démarche vise à situer l'entreprise communicationnelle de correction des attentes et pratiques professionnelles des personnels soignants dans le champ de la communication des organisations de santé.

Est convoqué dans cet objectif le concept de « matrice discursive », qui désigne

la somme de ces traits communs ou largement partagés qui caractérisent un ensemble de textes qui sont alors posés comme relevant d'un même discours, entendu restrictivement comme cadre, à valeur modélisante, dont procèdent, à des degrés de conformité variables, les textes observables entrant dans une même série (Beacco cité par Charaudeau et Maingueneau, 2002 : 367).

Autrement dit, il s'agit d'identifier des discours qui, produits ailleurs et à d'autres moments, autorisent aujourd'hui l'existence et la prolifération des discours de la refondation dans les organisations de santé. Répertorier et articuler ces différents discours, y compris antagonistes, qui entretiennent des liens privilégiés avec les discours actuels de la refondation de la santé a pour but de comprendre les germes, les différentes positions énonciatives et les tensions à l'origine des propos tenus aujourd'hui pour « redonner du sens » au travail des équipes soignantes.

Concrètement, retrouver ces filiations discursives doit permettre d'anticiper le repérage d'influences (emprunts lexicaux, oppositions terminologiques, variantes thématiques) qui surgissent dans les propos managériaux actuels des cadres de santé. La problématique de la refondation est ainsi abordée à partir de l'étude de la matrice discursive qui inscrit les discours produits au sujet de la refondation du système de santé dans « des liens réciproques de détermination » (Bulot, 2003).

IV. Présentation de la matrice discursive institutionnelle de la refondation du système de santé

Parmi les discours qui composent la matrice discursive, nous avons, à cette étape de la recherche, identifié des discours institutionnels (européens et français) et des discours professionnels (des personnels de santé et des syndicats). Dans le cadre de cet article, nous nous limitons à la présentation des discours institutionnels portés par les institutions européennes et les autorités françaises. Identifiés comme faisant partie de l'arrière-plan nécessaire à l'émergence des discours actuels de la refondation du système de santé, ces discours constituent des discours d'autorité au sens où ils dissuadent la contradiction (Monte, Oger, 2015).

a. Le discours institutionnel européen

Nous portons une attention particulière au cadre institutionnel européen dans lequel s'inscrit le phénomène langagier et communicationnel analysé en contexte français. En effet, c'est bien le cadre communautaire qui redéfinit l'action publique sanitaire et organise une « Europe de la santé » (Lajarge, Debiève, Nicollet, 2013).

Depuis 2003, la santé fait l'objet de programmes européens pluriannuels aux budgets croissants² et financés par le double mécanisme de subventions et d'appels d'offres. En tant qu'instruments de financement au service d'une « coordination des politiques sanitaires nationales », ces programmes reposent sur une base juridique arrêtée avec le Parlement européen et le Conseil pour plusieurs années. Centrée sur les « bonnes pratiques, outils et méthodes », la confection de ces programmes vise à « profiter aux responsables de la santé publique comme aux citoyens »³.

Pour la période 2014-2020, le programme Santé s'inscrit dans la stratégie globale Europe 2020 dont l'objectif prioritaire est de « rendre l'économie de l'UE intelligente, durable et inclusive en favorisant la croissance pour tous ». L'amélioration de la santé publique, qui passe par la préservation de la santé physique et mentale des citoyens, est explicitement recherchée par les institutions européennes afin que la population européenne puisse contribuer à cet objectif de « croissance pour tous ». Pour y parvenir, la Commission européenne a déterminé quatre priorités : (1) « prévenir les maladies et favoriser les modes de vie sains », (2) « protéger les citoyens de l'UE des menaces sanitaires transfrontières graves », (3) « contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables » et (4) « faciliter l'accès à des soins sûrs et de qualité »⁴.

