Document généré le 16 juil. 2025 00:43

Ad machina
L'avenir de l'humain au travail

Recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles : l'introduction du lean et la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD du Québec

Paul-André Lapointe

Numéro 6, 2022

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1096197ar
DOI : https://doi.org/10.1522/radm.no6.1510

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département des sciences économiques et administratives de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

ISSN

2369-6907 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Lapointe, P.-A. (2022). Recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles : l'introduction du lean et la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD du Québec. *Ad machina*, (6), 196–218. https://doi.org/10.1522/radm.no6.1510

Résumé de l'article

Sur la base d'un recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles, la situation actuelle du personnel soignant dans les hôpitaux et les CHSLD est interprétée comme une crise du travail dont la gravité s'est révélée durant la pandémie de COVID-19. Cette crise du travail qui sévit au Québec depuis plus de 10 ans dans la santé et les services sociaux trouve son origine dans l'introduction du lean management. Qualifié de « flux tendu à main-d'oeuvre réduite », ce dernier s'inscrit dans la poursuite de la rationalisation industrielle, amorcée par le taylorisme. À trop intensifier le travail, il engendre, au début des années 1990, au Japon même et dans les usines d'assemblage de Toyota, qui l'ont vu naître, une importante crise du travail, complètement passée sous silence par les gourous et les consultants qui se sont employés à le diffuser largement. Introduit dans les hôpitaux et les CHSLD québécois au début des années 2010, le lean entraîne ici aussi une crise du travail, qui s'est d'abord manifestée chez les infirmières avant de s'étendre aux préposées aux bénéficiaires. Surcharge de travail, temps supplémentaire obligatoire, détresse psychologique, épuisement professionnel, démissions, absentéisme et difficultés de recrutement, telles sont les dimensions d'une dynamique négative autoentretenue. Appuyé sur des recherches menées auprès des infirmières dans les centres hospitaliers et complétées par un suivi attentif des journaux et des médias électroniques, l'article abordera enfin quelques avenues de solution sous le prisme des disparités salariales, de la reconnaissance et de la participation à la réorganisation du travail.

© Paul-André Lapointe, 2022

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Revue scientifique
L'avenir de l'humain au travail

Titre : Recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles L'introduction du *lean* et la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD du Québec

Rubrique : Perspective théorique

Auteur(s)

1 : Paul-André Lapointe

Citation : Lapointe, P.-A. (2022). Recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles L'introduction du *lean* et la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD du Québec. *Ad Machina*, *6*(1), 196-218. https://doi.org/10.1522/radm.no6.1510

Affiliation des auteurs

1 : Université : Université Laval Courriel : paul-andre.lapointe@rlt.ulaval.ca

Remerciements

Déclaration des conflits d'intérêts

☒ Aucun conflit d'intérêts à déclarer
☐ Conflit d'intérêts à déclarer (veuillez détailler)

Détails :

Résumé (250 mots)

Sur la base d'un recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles, la situation actuelle du personnel soignant dans les hôpitaux et les CHSLD est interprétée comme une crise du travail dont la gravité s'est révélée durant la pandémie de COVID-19. Cette crise du travail qui sévit au Québec depuis plus de 10 ans dans la santé et les services sociaux trouve son origine dans l'introduction du *lean management*. Qualifié de « flux tendu à main-d'œuvre réduite », ce dernier s'inscrit dans la poursuite de la rationalisation industrielle, amorcée par le taylorisme. À trop intensifier le travail, il engendre, au début des années 1990, au Japon même et dans les usines d'assemblage de Toyota, qui l'ont vu naître, une importante crise du travail, complètement passée sous silence par les gourous et les consultants qui se sont employés à le diffuser largement. Introduit dans les hôpitaux et les CHSLD québécois au début des années 2010, le *lean* entraîne ici aussi une crise du travail, qui s'est d'abord manifestée chez les infirmières avant de s'étendre aux préposées aux bénéficiaires. Surcharge de travail, temps supplémentaire obligatoire, détresse psychologique, épuisement professionnel, démissions, absentéisme et difficultés de recrutement, telles sont les dimensions d'une dynamique négative autoentretenue. Appuyé sur des recherches menées auprès des infirmières dans les centres hospitaliers et complétées par un suivi attentif des journaux et des médias électroniques, l'article abordera enfin quelques avenues de solution sous le prisme des disparités salariales, de la reconnaissance et de la participation à la réorganisation du travail.

Abstract

Based on a critical redefinition of the managerial description of organizational transformations, the current situation of health workers in hospitals and in CHSLDs (residential and long-term care centers in Quebec) is interpreted as a labor crisis whose seriousness has been revealed in the current pandemic. This labor crisis, that has been plaguing Quebec for over ten years in the health and social services, has its origins in the introduction of Lean management. Described as "just-in-time flow with reduced labour", it is part of the industrial rationalization pursuit initiated by Taylorism. By over intensifying work, it generated a major labour crisis in the early 1990s, in Japan itself and in the Toyota assembly plants, where Lean management was developed. This crisis was completely passed over in silence by the gurus and the consultants who have endeavoured to implement it widely. Introduced in Quebec hospitals and in CHSLDs in the early 2010s, Lean management is also leading to a labour crisis here, which first emerged among nurses before spreading to beneficiary attendants. Work overload, compulsory overtime, psychological distress, burnout, resignations, absenteeism and recruitment difficulties are the aspects of a negative self-sustaining process. Based on research conducted with nurses in hospitals and supplemented by careful monitoring newspapers and electronic media, the article will finally address some solution avenues under the angle of wage disparities, recognition and participation in the reorganization of work.

Mots clés

Crise *lean,* travail, hôpitaux, CHSLD

Droits d'auteur
Ce document est en libre accès, ce qui signifie que le lectorat a accès gratuitement à son contenu. Toutefois, cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la licence *Creative Commons Attribution (CC BY NC)*.

Recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles L'introduction du *lean* et la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD du Québec

Paul-André Lapointe

Introduction

Peut-on faire abstraction de la crise du travail, des conflits et des enjeux de pouvoir pour analyser les « mutations organisationnelles » actuellement en cours dans les services et les entreprises qui cherchent à assurer leur pérennité et la réalisation de leurs diverses missions tout en procurant aux salariés une qualité du travail et de l'emploi susceptible de les attirer et de les retenir? Les mutations organisationnelles représentent-elles un phénomène unique suivant une seule et même trajectoire ou participent-elles d'un phénomène pluriel évoluant selon des trajectoires multiples? La réponse à ces questions est variable selon les conceptions du changement et des innovations sociales en milieu de travail. Dans cette contribution, nous voudrions offrir une solution de rechange au récit managérial des mutations organisationnelles, qui fait l'impasse sur les dynamiques conflictuelles et les rapports de pouvoir. Pour ce faire, nous ferons appel à la sociologie critique du travail, à une analyse critique du *lean management* et de la nouvelle gestion publique et à la théorie de la justice sociale de Nancy Fraser (Dowling, 2021; Durand, 2017; Fraser, 2011).

La crise sanitaire a sévi très fortement au Québec au cours des deux dernières années, comme l'indique le lourd tribut que le Québec a payé à la pandémie, soit plus de 15 000 décès au total au printemps 2022, depuis le début de ladite pandémie en mars 2020, dont près de 6 400 dans les CHLSD (INSPQ, données en date du 12 mai 2022). La crise sanitaire a révélé au grand jour une importante crise du travail qui s'était développée depuis quelques années déjà dans le système de santé et des services sociaux au Québec. Cette crise du travail est attribuable aux modes de gestion du travail et de la production et plus spécifiquement au *lean management* qui, en conjugaison avec la Nouvelle gestion publique, s'est largement diffusé dans les hôpitaux et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec.

Cet article se divise en cinq parties. La première partie présente brièvement la méthode de recherche et les enquêtes qui ont servi de base à cet article. Dans la deuxième partie, nous vous convions à un certain voyage dans le temps et l'espace pour retracer l'origine du *lean* et sa diffusion dans de nombreux secteurs d'activité un peu partout dans le monde et notamment dans les hôpitaux et les services sociaux au Québec. Pour mieux comprendre le *lean* et son impact sur le travail, qui constituera l'objet de la troisième partie, il faut présenter certains concepts de base concernant l'intensité et l'intensification du travail, tout en tenant compte de la spécificité du travail de « prendre soin ». En quatrième lieu, il sera question de l'impact du *lean* sur les travailleurs, des injustices sociales au travail qu'il exacerbe et de la crise du travail qu'il engendre et mise à l'avant-plan durant la pandémie. L'article se terminera, dans une cinquième partie, par la présentation de quelques pistes de solution pour atténuer les injustices sociales et sortir de cette crise du travail.

1. Méthode et enquêtes

La crise du travail, qui a cours présentement dans la santé et les services sociaux, nous l'avions identifiée et analysée dans les recherches que nous avons menées dans les hôpitaux, à Québec et dans la Mauricie, au milieu des années 2000 et qui se sont poursuivies pendant plus d'une décennie. Alliant des méthodes tant

qualitatives que quantitatives, ces recherches ont porté principalement sur les infirmières avec lesquelles nous avons tenu divers groupes de discussion, réalisé des entrevues individuelles et auprès desquelles nous avons aussi distribué des questionnaires sur la santé psychologique et les facteurs qui y sont associés. Toutes ces recherches ont été réalisées en partenariat avec les directions des centres hospitaliers concernés et dans certains cas aussi avec les syndicats impliqués. Nous avons dans chaque cas déposé un rapport et présenté nos résultats devant les personnes et les instances syndicales et patronales qui avaient participé à la recherche (Lapointe et collab., 2005, 2007, 2009,2011b). C'est sur la base de ces recherches, mais aussi à partir d'une étude approfondie des modes d'organisation et de gestion du travail et de la production, que nous analysons le *lean* et la crise du travail. Il va sans dire que nous avons attentivement suivi de près toute l'actualité des derniers mois, voire des dernières années, où l'on parle abondamment des hôpitaux, des CHSLD, des infirmières et des préposées aux bénéficiaires.

2. Introduction du *lean* dans la santé et les services sociaux au Québec

Après avoir brièvement rappelé les grandes lignes du récit managérial des « mutations organisationnelles », nous procéderons à son recadrage théorique au cours de l'exposition d'une vision alternative de l'émergence et de la diffusion des changements au travail et dans la dispensation des soins dans les hôpitaux et les CHSLD. Cette position est celle d'une analyse critique du *lean management*.

