

Mardi 14 mai 2013

18h00 - 20h00

AgroParisTech - Engref



Paule Bourret

IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) du CHU de Montpellier, responsable de Master (CNAM), cadre de santé

**Transformer la pression sur l'encadrement de proximité
L'expérience des cadres de santé**

Dossier Documentaire

Le Dossier Documentaire de l'UOC**Transformer la pression sur l'encadrement de proximité
L'expérience des cadres de santé****- Sommaire -**

■ Présentation et analyses de Paule Bourret	pp. 03-129
- L'ethnographie des cadres de santé Site web <i>Le Réservoir</i> (www.lereservoir.eu)	
- Présentation de l'IFCS du CHU de Montpellier Site web <i>CHU Montpellier</i> (www.chu-montpellier.fr)	
- Présentation de « <i>Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital</i> » Paule Bourret, Editions Seli Arslan, octobre 2011, 192 pages <i>Résumé, Sommaire</i>	
- Présentation de « <i>Les cadres de santé à l'hôpital</i> » Paule Bourret, Editions Seli Arslan, octobre 2006, 288 pages <i>Résumé, Sommaire</i>	
- Encadrer c'est assurer un travail de lien invisible. Les cadres de santé dans la fonction publique hospitalière Paule Bourret, 14 ^{èmes} Journée d'étude du GDR Cadres, Site web <i>DGR Cadres</i> (http://gdr-cadres.cnrs.fr), décembre 2007	
- La préoccupation des cadres de santé entre clinique et organisation Paule Bourret, 11 ^{èmes} Journées Nationales d'Etudes des Cadres de Santé, Site web <i>CHU Montpellier</i> (www.chu-montpellier.fr), janvier 2007	
- Modes de communication des cadres de santé. Exigences de la relation et proximité des équipes Paule Bourret, Site web <i>Communication et organisation</i> (www.communicationorganisation.revues.org), 2004	
- Une « disjonction entre un hôpital virtuel et un hôpital réel ». Entretien avec Paule Bourret Sarah Elkaim, Site web <i>Espace Infirmier</i> (www.espaceinfirmier.com), novembre 2010	
■ Analyses et points de vue complémentaires	pp. 53-129
- Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers Chantal de Singly, Ministère de la santé et des sports, Site web <i>Ministère des Affaires sociales et de la Santé</i> (www.sante.gouv.fr), septembre 2009 <i>Sommaire, Synthèse, Propositions, Introduction, Conclusion</i>	
- Cadres de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ? Sophie Reinhardt, 12 ^{èmes} Journées Internationales de Sociologie du Travail, Site web du GRÉE de l'Université de Nancy (http://gree.univ-nancy2.fr), juin 2009	
- Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers Robert Coulon, Site web du laboratoire d'économie et de gestion de l'Université de Bourgogne (http://leg.u-bourgogne.fr), avril 2010	
- Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers Ivan Sainsaulieu, Site web <i>Cairn Info</i> (www.cairn.info), 2008	

■ **Présentation et analyses de Paule Bourret.....** pp. 03-129

- L'ethnographe des cadres de santé

Site web *Le Réservoir* (www.lereservoir.eu)

- Présentation de l'IFCS du CHU de Montpellier

Site web *CHU Montpellier* (www.chu-montpellier.fr)

- Présentation de « *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital* »

Paule Bourret, Editions Seli Arslan, octobre 2011, 192 pages

Résumé, Sommaire

- Présentation de « *Les cadres de santé à l'hôpital* »

Paule Bourret, Editions Seli Arslan, octobre 2006, 288 pages

Résumé, Sommaire

- Encadrer c'est assurer un travail de lien invisible. Les cadres de santé dans la fonction publique hospitalière

Paule Bourret, 14^{èmes} Journée d'étude du GDR Cadres, Site web *DGR Cadres*

(<http://gdr-cadres.cnrs.fr>), décembre 2007

- La préoccupation des cadres de santé entre clinique et organisation

Paule Bourret, 11^{èmes} Journées Nationales d'Etudes des Cadres de Santé,

Site web *CHU Montpellier* (www.chu-montpellier.fr), janvier 2007

- Modes de communication des cadres de santé. Exigences de la relation et proximité des équipes

Paule Bourret, Site web *Communication et organisation*

(www.communicationorganisation.revues.org), 2004

- Une « disjonction entre un hôpital virtuel et un hôpital réel ». Entretien avec Paule Bourret

Sarah Elkaïm, Site web *Espace Infirmier* (www.espaceinfirmier.com), novembre 2010

L'ethnographe des cadres de santé



Formatrice à l'Institut de formation des cadres du CHU de Montpellier, **Paule Bourret** est aussi docteur en sociologie du travail. Elle rend compte de la réalité du travail des cadres à l'hôpital dans ses premiers travaux de recherche publiés aux éditions Seli Arslan.

Auteur d'une des premières enquêtes consacrées au travail des cadres à l'hôpital, Paule Bourret montre l'intérêt de la prise en compte de la parole des cadres sur leur travail. « *Les cadres ont un rôle de passeur. Ils sont particulièrement bien placés pour dire ce qui se déroule réellement au niveau des services. Repérer l'activité des cadres de santé devrait aider ceux qui prennent les décisions pour l'hôpital* ».

Des soins à la sociologie

Rien ne semblait prédestiner Paule Bourret à cette trajectoire. Née en Lozère, la jeune bachelière d'alors envisageait de travailler dans le secteur social plutôt que de s'orienter vers la profession d'infirmière. C'est à la suite d'une rencontre qu'elle suit des études d'infirmière au Puy-en-Velay, en Haute-Loire. Elle obtient son DE dans les années 70 et occupe un premier poste en chirurgie à l'hôpital de Mende, au cœur de sa Lozère natale.

Au bout de deux ans, elle part à Montpellier et travaille quelques années au CHU, en médecine puis en réanimation.

Très vite, elle se décide à passer le concours de l'école des cadres. « Dans ces années 80, la moyenne d'âge dans les écoles de cadres était de 30 ans, et non 40 ans comme c'est le cas aujourd'hui. Nous étions plus jeunes, nous manquions d'expérience mais nous étions enthousiastes et insouciantes », se souvient-elle. La jeune cadre diplômée choisit un poste au sein de l'un des Ifsi de Montpellier. « Je suis devenue formatrice avec l'idée que pour enseigner, il faut se former soi-même. » Et c'est précisément ce qu'elle fait : former et se former.

La vie à Montpellier, ville universitaire par excellence, lui permet d'étudier tout en travaillant à l'Ifsi. Elle s'inscrit en première année de sociologie et poursuit son cursus universitaire. En 1989, elle obtient son DEA de sociologie. Paule Bourret vient alors de se mettre en disponibilité de l'hôpital pour rejoindre un organisme de formation privé.

Chargée de l'accompagnement de projets et du développement de compétences des personnels hospitaliers, elle est amenée à travailler dans plusieurs hôpitaux et cliniques. Elle reste pendant quelques années dans cet organisme privé, puis prend la décision de postuler pour un poste à l'école des cadres de Montpellier. Depuis 1995, elle est formatrice au sein de cet Ifcs, elle est aussi chargée de la coordination pédagogique d'un master 2 en sciences du travail et de la société, mis en place cette année et destiné aux cadres et aux responsables des ressources humaines des secteurs sanitaires et sociaux. « *C'est en rejoignant l'Ifcs que je me suis remobilisée pour mes études. J'ai passé un diplôme de sociologie du travail à Sciences-Po Paris. C'est là que j'ai rencontré Guy Jobert, une personne déterminante pour la suite de mon travail de recherche.* »

Le professeur Guy Jobert, titulaire de la chaire de formation des adultes au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) à Paris, va l'encourager à se lancer dans une étude sur l'activité des cadres de santé. Paule Bourret s'inscrit en doctorat, et commence cette première analyse sur le travail des cadres. « Pour les formateurs la question de l'activité des professionnels est importante à double titre : la formation pour le travail mais aussi la formation par l'analyse du travail. »

Un travail de lien invisible

En quelques mots, la sociologue résume le sujet de sa thèse de sociologie. « *Il s'agit de comprendre ce que font les cadres de santé au quotidien dans leur travail, ce qu'ils doivent faire réellement pour que le service fonctionne.* » Pour mener à bien cette véritable enquête ethnographique, Paule Bourret va suivre au quotidien pendant plusieurs mois deux cadres de santé du CHU de Montpellier. Elle observe, écoute, prend des notes. Au bout d'un moment, les deux cadres acceptent de porter un micro-cravate pour aider la sociologue à recueillir ses données. « *Il y a toujours un écart entre la tâche prescrite et le travail réel. Et ce n'est qu'en regardant ce qui se passe sur le terrain qu'il est possible d'analyser et de comprendre l'activité des cadres, réalisée seulement au prix d'une contribution de la personne qui dépasse la simple exécution des procédures.* »

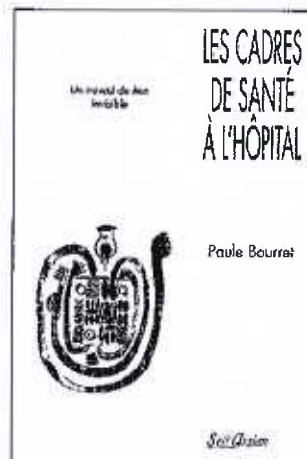
Cette recherche lui est apparue d'autant plus indispensable que les cadres cristallisent aujourd'hui toutes les tensions, que ce soit au sein de l'hôpital comme dans d'autres organisations de travail. Les cadres de santé ont été pendant longtemps dans une logique de mise en visibilité du travail soignant, y compris lors du mouvement infirmier de la fin des années 80. Ils ont peu parlé de leur propre travail au quotidien, devenant ainsi la cible des mécon-

le développement des directives par courriel provenant de différentes directions parfois sans concertation ont par exemple contribué à ces changements.

« *Une part importante du travail des cadres consiste aujourd'hui à amortir les rigidités tout en maintenant le minimum de règles pour permettre le travail des soignants.* »

Et dans des conditions de travail dégradées, le cadre lui-même est mis en tension. D'un côté, il doit soutenir et accompagner le personnel, de l'autre, contribuer à l'augmentation de la cadence de travail.

Le cadre est bien placé pour dire comment des aides-soignantes enchaînent aujourd'hui les toilettes, mais c'est aussi celui qui est redevable de l'efficacité des équipes qu'il encadre. « *Analyser le travail réel, c'est aussi décrire les problèmes rencontrés sur le terrain au quotidien. Lorsque les cadres en parlent, ils ne sont pas forcément dans la plainte ou dans la démobilisation. Une approche plus partagée des difficultés permettrait de mettre en œuvre des démarches pour les réduire, de donner à comprendre son travail de cadre aux autres et ainsi en réaffirmer le sens,* » souligne Paule Bourret. Occulter la réalité de ce



« Les cadres sont partout, ils font un travail de lien invisible entre des logiques et des mondes éclatés »

tentements. Dans des équipes débordées par les cadences de travail, on dit souvent que les cadres ne sont jamais là, qu'ils sont toujours en réunion... « *En fait, les cadres sont partout, ils font un travail de lien invisible, de rattrapage des incohérences, une articulation entre des logiques et des mondes éclatés.* »

Reconfiguration du travail

Dans son étude, la sociologue montre combien le travail des cadres hospitaliers a évolué ces dernières années. Certes, l'intensification de l'activité, les grandes restructurations actuelles comme la T2A ou l'organisation en pôles contribuent à cette reconfiguration. « *Mais ce sont aussi des microchangements cumulés qui ont modifié en profondeur le travail des cadres.* » Les nouvelles règles de sécurité, les changements de procédures,

qui se passe à la production des soins ne peut être une solution. « *Les cadres doivent trouver un espace pour parler de ces difficultés, penser collectivement les impasses pour construire ensemble des réponses à des situations inédites.* » Pour faire connaître et reconnaître le travail des cadres, mais aussi pour impulser une analyse collective de ce poste, la sociologue a choisi de diffuser cette enquête sociologique dans un ouvrage destiné aux cadres et à toute personne concernée par les mutations de l'hôpital.

Au-delà de la reconnaissance du travail de lien invisible réalisé par les cadres de santé, ce livre invite en effet à réfléchir à d'autres formes de conduite du changement prenant en compte les situations réelles de travail, et ce en vue de construire un hôpital plus humain. ❧

Joëlle Maraschin

[1] Les cadres de santé à l'hôpital, Paule Bourret, 2006, Éditions Seli Arslan



L'IFCS au sein de l'Institut de Formation et des Ecoles et Madame Brauer, directrice

■ Des orientations fortes qui structurent les formations proposées !

- La volonté de proposer aux structures de santé des cadres capables de mobiliser des ressources pour agir en situation professionnelle.
- L'engagement d'apporter aux personnels de santé, des formations et un cadre de réflexion adaptés à leurs besoins pour les aider à évoluer professionnellement et individuellement. (ou sur le plan professionnel et personnel)
- L'écoute et l'analyse permettant de nous adapter en permanence aux besoins de nos clients (établissements de santé, personnels de santé...)
- L'engagement d'accompagner le professionnel dans le devenir cadre, en l'accompagnant dans sa transformation personnelle et professionnelle. Il s'agit de lui offrir l'opportunité :
 - d'optimiser sa capacité d'être pour favoriser celle des autres
 - de développer sa capacité d'analyse de sa pratique professionnelle
 - d'inventer et de construire des actions, en fonction du contexte d'évolution de l'exercice du métier de cadre de santé et de celui des organisations sanitaires et sociales
 - de cultiver le souci permanent du respect des personnes quelles que soient leurs positions, leurs qualifications et leurs compétences.

■ Nos axes d'intervention

Pour la formation INITIALE des cadres de santé

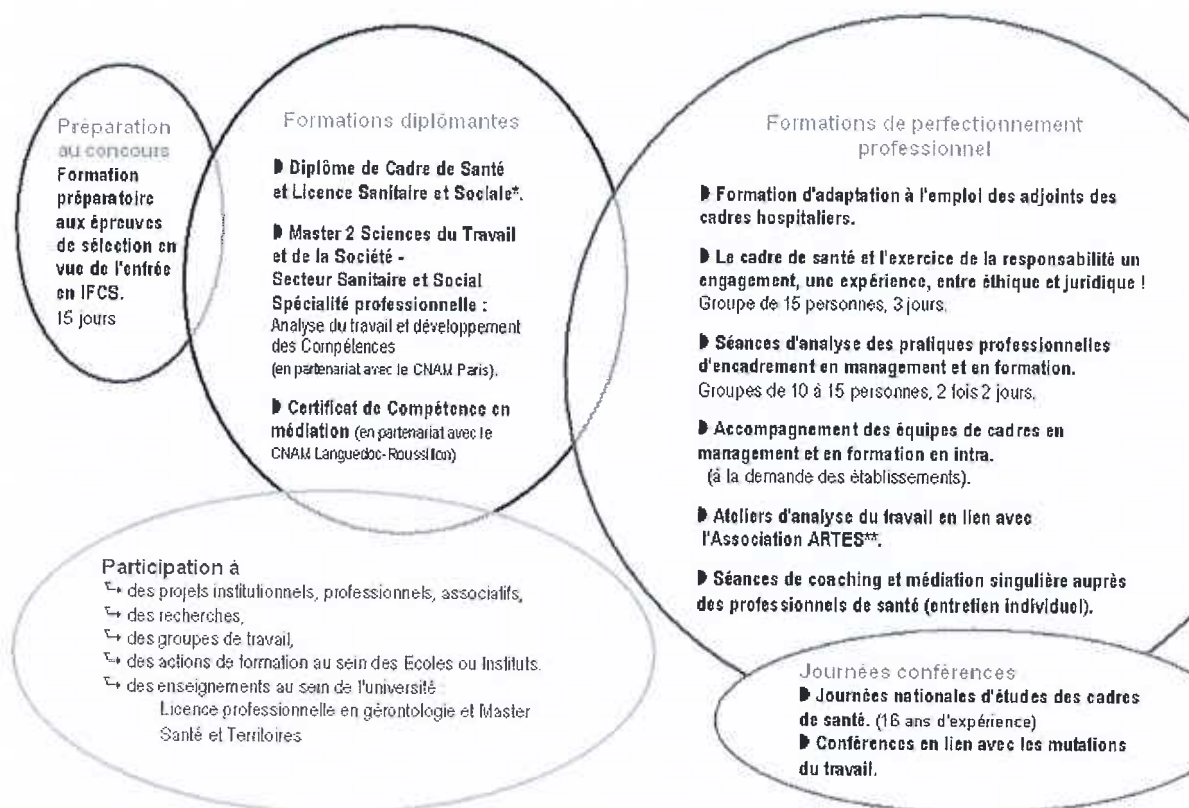
- Favoriser la prise en compte des situations professionnelles en :
 1. facilitant la mobilisation des expériences professionnelles ;
 2. orientant les travaux des étudiants sur des aspects pratiques ;
 3. développant l'analyse des situations de travail.
- Renforcer la co-traitance en :
 1. sollicitant des cadres pour des échanges, des débats, des témoignages et des évaluations ;
 2. collaborant avec les professionnels en fonction, à tous niveaux : conseil, intervention ;
 3. travaillant avec les employeurs des cadres de santé pour renforcer l'adéquation du programme aux besoins des établissements.
- Mettre en oeuvre l'inter-relation et la récursivité entre les différentes disciplines enseignées.
- Favoriser la poursuite des cursus de formation universitaires, complémentaires des formations déjà offertes statutairement pour optimiser l'employabilité :
 - Les étudiants de l'IFCS du CHRU de Montpellier qui sont diplômés cadres de santé peuvent obtenir la licence des Sciences Sanitaires et Sociales après validation des 6 crédits relatifs à l'unité d'enseignement de Bioéthique.
 - Accès de plein droit en Master 2 Sciences du Travail et de la Société Formation dispensée à l'IFCS en partenariat avec le CNAM Paris.

Pour la formation professionnelle continue

- Proposer aux professionnels des formations permettant :
 1. de développer les compétences pour s'adapter aux évolutions de l'environnement et des métiers de la santé ;
 2. de créer des connexions de réseaux au sein des organisations ;
 3. d'approfondir la réflexion sur des questions d'actualité liées à la spécificité du métier de cadre ;
 4. d'intégrer une réflexion éthique pour questionner les habitudes, les pratiques professionnelles afin de maintenir une parole soignante ;
 5. d'analyser leurs pratiques professionnelles pour mieux les comprendre et agir autrement.
- Evaluer l'impact de la formation des cadres de santé sur la mise en oeuvre des compétences mobilisées dans la fonction de cadre de santé en service de soins, médico-technique ou instituts de formation après 9 mois d'exercice professionnel.
 1. Sous forme d'enquête/questionnaire auprès de tous les cadres ayant suivi la formation à l'IFCS du CHRU de Montpellier et de leurs employeurs dont les résultats analysés (annexe) permettent de dégager :
 - des pistes d'amélioration du projet pédagogique ;
 - une lisibilité et une visibilité du travail réel des cadres.

■ Proposer une activité de conseil et d'accompagnement auprès des professionnels individuellement ou en groupe.

■ **Nos activités** s'articulent pour contribuer au développement de compétences et à la construction de trajectoires professionnelles de cadre ou de cadre supérieur de santé.



■ Des formateurs qui accompagnent vos projets professionnels

1/Une équipe permanente : formateurs possédant une expérience confirmée de cadre de santé, de cadre supérieur dans les filières infirmières et médico-techniques et des qualifications dans les domaines du management, de la sociologie, de l'organisation, de la pédagogie et de la psychologie.

2/Des intervenants d'horizons différents enrichissent la formation : des universitaires, professeurs, maîtres de conférences.

Des professionnels de santé, directeurs d'hôpitaux et de cliniques, directeurs des soins, cadres de santé infirmiers et médico-techniques, médecins, ingénieurs en organisation, cadres des organismes de sécurité sociale et de l'action sanitaire et sociale...

3/Des partenaires : l'université Paul Valéry, le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), l'Institut Régional du Travail Social du Languedoc-Roussillon (IRTS).

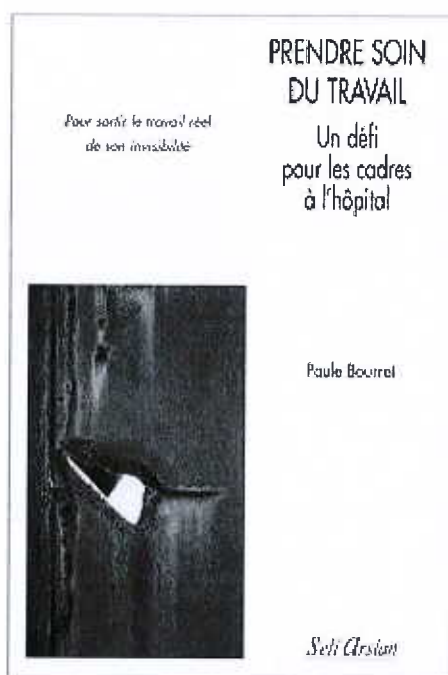
■ Un accueil et une logistique au service des professionnels

Par des secrétaires ayant une expérience et des compétences dans la gestion de la formation initiale et continue.

■ Public concerné

La formation de cadres de santé s'adresse aux professionnels de la filière infirmier/ère, de la filière médico-technique (technicien/iennne de laboratoire, manipulateur/trice d'électroradiologie médicale et préparateur en pharmacie) et de la filière rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien), détenteurs d'un des diplômes professionnels ayant au moins quatre années d'expérience dans les secteurs public ou privé.
L'IFCS est agréé pour former 48 étudiants.

■ Déroulement de la formation - Dispositifs d'évaluations - Projet pédagogique



URL

<http://superieur.deboeck.com/titres/121029/>

Titre

Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital

Sous-titre

Pour sortir le travail réel de son invisibilité

Mnémon

SOITRA

Auteur(s)

Paule Bourret

Edition

1^{re} Edition

Langue

Français

Format

Livre

ISBN-13

9782842761714

Nombre de pages

192

Date de parution

octobre 2011

Prix recommandé

23.90 €

Description

Jamais les questions du travail n'ont été aussi présentes dans les discours managérial, social et politique. L'hôpital, comme toute organisation, n'échappe pas à cette tendance. Mais que sait-on précisément de l'activité déployée au quotidien par les personnels médicaux et paramédicaux ?

Cet ouvrage lève un coin du voile sur un sujet peu abordé : le travail réel auprès des malades. L'auteur se fonde sur les recherches actuelles en ergonomie, sociologie ou psychologie du travail afin d'aborder l'activité au plus près. Pour sortir le travail de son invisibilité, il existe diverses méthodes, dont certaines sont mises en avant dans ce livre à travers des observations menées en gériatrie, en cancérologie et en chirurgie, l'auteur s'appuyant sur des interventions de cadres étudiants en master qui ont conduit sur leur lieu de travail un projet de changement. La prise en compte du travail réel s'y révèle complexe au niveau du management quotidien comme de la gestion et du pilotage des organisations, alors qu'elle est incontournable pour faire face aux profondes mutations du travail contemporain et au ressenti des professionnels. Il ne suffit pas d'en appeler à la responsabilité et à l'éthique de chacun : un véritable débat sur le travail devrait être mené dans les établissements. Les questions épineuses que soulève ce livre sont posées aux responsables des hôpitaux, aux cadres et à tous les professionnels de la santé. Mais plus largement, c'est la société qui est interpellée sur le type de soins à maintenir ou à développer pour les personnes âgées vulnérables et les malades potentiels que nous sommes.

Des possibilités de changement et des voies de progression existent. Elles reposent sur une compréhension approfondie du travail tel qu'il se réalise concrètement et non pas tel qu'on le souhaite. Les cadres sont justement en première ligne pour regarder, voir et traduire le travail réel. Une mobilisation à leurs côtés de tous les décideurs pour faciliter cette posture est essentielle.

Sommaire

Introduction

1.. Regarder, voir, dire le travail réel

Le travail est occulté par les questions d'emploi

L'écart entre le travail prescrit et le travail réel est « mal vu »

Le travail est difficile d'accès sans le concours
de ceux qui l'accomplissent

Le travail est difficile à voir car recouvert
de couches d'invisibilité

Une invisibilité spécifique au travail de soin

Les nouvelles organisations renforcent l'invisibilité du travail

Une fragmentation de la prise en charge des malades

L'emprise gestionnaire gagne du terrain

Être cadre et accéder à l'activité des équipes soignantes

Est-il possible de dire le travail réel et de le rendre audible
auprès des responsables ?

Le travail déclaré par les équipes de soins, une « contrefaçon » ?

Des cadres en difficulté pour faire entendre le travail réel

En conclusion

2.. Connaître le travail pour le reconnaître
et le transformer

Les enseignements d'une expérience en gérontologie

Des cadres confrontés à la manipulation d'outils de gestion
et à l'organisation du travail

Le travail réel auprès d'une personne âgée

Indicateurs de gestion-travail réel, un couple incertain

Le temps pour la toilette : un indicateur inerte ?

Comment les pratiques de normalisation comptable peuvent-elles contraindre le travail réel en EHPAD ?

Les cadres pris entre le respect des prescriptions
et la reconnaissance du travail réel

Les enjeux de la reconnaissance au travail

Les effets de la reconnaissance du travail réel

En conclusion

3.. Connaître le travail pour l'organiser
de manière efficace

Un exemple en stomathérapie dans un centre régional
de lutte contre le cancer

Une répartition du travail de soins entre infirmières généralistes
et spécialistes prévue par l'organisation

L'étude du travail réel révèle des difficultés lors de l'éducation
du malade et, au-delà, une prise en charge

des malades à améliorer

Faire exister le travail réel pour en comprendre les exigences

L'analyse du travail réel comme levier d'action

Les apprentissages nécessaires pour une prise en main
de son travail

Une organisation de travail continuée jusqu'au lit du malade

En conclusion

4.. Connaître le travail pour piloter les organisations

Un exemple de restructuration d'un bloc opératoire
dans un CHU

La division du travail et son organisation dans un bloc opératoire

Le débat sur le travail réel est-il possible ?

Gérer sans s'intéresser au contenu du travail :
une activité risquée ?

Quand le regard sur le travail réel interroge des évidences

Le travail chirurgical : une mobilisation de soi
dans une activité à risque

Les exigences du travail réel sous-estimées ?

Une interaction chirurgien-infirmière caractérisée
par une économie d'échanges

La division officielle du travail entre chirurgiens
et infirmières ne rend pas compte de la réalité

En conclusion

5.. Mettre le travail réel au centre des préoccupations

Quelques pistes à l'usage des cadres
pour prendre soin du travail

L'analyse du travail réel en vue d'atteindre la performance

De la nécessité de clarifier les questions de performance
et de qualité

Un risque de disjonction entre la sphère gestionnaire-organisationnelle
et la sphère de l'activité réelle

De la nécessité du débat sur la qualité du travail
pour atteindre la performance

Comment faire pour analyser le travail ?

Des outils et des méthodes pour analyser l'activité
et en rendre compte

La prise en compte du travail est avant tout
une question de posture

Sur quelles bases échanger et rendre le travail réel audible ?

Une autre conception de l'encadrement

Sortir des méthodologies et reconsidérer les pratiques concrètes de l'encadrement

Repenser la fonction de l'encadrement

Encadrer c'est comprendre ce que les personnes font au travail mais aussi ce que le travail fait aux personnes

Conclusion

Un travail de lien
invisible

LES CADRES DE SANTÉ À L'HÔPITAL



Paule Bourret

Seis Arles

URL	http://superieur.deboeck.com/titres/91565/
Titre	Les cadres de santé à l'hôpital
Sous-titre	Un travail de lien invisible
Mnémo	CADSAN
Auteur(s)	Paule Bourret
Edition	1 ^{re} Edition
Langue	Français
Format	Livre
ISBN-13	9782842761264
Nombre de pages	288
Date de parution	octobre 2006
Prix recommandé	26,90 €

Résumé :

Que font les cadres de santé au quotidien ? Quelle est la nature précise de leur activité ? Quelle place occupent-ils dans l'organisation hospitalière ? Pendant plusieurs mois, l'auteur a suivi des cadres de santé dans un centre hospitalier universitaire pour tenter de répondre à ces questions.

Au fil des pages, elle donne à voir leurs pratiques, qui sont souvent ignorées, alors qu'elles sont indispensables pour le fonctionnement des services hospitaliers. À travers cette analyse sociologique émergent l'ensemble des contradictions inhérentes à la fonction de cadre de santé mais aussi consécutives à de nouvelles formes d'organisation, souvent introduites sous couvert de rationalité. Pour éviter les dysfonctionnements et donner du sens, les cadres de santé effectuent un travail de lien entre les équipes de soins et les malades, mettent de la cohérence entre des actions éclatées.

Au-delà de la reconnaissance du travail de lien invisible réalisé par les cadres de santé, cet ouvrage invite à réfléchir à d'autres formes de conduite du changement prenant en compte les situations réelles de travail, à penser son action en vue de construire un hôpital plus humain.

Sommaire :

- 1 - Approche socio-historique de la catégorie des cadres en général et des cadres de santé en particulier ;
- 2 - Le travail des cadres de santé, un objet de recherche à définir ;
- 3 - Être cadre de santé : un mode de présence spécifique ;
- 4 - Le rôle des objets dans le travail de lien du cadre de santé ;
- 5 - Le travail quotidien ;
- 6 - Le cadre et la règle ;
- 7 - Un travail de lien aux dimensions multiples.

