HAL
open science

Un groupe professionnel mis à mal par un outil néo-managérial ? Le cas des médecins coordonnateurs en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Jingyue Xing-Bongioanni

To cite this version:

Jingyue Xing-Bongioanni. Un groupe professionnel mis à mal par un outil néo-managérial ? Le cas des médecins coordonnateurs en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Thomas Denise (dir.), et al. Sociologie des pratiques coopératives et participatives en santé, Éditions de l'IRDES, pp.237 -249, 2022, 978-2-87812-578-8. hal-04106744

HAL Id: hal-04106744

https://hal.science/hal-04106744v1

Submitted on 25 May 2023

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.

Un groupe professionnel mis à mal par un outil néo-managérial ?

Le cas des médecins coordonnateurs en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Jingyue Xing

Chercheure postdoctorale à Tsinghua Université, Pékin, Chine

Chercheure associée à Pacte, Grenoble, France

jingyue.xing@gmail.com

Quel est l'enjeu des instruments d'action publique, notamment des indicateurs et outils standardisés, pour la dynamique des rapports entre les groupes professionnels qui sont amenés à intervenir auprès d'un public cible ? Dans ce chapitre, nous proposons de répondre à cette question à partir de l'étude des médecins coordonnateurs en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), qui sont parmi les principaux utilisateurs des grilles AGGIR et Pathos, outils standardisés de tarification au sein des EHPAD.

La rétroaction des indicateurs ou outils inspirés du NPM sur les comportements des professionnels renvoie à une littérature déjà féconde en sociologie, dans un contexte de réforme de l'État portant l'introduction des méthodes organisationnelles et managériales inspirées de la doctrine du *New Public Management* (NPM) (Bezes, 2009). Par exemple, en sociologie de la santé, les recherches consacrées aux réformes néo-managériales des services publics ont mis en lumière les changements de comportement des offreurs de services publics face aux mécanismes d'incitation existants, le plus souvent financiers (Belorgey, 2011 ; Mougeot, 2015). Par ailleurs, l'adaptation des comportements professionnels en fonction des logiques d'instruments ou de la logique financière ou budgétaire a été mise en évidence par des travaux en sociologie de la comptabilité critique et en sociologie de la quantification. Les analyses sont généralement conduites sous l'angle de la « rétroaction » du système de la comptabilité et des normes comptables (Miller, 1992), des catégories statistiques (Desrosières et Thevenot, 1988) et des indicateurs (Espeland et Sauder, 2007 ; Bruno et Didier, 2013 ; Gilles, 2016) sur les raisonnements et les comportements professionnels ainsi que, plus largement, sur la transformation de la société. Cependant, relativement peu d'études se sont intéressées aux évolutions des rapports entre les différents groupes professionnels face à la mise en œuvre des indicateurs et outils standardisés.

Dans ce chapitre, nous essaierons de combler cette lacune en questionnant la rétroaction des instruments du NPM sur les rapports entre les groupes professionnels qui sont amenés à intervenir auprès d'un même public. Nous avons choisi comme point d'entrée un groupe professionnel particulier, les médecins coordonnateurs en EHPAD. Ces derniers ont pour mission d'assurer, comme leur titre l'indique, la coordination et la continuité des soins dans l'établissement, mais y sont également les principaux utilisateurs des outils tarifaires standardisés au sein des EHPAD. Au fait, les services de soins en EHPAD sont soumis à une régulation publique comprenant notamment un processus de tarification qui détermine le montant de financements publics alloué à un EHPAD. Depuis les années 1990, de nouveaux outils tarifaires néo-managériaux basés sur les indicateurs et formules de calculs standardisés ont été introduits dans les réformes : « AGGIR » pour tenir compte

du niveau de dépendance des résidents et « Pathos » pour prendre en considération leur situation pathologique et leurs besoins en soins.

Ce chapitre se fonde sur une enquête par entretiens auprès d'une dizaine de médecins, complétés par des journées d'observation dans deux EHPAD de la région que nous nommerons A et d'une journée de formation à l'outil Pathos organisé par l'Agence Régionale de Santé A. Nous présenterons dans un premier temps les conditions de travail concrètes des médecins coordonnateurs et leurs rapports avec d'autres groupes professionnels. Nous analyserons par la suite leur usage des outils de tarification chiffrés et standardisés et monterons comment ces outils rétroagissent sur les rapports entre différents groupes professionnels.