Le récit managérial des mutations organisationnelles se déroule en trois phases. Dans la première phase, des organisations hiérarchiques et rigides, dominées par le taylorisme et caractérisées par un travail routinier et peu qualifié, dégagent des performances économiques satisfaisantes pour assurer leur croissance et leur pérennité, parce qu'elles sont bien adaptées à leur environnement prévisible et stable tant sur le plan des attentes des travailleurs que sur celui des marchés. Au cours de la seconde phase, l'environnement se transforme à la suite d'une recrudescence de la concurrence, de l'avènement de changements technologiques et de l'émergence des nouvelles attentes des salariés en quête d'une réalisation de soi au travail. Les organisations sont alors sommées de se transformer pour s'adapter à leur nouvel environnement, au risque de disparaître. Certaines y parviennent, au cours d'une troisième phase, grâce à l'introduction de mutations organisationnelles, en se libérant de la hiérarchie et en faisant appel à l'autonomie et à la créativité de leurs travailleurs. Elles leur offrent l'occasion de mettre à contribution leurs compétences et d'assumer des responsabilités enrichissantes. Cette convergence harmonieuse entre une « entreprise libérée » et une main-d'œuvre créative cherchant à s'accomplir dans son travail a été maintes fois célébrée dans la littérature managériale depuis la crise du fordisme et l'émergence d'un « nouvel esprit du capitalisme », dans le cadre duquel les salariés auraient troqué leur sécurité contre une autonomie accrue (Walton, 1985; Lawler, 1992; Boltanski et Chiapello, 1999; Mercure et Vultur, 2010; Biggi et collab., 2015; Flichy, 2017).

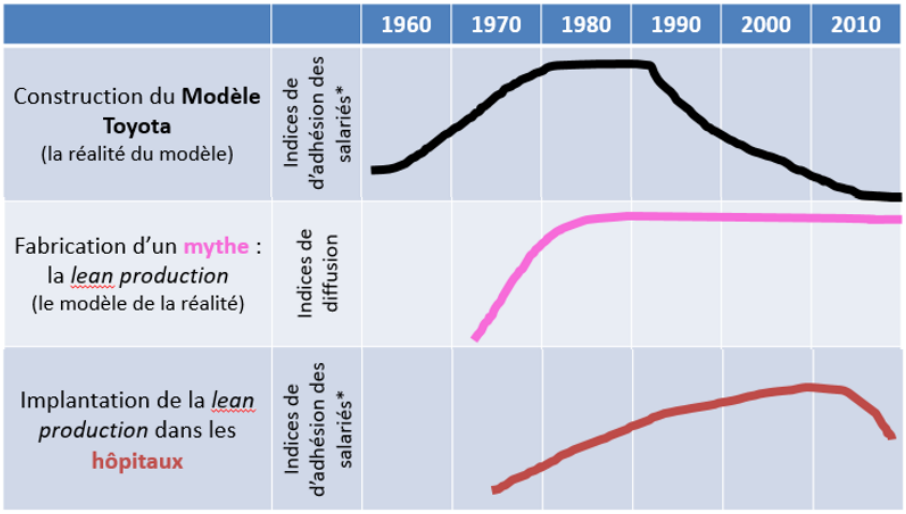
Bien que développé dans les grandes entreprises manufacturières du secteur privé, ce récit managérial inspire les gestionnaires du système de santé, partout dans le monde, qui veulent introduire le *lean management*, aussi appelé le modèle Toyota. L'introduction d'un nouveau modèle de dispensation des soins suscite un certain engouement parmi les gestionnaires, parce qu'il est censé accroître l'efficacité et la productivité du système de santé. Les pressions pour l'amélioration des performances organisationnelles sont très fortes, car les dépenses en santé et en services sociaux occupent une part croissante du budget de l'État et leur taux de croissance annuel dépasse celui du PIB. Les changements introduits pour répondre à ces pressions auront nécessairement un impact important sur la main-d'œuvre, dont les coûts représentent 80 % des dépenses dans le secteur concerné, considérant, entre autres, le cas du Québec. Cela donne ainsi beaucoup de « grain à moudre » pour les promoteurs du *lean management* dans le système de santé et de services sociaux (Benallah et Domin, 2017; Dussault et Dubois, 2003; Dutrisac, 2010; Lalonde, 2011; Lapointe, 2011; Pelchat, 2011; Pelletier, 2015; Radnor et collab., 2012; Waring et Bishop, 2010).

Qualifié de « flux tendu à main-d'œuvre réduite » et le plus souvent assimilé à la nouvelle gestion publique, le *lean management* s'inscrit dans la poursuite de la rationalisation industrielle, amorcée par le taylorisme. Conçu pour le travail en usine, il a été porté aux nues par quelques gourous réputés (Womack et collab., 1992; Womack et Jones, 2012) et par une armée de consultants entreprenants (Lalonde, 2011; Villeneuve, 2013). À trop intensifier le travail, il engendre sans surprise, au Japon même et dans les usines automobiles de Toyota, qui l'ont vu naître, une importante crise du travail, (Shimizu, 1999, 2000; Benders et Morita, 2004; Coffey, 2006), complètement passée sous silence par les gourous et les consultants qui se sont, au contraire, employés à le diffuser largement. Introduit dans les hôpitaux québécois au début des années 2010, dans une atmosphère débordante d'enthousiasme bien présente chez les divers ministres de la Santé et des Services sociaux qui se sont succédé à Québec dans la dernière décennie (Montpetit, 2008; MSSS, 2011; Pelletier, 2015; Plourde, 2018), il rencontre néanmoins des difficultés majeures qui se sont traduites, ici aussi, par une crise du travail. Surcharge de travail, temps supplémentaire obligatoire, détresse psychologique, épuisement professionnel, démissions, absentéisme et taux de roulement élevés ainsi que difficultés de recrutement, voilà les ingrédients d'une dynamique négative autoentretenue, voire d'un cercle vicieux, qui caractérise bien cette crise du travail qui sévissait bien avant l'actuelle crise sanitaire et la pénurie de personnel qui l'accompagne.

Comment le *lean management* est-il passé de l'industrie automobile japonaise aux hôpitaux du Québec? Pour rendre compte de cette transition, nous avons recours à un modèle heuristique. Un tel modèle permet de comprendre de manière schématique des phénomènes sociaux complexes, généralement de portée macrosociale et qui sont étudiés dans une perspective historique. Burawoy adopte cette approche pour mettre en évidence les trois vagues de marchandisation des marchandises fictives identifiées par Polanyi (travail, monnaie et nature) qui se sont succédé depuis la révolution industrielle (Burawoy, 2010). À la manière des faits stylisés auxquels les économistes et les théoriciens de la régulation ont fréquemment recours, cette approche ne retient des phénomènes étudiés que les faits représentatifs, considérés comme fondamentaux et qui ne sont habituellement pas quantifiés, parce qu'étant difficilement quantifiables (Boyer, 2015; Éconoclaste, s.d.).

La transition du *lean management* se compose de trois phénomènes qui s'enchaînent selon une temporalité spécifique au cours des 60 dernières années (1960-2020) (voir la figure 1). Ces trois phénomènes sont les suivants : 1) la construction sociale du modèle Toyota; 2) la fabrication du mythe de la *lean production*; 3) l'implantation de la *lean production* dans les hôpitaux, notamment au Québec. Les premier et troisième phénomènes sont mesurés par l'adhésion des salariés à la *lean production* qui, dans une perspective préoccupée par l'impact de cette dernière sur le travail et les travailleurs, en représente le meilleur indicateur de son évolution. Dans notre modèle heuristique, l'adhésion des salariés constitue une variable cruciale parce qu'elle est mesurée par la présence plus ou moins importante des indicateurs de la crise du travail (absentéisme, taux de roulement, détresse psychologique, épuisement professionnel, difficultés de recrutement, etc.) qui seront analysés plus loin dans la quatrième partie. Il existe par ailleurs une corrélation négative entre l'adhésion des salariés et les indicateurs de la crise du travail : lorsque ces derniers sont faibles, l'adhésion des salariés est élevée; au contraire, lorsqu'ils sont élevés, l'adhésion connaît un déclin prononcé. Quant au deuxième phénomène, il est mesuré par la diffusion du mythe de la *lean production* et par celle des ouvrages fondateurs des gourous.

Figure 1
De l'automobile à l'hôpital et du modèle Toyota à la lean production
Source : Auteur



* Mesurée notamment, et de manière négative par la crise du travail

Le premier phénomène est à l'origine des deux autres. Il représente l'émergence, le développement et la crise du modèle Toyota au Japon. Apparu dans les années 1960 et 1970, il connaît son apogée dans les années 1980, avant de connaître au début des années 1990 une importante crise du travail qui entraînera son déclin. Cette crise du travail constitue un rejet de cette forme d'organisation du travail qui s'accompagne d'une forte intensification du travail. Elle se traduit par des arrêts fréquents de la chaîne de montage, par une forte croissance de l'absentéisme et du taux de roulement et par des difficultés majeures de recrutement. Pour sortir de cette crise, les entreprises ont dû réduire l'intensité du travail et assouplir les formes organisationnelles en introduisant notamment des stocks tampons entre les minichaînes, issues de la rupture de la chaîne de montage. Elles ont aussi dû recourir à l'emploi temporaire. Au même moment, le Japon a connu une importance crise économique dans les années 1990, surnommée la « lost decade ». Le chômage a alors enregistré une croissance considérable, incitant les travailleurs à conserver les emplois difficiles dans l'industrie automobile et les chômeurs à accepter ce type de travail, réduisant ainsi les difficultés de recrutement et atténuant les autres dimensions de la crise du travail. Le premier phénomène représente donc la « réalité du modèle », tel qu'il a émergé et s'est progressivement construit au cours de l'histoire récente. À trop intensifier le travail et à négliger les conditions de travail, il a engendré une importante crise du travail qui a compromis la pérennité du modèle et a exigé des modifications substantielles (Benders et Morita, 2004; Coffey, 2006; Coriat, 1999; Keizer, 2011; Shimizu, 1999, 2000).

En référence au nouvel institutionnalisme en sociologie (Huault, 2009; DiMaggio et Powell, 1991a et 1991b; Meyer et Rowan, 1991), le deuxième phénomène concerne la fabrication d'un mythe, celui de la *lean production*, qui représente le « modèle de la réalité ». Ce mythe s'apparente grandement au récit managérial des « mutations organisationnelles » présenté précédemment. Ce sont les gourous qui construisent ce mythe en ne retenant de la réalité du modèle que les dimensions technico-organisationnelles (flux tendu, élimination des activités à non-valeur ajoutée, flexibilité, qualité et participation des salariés à l'amélioration de la qualité) et en omettant les aspects négatifs associés aux conditions de travail, notamment l'intensification du travail. Deux ouvrages majeurs contribuent à la construction du mythe : Womack et collab. (1992 [1990]) et Womack et Jones (2012 [1996, 2003]). Le premier ouvrage est le fruit d'un programme de recherche dirigé par le Massachusetts Institute of Technology et financé à hauteur de 5

millions $ par les grands constructeurs automobiles. La recherche s'est déroulée sur une période de 5 ans, entre 1985 et 1990, et elle a été réalisée par une équipe de 50 chercheurs ayant étudié un échantillon de 110 usines situées dans les principaux pays producteurs d'automobiles. Il s'intitule sans complexe aucun *Le système qui va changer le monde*, en référence au *lean management*. L'ouvrage de Womack et Jones (2012 [1996, 2003]), qui se veut « la référence incontournable pour qui veut comprendre et mettre en œuvre le système *lean* », s'est vendu à 300 000 exemplaires et a été traduit en huit langues : allemand, français, italien, portugais, polonais, turc, coréen, japonais et chinois (XVIII).

