

Le discours bureaucratique ou « *postbureaucratique* » dans le secteur de la santé : le cas d'une entreprise qui formalise la gestion et les relations avec les médecins

Gomes da Silva José Roberto

IAG/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Tel: (5521) 2138-9307 ; Fax: (5521) 2138-9274

jrgomes@iag.puc-rio.br

de Souza Penteado Arlindo

IAG/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Résumé

Dans les dernières décennies, on a vu la popularisation d'un discours que préconise l'émergence d'un modèle de gestion selon lequel la logique bureaucratique et les relations formelles de travail tendent à avoir leur importance réduite (THOMPSON et DAVIDSON, 1995). Parmi d'autres types d'argumentations, ce discours est souvent utilisé pour justifier plusieurs processus de sous-traitance d'activités et de réduction du degré de formalisation des relations de travail. Dans le cas des entreprises de santé, ce discours est renforcé par la difficulté historique d'accorder les principes de la gestion bureaucratique aux intérêts des différentes catégories professionnelles, surtout celle des médecins (DENT, 2003; MUELLER, HARVY et HOWORTH, 2003; ROBINSON, 2001). Cet article analyse le cas d'une entreprise de services de santé qui essayait de produire un discours différent de cette logique de débureaucratisation : après avoir travaillé avec une grande quantité de médecins sous-traités, elle a décidé de les transformer en employés formels et de renforcer les procédures bureaucratiques de sa gestion. L'objectif principal de la recherche était d'identifier comment l'entreprise a produit son discours de changement et d'observer les effets de ce discours, quant à la manière dont il était perçu par les médecins. L'article présente le résultat d'une enquête qualitative basée sur des interviews avec la principale gestionnaire de l'entreprise qui a conduit ce processus de changement et avec dix médecins qui en ont participé. Parmi d'autres aspects, les résultats indiquent que, en composant son discours autour du concept de qualité du service, la gestionnaire a réussi à atténuer quelques dilemmes inhérents au type de changement proposé. Et pourtant, même en reconnaissant cette attention de l'entreprise à la qualité du service, les médecins ont manifesté une préoccupation par rapport à la préservation de leur autonomie d'action dans leur relation avec les patients. Les résultats indiquent aussi que le discours généralisé sur la débureaucratisation doit être analysé en observant la réalité spécifique relative à chaque type de contexte organisationnel.

Mots clés: bureaucratie, post-bureaucratie, changement organisationnel, entreprise de service de santé, rhétorique organisationnelle.

1. INTRODUCTION

Dans les dernières décennies, les théories en gestion ont été envahies par un discours de transformation qui préconise l'affaiblissement de la logique bureaucratique et des mécanismes traditionnels de contrôle des relations de travail. Les idées de quelques auteurs comme Alvin Toffler, Tom Peters et Peter Drucker ont été popularisées dans le métier de gestion, en anticipant une vision sur l'avenir prochain où les organisations traditionnelles auraient une tendance à disparaître. Dans un article publié à *Harvard Business Review* sous le titre *The Coming of the New Organization*, Drucker (1988), par exemple, envisageait l'émergence d'un modèle de gestion dont les organisations seraient comme des grands réseaux de partenariat formés autour des compétences requises par les affaires. Dans ce type de réseau, les contrats traditionnels de travail, à long terme, aurions une tendance à devenir des relations circonstancielle entre des partenaires qui mettent leurs compétences à disposition du collectif pour la réalisation des objectifs communs de conquête et de survie dans le marché. Cet article a été devenu une des références plus reproduites dans le discours des gestionnaires de plusieurs organisations.

Selon Thompson et Davidson (1995), ce discours de transformation est appuyé aussi par un courant de la philosophie et des sciences sociales qui soutient l'idée que nous vivons dans une période de changement vers une société postmoderne, postbureaucratique ou postindustrielle. Une fois que les longs contrats formels de travail correspondent à un modèle réifié dans la société moderne, laquelle est bureaucratique et typiquement industrielle, ils ont alors la tendance à devenir des relations plus dynamiques et ponctuelles, autour des articulations des intérêts partagés entre les individus et les organisations, selon chaque situation.

Dans les pratiques courantes des organisations, on observe que ce discours est souvent utilisé pour justifier un grand numéro de processus de réduction des structures et de sous-traitance de plusieurs activités. Dans les dernières décennies, il y a eu peu d'organisations qui n'ont pas accompli de grand mouvement de réduction des niveaux hiérarchiques et de leur numéro d'employés, en repassant, à des entreprises partenaires ou à des professionnels autonomes, des activités qu'étaient réalisés à l'interne antérieurement. *Sous-traitance* est devenue une expression à la mode dans la gestion des années 1980 et 1990. Dans l'opinion des gestionnaires, elle est aussi une pratique presque obligatoire pour que les entreprises survivent aux défis de compétitivité dans le contexte contemporain. Néanmoins, les problèmes auxquels les entreprises

font face dans leurs processus de sous-traitance et les critiques courantes à la détérioration des relations de travail ont provoqué un questionnement continu de l'efficacité de ce type de mécanisme de gestion.

Spécifiquement dans le cas des organisations du secteur de santé, Dent (2003), Mueller, Harvey et Howorth (2003) et Robinson (2001), parmi d'autres auteurs, observent que la tentative d'implantation du modèle bureaucratique et des formes de relation de travail qu'essaient à subordonner les médecins à la logique de la gestion a fait face, traditionnellement, à la résistance de cette catégorie professionnelle. Sous ce point de vue, le discours postbureaucratique a une tendance à se renforcer pour ce type d'organisation, car il présente une possibilité de solution pour quelques de ses principaux dilemmes traditionnels de gestion.

Cet article analyse le cas d'une entreprise de ce secteur qui a décidé d'accomplir une pratique différente de celle préconisée par les discours de gestion courants. Il s'agit d'une entreprise du secteur de services de santé, laquelle, en travaillant d'abord avec quelques médecins sous-traités, a décidé à les passer à la condition d'employés avec un contrat de longue durée, dans le modèle typique des relations de travail des organisations bureaucratiques. Les principaux objectifs de l'étude étaient : (a) d'identifier comment la gestionnaire de l'entreprise a formé son discours de changement, en appuyant un type de pratique que présentait un sens contraire aux discours plus popularisés dans le domaine de la gestion actuelle ; (b) d'observer les effets de ce discours, en ce qui concerne les perceptions des médecins auxquels, on le suppose, il était surtout destiné. Pour des raisons éthiques, on a omis le nom réel de l'entreprise et on l'a dénommé HEALSERV.