Encadrer c'est assurer un travail de lien invisible

Les cadres de santé dans la fonction publique hospitalière

Que font au quotidien les surveillantes des hôpitaux désignées depuis 2001 cadres de santé ? Sans grande visibilité sociale cette catégorie a contribué aux évolutions des établissements de santé. Dans les années 1980 des mouvements sociaux ont eu lieu avec en point d'orgue les manifestations du personnel soignant en 1988. Les cadres étaient présents dans ce mouvement mais leur rôle et leurs revendications sont passés en arrière plan de ceux des infirmières. Durant les années 1990 on assiste à la création de multiples collectifs de cadres. Des préoccupations plus spécifiques à ce métier émergent et se traduisent par des mouvements sporadiques de grève. Des pressions d'origine diverses : syndicats associations, conduisent le ministère de l'Emploi et de la Solidarité via son service de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) à lancer une étude nationale relative à l'encadrement dans les établissements publics de santé suivie d'une réforme statutaire en 2001. Les cadres de santé qui appartenaient à la catégorie B de la fonction publique hospitalière sont désormais intégrés à la catégorie A avec une grille indiciaire revalorisée. A ce jour, malgré ces nouvelles mesures, les cadres de santé continuent à souligner les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain face à une réforme qu'ils jugent en demi teinte. Ce retour des cadres sur le devant de la scène n'est pas spécifique à l'hôpital et se constate dans d'autres organisations.

A travers une enquête ethnographique j'ai tenté de comprendre leur malaise non pas à partir d'une étude de leur position sociale ou d'une approche en tant que catégorie professionnelle mais à partir du travail qu'ils réalisent. Les cadres de santé sont-ils soumis à de nouvelles contraintes ? Que devient leur activité dans le système social de travail à l'hôpital ?

Après avoir présenté la recherche, j'aborderai l'évolution de la place de ces professionnels dans la division du travail. J'examinerai ensuite leur activité en montrant comment est reconfiguré le rôle de cette hiérarchie de première ligne.

Le travail en train de se faire

La situation des cadres de santé dans la fonction publique hospitalière présente des similitudes avec celle des cadres de proximité d'autres organisations¹. Comme pour les cadres de la fonction publique territoriale une transformation de leur rôle est attendue en lien avec les nouvelles exigences de l'action publique². Cette hiérarchie de première ligne fait l'objet de nombreuses critiques sur la manière dont elle effectue son travail, critiques que l'on retrouve dans d'autres secteurs par exemple les assurances³. Ces "encadrants eux mêmes encadrés" ne sont pas les cadres attendus par leur hiérarchie soignante et administrative, les médecins et leurs subordonnés : infirmières et aides-soignantes. J'ai souhaité déplacer le regard externe porté sur ce groupe social et m'intéresser à la matérialité de leur travail.

Comprendre les pratiques quotidiennes des cadres de santé

Les indicateurs habituellement mobilisés pour décrire l'activité représentent celle-ci d'une façon extérieure dans ses dimensions les plus objectivables (actes effectués, équipements mobilisés...) et dans des catégories bien stabilisées (conventions). Mais si ces indicateurs peuvent apporter des informations sur des pratiques évaluées à partir des éléments admis par le modèle proposé ils n'apportent pas à eux seuls les éléments qui les expliquent. J'ai souhaité m'inscrire dans une démarche compréhensive des pratiques. Mon objectif était de prendre en compte le travail des cadres de santé dans son accomplissement afin d'identifier les actions qui se font mais ne se disent pas non pas pour les cacher, mais parce que personne n'est amené à s'en préoccuper ; ou encore elles sont tellement incorporées que la personne les réalisant n'est pas à même de les dire.

S'intéresser au travail en train de se faire conduit à mobiliser les apports de la sociologie du travail et notamment le courant de l'action située⁴. Ce courant renouvelle les idées sur la

¹ Mispelblom Beyer, (Frederik), *Encadrer. Un métier impossible*, Paris, Armand Colin, 2006.

² (Desmarais, (Cécile), *Nouveaux modèles d'organisation et transformation de la fonction d'encadrement dans les organisations municipales*, Communication journées d'étude GDR Cadres, 2002.

³ Buscatto (Marie). *Des managers à la marge : la stigmatisation d'une hiérarchie intermédiaire*. Revue française de sociologie 43-1, p.73-98, 2002.

⁴ Suchman (Lucie), *Plans d'actions. Problèmes de représentation de la pratique en sciences cognitives* in Pharo P. et Quéré L. (dir.) *Les formes de l'action. Sémantique et sociologie*, Paris, EHESS, Raisons Pratiques, 1, p.149-170, 1990.

Grosjean (Michèle), Lacoste (Michèle), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999

conception de l'action et de la cognition⁵. Il exige de porter attention au contexte, aux interactions sociales, aux objets matériels ; il met en évidence le caractère opportuniste et improvisé de l'action, son ancrage matériel et social et par voie de conséquence le rôle joué par les facteurs contextuels et les mécanismes de production d'intelligibilité mutuelle entre acteurs⁶. Le résultat produit ne peut s'obtenir par un seul travail préalable d'ordonnancement, il se construit aussi dans le temps de sa réalisation. A la question des rapports de détermination entre le sujet et la situation, sous jacente aux courants de l'action située, Beguin et Clot⁷ distinguent trois types de réponses issues de disciplines ou de traditions différentes : une issue de la psychologie, une de l'anthropologie cognitive et une réponse issue de la sociologie interactionniste⁸. Dans cette dernière perspective que j'ai retenue pour étudier le travail des cadres de santé, les propriétés de la situation ont un rôle fonctionnel du fait de la participation de la personne, de sa réponse déterminée par sa lecture de la situation. L'analyse du travail des cadres de santé telle que je l'ai menée en référence à cet adossement théorique donne à voir les spécificités de leurs situations de travail et les activités constructives que ces professionnels déploient dans les situations.

Mon métier de formatrice dans un institut de formation des cadres de santé m'a permis de recueillir des matériaux sur des situations concrètes et pour tenter de mieux comprendre le travail *in situ* j'ai réalisé une étude ethnographique dans un centre hospitalier universitaire. Plusieurs jours par semaine, pendant huit mois j'ai suivi deux cadres de santé "*comme leur chignon*" tout au long de leur journée de travail. Au bout de cinq mois, les cadres ont accepté de porter un micro cravate. Toutes les interactions ont été enregistrées ainsi que les commentaires faits sur le lieu du travail au décours de l'action, ces derniers seraient inintelligibles en dehors du contexte. Le fil conducteur de cette enquête a été de repérer ce que fait un cadre de santé à l'hôpital aujourd'hui en faisant son métier ; autrement dit de s'intéresser à des actions dont on ne se préoccupe pas pour analyser la performance et les résultats.

⁵ Quéré (Louis) *La situation toujours négligée* Réseaux p.163-192 1997.

⁶ (Relieu (Marc), Salambier (P. ?), Thereau (Jacques), *Activité et action / cognition située, @ctivités*, Volumel, n°2 p.5-7, 2004.

⁷ Beguin (P.), Clot (Yves), *L'action située dans le développement de l'activité @ctivités*, Volumel, n°2 p.35-48, 2004.

⁸ Goffman (Erving), *La mise en scène de la vie quotidienne, La présentation de soi*, Paris, Minuit, 1973

Strauss (Anselm). *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan , 1992

Une place dans la division du travail qui conduit traditionnellement à créer du lien

Les cadres de santé⁹ sous des appellations différentes -surveillantes, infirmières major, infirmière chef -, ont toujours travaillé dans les hôpitaux dans lesquels elles ont assuré un travail de lien, d'articulation¹⁰. Cet encadrement d'abord tenu par des religieuses s'est laïcisé au cours du 20^{ème} siècle. Ces femmes consacrées s'occupaient à la fois des malades et de l'institution à laquelle elles appartenaient avec une double préoccupation celle du salut de l'âme des malades et celle, pour le dire en termes contemporains, de la gestion de l'hôpital ou de l'hospice. Des chercheurs¹¹ ont souligné leur dévouement et leur abnégation en déplorant toutefois que ceux-ci se soient parfois exercés au détriment des malades afin de mieux préserver les intérêts de l'hôpital et de l'Eglise¹².

Des religieuses avec une mission de coordination définie

Les religieuses doivent concilier deux univers : celui de l'hôpital et celui des malades, mais elles ont choisi leur camp. Elles sont plus liées à leur confesseur ou à leur mère supérieure qu'aux médecins. Leur dépendance intellectuelle et hiérarchique s'inscrit dans le champ de la religion, ce qui les fixe hors du champ de la médecine. D'ailleurs cette dépendance entraînera des tensions avec les médecins au fur et à mesure qu'ils prendront une place importante dans l'hôpital.

Avec la laïcisation de cette fonction d'encadrement, à la fin du 19^{ème} siècle, la position de travail des premières femmes laïques surveillantes devient d'une certaine manière plus difficile à tenir que celle des religieuses. En quelque sorte leur positionnement dans le champ de la médecine les place dans une position de subordination par rapport aux médecins alors que les religieuses appartenant à un champ social distinct, avec ses propres normes et règles, bénéficiaient de plus d'autonomie par rapport au corps médical. La division du travail avec inscription des surveillantes laïques dans le travail médical est potentiellement source de

⁹ La réforme du 31 décembre 2001 (décret n° 2001-1575) a officialisé la dénomination de cadre de santé. Les écoles de formation des surveillantes, dès leur création en 1958, ont été appelées : écoles de cadres.

¹⁰ Srauss (Anselm). *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

¹¹ Charles (Geneviève), *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Le Seuil, 1979. Kniebiehler, (Yvonne), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française*. Paris, Hachette, 1994.

¹² Hamilton (Anna), *Infirmières des hôpitaux*, Thèse faculté de médecine de Montpellier, 1900.

tensions liées à des conceptions différentes du soin selon les priorités accordées à la médecine, à la science, à la religion ou encore à l'argent.

Les surveillantes des hôpitaux tiraillées entre les soins et la gestion

Dès la circulaire de 1906¹³, leur travail se trouve inscrit dans une double dépendance administrative et médicale. Les textes législatifs depuis 1943 jusqu'aux réformes des années 2000 réaffirment que les cadres sont placés sous la double autorité du directeur et de celle du chef de service. Le cadre de santé doit en fait gérer une double autorité, hiérarchique et fonctionnelle. D'une part le directeur de l'hôpital a pouvoir de nomination et d'affectation. D'autre part le chef de service ou de département assure la conduite générale du service et est assisté par un cadre para médical. Une lettre¹⁴ publiée par le ministère donne une interprétation sans équivoque de l'autorité médicale dans le domaine de l'organisation des soins : « Le chef de service est le responsable de l'ensemble du service et à ce titre, notamment le seul interlocuteur de l'administration ».

A partir des années 1960, le développement de la médecine scientifique, l'importance qu'elle prend dans la société et dans le système de santé font qu'elle joue un rôle de premier plan à l'hôpital. La tension entre les deux mondes, administratif et médical porte davantage sur les moyens que sur les finalités de sorte que la tâche des cadres s'en trouve facilitée. Il s'établit une sorte de coalition entre les gestionnaires et les médecins rendant la place de « *go between* » des cadres plus aisée à tenir du point de vue de la tension entre ces deux mondes. « Si des oppositions existent entre les médecins et les administratifs elles portent sur les priorités, les choix effectués voire les pouvoirs exercés, et non sur les finalités. Car une alliance objective existe entre les médecins et les directeurs d'hôpital »¹⁵.

Jusqu'aux années 1980-1990 le travail des surveillantes consiste à accompagner la mise en œuvre de cette médecine scientifique dans un hôpital devenu le pivot du système de soins. C'est pendant cette période de développement de la médecine que se met en place une hiérarchie infirmière avec en 1975 la création du poste d'infirmière générale. Les réformes des années 2000¹⁶ ont permis d'unifier le fonctionnement en un corps structuré en trois niveaux :

¹³ Leroux-Hugon (V), *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la troisième république*, Paris, Sciences en situation, p.121, 1992.

¹⁴ Lettre DH n°11740 du 17 juin 1993 (BO: 93/30)

¹⁵ Schweyer, (François Xavier), *Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer dans l'organisation du travail de soins ?* in Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail, Rennes, ENSP, p.149-170, 2000.

¹⁶ Décret n°2001-1374 du 31 décembre 2001 et décret n° 2002-550 du 19 avril 2002.

cadres de santé, cadres supérieurs de santé et directeurs de soins. Dans les hôpitaux de grande taille le directeur général peut nommer un coordonnateur général des soins. Cette hiérarchie ne dispose d'aucun budget et c'est le directeur des ressources humaines par délégation du directeur général qui a pouvoir de nomination et d'affectation des cadres sur proposition du coordonnateur des soins. D'autres réformes sont en cours concernant l'organisation de l'hôpital et le financement de l'activité avec mise en place de centres de responsabilité (pôles) et tarification à l'activité (TAA).

Une activité de lien reconfigurée par les nouveaux modes d'organisation

L'observation de l'activité des cadres montre la pérennité de ce travail de lien. (voir annexe) qui peut se définir comme une activité de mise en relation, de mise en cohérence, d'intermédiaire entre des logiques, des personnes, des groupes. Le travail des cadres est toujours celui de professionnels chargés d'assurer un travail de lien mais les référents de leur action ont changé. Il s'agit d'un travail d'articulation, « un travail supplémentaire pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars du travail accompli »¹⁷. Les cadres de santé arrangent les choses tantôt pour le malade, tantôt pour l'institution, tantôt pour l'équipe soignante ou l'un de ses membres, leur propre intérêt étant en jeu à chaque fois.

Une nouvelle activité : la recherche de lits

Les cadres cherchent des lits pour faire entrer et sortir les malades de l'hôpital. Cette activité de gestion "des flux de malades" prend à ce jour une importance considérable en temps et en nombre de cas à traiter ; elle se situe à plusieurs niveaux : gestion prévisionnelle des entrées et sorties, gestion des aléas et des urgences, suivi des patients et intervention dans les cas complexes de trajectoires hors norme, mise en cohérence de plusieurs logiques de traitement médical. L'évolution de l'activité médicale avec développements de moyens de diagnostic sophistiqués entraîne de nombreuses interactions et exige des ajustements pour rattraper au fil du temps des ratés devenus plus probables. Compte tenu de l'accroissement de la demande de soins les cadres veillent aussi à éviter que des places soient inoccupées et qu'il y ait trop d'insatisfaction de la part de patients en attente d'une prise en charge. Ce sont les médecins qui ont pouvoir de décision pour faire entrer et sortir les malades de l'hôpital mais dans le nouveau contexte de tarification à l'activité une pression est exercée sur les cadres de santé par les gestionnaires, via les cadres supérieurs, pour que l'activité de soins soit suffisamment rémunératrice. Leur activité s'oriente donc vers la recherche d'un fonctionnement optimal des unités de soins : choix du type de placement des malades en tenant compte des règles de cotation des actes,

¹⁷ Strauss, (Anselme), op. cit. p. 191.

occupation maximale des lits, demande aux médecins de modifier le mode de prise en charge par exemple de l'ambulatorio plutôt que de l'hospitalisation classique. Dans d'autres cas, compte tenu des cotations des actes, ce sont les médecins qui refusent des prises en charge de malades afin de ne pas mettre en péril leur activité médicale, alors les cadres tentent de trouver des services d'accueil pour ces malades dont la prise en charge s'avère malaisée.

L'organisation des planning du personnel : une nouvelle donne

Les cadres recherchent aussi du personnel pour effectuer le travail. Cette activité pourrait renvoyer à une tâche traditionnelle pour les cadres de santé : la réalisation du planning. Or, il apparaît que l'activité des cadres dans ce domaine, aujourd'hui est centrée sur la ré élaboration des plannings et la recherche dans l'urgence de personnels pour prendre des postes de travail. L'absentéisme de dernière minute dans un contexte d'effectifs minimum compromet le fonctionnement des unités de soins. Assurer des effectifs pour faire "tourner" des services suppose de rappeler des personnes chez elles en respectant les exigences d'un contexte de travail avec des professions réglementées : une infirmière pour remplacer une infirmière, une aide soignante pour remplacer une aide soignante Les cadres veillent aussi dans la mesure du possible à pourvoir les postes avec du personnel ayant les compétences requises car ils savent que si d'un point de vue gestionnaire une infirmière en vaut une autre il n'en est rien dans la situation de travail.

L'intégration de l'unité de soins dans de nouveaux systèmes productifs

Les cadres relient ainsi l'intérieur du service avec la structure globale et avec l'extérieur de l'hôpital. Aujourd'hui, le travail des équipes médicales et paramédicales est reconfiguré par la rationalisation des activités. La référence aux process industriels ne se limite pas à l'activité hôtelière et logistique, elle conditionne le cadre de l'activité soignante. Le travail médical et infirmier est transformé par son industrialisation, elle-même dépendante de concepteurs de plus en plus éloignés géographiquement et techniquement du travail clinique médical : concepteurs de logiciels, fabricants d'appareillage médicaux appartenant à des groupes industriels et des sociétés de niveau national ou international. Ceci affecte directement le travail des soignants qui devient de plus en plus subordonné à des exigences externes au service. Les cadres se trouvent ainsi dans la situation d'avoir à articuler des actions pré définies en dehors de leur service selon des conceptions de process de travail industriel. L'intégration de l'unité de soins se réalise aussi par la normalisation de pratiques à partir de protocoles et de règles. Les cadres subissent cette réglementation produite à des échelons de

plus en plus lointains. Ils en prennent connaissance de moins en moins souvent par voie hiérarchique, par contre tous les jours en ouvrant leur messagerie électronique ils découvrent des normes et des consignes dont ils doivent assurer la diffusion et la mise en œuvre. Dans tous les cas, les cadres relient leur service non pas à une hiérarchie définissant des orientations mais à de multiples interlocuteurs, autrement dit à un système. Cet ensemble de règles d'organisation et de normes qui enserme l'activité apparaît comme abstrait sans personnalisation possible en même temps l'aspect prescriptif de ces normes s'impose, elles sont incontournables pour les cadres de santé. Ils les reçoivent sans être capables de désigner ou de se retourner vers un responsable et les font à leur tour subir à leur équipe. A ce jour l'activité soignante étant de plus en plus intégrée dans l'activité globale, il en résulte un travail de coordination des cadres réalisé non plus seulement entre le personnel soignant des unités, la hiérarchie infirmière et les médecins mais entre le personnel produisant les soins et l'ensemble des services logistiques et gestionnaires. Le travail du cadre consiste à relier un système de production des soins à un système technocratique et gestionnaire devenu en même temps de plus en plus abstrait et lointain et de plus en plus contraignant. Les modes opératoires, les modes de gestion par projet, la normalisation pèsent sur le travail des cadres, et s'imposent à eux sans intervention directe de la hiérarchie infirmière ou administrative.

Une activité de lien confinant au bricolage

Si l'objet de leur travail est constant : assurer du lien, il se caractérise par son aspect séquentiel.

Un objectif permanent des situations multiples

C'est un travail continu dans le sens où les cadres se préoccupent en permanence de ce qui se passe dans le secteur dont ils ont la responsabilité, mais en même temps il s'agit d'une activité discontinue, hachée se traduisant par un travail dans le désordre, un inachèvement d'opérations dont aucune n'est le début ni la fin d'une autre. Si l'observation de leur travail laisse penser à première vue que leur travail n'a pas d'ordre, c'est que cet ordre ne correspond pas à un processus linéaire. La multiplicité des questions que les cadres de santé ont à traiter explique un certain nombre des caractéristiques de leurs actions. Si leur travail vise à maintenir la cohérence de l'activité, le temps consacré aux actions qui y correspondent est difficile à mesurer. Cette temporalité particulière est problématique, car il est malaisé d'isoler chacune de leurs actions.

De plus, les actions des cadres ne se déploient pas dans un seul lieu. Elles conduisent les cadres à être un peu partout dans le service et précisément nulle part. Ils tiennent une place sans prendre place. Ils touchent à tout, et s'occupent de multiples objets indispensables au fonctionnement du service, ce que personne ne remarque tant qu'il n'y a pas de problème.

En conséquence les cadres se trouvent conduits à assurer un travail supplémentaire qui consiste à articuler leurs propres interventions. Ils veillent à garder le fil de leurs actions malgré les multiples interruptions de leur activité. Ils s'interrompent d'eux-mêmes ou se laissent interrompre et reprennent par la suite ce qu'ils ont laissé de côté. Dans la mesure où leur travail peut surgir de n'importe quelle situation, ils sont toujours aux aguets. Ils agissent dans un désordre apparent dans le but de mettre un peu d'ordre dans un monde éclaté et morcelé.

Une activité orientée vers le rattrapage de situations

Ce qui caractérise l'ensemble de leur activité peut être qualifié d'activité de rattrapage donnant une impression de travail inachevé, d'activité construite au fil des journées au gré des événements. Cette activité de rattrapage regroupe tout le travail que le cadre est amené à faire pour que l'activité du service puisse se poursuivre. Au-delà de la gestion des lits et du personnel elle concerne tout ce qu'il met en œuvre pour réparer des oublis ou des erreurs, réajuster des situations incohérentes de son point de vue. Au cours de leur activité, les cadres ont souvent à amortir les rigidités du cadre de travail. Ils manipulent en conséquence la règle, prévue pour tous et tentent d'en faire quelques chose pour chacun. Ils essaient d'éviter une cristallisation du mécontentement des membres de l'équipe soignante ou médicale en cas de tensions entre les personnes ou de difficultés pour réaliser le travail. L'objectif de maintien de la cohérence d'ensemble se traduit avant tout dans des actions qui visent à réparer, à colmater des brèches, à rattraper des situations qui sont en train d'échouer ou de se dégrader.

Une activité de lien "mal vue"

Assurer du lien est une activité inhérente au métier de cadre mais cette activité est devenue plus difficile car elle s'exerce dans des organisations plus complexes. Paradoxalement l'usage des outils mis en place sous couvert de rationalité engendre des incohérences multiples dans le système hospitalier. Si le travail d'articulation est indispensable pour l'atteinte de la performance il est peu visible, disqualifié par les professionnels travaillant avec les cadres mais aussi par les cadres eux-mêmes. Certains ayant intégré cette non "qualification" de leur

propre travail de lien en arrivent à chercher d'autres appellations pour désigner leur métier. Pour quelles raisons ce travail est-il "mal vu" au sens propre et parfois au sens figuré ?

Une activité masquée

Le souci de l'autre du malade, des personnes, de l'équipe du bien commun- ces termes ont d'ailleurs disparu du vocabulaire institutionnel- ne se voit pas de prime abord, *a fortiori* si l'on regarde l'activité de l'autre en position d'extériorité. La nature de ce travail contribue aussi à son occultation. Il peut ne pas être remarqué ou n'être vu que par une seule personne ; la réussite de la prise en charge d'un malade, même si elle résulte pour une part de cette activité de mise en cohérence assurée par le cadre, ne sera pas forcément imputée à ce type de travail. Cette activité n'est jamais achevée, elle reste occulte ou plutôt elle ne va se voir que lorsqu'elle n'est pas réalisée, car alors des dysfonctionnements importants peuvent s'ensuivre.

D'autres raisons peuvent contribuer à ne pas voir ce travail de lien. La première repose sur une conception du travail comme action programmable: Reconnaître le travail d'ajustement réalisé par les cadres de santé revient à admettre une efficacité puisant à d'autres sources qu'une programmation anticipée du travail et une gestion des risques. Lorsque cette activité de mise en cohérence est admise et reconnue, la tentation serait de la mettre au crédit d'un manque de prévision ou d'attention. Or, c'est ne pas vouloir admettre, de manière peut être parfois sincère mais d'autre fois plus stratégique, « ce réel incommode », qui résiste. C'est de la part des supérieurs, ne pas reconnaître que les catégories du dessous, notamment les cadres, sont capables d'initiative, de création. Mais cela supposerait d'admettre la nature de cette efficacité et d'accepter que tout ne soit pas maîtrisable par anticipation¹⁸. Or toute situation suppose des choix et des prises de décisions dans le cours d'action, que seuls peuvent accomplir ceux qui sont impliqués dans la situation. Par ailleurs ce travail de lien a des effets multiples et des conséquences ambiguës dans plusieurs domaines.

La gestion des personnes : une activité ambiguë entre soutien et pression

Les cadres assurent une pression sur les personnels pour que le travail soit effectué. Cette pression est d'autant plus délicate à opérer que le climat social est tendu. Ils doivent faire accepter aux agents de décaler leur travail, de faire certaines tâches plus tôt ou plus tard, de se débrouiller pour les réaliser un peu plus vite. Ils exigent d'eux qu'ils se préoccupent des conditions de sortie du malade dès son entrée, et qu'ils le notent sur le dossier de soins. Ils tentent d'introduire une meilleure adéquation entre l'activité et le nombre des personnels, leur demandant de s'organiser pour prendre des congés si l'activité baisse. De cela il résulte que

¹⁸ Clot (Yves), *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF, 1999.

les temps morts de travail et les moments où l'activité est moins intense disparaissent, si bien que les périodes dans l'année où les équipes peuvent se ressourcer un peu du fait d'une activité moindre ont disparu. Les efforts attendus peuvent être consécutifs à une augmentation de la charge de travail mais aussi à une reconfiguration des pratiques soignantes. De nouvelles exigences sont imposées dans le but d'une harmonisation des modes opératoires ou de la traçabilité du travail de soins : formatage des transmissions, mise en procédure de l'accueil qui accélère les civilités, mise en place de plans d'actions pour entrer le plus rapidement possible dans l'élaboration du diagnostic et de la réponse thérapeutique.

Sur le plan de l'accompagnement des personnels, ils tentent dans le même temps de maintenir de la subjectivité dans un milieu dans lequel pénètre de plus en plus de standardisation du travail. Les cadres essaient aussi d'assouplir les exigences tout en gardant pour objectif une sécurité minimum pour les personnes soignées. Ils assurent, au quotidien, un travail de soutien des personnes ou des groupes, ainsi ils permettent au personnel de s'engager dans le travail avec des exigences d'investissement croissantes pour chacun. Ils sont d'autant plus vigilants que l'équilibre des équipes est précaire. L'absentéisme est déjà important, son augmentation rend la coordination du travail encore plus délicate, alors ils se montrent prévenants avec les personnels en poste, ils font attention que les nouveaux personnels embauchés n'aient pas envie d'aller postuler ailleurs, ils mettent tout en œuvre pour les retenir ce qui n'est pas toujours facile compte tenu de la pénurie d'infirmières sur le marché. Ils se soucient de la satisfaction des nouveaux personnels, mais ils sont aussi vigilants aux agents plus anciens dont la situation personnelle est précaire tant sur le plan psychologique que financier. Ils font aussi attention aux professionnels confirmés dont l'expérience est précieuse dans un contexte de renouvellement important des équipes. Ils tentent d'apporter de la reconnaissance symbolique et du soutien, ils le font d'autant plus que les exigences du travail au niveau des équipes augmentent. Les cadres apportent une aide pour que le personnel puisse tenir et durer dans le travail quotidien. Elle se traduit par une écoute au cas par cas des problèmes professionnels mais aussi par une attention aux problèmes personnels, par des manifestations de reconnaissance à chacun en fonction de sa contribution qui est évaluée à l'aune des résultats obtenus, mais aussi de l'effort consenti. Pour faire face, les cadres trouvent des personnes pour faire le travail dans un souci de sécurité des soins malgré le taux d'absentéisme important. Les personnels en poste les poussent indirectement à faire pression sur les agents en congé pour venir travailler en dehors du planning prévu. La finalité de cette gestion n'est pas pour les cadres d'augmenter l'intensité du travail mais de ce turn over rapide il s'ensuit néanmoins une activité de soins complexe et aux cadences accélérées. L'action des

cadres aboutit à accroître le rythme des soins tout en sachant que ce n'est pas le but qu'ils recherchent mais la conséquence du travail qu'ils effectuent.

Une activité clinique problématique

La relation aux malades est centrée sur le déroulement de la trajectoire telle qu'elle a été programmée. Le but devient de s'assurer que les soins sont réalisés mais aussi que le patient a bien intégré sa date de départ de l'hôpital et ses possibilités de prise en charge à sa sortie soit qu'il soit autonome, soit qu'il retrouve son environnement familial, social ou un autre réseau de soins. Les connaissances des cadres de santé sur les malades, y compris leurs connaissances médicales, sont orientées afin de faire rentrer les patients dans des trajectoires et dans des prises en charge type définies par l'institution. Les questions au personnel concernant les malades visent à vérifier qu'il n'y a pas de perturbation à la trajectoire des malades et le cas échéant à repérer la survenue d'une modification de celle-ci. Il s'agit aussi parfois de trouver des stratégies pour trouver des placements de malades à l'extérieur, face à des familles qui ne trouvent pas de solutions ou développent de leur côté des stratégies pour prolonger les hospitalisations. Les personnes de l'entourage peuvent chercher à se sécuriser en prolongeant un peu la surveillance médicalisée à l'hôpital. Elles peuvent aussi espérer récupérer un peu de l'épuisement lié à une prise en charge au long cours. Elles peuvent aussi escompter une atténuation de la charge financière, moins importante pour un malade à l'hôpital que dans des structures de long séjour par exemple. A travers le tour des malades mais plus largement dans le travail quotidien des cadres il apparaît que les savoirs médicaux, sociaux et organisationnels sont mêlés. L'industrialisation des process de soin et la normalisation des trajectoires font intervenir d'autres normes que les normes médicales.