Le mythe serait assez largement diffusé, si l'on en juge par la fréquence des publications scientifiques qui traitent des programmes d'amélioration de la qualité. En effet, en s'appuyant sur une analyse bibliométrique des bases de données Medline et du Health Management Information Consortium, un auteur a étudié les programmes d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux qui se sont succédé dans le monde entre les années 1998 et 2007. Son étude mesure l'occurrence de chacun des programmes par le nombre de fois que son nom se retrouve dans le titre ou le résumé des articles scientifiques du corpus formé de l'ensemble des articles scientifiques répertoriés dans les banques de données utilisées et traitant de l'un ou l'autre de la dizaine de programmes retenus. Pour chaque année, il s'agit du pourcentage des articles citant l'un ou l'autre des programmes dans l'ensemble des articles répertoriés au cours de cette année. Selon cette étude, le *lean* serait le dernier apparu dans la liste d'une dizaine de programmes et il constituerait possiblement une exception parmi ces programmes qui représentent autant de vagues de phénomènes tout aussi éphémères les uns que les autres. Apparu à la fin des années 1980 et stagnant à un faible niveau de diffusion, le *lean* prend son envol à la fin des années 1990 et poursuit sa croissance sans essoufflement jusqu'à la fin de la période étudiée, où il représente près de 25 % des occurrences en 2007, atteignant ainsi un sommet inégalé par les autres programmes. Si l'on ajoute le *Six Sigma* qui est souvent associé au *lean*, les deux programmes comptabilisent près de 45 % des occurrences cette même année (Walshe, 2009, figure 1). On peut dès lors supposer que le *lean* s'installe dans une certaine pérennité.

Ce qui est étonnant dans cette construction et cette diffusion du mythe, c'est qu'il est construit par les experts et qu'il se diffuse largement au moment même où le modèle Toyota connaît une importante crise du travail que l'on passe complètement sous silence. Dans l'ouvrage de Womack et Jones, qui fait plus de 400 pages, il n'est question du travail qu'à deux reprises dans de courts paragraphes. La première fois, c'est pour indiquer que le travail est requalifié dans le cadre de la *lean production* et qu'il est en accord avec la nature humaine :

> Le type d'activités que tous les individus, partout dans le monde, jugent le plus gratifiant – les activités qui leur apportent le plus de plaisir – implique toujours un objectif précis, une concentration intense, l'absence d'interruptions et de distractions, un *feed-back* immédiat et clair, un progrès régulier vers l'objectif et un enjeu, ou plus exactement le sentiment que ses compétences sont suffisantes, mais juste suffisantes, pour mener à bien la tâche à exécuter.
>
> Lorsque les personnes se trouvent dans cette situation, elles déclarent être absorbées au point d'oublier l'environnement et le temps. La tâche devient une fin en soi, plutôt qu'un moyen d'atteindre une fin plus satisfaisante comme l'argent ou le prestige. (Womack et Jones, 2012 [1996, 2003], p. 65)

Les auteurs poursuivent en faisant appel aux travaux d'un psychologue, Csikzentmihalyi, qui se sert du cas de l'escalade pour illustrer la satisfaction que procure le fait d'accomplir en équipe une activité exigeante. Ils assimilent d'une manière péremptoire le travail en flux tendu à ce sport extrême qu'est l'escalade.

Womack et Jones abordent le travail une seule autre fois dans leur ouvrage pour traiter brièvement et incidemment de son intensification, à l'occasion d'une discussion des avantages et des inconvénients des primes au rendement :

> Le salaire au rendement est, en fait, une réminiscence de l'époque du travail à la pièce et il est parfois utilisé pour compenser l'impression que la cadence de travail est plus élevée dans les systèmes *lean*. En réalité, la fatigue est la même. La différence est que les systèmes *lean* identifient et éliminent pratiquement tous les temps morts non productifs pour les employés à tous les niveaux. Dans un premier temps, ils ont donc l'impression que le travail est plus dur mais, après une période d'acclimatation pendant laquelle l'absence de *muda* commence à sembler normale, ils reconnaissent souvent que la cadence est moins élevée qu'auparavant. (Womack et Jones, 2012 [1996, 2003], p. 305)

Le mythe s'appuie en outre sur une conception unitariste de l'entreprise en considérant que, dans le cadre de la *lean production*, « l'entreprise est une famille ». La convergence des intérêts entre la direction et les salariés est assurée grâce à un compromis par lequel « les ouvriers acceptèrent d'être souples en matière de poste de travail et "actifs" dans la promotion des intérêts de l'entreprise »; en échange ils « reçurent deux garanties » : un emploi à vie[1] et une rémunération basée sur l'ancienneté et sur des primes au rendement (Womack et collab., 1992 [1990], p. 69-70). Ce compromis est entériné par un syndicalisme d'entreprise, qui épouse, à bien des égards, les missions de l'entreprise. Sous l'angle de ce compromis, le mythe se réfère aux trois piliers du modèle japonais dans l'industrie automobile qui sont amplement décrits par les spécialistes du modèle japonais (Coriat, 1991; Keizer 2011; Shimizu, 1999), alors qu'ils sont à peine effleurés par les gourous du *lean management*.

Le mythe de la *lean production* s'éloigne donc ici quelque peu du récit managérial des mutations organisationnelles exposé précédemment, selon lequel les salariés auraient opté pour une plus grande autonomie au travail au détriment de la sécurité. Cette dernière est au contraire nécessaire dans le *lean management* sur les chaînes de montage automobile; car l'autonomie est difficile à justifier, comme le reconnaissent d'ailleurs les gourous, dans le cadre d'un travail faiblement qualifié et répétitif, considérant que les temps de cycle sont très courts, soit en moyenne une minute pour effectuer 5 à 10 opérations élémentaires (Shimizu, 1999, p.44; Womack et collab., 1992 [1990], p. 120). Néanmoins, les gourous font appel à une « tension créatrice » qui caractériserait la chaîne de montage dans la *lean production*, car sans stocks intermédiaires entre les postes de travail et entre les segments de la production, les ouvriers doivent faire preuve de créativité pour éviter l'interruption de la chaîne qui roule en flux tendu; mais cela s'apparente plutôt à une forte intensité du travail qu'à une « tension créatrice ». Par ailleurs, ils invoquent aussi le fait que « les ouvriers ont de nombreux moyens de s'exprimer », dans le cadre de groupes de résolution de problèmes ou du travail en équipe. Toutefois, ces modes d'expression s'insèrent dans des formes hiérarchiques qui restreignent considérablement l'autonomie des ouvriers (Lapointe et Cucumel, 2016; Shimizu, 1999, p. 42-52). Le mythe repose donc sur plusieurs paradoxes qui sont passés sous silence.

En revanche, le mythe est porteur de promesses qui ont tout pour plaire aux dirigeants d'entreprise et particulièrement aux gestionnaires et aux gouvernements obnubilés par l'austérité et la nouvelle gestion publique : une organisation deux fois plus productive; pour le même volume de travail, deux fois moins de main-d'œuvre requise; une réduction majeure des coûts de production et de main-d'œuvre et une amélioration substantielle de la qualité (Womack et collab., 1992 [1990]).

Dans le cadre du troisième phénomène, le mythe, qui a pris naissance dans l'industrie automobile japonaise, se répand dans d'autres secteurs d'activité et dans d'autres pays. C'est ainsi que le mythe est introduit dans le système de soins et de santé et dans les hôpitaux du Québec. Il s'y implante progressivement dans les années 1990 et 2000 et jusqu'au début des années 2010 avant de connaître une importante crise du travail

à partir du milieu des années 2010 (Dutrisac, 2010; Lalonde, 2011; Lapointe, Dallaire et Malo, 2014; Pelchat, 2011; Pelletier, 2015; MSSS, 2011). Des chercheurs et des professionnels dans le domaine de la santé et des services sociaux qualifient cette introduction comme « l'une des réformes les plus brutales qu'aura connu (sic) le système de la santé et des services sociaux des Québécois : la transformation complète de son réseau selon les principes de la gestion managériale de type industriel » (Goudreau et Soares, 2019). Comme dans les usines automobiles japonaises, cette crise du travail est attribuable à la trop forte intensification du travail qui engendre notamment des difficultés élevées de recrutement. En introduisant dans les hôpitaux un système technico-organisationnel conçu dans le secteur manufacturier, les gestionnaires et les ingénieurs industriels, qui les conseillent, négligent à peu près complètement les conditions spécifiques du travail professionnel dans les hôpitaux, sous prétexte qu'ils sont préoccupés non pas par la nature spécifique des activités, mais par les processus, qui sont les mêmes partout et pour lesquels un programme universel, la *lean production*, est applicable (Lalonde, 2011; Villeneuve, 2013; Winckramasinghe, 2014).

Malgré certaines variations dans les approches et le choix des outils de gestion, d'une part, et selon les pays, que ce soit en France, en Angleterre, au Canada ou dans les pays scandinaves, les constats qui se dégagent des revues systématiques de la littérature scientifique portant sur le *lean management* à l'hôpital concordent. L'introduction du *lean* est à peu près exclusivement motivée par la volonté de réduire les gaspillages et les activités à non-valeur ajoutée et par la recherche d'un accroissement de la productivité et de l'efficacité, devant se traduire par la réduction des coûts. Or, à ce sujet les résultats sont mitigés et les promesses du *lean management* ne sont pas toujours honorées, tant s'en faut. Le recours au *lean* se concrétise principalement dans l'usage de certaines techniques et de certains outils bien précis. La spécificité du travail de soins suscite peu d'intérêt, car le regard est largement focalisé sur les processus censés obéir à la même logique peu importe le secteur d'activité. Il y a enfin peu d'études qui prennent en compte l'impact du *lean* sur le travail et celles qui abordent ce sujet observent une intensification du travail et une dégradation des conditions de travail (Antony et collab., 2019; Barberato Henrique et Godinho Filho, 2020; Moranos et collab., 2016; Willis et collab., 2018). En faisant abstraction de la spécificité du travail de soins et en omettant la prise en compte des conditions de travail, l'introduction du *lean management* dans les hôpitaux et dans les CHSLD débouche sur une crise semblable à celle qui a sévi dans les usines japonaises d'assemblage automobile 20 ans plus tôt.

3. Impact sur le travail

Le *lean management* représente un renouvellement et un approfondissement de la logique de rationalisation industrielle. Il s'agit d'une dynamique de rationalisation qui s'inscrit dans le prolongement du taylorisme. Sur la base d'une décomposition du travail en ses tâches élémentaires, il prend la forme d'une mesure des temps et des mouvements. Il représente une standardisation du travail dont l'objectif principal est d'accroître l'intensité du travail sur laquelle on va s'attarder un instant.

L'intensité du travail se définit par la combinaison d'un certain volume de travail, d'une qualité définie, accompli au cours d'une période de temps impartie. Cela se traduit par une charge de travail donnée dont la réalisation exige des efforts physiques, intellectuels et émotionnels d'un degré variable. La charge de travail équivaut au travail prescrit et elle se compose de dimensions mesurables, explicites et déjà connues. Quant aux efforts au travail, qui correspondent au travail réel, ils concernent des dimensions le plus souvent invisibles et moins connues. Il s'agit de la résolution de problèmes imprévus, de la coordination avec les coéquipiers, des interactions avec les clients ou les usagers, dont la complexité est inconnue et difficile à mesurer.