1. Le médecin coordonnateur d'EHPAD, un métier mis à mal par le cadre légal

Le métier de médecins coordonnateurs d'EHPAD a été créé assez récemment : la fonction de « médecin coordonnateur » est rendue obligatoire dans chaque EHPAD seulement depuis 2005. Cependant, ce métier est très encadré par la loi : ses conditions d'exercice ainsi que ses missions ont été explicitement définies en France par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

À l'échelle nationale, peu d'études statistiques portent sur ce métier : le nombre total de médecins coordonnateurs reste inconnu. Selon une enquête conduite en 2009[1], l'âge moyen des médecins coordonnateurs était de 51 ans. Le temps de travail moyen par EHPAD des médecins coordonnateurs correspondait à 0,31 Équivalent Temps Plein (ETP) (Aquino et al., 2009). Peu de médecins coordonnateurs exerçaient un travail salarial à temps plein dans un même EHPAD. Par ailleurs, les caractéristiques de ces professionnels différaient selon le genre : les médecins femmes étaient en moyenne plus jeunes que leurs collègues masculins (46 ans contre 54 ans), elles avaient aussi plus souvent un ou plusieurs autres postes salariés et gardaient moins souvent que les hommes une activité libérale à côté.

Bien que leurs missions aient été explicitement définies par la loi, les médecins coordonnateurs enquêtés rencontrent de réelles difficultés dans leur réalisation. D'une part, ils jouent de multiples rôles au sein des EHPAD : manager d'équipe de soignants, coordonnateur de réseau de santé, médecin de garde et intermédiaire médical pour les familles. Certains chercheurs ont déjà montré la difficile conciliation entre les multiples rôles des médecins coordonnateurs (Robelet, 2007 ; Bloch et al., 2011). Ceux que nous avons interviewés ne dérogent pas à la règle : assurer avec le même investissement chacune des missions qui leurs sont confiées leur est difficile. Ainsi, les médecins coordonnateurs enquêtés partagent, comme beaucoup d'autres professionnels, un sentiment de « *manque de temps de travail* » au quotidien. Ils considèrent que leur métier se traduit, en pratique, non pas par un travail de coordination, mais par un travail administratif, même si le temps consacré aux communications et à l'information auprès des familles reste, selon eux, très important. Nos enquêtés considèrent passer relativement peu de temps auprès des résidents, et

[1] Une enquête par questionnaire a été menée en 2009 par la Fondation Médéric Alzheimer avec la collaboration de la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs auprès de 432 médecins coordonnateurs.

estiment ne pas pouvoir accomplir correctement leur mission première de « *coordination des soins* ». Plusieurs questionnent le sens de leur travail.

D'autre part, les médecins coordonnateurs enquêtés semblent rencontrer des difficultés pour délimiter « les frontières de territoire » face à d'autres professionnels, notamment face aux médecins traitants libéraux.

En effet, la plus grande partie des soins en EHPAD est réalisée par deux catégories de professionnels : d'un côté, les médecins et personnels soignants salariés de l'EHPAD, et de l'autre, des professionnels extérieurs à l'établissement exerçant en libéral. Le financement public de soins alloué à un EHPAD ne couvre que les charges afférentes aux médecins et personnels salariés, et les professionnels libéraux intervenants en EHPAD sont soumis à un autre régime de régulation publique. Depuis 2014[2], l'État français privilégie le mode de financement « par tarif partiel » qui, plutôt que d'encourager la production de soins par les seuls personnels de l'établissement, favorise la combinaison entre des soins médicaux réalisés par les médecins libéraux et des soins paramédicaux réalisés par les soignants salariés. Les médecins coordonnateurs des EHPAD, qui suivent les résidents au quotidien, ne sont cependant habilités par la loi à leur prescrire des soins qu'en cas « *de situation d'urgence ou de risques vitaux* ».