Alors les cadres orientent tout le monde : les professionnels mais aussi les malades vers le fonctionnement de la machine hospitalière. En quelque sorte les cadres de santé ne travaillent plus pour la médecine ni pour les malades : ils travaillent pour un système abstrait qui fait entrer de plain-pied les collectifs et le travail médical et soignant dans la rationalité de l'hôpital. Leur chef n'est pas un donneur d'ordre, les contraintes viennent de la technostructure. Ils font tenir un système sans trop savoir d'où tombent les règles. Leur travail n'est plus contraint seulement par la médecine mais aussi par le fonctionnement de la machine hospitalière lui-même défini par un mode de gestion. Il s'agit de faire rentrer le patient dans un chemin qui comporte un rythme, de construire un patient plus adapté dont la contre-figure serait le malade hors norme, déviant. Le travail en direction du patient a pour objectif de le faire s'aligner dans des trajectoires et rentrer dans des processus. Le but n'est plus de faire

entrer le malade dans le champ de la médecine mais dans celui de l'organisation du système de santé à partir de l'hôpital comme pivot de ce recentrage.

Conclusion

Si l'activité d'articulation assurée par les cadres est une activité traditionnelle il apparaît qu'aujourd'hui elle se déploie dans des directions très différentes. Il y a passage d'une fonction de surveillance à une fonction de gestion dans un contexte de régulation par les coûts, de management par objectifs, de rationalisation de la prise en charge des malades. L'exercice n'est plus tant dans l'encadrement que dans la gestion de contradictions qui deviennent de plus en plus paradoxales. Une organisation de plus en plus réticulaire nécessite la mise en œuvre d'interfaces entre médecins, infirmiers, aides-soignants autres personnels paramédicaux, malades, services logistiques, autres services de soins, services sociaux etc.. Une partie du travail des cadres de santé ne porte pas directement sur l'activité soignante, même si, pour effectuer ce travail, les cadres de santé s'appuient, sans le dire, sur leurs propres compétences soignantes. C'est ainsi que les cadres de santé sont amenés à se positionner et à mettre en place des stratégies qui vont dépendre des situations, des alliances qu'ils peuvent créer, de leurs moyens propres. Ils vont donner une tonalité à la forme de management à travers le travail de coordination mis en œuvre. La configuration de ce travail de lien tient aux parties à lier sachant que ces parties sont devenues nombreuses, imbriquées. Quelles qu'en soient les modalités, opérationnelles ou formelles et plus bureaucratiques, ce travail contribue à des finalités entremêlées, superposées pas toujours convergentes qui contribuent vraisemblablement à alimenter l'interrogation des cadres sur l'élaboration d'un vivre ensemble efficace à l'hôpital aujourd'hui, efficace pour la satisfaction au travail des personnels et pour le service rendu aux malades.

Annexe

90 minutes dans une journée de travail ordinaire de cadre de santé :

10 h 55 : Le cadre s'arrête en salle de soins pour se laver les mains. Une infirmière en arrêt maladie est venue à la visite du médecin du travail et discute dans la salle de soins avec ses collègues infirmières en poste ce matin ; bref échange.

Il y aura un repas de service dans quinze jours. Le cadre demande si la fiche pour l'annonce du repas a été faite, une infirmière propose de s'en charger.

Appel téléphonique de l'élève infirmière malade, le cadre lui demande si elle a prévenu l'école.

Elle appelle trois fois le service voisin pour mutation de malade (sans succès, le numéro est occupé).

Une aide-soignante téléphone. Elle est au service des urgences avec son fils qui, suite à une chute, a un problème à l'épaule. Elle est arrêtée deux jours pour congé enfant malade à partir de cet après-midi.

Dans la salle de soins, une infirmière signale que le système informatique ne fonctionne pas, ce qui pose problème pour transmettre à la cuisine les commandes de repas des entrants; elle demande aux infirmières de téléphoner au service informatique pour réclamer un dépannage en urgence.

Elle se déplace dans le service à côté sur le même étage (elle n'a pu obtenir sa collègue par téléphone) pour connaître les mutations des malades ; elle les note sur un dossier.

Elle revient, dans le couloir elle interpelle une infirmière et lui demande l'état de la plaie d'un malade.

Elle éteint la lumière en passant devant la réserve.

11 h 15 : Elle va dans son bureau, ouvre son ordinateur. Elle examine le planning du personnel. IL n'y a pas de problème pour cet après-midi mais le lendemain l'effectif n'est pas suffisant. Elle essaie de joindre par téléphone le cadre supérieur (deux fois sans succès).

Elle prépare des documents pour aller voir le chirurgien dans son bureau.

Elle prépare également un dossier intitulé « bilan de fermeture de lits de l'été » qu'elle doit remettre au cadre supérieur.

Elle ouvre sa messagerie et téléphone en même temps pour joindre le cadre supérieur ; elle me précise : « ce qui m'agace c'est que l'on reçoit cinq fois les mêmes infos, il faut que je vérifie mais ça je l'ai déjà sorti hier, je crois ».

Elle se lève, vérifie dans un classeur, effectivement elle avait reçu la même information la veille en provenance d'un autre service.

11 h 25 : Elle valide les plannings des personnels sur informatique : une aide-soignante présente samedi matin a oublié de pointer. Elle me précise que cet agent revenait de congé annuel et avait oublié sa carte de pointage.

Elle rappelle le cadre supérieur. Ce dernier ne voit pas d'autre solution au manque de personnel que de modifier les horaires de l'aide-soignante arrivée ce matin, et à qui le cadre avait argumenté ce matin même la nécessité de ne pas faire un poste continu pour mieux s'intégrer. Cette aide-soignante prendra donc un poste en continu d'après midi à partir de demain.

11 h 35 : Elle descend voir le chirurgien dans son bureau situé deux étages en dessous. Au passage elle salue les secrétaires.

Elle présente au chirurgien pour signature les feuilles de stage des deux étudiants en médecine.

Elle lui parle de la mutation d'une malade qui ne s'est pas faite ce matin comme prévu, explique la situation, sa propre intervention, l'intervention du chef de clinique et l'incompréhension légitime de la malade. Le chef de service s'indigne, il décide d'appeler son confrère. Il demande à la secrétaire d'appeler le service devant accueillir la malade. Elle appelle et précise au professeur que le chef de clinique va lui parler. Il refuse et demande à parler à son homologue le chef de service. Elle obtient le chef de service. La situation est réglée en moins d'une minute par les deux chefs de service : la malade sera mutée dans les heures qui suivent, après son déjeuner.

Au retour, elle achète la carte téléphonique d'une malade qui ne reçoit pas de visites.

Retour au sein du service. Elle rencontre la diététicienne et l'informe qu'une malade dit ne pas manger parce qu'on lui sert tous les jours les mêmes aliments des pâtes, qu'elle n'aime pas. La diététicienne répond qu'elle va faire le nécessaire.

Un infirmier l'interrompt. Il vient de recevoir un appel téléphonique : la journée d'information prévue pour les nouveaux personnels (dont il fait partie) est reportée à une date non communiquée à ce jour. Il devait participer à cette journée, il faut donc revoir son planning.

Une infirmière doit partir en formation dans un colloque, elle demande des informations concernant sa prise en charge financière qui ne rentre pas dans la procédure classique. Le cadre ne les a pas, elle lui répond qu'elle va se renseigner.

Elle va voir la troisième infirmière en poste ce matin là pour lui donner les nouvelles consignes sur la malade qui sera finalement mutée.

Un accompagnant de malade entre dans la salle de soins et se plaint au cadre sur un ton « un peu excédé ». Le malade n'a pas été servi en boisson. Elle va le signaler aux aides-soignants à l'office, l'accompagnant le leur avait déjà dit. Elle regagne son bureau, appelle la nouvelle aide-soignante et lui demande de changer d'horaires le lendemain. En fait l'aide-soignante pourra faire l'horaire qu'elle souhaitait. Elle lui précise que cette modification est liée à l'absence de l'aide-soignante, en congé pour enfant malade.

12 h 30 : Elle se met en tenue de ville.

LA PREOCCUPATION DES CADRES DE SANTE ENTRE CLINIQUE ET ORGANISATION

Paule BOURRET

Qualifiée Maître de Conférences en Sociologie
Formatrice à l'Institut de Formation des Cadres de
Santé - CHRU de Montpellier

Paule BOURRET

Si je me réfère à la présentation qui est faite de toi sur le 4^{ème} de couverture de ton ouvrage intitulé "*Les cadres de santé à l'hôpital*" chez Seli Arslan, je peux dire que tu es infirmière, docteur en sociologie, cadre de santé formatrice à l'IFCS du CHRU de Montpellier et chargée de cours à l'Université Montpellier 3.

Cela fait plus de 20 ans que je te connais et 13 ans que nous évoluons ensemble comme collègues de travail !

Aussi je m'autorise à parler de la part invisible qui te caractérise au delà des titres !

Une éternelle étudiante au sens de professionnelle toujours en quête de connaissances, sans cesse en questionnement sur tous les sujets (ce qui est parfois fatigant !).

Un sujet t'anime particulièrement depuis de nombreuses années, c'est celui du métier de cadre objet de nombreuses observations et analyses de ta part, la plus importante étant celle réalisée pour ta thèse. En effet, cette recherche t'a amenée à suivre des cadres au quotidien, immergée comme une ethnologue pour décortiquer et comprendre ce qui caractérise le travail réel des cadres. Car tu défends l'idée selon laquelle on ne peut comprendre des pratiques pour agir autrement qu'à partir des situations réelles de travail.

Ainsi tes travaux montrent entre autres, cette part invisible du travail de cadre de santé qui contribue à éviter les dysfonctionnements, donne du sens en effectuant un travail de lien entre les équipes de soins et les malades mettant de la cohérence entre les actions éclatées.

C'est donc tout naturellement que je t'ai demandé de nous accompagner dans notre réflexion sur ce métier, dont la reconnaissance de son utilité sociale n'est pas si évidente, y compris par les cadres eux-mêmes ; ou plus exactement cette reconnaissance ne se situe pas à l'endroit où on pense qu'elle devrait être, c'est-à-dire légitimement au niveau de la clinique. Pour le dire plus simplement il existe une inquiétude, une insatisfaction à constater, aujourd'hui, que les activités des cadres de santé ont une visée plus organisationnelle que clinique en ayant le souci des malades.

Que pouvons-nous comprendre de cela afin de porter un autre regard et peut-être agir autrement ?

Marie-Paule VALEIX

La préoccupation des cadres de santé entre clinique et organisation

Dans la plaquette de présentation des journées le comité d'organisation relevait les interrogations exprimées par certains d'entre vous à l'occasion des journées 2006 notamment la crainte d'assister à un déplacement du métier de cadre de santé vers de nouvelles activités de gestion au détriment de la clinique c'est à dire tout ce qui est au service et en rapport avec les soins au malade. Ces craintes je les ai perçues hier à travers les témoignages des cadres et lors de vos différentes interventions. A l'origine, l'activité clinique vient du grec *kliné* le lit, elle est relative au médecin qui au chevet du patient observe les manifestations de sa maladie et les réactions du malade en même temps qu'il l'interroge et l'écoute. Michel Foucault dans une étude célèbre a retracé une approche historique de la clinique. C'est donc sous cet angle là, celui du souci des malades et de leur famille de la part des cadres que je parlerai ce matin avec l'idée qu'avoir le souci de l'autre c'est tenir compte de l'autre.

En fait, cette exigence faite aux cadres de santé de faire tenir ensemble une logique administrative et une logique clinique n'est pas nouvelle. Elle existe depuis qu'il y a des surveillantes ou appellation récente des cadres de santé dans les hôpitaux c'est à dire depuis toujours. C'est d'ailleurs la raison d'être du métier de cadre que de faire tenir des logiques différentes, de créer du lien. Ceci est vrai pour les cadres de santé à l'hôpital mais c'est vrai pour tous les cadres, il leur incombe de faire tenir ensemble des logiques diverses et pour faire bref disons d'être des passeurs entre la base et le sommet d'une organisation. S'il est légitime que les cadres de santé contribuent à l'articulation entre ces deux mondes gestion et clinique *la question que l'on peut se poser est de savoir si aujourd'hui les cadres arrivent à maintenir une perspective soignante, une perspective clinique ?* Bien-sûr cela dépend des cadres, de leur situation de travail et des objectifs qu'ils se donnent. Il existe vraisemblablement autant de manières de faire son métier de cadre de santé que de cadres. La réponse est aussi liée à la fonction de celui qui pose la question.

Le propos que je vais tenir va s'articuler en 3 points. En premier lieu je ferai un constat sur les situations de travail des cadres de santé de manière générale et sur ce point je m'emploierai à montrer la nécessité de porter un regard renouvelé sur les situations parce que les mutations du travail sont importantes et que nos grilles de lecture habituelles peuvent nous leurrer. En deuxième point j'aborderai la position des cadres vis à vis de la clinique. Peut-on parler d'un abandon de la clinique ? En troisième point quelles sont les perspectives parce que si nous cherchons à comprendre le monde c'est pour le changer.

En préambule, je souhaite préciser que mes propos sont tirés d'une enquête que je viens de réaliser dans le cadre d'une thèse de sociologie sur le travail des cadres de santé à l'hôpital. Il est possible de s'intéresser aux cadres de santé de multiples façons, par exemple à leur identité, à la représentation de leur métier, au retentissement des nouvelles organisations comme la mise en place de pôles, à leur travail pour mettre en place des projets. Pour ma part, je me suis intéressée au travail réel des cadres de santé. Des disciplines qui étudient le travail comme la sociologie, l'ergonomie, la psychodynamique du travail distinguent le travail prescrit et le travail réel. Le travail prescrit c'est l'ensemble des normes, des procédures, des référentiels, des règles formalisées par des experts, elles sont définies pour des situations moyennes standardisées. Ces disciplines ont montré qu'il ne suffit pas d'appliquer les consignes pour obtenir un résultat en situation réelle de travail ; il faut

un travail supplémentaire qui exige à chaque instant une mobilisation de soi. Il existe donc un écart non pathologique entre le travail prescrit et le travail réel. Même dans des univers taylorisés la performance n'est obtenue qu'au prix d'une contribution du travailleur qui dépasse la simple exécution des consignes. Je me suis donc intéressée à tout ce que font les cadres au quotidien mais qui ne se dit pas forcément, non pas pour le cacher mais parce que personne ne s'y intéresse. Parfois la personne n'est pas à même de dire son travail tant ses compétences sont incorporées. Il y a des actions que l'on fait et que l'on fait bien parce que l'on a du métier et de cela on ne s'en rend même plus compte. En entrant dans une salle de soins où se trouvent des professionnels, avant même que quelqu'un ait pris la parole, un cadre de santé sent si cela va bien ou pas dans le service.

Je me suis intéressée au travail lors de son accomplissement c'est à dire à tout ce qui est à faire pour atteindre les résultats. A première vue on pourrait penser que ce travail réel est connu, en effet ces dernières années on a beaucoup écrit et discuté sur le travail à travers les fiches métiers mais ces outils qui ont leur intérêt ne rendent pas compte de ce qui se passe vraiment et même dans certains cas ils peuvent contribuer à le masquer en donnant l'illusion qu'ils en rendent compte.

J'ai un peu repéré ce travail réel des cadres de santé lors de mes activités de formatrice à l'IFCS, J'ai montré dans mon livre et je ne vais pas m'y étendre ici combien il n'est pas toujours évident d'aborder cette question du travail réel dans un IFCS. J'ai donc réalisé une observation ethnographique du travail des cadres de santé. Après avoir discuté avec elles du dispositif de recherche j'ai observé le travail au quotidien de deux cadres de santé. Pendant 9 mois, plusieurs jours par mois je les ai suivies *comme leur chignon*. J'arrivais comme elles le matin et le soir je quittais l'hôpital en même temps qu'elles et je notais tout ce qu'elles faisaient. A midi, je prenais mes repas avec elles et les collègues avec qui elles avaient l'habitude de déjeuner. J'ai pu concrètement observer toutes leurs activités à l'exception des entretiens d'évaluation du personnel auxquels j'ai choisi de ne pas assister ; une seule fois une malade qui me connaissait a demandé au cadre de la voir en dehors de ma présence ; elle souhaitait lui remettre une enveloppe cadeau pour remercier l'équipe. Au bout de quelques mois j'étais connue des équipes et les cadres s'étaient habituées à ma présence. Elles ont accepté de porter un micro cravate si bien que tous leurs propos pendant le travail et sur le travail ont été enregistrés et ces enregistrements ont été retranscrits intégralement. Ces deux cadres exerçaient en CHU et en secteur médecine chirurgie. Les résultats de cette étude sont à nuancer par rapport aux secteurs de gériatrie, psychiatrie ou encore par rapport à des hôpitaux de plus petite taille. Cependant il existe sûrement des tendances que l'on retrouve quel que soit le secteur d'activité psychiatrie etc. ou encore quel que soit le métier d'origine des cadres de santé masseur kinésithérapeute, technicien de laboratoire, manipulateur d'électro radiologie je ne vais pas citer les 14 professions paramédicales concernées et il y a sûrement aussi des évolutions que l'on peut observer dans l'activité de tout cadre y compris en dehors des établissements de santé.

J'imagine que certains se disent observer le travail de deux cadres est-ce suffisant ? Une observation telle que je viens de la décrire avec temps d'observation et temps de retranscriptions occupe à temps plein pendant plusieurs mois ce qui ne permet pas d'enquêter sur de nombreux terrains. Ce qui est impératif dans ce type de recherche n'est pas de multiplier les cas observés mais de regarder le travail de près et du point de vue de celui qui le fait..

1 Les situations de travail des cadres de santé aujourd'hui.

Le discours social sur ce que devraient faire les cadres de santé est assez bavard. Beaucoup de gens ont une idée sur la manière dont vous devriez vous y prendre pour faire votre travail avec sous-entendu l'idée que la manière dont les cadres s'y prennent n'est pas la bonne. Beaucoup de personnes médecins, gestionnaires, infirmiers s'accordent pour dire que votre travail est très important la plupart ne terminent pas leur phrase. Votre travail est important ils ne précisent pas pour faire quoi car sur ce dernier point ils ne seraient vraisemblablement plus d'accord.

Quelques points de vues relevés dans les discours communs sur le travail clinique des cadres, *"on ne les voit plus, ils sont toujours en réunion ils ne rentrent plus dans les chambres, ils ne vont pas à la visite, les cadres ne connaissent plus les malades. On leur dit un nom de malade ils ne savent même pas s'il est dans leur service"*. Ces constats on les retrouve dans certains ouvrages notamment des témoignages de médecins ou encore dans la presse nationale et je pense en particulier à des articles qui sont parus après le drame qui a coûté la vie à une infirmière et une aide soignante à Pau en janvier 2005.

Quant aux cadres ils disent parfois je n'ai pas arrêté de toute la journée et je me demande ce que j'ai fait. L'on pourrait résumer leurs propos : *« ce que j'ai à faire m'empêche de faire ce que je voudrais faire »*.

Premier constat cette vision péjorative du travail des cadres est assez banale on la retrouve dans des études réalisées dans différents secteurs qu'il s'agisse des fonctions publiques territoriales ou encore de la poste, la banque, les transports, les cadres de première ligne quel que soit le secteur où ils travaillent ne seraient pas à la hauteur, ils ne seraient pas les encadrants qu'ils devraient être. Bien sûr cette quasi-unanimité est suspecte; elle est à analyser et à décoder.

Qu'est-ce qui caractérise ces critiques elles imputent les dysfonctionnements à un déficit personnel (le cadre ne sait pas s'y prendre). Cette critique a pour avantage d'exonérer celui qui porte le jugement de toute responsabilité dans la situation ; dit autrement version négative elle rend la personne seule responsable des insuffisances, version positive la personne est capable à elle seule de résoudre et dépasser les difficultés.

Ces critiques dans le même temps disent ce que doivent faire les cadres, elles préconisent la solution.

Dans ce premier point, je voudrais montrer que ces solutions ont été valables dans certaines situations de travail quelques années en arrière mais qu'aujourd'hui elles ne marchent plus car elles répondent à des situations de travail qui n'existent plus et je voudrais prendre quelques exemples avant de dégager 3 caractéristiques sur les mutations du travail.

Les plus anciens dans cette salle ont connu la visite du malade, la grande visite avec un grand patron, les malades dans leur lit en tenue c'est à dire en pyjama voire en chemise d'hôpital, le dossier du malade au pied du lit avec l'ensemble des examens para cliniques récupérés et classés. Lors de mes observations j'ai pu constater que compte tenu de la brièveté des durées de séjour, certains malades ne sont pas connus et ne connaissent pas les professionnels, ni le cadre. J'ai pu noter aussi que lors du tour des malades, certains jours, plus de la moitié des malades n'étaient pas dans leur lit ni dans leurs chambres. Les séjours des malades comportent le maximum d'exams para cliniques ou de consultations dans un minimum de temps, les malades passent donc de moins en moins de temps dans leur lit pendant leur séjour.

De plus on sait que leur durée de séjour a considérablement diminué mais ces chiffres de DMS ne rendent pas compte de la situation réelle. Les séjours des malades sont organisés de telle manière que les malades se déplacent au cours de leur hospitalisation d'un service à un autre, du service vers le bloc opératoire puis vers des secteurs de réanimation, de réveil ou d'autres secteurs. Je me souviens de ce malade racontant au cadre le jour de son départ qu'il avait fait un long séjour à l'hôpital : 18 jours et avait dormi dans 8 lits différents. Les visites ont parfois lieu pour une part en dehors de la présence du malade, on parle de lui et sur lui à distance dans un bureau devant un écran d'ordinateur ou arrivent des résultats d'examen, on échange des points de vue le concernant, on lit des écrits. On pourrait encore rajouter que dans beaucoup de services il n'y a plus un seul médecin qui est directeur de la trajectoire d'un malade et coordonne toutes les décisions thérapeutiques. Un malade peut avoir affaire à plusieurs spécialistes qui s'occuperont de lui à des moments différents.

Autre changement le choix politique de faire disparaître la clinique médicale de la formation de cadres de santé. Cette volonté n'est pas toujours affichée clairement et pourtant elle est très marquée. Il y a eu 4 programmes de formation des cadres de santé. Un premier en 1958, un second en 1966, un autre en 1975 qu'un certain nombre d'entre vous ont connu et enfin le programme de 1995 qui nous régit aujourd'hui. Quelques chiffres révèlent une évolution cohérente : les connaissances techniques et médico-chirurgicales sont d'une durée de 100 heures dans les deux premiers programmes des formations de 1958 et 1966. En 1975, elles diminuent à 90 heures et aujourd'hui il n'y en a plus. Lors de l'examen final, le poids des disciplines médico-chirurgicales diminue progressivement 30 points sur 80 en 58, 20 points en 66, 10 points en 75 en 95 elles ne sont plus évaluées.

Les renouvellements des programmes de formation des cadres sont liés à de nouvelles attentes en matière de gestion et de management et depuis 1995 les connaissances médico-chirurgicales sont supprimées officiellement au niveau du concours d'entrée en institut de formation. En 1975, dans le bilan d'activité réalisé par la directrice de l'école de cadres du CHU de Montpellier et concernant les 73 candidats inscrits à l'année préparatoire 1974-1975 on peut lire : « *Les notes obtenues à l'épreuve de médecine sont exagérément basses et témoignent de lacunes graves. L'intérêt d'une rotation du personnel soignant dans les disciplines généralistes est posé* ». Aujourd'hui, la question de la rotation des futurs cadres n'est plus posée, lorsqu'elle est possible elle est exigée par les directeurs de soins mais elle n'a plus pour but le développement des connaissances médico-chirurgicales. Le terme de rotation utilisé en 1975 a d'ailleurs été banni du vocabulaire, il est remplacé par des termes managériaux ayant une connotation *a priori* positive et valorisante : « la polyvalence », « la mobilité ». Sur les diplômes remis à partir de 1996 le métier d'origine ne figure plus dans l'intitulé du diplôme mais sous forme de mention. Cette tendance n'est pas spécifique au monde hospitalier et se retrouve pour tous les cadres dans tous les secteurs d'activité. Je pourrai encore multiplier les exemples et montrer qu'aujourd'hui l'affectation des cadres n'est plus liée à leurs compétences médico chirurgicales mais à des compétences liées au management et à la gestion même si les personnels les attendent et les jugent sur ces compétences cliniques. Le travail, la place des personnes et notamment des cadres dans la division sociale du travail ont considérablement évolué.

Cette question du changement des situations de travail n'est pas facile à expliciter, de manière générale les personnes interrogées à ce sujet ont le sentiment qu'effectivement leur travail a changé mais il leur est difficile de dire ce qui concrètement a changé. On peut résumer ces perceptions des mutations du travail par quelques caractéristiques. J'en retiendrai trois. D'abord l'intensification de l'activité. La pression temporelle s'accroît. Cela signifie que dans son travail il faut faire plus. Non seulement il faut faire plus vite les tâches que l'on a à faire, mais aussi il faut réaliser plusieurs tâches en même temps, avoir plusieurs objectifs et plusieurs préoccupations en tête au même moment, ou encore que les temps passés à se relâcher un peu, les pots et les pauses, disparaissent. La conséquence de tout cela c'est que quel que soit le poste que l'on occupe, il faut plus d'énergie mais aussi plus d'attention, de vigilance en bref il faut une plus grande mobilisation de soi pour réaliser son travail.

Deuxième remarque outre l'intensification du travail, c'est l'idée que le travail a changé mais on peut difficilement identifier une décision majeure qui aurait entraîné ce changement. Dans votre expérience vous avez pu vivre des restructurations de services. Bien-sûr ces regroupements ont changé votre travail, mais au-delà de ces situations de modifications de structures, le travail quotidien change le plus souvent sans qu'il n'y ait aucune mesure spectaculaire à l'origine de ce changement. Ces évolutions du travail résultent le plus souvent d'une accumulation de petites modifications, par touches successives progressivement, subrepticement. Le changement du travail résulte donc de décisions multiples et cumulées. Ce qu'il faut noter c'est que ces décisions viennent de partout et parfois de très loin. Autrefois les services avaient une latitude dans l'organisation du travail soignant et du travail tout court (les plus anciennes dans cette salle se souviennent qu'elles organisaient leurs boîtes à pansements, leurs tambours de compresses...), aujourd'hui la dépendance du service est accrue à l'égard de l'ensemble de l'hôpital et cela reconfigure le travail dans les unités de soins. La dépendance du service peut être vis à vis de son institution mais elle peut être vis à vis d'autres établissements et notamment dans les petites structures avec partage entre établissements de plateaux techniques, de chaînes de distribution des repas, de services de lingerie. Mais aujourd'hui, le travail soignant est aussi dépendant d'autres secteurs d'activité que ceux de la santé et de la médecine, par exemple il dépend des groupes industriels fabriquant des produits ou des machines, des règles de marchés publics ou autres édictées très loin. Ce qui reconfigure le travail d'un cadre de proximité et jusqu'au geste d'un soignant peut relever d'une décision prise dans un groupe industriel ou économique quelque part en Europe ou dans le monde. Toutes ces nouvelles contraintes arrivent vers vous cadre, de manière presque anodine dans votre messagerie, tout le travail de tri ou de mise en œuvre immédiate vous incombant. Elles arrivent d'origines très diverses et elles concernent des sujets très variés, les produits médicamenteux, les procédures de travail, les contraintes liées à de nouveaux fournisseurs, le vaccin antigrippal du personnel pour lequel on a pensé aux cadres de santé pour la gestion ou encore les pigeons pour lesquels on demande aux cadres de santé de veiller à ce qu'ils ne soient pas nourris par les malades hospitalisés. Ces nouvelles contraintes ne viennent pas de son chef avec qui on pourrait discuter ou éventuellement contre qui on pourrait s'insurger. L'ordre n'est plus imposé d'en haut. Tout ceci se passe en apparence sans plan d'ensemble coordonné, chacune des décisions a pu être prise ou transmise par un service particulier la logistique, les ressources humaines, le service qualité, la technostrucure parfois dans l'ignorance de ce qui se décidait ou

se transmettait à partir du service à côté. Si l'on ne fait pas attention on peut croire que le travail n'a pas vraiment changé. A regarder de près, ces petites modifications cumulées finissent par transformer radicalement les situations de travail.

Enfin troisième et dernière caractéristique : le paradoxe de ces mutations du travail ; elles sont dans le même temps vécues comme des améliorations pour les malades et pour les équipes et aussi comme générant un travail de plus en plus dur, difficile à vivre. Cet apparent paradoxe se retrouve dans tous les secteurs de travail qu'il s'agisse des secteurs de la production de biens ou de services. C'est un peu comme si une série de décisions en apparence inoffensives et certaines jugées bénéfiques avaient réussi à produire une situation de travail surprenante parfois difficile à vivre, dégradée comme l'on dit aujourd'hui. Donc, en résumé une intensification du travail, un processus de changement constitué de micro changements qui génèrent des bouleversements très significatifs pour l'individu au travail et enfin une perception contrastée de ces évolutions.