2. LE DISCOURS DE LA GESTION EN TEMPS DE CHANGEMENT

Dans une révision critique sur la littérature en gestion des dernières décennies, Thompson et Davidson (1995, p.17) identifient la prédominance d'un discours qu'ils dénomment « *le discours de la restructuration organisationnelle* ». Ces auteurs soulignent aussi que la reconnaissance des éléments rhétoriques présents dans les théories de gestion est fondamentale pour qu'on comprenne les distorsions entre le discours et la pratique des organisations. Selon Dent (2003), la rhétorique organisationnelle n'a pas seulement l'objectif de persuader, mais aussi d'affirmer des valeurs, d'influencer et de justifier des comportements. Dans la vision de cet auteur, chaque rhétorique est une partie d'un système culturel qui possède ses propres règles de manipulation et d'action politique.

Dans leur critique, Thompson et Davidson mettent en évidence aussi que, en s'appuyant sur l'impopularité du concept de bureaucratie dans les dernières décennies, le discours de la restructuration préconise un type d'organisation *flexible* qui aurait comme des caractéristiques principales : la décentralisation, la désagrégation et la désorganisation.

Comme forme de décentralisation, les organisations auraient la tendance de rompre avec la cohésion bureaucratique et de devenir un ensemble d'unités ou des centres de profit plus petits et plus autonomes ou avec plus de pouvoir de décision. Même en ayant des structures plus faiblement attachées et le pouvoir de décision plus dispersé, les organisations seraient capables de maintenir leur intégration par moyen d'une vision partagée, d'une stratégie consciente, d'une culture corporative plus forte, d'une relation de clientèle entre leurs unités, et même par la technologie d'information.

La caractéristique de désagrégation peut être perçue au-delà des frontières internes de redistribution de pouvoir, une fois qu'il s'agit d'une logique de fédéralisme, selon laquelle le concept même de *corporation* passe à être associé à l'idée d'un noyau central qui rassemble un réseau de fonctions dispersées entre petites entreprises, des franchisages ou d'autres types d'entités sous-traités.

La désorganisation serait une caractéristique nécessaire à ce nouveau modèle, une fois que la croyance à la planification et aux structures bureaucratiques, comme des instruments d'élimination de l'incertitude, perd son sens en face d'un contexte chaotique. Ainsi, la croyance au pouvoir de la planification donne place à un discours qui préconise la capacité d'articulation rapide de réponses aux adversités contextuelles, comme une des plus importantes caractéristiques à être cultivées dans les organisations.

Toute cette rhétorique de changement est basée sur la prémisse d'existence d'un temps *turbulent*, d'une menace de crise permanente qui demande que les organisations deviennent constamment adaptables. Telle logique d'argumentation s'utilise souvent, alors, de quelques facteurs représentatifs de cette turbulence, soit (THOMPSON et DAVIDSON, 1995) : la concurrence intense ; les nouvelles caractéristiques démographiques de la société ; les cycles accélérés de technologie et de produits ; des consommateurs avides pour des innovations ; une société saturée d'information.

Grey et Garsten (2001, p.230) dénomment « *postbureaucratie* » la gamme de changements organisationnels qui ont comme objectif « *l'érosion et le démantèlement de la bureaucratie* ».

Pour ces auteurs, les principales caractéristiques présentes à la rhétorique postbureaucratique sont : la réduction des niveaux hiérarchiques ; le plus grand accent mis sur la flexibilité que sur la surveillance des règles ; des frontières plus perméables entre l'organisation et son environnement. Une des principales formes d'expression de cette plus grande perméabilité au monde externe est relative à la manière par laquelle l'organisation compose les relations de travail. Dans le modèle postbureaucratique, on voit augmenter l'utilisation de mécanismes de sous-traitances, des travailleurs temporaires et des consultants, alors que l'emploi traditionnel a une tendance à être réduit.

3. LE DISCOURS *POSTBUREAUCRATIQUE* ET LES RELATIONS DE TRAVAIL

Le niveau de transformation des relations de travail dans les organisations actuelles est évident et toujours justifié par le discours postbureaucratique. Dans leurs efforts d'adaptation au nouveau contexte, les organisations tendent à rompre l'accord traditionnel de travail, en adhérant à d'autres formes de contrat qui semblent être cohérentes avec la notion de flexibilité. Ainsi, dès les fonctions d'opération jusqu'aux positions de management sont occupées aujourd'hui, dans beaucoup d'organisations, par des individus qui n'ont pas de relation de plein emploi avec elles ou sont considérés comme des partenaires d'affaires temporaires ou éventuels (INKSON, HEISING et ROUSSEAU, 2001; MUMFORD, 1995; SPARROW, 2000).

Par conséquent, on a vu proliférer, dans les dernières décennies, un nombre considérable d'études qui observent comment les changements organisationnels, en affaiblissant les relations de travail traditionnelles :

- (a) provoquent dans les individus un sentiment de rupture de leurs contrats psychologiques avec leurs employeurs (GUEST, 2004; MORRISON et ROBINSON, 1997; WETZEL, 2001) ;
- (b) affectent les identités des individus (BRICKSON, 2000; PENTEADO et SILVA, 2004; SILVA, 2004), leur identification avec les organisations (HUMPHREYS et BROWN, 2002) et l'identité de l'organisation elle-même (CORLEY, 2004) ;
- (c) génèrent des paradoxes et des inconsistances entre le discours et la pratique de la gestion de ressources humaines (THOMPSON et DAVIDSON, 1995).

Parmi tous les paradoxes qui sont identifiables dans ce discours de changement, le plus important est peut-être celui relatif au fait que, au même temps qu'affaiblissent les relations de travail, les

organisations ont besoin, de plus en plus, de maintenir une relation de partenariat avec leurs employés, une fois que c'est de ceux-là qu'elle dépend pour construire sa capacité d'agir en face des incertitudes du contexte (GREY et GARSTEN, 2001).

Ce qui fait ce paradoxe devenir encore plus évident, c'est que ces « *partenaires* » sont juste ceux que les organisations ont l'habitude de culpabiliser par leurs difficultés de réaliser les changements (SILVA, 2001).

4. L'IMPORTANCE DU DISCOURS DES DIRIGEANTS

En s'appuyant souvent sur le discours de la transformation, le sujet de la gestion du changement est devenu une thématique d'intérêt central pour les organisations. Tel sujet mobilise plusieurs approches d'auteurs qui se sont proposé de chercher des modèles de solution, surtout pour aider les organisations à réussir devant ce qu'elles supposent être le plus grand obstacle à faire face : les résistances humaines (Ex. : ALLAIRE et FIRSIROTU, 1989 ; KOTTER, 1995 ; NADLER, 1989).