Il existe par ailleurs, deux formes d'intensité du travail. En premier lieu, il y a l'intensité-débit. Dans ce cas, la charge de travail est égale aux efforts au travail. Cela correspond assez bien au travail routinier. L'accroissement des charges de travail entraîne une augmentation de l'intensité. Cela peut prendre la forme, entre autres, des cadences de la chaîne de montage qui peuvent devenir infernales. Les gestionnaires sont alors principalement préoccupés par le nombre d'opérations par unité de temps. En deuxième lieu, il y a

l'intensité-complexité. Dans ce cas, la charge de travail est inférieure aux efforts réellement déployés à l'occasion du travail. L'intensité anticipée est inférieure à l'intensité réalisée. On est alors en présence d'un travail de nature plus cognitive qui consiste en la résolution de problèmes ou de pannes complexes. Dans la plupart des situations, l'interaction avec le public, les clients et les usagers occupe une place considérable. L'intensité élevée, dans le cadre de l'intensité-complexité, est attribuable à l'absence de prise en compte du travail émotionnel et de la complexité du travail dans la définition des charges de travail (Bodier et Wolf, 2018; Hurtienne et collab., 2014).

Avec ces quelques précisions conceptuelles, on comprend aisément que le *lean management* se conjugue très bien avec l'intensité-débit et le travail routinier grandement prévisible. Mais qu'en est-il avec le travail de soins et le travail sur l'être humain? Ce travail suppose l'omniprésence de l'usager et le recours intensif au langage. L'usager est coproducteur du service. En conséquence, le travailleur ou la travailleuse doit tenir compte des comportements de l'usager et, plus particulièrement, de ses comportements de coopération, de résistance, de passivité ou d'attentisme; il ou elle doit susciter sa coopération et l'inciter à suivre les traitements requis. C'est un travail émotionnel dans lequel il faut gérer ses émotions : il faut afficher les émotions appropriées pour assurer la qualité de la relation avec l'usager; il faut tenir compte des émotions et des craintes de l'usager : il faut gagner sa confiance, le rassurer, l'écouter, l'informer, l'accompagner et le soutenir même dans les moments les plus difficiles (Maheu et Bien-Aimé, 1996). Dans le cadre du *lean management*, c'est tout le contraire, car

> le « bon » soignant, c'est celui maintenant qui voit le plus de personnes dans le moins de temps possible. Celui qui jadis prenait son temps auprès d'une mère, d'une famille ou d'une personne âgée est aujourd'hui devenu le « bouc émissaire » de la nouvelle gestion publique. C'est ainsi que la logique comptable vient à la fois dévaluer et amputer le temps nécessaire à la réalisation de plusieurs pratiques comme l'écoute, l'accueil et l'accompagnement. (Goudreau et collab., 2019)

En introduisant le *lean management* dans les hôpitaux et les CHSLD, les gestionnaires appliquent l'intensité-débit à un travail qui se caractérise par une intensité-complexité. Cette opération prend des formes différentes selon les professions. Dans le cas des préposées aux bénéficiaires, le travail est amputé de ses dimensions communicationnelles, émotionnelles et interactives avec les résidants et les résidantes. Ces derniers ne sont plus considérés comme des personnes humaines ayant des besoins spécifiques, des émotions particulières et des capacités d'échange et de dialogue. Ils sont en quelque sorte objectivés; leur corps est transformé en objet, dont les besoins, strictement physiques, sont décomposés en tâches élémentaires comme lever, laver, faire manger et donner d'autres soins de base. Tout cela est mesuré, chronométré et transformé en heures et en minutes de travail requis. Il faut arrimer ce travail requis avec la force de travail disponible. Travail requis et travail disponible doivent correspondre le plus étroitement possible. Si le travail disponible est manquant, « on a besoin de bras », comme nous l'a rappelé le premier ministre du Québec au sommet de la première vague de la pandémie au printemps 2020 (Ouellette Vézina, 2020; Plante, 2020). S'il y a trop de travail disponible, on coupe les heures de travail des préposées et ces dernières doivent compléter leur semaine de travail dans un autre établissement. C'est la flexibilité absolue dans la gestion des horaires de travail. En conséquence, le travail a perdu tout son sens. C'est ainsi qu'une préposée aux bénéficiaires décrit son travail :

> Avant [l'introduction du *Lean*], on avait beaucoup plus de temps de parler, de dialoguer et de s'occuper des accessoires qu'on appelle, genre un peu de maquillage, les boucles d'oreille, le dialogue, le rangement. Aujourd'hui, on ne peut plus le faire… on a perdu la compassion, l'émotion, l'empathie, le côté humain. On est des machines, on travaille de façon machinale. (Gravel, 2020)

Concernant le travail des préposées aux bénéficiaires dans un CHSLD, c'est en somme le principe de la chaîne de montage, invisible bien sûr, et le calcul du nombre d'opérations par unité de temps qui prédomine largement. La perte de sens est totale, « quand le corps manipulé [des résidents et des résidentes] devient un objet usine plutôt qu'une personne » (Messing, 2020, p. A7).

Quant au travail des infirmières, il est affecté différemment par l'introduction du *lean*. Les dimensions réflexives et les moments de récupération qui rendent possibles les interventions concrètes auprès des patients sont détachés et séparés de ces dernières. Ils sont considérés comme des activités à non-valeur ajoutée, que les ingénieurs industriels, responsables de l'introduction du lean et chargés du chronométrage du travail dans l'un des centres hospitaliers que nous avons étudiés, identifient avec un vocabulaire un peu naïf comme « parler libre », « déplacement », « parti quelque part », « inactivité », « cherche », dont la proportion oscille entre 40 et 45 % au cours d'un quart de travail (Lapointe, Dallaire et Malo, 2014; St-Pierre, 2009). Ce sont des activités dont il faudrait réduire l'importance et, ultimement, les éliminer complètement. Or, elles sont essentielles aux interventions concrètes auprès des patients et elles en représentent les conditions de possibilité. Elles permettent aux infirmières de respirer entre deux interventions, de reprendre leur souffle et leurs émotions entre deux patients, de se ressaisir, de réfléchir aux soins à donner et de se préparer émotionnellement et mentalement pour des interventions complexes auprès de patients requérant une attention et des soins particuliers. Éliminer ces activités ou réduire le temps qui leur est consacré ne fait aucun sens dans le cadre du travail infirmier.

4. Impact sur les travailleuses

L'impact du *lean management* sur les travailleuses se traduit par un accroissement des injustices dont l'exacerbation va engendrer une crise du travail. Au final, injustices et crise du travail se renforcent mutuellement.

4.1 Injustices sociales

La structure de l'emploi à l'hôpital et dans le système de soins se compose de divers groupes professionnels qui sont organisés sous le mode hiérarchique : les gestionnaires et les médecins au sommet de la pyramide, les préposées aux bénéficiaires à la base et les infirmières au milieu. En référence à la conception de la justice sociale de Nancy Fraser, les inégalités et les injustices dans un monde hiérarchisé appartiennent à trois catégories : les injustices économiques désignent l'inégale distribution des revenus et des ressources, les injustices culturelles sont associées au déni de reconnaissance, tandis que les injustices politiques sont engendrées par un déficit de représentation et un déni de participation dans les décisions (Fraser, 2011; Lapointe, 2020; Lapointe, Lépine et Lamothe, 2022). À l'hôpital et dans les CHSLD, les injustices et les inégalités sont importantes et elles alimentent la crise du travail.

Les infirmières et les préposées aux bénéficiaires vivent une injustice économique dans la mesure où leurs efforts au travail ne sont pas suffisamment reconnus; elles apportent une trop grande contribution à la production des soins et elles reçoivent une part trop réduite de la rémunération globale du travail. Cette injustice se manifeste à la fois dans les disparités salariales et dans la surcharge de travail. Dans la santé et les services sociaux, les disparités salariales sont considérables. Au sommet de la pyramide, les médecins spécialistes gagnent, au milieu des années 2010, en moyenne 470 000 $ par année, tandis que la rémunération annuelle moyenne des omnipraticiens s'élève à 280 000 $, (Contandriopoulos et collab. 2018, p.10). Quant aux infirmières, elles touchent en moyenne 83 760 $ par année (infirmière clinicienne, titre d'emploi #1911, 41,88 $ de l'heure, au sommet de l'échelle salariale, échelon 18, 2015-03-15), alors que les préposées aux bénéficiaires reçoivent un salaire annuel de 41 380 $ (préposées aux bénéficiaires, titre d'emploi #3480, 20,69 $ de l'heure, au sommet de l'échelle salariale, échelon 5, 2015-03-31)[2] (MSSS, s.d.). Entre le sommet et la base de la hiérarchie, l'écart salarial est de 11 à 1; cela signifie qu'un médecin spécialiste

gagne 11 fois plus cher qu'une préposée aux bénéficiaires. En outre, les médecins ont vu leur rémunération s'accroître considérablement au cours des dernières années. Leur rémunération réelle s'est accrue à un taux annuel moyen de 5,4 % entre 2006 et 2015, tandis qu'au cours des mêmes années le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales en santé, hors rémunération des médecins, n'a été que 1,7 % en dollars réels (Contandriopoulos et collab., 2018, p.9). Au cours de cette même période, la rémunération des infirmières et des préposées aux bénéficiaires a plutôt stagné (Lapointe et Bach, 2016).

L'injustice économique comporte un autre volet concernant la surcharge de travail et l'intensification du travail, engendrées notamment par l'introduction du *lean management*. Les témoignages qui seront présentés dans la prochaine section pour introduire la crise du travail sont à cet égard très éloquents.

L'injustice économique est étroitement associée au déni de reconnaissance. Dans la hiérarchie professionnelle, qui caractérise le travail de soins, les préposées aux bénéficiaires, dont le travail est souvent associé au « sale boulot » (Molinier, Gaignard et Dujarier, 2010; Marché-Paillé, 2010), se situent à la base de la hiérarchie et sont victimes d'un certain mépris de la part de ceux qui logent au sommet.