2 Que font les cadres de santé au quotidien dans ce nouveau contexte de travail ?

Ne sont-ils pas détournés de la clinique et aspirés par le fonctionnement de l'organisation ?

90 minutes dans une journée de travail ordinaire de cadre :

10 h 55 : Le cadre s'arrête en salle de soins pour se laver les mains. Une infirmière en arrêt maladie est venue à la visite du médecin du travail et discute dans la salle de soins avec ses collègues infirmières en poste ce matin ; bref échange.

Il y aura un repas de service dans quinze jours. Le cadre demande si la fiche pour l'annonce du repas a été faite, une infirmière propose de s'en charger.

Appel téléphonique de l'élève infirmière malade, le cadre lui demande si elle a prévenu l'école.

Elle appelle trois fois le service voisin pour mutation de malade (sans succès, le numéro est occupé).

Une aide-soignante téléphone. Elle est au service des urgences avec son fils qui, suite à une chute, a un problème à l'épaule. Elle est arrêtée deux jours pour congé enfant malade à partir de cet après-midi.

Dans la salle de soins, une infirmière signale que le système informatique ne fonctionne pas, ce qui pose problème pour transmettre à la cuisine les commandes de repas des entrants ; elle demande aux infirmières de téléphoner au service informatique pour réclamer un dépannage en urgence.

Elle se déplace dans le service à côté sur le même étage (elle n'a pu obtenir sa collègue par téléphone) pour connaître les mutations des malades ; elle les note sur un dossier.

Elle revient, dans le couloir elle interpelle une infirmière et lui demande l'état de la plaie d'un malade.

Elle éteint la lumière en passant devant la réserve.

11 h 15 : Elle va dans son bureau, ouvre son ordinateur. Elle examine le planning du personnel. IL n'y a pas de problème pour cet après-midi mais le lendemain l'effectif n'est pas suffisant. Elle essaie de joindre par téléphone le cadre supérieur (deux fois sans succès).

Elle prépare des documents pour aller voir le chirurgien dans son bureau.

Elle prépare également un dossier intitulé « bilan de fermeture de lits de l'été » qu'elle doit remettre au cadre supérieur.

Elle ouvre sa messagerie et téléphone en même temps pour joindre le cadre supérieur ; elle me précise : « ce qui m'agace c'est que l'on reçoit cinq fois les mêmes infos, il faut que je vérifie mais ça je l'ai déjà sorti hier, je crois ». Elle se lève, vérifie dans un classeur, effectivement elle avait reçu la même information la veille en provenance d'un autre service.

11 h 25 : Elle valide les plannings des personnels sur informatique : une aide-soignante présente samedi matin a oublié de pointer. Elle me précise que cet agent revenait de congé annuel et avait oublié sa carte de pointage.

Elle rappelle le cadre supérieur. Ce dernier ne voit pas d'autre solution au manque de personnel que de modifier les horaires de l'aide-soignante arrivée ce matin, et à qui le cadre avait argumenté ce matin même la nécessité de ne pas faire un poste continu pour mieux s'intégrer. Cette aide-soignante prendra donc un poste en continu d'après midi à partir de demain.

11 h 35 : Elle descend voir le chirurgien dans son bureau situé deux étages en dessous. Au passage elle salue les secrétaires.

Elle présente au chirurgien pour signature les feuilles de stage des deux étudiants en médecine.

Elle lui parle de la mutation d'une malade qui ne s'est pas faite ce matin comme prévu, explique la situation, sa propre intervention, l'intervention du chef de clinique et l'incompréhension légitime de la malade. Le chef de service s'indigne, il décide d'appeler son confrère. Il demande à la secrétaire d'appeler le service devant accueillir la malade. Elle appelle et précise au professeur que le chef de clinique va lui parler. Il refuse et demande à parler à son homologue le chef de service. Elle obtient le chef de service. La situation est réglée en moins d'une minute par les deux chefs de service : la malade sera mutée dans les heures qui suivent, après son déjeuner.

Au retour, elle achète la carte téléphonique d'une malade qui ne reçoit pas de visites.

Retour au sein du service. Elle rencontre la diététicienne et l'informe qu'une malade dit ne pas manger parce qu'on lui sert tous les jours les mêmes aliments des pâtes, qu'elle n'aime pas. La diététicienne répond qu'elle va faire le nécessaire.

Un infirmier l'interrompt. Il vient de recevoir un appel téléphonique : la journée d'information prévue pour les nouveaux personnels (dont il fait partie) est reportée à une date non communiquée à ce jour. Il devait participer à cette journée, il faut donc revoir son planning.

Une infirmière doit partir en formation dans un colloque, elle demande des informations concernant sa prise en charge financière qui ne rentre pas dans la procédure classique. Le cadre ne les a pas, elle lui répond qu'elle va se renseigner.

Elle va voir la troisième infirmière en poste ce matin là pour lui donner les nouvelles consignes sur la malade qui sera finalement mutée.

Un accompagnant de malade entre dans la salle de soins et se plaint au cadre sur un ton « un peu excédé ». Le malade n'a pas été servi en boisson. Elle va le signaler aux aides-soignants à l'office, l'accompagnant le leur avait déjà dit.

Elle regagne son bureau, appelle la nouvelle aide-soignante et lui demande de changer d'horaires le lendemain. En fait l'aide-soignante pourra faire l'horaire

qu'elle souhaitait. Elle lui précise que cette modification est liée à l'absence de l'aide-soignante, en congé pour enfant malade.

12 h 30 : *Elle se met en tenue de ville.*

Ce moment n'a rien d'exceptionnel, il met en évidence des aspects caractéristiques du travail des cadres de santé que vous connaissez bien : un travail continu pour assurer du lien, maintenir de la cohérence et ceci au travers d'activités hachées, séquentielles dans le désordre avec une série d'opérations dont aucune n'est ni la fin ni le début d'une autre. Les cadres de santé passent d'une tâche à une autre, d'un lieu à un autre avec un engagement et une centration immédiate sur le problème posé qui semble aller de soi pour tous ceux qui l'interpellent.

Les cadres aujourd'hui assument deux activités très consommatrices de leur temps. En premier lieu ils cherchent des lits pour faire entrer et sortir les malades de l'hôpital, deuxièmement ils cherchent du personnel pour effectuer le travail. Il ne s'agit plus seulement de faire ou superviser des plannings mais de trouver la bonne personne une infirmière pour remplacer une infirmière, une aide soignante pour remplacer une aide soignante... et ceci au pied levé pour essayer de faire tourner le service malgré tout.

Mes observations m'ont permis de repérer un troisième type d'activité de lien tout aussi invisible que les précédentes et que je qualifierai de rattrapage. Cette activité de rattrapage recouvre tout le travail que les cadres sont amenés à faire pour que l'activité du service puisse se poursuivre, tout ce qu'ils mettent en œuvre pour réparer des oublis, des erreurs, des situations jugées incohérentes. Cette activité consiste à arranger les choses tantôt dans l'intérêt du malade, tantôt dans l'intérêt de l'équipe soignante, tantôt dans l'intérêt de l'hôpital et du bien commun, Ce rattrapage consiste à éviter des dysfonctionnements par exemple un mauvais enchaînement des actions de soins fragilisé par la pression temporelle ; le moindre retard ou aléa retentit en cascade sur le travail de personnels de plus en plus nombreux et qui exercent dans des espaces éclatés. Les cadres de santé articulent des actions prédéfinies en dehors des services de soins selon des process de travail industriel. Ils rattrapent des situations qui sont entrain d'échouer ou de se dégrader. Ils amortissent les rigidités du cadre de travail chacun à sa façon avec ses ressources et son style : hier matin Stella Chillault témoignait " *Sans minimiser la prescription institutionnelle je n'en exagère jamais la portée; plus la prescription est directe plus je la mène en douceur comme ce fut le cas par exemple pour la mise en place d'un nouveau logiciel*" dit-elle. Vous essayez d'éviter une cristallisation du mécontentement des membres de l'équipe soignante ou médicale en cas de tensions. Ce travail est le plus souvent invisible, pas vu ou mal vu au sens propre et aussi au sens figuré.

De manière quelque peu paradoxale, cette activité de rattrapage peut découler de la rationalisation du travail. Cette rationalisation de l'activité avec mise en place de process industriels a débuté à l'hôpital dans les années 1980, aujourd'hui elle s'étend à l'ensemble des prestations. Ce ne sont plus seulement les services de restauration ou de buanderie qui sont concernés, désormais la rationalisation reconfigure les actes de soins. Mais cette rationalisation ne supprime jamais complètement tout le travail des hommes. Dans certains cas, la charge de travail est réduite au niveau des services producteurs mais elle peut être transférée en amont ou en aval. Le client peut être amené à l'assumer. Si l'on prend des exemples à l'extérieur de l'hôpital, au guichet de la banque par exemple, des opérateurs sont remplacés par des

automates que les clients doivent faire fonctionner : opérations d'enregistrement des retraits et dépôts d'argent, enregistrement des codes et des numéros de chèque, de compte bancaire.... De même, certaines chaînes hôtelières peuvent fonctionner avec une présence humaine réduite *a minima*, sous réserve de servir une clientèle capable de gérer les réservations, le paiement de la chambre.... Cette rationalisation exporte aux deux bouts de la chaîne un travail qui nécessite des compétences sociales. Il faut savoir lire, utiliser des machines, suivre des instructions à un rythme imposé, rentrer des données, composer des codes, être familiarisé avec des modes opératoires, accéder à l'automate, utiliser des touches, valider des opérations..... A l'hôpital, cette rationalisation exporte des tâches vers les malades : rentrer des numéros de code pour téléphoner, renseigner des outils, prendre des mesures pour ne pas révéler son code secret. Or, les patients ne sont pas tous en mesure d'utiliser ces dispositifs, soit en raison d'un déficit de compétences lié à leur état de malade, soit en raison d'une inadaptation liée à la complexification du processus en milieu hospitalier. Ils peuvent être capables d'utiliser les appareils dans des situations quotidiennes mais, du fait de l'extrême rationalisation des processus, avec des effets d'échelle, le dispositif devient inutilisable pour eux en milieu hospitalier, car il devient trop complexe. Téléphoner depuis une chambre de centre hospitalier universitaire suppose de mémoriser des codes très longs et d'exécuter des manipulations qui peuvent être difficiles pour certaines personnes. La tâche échoit alors au personnel soignant, en contact direct avec les malades ou au cadre.

D'une part donc, dans une organisation qui se rationalise et établit des rapports de type industriel il reste des objets à gérer de manière domestique, d'autre part la rationalisation ne supprime pas tout le travail, elle en exporte ; enfin quand les procédures échouent les personnels ne sont plus à même, le plus souvent, de débrouiller la situation, ils s'en réfèrent au cadre de santé. Cette activité de rattrapage est une des composantes de ce que Yves Clot nomme *«l'efficacité malgré tout»*. *«Ce travail d'ingéniosité compensatoire, cette sorte d'engagement professionnel pour faire ce qui doit être fait en dépit des obstacles inattendus générés par l'organisation elle-même, je l'identifierais volontiers comme la recherche d'une efficacité malgré tout ... circulant davantage dans les actes que dans les discours tenus sur eux ; cette efficacité malgré tout, est pourtant le principe d'équilibre de nombreuses situations de travail»*. Clot précise que beaucoup de dirigeants admettent mal une efficacité puisant à d'autres sources qu'une anticipation du travail. Lorsque cette activité de réparation est admise et reconnue, la tentation serait de la mettre au crédit d'un manque de prévision ou d'attention. Or, c'est ne pas vouloir admettre, de manière peut être parfois sincère mais d'autre fois plus stratégique, *«ce réel incommode»*, qui résiste. C'est de la part des supérieurs, ne pas reconnaître que les catégories du dessous, notamment les cadres, sont capables d'initiative, de création. Mais cela supposerait d'admettre la nature de cette efficacité et d'accepter que tout ne soit pas maîtrisable par anticipation. Or toute situation suppose des choix et des prises de décisions dans le cours d'action, que seuls peuvent accomplir ceux qui sont impliqués dans la situation, au moment où elle se déroule. Alors que devient l'activité clinique du cadre dans ce contexte ?

Le temps de travail du cadre de santé se trouve *«embolisé»*, pour utiliser une métaphore médicale, par cette activité de rattrapage. Une partie du travail du cadre de santé ne porte pas directement sur l'activité soignante même si pour effectuer ce travail les cadres s'appuient sans le dire sur leurs propres compétences soignantes. Ils sont occupés par des activités qui dès lors ne permettent plus de suivre de près le travail de soins.

Lorsque l'activité des cadres est liée plus directement aux soins ce nouveau contexte de travail permet-il une approche clinique quels que soient les efforts qu'ils déploient. J'ai évoqué tout à l'heure un moment de la journée du cadre. Lors de cette journée le cadre a fait le tour de tous les malades du service, le moment le plus long passé auprès d'une malade a été de 6 minutes. La clinique je l'ai dit en commençant suppose de tenir compte de l'autre, il a un nom, un prénom, une histoire, il existe donc dans sa singularité et sa différence et dans cette rencontre il y a coproduction de sens sur ce qui se passe. L'emploi du terme clinique dans le milieu de la santé ne garantit pas forcément cette démarche clinique et notamment dans l'appellation chemin clinique. Le chemin clinique constitue la planification d'un parcours type pour un groupe de patients définis, porteurs de la même pathologie ». Cette approche s'inspire du « case management » américain et du suivi systématique de clientèle canadien. Il s'agit d'un modèle de coordination des soins mis au point aux Etats Unis au cours des années 1990. Le but est d'améliorer la qualité de la prise en charge et certains malades ont pu bénéficier de cette approche ; il est aussi de rationaliser l'offre de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ce qui peut aussi s'admettre. Mais ce terme chemin clinique est parfois récupéré dans un sens qui évacue la dimension clinique au seul profit d'une démarche de gestion planifiée comme l'indique cet extrait du journal interne d'un hôpital. « Les chemins cliniques désignent des techniques destinées à améliorer la qualité de la prise en charge des groupes de patients. [...] La mise en place de ces outils fait suite au constat des défauts d'organisation. Le déroulement de certains séjours est, en effet, émaillé d'attentes indues pour les patients. C'est le cas de l'attente d'un transfert vers un lit de suite ou de rééducation après un court séjour (chaque jour, 70 lits de court séjour, en moyenne sont occupés par des patients en recherche d'une place dans un établissement d'aval) ». Le risque serait que l'écart, une durée de séjour qui dépasse la moyenne ne fasse signe que par rapport à des aspects financiers. Ce travail clinique auprès des malades dépend sûrement des services, le même cadre réussit à le réaliser dans un service alors qu'il n'y parvenait pas dans un autre ; il dépend aussi des moments et les cadres le réalisent parfois pour un malade dans une situation particulière mais pas pour les autres. Les cadres peuvent aussi considérer qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour le réaliser et cette situation n'est pas forcément facile à vivre pour eux et peut même être délétère. La souffrance au travail c'est précisément ne pas pouvoir faire son travail pour le mieux en raison de prescriptions contradictoires et lorsque les contradictions ne sont plus mises en débat.

3 perspectives.

Dans ce contexte quelles sont les perspectives ?

Une des pistes serait de proposer des solutions nouvelles, nouvelles méthodologies pour mieux s'y prendre, nouveaux outils de travail pour faire face à ces évolutions. Des auteurs comme le Goff, dont je partage l'avis, ont dénoncé ces illusions managériales qui renvoient une image idéalisée et lisse des cadres. D'après ce modèle, le travail des cadres consiste à mettre en œuvre des méthodologies et des outils censés être efficaces quel que soit le contexte que l'on produise des voitures ou que l'on produise du soin. Les compétences du cadre devraient lui permettre de diriger le travail indépendamment de son contenu quelle que soit la situation. ". L'illusion consiste à croire que le management ne serait qu'une simple affaire de

compétences immédiatement opérationnelles et de maniement d'outils fabriqués par des spécialistes". Lors de formations de ce type on ne donne pas de place à l'expérience humaine et professionnelle de ceux qui sont en situation effective de travail. L'occultation du travail réel et des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation est portée au maximum lorsqu'au lieu d'évaluer les effets de ces nouveaux outils sur les malades ou sur les personnels on se limite à évaluer la mise en place de l'outil. Je ne crois pas à l'efficacité des réponses expertes préexistantes. Ces conceptions envisagent l'action comme l'application sur le réel de ce que l'on a décidé d'y faire en s'appuyant sur des positions hiérarchiques et en évacuant toutes les difficultés rencontrées dans l'accomplissement de son travail.

Je ne crois pas à ces modèles d'action élaborés par des experts du travail des autres. C'est aux cadres de santé eux mêmes qu'il appartient de débattre, de définir ce qu'ils veulent faire de leur métier, de la clinique dans ce métier.

Par contre, deux pistes me semblent ouvrir des perspectives, les réponses restant à inventer et à construire.

La première est de porter un regard renouvelé sur le travail réel.

Dans ce nouveau contexte de travail les façons de faire installées depuis des années se délitent et perdent de leur efficacité. Cette prise en compte du travail réel suppose me semble t-il que les cadres eux-mêmes réhabilitent à leurs propres yeux ce travail quotidien de mise en cohérence d'articulation, ce travail qui peut être désigné comme du travail de lien puisque c'est bien de cela qu'il s'agit mettre du lien social dans ce monde éclaté avec des logiques pas toujours convergentes.

Ne pas taire ce travail non pas seulement pour le faire reconnaître même si c'est important mais aussi pour trouver en échangeant avec d'autres (sa hiérarchie, les collègues au sein des pôles, les cadres administratifs, les médecins mais aussi avec des personnes à l'extérieur les réseaux ; les associations etc.) des nouvelles formes d'action. Ce travail réel est aussi à exprimer et à travailler dans les lieux de la formation. Il existe des dispositifs de formation type retour d'expérience, analyse des pratiques, analyse et non pas évaluation qui peuvent permettre à chacun d'enrichir son répertoire d'action, d'éviter d'être dans la reproduction du même type de réponse en ayant à sa disposition une palette de grilles de lectures pour interpréter la situation et y faire face. Il s'agit moins de répéter des figures imposées que de s'équiper et d'avoir des ressources pour mettre au point des figures libres. L'idée est d'augmenter son "pouvoir d'agir".

La deuxième est d'engager le débat, de faire émerger une parole qui ne va pas de soi

La parole peut permettre de se rendre compte que les impasses sont les mêmes pour tous et donc qu'elles peuvent être pensées collectivement.

On peut relever ici ou là des espaces de débat, des cadres qui se retrouvent en petits groupes informels et qui partagent ce qu'ils vivent avec des professionnels en qui ils ont confiance, Il existe aussi des groupes institutionnels de cadres qui travaillent avec leurs cadres supérieurs sur les situations rencontrées. Je pense aussi aux formes d'accompagnement des faisants fonction ou des nouveaux cadres avec des dispositifs d'analyse de pratiques. C'est aussi des journées comme celles-ci et si vous y venez aussi nombreux depuis des années c'est vraisemblablement parce que vous y trouvez un intérêt.

La parole peut aussi *être empêchée* alors il convient comme l'on disait hier d'identifier les alliances possibles, d'identifier les espaces de parole possibles. Je terminerai en citant le sociologue et psychanalyste Blaise Olivier : «Pour faire émerger le sujet dans cet espace de rationalité globalisée qu'est l'entreprise il ne faut sans doute pas attendre passivement qu'on veuille bien lui accorder une place. Le sujet n'a pas d'autre ressource que de s'y mettre lui-même individuellement et collectivement, de continuer quoi qu'il en soit et quoi qu'il lui en coûte de parler. Autrement dit de rester vivant. On est d'abord sujet d'une vie la sienne. Prendre la parole, donner la parole c'est toujours ouvrir le champ du possible».

Paule BOURRET

Conférence enregistrée lors des journées cadres de santé

Paule Bourret

Modes de communication des cadres de sante. Exigences de la relation et proximité des équipes

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Paule Bourret, « Modes de communication des cadres de sante. Exigences de la relation et proximité des équipes », *Communication et organisation* [En ligne], 24 | 2004, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 01 avril 2013. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/2904>

Éditeur : Presses universitaires de Bordeaux
<http://communicationorganisation.revues.org>
<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://communicationorganisation.revues.org/2904>

Document généré automatiquement le 01 avril 2013. La pagination ne correspond pas à la pagination de l'édition papier.

© Presses universitaires de Bordeaux

Paule Bourret

Modes de communication des cadres de santé. Exigences de la relation et proximité des équipes

- 1 L'activité des cadres de santé des hôpitaux comporte une part importante consacrée à la communication. Les établissements de santé évoluent vers une normalisation du travail de soin : modernisation de l'architecture hospitalière et rationalisation des espaces, mise en œuvre de démarches qualité avec procédures d'accréditation des établissements (Setbon. 2000 : Robelet. 2001). Une organisation de type industriel a progressivement remplacé l'organisation artisanale des soins (Schweyer. 2000). Des modes de management en vigueur dans les entreprises du secteur industriel se généralisent dans les hôpitaux. Dans ce contexte les cadres, exerçant dans les lieux mêmes de la production des soins, sont particulièrement sollicités pour introduire les changements et conduire de nouveaux projets. En ce sens les cadres appartenant à cette hiérarchie dite « de proximité » partagent les conditions d'exercice des hiérarchies de premier niveau. Ils sont aujourd'hui confrontés, d'une part à de nouvelles formes rationalisées d'organisation, d'autre part au face à face avec des équipes de production et avec « des clients » utilisateurs de ces produits ou services.
- 2 À partir d'une approche ethnographique du travail des cadres de santé dans un centre hospitalier universitaire nous examinons les modes de communication déployés par cette hiérarchie en particulier vis-à-vis des subordonnés. Nous étudions les formes de communication, leur ancrage dans l'espace de travail, leur matérialité. Quel est le contexte des échanges ? Quels sont les formats de la communication ? A quelles situations de communication le cadre est-il confronté ? En conclusion nous présentons quelques conséquences sur son mode de présence et de disponibilité aux autres, sur ses façons de dire, ses façons de faire pour communiquer et pour dire.
- 3 L'analyse de cette communication située mérite d'être explorée, pour comprendre les composantes de ces conduites de communication¹ Il s'agit de repérer les exigences de ce travail de cadre, l'utilisation et l'engagement de soi requis pour exercer cette activité, t'est à cette condition, en ouvrant la perspective, que l'on peut espérer dépasser une conception normative et volontariste de la coexistence de mondes sociaux à l'hôpital.

Une approche ethnographique du travail des cadres

- 4 Notre approche vise à décrire le travail de communication des cadres tel qu'il se déroule en situation au quotidien. Sans jamais avoir exercé ce métier nous ne sommes pas complètement étrangère à ce monde du soin, nous travaillons actuellement en tant que formatrice dans un institut de formation des cadres de santé. Nous avons recueilli du matériau empirique à l'occasion de différents travaux d'analyse des pratiques auprès de futurs cadres en formation. De plus, pendant huit mois, nous avons passé plusieurs journées auprès de deux cadres de santé. Nous les avons suivis dans toutes leurs activités depuis leur arrivée dans le service jusqu'à leur départ avec prise de note. Certaines observations ont été faites de façon systématique. C'est le cas pour les chroniques d'activité : le comptage des personnes rencontrées et des temps de travail ou bien pour les cartes de déambulation permettant de mettre en évidence l'usage de l'espace. Ces relevés supposent une attention centrée et vigilante. À d'autres moments nous avons privilégié une forme d'attention flottante (Pinçon. Charlot. 1998) avec « *une suspension aussi complète que possible de tout ce qui focalise habituellement l'attention : inclinations personnelles, préjugés, présupposés théoriques même les mieux fondés* ». Ce va et vient, entre une observation précise ou au contraire distancée, a surtout été pratiqué au début de l'enquête pour nous permettre une ouverture et une découverte du terrain avec des idées « *mollement formulées* » (Winkin. 1996). Au fur et à mesure nous avons organisé ces données et tenu un

journal. Ce travail nous a conduit vers de nouvelles questions plus précises et vers la recherche d'informations plus ciblées. Progressivement nous avons été repérée par les équipes de soins sur le terrain et les cadres se sont habitués à notre présence. Nous leur avons alors proposé de porter un micro cravate. Nous avons enregistré les interactions directes ou téléphoniques entre les cadres et leurs différents interlocuteurs ainsi que les commentaires spontanés au cours de l'activité et lors des réponses à nos sollicitations.

5 À travers ce dispositif nous avons tenté d'aborder le monde vécu des cadres de santé. Nous avons évité de nous rabattre sur les discours. Nous référant à une perspective de l'action située (Lacoste, Grosjean 2000 ; Quéré, 1997) nous considérons que c'est sur le moment même que la perception d'indices dans l'environnement fait surgir « *des routines dont le propre est de faciliter l'exécution de l'action sans passer par des représentations* ». L'acteur n'est pas à même de les repérer et de les décrire tant elles sont incorporées et se réalisent à son insu. Le caractère indéterminé d'une situation conduit les acteurs à une régulation in situ. La relation présente un caractère déséquilibré avec des dissymétries qui ne sont, peut être, pas celles que l'on imaginait a priori. Nos matériaux ne proviennent pas seulement d'observations. Nous prenons aussi en compte des entretiens et des commentaires sur le travail. (Kaufmann, 1996) affirme, et nous adoptons ce point de vue, que l'entretien ne sert pas uniquement à repérer des représentations mais qu'il peut aussi être un instrument performant pour étudier les pratiques. Pour éviter les déformations il convient, précise-t-il, de ne pas s'en tenir à des descriptions générales ou encore de ne pas l'utiliser par rapport à certaines pratiques faisant l'objet d'une exploitation idéologique. Les commentaires faits sur le lieu de travail permettent d'obtenir des renseignements qui ne s'expriment qu'en situation de travail parce que ce discours est inintelligible en dehors du contexte. En même temps (Jobert, 1998), au cours de ces périodes d'observation il se crée avec le chercheur, une forme de proximité et de complicité à vivre les mêmes situations, à partager des moments de fatigue ou de découragement face à des actions qui échouent. Cela permet au cadre de se donner à voir sans trop avoir à préserver la face.

6 L'activité des cadres est donc analysée ici en référence à la sociologie du travail et une approche interactionniste (Goffman, 1974). Ce cadre d'analyse permet de rendre compte des contraintes qui pèsent sur les cadres en situation, des ajustements nécessaires face à un individu ou à un groupe, des influences réciproques et d'une prise en charge interactionnelle plus large (différences dans les niveaux d'information et d'engagement).

La distance entre le modèle affiché et les situations à vivre

7 Les descriptions du métier de cadre à travers les fiches d'emploi type² présentent leurs activités selon quatre axes : technicité, information, relation communication et contribution économique (utilisation optimale des ressources). La technicité concerne l'organisation et la gestion des soins, du personnel et des stagiaires placés sous leur responsabilité. Les activités d'information et de relation ont trait à la circulation de l'information entre la direction et les personnels ainsi qu'aux relations de travail au sein de l'équipe. Ces descriptifs ou encore certaines formations à management et à la communication pourraient donner à penser que leur rôle en matière de communication est connu et codifié. Pour peu qu'il applique un certain nombre de méthodologies instrumentées, censées avoir fait leur preuve il devrait obtenir les performances requises dans l'exercice de sa fonction. L'hôpital, de ce point de vue, est le réceptacle d'un certain nombre de méthodes produites dans d'autres contextes culturels et dont l'emploi semble être la garantie de la réussite. Ces approches de la communication proposées comme modèle se réfèrent de façon très approximative à des recherches scientifiques (Le Goff, 2000).

8 L'observation du travail des cadres ruine la vision idéalisée (Le Golf, 2003) d'une communication sans failles et dans la transparence présentée aux cadres lors de ces formations. La mise en œuvre par le cadre, de techniques déclinées dans la littérature managériale ou dans les différentes chartes et outils d'évaluation, devrait permettre d'aplanir les difficultés rencontrées dans la circulation d'information et la conduite de projets de changement. Or ces recommandations évacuent la part d'interférence des sujets dans les situations de travail, tout en prétendant à la maîtrise des problèmes dans un contexte de rationalisation de l'activité.

Elles contribuent à masquer la diversité, la complexité et l'incertitude des situations de travail des cadres de proximité.