Les principaux axes de cette politique européenne de la santé – coordination européenne et gestion transfrontalière, innovation et efficacité – s'inscrivent en cohérence avec les textes situés au sommet de la hiérarchie des normes européennes. Ils sont en effet conformes au Traité de Maastricht (1992) qui, en installant la « politique de cohésion économique et sociale » (autre dénomination de la politique régionale européenne), fait des régions les coordinatrices légitimes de projets centrés sur la défense d'intérêts communs et désigne la santé comme l'un de ces intérêts communs. Ils sont aussi conformes aux prescriptions du Traité de Lisbonne (2007) qui entend recentrer l'économie européenne sur l'innovation et la recherche en instaurant le paradigme de « l'économie de la connaissance » comme un puissant outil de légitimation de l'action publique. Ils s'inscrivent enfin dans la droite ligne de la rhétorique de l'efficacité très prégnante dans l'exposé des « principes de bonne gouvernance européenne » au sein du *Livre blanc sur la gouvernance européenne* (Commission européenne, 2001) et du *Livre blanc sur la gouvernance à multinationaux* (Comité européen des Régions, 2009). Dans le *Livre blanc* de 2001 (§ 3.2.), la « santé humaine » est citée comme un thème où l'Union européenne (UE) est appelée à jouer son rôle d'évaluation et de gestion des risques en s'appuyant sur des experts scientifiques. Dans le *Livre blanc* de 2009 (titre IX), la « santé transfrontalière » est désignée comme un secteur spécifique d'application pour tout Groupement européen de coopération transfrontalière (GECT), structure juridique créée en 2006 pour accompagner la prolifération et la légitimation des regroupements territoriaux transfrontaliers dans l'UE.

² Le budget était de 353,77 millions pour 2003-2007, de 321,50 millions pour 2008-2013 et de 449,4 millions d'euros pour 2014-2020.

(http://ec.europa.eu/chafea/health/programme/index_en.htm)

³ https://ec.europa.eu/health/funding/programme_fr.

⁴ *Ibidem*.

Souligner cette filiation des programmes de santé avec les documents propositionnels (livres blancs) et contraignants (traités) de l'UE permet de rappeler que la politique actuelle de la santé au sein des différents pays de l'UE est indissociable de deux traits définitoires essentiels de l'UE : l'un est relatif à sa construction, à savoir le principe de primauté de la norme européenne et l'introduction d'une hiérarchie politico-juridique au-delà des États ; l'autre est relatif à son évolution, à savoir le développement de la politique régionale européenne, la plus symbolique et la plus financée actuellement avec 34% du budget total de l'UE (Baudelle, Charles-Le Bihan, 2017 : 11). Bien que les États soient libres d'élaborer des plans de santé nationaux, il faut donc bien garder à l'esprit que la santé est pleinement identifiée comme un domaine de gouvernance à l'échelle européenne.

Reconnu en 1992 seulement par le Traité de Maastricht, le thème de la santé a en outre constitué un élément historique de la réflexion européenne. Il a été identifié dès le 12 décembre 1952 par Robert Schuman lors de la conférence préparatoire à la Communauté européenne de la santé comme un thème sans frontière qui « semble devoir se prêter à l'unification » et « de nature à augmenter le bien-être moral et physique de toutes nos populations »⁵. Géographiquement aussi, la question de la santé fait l'objet de réflexions européennes : elle est explicitement traitée dans les régions frontalières par une directive de 2011 qui reconnaît le concept de « soins de santé transfrontaliers (SST) »⁶ (mobilité des patients au sein de l'UE, coordination des systèmes de sécurité sociale et des droits des patients, coopération des soins de santé entre États). Désignés par la Commission européenne comme les « laboratoires d'une nouvelle Europe » dans le cadre politico-administratif émergent des eurorégions et des eurométropoles depuis le milieu des années 2000 (Hermand, 2017), ces territoires transfrontaliers à la visibilité croissante et aux degrés d'institutionnalisation variables sont susceptibles de jouer un rôle de révélateurs de la volonté institutionnelle européenne car ils permettent d'identifier des enjeux communs et de tester la coopération dans le domaine de la santé.