En retirant de leur travail les dimensions communicationnelles, émotionnelles et interactives, on rend invisible une grande part de leur travail que l'on réduit à un « boulot sale » et à un « travail de bras », méritant peu de considération. Ce regard dévalorisant, voire méprisant, jeté sur le travail des préposées aux bénéficiaires s'affiche, sans gêne et sans doute inconsciemment, dans ce témoignage d'un médecin de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Dans sa campagne de promotion de la profession, la FMOQ fait témoigner certains de ses membres. L'un de ceux-ci décrit le travail émotionnel et ses dimensions d'empathie auprès des personnes résidantes dans les CHSLD. Il s'exprime en ces termes :

> […] beaucoup de mes patients vivent la solitude, […] dépérissent vite, dépression, anxiété et détresse psychologique. En tant que médecin de famille, on est des acteurs pour essayer d'aller pallier à ça en écoutant mieux le patient, en prenant soin [et en donnant] du réconfort. Souvent, on va peut-être être la seule personne qui (sic) vont voir dans leur semaine. Ces rencontres m'ont montré l'importance de la bienveillance que nous avons envers les patients. (Bernier, 2021)

Ce témoignage d'un médecin décrit certes très bien le fragile état de santé psychologique des résidants dans les CHSLD et le rôle des soignants pour y apporter remède. Mais, il contient un certain mépris à l'égard des autres soignants, parce que le médecin s'estime « être la seule personne [que les résidants] vont voir dans leur semaine ». C'est ainsi oublier toutes les autres soignantes, et en particulier les préposées aux bénéficiaires, qui travaillent quotidiennement en étroite proximité avec les résidants. Les propos du médecin témoignent en outre de l'invisibilité des autres soignantes, notamment des préposées aux bénéficiaires, qui sont majoritairement composées de femmes et de personnes en provenance de l'immigration. Selon une étude canadienne, citée par Picard (2021, p.118), 90 % des préposées aux bénéficiaires sont des femmes, 60 % d'entre elles sont issues de l'immigration, alors que les deux tiers sont âgés de plus de 40 ans. Picard poursuit ainsi :

> Ces femmes dures à l'ouvrage touchent de maigres salaires pour un travail éreintant et sont largement tenues pour acquises par les gens qu'elles desservent et les institutions qui les emploient, ainsi que par une société dont les politiques et les valeurs ont fait de ce travail la pierre d'achoppement des soins aux aînés. (Picard, 2021, p. 118)

Les formes de reconnaissance, associées aux diverses catégories professionnelles sont institutionnalisées dans la typologie des groupes d'emplois au sein du système de santé et de services sociaux. Les médecins constituent un groupe à part et sont considérés comme des travailleurs autonomes, payés à l'acte, et agissent

comme des entrepreneurs privés dans le système public. Ils jouissent d'un prestige inégalé et d'un pouvoir disproportionné. Ils négocient séparément avec le gouvernement. Les autres personnels dans le système sont regroupés en quatre catégories : 1) le personnel infirmier; 2) le personnel paratechnique, services auxiliaires et de métiers; 3) le personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration; 4) les techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux. Dans ce système, un syndicat, détenant une accréditation dans un hôpital, un CHSLD ou dans une unité territoriale définie par le gouvernement, ne peut représenter qu'une catégorie de personnel. Cela institutionnalise notamment la division au sein des équipes de soins, parce que les infirmières et les infirmières auxiliaires appartiennent à la catégorie 1, tandis que les préposées aux bénéficiaires font partie de la catégorie 2. C'est la consécration institutionnelle du déni de reconnaissance des qualités communicationnelles et relationnelles du travail des préposées aux bénéficiaires, car elles sont regroupées dans une catégorie de personnel ne dispensant pas de soins, aux côtés notamment des ouvriers de métiers et des préposés à l'entretien ménager (MSSS, s.d.).

Du côté de la représentation et de la participation, le déficit est énorme considérant les approches mises en œuvre par les gestionnaires pour concevoir, introduire et assurer le suivi des changements. En se reportant à la typologie de Pichault (2009), l'approche dominante pour l'introduction des changements dans les organisations est l'approche rationaliste de la planification. Elle repose sur un rationalisme excessif qui suppose que l'on peut satisfaire aux principes fondamentaux de la prise de décision (exhaustivité, optimisation, contrôle, rétroaction et invariabilité des objectifs ou unité de tous les acteurs derrière les mêmes objectifs). Insérée dans une conception unilatérale et descendante (« top/down »), elle accorde un poids excessif à la direction, aux experts et aux gourous qui sont considérés comme des démiurges. Ces derniers occupent une place tellement importante que les autres acteurs de l'entreprise sont absents et leurs stratégies spécifiques ne sont pas prises en compte. Ils ne sont considérés que lorsque leurs actions contribuent au succès des stratégies managériales ou, à l'opposé, lorsque leur résistance fait obstacle (Bernoux, 2005, 2015).

L'introduction du *lean management* dans les hôpitaux et les CHSLD s'appuie sur l'approche rationaliste de la planification. En dépit de la rhétorique employée pour célébrer la participation, le *lean management* se conjugue avec la pseudo-participation, soit la participation sans pouvoir. C'est le cas des groupes *kaizen*, pierre angulaire de la participation dans le *lean management*. À l'intérieur d'un mandat clair et étroitement défini par la direction et sous la gouverne d'un gestionnaire, agissant comme animateur, des salariés choisis par la direction sont invités à formuler des solutions pour résoudre divers problèmes techniques et améliorer les processus productifs; cependant, ils doivent « travailler avec les ressources disponibles », tandis que « l'animateur encadre l'équipe [*kaizen*] pour s'assurer de la légitimité des solutions » (Lalonde, 2011, p. 11). En d'autres termes, le pouvoir des salariés est très limité. La participation dans les groupes *kaizen* se distingue très nettement d'une réelle participation démocratique dans le cadre de laquelle des salariés, choisis par leurs collègues, travaillent à l'intérieur d'un mandat défini par les salariés ou conjointement avec la direction pour trouver des solutions dont la légitimité est acceptable tant pour les salariés, et leur syndicat, le cas échéant, que pour la direction. La situation est tout autre avec les groupes *kaizen* dès lors que c'est la direction qui définit seule, par l'intermédiaire de l'animateur du groupe, la légitimité des solutions et particulièrement au regard de leur impact sur les conditions de travail. C'est ainsi qu'au lieu d'être associé à la surcharge de travail et à la réduction des temps de réflexion et de récupération entre deux interventions, comme nous l'avons fait précédemment dans la troisième partie, « l'épuisement professionnel des intervenants en santé à la fin de la journée est davantage lié à toutes les pertes de temps sans valeur ajoutée qu'au travail qu'ils aiment faire. Il faut systématiquement rechercher les pertes de temps et les éliminer » (Lalonde, 2011, p. 11). Il est, en définitive, paradoxal de vanter les mérites de la participation dans les groupes *kaizen*, alors qu'elle est sans pouvoir réel et grandement susceptible de contribuer à une dégradation des conditions de travail.

La situation n'est guère différente dans les équipes multidisciplinaires. Celles-ci sont censées regrouper tous les soignants pour discuter d'un cas et en leur sein les préposées aux bénéficiaires devraient y participer pleinement. Or, elles ont rarement le temps d'y participer, considérant la surcharge de travail, et lorsqu'elles y participent ce n'est que pour décrire certaines situations et exprimer certains besoins. Dans son témoignage au micro d'Alain Gravel, une préposée aux bénéficiaires s'exprime ainsi :

> C'est sûr que si durant la rencontre, une fois que j'ai fini d'exprimer certains besoins, on me dit ok tu peux t'en aller. Et, je suis venue juste pour ça et je n'ai pas le droit d'écouter autre chose et [de] donner mon opinion. (Gravel, 2020)

En somme les injustices sociales dont sont victimes les infirmières et les préposées aux bénéficiaires dans les hôpitaux et les CHSLD sont considérables. Aux disparités salariales énormes et à la surcharge de travail, qui constituent des injustices économiques ou de distribution, s'ajoutent la méconnaissance du travail auquel on a retiré les dimensions communicationnelles et émotives avec les usagers, et le déficit de participation qui caractérise la gestion hiérarchique du *lean management*.

4.2 Crise du travail

Avec l'exacerbation des injustices sociales, l'introduction du *lean management* dans les hôpitaux et dans les CHSLD entraîne une crise du travail. Cette dernière est bien décrite par le témoignage d'une infirmière en CHSLD qui, dans un message intitulé « Voici le visage des soins infirmiers », s'exprime ainsi sur son compte *Facebook* à la fin de son quart de nuit :

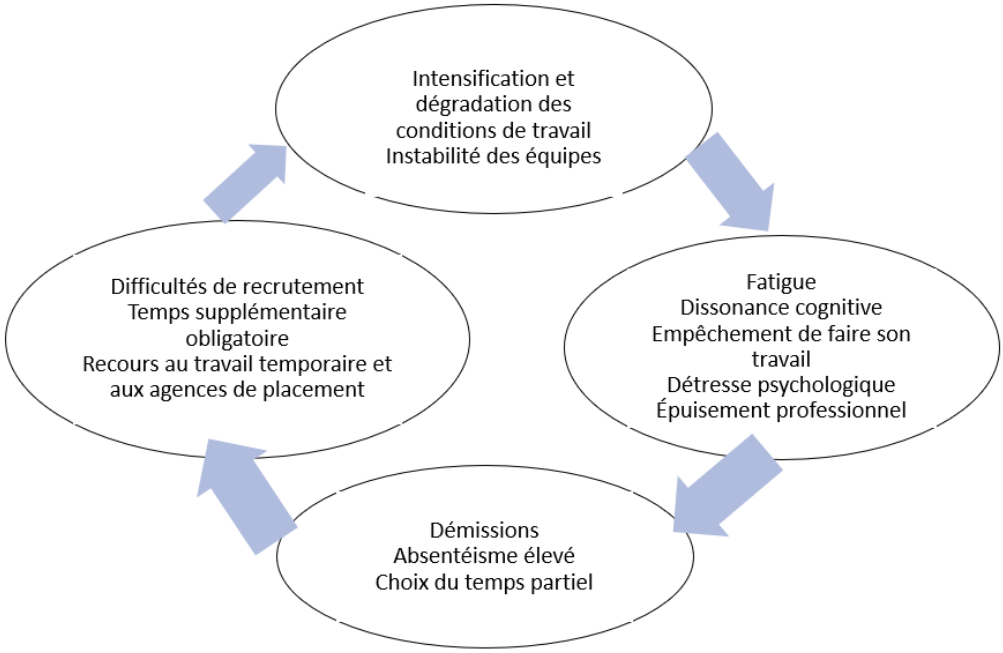
> Encore un matin que je finis mon quart de travail, vidée, exténuée, dans lequel je me suis démené (sic) comme une folle car je suis la seule infirmière pour couvrir 70-76 patients (avec une inf. aux et deux PAB). Troisième nuit en 1 semaine que j'ai des patients qui complique (sic), et quand je dis complique c'est que ils (sic) ont fini par décédé (sic) dans la semaine […] et que je suis toute SEULE pour gérer. Ca (sic) fait parti (sic) de mon travail d'intervenir et gérer des situation (sic) comme ca (sic), mais habituellement ils (sic) y a un travail d'équipe qui se fait. Je dois tout gérer toute seule, en plus de mes autres patients, parce que mon quart ne se met pas sur pause car je suis prise avec un seul patient, l'horloge continue de tournée (sic) et les autres patients ont des besoins également. J'ai tellement de stress que je suis courbaturé (sic) partout dans mon dos, assez pour m'empêcher de dormir, j'ai pas envie d'aller travailler car j'appréhende le fardeau qui m'attend (pis j'suis pas lâche là, mais un moment donné quand ca (sic) lache (sic) jamais d'être dans le rush c'est épuisant. J'arrive chez nous et je pleure de fatigue. Je n'ai pas le temps d'aider ma PAB à faire les changements de culottes d'incontinences (sic) parceque (sic) je suis « prise » avec mon/ma patient instable. Donc des autres (sic) patients doivent rester dans leurs urines/selles car ils sont trop lourd (sic) pour être changés à une personne. Je dois dire au quart de jour que les patients n'ont pas pu être changer (sic) due (sic) a (sic) la situation. Le quart de jour qui commence déjà la journée avec 1-2 PAB en moins, et un surplus de travail je part (sic) la tête pleine car j'ai laissé le patient dans un état instable, non satisfaisant et que je n'ais (sic) pas pu faire toute (sic) mes tâches. Ha et également, 3 matins que j'ai du (sic) rester car il n'y avait pas d'infirmière de jour. J'ai appeler (sic) la coordonation (sic) une nuit pour savoir si c'était possible d'avoir un surplus dû à la lourdeur de la situation et je me suis fait répondre en riant : « t'es drôle toi, on est rendu en temps supplémentaire obligatoire pour environs (sic) 4 étages et pis tu me demande (sic) un surplus. »
> […]
> C'est dégueulasse. Je suis brisée par mon métier, j'ai honte de la pauvreté des soins que je prodigue dans la mesure du possible. Mon système de santé est malade et mourrant (sic).