9 De quoi sont faites les communications de travail des cadres de santé ? Si pour la plupart des soignants, médecins, infirmiers, les situations sans parole sont rares il n'en reste pas moins que l'activité de ces professionnels comprend des prestations qui sont autres que langagières, des soins, des gestes techniques avec parfois l'utilisation de matériel sophistiqué. En ce qui concerne le cadre de santé sa mission consiste à superviser et coordonner le travail des soignants sans toutefois réaliser des soins. Il est chargé de la gestion d'une unité et de l'encadrement des équipes de soins. L'activité du cadre est essentiellement de nature relationnelle. Elle comporte une assez forte indétermination que ne peut combler l'utilisation d'outils. Elle reste pour chacun à inventer et à construire comme le précise ce jeune cadre : *« La seule chose que tu sais que tu dois faire en prenant ton poste c'est aller chercher les stupéfiants à la pharmacie, pour le reste il faut faire la place ».*

10 Le travail du cadre est inscrit dans un territoire proximal, tout en étant aujourd'hui, de plus en plus fortement orienté vers des préoccupations extérieures au service. Elles sont liées, d'une part à la dépendance accrue des unités locales envers la structure globale : d'autre part à la normalisation du travail des soignants (guides de bonnes pratiques, évaluation de l'efficacité et de la sécurité des soins...). L'exigence d'humanisation des hôpitaux et l'introduction de nouvelles techniques médicales ont nécessité la rénovation du parc hospitalier. Les nouveaux appareils médicaux d'investigation ou de traitement, les équipements lourds exigeaient de nouvelles surfaces. Du fait de leur coût, seule une utilisation partagée entre plusieurs services hospitaliers, voire plusieurs hôpitaux, permettait l'investissement nécessaire. La modernisation de l'architecture hospitalière s'est donc effectuée en privilégiant une rationalisation des espaces. La rationalisation a aussi porté sur les services de logistique traditionnelle : lingerie, cuisine. Ils ont été modernisés selon un chaînage des activités et une organisation des processus de travail similaires à ceux de l'industrie. Les processus de type industriel ont aussi été implantés dans les secteurs médico-techniques. Les laboratoires médicaux rattachés à des secteurs ou à de petits établissements disparaissent au profit de grands laboratoires dotés de matériel informatique et de robots. L'acheminement des différents produits (médicaments, linge, analyses biologiques) a été conçu selon des normes de standardisation et de systématisation dans un contexte d'augmentation et d'accélération des flux de produits. La rationalisation de l'architecture et l'industrialisation des processus imposent des contraintes nouvelles à l'organisation du travail de soins. Ces nouvelles organisations rationalisées, avec leurs plates formes médico techniques et logistiques communes à plusieurs établissements, créent des situations d'interdépendance accrue entre tous les acteurs hospitaliers. La modification de l'espace de travail mais aussi l'imposition de normes qualité pour l'action contribuent à la reconfiguration du travail des cadres et des équipes soignantes.

11 Pour les professionnels de santé la qualité constituait l'essence du métier. L'idée qu'elle puisse être mise en doute et contrôlée par des personnes étrangères au service a pu produire une forme « de désenchantement » pour certains. Elle a mis à mal (Setbon, 2000) « le postulat d'une compétence professionnelle statutaire ». Elle officialise, ainsi, la possibilité de multiples erreurs dans la chaîne des soins. Cette prétention de contrôle externe heurte la conception des soins basée sur le colloque singulier soignant, soigné et la rencontre dans ce qu'elle a d'imprévisible. Ces nouvelles organisations modifient les aspects techniques du travail mais aussi le système des relations dans les équipes. Elles rendent caduques les anciens équilibres. Au niveau des valeurs elles introduisent une rupture et entraînent des remaniements identitaires chez les soignants. Si les personnels infirmiers et aides soignants sont d'accord sur la recherche d'amélioration de la qualité des soins et l'optimisation des dépenses de santé, mais qui oserait s'y opposer, cela ne signifie en rien une vision homogène du travail. Ils emploient les mêmes termes mais bien souvent ils ne parlent pas de la même chose. En mettant en avant la notion d'équipe on finit par oublier que les agents n'ont pas tous la même perception des situations ni le même niveau d'engagement et d'implication.

- 12 D'autres caractéristiques pèsent sur l'activité de communication des cadres. Nous en retenons trois : le contexte des échanges, la diversité des régimes de parole, les relations construites dans le mouvement.

Le contexte des échanges, communiquer sur le territoire des autres

- 13 Dans une institution, le bureau est généralement le lieu où s'exprime la fonction. Or les cadres savent que l'activité réalisée dans ce lieu (renseignement des systèmes d'information pour la gestion des personnels, du matériel...) n'est valorisée ni par leurs supérieurs hiérarchiques, ni par leurs subordonnés. (Vega. 2000) Les cadres « sont jugés trop présents dans les bureaux, même s'il s'agit de libérer les infirmières d'une partie des paperasseries ». Pour les soignants confrontés quotidiennement à la souffrance, à la mort les préoccupations de rationalisation portées voire attribuées aux cadres de proximité, apparaissent secondaires en regard des enjeux auxquels ils l'ont face. L'activité de gestion est perçue au mieux comme dérisoire au pire comme une entrave par rapport à l'activité de soins estimée unanimement noble et essentielle.
- 14 Pour ces cadres de proximité le bureau perd donc sa qualité de légitimation de la fonction. C'est sur le territoire du service auprès des personnels prenant en charge les malades que le cadre va déployer ses activités. Cet espace rend improbable la survenue de conditions optimum d'échange. Il est très éclaté avec des zones réservées aux personnels, d'autres aux malades. Objet d'une répartition entre profanes et professionnels les lieux sont aussi l'emblème d'une différenciation sociale très importante entre les groupes professionnels. L'unité de soins censée être le lieu de travail d'une équipe, s'avère un lieu marqué par la séparation physique des personnes et des groupes. Les espaces sont fortement connotés comme étant les espaces des uns ou des autres. Ces cloisonnements témoignent des relations de pouvoir et des coupures radicales entre les différentes catégories de soignants. Chaque groupe est plus ou moins légitime dans certains lieux. L'office, salle où les aides-soignants préparent les repas et où le personnel effectue ses pauses, lieu de « la bouffe » est plutôt l'espace des « gens d'en bas ». La salle de soins, espace où les infirmières planifient et préparent les soins, où elles actualisent les dossiers des malades, rapproche de la sphère médicale. D'ailleurs les médecins y séjournent pour lire les dossiers et rédiger leurs prescriptions. Cette salle de soins est le lieu « des gens d'en haut ». Les groupes se sont répartis l'espace et le temps autour du malade (Arborio. 2001). La présence simultanée dans une salle de médecins et des catégories sociales situées au bas de la hiérarchie (aides-soignants) est exceptionnelle. La fréquentation du même service ne signifie pas forcément la rencontre. En cas de co-présence dans un même lieu les personnes peuvent agir comme si elles ne se voyaient pas, chacune restant centrée sur sa tâche. L'appartenance à un groupe professionnel se traduit par le contrôle permanent ou temporaire d'un espace. Le cadre doit donc opérer des incursions dans les territoires des différents groupes professionnels. Il peut être amené à faire irruption dans certains lieux s'immisçant ainsi dans une activité engagée par les soignants. Sa présence peut être vécue comme intrusive et dans le même temps elle est attendue.

La diversité des régimes de parole, l'absence de situations formelles de communication

- 15 Parmi les situations formelles de communication l'entretien est, bien sûr, pratiqué par les cadres en particulier l'entretien annuel d'évaluation mis en place depuis seulement quelques années. En dehors de ces moments les communications très formalisées, type entretien ou réunions avec des tours de parole bien réglés, ne constituent qu'une part marginale. L'essentiel de la communication se caractérise par une absence de face à face classique au profit de formats de communication d'une grande diversité. Les échanges peuvent souvent se révéler incompréhensibles pour un observateur qui ne connaît pas les éléments du contexte comme le montre cet entretien qui dure quelques secondes entre un cadre et une infirmière.
- 16 Le chantier de rénovation d'une partie des chambres du service se termine. Nous sommes vendredi X heures. L'ouverture est prévue lundi matin : des hospitalisations d'enfants sont programmées à 9 heures. Ce jour des ouvriers sont encore sur les lieux. Le cadre a

reprogrammé la livraison d'une armoire à pharmacie qui n'a pas été livrée comme prévu en début de semaine. Il a affecté spécialement 2 infirmières au rangement du matériel et des médicaments en vue de l'ouverture.

17 Le cadre est dans son bureau depuis quelques minutes, il est 11 heures : Une infirmière attend à la porte et entre dans le bureau du cadre alors que le mari d'une malade quitte la pièce. Il venait se renseigner car les lunettes de sa femme ont été égarées lors de son changement de service.

18 *Infirmière : Madame S... il paraît que vous avez des animaux à coller sur les portes ?*

19 *Cadre : Les ouvriers ont fini ?*

20 *I : Ils sont partis, ils ont dit qu'ils revenaient lundi.*

21 *C. : Pour quoi faire ?*

22 *I. : Pour mettre les clous pour accrocher les cadres.*

23 *C. : Vous avez trouvé l'emplacement ?*

24 *I. : Non, non mais l'ouvrier pouvait pas le faire aujourd'hui, il revient lundi.*

25 *C. : (Se lève, ouvre le placard de son bureau fermé à clef). Je les ai ces trucs. J'espère que cela ne va pas disparaître. Quand vous sortez : des locaux, il faut tout fermer à clef. Elle est arrivée l'armoire ?*

26 *I. : non.*

27 *C. : (sur un ton contrarié). C'est pas zéro défaut, c'est effort zéro.*

28 Les sollicitations viennent de maints endroits, des paroles, des signes elliptiques, codés, se superposent se croisent, se mêlent à l'activité. Les interactions sont le plus souvent très brèves, demande d'informations, commentaires d'un agent, transmission d'une décision. Elles peuvent être annoncées à la volée dans une atmosphère parfois bruyante au milieu des sonneries du téléphone ou des sonnettes d'appel de malades. Le cadre passe immédiatement d'un interlocuteur à un autre et entre d'emblée, dans la demande initiée. Il enchaîne les réponses sans paroles de transition pour régler des problèmes n'ayant aucun rapport entre eux. Il s'adapte ainsi au cours d'action de chacun avec une réactivité allant de soi pour tout le monde. Entre les paroles s'intercalent des actes (donner les tableaux pour la décoration du service) illustrant la relation étroite entre le dire et le faire et la référence à un réel non langagier (Lacoste. 2001). Les interactions supposent une intercompréhension s'appuyant sur des savoirs tacites et des expériences partagées. Elles sont adressées à une personne ou à un petit groupe stable ou mouvant. La communication ne se solde pas toujours par un échange verbal. Parfois la rencontre se limite à une observation, une écoute, le repérage d'indices à travers des regards mutuels sans obligation de justification. Dans certains cas « les blouses blanches » participant aux échanges peuvent ne pas se connaître. Ces interactions se déroulent dans différents lieux, un couloir, sur le seuil d'une porte... mais une de leur particularité est de se déployer dans le mouvement.

Les relations construites au cours des déambulations, dire en marchant

29 Le cadre va circuler dans l'unité, passer d'une activité de lecture de dossier à la vérification de la présence de matériel, au « tour des malades » dans leur chambre. La communication est construite dans le mouvement, dans les aléas de la rencontre à travers des parcours dans l'unité. Inversement la communication génère de nouveaux mouvements. Même lorsqu'il est immobile lors d'une activité (staff, travail sur son poste informatique) il est potentiellement mobile, n'importe quelle personne pouvant venir le déranger. S'il le juge nécessaire il va se déplacer sans différer à plus tard ce trajet. Dans la salle de soins il reste le plus souvent debout. Ses déplacements vont se faire en apparence au gré des événements lui permettant de répondre aux demandes diverses de ses interlocuteurs, d'obtenir des informations... Leurs changements de place (mais où est leur place ?) semblent ajustés à la pression des événements qui adviennent. Ceci peut le détourner de sa trajectoire initialement prévue. Lui-même peut, sans être interrompu, décider de changer de cap. Il peut apparaître pris dans un engrenage, comme « dopé » par les événements. Une observation un peu rapide pourrait conduire à penser qu'il est baladé d'un endroit à un autre comme un joueur dans un jeu de piste, son activité consistant à découvrir de nouvelles flèches lui indiquant sa direction. Le milieu dans lequel les

cadres évoluent contribue à définir les façons de faire, de dire, de se sentir attendu. En fait ce parcours comporte une part de construction, des microdécisions « y aller ou ne pas y aller » : « aller voir ou ne pas aller voir ». Dans le détail des déplacements et des activités se reflètent les choix du cadre et la manière dont il se définit la situation. Au quotidien le cadre va porter en permanence un regard à double focale : tenir compte de chaque personne et de sa singularité et dans le même temps se concentrer sur des objectifs généralisables.

Conséquences sur le mode de présence aux autres et les formes de disponibilité

30 Le travail des cadres nécessite des modes de présence et de disponibilité spécifiques. Ces « régimes de disponibilité » (Joseph. 1999) ne peuvent être assimilés « au métiers de la tournée » par exemple celle des facteurs. Certains cadres effectuent « le tour des malades » tous les jours. Ils se rendent au lit du patient et réalisent une observation et un court entretien avec le malade et éventuellement avec ses accompagnants présents dans la chambre. Certains cadres ne réalisent pas ce tour ou le réalisent en accompagnant le médecin qui effectue la visite des malades. D'autres le font en parallèle au médecin, avant ou après son passage. Leur vitesse de progression étant différente leur tour peut donner lieu à des croisements et des dépassements. Ces différentes formes de tour traduisent des divergences dans les conceptions du travail de tournée de cadre. De toute manière le travail du cadre ne se limite pas à la tournée et cette activité ne peut être comparée à celle du facteur tant dans les objectifs que dans la mise en scène de soi.

31 Le travail de cadre à la proximité ne peut être assimilé non plus à celui « des métiers de l'accueil » (Joseph. 1999). Ces derniers ont pour mission de renforcer l'hospitalité. Si le cadre partage avec certains d'entre eux, comme les agents d'accueil en gare ou à la RATP, l'exigence de mobilité dans l'espace son mode de présence l'oppose à eux sur plusieurs points notamment la présentation de soi et les modes de disponibilité. La présence du cadre de santé comme celle de tout supérieur hiérarchique s'engage sur fond de remise en cause par les professionnels réalisant la production des biens ou des services. Le cadre ne participe pas au travail entreprise mais l'observe en poursuivant ses propres objectifs. Le fait qu'il puisse arriver et partir alors que la personne qui effectue le soin est obligée de rester contribue à donner l'image de quelqu'un qui n'est pas engagé dans une tâche utile. Les soignants ne peuvent l'assimiler à quelqu'un qui est sur le terrain et partage leur condition. Il existe un saut incompressible entre parler sur le travail et faire le travail. Cette rupture reste vraie quand l'observateur est co-présent dans la situation. La division du travail n'est pas une abstraction, elle se vit et est incarnée. Les caractéristiques du travail de communication de cadre à la proximité supposent de développer une forme de génie pratique en situation pour régler son mode de présence aux autres tout en poursuivant son cours d'action.

Bibliographie

- ACKER. F., Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier, in CONEIN. B., THEVENOT., L., (Ed.). *Cognition et information en société*, Paris : Raisons Pratiques 8. 1997. p. 65-93
- ARBORIO. A.-M., *Un personnel invisible. Les aides soignantes à l'hôpital*, Paris : Anthropos. 2001. 334 p.
- FOUCAULT. M., *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard. 1975. 318 p.
- GOFFMAN. E., *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit. 1974. 230 p.
- GROSJEAN. M., LACOSTE. M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris : PUF. 1999. 225 p.
- JOBERT. G., *La compétence à vivre*. Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches. Université de Tours. 1998.
- JOSEPH. I. Action située et régime de responsabilité. In QUERE. L., De FORNEL. M., (Ed.), *La logique des situations*. Paris : EHESS. 1999. p. 157-172.
- KAUFMANN. J.-C., *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan. 1996. 127 p.

- LE GOFF J. – P., *Les illusions du management*, Paris : La découverte. 2000. 163 p.
- LE GOFF J. – P., Contre les illusions du management, revaloriser l'expérience et la culture générale. *Soins Cadres*
- LACOSTE, M., Peut-on travailler sans communiquer ? in BORZEIX, À.,
- FRAENKEL, B., *Langage et travail*, Paris : CNRS. 2001. p. 21-53
- PINÇON, M., PINÇON-CHARLOT, M., *Voyage en grande bourgeoisie* Paris : PUF, 1997. 180 p.
- QUERE, L., La situation toujours négligée. *Réseaux* n° 85. 1997.p. 163-192.
- ROBELET, M., La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences Sociales et Santé*. vol. 19. n° 2, Juin 2001, p. 73-97.
- SETBON, M., La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*. 2000. vol. 42. p. 51-68.
- SCHWEYER, F-X., les directeurs d'hôpital peuvent ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins, in CRESSON, G., SCHWEYER, F-X. *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes : ENSP. 2000. p. 149-170.
- VEGA, A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines. 2000. 212 p.
- WINKIN, Y., *Anthropologie de la communication*, Paris : Seuil. 2001. 332 p.

Notes

- 1 Médecins, gestionnaires, supérieurs hiérarchiques dénoncent « l'éloignement » des cadres par rapport aux unités de soins. Les injonctions managériales convergent pour renforcer la présence des cadres « sur le terrain »
- 2 Lettre circulaire de la direction des hôpitaux du 20 février 1990 n°30 DH/8A/PK/ CT. Elle définit les missions et rôles des surveillants et surveillants chefs hospitaliers désignés depuis le 31 décembre 2001 respectivement par les ternies de cadres et cadres supérieurs de santé.

Pour citer cet article

Référence électronique

Paule Bourret, « Modes de communication des cadres de sante. Exigences de la relation et proximité des équipes », *Communication et organisation* [En ligne], 24 | 2004, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 01 avril 2013. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/2904>

À propos de l'auteur

Paule Bourret

Formatrice IFCS Montpellier. Doctorante en sociologie

Droits d'auteur

© Presses universitaires de Bordeaux

Publié le 01/11/2010

Une « disjonction entre un hôpital virtuel et un hôpital réel »

Entretien avec la sociologue Paule Bourret : la position ambivalente du cadre de santé, entre l'équipe soignante et l'administration, est accentuée par les nouvelles normes médico-économiques en vigueur.

Infirmière à l'origine, Paule Bourret a étudié à l'IFCS de Montpellier dans les années 1980, avant de devenir formatrice. Elle soutient en 2005 une thèse de sociologie, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*.

Ses recherches s'appuient sur la distinction entre « *travail prescrit* » (ce qu'on demande à l'employé) et « *travail réel* » (les moyens qu'il met en œuvre pour l'accomplir). Elle est aujourd'hui chargée du master « Sciences du travail et de la société, secteur sanitaire et social », à l'IFCS du CHU de Montpellier.

Pourquoi avez-vous choisi de travailler sur le « lien » ?

Dans mon expérience de formatrice, j'ai noté chez les cadres une énergie, un potentiel et une grande envie de travailler. Mais, paradoxalement, j'ai aussi relevé un mouvement critique de la part des professionnels, directeurs, médecins, infirmiers, qui reprochaient aux cadres de n'être pas suffisamment présents. Les cadres eux-mêmes ont tendance à disqualifier leur propre activité, alors qu'ils travaillent sans cesse ce « lien invisible » avec l'équipe soignante, les patients, les institutions. Il fallait réhabiliter ce travail.

Par quoi le travail du cadre peut-il être mis à mal ?

L'arrivée de la tarification à l'activité a introduit une pression économique qui a des incidences quotidiennes sur le travail du cadre et des équipes. Elle oriente les cadres vers la recherche de lits pour faire entrer et sortir les malades de l'hôpital, mais aussi vers la quête d'un fonctionnement optimal des unités, comme le choix des types de prise en charge des malades, en prenant en compte les règles de cotation des actes.

Outre le fait que cette activité est consommatrice de temps, elle contribue à une intensification du travail des équipes. L'activité des cadres est orientée vers le renseignement des outils de gestion, qui peut éloigner du travail auprès des équipes. Sans oublier l'augmentation du nombre d'agents à encadrer. La mise à mal du travail de lien découle aussi d'une série de mutations de l'organisation, en apparence anodines mais qui, cumulées, transforment radicalement les situations de travail.

Le lien entre le cadre et le reste du personnel hospitalier s'est-il distendu ?

Je constate une dissociation très problématique entre la sphère des professionnels « qui gèrent »,

qui organisent, définissent les politiques de santé ou les normes et la sphère du « travail réel », concrètement réalisé par les soignants, médecins et infirmières. Cette disjonction entre un hôpital virtuel et un hôpital réel a des effets sur la santé au travail des personnels et sur la qualité des soins.

Elle se traduit notamment par une accumulation incroyable de règles, qui peuvent être bafouées, car le personnel de terrain ne peut pas toutes les mettre en œuvre, faute de temps et de moyens. Des formes de clandestinité et de délinquance institutionnelle peuvent également se mettre en place, chacun étant renvoyé à lui-même, isolé, avec l'impression de ne pas être à la hauteur.

Parallèlement à ces mutations, la formation des cadres a-t-elle beaucoup évolué ?

Oui, beaucoup. A Montpellier – mais cela existe dans d'autres IFCS sous différentes formes –, nous mettons en place des dispositifs permettant de partir du point de vue du travail réel. Nous travaillons davantage sur l'analyse de situations de travail. Il nous semble important de permettre à des cadres de repérer les enjeux, les contradictions dans le système, à l'heure où fleurissent des technologies de management, des outils et des méthodologies censés permettre de résoudre les difficultés, quel que soit le contexte. Il est important de comprendre ce que l'on fait quand on intervient sur le travail d'autrui, qui on sert et à quoi on sert.

De quelle marge de manœuvre disposent les cadres ?

Si l'on parle autant d'eux en ce moment, c'est parce que l'on a besoin d'eux pour les nouvelles organisations du travail. Si les cadres sortent de l'ombre, c'est parce que de nouvelles attentes pèsent sur eux. Mais je ne pense pas que la question se pose en ces termes. L'hôpital est une chaîne de responsabilités, parmi lesquelles on trouve celle des cadres. Si l'on observe les entreprises, censées être un modèle de gestion pour l'hôpital, la question du management à France Télécom ou ailleurs ne s'adresse pas seulement aux cadres, mais à la société toute entière.

Propos recueillis par
Sarah Elkaïm

■ **Analyses et points de vue complémentaires.....** pp. 53-129

- Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers

Chantal de Singly, Ministère de la santé et des sports, *Site web Ministère des Affaires sociales et de la Santé* (www.sante.gouv.fr), septembre 2009
Sommaire, Synthèse, Propositions, Introduction, Conclusion

- Cadres de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?

Sophie Reinhardt, 12^{èmes} Journées Internationales de Sociologie du Travail,
Site web du GRÉE de l'Université de Nancy (<http://gree.univ-nancy2.fr>), juin 2009

- Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers

Robert Coulon, *Site web du laboratoire d'économie et de gestion de l'Université de Bourgogne* (<http://leg.u-bourgogne.fr>), avril 2010

- Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers

Ivan Sainsaulieu, *Site web Cairn Info* (www.cairn.info), 2008



La ministre de la santé et des sports

**Rapport
de la Mission Cadres Hospitaliers**

**Présenté par
Chantal de Singly**

Rapport final

Propositions

11 Septembre 2009

Sommaire

Préface	2
Lettre de mission	3
Sommaire	4
Synthèse	5
Les propositions de la mission	13
1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.	14
2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.	15
3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.	16
4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.	16
5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.	17
6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.	17
Introduction	18
0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?	20
0.2 Les cadres hospitaliers	24
I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital	28
I.1 Le rôle central mais « invisible » des cadres dans l'organisation hospitalière.....	28
I.2. Comment les cadres répondent aux évolutions de l'hôpital	38
II Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers	47
II.1 Repérer les futurs cadres	48
II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles	50
II.3 Former tout au long de la vie professionnelle	56
II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management	59
II.5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales	62
II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux.....	65
III Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier	70
III.1 S'engager dans une politique managériale	71
III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement	78
III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres	80
Conclusion	91
Fiches de propositions statutaires	93
FICHE N°1 : LES CADRES DE SANTE.....	93
FICHE N°2 : LES CADRES ADMINISTRATIFS	96
FICHE N°3 : LES CADRES TECHNIQUES	100
FICHE N°4 : LES CADRES SOCIO-EDUCATIFS	101
FICHE N°5 : LES SAGES-FEMMES CADRES	102
Taux d'encadrement dans les établissements publics de santé	103
Remerciements	113
Liste des Membres et des Collaborateurs de la Mission	114
L'organisation de la mission	116
Sigles utilisés dans le rapport.....	120
Table des matières	122

Synthèse

« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide »... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent ; ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est-elle faite dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires ?

Au moment où se déploient de nouvelles réformes de gouvernance hospitalière, modifiant en profondeur les hiérarchies, la répartition des compétences et les moyens pour atteindre les objectifs de l'institution, il était indispensable de poser au niveau national la question des cadres hospitaliers. Faute d'ouvrir ce débat, se prenait le risque de voir se figer des organisations encore plus complexes et moins lisibles pour les acteurs qui sont censés les animer. C'est pour cette raison que la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, a décidé de confier à Chantal de SINGLY, directrice de l'institut du management à l'EHESP, une mission de réflexion et de proposition sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

La mission a souhaité s'entourer de l'avis d'experts ; à ce titre, elle a auditionné de nombreux spécialistes et représentants des cadres (180 personnes au cours de 60 auditions) et s'est appuyée sur un groupe de réflexion composé de chercheurs. Par ailleurs, elle a mis en avant la nécessité de donner la parole non seulement aux experts ou aux représentants mais aussi directement aux cadres eux-mêmes. De ce choix de méthode a découlé la place donnée à l'expression des cadres : dans la construction de la commission, majoritairement composée de cadres en exercice ; à travers les rencontres régionales qui ont réuni plus de 4000 cadres ; par des rencontres informelles avec des groupes locaux de cadres hospitaliers et enfin par le site internet créé pour la mission. Pendant trois mois, avec près de 23000 visiteurs, sur le forum, plus de 1100 inscrits ont échangé.

Une définition fonctionnelle

Parmi les différentes définitions possibles, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation

Cette définition apparaît opportune à plusieurs titres : elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires, elle s'adresse à tous les secteurs de l'hôpital, elle transcende sans les confondre les filières professionnelles, elle se décline aussi bien au sein qu'en dehors des différents niveaux hiérarchiques, elle correspond au mieux aux objectifs indiqués dans la lettre de mission.

Le champ traité par la mission

Selon les intentions de la lettre ministérielle, les cadres de direction, les directeurs des soins et les praticiens hospitaliers n'apparaissent pas dans le périmètre des emplois d'encadrement traités par la mission. Toutefois, si elles ne seront pas étudiées en tant que telles, les fonctions de direction et médicales resteront à l'évidence très présentes dans les réflexions et propositions de la mission dès lors que certains sujets ne pourront être appréhendés avec cohérence qu'en y intégrant l'ensemble de la ligne managériale.

Au regard des données fournies par la DHOS, les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient en 2007 à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant-fonction de cadres », on approche les 6% des effectifs des établissements publics de santé.



Est traité dans un premier chapitre le rôle des cadres et son évolution dans un hôpital confronté à des demandes sociales fortes et à des transformations rapides. Cela conduit la mission à proposer des organisations de travail portées par des cadres plus autonomes et dotés de capacité d'agir élargies. Cela conduit également à proposer en conséquence une évolution du recrutement et du développement des compétences des cadres (deuxième chapitre). Dotés de nouvelles responsabilités avec de nouvelles compétences, les cadres seront réellement positionnés dans l'organisation hospitalière en lien fort avec le niveau stratégique et mieux reconnus par une évolution de carrière et des rémunérations à la hauteur de responsabilités élargies et d'implication plus grande (troisième chapitre).

I- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital

A l'hôpital comme dans tous les secteurs d'activité, les cadres sont en première ligne d'évolutions liées à l'exigence croissante de qualité et de sécurité, à l'accélération des progrès techniques et technologiques, aux mutations du rapport social au travail, au reengineering des organisations. Les cadres hospitaliers ont aussi à relever des défis spécifiques au champ du soin qui nourrissent la complexité de leurs fonctions.

Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique. Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle.

Et pourtant ces mêmes cadres se sont largement investis dans les évolutions en cours, convaincant leurs équipes, les soutenant dans l'action, produisant la transversalité et la cohérence à des niveaux techniques élevés. Ces mêmes cadres voient se dessiner des territoires de santé avec une complémentarité entre les soins et la prise en charge médico-sociale et imaginent leur place dans ces liens à créer et/ou à renforcer.

Pour poursuivre, ils ont besoin de nouvelles marges de manœuvre, d'une réelle capacité à décider. Ils ont besoin d'être aidés, dégagés de certaines tâches pour se consacrer à la dimension managériale de leur métier. Ils sont prêts à se former pour développer leurs compétences.

II- Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers

La formation initiale aurait pu apparaître comme le point clef des propositions en ce domaine. Mais ce n'est pas le point de vue que la mission a développé en se situant pleinement dans l'approche par les compétences et l'activité. La logique compétence et la logique curriculum doivent se substituer à terme à la seule logique connaissance. Dans l'approche par les compétences, la construction et le développement de celles-ci ne relèvent pas seulement de la formation mais résultent de parcours professionnalisants dans des organisations dont la structure et le fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs. La VAE devrait permettre de donner de la visibilité à la richesse de ces parcours et de faire le lien avec le diplôme acquis en formation.