Déclinée aux différents niveaux de la gouvernance territoriale (régionale, macrorégionale, eurorégionale, européenne), la politique européenne de la santé affiche enfin comme dernière priorité du programme Santé 2014-2020 la « garantie d'accès à des soins sûrs et de qualité ». Cette promesse, qui entre en résonance particulière avec les discours managériaux de la santé, relève du discours de l'évidence caractéristique du discours néolibéral (Guilbert, 2011 : 39) dans le sens où elle s'appuie sur une valeur mobilisatrice que nul ne peut contester (de bons soins pour tous) et marginalise du même coup les discours d'alerte produits par des professionnels de la santé sur les risques encourus par la population en matière de sûreté et de qualité des soins. C'est sur ce hiatus entre les promesses institutionnelles européennes et la réalité dénoncée sur le terrain par les professionnels de la santé que se développent les discours managériaux au cœur de notre recherche.

b. Le discours des autorités françaises

⁵ https://www.cvce.eu/content/publication/1999/1/1/1fba65da-1ae8-45a4-beb5-e299ed4b4c6c/publishable_fr.pdf

⁶ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JOUE L 88 du 4 avril 2011, p. 45.

En France, ces discours managériaux s'inscrivent dans le contexte de production de discours dédiés à la refondation par le politique : « refondation de l'École de la République » (loi d'orientation et de programmation n°2013-595 du 8 juillet 2013), « refondation de l'Europe » (discours d'Emmanuel Macron à la Sorbonne le 26 septembre 2017), « refondation de l'État providence du XXI^e siècle » (Plan pauvreté présenté par Emmanuel Macron le 13 septembre 2018). L'objectif affiché de « refonder l'ensemble du système de santé » (Plan santé détaillé par Emmanuel Macron le 18 septembre 2018) rejoint cette cohorte de discours politiques qui affichent la détermination d'asseoir à nouveau des thèmes mis en évidence par la planification gouvernementale.

Le Plan de refondation de la santé d'Emmanuel Macron poursuit la Stratégie Nationale de Santé (SNS)⁷, un volet de la stratégie de recherche France-Europe 2020 engagée cinq ans plus tôt par la Ministre des Affaires Sociales et de Santé, Marisol Touraine, et la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Geneviève Fioraso. La SNS inscrivait dès lors comme thèmes-pivots de ses objectifs la prévention et l'éducation sanitaires, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins. Ces thèmes fondateurs se retrouvent dans la loi de modernisation du système de santé (LMSS) adoptée par l'Assemblée Nationale en 2015. Ils réapparaissent dans la loi de modernisation de la santé promulguée en janvier 2016⁸, couplés au volet « innovation » qui comprend la « refondation du service public hospitalier ».

Depuis le premier trimestre 2018, les agences régionales de santé (ARS) pilotent les programmes de la SNS qui sont déclinés aux niveaux national et régional⁹ autour du triptyque initial prévention – égalité – innovation, auquel est désormais adjoint un quatrième élément, celui de l'amélioration de « la pertinence et de la qualité des soins ». Ces expressions récurrentes des discours politiques successifs depuis 2013 suivent les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique, qui dans ses avis de juin¹⁰, juillet et novembre 2017, adoptés à l'unanimité, a énoncé « quatre principes à respecter : la santé comme objectif qui mobilise toutes les politiques, la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, un ancrage territorial allant des collectivités à l'Europe, des usagers et des citoyens impliqués »¹¹. L'univers déclaratif du Ministère des Solidarités et de la Santé s'est ainsi très récemment doté d'un nouveau concept, sorte de condensé sémantique agrégeant l'ensemble de ces principes : celui de « sécurité sanitaire »¹² qui vise « l'ensemble des risques d'origine humaine ou naturelle susceptibles de menacer la santé de l'Homme », et où « le professionnel de santé » est directement interpellé comme étant « au cœur » de ce dispositif.