> Je pense pas être la seule qui est démolie par la réalité des soins infirmiers, on a meme (sic) pu le temps de soigné (sic). Les employés tombent comme des mouches. Le mal est physique et mental. (Plante, 2018; Ricard, 2018)

Ce témoignage est corroboré par une autre préposée aux bénéficiaires qui a décrit quelques années plus tôt les conditions de travail qui l'ont conduite à la démission (Bouchard, 2015). Ces deux témoignages sont retenus parce qu'ils illustrent, avec une grande clarté, l'acuité de la crise du travail qui a émergé bien avant la pandémie *de COVID-19* en conséquence de l'introduction du *lean management* et de l'intensification du travail. La situation décrite par ces témoignages se rapproche grandement des conditions de travail dans les hôpitaux en France dans les années 1998 et 2013, telles qu'elles ont été analysées par deux auteurs (Benallah et Domin, 2017).

La crise du travail se déroule en quatre moments (voir la figure 2).

Figure 2
Cercle vicieux de la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD
Source : Auteur



1) Au point de départ, les conditions de travail sont très difficiles; elles se caractérisent par une forte intensification du travail, une dégradation marquée des conditions de travail et une grande instabilité dans les équipes de soins.
2) La détérioration des conditions entraîne un accroissement de la souffrance au travail (Dejours, 2009). Il y a certes la fatigue associée à l'intensité accrue du travail. Mais il y a aussi des situations d'injonctions contradictoires et de dissonance cognitive qui affectent grandement les travailleuses : dans l'urgence et dans l'impératif de subvenir aux besoins d'un trop grand nombre de patients, les travailleuses ont conscience et, souvent même, se sentent responsables de faire un travail de mauvaise qualité. Les infirmières et les autres personnels de la santé ont le sentiment de ne pouvoir accomplir leur travail conformément aux standards de leur profession et aux exigences requises par un travail de soins de qualité. Elles ont l'impression d'être empêchées de faire leur travail (Clot, 2010). Cela engendre des problèmes de santé mentale comme la détresse psychologique et, ultimement, l'épuisement

professionnel. Dans nos enquêtes menées auprès des infirmières dans les hôpitaux, nous avons rencontré des taux de détresse psychologique élevés chez la moitié des infirmières (Lapointe et collab., 2011, 2014). Une enquête récente de l'Institut national de santé publique du Québec, menée au printemps 2021 auprès d'un échantillon important du personnel du réseau de la santé, corrobore cette situation (Paré, 2021).

3) La souffrance au travail amène les travailleuses à déployer des stratégies de protection et de défense, entre autres, la démission, l'absentéisme et le temps partiel choisi (Dejours, 2009). Dans les six premiers mois qui ont suivi le début de la pandémie en mars 2020, ce sont 2 000 professionnels de la santé qui ont quitté les hôpitaux et le nombre de démissions est également très important parmi les préposées aux bénéficiaires dans les hôpitaux et les CHSLD (QUB RADIO, 2020; Bordeleau, 2020). Entre 2015 et 2019, le nombre d'heures de congé maladie a augmenté de 24 % (Goudreau et collab., 2019). En général, le taux d'absentéisme chez les infirmières est le double de la moyenne que l'on retrouve dans les autres professions (Lapointe et collab., 2009). Chez les infirmières, ce sont 53 % d'entre elles qui travaillent à temps partiel, alors que ce pourcentage s'élève à 66 % chez les infirmières auxiliaires (Caron, 2015). En fait, même s'il n'y a jamais eu autant d'infirmières au Québec, ces dernières années, il y a toujours une pénurie d'infirmières dans les hôpitaux et les CHSLD, car elles choisissent le temps partiel, pour se protéger des mauvaises conditions de travail et utilisent le temps supplémentaire obligatoire, qu'elles sont assurées de faire au moins une fois par semaine, pour compléter leurs revenus (Lévesque, 2020).
4) En réaction à ces stratégies qui nécessitent de pourvoir dans l'urgence de nombreux postes afin d'éviter une rupture de services et, par surcroît, dans un contexte de difficultés énormes de recrutement, parce que le travail de soins dans les hôpitaux et les CHSLD est très peu attirant, les directions adoptent des pratiques palliatives récurrentes comme le temps supplémentaire obligatoire et le recours à du personnel temporaire, en provenance très souvent d'agences de placement. Tout cela se traduit par une détérioration accrue des conditions de travail et une grande instabilité des équipes de soins. On s'enferme ainsi dans un cercle vicieux, soit une dynamique négative autoentretenue et autoamplifiée.

5. Quelques avenues de solution

Les avenues de solution se proposent d'atténuer, voire de faire disparaître, les trois formes d'injustice sociale dont l'exacerbation a contribué à l'émergence et au développement de la crise du travail.

Concernant les injustices économiques, il faut améliorer la rémunération du personnel de la santé, à l'exception des médecins. Il faut également réduire, voire éliminer, la surcharge de travail. À propos des disparités salariales, le gouvernement s'y est d'ailleurs timidement attaqué, considérant l'ampleur de l'écart, en offrant aux préposées aux bénéficiaires un salaire horaire de 26 $ dans les premiers mois de la pandémie au printemps 2020. En accord avec les conventions collectives, signées à l'été 2021, ce salaire horaire s'élève à 25,63 $ à compter du 1er avril 2022. Lorsque cette augmentation est comparée à l'évolution de la rémunération des médecins, l'injustice demeure encore flagrante : en effet, entre 2007 et 2020, la rémunération moyenne des médecins s'est accrue de 78,5 %, tandis que celle des préposées aux bénéficiaires s'est accrue de 50,2 %. L'écart de rémunération entre les médecins et les préposées aux bénéficiaires s'est donc creusé, malgré une hausse salariale importante de 17,2 % qu'elles ont enregistrée dans les tout premiers mois de la pandémie, en 2020[3]. Il importe donc de se pencher sur le sous-financement du système de santé et de services sociaux, impulsé par l'austérité et la nouvelle gestion publique et il faut revoir la répartition des dépenses qui sont en grande partie consacrées à la rémunération des médecins (Plourde et Hurteau, 2021; Touzin, 2018).

Pour agir sur la surcharge de travail et contrer les effets nocifs du temps supplémentaire obligatoire, qui induit un taux élevé de temps partiel et qui contribue également au taux élevé d'absentéisme, il est nécessaire

de recruter davantage de personnel pour remédier à la situation du sous-effectif dans les établissements. Mais ce n'est pas chose facile de recruter, considérant les conditions de travail qui agissent comme repoussoir. Il faut augmenter les ratios personnel/usagers. Selon certaines études, le ratio souhaitable personnel soignant (préposées aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières)/résidants, dans les maisons d'hébergement pour aînés, serait de 1/5 (Picard, 2021, p.129). Il est, dans les faits, considérablement supérieur. Ces mesures pourraient aussi contribuer à la stabilisation des équipes et réduire la multiplication du nombre d'intervenants différents qui agissent auprès des patients et des résidants. L'accroissement des effectifs contribuerait ainsi à réduire les surcoûts associés à la crise du travail (temps supplémentaire obligatoire, recours au travail temporaire et aux agences de placement, absentéisme et temps partiel). À court terme, c'est un investissement qui réduirait à moyen terme les surcoûts de la crise du travail.

En ce qui a trait à la reconnaissance, il faut prendre en considération les dimensions communicationnelles, interactives et émotives, associées au travail de soins. Ces dimensions sont le plus souvent oubliées lorsqu'elles sont reliées à des emplois dévalorisés, invisibles et largement occupés par des femmes et des personnes en provenance des minorités ethnoculturelles. Pourtant, les titulaires de ces emplois apportent une contribution essentielle dans les hôpitaux et dans les CHSLD. Le rapport du Protecteur du citoyen sur la COVID-19 dans les CHSLD, lors de la première vague de la pandémie, le rappelle clairement en ces termes :

> [Le métier de préposée aux bénéficiaires] peine à attirer des candidats et candidates et à les garder dans ses rangs. Résoudre le problème de la pénurie de cette catégorie de travailleurs et de travailleuses passe nécessairement par une valorisation de cette fonction d'assistance à la personne dans les milieux de vie. Ces personnes sont des collaboratrices indispensables au sein des équipes soignantes. Elles ont un contact privilégié de proximité avec les personnes hébergées et leurs proches, ce qui leur permet d'établir un lien de confiance et un sentiment de sécurité. Leur présence stable dans un CHSLD est prioritaire. (Protecteur du citoyen, 2020, p. 17)

Pour atténuer le déni de reconnaissance, dont sont victimes les préposées aux bénéficiaires et les infirmières, il serait absolument nécessaire de s'attaquer aux racines de cette injustice et de rompre avec les approches du *lean management* et de la nouvelle gestion publique au profit d'une approche fondamentalement démocratique et fondée sur une réelle participation des soignantes et sur la reconnaissance de leur expertise (Dowling, 2021, 198). En ce qui concerne les préposées aux bénéficiaires, il faudrait prendre en compte les diverses composantes de leur travail en y ajoutant les dimensions amputées par le *lean management*, soit les dimensions communicationnelles, émotionnelles et interactives. Quant au travail des infirmières, il devrait être réorganisé afin d'accorder une plus large place aux dimensions réflexives et aux moments de récupération qui ont été considérablement atténués avec l'introduction du *lean management*.

Malgré le fait qu'elles soient « des collaboratrices indispensables au sein des équipes soignantes », il est d'ailleurs étonnant, comme nous l'avons souligné précédemment, que les préposées aux bénéficiaires soient institutionnellement exclues des équipes soignantes, en étant regroupées avec le personnel paratechnique et de métier au lieu d'être incluses dans la catégorie du personnel infirmier, qui réunit les infirmières et les infirmières auxiliaires. Pour remédier à cette situation qui institutionnalise un déni de reconnaissance, il est primordial de rassembler dans une même catégorie institutionnelle les titulaires des principaux emplois qui composent une équipe de soins, soit les préposées aux bénéficiaires aux côtés des infirmières et des infirmières auxiliaires.

Cette révision des grandes catégories institutionnelles d'emploi serait grandement facilitée si la reconnaissance accrue du travail des préposées aux bénéficiaires se conjuguait avec un renforcement de la formation. Celle-ci devrait être insérée dans un programme uniforme avec des contenus standards et des dispositifs de certification des diplômes exigés pour l'exercice de la profession, alors qu'aujourd'hui domine encore une gabegie de programmes et de diplômes, en l'absence de dispositifs de certification standard (Picard, 2021).