Une des principales critiques qu'ont été dirigées aux théories et pratiques courantes de gestion du changement c'est le fait qu'elles utilisent souvent des prémisses excessivement simplificatrices de la réalité comme (SILVA, 2001) : considérer que les plus grandes difficultés ont origine aux résistances humaines placées surtout à la base de la pyramide hiérarchique ; considérer le changement comme un processus qui peut être entièrement planifié par les dirigeants ; ignorer la diversité organisationnelle et les multiples interprétations que les individus peuvent attribuer au changement ; traiter les individus comme des objets de la gestion et pas comme des *sujets* capables de contribuer, de façon consciente, à la réussite de l'organisation, aussi bien qu'à leurs propres destins. Des auteurs comme Covalski *et al.* (1998) voient aussi les actions de gestion du changement comme des pratiques de contrôle organisationnel qui peuvent produire importantes sources de conflits internes pour les individus, car elles affectent leurs relations dans le contexte de travail et, ainsi, leurs identités.

Cette critique à la vision du *management* plus traditionnelle a motivé le déroulement d'un courant de recherche qui comprend le changement organisationnel comme un processus de signification. Selon ce courant, on ne peut pas voir la communication seulement comme un « *outil au service des dirigeants* », car elle est « *l'arène* » où le sens peut se construire (ANDERSON, 2004 ; DOOLIN, 2003 ; FORD et FORD, 1995 ; GARRETY *et al.*, 2003 ; SILVA, 2001 ; TAYLOR,

1993). Ce courant fait, alors, une attention cruciale à des aspects comme : les systèmes de signification contenus dans la culture et dans l'idéologie organisationnelle ; l'interprétation, les sentiments et la rationalité des acteurs participants au changement ; les multiples conversations déroulées autour du sens du changement.

Pourtant, une similitude entre ce courant de pensée sur le changement et la vision du management traditionnel est peut-être le fait que les deux reconnaissent la forte influence du discours des dirigeants sur la manière dont les individus perçoivent le changement organisationnel. Dans une perspective plus proche à la vision du management, Guo (2004), en analysant les restructurations dans les organisations du secteur de santé, argumente, par exemple, sur l'importance de l'action des dirigeants pour les efforts de promouvoir le changement, tout au long d'un processus qui comprend : l'examen du contexte ; l'établissement des définitions ; la direction de l'exécution ; l'évaluation continue. D'un autre côté, des auteurs comme Dunford et Jones (2000) analysent comment le discours des dirigeants influence les sens et le cours d'action du changement construits socialement par les participants de l'organisation.

Dent (2003) observe aussi que les tentatives d'analyser l'influence du discours du management sur les perceptions des individus ignorent souvent la diversité présente dans les cultures organisationnelles. On ne peut pas oublier que les organisations sont des systèmes hétérogènes, ou bien un réseau d'acteurs qui possèdent différentes visions sur la réalité et qui, donc, les interprètent de façons distinctes. Cet auteur exemplifie cette diversité en parlant des hôpitaux, dont les diverses catégories professionnelles (en incluant les médecins) représentent différentes cultures, ce qui fait chacune avoir son propre discours et son propre système de signification. Alors, dans ce type d'organisations, il y a souvent des divergences dans la manière dont les médecins et les gestionnaires attribuent du sens au changement.

5. DES DILEMMES DE LA GESTION DANS LES ORGANISATIONS DE SANTÉ

Apker et Eggly (2004) remarquent que le processus de formation d'un médecin est décisif pour la construction d'une identité professionnelle singulière, une fois que, dans les différentes situations d'apprentissage de la profession, il passe par un processus de socialisation intense et plein de composantes idéologiques. Le langage utilisé par l'idéologie médicale réaffirme continuellement quelques types de valeur, comme l'autorité et l'objectivité, au même temps que renforce une

logique selon laquelle les systèmes de signification scientifique sont vues comme prépondérants sur toutes les autres perspectives.

Ce mode de socialisation a la tendance à valoriser le profil d'un professionnel idéalisé comme un *super individu*, quant à son autonomie, ses jugements de valeur, ses habilités, son engagement et sa motivation. Ce modèle a aussi la tendance à faire que l'individu cultive un sentiment de pouvoir exercer un fort contrôle social par son expertise. L'idéologie et la rigueur de la formation du médecin ont la tendance à créer aussi des difficultés pour sa relation avec le patient, une fois qu'elles renforcent une vision de dépendance de ceci à celui-là. Cette idée de dépendance est basée sur la croyance à l'hégémonie de sa connaissance.

Mueller, Harvey et Howorth (2003) observent que l'autonomie de décision des groupes spécialistes est une caractéristique inhérente au modèle typique des organisations du secteur de santé. Dans ce modèle d'organisation, le marché interne de travail est souvent subordonné à la logique des spécialistes, une fois qu'ils contrôlent le recrutement des nouveaux professionnels. Une autre caractéristique de ce modèle est aussi souvent la résistance des spécialistes contre l'intrusion de la logique du management sur leurs activités.

En ce qui concerne l'insertion des médecins dans le système hospitalier, Dent (2003) observe qu'ils ont réussi historiquement dans leurs efforts de préserver leur autonomie et de ne pas se soumettre aux règles organisationnelles. Parmi les raisons de cette réussite, on peut citer : leur type d'expertise unique, complexe et difficile à standardiser ; leur niveau d'organisation comme catégorie professionnelle, beaucoup plus observable dans les hôpitaux que ce de leurs collègues de l'administration ; leur statut privilégié, dans la division du travail dans le secteur de santé.

Selon Robinson (2001), il y a également la restriction de plusieurs médecins, de ne pas s'affilier aux grandes corporations, une fois qu'ils auraient besoin de se soumettre à des objectifs de production et d'efficacité, et aussi à des protocoles cliniques plus rigides. D'une certaine manière, la pratique libérale de la médecine, par moyen d'une relation singulière entre le médecin et ses patients, semble protéger ces professionnels de l'influence de la hiérarchie, de la politique et de la bureaucratie organisationnelles. Dans ce sens, ce qui représente aujourd'hui une angoisse pour les membres d'autres catégories professionnelles, le manque d'une relation d'emploi plus forte avec une organisation, semble être vu comme désirable pour beaucoup de médecins.

Dent (2003) constate un grand effort des organisations de santé actuelles pour que les médecins deviennent coresponsables pour les problèmes de gestion. Ce plus grand compromis requis des

médecins peut être attribué, d'une certaine manière, au développement des systèmes d'information administratifs, en faisant que le travail clinique et sa performance deviennent plus transparents. Cette tentative d'augmenter le compromis des médecins avec la problématique de la gestion est vue par Dent (2003) comme une manière de *responsabiliser* l'autonomie de ce type de professionnel, de façon semblable à ce qui se passe avec d'autres catégories, comme les ingénieurs et les comptables. Ce mouvement contribue à éroder la traditionnelle dichotomie qui marque historiquement les relations entre ces spécialistes et les gestionnaires. Des concepts comme ceux de la qualité des services, du regard sur le client, de la compétitivité et de la survie économique sont souvent utilisés aujourd'hui pour rapprocher la logique de différentes catégories professionnelles. Pourtant, les résultats des études de Dent indiquent que les médecins ont une tendance à accepter cette nouvelle responsabilité, mais continuent à ne pas vouloir perdre leur autonomie ou se subordonner au pouvoir arbitraire de la gestion.