⁷ <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid73945/strategie-nationale-de-sante-vers-la-refondation-du-systeme-de-sante-francais.html>

⁸ <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-relatif-sante.html>

⁹ <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>

¹⁰ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf

¹¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/avis-du-haut-conseil-de-la-sante-publique-hcsp-les-points-cles>

¹² <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/le-professionnel-de-sante-au-coeur-de-la-securite-sanitaire>

La refondation du système de santé à la française est donc indissociable de celle « du système de relations sociales et professionnelles » (Jacot, 2001) telle qu'elle a été soumise en janvier 2000 par le MEDEF aux partenaires syndicaux (cf. Offerlé, 2013), et qui depuis reste un axe majeur des politiques publiques actuelles du travail et de l'emploi¹³. C'est pourquoi nous articulerons ultérieurement l'analyse des discours managériaux, et de leur réception par les professionnels, aux apports de la sociologie des relations professionnelles dans le cadre des « implicites » de la refondation sociale (Bevort, 2005 ; Duclos, Mériaux, 2001 ; Lallement, 2002).

V. Conclusion

Nous avons montré que les discours de la refondation du système de santé sont arrimés à des discours institutionnels d'autorité – européens et nationaux - qui construisent leur légitimité en mobilisant un thème d'intérêt général qui ne peut que mobiliser l'assentiment populaire : garantir à tous l'accès à des soins de qualité. Le cadre de cet article ne nous permet pas d'envisager un autre versant de la matrice discursive, à savoir les discours d'alerte – portés par les professionnels de la santé et les syndicats – qui fragilisent le dire institutionnel en pointant les dysfonctionnements graves imputables aux nouvelles logiques concurrentielles du secteur médical et les difficultés à continuer d'exercer en respectant l'éthique professionnelle.

C'est dans ce contraste entre rhétorique institutionnelle et vécus professionnels que nous éprouverons l'hypothèse selon laquelle les discours de la refondation des professions de la santé risquent d'aboutir, à l'inverse de l'objectif affiché, à des formes de « défiance contre-productive pour l'organisation » (Ely, 2015) et ses salariés.

L'étape ultérieure de notre recherche visera à identifier la capacité des discours de la refondation à soutenir l'interaction entre les acteurs du domaine de la santé. Il s'agira d'analyser ces discours tels qu'ils se déploient dans un univers déclaratif institutionnel qui promeut une meilleure efficacité garante de la sécurité sanitaire de tous. L'objectif sera alors de comprendre en quoi et comment ils constituent, à l'ère de la refondation, des contre-discours aux dénonciations publiques des professionnels du secteur.

Des entretiens et observations approfondis serviront à appréhender les modalités de réception de ces discours par les personnels des organisations de santé. Cette nouvelle démarche de terrain nous aidera à préciser quels procédés discursifs (univers lexicaux saillants, modalités, cooccurrences) relèvent de formes de communication que nous pouvons qualifier de « paradoxante » (Gaulejac, Hanique, 2015) dans le sillage des reconfigurations professionnelles inhérentes à la refondation institutionnelle du secteur de la santé.

Bibliographie

BAUDELLE Guy et CHARLES-LE BIHAN Danielle (2017). *Les Régions et la politique de cohésion de l'Union européenne*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 283 p.

¹³ En atteste la récente consultation sur les jeunes et l'avenir du travail médiatisée sur la page d'accueil de la plateforme du Conseil économique, social et environnemental (CESE), dont la deuxième thématique est intitulée « Comment donner plus de sens et d'intérêt au travail ? ».