La troisième forme d'injustice sociale renvoie au déficit de représentation et de participation. En l'occurrence, et nonobstant la redéfinition des catégories institutionnelles d'emploi abordée précédemment, elle concerne moins la participation représentative, puisque toutes les catégories de personnel de soins de santé à l'hôpital et dans les CHSLD sont syndiquées. Elle s'applique davantage à la participation directe, qui prend place dans les groupes *kaizen* et dans les équipes multidisciplinaires. Dans ces dispositifs de participation, les salariés devraient être choisis et mandatés par leurs collègues afin d'être redevables envers eux. Ils détiendraient ainsi leur légitimité non pas de la direction, mais de leurs collègues. Ils pourraient participer sur un pied d'égalité avec la direction et les autres catégories professionnelles. Dès lors, une dynamique d'amélioration des conditions de travail et d'atténuation des diverses formes d'injustice sociale pourrait se mettre en place. Cette dynamique reposerait sur une approche démocratique et ascendante qui serait susceptible de remplacer l'approche hiérarchique, typique du *lean management* (Lapointe et Cucumel, 2016).

Conclusion

Dans l'étude des « mutations organisationnelles » que l'on peut assimiler à des innovations sociales en milieu de travail, il s'avère incontournable de prendre en compte les injustices sociales, la crise du travail, les conflits et les enjeux de pouvoir. Certes, dans l'introduction du *lean management*, il y a assurément l'effet d'une mode et d'un mythe; mais, derrière ces manifestations mimétiques, des objectifs d'efficacité et de productivité sont clairement présents. Ces objectifs s'inscrivent dans la poursuite de la rationalisation industrielle qui accroît le contrôle de la direction sur le travail de l'équipe soignante au détriment de leurs conditions de travail. La dégradation de ces dernières et l'exacerbation des injustices sociales engendrent une crise du travail, caractérisée par une faible qualité du travail et la difficulté de retenir et d'attirer du personnel. Elles s'accompagnent aussi d'une détérioration de la qualité des soins, car l'amélioration des conditions de travail est la garantie de l'amélioration de la qualité des soins (Dwoling, 2021). En conséquence, la pérennité et la réalisation des missions des organisations sont considérablement compromises.

Cette conclusion majeure qui se dégage d'une analyse critique des changements au travail et dans les organisations dans le domaine de la santé et des services sociaux s'oppose à la perspective managériale. Cette dernière accorde la priorité à la convergence des attentes des salariés axées sur la réalisation de soi et d'un travail qui leur donne l'occasion de s'épanouir, grâce à des formes innovantes valorisant l'autonomie et la prise de responsabilité. Or, l'analyse de l'impact du *lean* sur le travail et les travailleuses dans la santé et les soins aux aînés démontre que l'hypothèse de convergence ne s'est pas confirmée. Les gestionnaires pourraient alors argumenter que la pandémie, à laquelle s'ajoutent la pénurie de main-d'œuvre et le vieillissement de la population, a surdéterminé l'évolution du travail dans les hôpitaux et les CHSLD. Ce serait alors des facteurs externes, hors de la portée de l'action des gestionnaires, qui seraient responsables de la dégradation du travail et des soins. Or, la crise du travail et des soins était déjà bien présente avant la pandémie !

Les perspectives, critique et managériale, sont-elles conciliables? Les gestionnaires pourraient-ils consentir à d'autres stratégies que la focalisation, quasi exclusive, sur les seules performances économiques et organisationnelles? L'ouverture des gestionnaires à d'autres stratégies repose sur deux argumentaires. Le premier associe l'amélioration de la qualité des soins à l'amélioration de la qualité des conditions de travail du personnel de soins. Pour améliorer la qualité des soins, il faut miser sur l'amélioration de la qualité du

travail. Le deuxième argumentaire insiste sur l'ampleur des surcoûts causés par la crise du travail. Ces derniers, engendrés par le temps supplémentaire, le temps partiel, le recours au travail temporaire et aux agences de placement, l'instabilité des équipes, le présentéisme et l'absentéisme, surpassent largement les coûts associés à la sortie de cette crise, en ce qui concerne notamment l'embauche de personnel supplémentaire et la mise en œuvre des solutions appropriées. C'est en somme bénéfique pour les performances économiques et organisationnelles à long terme que de dépenser à court terme pour embaucher du personnel supplémentaire et introduire les solutions appropriées. Ces dépenses sont considérées comme un investissement social. Pour aller dans cette direction, il faut toutefois faire les investissements nécessaires et il faut également se libérer de la tyrannie des visions à court terme et de la domination médicale pour évaluer les performances économiques et organisationnelles à moyen et long terme. Le politique doit être au rendez-vous.

Sur le plan des solutions appropriées, nous avons proposé quelques avenues. Celles-ci appartiennent à trois grandes catégories : la distribution, la reconnaissance et la participation. Au chapitre de la distribution, il importe de réduire les disparités salariales, d'augmenter le ratio soignantes/usagers et d'embaucher du personnel supplémentaire pour diminuer, voire éliminer, la situation chronique du sous-effectif qui est devenue hyper aiguë au cours de la pandémie et avec la pénurie de main-d'œuvre. Sur le plan de la reconnaissance, il est nécessaire de revoir les hiérarchies professionnelles qui contribuent à la dévalorisation et à l'invisibilité du travail des préposées aux bénéficiaires. Il faut aussi rehausser la formation de ces dernières pour qu'elles soient bien en mesure d'assumer pleinement les exigences communicationnelles, interactives et émotionnelles de leur travail. Enfin du côté de la participation, force est d'associer toutes les catégories de personnel concernées à la conception et à la mise en œuvre des solutions appropriées. Dans cet exercice, il faut particulièrement prêter attention à la participation de celles qui sont au bas de l'échelle, majoritairement composé de femmes et de personnes issues de l'immigration et que l'on relègue, trop souvent avec condescendance et mépris, au « sale boulot ». C'est ainsi que la parité de participation et de la démocratie au travail pourront se renforcer.

NOTES

1 L'emploi à vie est difficile à mesurer, considérant son caractère implicite. Toutefois, selon les auteurs cités par Keizer (2011, p. 14-15), il aurait concerné entre un cinquième et un tiers des salariés au Japon.

2 Ces calculs ont été faits sur la base de 2 000 heures de travail par année.

3 Calculs de l'auteur sur la base des données suivantes : MSSS, s.d., a et b; ICIS, 2020 et 2022.

RÉFÉRENCES

Antony, J., Sunder M., V., Sreedharan, R. Chakraborty, A. et Gunasekaran, A. (2019). A systematic review of Lean in healthcare: a global prospective. *International Journal of Quality & Reliability Management*, *36*(8), 1370-1391.

Barberato Henrique, D. et Godinho Filho, M. (2020). A systematic literature review of empirical research in Lean and Six Sigma in Healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence, 31*(4), p. 429-449.

Benallah, S. et Domin, J.P. (2017). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital Quelles évolutions entre 1998 et 2013. *Travail et emploi,* 152, octobre-décembre 2017, 5-32.

Benders, J. et Morita, M. (2004). Changes in Toyota Motors' operations management. *International Journal of Production Research*, *42*(3), 37-41.

Bernier, P. (2021). Prendre soin de vous 6. Semaine du 25 janvier 2021. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. https://www.fmoq.org/affaires-syndicales/communications/messages-aux-membres/prendre-soin-de-vous-vi/ (consulté le 1er mars 2021)

Bernoux, P. (2005). *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations.* Seuil.

Bernoux, P. (2015). *Mieux-être au travail : appropriation et reconnaissance.* Octares.

Biggi. M., Cousin, O., Méda, D., Sibaud, L. et Wiwviorka, M. (2015). *Travailler au XXIe siècle Des salariés en quête de reconnaissance.* Robert Laffont.

Bodier, Mé et Wolf, L. (2018). *Les facteurs psychosociaux de risque au travail.* Octares.

Boltanski, L. et Chiapello, È. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme.* Gallimard.

Bordeleau, S. (2020, 13 octobre). Les travailleurs quittent le réseau québécois de la santé, signale la CSN. *Radio-Canada.* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1740683/centaines-travailleurs-quittent-reseau-sante-csn

Bouchard. C. (2015, 22 juin) Une ancienne préposée aux bénéficiaires publie une percutante lettre de démission. *Journal de Montréal.* https://www.journaldemontreal.com/2015/06/22/une-ancienne-preposee-aux-beneficiaires-publie-une-percutante-lettre-de-demission

Boyer, R. (2015). *Économie politique des capitalismes Théorie de la régulation et des crises*. La Découverte.

Burawoy, M. (2010). From Polanyi to Pollyanna: The False Optimism of Global Labor Studies. *Global Labour Journal*, *1*(2), 301-313.

Caron, R. (2015, 11 octobre). Plus de 505 des infirmières travaillent à temps partiel. *Journal de Montréal*, https://www.journaldemontreal.com/2015/10/11/plus-de-50--des-infirmieres-travaillent-a-temps-partiel

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur Pour en finir avec les risques psychosociaux.* La Découverte.

Coffey, D. (2006). *The Myth of Japanese Efficiency The Workd Car Industry in a Globalizing Age*. Edward Elgar.

Contandriopoulos, D., Brusselle, A., Breton, M., Duhoux, A., Hudon, C. et Vadeboncoeur, A. (2018). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance su système de santé au Québec.* Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concerté intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être.

Dejours, C. (2009). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale.* Seuil.

DiMaggio, P.J. et Powell, W.W. (1991a). Introduction. Dans W.W. Powell et P.J. DiMaggio (dir.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (1-38). The University of Chicago Press.

DiMaggio, P.J. et Powell, W.W. (1991b). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality. Dans W.W. Powell et P.J. DiMaggio (dir.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (63-82). The University of Chicago Press.

Dowling, E. (2021). *The Care Crisis What Caused It and How Can We End It?* Verso.

Duchaine, G., Gagnon, K. et Lacoursière, A. (2022). *5060 L'hécatombe de la COVID-19 dans nos CHSLD*. Boréal.

Durand, J.P. (2017). *La fabrique de l'homme nouveau.* Le bord de l'eau.

Dussault, G. et C.A. Dubois. (2005). Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec Organisations, acteurs et enjeux* (229-259). Les Presses de l'Université Laval.

Dutrisac, R. (2010, 10 décembre). Des cibles audacieuses pour la santé. *Le Devoir.* https://www.ledevoir.com/societe/sante/312756/des-cibles-ambitieuses-pour-la-sante

Économoclaste. *Lexique d'économie.* http://econoclaste.eu/econoclaste/lexique-deconomie/

Flichy, P. (2017). *Les nouvelles frontières du travail à l'ère numérique.* Seuil.

Goudreau, M., Stake-Doucet, N., Leblanc, I., Roy, C., Soares A. (2019, 11 avril). Un système de santé qui rend malades ses soignants. *Le Devoir.* https://www.ledevoir.com/opinion/idees/551885/un-systeme-de-sante-qui-rend-malades-ses-soignants

Gravel, A. (2020, 30 mai). Le métier de préposé aux bénéficiaires : Table de discussion. *Les faits d'abord.* https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/les-faits-dabord/episodes/464465/rattrapage-du-samedi-30-mai-2020 (consulté le 13 mai 2022).