Mueller, Harvey et Howorth (2003) identifient, par contre, quelques nuances dans les conflits de vision entre les gestionnaires et les professionnels spécialistes. Les études de ces auteurs montrent que les gestionnaires sont capables de rapprocher leur discours de rationalité de celui des spécialistes, de manière à éviter un conflit ouvert et assurer une base de cohésion pour le processus de décision. Les spécialistes, de leur côté, sont capables de s'engager dans les processus administratifs, quand ils les perçoivent comme raisonnables et non conflictuels avec leur propre rationalité.

De toute façon, même en réussissant à résister à être subordonné à la logique de la gestion, la catégorie des médecins ne peut pas rester immune au discours de la transformation organisationnelle. En analysant les changements du système d'émergence médicale du Royaume-Uni, qui privilégiait une approche psychosociale plus approfondie sur le patient et un meilleur contrôle de coûts, Charles-Jones, Latimer et May (2003) ont vérifié que la redéfinition des rôles des médecins, des infirmiers et des professionnels administratifs a fait toutes ces catégories avoir besoin de reconstruire leurs identités, une fois que ces changements altéraient la structure traditionnelle de pouvoir, centré dans la connaissance des médecins. Keshavjee (2004) identifie quelques questions éthiques fréquemment posées par les médecins, en ce qui concerne l'invasion de la logique d'efficacité des coûts dans les services médicaux, en réduisant l'accent sur les réels besoins des patients. Plusieurs auteurs ont essayé d'évaluer aussi comment les récents

changements accomplis par les organisations du secteur de santé modifient les relations de travail des médecins, en incluant leur système de rémunération (ROBINSON *et al.*, 2004).

6. MÉTHODE

Cette étude analyse les perceptions des médecins, par rapport aux changements accomplis à HEALSERV, une entreprise du secteur de santé. L'analyse est basée sur le contenu de documents internes utilisés par la direction de l'entreprise pour faire la divulgation du changement et sur le résultat d'interviews avec la principale gestionnaire et dix médecins qu'ont participé du processus de changement focalisé. Les interviews ont été accomplies dans les locaux de travail des participants, aux mois de mars et avril 2005, et ont duré autour de 30 minutes. Le contenu des interviews a été transcrit intégralement et a été analysé qualitativement avec l'aide du logiciel Atlas/TI.

7. LE CONTEXTE DE L'ORGANISATION ET LE DISCOURS DU CHANGEMENT

La HEALSERV a été fondée en 1967, comme une organisation qui offrait des produits d'assurance-maladie et des services cliniques et hospitaliers aux employés des entreprises de l'État de Rio de Janeiro, Brésil. Les contrats de service étaient établis avec les entreprises qui les concédaient à leurs employés.

Dès sa fondation, la HEALSERV semble avoir choisi un cours d'évolution différent de celui des autres entreprises du même secteur. Le marché d'assurance-maladie dans la région s'est agrandi sensiblement pendant cette période, avec un type d'offre dont les entreprises concurrentes permettaient le libre accès de leurs clients à un grand réseau associé (pas propre) de médecins, de cliniques, d'hôpitaux et de laboratoires autorisés. La HEALSERV, de son côté, en essayant de ne pas se distancier de ses clients, a toujours suivi la philosophie de maintenir ses propres unités médicales, avec son propre groupe de spécialistes.

Cependant, plus tard, les forces du marché semblent avoir exercé une importante influence sur cette philosophie d'action et la HEALSERV a fini pour reproduire, dans ses unités propres, le même processus dont les entreprises concurrentes s'utilisaient, pour rémunérer les spécialistes, en opérant avec un réseau externe : la rémunération variable, par service accompli. Dans ce processus de rémunération, les médecins, même en travaillant dans les unités propres de l'entreprise, n'avaient pas un salaire fixé et recevaient seulement par les services réalisés, soit une

consultation, un examen, un traitement continu ou une procédure chirurgicale. Ce type de relation, qui pouvait être classifié comme une forme de sous-traitance, semblait créer, pourtant, des difficultés pour faire un lien plus fort entre ces professionnels et la HEALSERV, ce qui était incohérent par rapport à sa philosophie originale.

Quatre ans avant la réalisation de cette étude, une nouvelle gestionnaire, fille du fondateur, a assumé la direction de l'entreprise. En notant que les systèmes de santé publique et privée étaient saturés dans la région, et en désirant récupérer les valeurs qui ont orienté la fondation de l'entreprise, la nouvelle gestionnaire a choisi d'implanter deux types principaux d'actions de changement. Le premier a été la division de l'entreprise en deux unités d'affaires différentes : la HEALSERV-OP, une unité opératrice d'un produit d'assurance-maladie qui utilisait un réseau de services associés ; la HEALSERV-CH, une unité de services cliniques et hospitaliers. La seconde action de changement a été la création d'un nouveau modèle de gestion de la relation avec les médecins qui travaillaient dans les unités médicales propres de l'entreprise.

À l'époque de la réalisation de l'étude, la HEALSERV-OP avait environ 100.000 personnes assistées par son produit d'assurance-maladie, qui était offert seulement aux entreprises (toutes les personnes assistées étaient des fonctionnaires des entreprises clientes). Le réseau des services offerts par l'assurance comprenait des médecins autonomes, des cliniques, des laboratoires, des hôpitaux privés et des unités médicales gérées par l'autre partie de l'entreprise, la HEALSERV-CH. Cette étude focalise seulement les changements dans cette dernière unité.

La HEALSERV-CH avait cinq cliniques et deux hôpitaux propres, dans lesquels travaillaient 200 médecins et aussi des infirmiers et d'autres types de professionnels comme des assistants sociaux, des réceptionnistes et des fonctionnaires administratifs.

Le nouveau modèle de gestion implanté dans les unités propres de la HEALSERV-CH avait des caractéristiques similaires à ceux des institutions publiques de santé au Brésil. Cette similitude avait peut-être des raisons historiques, une fois que le fondateur de l'entreprise était un médecin renommé originaire du service public du Rio de Janeiro. Dans ce modèle de gestion, le médecin recevait une rémunération mensuelle, par sa participation dans l'équipe, dans un service qui était hiérarchiquement organisé par le niveau de connaissance de chaque spécialiste. Beaucoup des médecins qui étaient avant des partenaires sous-traités éventuels se sont passés à la condition d'employés ou ont continué comme des sous-traités, mais en profitant d'un lien plus fort avec

l'entreprise, ce qui caractérisait une tendance contraire aux mouvements du marché de travail actuel.