En fait, la loi du 13 août 2004 a confirmé le rôle central des médecins traitants dans les soins et le suivi des patients. Un principe de confraternité est légalement établi entre les médecins traitants libéraux et les médecins coordonnateurs, et ces derniers n'ont aucun pouvoir sur les premiers. Le cadre légal prévoit qu'en cas de désaccord sur les traitements d'un résident, les médecins coordonnateurs n'ont qu'un rôle d'informateur, et que ce sont les médecins traitants qui ont le dernier mot. Privé du pouvoir de prescrire, le médecin coordonnateur n'aurait donc pas les moyens d'assurer sa « *juridiction* » sur les soins des résidents (Abbott, 1988), c'est-à-dire d'être considéré comme un médecin à part entière, alors qu'il est sollicité comme tel.

Lors de notre enquête, certains médecins coordonnateurs ont critiqué fortement leur rôle de médecin « non soignant sauf en cas d'urgence ». Certains considèrent que la définition de « *situation d'urgence ou de risques vitaux* » prévue par la loi pose problème en termes de division des responsabilités pour les médecins coordonnateurs, comme l'évoque un enquêté : « *Si on fait mal les choses, on devient responsables d'une demi-heure, mais tout ce qui est fait en amont c'est pas nous, tout ce qui est fait après, c'est pas nous, mais sur ce temps, ça devrait être à nous.* » [3]

En outre, selon la majorité de nos enquêtés, le manque de pouvoir des médecins coordonnateurs face aux médecins traitants libéraux, qui ont une légitimité majeure en cas de litige, les met en difficulté dans leur exercice professionnel au quotidien. Certains enquêtés critiquent les comportements non-collaboratifs des médecins et soignants libéraux et certains critiquent les pratiques et la qualité des soins procurée par les médecins libéraux, comme le dit un enquêté : « *quand vous avez les deux tiers des médecins libéraux qui font vraiment n'importe quoi, vous vous rendez compte que la prise en charge du patient derrière est un peu risquée et compliquée* »[4].

---

[2] Le décret n°2014-652 du 20 juin 2014 relatif aux tarifs global et partiel applicables aux EHPAD modifie les conditions de choix d'option tarifaire pour les EHPAD, prévues à l'article R314-167 du Code de l'action sociale et des familles.

[3] Entretien avec le Dr Martin, le 13 février 2015.

[4] Entretien avec le Dr Wagner, le 13 février 2015.

Bien que leurs missions aient été explicitement définies par la loi, les médecins coordonnateurs rencontrent de réelles difficultés dans leur réalisation pour de multiples raisons. Tous ces éléments nous permettent de mieux analyser l'impact des indicateurs standardisés sur leurs pratiques professionnelles et sur leurs rapports avec d'autres groupes professionnels.

2. Les médecins coordonnateurs d'EHPAD mis en difficulté par les outils néo-managériaux

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, les médecins coordonnateurs jouent depuis quelques années un rôle majeur dans le processus de tarification des EHPAD : ils sont chargés de coder les grilles tarifaires AGGIR et Pathos. Dans cette partie, nous examinerons une caractéristique particulière de l'outil Pathos, la traçabilité des pratiques professionnelles (2.1) et analyserons comment l'exigence de traçabilité a impacté les rapports de pouvoir entre les différents groupes professionnels au sein du champ étudié (2.2).

2.1. Fabriquer les preuves pour être financé : l'exigence de traçabilité de l'outil Pathos

Depuis la réforme de la tarification des EHPAD en 2007, le financement public des soins en EHPAD est en partie déterminé par leur score « Pathos ». Pathos est un outil qui vise à évaluer l'état pathologique et les « besoins » en soins des résidents d'un EHPAD. L'évaluation par l'outil Pathos, appelée la « coupe pathos » par les enquêtés, est réalisée généralement tous les 5 ans. Les médecins coordonnateurs des EHPAD concernés suivent en amont une journée de formation organisée par les médecins de l'ARS avant de faire une évaluation de tous les résidents de leur établissement avec l'outil et saisir les résultats dans un logiciel. Les médecins inspecteurs de l'ARS examinent les données transmises par les médecins coordonnateurs et se déplacent ensuite dans les EHPAD pour examiner la « pathossification » de l'échantillon.