II.1 Repérer les futurs cadres

Alors que l'extension de la dimension managériale pour les cadres fait appel à des capacités comportementales de plus en plus nombreuses, les hôpitaux ne se donnent pas suffisamment les conditions de détecter des talents de cadres. Et pourtant cette détection devrait pouvoir largement être mise en œuvre dès qu'il s'agit de concours interne et *a fortiori* lorsque qu'une ancienneté professionnelle est exigée pour se présenter au concours, comme c'est le cas pour les cadres de santé. Or, même pour ces derniers, repérer les personnes susceptibles de devenir cadres, tester leur capacité et les accompagner dans ce changement, cela ne se fait pas systématiquement. La mission préconise de mettre fin à la position bancale de « faisant fonction de cadre » et de rendre systématiques dans toutes les démarches de promotion interne professionnelle conduisant à l'encadrement, des mises en situation permettant de vérifier les réelles dispositions à manager.

II.2 Mettre en place pour tous les cadres hospitaliers des formations initiales universitaires et professionnelles

Même si la réforme de 1995 a uniformisé la formation initiale des cadres de santé quel que soit le métier d'origine et quelles que soient les perspectives d'exercice professionnel, les parcours de formation initiale de l'ensemble des cadres hospitaliers restent trop diversifiés et ne favorisent pas le développement d'une culture managériale partagée à l'hôpital : il faut poursuivre les pistes ouvertes il y a quinze ans. Aujourd'hui les différents cadres hospitaliers sont majoritairement formés dans des écoles professionnelles spécialisées et n'ont pas l'opportunité de se former avec d'autres cadres hospitaliers en formation initiale. L'engagement dans des diplômes universitaires est souvent le fruit de démarches individuelles sans aucun effet sur le positionnement et la carrière. Les écoles professionnelles délivrent des diplômes sans équivalence au niveau international. Parce qu'elle favorise l'ouverture et la mobilité, qu'elle s'appuie sur la recherche et donc la réflexivité et qu'elle s'est fortement engagée dans la professionnalisation, la formation universitaire doit mailler la formation des cadres hospitaliers.

Tels sont les constats majeurs en matière de formation initiale qui conduisent à deux propositions principales : élaborer un tronc identique voire commun à toutes les formations professionnelles de cadres, et leur donner une dimension universitaire. Ces mesures applicables aux différentes filières de cadres hospitaliers seraient accompagnées de mesures spécifiques

préconisées pour les cadres de santé, pour les cadres sages-femmes et pour les attachés d'administration hospitalière.

II.3 Former tout au long de la vie professionnelle

De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres à des responsabilités et des organisations en forte transformation, la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction. C'est l'enjeu général et majeur pour tous les cadres hospitaliers. Ce faisant, cette formation tout au long de la vie accompagnera aussi les évolutions de carrière proposées aux cadres. De manière spécifique, de nouveaux métiers de cadres apparaissent pour lesquels les formations ne sont pas nécessairement prêtes ou en tous cas pas suffisamment largement généralisables. C'est le deuxième constat fait par la mission. Enfin à un moment où les cadres expriment des souhaits de mobilité entre les filières d'encadrement et de manière générale entre les métiers d'encadrement de différentes fonctions publiques, ainsi qu'entre le public et le privé, il paraît très opportun de favoriser ces mobilités par des formations adaptées.

II.4 Développer le conseil, l'expertise et la recherche en management

Qu'ils soient managers d'équipes, experts chargés de missions transversales, ou formateurs, les cadres acquièrent eux-mêmes de l'expertise qu'ils n'identifient pas toujours comme telle ; il faut des demandes externes pour qu'ils mesurent le potentiel qu'ils ont ainsi mis en valeur. Experts, les cadres ont aussi besoin de l'expertise des autres. C'est sur ce développement croisé de l'expertise que la mission voulait porter un regard spécifique en imaginant des propositions qui les mettront en valeur et enrichiront les démarches de changements dans tous les établissements. Dans certains cas, l'expertise développée témoigne d'une véritable aptitude à la recherche qu'il paraîtrait particulièrement novateur et pertinent de mettre en pratique.

II. 5 Evaluer les pratiques professionnelles managériales

Partie intégrante de leur formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles est devenue une obligation pour les professionnels de santé, médecins et non médecins, que la Haute Autorité en Santé est chargée d'accompagner à cette fin. Si le management n'est pas directement visé dans ces évaluations qui concernent les pratiques de soins, il apparaît pertinent de le situer aussi dans la méthodologie du développement continu de la qualité, base de construction des EPP et ce pour plusieurs raisons. D'une part les principes de démarche qualité (dire ce que l'on va faire, faire ce que l'on dit, analyser les écarts et améliorer) ont du sens pour le management, d'autre part, cette culture d'EPP se développe dans les hôpitaux qui ont mis en place la commission des évaluations des pratiques professionnelles et construisent des outils ad hoc. Par ailleurs, à l'hôpital, ces évaluations portent souvent sur des pratiques d'équipe et incluent de ce fait une dimension managériale (coordination, interaction, communication). Enfin, le management est devenu un élément central de la certification des établissements de santé.

La mission propose d'utiliser la démarche des évaluations des pratiques professionnelles comme moyen de renforcer les capacités managériales à l'hôpital, en mobilisant les cadres eux-mêmes et leurs établissements, le niveau régional et la Haute Autorité en Santé. Elle ouvre aussi la question de la validation individuelle d'EPP en management en recommandant d'en faire un outil de suivi de l'évolution professionnelle individuelle (formations et réinvestissement des formations) et de la lier à l'évaluation individuelle.

II.6 Investir des lieux de formation régionaux et nationaux

Les transformations proposées pour la formation initiale et continue des cadres hospitaliers appellent deux choses, d'une part des lieux de formation accessibles à l'ensemble des cadres et plus généralement à tous les managers de l'hôpital (cadres hospitaliers, médecins et directeurs) et demain plus largement encore aux cadres des secteurs social et médico-social, d'autre part un rapprochement important avec les universités. Pour dépasser ces frontières, la mission retient le principe de créer dans les régions des instituts supérieurs de management en santé, qui auront vocation à développer sur un territoire les capacités managériales de tous les cadres, en liens étroits avec les universités et les acteurs régionaux en charge des questions de santé (y compris le secteur social et médico-social). Un maillage national épaulé par l'EHESP permettrait à ces instituts une harmonisation des pratiques, des développements d'axes spécialisés et complémentaires et des actions nationales en accompagnement des évolutions générales de l'hôpital et du système de santé.

III- Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier

La question du positionnement des cadres dans l'hôpital renvoie à trois constats distincts mais complémentaires. En premier lieu, les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement ; en second lieu, ils sont faiblement représentés dans les instances institutionnelles ; enfin, leur reconnaissance statutaire et financière n'est pas à la hauteur des responsabilités qui leur sont confiées.

III.1 S'engager dans une politique managériale

Un positionnement clair dans l'organisation hospitalière et une implication plus grande dans les processus de décision, telles sont les attentes premières exprimées par tous les cadres, qu'ils soient dans des filières techniques, de soin, d'administration. Au travers d'une politique managériale propre à l'établissement, les cadres doivent être associés, à tous les échelons de la structure, aux décisions les plus importantes. Un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout mais particulièrement dans les grands hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériales sont nécessaires. La mission préconise un engagement fort de tous les établissements hospitaliers dans une réelle politique managériale en les invitant à définir (ou redéfinir avec la nouvelle loi) leur organisation, à se fixer des priorités pluriannuelles concernant l'encadrement dans un projet managérial et à veiller à respecter et faire respecter les règles du jeu posées. La mission propose aussi que cette obligation de construire et d'afficher une politique managériale figure dans des décrets d'application de la loi Hôpital, Patient, Santé Territoire.

III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement

Le positionnement des cadres dans l'établissement implique aussi leur représentation institutionnelle. Sur cette question très discutée qui reçoit des réponses multiples, la mission a longuement débattu. Elle considère que la solution esquissée dans l'ordonnance de mai 2005 - à savoir la réunion de la CME et du CTE dans une seule instance incluant un collège cadre - serait la plus appropriée : elle garantit une représentation institutionnelle des cadres sans créer une instance supplémentaire et elle fait le lien entre le médical et le non médical. Mais quatre années après, force est de constater que les hôpitaux ne sont pas prêts et rien ne laisse penser qu'ils le seront à court terme. Il restait une alternative : la création d'un collège cadre en tant que tel, ou

l'intégration d'un collège cadre dans le CTE. C'est la deuxième formule que la mission préconise, en recommandant que cette représentation des cadres au CTE se fonde sur une dynamique locale facilitée par la création d'espace-cadre et que les cadres élus au CTE soient aussi invités permanents à la CME.

III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres

La reconnaissance des cadres passe également par une mise à plat et une valorisation des carrières et des rémunérations. Nombre de dispositifs statutaires et indemnitaires sont aujourd'hui dépassés et inadaptés à la situation des cadres, à leur niveau de qualification, aux responsabilités élargies qu'ils assument et à leur place au sein de l'hôpital. Une réforme d'envergure est en cours dans la fonction publique concernant les grilles indiciaires, les niveaux statutaires et les régimes indemnitaires. Les cadres hospitaliers doivent y trouver toute leur place et leur spécificité doit être prise en compte.

Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées

Bien qu'ils soient de création récentes pour la plupart d'entre eux, certains statuts particuliers ne correspondent plus à ce que l'on est en droit d'attendre d'une gestion moderne des ressources humaines (c'est le cas en particulier du statut des attachés d'administration hospitalière) ou ne prennent pas suffisamment en compte les responsabilités inhérentes aux fonctions d'encadrement, notamment celles des cadres de santé, beaucoup plus lourdes avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et l'organisation de l'hôpital en pôles.

Au-delà d'un manque général d'attractivité de leur statut, auquel la réforme en cours de la catégorie A devra s'attaquer, les cadres de santé connaissent deux difficultés particulières, constatées par la mission et largement corroborées par les réactions des professionnels lors des réunions interrégionales ou sur le forum Internet : un début de carrière peu valorisé et des responsabilités de cadre paramédical de pôle insuffisamment prises en compte.

Le corps des attachés d'administration hospitalière est en crise. La principale raison de ce phénomène tient aux difficultés statutaires qui elles-mêmes entraînent des stratégies alternatives de la part de nombreux établissements.

Le corps des adjoints des cadres hospitaliers est un exemple parfaitement significatif des ambiguïtés de corps classés dans la catégorie « B type » mais dont le niveau réel de recrutement externe est bien supérieur à celui du bac et qui peuvent occuper des fonctions d'encadrement hospitalier. Ces missions d'encadrement sont insuffisamment reconnues.

Les techniciens supérieurs hospitaliers exercent dans de multiples domaines de l'activité hospitalière. Si les fonctions d'encadrement des TSH sont clairement prévues par le statut particulier du corps, elles ne sont pas assez valorisées au regard des responsabilités parfois lourdes, dans des domaines sensibles pour l'établissement.

Les cadres socio-éducatifs, très présents dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, sont souvent moins « visibles » en établissement hospitalier où ils assument pourtant d'importantes fonctions de responsabilités et d'encadrement : direction de services sociaux ou éducatifs, encadrement des personnels sociaux et éducatifs, responsabilité de projets, relations avec les patients et leurs proches etc. Par ailleurs, ils ont un rôle déterminant à jouer dans l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la prise en

charge globale du patient. Leurs responsabilités et fonctions d'encadrement doivent être mieux prises en compte.

Des régimes indemnitaires dépassés et globalement insuffisants

Le régime des primes et indemnités spécifiques versées à la plupart des cadres hospitaliers n'est pas modulable ou l'est faiblement. En outre, le niveau global des primes d'encadrement est relativement faible.

A l'évidence, de tels dispositifs ne permettent pas une politique de rémunération indemnitaire tenant compte de la nature de l'emploi occupé par le cadre, de l'étendue des responsabilités assumées, de l'implication de l'agent ni de l'atteinte des objectifs.

Des propositions communes pour tous les cadres hospitaliers et des dispositions spécifiques

La mission estime cohérent que la réforme en cours, pilotée par le ministère en charge de la fonction publique, des grilles de rémunération et des dispositifs indemnitaires, soit le support de la mise en œuvre de ses propositions se rapportant aux statuts et à la rémunération des cadres hospitaliers.

Certains modes de recrutement et de gestion sont à moderniser ou à clarifier (notamment le recrutement des attachés et certains concours sur titres).

La mission présente en outre des propositions concrètes pour rendre les carrières plus attractives et mieux reconnaître les responsabilités dans les statuts. Il s'agit en particulier de valoriser plus qu'aujourd'hui d'une part la nomination dans un premier emploi de cadre de santé et d'autre part les responsabilités les plus lourdes, notamment celles de cadre de pôle.

Les systèmes indemnitaires doivent être radicalement réformés. Le régime indemnitaire doit être d'un niveau suffisant et adapté à la nature du poste occupé, à l'étendue des responsabilités, à l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés.

Enfin, la mission propose de s'appuyer sans tarder sur la philosophie de la prime de fonctions et de résultats (PFR) et, dans ce cadre, d'une part qu'une véritable modularité soit instaurée (faisant varier la prime à la hausse ou à la baisse en fonction de l'atteinte des objectifs fixés), d'autre part que les montants des indemnités soient revalorisés par la fixation de plafonds plus élevés.

III.3.3. Engager la réflexion pour un intéressement collectif

Le gouvernement envisage de donner une assise juridique à caractère transversal pour l'intéressement collectif dans le champ des fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière. La mission propose que la déclinaison de l'intéressement collectif pour les cadres hospitaliers s'inscrive dans un processus largement concerté avec les partenaires sociaux. A l'évidence, les mécanismes de l'intéressement des personnels aux résultats, à ne pas confondre avec le régime indemnitaire qui est un complément individuel de rémunération, doivent être adaptés aux particularités des missions de l'hôpital, « producteur de soins ». Les indicateurs retenus devront être objectifs, simples, mesurables et si possible partagés.



Au-delà de l'intérêt conjoncturel suscité par ses travaux, la mission appelle de ses vœux une véritable dynamique nationale sur la question de l'encadrement dans les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Elle préconise que le pilotage de la suite de ses travaux, et pas seulement de la mise en œuvre de ses propositions, s'organise sur la base d'une démarche de projet.

La mission invite l'ensemble de la communauté médicale et des dirigeants hospitaliers à porter un nouveau regard sur les cadres. Il leur appartient de construire avec les cadres les organisations où chacun pourra jouer pleinement son rôle au bénéfice des citoyens et des patients.

Les propositions de la mission

Pendant quatre mois, la mission a auditionné 133 personnes, réuni plus de 4000 cadres dans douze forum inter régionaux, discuté avec des groupes de cadres dans les hôpitaux; elle a ouvert un site internet pour les cadres hospitaliers qui a enregistré 23000 visiteurs 1100 inscrits et mobilisé plus de 500 contributeurs actifs. Elle a analysé les écrits de chercheurs, entendu des représentants des cadres, des directeurs, des médecins, des témoins.

De cette vaste consultation ressortent de nombreuses pistes pour répondre aux questions posées par la ministre, Roselyne Bachelot-Narquin sur le rôle, le positionnement, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers. Les attentes sont grandes et les idées le sont aussi pour penser un nouveau modèle de « gestion » de l'hôpital et des cadres, où ceux-ci seraient pleinement reconnus, avec des champs de responsabilité élargis et se sentiraient en confiance pour conduire des projets et soutenir leurs équipes.

Le rapport de la mission explicite ces pistes en partant de l'évolution de l'hôpital et du rôle des cadres pour mettre en évidence le très fort besoin de nouvelles compétences et la manière d'y répondre. Les cadres, ainsi mieux recrutés et encore mieux formés, seraient plus écoutés dans les décisions stratégiques et disposeraient de marges plus grandes pour agir. Ces cadres devraient aussi bénéficier de carrières plus adaptées à ces responsabilités élargies.

En synthèse nous présentons ici trente six propositions concrètes qui nous semblent permettre d'engager une véritable politique de l'encadrement et donner aux cadres hospitaliers un signal fort.

Si toutes les actions relèvent d'une impulsion nationale, elles s'adressent à différents niveaux, celui des établissements, le niveau régional et le niveau national. Certaines intéressent les cadres hospitaliers en général et d'autres concernent une partie d'entre eux ; tout en cherchant les dimensions communes à tous les cadres hospitaliers, la mission n'a jamais cherché à gommer les écarts de niveau de responsabilité ou de champ d'action des différents cadres. Comme nous l'avons toujours dit en conclusion des rencontres interrégionales, les propositions s'adressent aussi aux cadres eux-mêmes. Ce sont eux qui avec la clairvoyance et le sens des négociations qu'ils manifestent savent comment faire bouger les organisations. Ce sont eux aussi qui les feront évoluer pour qu'ils s'y retrouvent mieux.

1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.

Les rôles et missions :

Proposition n°1 : définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision.

Proposition n°2 : rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité.

Proposition n°3 : revoir les organisations pour renforcer le rôle managérial des cadres en allégeant leurs tâches quotidiennes par une organisation des logistiques et du système d'information autour de leurs activités.

Le recrutement :

Proposition n°4 : prévoir pour la promotion interne, avant l'entrée en formation d'encadrement, une période de mise en situation organisée, accompagnée et évaluée.

Proposition n°5 : recruter les cadres de santé par concours sur titre circonscrit à un entretien professionnel après obtention du diplôme.

Proposition n°6 : recruter les attachés d'administration hospitalière sur liste d'aptitude à l'issue de leur formation à l'EHESP.

L'évaluation des pratiques managériales :

Proposition n°7 : supprimer la notation et fonder l'évaluation individuelle des cadres sur la mesure de l'atteinte des objectifs fixés chaque année.

Proposition n°8 : utiliser la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles pour développer les compétences managériales individuelles et collectives avec le soutien de la Haute Autorité en Santé.

Le projet managérial :

Proposition n°9: rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement.

La représentation institutionnelle :

Proposition n°10 : créer un collège cadre au sein du Comité Technique d'Etablissement.

Proposition n°11 : établir une présence des représentants de ce collège cadre à la Commission Médicale d'Etablissement.

Proposition n°12 : favoriser la création d'espaces cadres.

L'évaluation de la politique managériale des établissements en matière de conduite d'une dynamique de l'encadrement :

Proposition n°13 : évaluer les chefs d'établissement sur leur politique managériale.

Proposition n°14 : inclure dans le référentiel de certification de la Haute Autorité en Santé un item sur l'implication des cadres hospitaliers dans les processus de décision.

2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.

Proposition n°15 : donner une dimension universitaire aux formations initiales des cadres, de santé, sages-femmes, techniques, administratifs et socio-éducatifs tout en garantissant leur dimension professionnelle.

Proposition n°16 : encourager des parcours universitaires pour les techniciens supérieurs hospitaliers et les adjoints des cadres hospitaliers ayant les responsabilités les plus lourdes.

Proposition n°17 : donner à la formation des cadres de santé une équivalence universitaire (60 ECTS au moins) permettant l'obtention d'un master dans un parcours de formation organisé incluant la validation des acquis de l'expérience.

Proposition n°18 : prévoir dès maintenant l'obtention d'un master pour les cadres de santé et les sages-femmes cadres en situation de cadre paramédical ou sage-femme de pôles.

Proposition n°19 : donner à la formation des attachés d'administration hospitalière une reconnaissance universitaire permettant l'obtention d'un master et prévoir pour eux un statut d'élève de l'EHESP.

Proposition n°20 : donner à la formation des cadres sages-femmes une reconnaissance universitaire niveau master.

3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.

Les instituts supérieurs de management en santé :

Proposition n°21 : créer les Instituts supérieurs du management en santé, au niveau régional ou interrégional pour la formation initiale des cadres et le développement des compétences managériales de l'ensemble des managers hospitaliers (cadres, médecins managers et directeurs).

Une animation régionale des projets portés par les cadres :

Proposition n°22 : impliquer les institutions et acteurs régionaux concernés dans l'animation régionale des projets développés par les cadres des secteurs hospitalier, social et médico-social.

4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.

Proposition n°23 : obtenir le soutien de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance à des projets de changements organisationnels conduits par les cadres.

Proposition n°24 : dédier des programmes hospitaliers de recherche clinique à la recherche en management impliquant des cadres.

Proposition n°25 : mobiliser la Haute Autorité en Santé sur le développement de la qualité du management et le soutien des évaluations des pratiques professionnelles en ce domaine.

Proposition n°26 : confier à l'EHESP une mission particulière sur l'animation du réseau des instituts supérieurs de management en santé (certification internationale, recherche, partage de

l'information et de l'expertise) et conforter son rôle dans le développement des compétences des dirigeants hospitaliers.

5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.

Proposition n°27 : s'appuyer sur la réforme des grilles indiciaires en cours dans les trois fonctions publiques pour revaloriser les statuts des cadres hospitaliers.

Proposition n°28 : renforcer l'indice de début de carrière des cadres de santé pour garantir un différentiel significatif de rémunération entre le cadre et les membres de son équipe.

Proposition n°29 : créer un statut d'emploi accessible aux cadres paramédicaux et cadres sages-femmes de pôles.

Proposition n°30 : instituer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière (accès à la hors échelle A) pour les AAH investis des fonctions d'encadrement les plus lourdes.

Proposition n°31 : réformer et améliorer le régime indemnitaire des cadres (intégrer l'atteinte des objectifs).

Proposition n°32 : mener une réflexion sur l'intéressement collectif dans les établissements.

Proposition n°33 : renforcer le niveau de NBI pour certains cadres hospitaliers.

6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.

Proposition n° 34 : initier une série de recherches pour mieux situer les cadres hospitaliers et comprendre la spécificité des différents métiers de cadres hospitaliers ;

Proposition n° 35 : créer un espace internet pour les cadres hospitaliers en prolongeant le site mis en place pour la mission.

Proposition n°36 : mettre en place une démarche nationale de projet (avec un chef de projet) impliquant la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de l'action sociale, en lien avec les principaux acteurs institutionnels.

Introduction

« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide »... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent. Ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est accordée dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires au quotidien ?

Au moment où se déploient de nouvelles réformes de la gouvernance hospitalière, modifiant en profondeur les hiérarchies, la répartition des compétences et les moyens pour atteindre les objectifs de l'institution, il était indispensable de poser au niveau national la question des cadres hospitaliers. Faute d'ouvrir ce débat, se profilait le risque de voir se figer des organisations encore plus complexes et moins lisibles pour les acteurs qui sont censés les animer. C'est pour cette raison que la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, a décidé de confier à Chantal de SINGLY, directrice de l'institut du management à l'EHESP, une mission de réflexion et de proposition sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

La complexité de la question, du fait du nombre de cadres concernés (45000), de la diversité des spécialités couvertes et de la variété des conditions d'exercice du métier de cadre dans une organisation elle-même complexe, interpelle l'hôpital. Cette complexité appelait une approche exploratoire ouverte à des experts différents : c'est le premier « parti pris » méthodologique retenu par la mission qui a auditionné de nombreux spécialistes et représentants des cadres (133 personnes au cours de 60 auditions) et s'est appuyée sur un groupe de réflexion composé de chercheurs. Le second, inspiré des nouvelles démarches de recherche et de la « démocratie participative » met en avant la nécessité de donner la parole non seulement aux experts ou aux représentants mais aussi, directement, aux personnes elles-mêmes, les experts et les profanes produisant ensemble le savoir. De ce choix méthodologique a découlé la place donnée à l'expression des cadres : dans la construction de la commission, majoritairement composée de cadres en exercice ; à travers les rencontres régionales, qui ont réuni plus de 4000 cadres ; par des rencontres informelles avec des groupes locaux de cadres hospitaliers ; et enfin à travers les échanges rendus possibles grâce au site Internet ouvert par la mission. Pendant trois mois, avec près de 23000 visiteurs sur le forum <http://www.cadres.creer-hopitaux.fr>, plus de 1100 cadres hospitaliers inscrits ont régulièrement échangé sur ce forum. Les informations ainsi recueillies sont particulièrement riches, trop riches sans doute pour être toutes retraduites dans ce rapport. Mais elles ont permis de construire une analyse et de fonder les propositions soumises à la ministre de la santé et des sports. Au-delà du rapport, la démarche engagée par la mission, qui a été encouragée et interpellée par les cadres, a suscité une dynamique qu'il apparaît indispensable

de maintenir et de développer. Ainsi, les changements qui pourront être impulsés en conclusion de la mission seront non seulement proposés aux cadres mais surtout portés avec eux et par eux. De même que la mission a tenu à donner la parole aux cadres, il est indispensable que les cadres soient parties prenantes et agissantes des transformations qu'ils attendent pour eux, et in fine pour l'ensemble de l'organisation, et donc pour les personnes accueillies et soignées à l'hôpital.

S'il est un point fort et largement exprimé par les cadres, c'est la demande d'être pleinement reconnus comme cadre. C'est-à-dire comme des acteurs capables de décider dans un champ de responsabilités bien identifié et d'apporter leur contribution à la construction de la stratégie, capables de s'engager sur des objectifs à atteindre, qui bénéficient du soutien de leur hiérarchie pour y parvenir, qui sont évalués sur l'atteinte de ces objectifs.

Des rôles et des missions clarifiés et renforcés pour tenir compte des évolutions de l'hôpital et de la société, des marges de manœuvre pour les exercer, une formation initiale et tout au long de la vie à la hauteur de ces responsabilités, une capacité de peser dans les décisions de l'hôpital et une reconnaissance financière de cette plus grande implication, telles sont les grandes lignes que nous retenons et que nous allons développer dans ce rapport qui est structuré en trois chapitres :

. Nous traiterons d'abord du rôle des cadres et de son évolution dans un hôpital confronté à des demandes sociales fortes et à des transformations rapides. Cela amène la mission à dessiner des organisations de travail portées par des cadres plus autonomes et dotés de capacité d'agir élargies (premier chapitre).

. Cela conduit en conséquence à proposer une évolution du recrutement et du développement des compétences des cadres (deuxième chapitre) : les formations initiales sont revisitées, les formations tout au long de la vie accompagnent des évolutions de responsabilité, et les changements engagés par les cadres bénéficient largement d'expertise et d'accompagnement ; certains peuvent s'inscrire dans des projets de recherche.

. Dotés de nouvelles responsabilités avec de nouvelles compétences, les cadres seront réellement positionnés dans l'organisation hospitalière en lien fort avec le niveau stratégique et mieux reconnus par une évolution de carrière et des rémunérations à la hauteur de responsabilités élargies et d'implication plus grande (troisième chapitre).

En préambule nous préciserons le champ de la mission en explicitant ce que nous entendons par la fonction d'encadrement en général et comment elle s'exprime à l'hôpital à travers les « cadres hospitaliers ».

0.1 Qu'est-ce qu'encadrer ?

Cadres et fonction d'encadrement

La mission s'est intéressée aux « cadres hospitaliers », qui, d'après les nomenclatures officielles et les statistiques existantes, sont au nombre d'environ 45.000 dans les établissements publics de santé. L'une des raisons principales dans la définition de ce « périmètre » est que les cadres sont, à juste titre, définis comme une composante et une force essentielles dans la mise en œuvre au quotidien des réformes en cours à l'hôpital. Les cadres font en effet le lien entre un « haut » constitué par les directeurs et autres dirigeants, et un « bas » constitué par le personnel hospitalier ni cadre ni dirigeant. Les cadres de santé font aussi le lien entre les médecins et les directions de gestion. C'est la raison pour laquelle la mission, au-delà du statut institutionnel des cadres hospitaliers, s'est intéressée à la *fonction d'encadrement*.

Par « fonction d'encadrement » nous désignons l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés. Ces activités contribuent d'une manière décisive à définir au quotidien les critères du « bon travail », donc certaines orientations de ce travail (d'où leur importance stratégique pour les réformes dans les organisations). La forme la plus explicite et connue de ces activités est l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnels au quotidien et de manière directe (ex : cadre de santé) ou plus indirecte (ex : cadre supérieur de santé). Mais de manière encore plus indirecte, le personnel est aussi encadré par les procédures, décisions budgétaires, solutions techniques, dont s'occupent les « cadres experts », et aussi « en aval » par la formation, organisée par les cadres formateurs.

Le périmètre couvert par cette définition « large » de l'encadrement dépasse de loin les « cadres » proprement dits, pour inclure à la fois les « faisant fonction », mais aussi d'autres personnels qui, sans être cadres, exercent de façon permanente ou ponctuelle une activité d'encadrement. C'est le cas des responsables et gestionnaires de projet (ex : conduite d'une démarche d'accréditation) ou de certains techniciens de l'hôpital qui encadrent des personnels d'entreprises sous-traitantes. L'une des conséquences en est que le nombre de 45.000, qui n'inclut que les cadres statutaires, sous-estime largement le périmètre réel de la fonction d'encadrement.

Cette définition est à la fois plus large mais aussi plus restreinte que celle des « cadres », dans la mesure où une partie (minoritaire) des cadres n'encadre pas (ou guère) de personnels...

mais des dossiers. Ce sont ce qu'on appelle les « cadres experts ». Néanmoins, cette expertise, loin d'être seulement « technique », implique toujours, en référence aux réformes en cours, des choix dans plusieurs manières de gérer un dossier, donc dans des alternatives qui engagent la responsabilité (y compris personnelle) des cadres experts. C'est l'une des raisons pour lesquelles on emploie couramment le terme de « salariat de confiance » pour désigner les cadres, et cette confiance engage notamment leur loyauté à l'égard des orientations politiques en cours dont ils sont chargés de traduire en chiffres, solutions techniques, choix financiers et autres, les conséquences concrètes. On peut prendre comme exemple les logiciels informatiques mis en place dans la gestion hospitalière : ceux-ci peuvent avoir été conçus par des ingénieurs (cadres experts) qui estiment qu'il n'y a que les spécialistes pour pouvoir s'occuper d'informatique, ou par des ingénieurs plus « participatifs » qui estiment nécessaire d'associer le personnel à l'élaboration de ces logiciels. Le « produit informatique » sera de nature très différente dans ses applications, utilisations et appropriations, selon l'un ou l'autre de ces choix. Les cadres experts sont de ce point de vue bien inclus dans notre définition de la « fonction d'encadrement ».