L'entreprise croyait qu'ainsi elle pourrait gérer plus de qualité pour le service offert à ses clients. Dans la vision de la direction, la méthode de rémunération par procédures qu'elle adoptait avant faisait que la logique commerciale surpassait la raison d'être de l'entreprise, comme une organisation de santé. Ce plus fort accent sur la logique commerciale mettait l'entreprise dans le cercle vicieux pratiqué par le marché, dans lequel la quantité, plus que la qualité du service, était considérée comme importante et désirable. Spécifiquement, l'entreprise cherchait à changer la philosophie d'action des médecins, d'une pratique individuelle et solitaire à une autre qui privilégiait l'évolution technique, la socialisation et la capacité de gestion. La direction de l'entreprise croyait que ces innovations accentuaient, pour les médecins, l'importante de valoriser d'autres aspects si ou plus importantes que la question financière et, ainsi, motivaient un comportement plus constructif pour la pratique de la médecine. Dans son discours, tant dans les documents internes quant dans les explications orales présentées aux médecins, la gestionnaire de l'entreprise cherchait à mettre l'accent sur la croyance que les changements avaient un caractère essentiellement lié à la pratique des valeurs éthiques et au renforcement de la qualité du service aux clients. Pourtant, comme Robinson (2001) a observé, quelques médecins résistaient à adhérer à ce nouveau modèle de relation de travail proposé par l'entreprise.

D'autres directives établies par l'entreprise ont caractérisé aussi un type de changement que, d'une certaine manière, allait dans un sens contraire au discours à la mode dans les théories et pratiques de gestion, comme ce décrit par Grey et Garsten (2001), une fois qu'elles augmentaient le niveau de bureaucratie, au même temps que renforçait la relation de travail des médecins avec l'organisation. On peut identifier, parmi celles directives :

- la formation d'un corps hiérarchique médical caractérisé par la création du rôle de *chef de service*, dont les fonctions étaient : (i) de garantir la formation d'une équipe technique de qualité ; (ii) la définition des routines et des responsabilités individuelles ; (iii) la promotion de la discussion et de l'implantation d'un protocole de conduite médicale ; (iv) le contrôle de l'adhésion du corps clinique, par rapport aux règles et aux procédures de l'entreprise ; (v) des incentives à la recherche (en incluant la publication d'articles) et à la participation en des conférences ;

- le remplacement de la rémunération par procédures par un salaire fixe ; les médecins ont été invités à travailler en régime exclusif ou de temps partiel ;
- l'implantation de critères d'évaluation de performance des médecins, comme une composante du processus de participation dans les profits de l'entreprise ;
- l'intégration d'autres divisions (comme ceux de Ressources humaines et de Communication) avec l'équipe médicale, comme une manière d'assurer la meilleure réalisation des autres actions décrites.

Les résultats des interviews avec les médecins, qui sont présentés ensuite, montrent des perceptions de ces professionnels par rapport aux changements implantés par l'organisation.

8. RÉSULTATS

Les résultats obtenus par l'analyse des interviews ont été classifiés dans trois groupes : (a) la vision sur les changements ; (b) les perceptions sur l'entreprise et sur le marché ; (c) l'attitude des gens. La vision sur les changements comprend l'ensemble de perceptions partagées par rapport au contenu des changements accomplis dans l'entreprise, aux objectifs de ces changements et à leurs implications sur le quotidien. Le deuxième groupe est relatif à la manière dont les médecins ont perçu que les changements ont influencé l'image et la mission de l'entreprise devant le marché. Le troisième groupe de résultats montre les perceptions des médecins sur le comportement des gens dans l'organisation (en incluant eux-mêmes) et observe la manière dont les changements ont influencé leurs identités professionnelles et leurs contrats psychologiques avec l'organisation.

Il faut remarquer que les opinions des participants de l'enquête, utilisées comme des exemples ensuite, ont été traduites du portugais, en essayant de respecter le sens originel de leurs mots, ce qui n'est pas toujours possible dans ce type de traduction.

8.1. LA VISION DES MEDECINS SUR LES CHANGEMENTS DANS L'ENTREPRISE

De façon générale, les médecins ont perçu que la HEALSERV passait par un processus qu'ils ont dénommé « *de professionnalisation* » : l'entreprise où il y avait une relation familiale, sans cérémonie et amicale, a passé à attribuer plus de valeur aux normes, à établir des hiérarchies plus formelles, à créer plus de contrôles et à demander plus de résultats. Cette perception des médecins coïncidait avec le discours utilisé par la direction de l'organisation, lequel essayait de

renforcer, par ce type de mécanisme bureaucratique, un moyen d'entraîner la gestion à devenir plus professionnelle et de contribuer pour la qualité de ses services, en élevant, ainsi, les chances de survie dans un marché, celui de Rio de Janeiro, lequel était vu comme fortement détérioré. Dit d'autre manière, en contrariant des tendances observées par des auteurs comme Thompson et Davidson (1995) et Grey et Garsten (2001), en ce qui concerne le discours dominant dans les organisations actuelles, la hausse du niveau de bureaucratie était quelque chose que, dans le cas de la HEALSERV et du secteur dont elle faisait partie, semblait être vu comme favorable.

Même si le renforcement des normes et des mécanismes de contrôle sur le travail des médecins avait réduit son autonomie relative à l'exercice de la profession, cela a généré un sentiment que les procédures et les décisions quotidiennes sont devenues plus fiables, en occasionnant une plus grande qualité et en contribuant pour valoriser les efforts de chacun pour atteindre les objectifs de l'organisation :

« ... je ne dis pas qu'elle n'était pas professionnelle, non... elle a été toujours professionnelle. C'est pour ça que je suis resté dans l'entreprise. Je me suis toujours senti soutenu par le fait que l'entreprise était sérieuse et tout ça... Mais (...) c'est l'évolution même des choses, de percevoir que maintenant on a plus de contrôle. Les gens arrivent... comme une qualité totale... Je ne suis pas un grand connaisseur de ça, mais on observe clairement que les gens veulent avoir une chose palpable sur ce qu'elles considèrent... elles veulent confirmer avec des numéros une impression, si c'est vrai que cette impression qu'elles ont sur les professionnels correspond à la réalité ... Et, bien sûr, orienter celui qui est oisif... pouvoir mieux utiliser le temps, utiliser les professionnels... on peut dire... et au même temps, pouvoir évaluer avec plus de précision les fonctionnaires ».

Dans la vision des médecins, ce plus grand contrôle ne représentait pas, nécessairement, une interférence de l'entreprise sur la relation entre eux et leurs patients. On voyait que le contrôle sur les résultats avait augmenté, mais, d'une certaine manière, cela avait été contrebalancé par la plus grande chance de participation des médecins dans les discussions sur les problèmes généraux de l'entreprise. Le fait plus important était que le médecin avait continué à percevoir son autonomie par rapport au diagnostic et aussi au traitement des patients :

« Je suis à HEALSERV il y a déjà 15 ans... Donc, maintenant, je perçois que nous devenons... il y a une vigilance plus grande sur notre travail. Mais, moi, sincèrement,

je ne pense pas que cette vigilance soit négative, non, parce que la HEALSERV nous laisse libres, une fois qu'elle ait indication que c'est pour le bien de notre patient, pour un diagnostic ou un traitement. Ceci, c'est sûr qu'on l'a ».