Selon le guide d'utilisation, l'outil Pathos impose aux médecins coordonnateurs de justifier les « besoins » en soins des résidents et surtout leur codage, c'est-à-dire l'attribution à un échelon donné de la grille. Sur le terrain, les médecins de l'ARS accordent une grande importance à cette norme de traçabilité dans leur évaluation : si des symptômes d'un résident ne sont pas notés dans les dossiers de transmission, si un soin dispensé n'est pas accompagné d'un bilan ou n'est pas précisé dans le dossier médical, les médecins de l'ARS disent ne pas reconnaître la nécessité des soins et refusent le codage réalisé par les médecins coordonnateurs. Selon notre enquête auprès du responsable national de l'outil Pathos à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), il faut tout « tracer » pour justifier les soins dispensés et l'éventuel besoin en soins, et « *plus il y a de traçabilité, plus il y a de points pathos* »[5]. En cas de désaccord, les médecins coordonnateurs d'EHPAD ont peu de voies de recours, puisque les commissions de recours sont souvent présidées par des médecins de l'ARS, qui ont le dernier mot sur les recours contre leurs décisions initiales.

[5] Entretien avec le Dr Dreyfus, le 19 août 2014.

Concrètement, les médecins coordonnateurs enquêtés commencent à faire le travail de préparation six mois avant la coupe Pathos. Ils essaient de mobiliser l'ensemble des soignants médicaux et paramédicaux pour obtenir le plus de traces possibles. De manière générale, les médecins coordonnateurs, en lisant les dossiers médicaux et en observant les résidents, établissent d'abord une estimation de codage par résident. Ils forment par la suite les soignants salariés et libéraux liés à leur établissement pour une amélioration de la traçabilité.

D'une part, les médecins coordonnateurs enquêtés forment les infirmiers et les aides-soignants salariés de l'EHPAD en imposant des « bonnes pratiques » dans la rédaction des dossiers de transmission, en prenant en compte l'estimation de codage préétablie par eux-mêmes. D'autre part, les médecins coordonnateurs enquêtés cherchent à former les professionnels libéraux intervenant en EHPAD. Nos enquêtés demandent à ces derniers de fournir des documents écrits en fonction du codage qu'ils souhaitent établir pour la coupe Pathos, comme l'évoque une enquêtée :

« Si là il y a une nouvelle admission qui a je pense des troubles cognitifs, il faut que je rappelle à la psy, « là vous devriez lui faire un MMS [Mini-Mental State Examination], puisque celle-là, je pense que je peux la coder en diagnostic de troubles cognitifs, c'est beaucoup de points, faites d'abord un MMS svp. »[6].

Les médecins coordonnateurs demandent aux soignants libéraux de justifier les soins réalisés en précisant le motif, la durée et les résultats des soins, et leur demandent de faire différents types de diagnostics, de tests. Ce faisant, les médecins coordonnateurs interviennent non seulement sur la façon de rapporter les soins réalisés (« *réécrivez « tous les jours, 20 minutes »* ») et sur la façon de les justifier (« *faites un point maintenant sur l'intérêt de la stimulation cognitive »),* mais aussi sur la façon de diagnostiquer et de soigner les patients (« *vous devriez lui faire un MMS [Mini-Mental State Examination] »).*

La *fabrication des preuves* peut être considérée comme un processus où les médecins coordonnateurs exercent un *pouvoir de supervision* sur les soins fournis par les soignants salariés et par les professionnels libéraux. Cela peut constituer un regain de pouvoir pour les médecins coordonnateurs, mais aussi une source de conflits interprofessionnels et de complication de leurs tâches, ce que l'on analysera maintenant.

2.2 Les médecins coordonnateurs mis à mal par la traçabilité face à d'autres professionnels

De manière générale, notre enquête suggère que le Pathos, et notamment son exigence de traçabilité, accentue les confrontations entre les médecins coordonnateurs et les professionnels libéraux intervenant dans les EHPAD en défaveur des premiers.