Il en va de même pour les cadres formateurs. Ceux-ci sont inclus à juste titre dans la fonction d'encadrement pour au moins deux raisons. La première est qu'il y a, dans l'activité de formation, une dimension d'encadrement évidente dans le rapport formateurs/formés : maintenir la discipline dans un cours, contrôler le travail des formés et le noter, évaluer. La seconde est que les dispositifs pédagogiques choisis et les contenus enseignés contribuent de manière décisive à faire intégrer des idées, principes, connaissances, outils, qui « pré-cadrent » le travail des personnes formées en leur en fournissant certains codes et une certaine conception de ce qu'est un « bon travail ».

On comprend dès lors l'importance de cette fonction d'encadrement vis-à-vis des réformes en cours à l'hôpital. Car c'est elle qui fait le lien concret, quotidien, entre les directives reçues des directions générales et des responsables d'unité et le travail au jour le jour. C'est elle qui fait la « traduction » entre le caractère général et parfois abstrait des directives et les caractéristiques des personnels encadrés et des situations singulières locales. En ce sens, l'encadrement n'est pas une « courroie de transmission » mais bien un traducteur et un interprète, qui doit savoir adapter des principes généraux à des situations particulières, ceci de façon souvent très « personnelle » : la manière dont l'encadrement se positionne lui-même par rapport aux réformes, et est (ou n'est pas) intimement convaincu de leur bien-fondé, joue un rôle décisif dans la façon dont il tentera (ou ne tentera pas) de convaincre celles et ceux qu'il encadre. Cette position, intermédiaire par définition, fait que les cadres sont pris dans des contradictions, des conflits de loyauté et de « malaise » si récurrents qu'on peut les dire constitutifs de leur position spécifique. Ils expriment bien ce dilemme sur le forum Internet : *« loyal !!! Mais envers qui? (...) en tant que cadre de proximité, cette loyauté doit être universelle » « Ce qui apporte au quotidien, bien des désagréments. Même si on est le "lien" qui unit les différentes parties, à force de tirer sur la corde, elle se rompt »*

Le nombre de cadres et la diversité de l'encadrement diffèrent d'une organisation à une autre et dépendent notamment de trois facteurs : la plus ou moins forte standardisation et « automatisation » des tâches et activités, la qualification du personnel et le caractère plus ou

moins spécialisé et qualifié du travail. Dans des usines où le travail est fortement structuré et rythmé par des chaînes de montage, le taux d'encadrement peut être relativement bas car les salariés (ouvriers) sont encadrés par les machines. On peut penser que l'accroissement des procédures à l'hôpital et l'informatisation de certaines activités ont aussi pour effet d'y réduire le taux d'encadrement. De même, un personnel qualifié et diplômé, possédant un fort sens des responsabilités, notamment à l'égard des clients et usagers dans les entreprises de service (ex : les patients de l'hôpital), permet de diminuer le nombre d'encadrants dans la mesure où le personnel en quelque sorte « s'auto-encadre ». Enfin, dans certaines entreprises spécialisées en recherche et développement, comme des laboratoires ou des unités de conception de nouveaux produits, le nombre de cadres experts (ingénieurs, techniciens très qualifiés) est très élevé, bien que leur taux d'encadrement soit très faible quand chacun gère et dirige son propre travail. Le nombre de cadres et le taux d'encadrement à l'hôpital varieront donc selon l'organisation générale du travail, les qualifications des personnels et peuvent être différents d'une spécialité à une autre. Avec l'évolution constante des technologies et la création de nouvelles techniques de soins, ces variations vont probablement aller en s'accroissant. La formation et la qualification de l'encadrement hospitalier devront en tenir compte.

L'activité d'encadrement

L'activité d'encadrement proprement dite, celle qui concerne directement les personnels encadrés, connaît à la fois des spécificités selon les secteurs et des traits souvent très « personnels » et obéit à des mécanismes qu'on retrouve d'un secteur à un autre, d'un encadrant à un autre¹. Tout d'abord, c'est une activité où (tout comme dans la fonction de direction d'ailleurs) dominent l'incertitude, l'imprévisibilité et les tensions. L'un des traits constants de l'activité d'encadrement est qu'elle existe pour répondre à ce qui ne se passe pas comme prévu, qu'elle résout les problèmes de toutes sortes qui surgissent dans le travail, qu'elle met de l'huile dans des rouages qui parfois « grincent ». Cela en fait une activité dans laquelle on peut avoir à résoudre une diversité presque infinie de problèmes et, par conséquent, une grande variété de solutions : l'encadrement fait souvent « feu de tout bois ». Ce côté « fourre-tout » constitue l'une des spécificités de l'activité, commune à toutes les organisations.

Encadrer, c'est toujours plus ou moins « ferrailler », argumenter et contre-argumenter (par exemple, concernant le sens des réformes en cours). L'improvisation et l'adaptation aux situations sont de ce point de vue des caractéristiques essentielles de l'encadrement. Ce dernier est obligé tant bien que mal de créer des terrains d'entente (et donc parfois de compromis) avec les personnels et équipes encadrés s'il veut conserver son autorité. C'est d'ailleurs ce qui en fait l'attrait pour beaucoup d'encadrants, qui apprécient cet aspect imprévisible et anti-routinier de leur travail. Mais c'est aussi ce qui peut faire peur à d'autres encadrants, qui tentent de se réfugier

¹ Pour une analyse plus complète des différents « secrets » de l'activité d'encadrement en général, voir F. Mispelblom Beyer : Encadrer, un métier impossible ? Armand Clin, 2006, dont cette partie du Préambule s'est largement inspirée.

dans la gestion, les tableaux de bord, les plannings, et d'éviter les conflits qui sont toujours potentiellement présents dans le travail.

Une autre caractéristique générale du travail d'encadrement est que la personnalité de l'encadrant y joue un grand rôle, d'où l'importance de la loyauté et de la confiance (entre direction et encadrement). En effet, le cadre est là pour « personnaliser » les directives générales, selon deux sens du terme. D'une part, il y met sa propre touche personnelle, ses convictions, ses mots et son style. D'autre part, il les adapte aux personnalités, styles et convictions de celles et ceux qu'il encadre. Les dimensions sociales et personnelles sont ici indissociables. Et ces « styles propres » se rencontrent aussi d'une organisation à une autre (ex : styles plus ou moins participatifs ou au contraire autoritaires, gestionnaires et techniques, ou au contraire « humains et conviviaux »). Un bon exemple en est l'importance des différences de genre, qui jouent un rôle non négligeable dans l'activité d'encadrement, notamment à l'hôpital. On sait qu'outre les inégalités dans les chances d'accès aux postes « de pouvoir » dans les organisations (ce qu'on appelle le « plafond de verre »), perdurent dans les organisations des stéréotypes qui désignent tel travail comme plutôt « masculin » et tel autre plutôt « féminin » (les activités de communication, de gestion des ressources humaines et surtout de soins et de « social » en général, rentrent dans ces derniers stéréotypes). Qu'on soit cadre homme ou cadre femme n'est donc pas indifférent. Une femme cadre devra, par exemple, inventer des stratégies d'encadrement particulières si elle veut réussir à encadrer des équipes à dominante masculine, qui considèrent que leur travail ne peut être effectué que par des hommes et pensent qu'une femme ne peut pas les encadrer car « elle ne comprend rien » à leur travail.

Les divergences d'orientations au sein de l'encadrement

Les *manières d'encadrer*, les manières de faire, diffèrent donc d'un cadre à l'autre, tout en n'étant pas purement personnelles et totalement originales ou uniques. Ainsi, si les cadres n'ont généralement guère le choix d'effectuer ou de ne pas effectuer ce que leurs directions leur demandent de faire, ils ont de fait le « choix » quant à la manière de remplir leur mission. Les choix dans ces manières de faire sont très importants pour les modalités d'adhésion ou de rejet, d'appropriation ou d'incompréhension que le personnel encadré manifeste à l'égard des décisions et projets qu'on lui propose et impose. C'est le cas, par exemple, des démarches qualité et d'accréditation, largement répandues tant dans les entreprises que dans le secteur de la santé et le secteur social. Un « responsable de projet » peut mener ce type de démarches en s'entourant d'un « petit comité spécialisé », en rédigeant les procédures dans le langage spécialisé de la qualité, en n'y formant que quelques cadres, ou au contraire, proposer de former l'ensemble du personnel concerné en employant certains éléments de langage des salariés eux-mêmes dans les procédures, avec une large association de toutes les personnes concernées. Ces différences et divergences d'orientation caractérisent l'encadrement dans son ensemble.

0.2 Les cadres hospitaliers

L'hôpital, lieu d'exercice différent

Les cadres hospitaliers partagent une partie des traits généraux de l'encadrement présentés ci-dessus, mais ils ont aussi leurs particularités intrinsèques. L'hôpital n'est pas tout à fait une organisation comme une autre. L'hôpital occupe une place très particulière dans la société. On y naît, on y meurt, on y souffre, on y est soulagé, on y guérit. Parce qu'il est un lieu de vie et de mort, parce qu'il s'adresse au corps et à l'intimité profonde de la personne, l'hôpital doit inspirer confiance. L'étymologie même du mot, renvoyant au concept d'hospitalité, indique l'importance de la qualité de l'accueil et de la prise en charge du patient. On n'exerce pas à l'hôpital par hasard. Compétence, déontologie, respect : ce sont bien là les marques distinctives de toute profession hospitalière quels que soient les qualifications, les origines, les métiers, la place occupée. Dans ce contexte d'exercice à un haut niveau de risques encourus, de visibilité sociale et d'attention médiatique, le rôle du cadre hospitalier est déterminant.

Une définition fonctionnelle du cadre

Il devient dès lors indispensable de cerner au mieux ce que l'on entend par « cadre hospitalier » et par « fonction d'encadrement ». Curieusement, alors que l'expression « cadre », singularité très française semble-t-il, est particulièrement utilisée dans les conventions collectives et les statuts, il n'en existe aucune définition légale universelle². « *Cadre, quel mot mal choisi pour définir une fonction qui n'a pas de réelle limite ...* »³

La fonction publique, notamment celle de l'Etat, en donne une définition statutaire trop réductrice (la catégorie A) pour être retenue. Pour sa part, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation (initiale ou continue).

Cette définition apparaît opportune à plusieurs titres :

- elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires ; des activités de cadre peuvent être exercées par des agents de catégorie B voire C ou par des personnels « faisant-fonction » ;
- elle s'adresse à tous les secteurs de l'hôpital, quels que soient par ailleurs la taille de l'établissement (du CHU à l'hôpital local), ses activités principales

² A titre d'exemple, les définitions retenues par l'INSEE d'une part et les organismes de retraite complémentaire d'autre part ne se recoupent pas.

³ Verbatim du forum Internet

(prééminence médecine, chirurgie, obstétrique ou santé mentale ou encore médico-sociale) et son mode d'organisation interne (pôles d'activités ou non) ou externe (réseaux, hospitalisation à domicile, groupement de coopération sanitaire de moyens, communauté hospitalière de territoire, etc.) ;

- elle transcende sans les confondre les filières professionnelles : soignante (soins infirmiers, de rééducation ou médico-techniques), sages-femmes, socio-éducative, administrative, technique et ouvrière ;
- elle se décline aussi bien au sein qu'en dehors des différents niveaux hiérarchiques : cadres encadrants (mission d'encadrement de personnels) et cadres non-encadrants ;
- elle correspond au mieux aux objectifs indiqués dans la lettre de mission, principalement centrés sur une approche fonctionnelle. Ainsi :
 - une mission de management d'équipes et d'organisations consiste à concevoir l'organisation (de soins, de gestion administrative ou technique) et à l'animer. En matière de soins ces enjeux d'organisation sont primordiaux et délicats car ils concernent aussi la place et le rôle des médecins auprès des patients. Cette définition intègre, pour les cadres encadrants, les différents niveaux d'encadrement. La précision est d'autant plus nécessaire que, selon les établissements ou les filières professionnelles, les dénominations correspondant aux différents niveaux d'encadrement ne sont pas identiques. On retiendra toutefois qu'au sein de la filière soignante l'expression « cadre de proximité » renvoie très majoritairement à une fonction d'encadrement de personnels de terrain exerçant au plus près du patient. Ainsi, le cadre de santé de proximité n'encadre pas de cadres alors que le cadre supérieur de santé encadrant peut avoir, et a la plupart du temps, une mission d'encadrement d'un ou plusieurs cadres. Ces mêmes différents niveaux d'encadrement peuvent se retrouver dans les autres filières.
 - une mission transversale ou de responsabilité de projet peut impliquer, dans différents domaines, la coordination d'actions ou de secteurs, ou l'exercice d'une mission de conseil, d'organisation ou de démarche qualité.
 - une mission d'expert est exercée par des cadres ayant approfondi un ou plusieurs domaines de leur fonction, au travers d'une formation validée et/ou de leur pratique.
 - une mission de formation s'exerce essentiellement en institut de formation, en qualité de cadre-enseignant.

Les quatre missions principales répertoriées ci-dessus peuvent être exercées en tout ou partie, c'est-à-dire à titre exclusif ou simultanément. La mission considérée comme cadre encadrant tout agent investi d'une fonction d'encadrement de personnels, quelle que soit la part qui y est consacrée dans son temps de travail.

Le champ traité par la mission

Selon les intentions de la lettre ministérielle, les cadres de direction, les directeurs des soins et les praticiens hospitaliers n'apparaissent pas dans le périmètre des emplois d'encadrement traités par la mission. Toutefois, si elles ne sont pas étudiées en tant que telles, les fonctions de direction et médicales restent à l'évidence très présentes dans les réflexions et propositions de la mission dès lors que certains sujets (par exemple le positionnement des cadres, les liens hiérarchiques et fonctionnels) ne peuvent être appréhendés avec cohérence qu'en y intégrant l'ensemble de la ligne managériale (chef d'établissement, directeurs adjoints, direction des soins, médecins chefs de pôle).

Des éléments chiffrés

Au regard des données fournies par la DHOS⁴, au 31 décembre 2007 les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé. Les effectifs recensés sont les effectifs physiques titulaires et non-titulaires sur emplois permanents pour les emplois d'encadrement suivants : cadres de santé, cadres sages-femmes, cadres socio-éducatifs, attachés d'administration hospitalière, adjoints des cadres hospitaliers, ingénieurs et techniciens supérieurs hospitaliers dans les établissements publics de santé. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant-fonction de cadres », on approche les 6% des effectifs des établissements publics de santé. Si on considère par ailleurs que les psychologues hospitaliers, bien que n'apparaissant pas dans ces données chiffrées, sont bien des cadres hospitaliers, ce taux de 6% peut constituer une référence pertinente.

Selon les filières professionnelles, les effectifs de cadres se décomposent comme suit :

- les cadres de santé, constitués à plus de 85% par les cadres infirmiers, sont environ 26400 et représentent près de 60% du total des effectifs des cadres hospitaliers ;
- les cadres administratifs sont 9 350 (environ 3 150 AAH et 6 200 ACH⁵) et représentent 1 cadre sur 5 à l'hôpital (21%) ;
- les cadres techniques sont 7 650 (environ 2 570 ingénieurs et 5 080 TSH⁶) et représentent 17% des cadres hospitaliers ;
- les cadres sages-femmes et les cadres socio-éducatifs sont respectivement près de 920 et 420.

Par ailleurs, la mission a pu disposer d'éléments de taux d'encadrement par filière dans les établissements publics de santé au 31 décembre 2007, par catégorie d'établissements et par région

⁴ Source SPE 2004 redressée avec SAE 2007. Tableau joint en annexe.

⁵ Sachant que si tous les AAH sont cadres (encadrants ou non), tous les ACH ne sont pas en situation d'encadrement, la mission ne disposant pas de l'effectif des ACH encadrants.

⁶ Pour les TSH, même remarque que pour les ACH.

dans les établissements publics de santé au 31.12.2004, certaines données pouvant être croisées (exemple : par catégorie d'établissements et par filière). Les tableaux sont joints en annexe. L'expression « taux d'encadrement » est ici à prendre au sens large, c'est-à-dire incluant les quatre principales missions indiquées plus haut (cadres encadrants et non-encadrants). Ces tableaux sont riches d'enseignements ; la mission n'en développera que quelques uns, parmi lesquels :

- les taux d'encadrement les plus élevés se situent dans les filières administrative (10% des personnels de cette filière sont des cadres) et technique/ouvrière (8,4%) ;
- le taux d'encadrement dans la filière socio-éducative (3,7%) est appréhendé sur les seuls établissements publics de santé et non sur l'ensemble des établissements de la FPH ;
- le taux d'encadrement le moins élevé est celui de la filière infirmière et rééducation, 4,4% des personnels de la filière étant cadres de santé ; dans cette filière qui réunit plus de 560 000 agents le nombre de personnels encadrés pour un cadre est beaucoup plus élevé que dans les autres filières : moins de 5 cadres pour 100 agents dans cette filière, étant entendu que ces 5 cadres ne sont pas forcément tous encadrants. Une des raisons de ce relatif sous-encadrement tient peut-être au fait que les médecins responsables d'unité jouent eux-mêmes un rôle d'encadrement. Ce constat relatif aux cadres de santé est particulièrement important.
- toutes filières confondues, le taux d'encadrement dans un hôpital local est deux fois moins élevé que dans un CHR/CHU (3,3 contre 6,2) ; en outre, la répartition des taux d'encadrement par filières dans les hôpitaux locaux est fortement atypique rapportée à la répartition nationale : le taux y est presque deux fois plus élevé dans la filière administrative (18,9% pour une proportion nationale de 10,1%), mais deux fois plus faible dans la filière soignante (2,2% pour une proportion nationale de 4,4%). Ces indications (3 cadres pour 100 agents toutes filières confondues et à peine plus de 2 cadres de santé pour 100 agents dans la filière soignante) renvoient au double constat d'équipes de direction plus resserrées, les cadres administratifs les secondant, et de fonctions d'encadrement plus polyvalentes, en particulier pour les cadres de santé, dans les établissements de petite taille (constat par ailleurs récurrent dans le secteur médico-social).
- s'agissant du taux d'encadrement par région, le constat est établi d'un taux proche de la proportion nationale (5,6 %) dans une grande majorité de régions. Le taux élevé en Ile -de -France (1 point au dessus de la proportion nationale) peut être lié à la taille des établissements et à un taux d'encadrement plus élevé à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (dans cette région, le taux d'encadrement dépasse la proportion nationale sur les filières administrative et technique, celui de la filière soignante restant identique à la proportion nationale). La mission ne connaît pas les raisons précises de taux d'encadrement parfois assez faibles (principalement sur la filière soignante), situés à pratiquement 1 point au dessous de la proportion nationale : densité plus forte qu'ailleurs de petites structures ? difficultés particulières (et si oui, conjoncturelles ou structurelles ?) pour pourvoir les postes de cadres de santé ? stratégies spécifiques des chefs d'établissement sur l'envergure, sur le ratio encadrant/encadrés pour les postes de cadres de santé ?

Conclusion

Plus que beaucoup d'autres, le secteur hospitalier public est accoutumé aux réformes. La nouveauté tient à la continuité et à l'accélération du phénomène dans la période récente. La mise en place de la nouvelle gouvernance en 2005, confortée et ajustée parfois sur des points importants par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, s'inscrit dans un contexte d'adaptation permanente de l'hôpital et de ceux qui y travaillent aux réformes de structures, d'organisation et de fonctionnement. A ces réformes institutionnelles d'envergure vient s'ajouter pour l'hôpital et les hospitaliers la nécessité d'intégrer en continu les nouvelles techniques médicales et de soins et d'apporter les bonnes réponses aux multiples demandes d'un corps social exigeant. L'encadrement hospitalier est au centre du dispositif et la clé de voûte sur laquelle repose toute l'architecture du changement. Situé entre la direction, l'autorité médicale et les personnels, le cadre est à la convergence des décisions prises et des aspirations de ceux qui les appliquent. La motivation des cadres en toutes circonstances, leur intelligence des situations, leur place à risque mais privilégiée dans l'institution, représentant « la base » aux yeux de l'administration et représentant l'administration aux yeux de « la base », tout cela explique en bonne partie qu'au fil des réformes incessantes, « ça ait tenu » et que l'institution hospitalière n'ait pas implosé. Sans aucun doute possible, les cadres hospitaliers ont porté à bout de bras les démarches d'accréditation puis de certification et les ont fait réussir. Cet aspect bien réel est, lui aussi, resté largement invisible et confirme le paradoxe d'une reconnaissance acquise plus au sein de la société que de l'hôpital.

La mission tient à souligner qu'elle n'a pas pu explorer l'ensemble des très nombreuses pistes qui s'ouvraient à elle, ni investir de manière approfondie tous les champs de la problématique de l'encadrement à l'hôpital. A titre d'exemple, il aurait été très pertinent d'analyser les particularités de la fonction d'encadrement dans les très petites structures, de mieux identifier les différences tenant aux personnes soignées ou accueillies ; il aurait été de même intéressant d'observer la manière dont la fonction d'encadrement est appréhendée en Europe et au-delà.

Aujourd'hui, les cadres hospitaliers, toutes filières confondues, ont besoin de clarifications, de rectifications et d'améliorations dans les différents domaines d'exercice de leurs fonctions. Le tournant imposé par les réformes en cours ne pourra être pris qu'à ces conditions. Réalistes et clairvoyants, les cadres hospitaliers, dans leur grande majorité, sont prêts à relever les grands défis de l'époque pour peu que les pouvoirs publics et l'institution hospitalière leur en donnent la possibilité et les moyens. Le statut social des cadres hospitaliers doit être valorisé dans les différents domaines de leur activité : formation, positionnement, rémunération, évaluation. Au rebours du « délire procédurier »⁴⁶ souvent constaté, les propositions de la mission se veulent opérationnelles et pragmatiques. Elles visent, en sensibilisant aux fortes particularités de la

⁴⁶ Voir François Dupuis dans « La fatigue des élites », le capitalisme et ses cadres, (la République des idées – Scuil), page 80.

situation des cadres aujourd'hui, à clarifier, à mieux accompagner et surtout à redonner des marges de manœuvre aux hôpitaux et aux cadres eux-mêmes.

La mission a conscience que la mise en œuvre de ses préconisations passe d'abord par l'appropriation par les cadres, les médecins et les équipes de direction eux-mêmes, des grandes thématiques sur lesquelles elle s'est appuyée. Au delà, elle appelle de ses vœux une véritable dynamique nationale sur la question de l'encadrement dans les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Cette dynamique s'est incontestablement amorcée avec les choix méthodologiques opérés par la mission pour travailler. Les auditions, les rencontres interrégionales (y compris outre-mer), les rencontres informelles avec des professionnels, le forum Internet mis en place pour la circonstance, les prises de position ou réflexions à d'autres occasions, ont apporté un formidable témoignage de l'implication des cadres sur les sujets les concernant mais aussi de la confirmation de leurs fortes attentes.

C'est dire l'importance, pour cette dynamique nationale, de la double question du portage et du pilotage de la suite des travaux de la mission. Le portage doit se situer au niveau des pouvoirs publics, la ministre de la santé et des sports ayant sollicité elle-même cette mission de réflexion et de propositions sur les cadres hospitaliers. La mission préconise que le pilotage de la suite de ses travaux, et pas seulement de la mise en œuvre de ses propositions, s'organise sur la base d'une démarche de projet comprenant :

- La désignation d'un chef de projet d'un haut niveau dans la hiérarchie de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- La mise en place d'un groupe projet associant, outre la direction générale de l'action sociale, divers acteurs institutionnels dont la fédération hospitalière de France, l'association pour la formation permanente des personnels hospitaliers (ANFH), l'école des hautes études en santé publique (EHESP). Ce groupe projet aurait à piloter le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des propositions de la mission, à proposer puis appliquer un calendrier de travail.

Parmi les nombreuses et fortes déclarations entendues ou lues par la mission au cours de ses travaux, une phrase vient à l'esprit : *« l'encadrement, ça attire et ça fait peur »*. Puissent les propositions de la mission conforter le premier sentiment et alléger le second.

Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?

Sophie Reinhardt

Université Paris8, Centre de Recherche Sociologiques et Politiques de
Paris (CRESPPA) - Genre, Travail, Mobilités (GTM)

reinhardt.sophie@neuf.fr

Résumé :

D'un modèle d'encadrement autoritaire avec la surveillante, à un modèle professionnel avec le cadre infirmier, le nouveau modèle vers lequel tend aujourd'hui le cadre de santé est gestionnaire et managérial. Un statut et une fonction qui n'ont cessé d'évoluer, aidés par l'obligatoire passage par la formation.

Mots-clés :

cadre de santé, formation, compétences, statut, profession, évolution

Le métier de cadre de santé évolue constamment au regard des nouvelles exigences réglementaires. Le cadre de santé, responsable de l'unité de soins, conjointement avec le médecin chef de service, est garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients.

La notion de "cadre de santé" englobe l'ensemble des professions paramédicales régis par différents décrets. De plus, la formation en école de cadre (IFCS) est désormais obligatoire pour l'accès à toute fonction d'encadrement. Le législateur considère ici que l'encadrement nécessite l'acquisition d'outils qui ne s'improvisent pas et qui doivent être obtenus dans le champ de la formation. Nous sommes en effet passés des termes de "cadre infirmier" à "cadre de santé". L'encadrement est considéré comme un nouveau métier et non plus comme la prolongation naturelle du métier d'infirmier acquise par le biais de la simple ancienneté.

La formation propose l'acquisition de savoirs faire et le développement de méthodes de réflexion devant permettre aux cadres d'analyser les situations professionnelles et s'adapter aux évolutions attendues.

D'un modèle d'encadrement autoritaire à un modèle professionnel, le cadre de santé est aujourd'hui représenté par un modèle gestionnaire. A cela s'ajoute l'obligatoire formation des cadres de santé qui recompose leur fonction et leur statut.

1. Naissance des « cadres de santé ». Retour sur l'évolution de la fonction de surveillante.

L'hôpital doit faire face à des évolutions constantes, structurelles, économiques, politiques et les cadres de santé doivent s'adapter et, eux aussi, évoluer. Ils doivent actuellement faire le grand écart entre leurs métiers d'origine, leurs cultures soignantes de base et une nouvelle culture de manager. Le cadre pour être efficace doit faire preuve de stratégie, d'un sens de l'organisation et de la relation. Pour cela il doit apprendre aujourd'hui d'autres manières d'être et d'agir et se défaire de son métier d'origine pour pouvoir développer ce qu'il est : un cadre de santé à part entière.

1.1. Evolution et professionnalisation du travail de « surveillante ».

Depuis la deuxième moitié du XXe siècle, la profession infirmière s'est vue reconnaître un nouveau statut social. L'émergence d'un concept nouveau, le Service infirmier, est venue conforter ce phénomène.

L'essentiel de la fonction d'encadrement a longtemps été consacré à l'organisation du travail infirmier, la planification des présences et des repos, et l'exécution correcte des actes à accomplir, ce qui renvoie au départ plus à une fonction de contrôle et donc à la terminologie de surveillant. La publication des règles professionnelles en 1993 constitue l'aboutissement

d'une démarche de valorisation du métier. Les cadres infirmiers vont intervenir activement dans la construction d'une professionnalité infirmière basée sur des compétences techniques et relationnelles. Ils vont s'engager dans un travail d'expertise, fixer des normes de soins, perfectionner les méthodes et les contenus de formation. (Magnon, 2006)

Mais le métier d'infirmier a considérablement évolué. Les niveaux de compétences se sont développés et les domaines d'interventions se sont élargis tandis que le cadre réglementaire suivait en partie cette évolution, avec entre autres, le décret de compétence dans sa version du 14 Mars 1993 puis dans celle du 11 Février 2002. Il a donc fallu que l'encadrement s'adapte à cette évolution.

L'activité de cadre infirmier ou plus généralement dénommé surveillant(e) des hôpitaux a pour particularité d'être un métier ancien dont l'exercice s'effectue dans le monde très professionnalisé de l'hôpital et pour laquelle les processus de professionnalisation ont débuté dès les années 1950. C'est ainsi qu'en 1951 s'ouvrit la première école de cadres infirmiers qui proposa expérimentalement deux programmes d'étude, l'un centré sur les problèmes d'administration et de gestion, l'autre sur la pédagogie, permettant de former des surveillantes et des monitrices. Depuis les programmes de formation se sont succédés, jusqu'à aboutir au décret du 18 août 1995 (n°95-926) portant création d'un diplôme cadre de santé. Depuis ce décret, des professions paramédicales (audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, préparateur en pharmacie, pour ne citer qu'elles) qui avaient chacune leur formation cadre spécifique, sont désormais réunies sous une formation commune. L'objectif de cette interprofessionnalité étant l'acquisition d'un langage commun et l'amorce d'un décroisement au sein des établissements de santé. Avec ce décret naît la notion de « cadre de santé ».