Le processus de hiérarchisation des médecins, lequel a été caractérisé principalement par la création du rôle des chefs de service, a été compris par les gens comme un type d'initiative de la direction de l'entreprise pour donner plus de pouvoir de décision aux mêmes spécialistes qu'avant avait une dépendance des dirigeants pour résoudre plusieurs types de problèmes. Ainsi, le renforcement des positions hiérarchiques intermédiaires, comme résultat de la création des chefs de service, au contraire de représenter un obstacle pour le cours d'action, a été entendu comme un processus qu'a apporté plus d'agilité et plus de sûreté aux décisions quotidiennes :

« Disons, dans la partie supérieure... une chose qu'il y avait avant... on avait beaucoup de contact avec la direction... aujourd'hui non. On a des collègues qui sont chefs des spécialités, auxquels on se rapport... Mais je trouve que c'est amélioré. C'est plus facile à travailler ».

« Je trouve qu'il y a des types de problèmes qu'on n'a pas besoin d'arriver au sommet pour qu'ils soient résolus... il y a des gens qui résolvent tout... alors, un problème qu'on ait ici dans la clinique, il y a le Dr X, un problème dans la clinique générale, il y a la Dr Y, un problème dans la gynécologie, il y a le Dr Z... et c'est résolu ».

L'augmentation du niveau de participation des gens dans le processus de décision de l'entreprise n'a pas été liée seulement à la création du rôle des chefs de service, mais aussi à l'inclusion d'autres professionnels des départements administratifs. La plus grande importance donnée aussi à ces autres professionnels n'a pas été entendu, pourtant, comme une dévalorisation des médecins, une fois qu'elle leur a permis de concentrer leur attention à l'exercice de la médecine :

« Oui, la forme d'organisation de la HEALSERV est changée, est devenue... maintenant, je trouve qu'elle est une chose plus professionnelle, en ce qui concerne... Maintenant, on a le secteur de finances, on a le secteur de projets, secteur d'accueil... parce que cela n'existait pas, vous comprenez ? Alors, ça a fait les choses plus divisées et plus professionnelles même... avec la vision du professionnel spécialiste là. Ça veut dire que le médecin est devenu plus circonscrit à la relation avec le patient, à la vision médicale des choses, de la santé. Je ne vois pas que ça soit mauvais, même parce que la formation du médecin est celle-là, pour faire face aux maladies, pour

faire soin des patients. Alors, il ne peut pas avoir toutes ces visions, il n'a pas été formé pour ça ».

Selon les participants de l'enquête, un aspect qui a renforcé la tolérance entre les médecins et les employés administratifs a été la division claire de responsabilités entre ces deux catégories. Par contre, cette division de responsabilités semblait renforcer, au même temps, le manque d'intégration entre elles. Par rapport à cette difficulté, la dirigeante de l'entreprise a créé un forum collectif de décision, pour la résolution des problèmes organisationnels. Même si cette pratique n'a pas éliminé le manque d'intégration, elle a été reçue par les médecins comme une démonstration de la valeur que le sommet de l'organisation donnait aux efforts des gens pour le succès de l'entreprise.

8.2. L'IMAGE ET LES OBJECTIFS DE L'ENTREPRISE

Les médecins semblent ne pas avoir incorporé la division de l'entreprise en deux unités d'affaires. Tout au long des interviews, ils n'ont pas fait référence à la HEALSERV-CH et ils ont souvent comparé l'entreprise aux autres compagnies fournisseuses des produits d'assurance-maladie, ce qui semble confirmer qu'ils ne percevaient pas cette séparation. De toute façon, ils ont souligné l'attention que la HEALSERV faisait à la qualité du service médical, même en considérant qu'il y avait des difficultés pour faire transparaître cette image au marché.

« Je trouve qu'un patient ici... il peut... il est toujours vu de la façon suivante : il n'aurait pas le luxe, le café, l'eau froide dans la salle d'attente, mais ce qui doit être fait pour le patient, il le sera. Pour les patients auxquels on n'a pas besoin de destiner les ressources, il y a un blocage clair ici, justement par les chefs de service, justement dans la tentative de destiner les ressources aux gens qu'en ont vraiment besoin. Je pense que la vision est celle-ci de crédibilité... où on pratique une médecine de bon standard, mais loin d'être un centre de traitement où il y a de la sophistication, un confort pour le patient ».

Un des plus grands défis de l'entreprise était relatif à la mission de mettre en évidence l'attention qu'elle faisait à la qualité de son travail, dans un marché de plus en plus compétitif et qui manquait de bons services. Un autre défi important était celui d'atteindre un niveau de ressources financières suffisant pour assurer sa survie. Dans ce cas, les médecins ont utilisé un discours

semblable à celui classifié par Thompson e Davidson (1995) comme « *postbureaucratique* », en mettant un accent sur la turbulence de l'environnement et sur les défis économiques de survie :

« Regarde, le principal défi que je vois pour l'entreprise c'est de faire transparaître ce travail devant le marché ; pour moi, c'est le principal défi ».

« Je pense que c'est une préoccupation... comme une préoccupation de quelqu'un... principalement d'un point de vue financier... Je trouve qu'il y a une équation qui doit être résolue... qu'à la fin du mois les comptes soient payés et il ne reste pas des dettes ».

8.3. LA RELATION AVEC L'ENTREPRISE ET L'IDENTITE PROFESSIONNELLE DES MEDECINS

La création d'une structure organisationnelle plus hiérarchique, avec un lien formel plus fort entre l'entreprise et les médecins, a été vue, au même temps, comme une source de plus grande professionnalisation de la HEALSERV et comme un obstacle pour les relations dans le contexte de travail. Dans le point de vue des médecins, les processus et routines créés ont dépersonnalisé le rapport entre les spécialistes et ont provoqué, par conséquent, des difficultés pour leur socialisation. Cette opinion peut révéler un type de résistance des médecins à l'intrusion des pratiques de gestion sur leur travail, en renforçant ce qui a été observé par Mueller, Harvey et Howorth (2003) :

« Je sens qu'il y a un refroidissement du rapport entre l'entreprise et le médecin. Je ne sais pas si c'est une partie de ces changements, lesquels sont des choses désirables, mais je sens qu'il y a... parce que l'entreprise s'est professionnalisée et toutes les choses qui étaient résolues avant tête-à-tête, avec une ou autre personne, n'en sont plus. Elles sont résolues par un processus. C'est le processus qui résoudre (tout)».