En effet, certains médecins traitants libéraux refusent de remplir les dossiers médicaux de leurs patients hébergés en EHPAD ou de fournir un bilan des soins réalisés. Par exemple, d'après un médecin coordonnateur, sur la quinzaine de médecins libéraux intervenant dans son EHPAD, les trois quarts « *ont décidé que ça les soûle, qu'ils n'ont plus envie de jouer la traçabilité, donc ils ne*

[6] Entretien avec le Dr Wagner, le 13 février 2015

saisissent ni les ordonnances ni leurs observations [dans le logiciel] »[7]. N'ayant aucun pouvoir sur ses confrères, cette enquêtée a dû faire le travail de saisie elle-même. Même un autre médecin, qui disait entretenir de bons rapports avec la majorité des médecins traitants libéraux intervenant dans son EHPAD, s'est trouvé en difficulté lors de la préparation de la coupe Pathos, comme il l'explique en entretien :

« *Il y a certains médecins qui ne remplissent jamais le dossier médical. Ils doivent se dire « moi, le dossier médical, j'en ai rien à faire ». Souvent, je leur demande gentiment s'ils peuvent faire une photocopie des documents, et je fais la saisie après. Mais il y en a toujours deux ou trois qui ne répondent jamais à mon mail.* »[8]

Plusieurs médecins coordonnateurs ont aussi évoqué des difficultés dans la fabrication des traces des soins par les kinésithérapeutes libéraux intervenant dans leur EHPAD. Par exemple, un médecin coordonnateur m'a montré le codage Pathos d'une dizaine de résidents. Pour ces résidents, elle n'avait jamais codé le R (réadaptation-rééducation). Elle m'a expliqué qu'elle aurait voulu coder le R sur plusieurs d'entre eux, mais elle n'a pas pu, en raison de la non-collaboration des kinés libéraux : « *Les kinés, il y avait « zéro » de traçabilité. […] C'est des prescriptions faites par les médecins libéraux, pour des kinés libéraux, pour des patients qui sont sur l'EHPAD. Donc quel est mon contrôle de traçabilité sur ça ?* »

Les deux cas présentés ci-dessus révèlent dans quelle mesure l'outil Pathos et son exigence en termes de traçabilité mettent les médecins coordonnateurs dans une position difficile : bien qu'ils soient officiellement responsables du codage dans l'outil, le score final dépend en large partie du travail et des traces du travail fournies par d'autres professionnels, sur lesquels les médecins coordonnateurs ne disposent pas de pouvoir d'influence. En effet, ils n'ont aucun lien hiérarchique avec les professionnels paramédicaux intervenant dans l'EHPAD, et leurs confrères libéraux - les médecins traitants -, on l'a dit, ont la priorité et le dernier mot sur la prescription des soins. En outre, ces professionnels libéraux sont soumis à un autre système de régulation publique : ils sont rémunérés à l'acte par la Sécurité Sociale, et sont sous contrôle des médecins inspecteurs des caisses d'assurance maladie. Le score de Pathos n'a aucun impact financier sur les activités libérales de ces professionnels : d'une part, s'ils fournissent des documents circonstanciés suivant l'exigence de l'outil Pathos, cette tâche administrative n'est pas prise en compte dans le calcul de leur rémunération. D'autre part, si ces professionnels libéraux refusent de fournir les documents demandés par les médecins coordonnateurs, ils ne seront pénalisés ni professionnellement, ni financièrement. Les médecins coordonnateurs d'EHPAD n'ont donc aucun pouvoir d'influence direct (rattachement hiérarchique) ou indirect (par exemple, incitation financière) sur leurs confrères libéraux.

Face aux difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel, la majorité des médecins coordonnateurs enquêtés a développé une stratégie semblable : sélectionner les nouveaux résidents

[7] Entretien avec le Dr Bourbon, le 20 mars 2015.
[8] Entretien avec le Dr Monin, le 13 février 2015.

en fonction de leur médecin traitant. Par exemple, un médecin coordonnateur travaille dans un EHPAD où le nombre de médecins libéraux intervenant était de 45 il y a quelques années. Il raconte : « *J'ai réussi à réduire ce nombre de 45 à 26, soit par le choix des familles, soit par la sélection au moment de l'admission […] Avant d'accepter un résident, je regarde qui est son médecin traitant ».* Un autre docteur développe la même stratégie, mais également en prévision du score Pathos : *« Je n'accepterais pas un résident si je sais que son médecin traitant ne va pas être collaborateur ».*

Néanmoins, la sélection des résidents selon leur médecin traitant pourrait remettre en question le principe de l'équité de l'accès à l'offre de soins et de services en EHPAD. Elle risque de pénaliser des personnes âgées qui cherchent une place mais sont suivies par un médecin libéral « non désirable » du point de vue des EHPAD et qui ne sont pas au courant de ce critère de choix implicite.