- BELORGEY Nicolas (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte, 330 p. En ligne : <https://www.cairn.info/l-hopital-sous-pression--9782707164285.htm>
- BERGERON H. (2010). « Les politiques de santé publique ». In O. Borraz et V. Guiraudon (dir.), *Politiques publiques. 2. Changer la société*. Paris : Les Presses de Sciences Po, p. 85-89.
- BEVORT A. (2005). « Quel dialogue social pour négocier les relations professionnelles ? ». *Regards sur l'actualité*, n° 309, p. 5-12.
- BULOT T. (2003). Matrice discursive et confinement des langues : pour un modèle de l'urbanité. *Cahiers de sociolinguistique*, n°8, p. 99-109.
- CAILLOL M. *et al.* (2010). « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques ». *Santé Publique*, vol. 22, n° 6, p. 625-636. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-6-page-625.htm>
- CHARAUDEAU P., MAINGUENEAU D. (dir.) (2002). *Dictionnaire d'analyse du discours*. Paris : Éditions du Seuil, 661 p.
- CHERBA M., VÁSQUEZ C. (2012). « Communication organisationnelle et santé : État de l'art et défis ». *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : enjeux, défis et perspectives, Actes du 80^e congrès de l'ACFAS*. Montréal : Québec, 7 et 8 mai, p. 44-71.
- DUCLOS L., MERIAUX O. (2001). « Autonomie contractuelle et démocratie sociale : les implicites de la « Refondation » ». *Regards sur l'actualité*, 267, p. 19-34.
- ELY F. (2015). Utopie de la communication interne : vers une « maïeutique managériale de la confiance » dans l'organisation vertueuse. *Communication & Organisation*, n°47, p. 195-215. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2015-1-page-197.htm>
- FAVEREAU E. (2016). « La laborieuse gestation d'une loi paradoxale ». *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 53, p. 59-64. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-4-page-59.htm>
- GAULEJAC, V., HANIQUE, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*. Paris : Éditions du Seuil, 288 p.
- GUILBERT T. (2011). *L'« évidence » du discours néolibéral. Analyse dans la presse écrite*. Bellecombes-en-Bauges : Éditions du Croquant, 137 p.
- HERMAND M.-H. (2017). *Les eurorégions : éclosion de groupes d'intérêt transfrontaliers et transnationaux en Europe. Analyse de la formation discursive multilingue et du scénario sémiotique sur le web*. Thèse de doctorat, Université libre de Bruxelles, 425 p.
- JACOT H (2001). « La « refondation sociale » n'est pas un long fleuve tranquille ». *Mouvements*, vol. n°14, no. 2, p. 8-14. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2001-2-page-8.htm>

- JOLIVET A., VÁSQUEZ C. (2016). « L'employé entre responsabilité individuelle et responsabilité organisationnelle : le cas d'un projet de promotion de la santé en milieu de travail ». *Communication & management*, vol. 13, n° 2, p. 91-106. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-communication-et-management-2016-2-p-91.htm>
- LAJARGE É., DEBIÈVE H., NICOLLET Z. (2013). « La santé publique et la politique sanitaire en Europe ». In É. Lajarge, H. Debiève, Z. Nicollet (dir.), *Santé publique : En 12 notions*. Paris : Dunod, p. 221-228. En ligne : <https://www.cairn.info/sante-publique-en-douze--9782100585014-page-221.htm>
- LALLEMENT M. (2002). « Les transformations des relations professionnelles en France : éléments pour une mise en perspective à l'heure de la Refondation sociale ». *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, vol. 28, n° 3, p. 453-474.
- MONTE M., OGER C. (dir.) (2015). « Discours d'autorité : des discours sans éclat(s) ? », *Mots*, n° 107. En ligne : <https://journals.openedition.org/mots/21844>
- NOSBONNE C. (2013). « Le tournant managérial dans le secteur public européen : quelles conséquences sur l'action publique ? ». *La nouvelle revue du travail*, 2. En ligne : <http://journals.openedition.org/nrt/962>
- OFFERLE M. (2013). *Les patrons des patrons. Histoire du MEDEF*. Paris : Odile Jacob, 364 p.
- OLLIVIER-YANIV C. (2015). « La communication publique sanitaire à l'épreuve des controverses ». *Hermès*, 73, (3), p. 69-80. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2015-3-page-69.htm>
- SAFY-GODINEAU F. (2013). « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion ». *La nouvelle revue du travail*, 3. En ligne : <http://journals.openedition.org/nrt/1042>