Par contre, les médecins ont considéré que la formalisation des routines de gestion n'a pas interféré dans la relation entre eux et leurs patients. Ce fait leur a motivé à adhérer plus facilement aux propositions de changement et les a fait rester dans l'entreprise :

« ...logiquement, j'ai une tendresse (par l'entreprise), car au contraire je ne resterai pas si longtemps... Ce qui me prend c'est la fiabilité de l'entreprise, la chance de faire une bonne médecine... Alors, ceci a été toujours un motif pour rester ».

Les changements, dans leur plénitude, de la façon définie par le discours de la gestionnaire, ne semblent pas avoir été assimilés intégralement par les médecins. Sauf en ce qui concerne les

questions salariales, quelques de ces professionnels semblait s'isoler dans la pratique médicale et refuser à participer aux décisions de la gestion.

« Je pense... une fois qu'il trouve que sa fonction n'est pas celle-là, il est quelqu'un un peu hors de la réalité... parce qu'il trouve que sa fonction, c'est de quoi : d'arriver ici, de recevoir (les patients)... de faire son travail de la meilleure manière possible qui est toujours relative à la consultation. Or, si vous avez déménagé cette armoire jusqu'à cette place parce que vous trouvez qu'elle est meilleure, il ne... Il n'est pas habitué à ça... sa fonction a été quelque chose d'isolé ici, dans son cabinet de consultation et c'est tout. Il ne sait pas ce qui se passe dehors... quand même il y a du feu dehors, il reste toujours ici, en consultant ».

La difficulté de se construire une pleine intégration entre les médecins et les autres professionnels de l'organisation peut être expliquée aussi par le fait que la pratique de la médecine est la principale activité de ce type d'entreprise, ce qui fait le médecin se sentir un peu comme le principal acteur organisationnel, en lui donnant un sens d'autorité (APKER et EGGLY, 2004) :

« Le médecin est toujours vu comme une pièce principale dans cette structure. L'entreprise, elle vend des services médicaux... personne ne cherche la HEALSERV par la qualité de son administration, par la qualité de son informatique, par la qualité de ses infirmiers. Ils viennent pour la consultation médicale... elle vend des services médicaux ».

Même si les médecins voyaient, dans les actions de changement créées par la dirigeante, l'intention de distribuer du pouvoir entre les différentes fonctions de l'entreprise, on ne voyait pas une propension claire de ces spécialistes à s'intégrer pleinement aux efforts de gestion et à partager le processus de décision avec les autres catégories professionnelles. En accord à ce qui Dent (2003) avait préconisé, les médecins semblaient ne pas vouloir perdre son autonomie et se subordonner aux pratiques de gestion, même si ils en reconnaissaient l'importance.

Pour le médecin, sa façon de s'engager dans les objectifs de l'entreprise c'était de concentrer ses efforts dans la pratique de la médecine, dans l'attention au patient. Le discours identitaire du médecin semblait ne pas inclure d'autres attributions que celles liées à la relation entre lui et ses patients :

« Je trouve que... Je trouve que je ne peux pas protester... je trouve que... disons, je crois que j'ai un bon nom, je trouve que j'ai travaillé... je trouve que je me mets dans

la peau du client... et quand tu te mets dans la peau du client, quand tu aimes ce que tu fais... J'aime ce que je fais et j'ai du respect pour le patient. Alors, je trouve que celle-là est la meilleure manière de se mettre dans la peau de l'entreprise ».

En ce qui concerne les questions éthiques posées par Keshavjee (2004), l'image positive de la HEALSERV, comme une entreprise capable même de flexibiliser les conditions contractuelles pour bénéficier le traitement des patients, représentait une source d'identification des médecins à elle :

« Le sommet de l'entreprise, la présidence, la vice-présidence, a une idée très... peut-être même obstinée pour mettre le médecin... (pour) détailler toutes les conditions de la consultation. C'est une question... La question éthique est beaucoup plus importante que le contrat que le patient a (avec l'entreprise). Dans plusieurs (situations), elle assume (la responsabilité) de choses que ne sont pas contractées... c'est historique... c'est... c'est... je trouve ça très... c'est important et je trouve très chouette ».

9. CONCLUSIONS

Cette enquête avait l'objectif d'analyser une situation de changement organisationnel dont le discours de l'entreprise se distancie de celui qui est caractéristique de la vision de gestion dans les dernières décennies. Selon le discours actuel du management, pour réussir en face d'un contexte très complexe, les organisations ont besoin de rompre la logique bureaucratique traditionnelle, basée sur la formalisation de normes, sur la hiérarchie, sur la division de tâches et sur les dispositifs de contrôle. Contrairement à ce discours, la HEALSERV a décidé de renforcer ces types de pratiques. Loin de représenter une apologie aux principes bureaucratiques, les résultats montrent que le discours qui popularise le modèle de l'organisation « postbureaucratique » semble être excessivement généralisé, une fois que chaque entreprise a sa propre histoire et ses propres caractéristiques contextuelles qui ne peuvent pas être encadrées dans un seul type de modèle de gestion.

À l'époque de l'étude, la HEALSERV était une des entreprises du secteur de santé qui ont accompli des processus importants de restructuration au Brésil. Elle avait une image respectée par le marché, même si elle n'était pas une des plus grandes entreprises de ce secteur. En adoptant une route de transformation différente de celle préconisée dans les discours actuels de

changement, et même divergents de celui de ses concurrents, l'entreprise a donné priorité à la cohérence avec sa valeur principale déclarée dès sa fondation : la qualité de ses services. En comprenant aussi les valeurs prédominantes de son public interne, l'entreprise a été capable d'obtenir un niveau satisfaisant d'acceptation et même d'adhésion de ses employés, quant aux objectifs proposés, même si elle a éprouvé des difficultés inhérentes à ce type de changement.

Les spécificités de la logique professionnelle des médecins et leurs réactions aux changements suggèrent aussi que le pouvoir attribué par les théories de gestion au discours des dirigeants n'est pas le seul élément à être considéré pour qu'on comprenne les réponses humaines à ce type de processus. D'un côté, les médecins sont capables de comprendre le discours officiel de la gestionnaire et même de l'accepter comme légitime. D'un autre côté, ils montrent conditionner cette acceptation à la cohérence de ce discours, par rapport à leurs valeurs liées à l'exercice de la profession. Leur acceptation du discours officiel dépend aussi de leur perception de non-interférence sur leurs attentes personnelles et sur leur autonomie professionnelle.

Finalement, les résultats de l'étude montrent aussi l'importance des structures de pouvoir présentes dans l'organisation, en ce qui concerne l'influence que quelques discours peuvent exercer sur les comportements individuels et de quelques catégories professionnelles. Une fois que, historiquement, les médecins représentent une catégorie dominante dans les organisations du secteur de santé, le discours des gestionnaires, pour être accepté plus facilement, doit être accompagné par des pratiques compensatoires, comme la définition claire des frontières de responsabilité et la création des débats autour des problèmes communs.