Conclusion

Dans ce chapitre, à partir d'une enquête ethnographique, nous avons étudié la rétroaction des instruments néo-managériaux sur les rapports entre les groupes professionnels qui sont amenés à intervenir auprès d'un public.

Nous avons montré que les médecins coordonnateurs d'EHPAD sont un groupe professionnel mis à mal par le cadre légal. Les enquêtés rencontrent de réelles difficultés dans leur exercice au quotidien à la fois pour accomplir les multiples missions définies par la loi et pour délimiter « les frontières de territoire » face à d'autres professionnels, notamment face aux médecins traitants libéraux.

La mise en œuvre des indicateurs et outils standardisés, ici l'outil Pathos, fait évoluer les rapports de pouvoir entre les différents professionnels concernés, sans nécessairement favoriser ceux qui les mettent en œuvre. Le principe de traçabilité du Pathos, alors qu'il peut fournir aux médecins coordonnateurs un meilleur contrôle du travail réalisé au sein de l'EHPAD, les place pourtant dans une position de soumission et de dépendance par rapport à certaines professions peu enclines à se soumettre à une hiérarchie, en particulier les professions libérales.

À travers l'étude du cas des médecins coordonnateurs d'EHPAD, nous avons mis en valeur les effets de la configuration du système de financements publics et des procédures nécessaires pour accéder à ceux-ci sur les transformations des rapports entre différents groupes professionnels. Notre chapitre met ainsi en exergue l'impact des orientations données par l'État aux politiques publiques sur les univers professionnels qu'il contribue à réguler, ce qui permet d'enrichir, en l'éclairant sous un jour encore peu développé, l'étude des effets du New Public Management sur le monde du travail.

Bibliographie

ABBOTT A. 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: the University of Chicago Press.

AQUINO J.-P., FONTAINE D., HÉRAULT T., LION A. et BOURDILLON F. 2009. « Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs en EHPAD : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours ». *La lettre de l'observation des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°12.

BEZES P. 2009. *Réinventer l'État : Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Paris : Presses Universitaires de France.

BELORGEY N. 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte.

BLOCH M.-A. et HÉNAUT L. 2014. « Trois figures de coordonnateurs interdépendants pour accompagner les personnes », *in* BLOCH M.-A. et HÉNAUT L. (*dir.*), *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris : Dunod, p. 207-248.

BRUNO I. et DIDIER E. 2013. *Benchmarking : l'État sous pression statistique*. Paris : Zones.

DESROSIERES A. et THÉVENOT L. 1988. *Les Catégories socioprofessionnelles*. Paris : La Découverte.

ESPELAND W et SAUDER M. 2007. « Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds ». *American Journal of Sociology*, vol. 113, nº 1, p. 1-40.

GILLES, M. 2016. « Des chiffres pour quels usages : Tensions autour des statistiques de santé au travail ». *Terrains & travaux*, vol. 28, n°1, p. 131-151.

MILLER P. 1992. « Accounting and Objectivity: The Invention of. Calculating Selves and Calculable Spaces ». *Annals of Scholarship*, vol. 9, p. 61-86.

MOUGEOT F. 2015. *La pratique infirmière en psychiatrie : entre contraintes managériales et résistances cliniques.* Thèse de doctorat sous la direction de G. Herreros, Université Lumière-Lyon-II.

ROBELET M. 2007. « La métamorphose inachevée du clinicien en gestionnaire : le médecin coordonnateur en maison de retraite ». *Sociologie Santé*, nº 27, p. 131-152.

XING J. 2018. *Dynamiques des groupes professionnels et New Public Management : l'introduction des instruments d'action publique dans la tarification des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)*, Thèse de doctorat sous la direction d'A. Gramain et F. Weber, École Normale Supérieure.