Huault, I. (2009). *Paul DiMaggio et Walter Powell. Des organisations en quête de légitimité* . Les grands auteurs en Management, EMS. https://shs.hal.science/halshs-00671797v1

Hurtienne, J., Stilijanow, U. et Junghanns, G. (2014). Time and Work Pressure in Today's Working World. Dans C. Korunka et P. Hoonakker (dir.), *The impact of ICT on Quality of Working Life* (63-85). https://doi.org/10.1007/978-94-017-8854-0

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2020). *Les médecins au Canada, 2019*. Intitut Canadien d'Information sur la Santé. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/physicians-in-canada-report-fr.pdf (consulté le 26 juillet 2022)

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2022). *Base de données nationale sur les médecins.* Tableaux des données (ZIP), Tableau D.2 Paiement clinique brut moyen, par province ou territoire, 2010-2020. Total des médecins. ICIS. https://www.cihi.ca/fr/les-medecins-au-canada (consulté le 26 juillet 2022)

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). (2022). Données COVID-19 au Québec. 12 mai 2022. https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees (consulté le 13 mai 2022).

Keizer, A. B. (2011). *Changes in Japanese Employment Practices Beyond the Japanese Model.* Routledge International Business.

Lawler, E. (1992). *The Ultimate Advantage: Creating The High-Involvement Organization*. Jossey-Bass.

Lalonde, G. (2011). Le *Lean* Mythes et réalité. *Le point en administration de la santé et des services sociaux, 7*(1), p. 8-13.

Lapointe, P.A. (2011). Deux approches opposées des changements organisationnels dans le domaine de la santé. *Le point en administration de la santé et des services sociaux, 7*(1), p. 6-7.

Lapointe, P.A. et Cucumel, G. (2016). An Alternative Typology for Teamwork. *World Review of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, *12*(1), 50-73.

Lapointe, P.A. et Dallaire, C. (2005). *Pénurie qualitative d'infirmières dans les unités de soins critiques Hôpital de l'Enfant Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.* Rapport synthèse, présenté à la direction des soins infirmiers, CHA, Québec. Avril 2005, 39 pages.

Lapointe, P.A., Dallaire, C. Ouellet, S. et Bagilishya, O. (2007). *Climat de travail et santé mentale au travail dans les unités de soins critiques du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Résultats descriptifs du sondage effectué à l'été et l'automne 2007.* 21 décembre 2007, 60 pages.

Lapointe, P.A, Dallaire, C., Malo, F.B., Ouellet, S., Bagilishya, O., Nadeau-Gauthier, S. et Constant, S. (2009). *Climat de travail et santé mentale au travail au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières. Résultats descriptifs du sondage effectué à l'été 2008*. Rapport déposé le 2 avril 2009. Québec: ARUC – *Innovations, travail et emploi*, 92 pages.

Lapointe, P.A., Dallaire, C. et Malo, F.B. (2011a). Les déterminants de la santé psychologique au travail Le cas des infirmières dans un centre hospitalier de courte durée au Québec. Dans P. Paillé (dir.), *La fidélisation des ressources humaines* (235-263). Presses de l'Université Laval.

Lapointe, P.A, Dallaire, C., Malo, F.B., Bagilishya, O., Ouellet, S., et Tapé, B. (2011b). *Climat de travail et santé mentale au travail au Centre Hospitalier Affilié de Québec Résultats descriptifs du sondage effectué à l'été et automne 2009.* Rapport déposé le 28 février 2011. Québec: ARUC – *Innovations, travail et emploi*, 157 pages.

Lapointe, P.A., Dallaire, C. et Malo, F.B. (2014). L'histoire inachevée d'une recherche partenariale en matière d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre infirmière. Dans P. Paillé (dir.), *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines* (187-238). Presses de l'Université Laval.

Lévesque, L. (2020, 23 octobre). Plus de 78 200 infirmières : il n'y a jamais eu autant d'infirmières au Québec. *Le Soleil numérique*. https://www.lesoleil.com/2020/10/23/plus-de-78-200-infirmieres-il-ny-a-jamais-eu-autant-dinfirmieres-au-quebec-5a94fbd61315a6ca1e004df0d45ff6fd?nor=true

Maheu, L. et Bien-Aimé, P.A. (1996). Et si le travail exercé sur l'humain faisait une différence… *Sociologie et sociétés*, *28*(1), 189-199.

Marché-Paillé, A. (2010). Le dégoût dans le travail d'assistance aux soins personnels, s'en défendre mais pas trop. *Travailler*, *2*(24), 35-54.

Messing, K. (2020, 22 mai). Soignantes ou unités interchangeables. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/opinion/idees/579394/soignantes-ou-unites-interchangeables (consulté le 15 mai 2022).

Meyer, J.W. et Rowan B. (1991). Institutionalized Organization: Formal Structure as Myth and Ceremony. Dans W.W. Powell et P.J. DiMaggio (dir.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (41-62). The University of Chicago Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008, 30 octobre). *Nomenclature des titres d'emploi, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux À partir du 22 novembre 2007*. Direction des relations de travail du personnel salarié. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1864931

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012, 1er avril). *Nomenclature des titres d'emploi, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux à partir du 1er avril 2010*. Version du 1er avril 2012. Direction des relations de travail du personnel salarié. https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Nomenclature/0.0_Nomenclature_2022-02-02.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011, 1er novembre). *Le ministre Yves Bolduc dévoile le nom des établissements de santé sélectionnés pour l'implantation de l'approche Lean Healthcare Six Sigma.* Communiqué, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-92/

Molinier, P., Gaignard, L. et Durajier, M.A. (2010). Introduction au dossier « Sale boulot, Boulot sale ». *Travailler*, *2*(24), 5-7.

Moranos, J., Lemstra, M. et Nwankwo. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A sestematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care, 28*(2), p. 150-165.

Montpetit. J. (200813 juillet). Toyota sert d'inspiration au ministre Bolduc. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/200809/08/01-666389-toyota-sert-dinspiration-au-ministre-bolduc.php

Ouellette Vézina, H. (2020, 14 avril). « On a besoin de bras » dans les CHSLD, implore Legault. *Métro*. https://journalmetro.com/actualites/national/2438088/on-a-besoin-de-bras-dans-les-chsld-implore-legault/

Paré, Y. (2021, 5 mai). Un employé du réseau de la santé sur deux souffre de détresse psychologique. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/societe/sante/600118/reseau-de-la-sante-un-employe-sur-deux-souffre-de-detresse-psychologique

Pelchat, P. (2011, 7 octobre). Méthode Toyota : Bolduc surpris de l'engouement. *Le Devoir*.

Pelletier, F. (2015, 11 février). La méthode Toyota. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/431441/la-methode-toyota

Picard, A. (2021). *Les grands oubliés Repenser les soins de nos aînés*. Les éditions de l'homme.

Pichault. F. (2009). *Gestion du changement. Perspectives théoriques et pratiques.* De Boeck.

Plante. C. (2018, 30 janvier). Une infirmière « exténuée » interpelle Barrette sur Facebook. *La Tribune*. https://www.latribune.ca/2018/01/30/une-infirmiere-extenuee-interpelle-barrette-sur-facebook-7b3ab1605c7800bbc6ee16c992974cd7?nor=true

Plante, C. (2020, 14 avril). « On a besoin de bras » dans les CHSLD, insiste François Legault. *L'actualité*. https://lactualite.com/actualites/on-a-besoin-de-bras-dans-les-chsld-insiste-francois-legault/

Plourde, A. (2018, 20 octobre). Santé : la fin du règne médical annonce-t-elle une dynastie *Lean* ? *IRIS Billet*. https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/sante-la-fin-du-regne-medical-annonce-t-elle-une-dynastie-lean/

Plourde, A. et Hurteau, P. (2021, 29 septembre). Réduire la rémunération des médecins pour financer le réseau de la santé et des services sociaux. *IRIS Publication fiche*. https://iris-recherche.qc.ca/publications/reduire-remuneration-medecins-pour-refinancer-reseau-sante-services-sociaux/

Protecteur du citoyen. (2020). *Rapport d'étape du protecteur du citoyen La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées.* Protecteur du citoyen, Québec, Canada.

QUB RADIO. (2020, 5 octobre). La situation est alarmante et très critique, dit la présidente de la FIQ. *Le journal de Montréal.* https://www.journaldemontreal.com/2020/10/05/la-situation-est-alarmante-et-tres-critique-dit-la-presidente-de-la-fiq

Radnor, Z.J., Holweg, M. et Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, *74*(2012), p. 364-371.

Ricard, É. (2018). *La réforme du système de santé est un succès - Gaétan Barette. Voici le visage des soins infirmiers. Facebook*.

Shimizu, K. (1999). *Le toyotisme*. La Découverte.

Shimizu, K. (2000). Un nouveau toyotisme? Dans M. Freyssenet, A. Mair, K. Schimizu et G. Volpato, (dir). *Quel modèle productif? Trajectoires et modèles industriels des constructeurs automobiles mondiaux* (84-114). La Découverte.

Soares, A. et Goudreau, M. (2019, 5 décembre). Approche « industrielle » dans le réseau de la santé : une enquête publique s'impose. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2019-12-05/approche-industrielle-dans-le-reseau-de-la-sante-une-enquete-publique-s-impose (consulté le 15 mai 2022).

St-Pierre, L. (2009). *Rapport préliminaire sur la prise de données du travail des équipes (VA/NVA), de la satisfaction au travail, du stress personnel et au travail et de l'estime de soi.* Optimisation des compétences et partage des responsabilités de l'équipe soignante, Projet de reconfiguration du travail CHRTR. Université du Québec à Trois-Rivières. Septembre 2009.

Touzin, C. (2018, 7 mars). Des médecins plus riches et moins productifs, selon une étude. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201803/07/01-5156358-des-medecins-plus-riches-et-moins-productifs-selon-une-etude.php (consulté le 15 mai 2022)

Villeneuve, C. (2013). *La surdose des systèmes de santé : Le paradoxe de l'ajout de ressources pour réduire les délais d'attente, l'organisation du travail selon l'approche LEAN*. Linovati inc.

Walshe, K. (2009). Pseudoinnovation: the Development and Spread of Healthcare Quality Improvement Methodologies. *International Journal for Quality in Health Care*, *21*(3), 153-159.

Walton, R. (1985). From Control to Commitment in the Workplace. *Harvard Business Review, 63*(2), 76-84.

Waring, J.J. et Bishop, S. (2010). Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine, 71*(2010), 1332-1340.

Willis, E., Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M. et Meyer, A. (2018). Work Intensification and quality Assurance Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality, 33*(2), E10-E16.

Winckramasinghe, M., Al-Hakin, L., Gonzalez, C. et Tan, J. (dir.), (2014). *Lean Thinking for Healthcare.* Springer.

Womack, J. P., Jones, D. T. et Ross, D. (1992 [1990]). *Le système qui va changer le monde*. Dunod.

Womack, J. P. et Jones D. T. (2012 [1996 et 2003]). *Système Lean Penser l'entreprise au plus juste*. Pearson France.