Il faut remarquer que cette étude a focalisé une période spécifique de l'histoire de l'entreprise, dans sa trajectoire de changement. Au moment de la composition de cet article, la HEALSERV a annoncé son acquisition par une grande entreprise du même secteur, dont la stratégie a été toujours d'acheter des concurrents plus petits qui ont une bonne image devant le marché. On peut déduire, alors, que cette acquisition signale que le marché a reconnu que les stratégies adoptées par l'entreprise ont réussi à créer une bonne image de qualité.

Des recherches futures peuvent observer d'autres situations de changement organisationnel divergentes du discours prédominant dans la logique actuelle du management en analysant aussi d'autres catégories professionnelles dont la pensée est différente de celle de la gestion.

RÉFÉRENCES

- Anderson, D.L. (2004), The Textualizing Functions of Writing for Organizational Change, *Journal of Business and Technical Communication*, 18:2, 2004, 141-164.
- Allaire, Y. et Firsirotu, M. (1989), How to Implement Radical Strategies in Large Organizations, in Tushman, M.L. et al. (dir.), *The Management of Organizations*, New York: Harper Collins.
- Apker, J. et Eggly, S. (2004), Communicating Professional Identity in Medical Socialization: Considering the Ideological Discourse of Morning Report, *Qualitative Health Research*, 14:3, 411-429.
- Brickson, S. (2000), The Impact of Identity Orientation on Individual and Organizational Outcomes in Demographically Diverse Settings, *Academy of Management Review*, 25:1.
- Charles-Jones, H.; Latimer, J. et May, C. (2003), Transforming General Practice: the redistribution of medical work in primary care, *Sociology of Health & Illness*, 25:1, 71-92.
- Corley, K. G. (2004), Defined by our Strategy or our Culture? Hierarchical Differences in Perceptions of Organizational Identity and Change, *Human Relations*, 57: 9.
- Covalesski, M.A.; Dirsmith, M.W.; Heian, J.B. et Samuel, S. (1998), The Calculated and Avowed: techniques of discipline and struggles over identity in Big Six public accounting firms, *Administrative Science Quarterly*, 43:2, 293-335.
- Dent, M. (2003), Managing Doctors and Saving a Hospital: irony, rhetoric and actor networks, *Organization*, 10:1, 107-127.
- Doolin, B. (2003), Narratives of Change: Discourse, Technology and Organization, *Organization*, 10:4, 751-770.
- Drucker, P.F. (1988), The Coming of The New Organization, *Harvard Business Review*, January-February 1988, 45-53.
- Dunford, R. et Jones, D (2000), Narrative in Strategic Change, *Human Relations*, 53:9.
- Ford, J.D. et Ford, L.W. (1995), The Role of Conversations in Producing Change in Organizations, *Academy of Management Review*, 20:3, 541-570.
- Garrety, K.; Badham, R.; Morrigan, V.; Rifkin, W. et Zanko, M. (2003), The Use of Personality Typing in Organizational Change: Discourse, Emotions and the Reflexive Subject, *Human Relations*, 56:2, 211-235.
- Grey, C. et Garsten, C. (2001), Trust, Control and Post-bureaucracy, *Organization Studies*, 22:2, 229-250.
- Guest, D.E. (2004), The Psychology of the Employment Relationship: An Analysis Based on the Psychological Contract, *Applied Psychology: an International Review*, 53:4, 541-555.
- Guo, K.L. (2004), Leadership Processes for Re-engineering Changes to the Health Care Industry, *Journal of Health Organization and Management*, 18: 6, 435-446.
- Humphreys, M. et Brown, A.D. (2002), Narratives of Organizational Change and Identification: a case study of hegemony and resistance, *Organization Studies*, 23:3.
- Inkson, K.; Heising, A. et Rousseau, D.M. (2001), The Interim Manager: prototype of the 21st-century worker?, *Human Relations*, 54:3.
- Keshavjee, S. (2004), Medicine and Money: the ethical transformation of medical practice, *Medical Education*, 38, 271-275.
- Kotter, J.P. (1995), Leading Change: why transformation efforts fail, *Harvard Business Review*, March-April 1995.

- Morrison, E.W. et Robinson, S.L. (1997), When Employees Feel Betrayed: a model of how psychological contract violation develop, *Academy of Management Review*, 22:1.
- Mueller, F.; Harvey, C. et Howorth, C. (2003), The Contestation of Archetypes: Negotiating Scripts in a UK Hospital Trust Board, *Journal of Management Studies*, 40:8, 1971-1995.
- Mumford, E. (1995), Contracts, Complexity and Contradictions: the changing employment relationship, *Personnel Review*, 24:8, 54-70.
- Nadler, D. (1989), Concepts For The Management of Organization Change, in Tushman, M.L. et allis (dir.), *The Management of Organizations*, New York: Harper Collins.
- Newton, J.; Graham, J.; McLoughlin, K. et Moore, A. (2003), Receptivity to Change in a General Medical Practice, *British Journal of Management*, 14, 143-153.
- Penteado, A. S. et Silva, J. R. G. (2004), A Tentativa de Reforço de um Perfil Desejado de Funcionário e seus Efeitos Sobre a Orientação das Identidades nas Situações de Mudança Organizacional, *Anais do 28º. ENANPAD – Encontro Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração*, Curitiba, PR.
- Robinson, J.C.; Shortell, S.M.; LI, R.; Casalino, L.P. et Rundall, T. (2004), The Alignment and Blending of Payment Incentives Within Physician Organizations. *HSR: Health Services Research*, 39:5, 1589-1606.
- Silva, J.R.G. (2001), *Comunicação e Mudança em Organizações Brasileiras: Desvendando um Quadro de Referência Sob a Ótica do Sujeito e da Reconstrução de Identidades*, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IAG/PUC-Rio.
- _____, J.R.G. (2004), Communications and the Reconstruction of Identities in the Context of Organizational Change in Brazil, in Gouveia, C.; Silvestre, C. et Azuaga, L. (dir.) *Discourse Communication and the Enterprise: linguistic perspectives*, Lisboa: ULICES-CEAUL, vol.1, 259-282.
- Sparrow, P.R. (2000), New Employee Behaviors, Work Designs and Forms of Work Organization: what is in store for the future of work?, *Journal of Managerial Psychology*, 15:3, 202-218.
- Taylor, J.R. (1993), La Dynamique de Changement Organisationnel: une théorie conversation/texte de la communication et ses implications, *Communication et Organisation*, 3, 50-93.
- Thompson, P. et Davidson, J.O. (1995), The Continuity of Discontinuity: managerial rhetoric in turbulent times, *Personnel Review*, 24:4, 17-33.
- Wetzel, U. (2001), Transformação do Contrato Psicológico no Contexto da Privatização: estudos de casos, *Revista de Administração Contemporânea – RAC*, ed. especial, 217-235.