1.2. Changement d'appellation, changement de fonction.

La formation, jusqu'alors centrée sur le soin, le développement et l'affirmation des compétences infirmières, voit arriver deux concepts qui peu à peu s'imposent à l'exercice de la fonction d'encadrement: le management et la gestion. L'espace soignant se réduit progressivement au profit de domaines d'interventions consacrés à la gestion administrative des unités de soins, à la gestion des stocks de matériel, des budgets.

Actuellement, les missions dévolues à l'encadrement dans l'ensemble des textes officiels mettent un accent fort sur les notions de management et de gestion et n'insistent que relativement peu sur les missions directement liées au soin et à la qualité de celui-ci. Nous sommes également passés des termes de « cadre infirmier » à « cadre de santé ». Cela peut laisser entendre que l'encadrement d'une équipe ou d'un service de soins ne nécessite plus d'être systématiquement originaire du corps professionnel d'origine, que la fonction d'encadrement est transversale et n'impose pas forcément la

connaissance et la maîtrise des compétences professionnelles que l'on encadre.

Ainsi, l'évolution des appellations accompagne le mouvement de structuration progressif de la catégorie. Cette évolution terminologique coïncide avec un contenu d'activité plus orienté vers l'animation et la gestion des ressources humaines et une volonté de rompre avec la figure ancienne d'une maîtrise attachée au contrôle direct de l'activité de soins. Le remplacement des désignations catégorielles antérieures (cadre infirmier) par des appellations plus génériques (cadre de santé) permet d'opérer une rupture symbolique avec la hiérarchie traditionnelle de la profession et signale un rapprochement avec les activités de l'entreprise. (Féroni et Kober-Smith, 2005)

Le poids des cadres infirmiers dans l'organisation hospitalière, leur rôle dans le contrôle de l'activité et leur position d'interface entre les logiques médicales, soignantes et économiques en font un objet particulièrement révélateur des contradictions qui affectent actuellement les professions de santé. L'analyse des transformations en cours de cette catégorie met en évidence les tensions entre les logiques de contrôle corporatiste de l'activité et des personnels, et les nouvelles rationalités d'inspiration managériales.

2. La formation des cadres de santé, L'apprentissage d'un nouveau métier ?

La formation est par définition, l'ensemble des activités visant essentiellement à assurer l'acquisition des capacités pratiques, des connaissances et des attitudes requises pour occuper un emploi.¹

Si la formation permet avant tout l'augmentation de la qualification professionnelle et l'accroissement des compétences individuelles, elle répond à un processus historique fondamental qui est l'adaptation de l'individu à sa profession et à son milieu, à son groupe social et à sa culture. C'est ainsi que la formation, si elle est d'abord une réponse technique aux besoins économiques des entreprises, peut être aussi un moyen d'émancipation et de développement des individus. La formation se présente donc comme un processus identitaire, mais aussi comme une intervention et un projet d'action volontaire.

La formation continue est un des moyens d'acquérir, d'actualiser ou d'approfondir des connaissances et des capacités diverses. Elle contribue donc au développement professionnel des soignants.

¹ Tiré du Bureau international du travail. Glossaire de la formation professionnelle : termes d'usage courant.

2.1. Une formation, des métiers. Retour sur l'évolution de la formation de cadre de santé.

C'est en 1951 que la Croix-Rouge crée le diplôme cadre infirmier, diplôme reconnu en 1955 par le ministère de tutelle. Aujourd'hui ouvert à toutes les professions paramédicales, ce diplôme a pour objectif de contribuer à l'enrichissement des relations de travail et de coopération entre les différentes catégories professionnelles. Si l'objectif est louable, l'ouverture de la formation aux autres professions paramédicales met en veilleuse la spécificité de l'infirmière, et influe inévitablement sur une formation plus axée sur le management que le soin. La formation vise à préparer l'étudiant à l'exercice des cadres de santé : animation, gestion, formation, pédagogie.

Cadre de santé n'est pas un métier de base mais constitue une évolution de carrière. Les professions paramédicales ont un déroulement de carrière limité : les paramédicaux ne peuvent évoluer professionnellement qu'en modifiant leur orientation de départ. Ce qui signifie pour un professionnel du soin, devenir un professionnel de l'encadrement ou de la formation, exception faite de quelques spécialités pour les infirmiers. Cadre de santé est donc un tout autre métier que celui d'infirmier mais consécuteur à ce dernier. On ne peut pas être cadre sans avoir été infirmier. La profession de cadre de santé est méconnue, en particulier par les jeunes. On souhaite devenir infirmier. Devenir cadre constitue, ensuite, lorsque l'on est dans la réalité du milieu hospitalier, une évolution de carrière pour ceux qui le désirent. Tous les infirmiers ne souhaitent pas devenir cadres, beaucoup préfèrent rester dans les soins et se spécialiser dans un service moins général et plus technique (IBODE, IADE etc.²). Pour ceux qui désirent prendre des responsabilités et devenir cadres, le passage obligatoire par l'Ecole des cadres apparaît à ce titre comme essentiel pour la construction et la prise de position de leur future fonction.

Il convient de rappeler qu'il est actuellement indispensable d'avoir eu préalablement une expérience de soignant pour prétendre devenir cadre. C'est le choix qui a toujours prévalu en France, considérant que les cadres de santé sont, avant tout, des cadres de métier et que leur expérience passée constitue un atout dans leur pratique managériale. Le métier de cadre est pluriel, pas moins de quatorze filières différentes conduisent à son exercice. *« Le cadre bénéficie donc d'une expérience antérieure qu'il peut mobiliser et qui facilite l'établissement de liens entre les situations nouvelles auxquelles il est confronté et les situations passées qu'il a gérées avec succès. Ces liens établis entre passé et présent lui permettent de trouver des solutions face à l'inconnu et de se confronter à des situations pour lesquelles il n'est pas encore expérimenté. C'est le transfert de compétences. Il est donc des compétences acquises par le professionnel de*

² IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat, IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

santé qui sont transférables dans la fonction de cadre, même si le travail est de nature différente. » (Sliwka et Dechamps, 2007)

Par ailleurs, ce dernier est amené à organiser le travail des équipes, et sa connaissance de la charge en soins et des autres activités afférentes lui facilitent alors la tâche. Toutefois, le cadre de métier, même s'il a changé de groupe d'appartenance, garde le même groupe de référence. Et si son expérience passée l'enrichit et l'éclaire, elle le conditionne aussi au point de le pénaliser, notamment en matière de management des équipes et de stratégie collective professionnelle.

« Devenir cadre de santé est cependant un changement de posture important. De membre d'une équipe, la personne devient chef d'équipe, plus franchement dans l'équipe mais plutôt avec ou à côté. [...] Heureusement, de nombreux managers ont compris qu'il convenait de ne pas nier son origine professionnelle, ni d'ailleurs son origine sociale. Ainsi, c'est en prenant soin de son équipe, sans confondre relation managériale et relation soignant/soigné, que l'on devient un vrai manager. » (Sliwka et Dechamps, 2007)

2.2. Une formation nécessaire ?

Au départ isolées les différentes filières d'origine des étudiants ainsi que les deux métiers possibles de cadre de santé (cadre de proximité et cadre formateur) sont désormais réunis. Quel intérêt cela sert-il le plus : celui de l'interdisciplinarité ou celui de combattre la pénurie en personnel ? Le cas du "faisant fonction", particularité du milieu hospitalier, est révélateur de ce soucis gestionnaire, mais pose également la question du besoin de formation pour être cadre de santé.

2.2.1. Le cas du "faisant fonction"

Dans la plupart des hôpitaux, faire fonction est devenu une pratique courante pour les infirmiers ayant, ou non, comme projet professionnel de devenir cadre de santé. Par manque de personnel cadre de santé, on sollicite de manière très directive, voire forcée, un infirmier ayant de l'ancienneté et de l'expérience du service à prendre le relais et à remplacer un cadre de santé.

Néanmoins, le fait de faire fonction n'est rendu obligatoire par aucun texte de loi et n'est pas un critère de sélection formel pour l'entrée en IFCS³, même si l'on constate qu'une grande majorité des étudiants admis en formation cadre a occupé cette position. On peut émettre l'hypothèse que le poste de faisant fonction est pour l'individu une situation d'apprentissage, et pour l'hôpital une sorte d'investissement sûr pour la formation.

³ Institut de Formation des Cadres de Santé ou Ecole des cadres

La pénurie actuelle en personnel soignant contraint les hôpitaux à trouver des solutions pour permettre son remplacement. Le personnel d'encadrement n'échappe pas à cette pénurie et la généralisation des postes de faisant fonction de cadres de santé démontre son importance. Là se situe toute la complexité du faisant fonction, propulsé d'un jour à l'autre au poste de cadre de son service, parfois sans aucune aide ou sans aucun apprentissage.

« 70% des étudiants qui rentrent [à l'IFCS] font fonction de cadre avant d'avoir le statut. C'est pour voir s'ils ont vraiment la capacité, l'aptitude à la fonction de cadre. » (Directrice d'IFCS)

Le poste de faisant fonction de cadre présente certains avantages. Il peut permettre à l'infirmier, souhaitant suivre la formation de cadre de santé, d'appréhender son futur rôle et de se sentir mieux aidé pour passer le concours d'entrée à l'IFCS. Cette approche de la fonction cadre peut faciliter l'élaboration d'un projet professionnel par l'appropriation des principales missions du cadre de santé. Cette pratique permet donc d'appréhender la future fonction de l'infirmier. Cette mise en situation professionnelle peut même amener à changer d'orientation tant la conceptualisation de la fonction ne correspond pas à la réalité du terrain. Pour les institutions aussi, ce poste présente des avantages : *« Il peut aider à cerner les prédispositions du futur cadre à l'exercice de ses fonctions. Le rôle de l'infirmier « apprenti cadre » n'est pas légalement reconnu mais ses missions sont bien identiques à celles de ses pairs. Sur un plan financier, les établissements de santé ont intérêt à développer ce type de poste dans la mesure où, il leur permet d'économiser les charges budgétaires normalement allouées à la rémunération des cadres de santé, diplômés ou nommés à l'ancienneté, tout en assurant l'encadrement des unités de soin. Sur un plan stratégique, il convient de préciser que les institutions conservent une influence et des moyens de pression sur leur faisant fonction par la fragilité du devenir attenante à ce type de poste. » (Haller, 2004)*

Cette alternance de statut, toute aussi occasionnelle qu'elle soit, ne favorise pas le positionnement du faisant fonction et sa reconnaissance par l'équipe qu'il anime, oscillant entre un poste d'infirmier et un poste de cadre. Cette fragilité entre l'être et le devenir, malgré parfois des engagements institutionnels de formation professionnelle, est une importante limite de ce rôle.

La "compétence réelle", se distingue de la "compétence requise" (Le Boterf, 2002), comme une disposition à agir dans une famille de situations, construite par chaque personne et lui appartenant en propre. Cela tendrait à démontrer que le faisant fonction de cadre, ainsi que le cadre auparavant nommé à l'ancienneté, possèdent les compétences, issues de leurs années d'expérience en unité de soin, sans avoir suivi de formation préalable. La formation de cadre de santé ne peut suffire en elle-même à former de "bons cadres", conformes aux attendus de la fonction. Ainsi, *« une personne peut*

avoir acquis des connaissances et des capacités, elle ne pourra pas être reconnue comme compétente si elle ne sait pas les combiner et les mobiliser en situation de travail. » (Le Boterf, 2002). C'est donc bien par son exercice sur le terrain qu'un cadre de santé, diplômé ou faisant fonction, pourra être reconnu par son équipe et ses interlocuteurs. Il est là encore question de l'apprentissage quotidien, et dans le cas du faisant fonction de l'apprentissage sur le tas. Même si un texte de loi favorise la nomination des cadres diplômés, les établissements publics continueront de faire appel à des infirmiers faisant fonction. On peut alors s'interroger sur la nécessité de former des cadres quand les hôpitaux tendent à généraliser le recours aux faisant fonction.

2.2.2. Les enjeux de la formation

Dans la fonction publique hospitalière, le diplôme de cadre ou titre équivalent est requis pour exercer le métier de cadre de santé. Le contenu de la formation défini dans l'arrêté du 18 août 1995, stipule : *« Le bon fonctionnement de nos structures de santé hospitalières, [...] dépend largement de la place des cadres de santé et de leurs compétences, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. La formation contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de gestion des équipes et des activités. Elle a pour objectif de préparer les étudiants à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel »*.⁴

Cependant, le passage par l'école des cadres n'a pas toujours été obligatoire, le passage d'infirmier à cadre de santé se faisait alors par nomination à l'ancienneté. Nous pouvons faire l'hypothèse que le changement de réglementation conduisant à l'obligatoire passage par l'école de formation permet d'apporter une légitimité de statut et surtout d'admettre le métier de cadre de santé comme une profession à part.

A l'écoute des étudiants et ex-étudiants en IFCS, leur motivation à l'entrée en formation est avant tout d'obtenir le diplôme, c'est-à-dire le statut de cadre de santé, mais également de faire le point sur leur période de faisant fonction ou sur leur devenir de cadre. Ce qu'il recherche, c'est au final, une année de réflexion sur leur parcours et leur devenir.

Les étudiants piochent que ce dont ils ont besoin dans la formation. Le niveau de compétence des futurs cadres ne semble pas toujours amélioré par le passage par la formation. La plupart des étudiants et des cadres évoquent leur passage à l'Ecole des cadres comme une période de réflexion et non comme une période d'acquisition de méthodes ou d'outils de management.

⁴ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

« On est tellement dans la théorie parfois, et dans les concepts de projets, qu'on prend pas la peine de leur en faire faire concrètement... [...] Je pense qu'on les leurre un peu sur leur place et sur ce qu'ils vont être amenés à affronter après. Et c'est pour ça que je trouve que la formation est trompeuse. [...] Par rapport à l'école des cadres, on rend pas pragmatique certaines théories, certains concepts. » (Directrice des soins)

L'objectif de l'enseignement de l'IFCS est de permettre à l'étudiant de mesurer ses propres ressources, capacités, expériences, aptitudes et également limites, de faire évoluer son projet professionnel, d'identifier ses modes de réaction devant une personne, dans ou devant un groupe, finalement de s'auto évaluer.

Reconnaissant la place prépondérante des cadres de santé dans l'organisation des institutions, la formation propose l'acquisition de savoirs faire et le développement de méthodes de réflexion devant permettre aux cadres d'analyser les situations professionnelles et s'adapter aux évolutions attendues. Mais, on ne peut pas encore parler de compétences (sauf pour les faisant fonction), celle-ci se construisant en confrontation avec la pratique, mais de l'apport de concepts, de savoirs, et de pratiques nécessaires à leur domaine professionnel. La formation cadre est vécue comme un moyen d'acquérir une vision plus élargie sur le système de santé. Le passage par la formation ne semble pourtant pas indispensable pour être cadre comme le souligne une cadre de santé montée à l'ancienneté :

« Moi, je suis montée cadre sans passer par la formation, ça ne m'a jamais manqué. Si tu veux, j'ai suivi des petites formations dispensées par l'hôpital. » (cadre de santé sage-femme)

Pourtant il s'agit bien de préparer les étudiants à leur futur exercice. Le passage en formation et le diplôme cadre apportent la légitimité du métier que les étudiants vont exercer. En ce sens, la formation est construite par les formateurs plus comme une transformation identitaire pour un positionnement spécifique, par l'apprentissage de méthodes d'analyse et de réflexion, plutôt que comme un dispositif d'où les étudiants sortent avec des savoirs faire applicables à toutes les situations professionnelles qu'ils vont rencontrer.

L'appropriation du savoir, du savoir être et du savoir faire passe avant tout par un processus de réflexion qui se vit et s'auto-évalue au quotidien par les cadres de santé. La formation apparaît avant tout pour les étudiants comme diplômante plus que formatrice. Elle apporte le diplôme nécessaire ouvrant l'accès au statut de cadre de santé. Néanmoins, *« toute formation comporte, volontairement ou non, une dimension de transformation individuelle non négligeable. Dans notre société, la formation a valeur d'initiation en ce sens qu'elle permet d'accéder à un monde jusque là réservé aux seuls initiés, et donc inaccessibles. La formation, et ce qu'elle représente en terme de valeur dans notre société, a toutes les apparences de l'aspect social du rite. En effet, quelle soit initiale, continue ou professionnelle, elle*

est entendue et reconnue comme la condition essentielle pour accéder à un emploi ou à une autre formation. A ce titre, entrer en formation, c'est déjà accepter de se soumettre à ce rite qui va nous faire passer d'un état à un autre. » (Pascal, 2006)

Cette expérience de formation autorise le futur cadre à prendre du recul et de la distance. Le vécu sur le terrain, la rencontre et les échanges privilégiés avec des professionnels de la santé et la formation de cadre proprement dite permettent d'acquérir des outils et des méthodes d'encadrement, mais surtout de mieux comprendre les attentes des politiques, de mieux cibler les rôles, missions et fonctions de cadre. La formation devient alors un laboratoire où sont analysées les expériences vécues sur le terrain, où abondent les éléments de transférabilité et où peuvent être puisées des solutions.

Conclusion

Le cadre de santé n'est plus le soignant qu'il a été, infirmier, kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie ou autres, cela il l'éprouve au travers de la construction de son projet professionnel et au cours de la formation en Institut de Formation des Cadres de Santé. Mais ce n'est que le départ de la construction identitaire du cadre de santé, d'un positionnement réfléchi, pensé, conceptualisé en Institut de Formation ; il aura à le vivre et à le développer sur le terrain des compétences acquises en partie dans sa pratique soignante.

Quel que soit son métier d'origine, sa filière paramédicale, il devra reconquérir auprès des équipes de soins une place qui est autre, celle de manager, sans pour autant avoir à perdre ses valeurs d'ex-soignant. La qualification du cadre de santé est certes légitimée par un diplôme, mais ce sont ses compétences dans l'action qui le positionne au regard des équipes.

L'identité professionnelle du cadre de santé se construit au fur et à mesure que ses compétences dans ce métier s'affirment et s'éprouvent sous le regard d'autrui. Il s'agit d'un véritable processus de professionnalisation. La professionnalisation n'étant pas un état, mais plutôt un processus inachevable évoluant au fur et à mesure que la personne progresse dans son milieu professionnel.

Références bibliographiques

Féroni, I., Kober-Smith, A., 2005. La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue française de sociologie*, 46-3, pp.469-494.

Haller, C., 2004. *Faisant fonction de cadre de santé : avantages et limites d'un rôle mal reconnu*, consultable sur www.cadredesante.com.

Le Boterf, G., 2002. De quel concept de compétence avons-nous besoin ?, *Soins cadres*, 41, p.21.

Magnon, R., 2006. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Masson, Paris.

Pascal, M., 2006. La formation, les rites et le formateur, *Objectif Soins*, 149, octobre, p.19.

Sliwka, C., Dechamps, C. (Ed), 2007. *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines).

Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers

Robert COULON

Maître de conférences en sciences de gestion

Université de Bourgogne – LEG (UMR Cnrs 5118)

**FARGO - Centre de recherche en Finance, ARchitecture
et Gouvernance des Organisations**

Cahier du FARGO n° 1100401

Avril 2010

Résumé : Le cadre de santé hospitalier réalise, au niveau d'un service, l'ensemble des missions d'organisation de l'activité, de gestion des compétences et de réaction aux aléas attendues d'un cadre de proximité ordinaire. Cependant, à la différence d'un cadre qui travaille dans l'industrie ou le commerce, le cadre de santé hospitalier est très fortement soumis aux points de vue des membres de son service, qu'il s'agisse ou non de subordonnés. Par ailleurs, il effectue un travail de conception beaucoup plus important pour organiser l'activité de son unité. Enfin, il doit, beaucoup plus fréquemment qu'un cadre ordinaire, dépasser des contradictions qui n'ont pas été anticipées ou ne veulent pas être prises en compte par ses hiérarchies. Pour cela, il est tenu d'organiser l'activité de son service sur la base d'arbitrages entre deux systèmes de logiques qui entrent fréquemment en contradiction :

- logique marchande /logique de soins hospitaliers
- logique processus /logique trajectoire
- logique fonction /logique métier
- logique managériale/ logique "bureaucratique"

Mots clés : Cadres de santé, management, qualité des soins, hôpital

JEL Classification : J 24

Contact : Robert COULON, LEG/Fargo, Pôle d'économie et de gestion, 2, Boulevard Gabriel, BP 26611, 21066 Dijon Cedex, France ; Tel. +33 (0)3 39 35 02; Fax. +33 (0)3 39 54 88; Email: Robert.Coulon@u-bourgogne.fr

Ce papier de recherche vise à approfondir les connaissances sur le travail de l'encadrement de première ligne dans les hôpitaux. Il est centré sur la fonction de cadre de santé hospitalier. Sous l'autorité d'un médecin chef de service, le cadre de santé hospitalier encadre des équipes soignantes et de nettoyage au niveau d'une unité de soin. Nous cherchons à savoir s'il est un cadre de proximité comme un autre et, sinon, à appréhender ce qui le distingue d'un cadre de première ligne qui travaille dans l'industrie ou bien dans les services. Cette recherche repose sur une enquête (interviews et observation sur le terrain).

Dans la première partie de ce papier, après avoir précisé notre question de recherche, nous posons notre hypothèse à partir d'une revue de la littérature : *à la différence du manager qui travaille dans l'industrie ou les services, le cadre de santé ne peut pas organiser l'essentiel de l'activité de son unité sur la base d'un système de logiques reposant sur l'utilité. Il doit fréquemment arbitrer entre ces logiques d'utilité et un système de logiques qui relève plus spécifiquement du champ hospitalier.* Puis nous présentons la méthodologie mise en œuvre. Dans la deuxième partie, nous soumettons cette hypothèse à l'épreuve des faits. La troisième et dernière partie est consacrée à la discussion et aux conclusions.

1- Le cadre de santé hospitalier: un cadre de proximité comme un autre ?

1.1- Question de recherche

L'encadrement de proximité est une relation de management « classique ». Elle a fait l'objet d'un intérêt marqué par les fondateurs des grands courants managériaux (Taylor, 1903, 1911, 1912 ; Mayo, 1933 ; Roethlisberger et Dickson, 1939, etc.) comme de leurs continuateurs (Aoki, 1990 ; Mintzberg, 1984, 1994). Cette relation de management donne régulièrement lieu à des recherches empiriques qui permettent d'actualiser et de mettre en perspective ces apports initiaux (Livian, 2006 ; Mispelblom Beyer, 2006).

L'encadrement de proximité a d'abord et surtout été étudié en industrie. Dans le contexte industriel, le cadre de proximité (chef d'atelier, chef d'équipe, contremaître) développe des compétences qui sont à la fois :

- techniques (connaître le métier, les tours de main, le fonctionnement et l'entretien de base des machines, outils, etc.)
- sociologiques (unifier et gérer l'équipe de travail)
- gestionnaires (organiser et surveiller l'exécution de l'activité).

Ces compétences gestionnaires s'affirment et prennent le pas sur les compétences techniques et sociologiques au fur et à mesure que les activités industrielles donnent lieu à des observations dans les ateliers, puis sont automatisées et ou séquencées et rationalisées sous forme de processus.

Cette rationalisation des manières de produire, réalisée par une technostructure (ingénieurs, techniciens, contrôleurs de gestion), modifie le travail du cadre. Celui-ci doit alors surtout surveiller le déroulement d'une activité comprise comme un ensemble ordonné de processus et, en même temps, composer avec des pannes, des absences, des ruptures de stocks, etc. Les différents travaux portant sur le travail du cadre de proximité montrent que, lorsque celui-ci doit prendre une décision pour intégrer un évènement imprévu dans le cours de l'activité, il se réfère essentiellement à un système de logiques d'actions relativement cohérentes :

- *logique marchande* : entreprendre une action seulement si elle permet de réaliser une économie ou un profit (combien ça va coûter/rapporter ?) ;
- *logique de processus* : organiser le travail selon des séquences répétées d'opérations connues ou anticipées et normées hors de l'atelier ou du service (quelles suites d'opérations « standards » mettre en œuvre pour intégrer ou traiter telle commande ?) ;

- *logique de fonction* : organiser et distribuer les tâches sans nécessairement tenir compte de l'opinion de tel ou tel membre de l'équipe sur ce qu'il fait ; (comment, quand et qui consulter pour améliorer l'organisation du service ?) ;

- *logique managériale* : utiliser son charisme et faire appel aux valeurs pour canaliser les connaissances et les énergies de chaque membre de l'équipe quitte à enfreindre les règles liées au « fonctionnement » de l'unité et à la définition du domaine de compétences de chaque professionnel (comment, au-delà des règles, susciter l'adhésion de chaque subordonné et mobiliser l'équipe ?).

Ces différentes logiques relèvent de deux préoccupations complémentaires : gérer l'activité (logique marchande, logique de processus) et gérer les compétences (logique de fonction, logique managériale). Ces logiques sont cohérentes : elles peuvent toutes être liées au concept économique d'utilité. Notre question de recherche est de savoir si les observations qui précèdent, observations largement validées dans le contexte industriel, peuvent être transposées dans le contexte particulier de l'hôpital pour être appliquées au cadre de santé.

Sous l'autorité d'un médecin chef de service, le cadre de santé manage des équipes soignantes (infirmières, aides-soignantes) et chargées du nettoyage biomédical (agents des services hospitaliers) au niveau d'une unité de soin, unité confondue la plupart du temps à un service de l'hôpital. Notre question de recherche est la suivante : est-ce que la fonction de cadre de santé hospitalier demande les mêmes types de compétences et connaît aujourd'hui les mêmes types d'évolution que celle qui caractérise la fonction d'encadrement dans l'industrie ou les services ? Plus simplement : *est-ce que le cadre de santé hospitalier est un cadre de proximité comme un autre ? Si la réponse est non, qu'est-ce qui le distingue d'un cadre de première ligne qui travaille dans l'industrie ou bien dans le domaine des services ?*

1.2- Revue de littérature

Depuis une vingtaine d'années, la rationalisation des dépenses de santé se traduit par des mesures qui impactent directement l'organisation interne et les pratiques de gestion des ressources humaines à l'hôpital (Claveranne, 2003 ; Noguera & Lartigau, 2009). En matière d'organisation des soins, ces mesures modifient sensiblement les missions et les compétences des cadres de santé. En charge de cette organisation des soins au niveau des services, ces cadres de proximité doivent toujours viser à préserver la meilleure « qualité des soins » possible quand ils organisent l'activité du service mais, désormais, ils doivent comprendre la notion de « qualité des soins » à la fois comme soignants et comme gestionnaires.

Or, l'expression qualité des soins n'a pas le même sens pour les techniciens du soin (médecins, infirmiers) et pour les gestionnaires (Minvielle, 2003). Les premiers voient la qualité du soin comme la « meilleure conduite à tenir dans une circonstance pathologique » alors que les seconds rattachent cette notion au respect de règles administratives d'accueil, de suivi du patient, d'hygiène, et à la manière dont les patients jugent la prestation.

Dans un passé encore récent, la « qualité des soins » était entendue seulement dans un sens médical. Elle était essentiellement rapportée aux principes suivants : « parcours » cohérent des malades, notion de service public, prise de décisions relevant d'une logique de métiers et d'autonomie professionnelle des soignants. Aujourd'hui, le cadre de santé doit comprendre la qualité des soins à la fois comme un soignant et comme un gestionnaire. Différentes observations en milieu hospitalier indiquent que ce développement de la compétence gestionnaire du cadre de santé se fait au détriment de ses compétences techniques et sociologiques.

Pour Detchessahar et Grevin (2009), le cadre de santé s'affirme de moins en moins comme un technicien du soin ou comme un coordonnateur du travail des équipes soignantes. Une part croissante de son temps est consacrée à « l'alimentation et l'entretien de machines de

gestion » qui permettent de planifier, d'évaluer, de chiffrer et de limiter le coût de l'activité. Divay & Gadea (2008) complètent ces observations. Pour eux, le cadre de santé doit maintenant accomplir au moindre coût une organisation de soins tarifés selon des processus (ou protocoles) précis, dans une organisation du travail où l'autonomie des professionnels est limitée par des prescriptions et des contrôles administratifs et gestionnaires.

Il semble d'après ces recherches que le cadre de santé hospitalier devient un gestionnaire d'unité assimilable au chef d'équipe en industrie ou au chef de service. D'autres recherches, sans aller contre ce constat, le nuancent et le complètent. Elles montrent en effet que le cadre ne peut pas mettre en avant sa seule compétence gestionnaire, il doit arbitrer entre impératif de soin et impératif de gestion.

Tout d'abord, Fraisse et alii (2003) nous engagent à distinguer « incantations managériales » et pratiques concrètes. Ils constatent que si les cadres traduisent le point de vue des gestionnaires sur la qualité à travers leur *discours*, ils ne sont pas en mesure de modifier les pratiques des professionnels du soin. Le cadre de santé est un gestionnaire du soin qui doit d'abord répondre aux attentes des médecins.

Ensuite, et plus précisément, une série d'études montrent que les cadres de santé ne peuvent pas, comme leurs homologues dans l'industrie et les services, adopter sans réserve un système de logiques relevant de la seule utilité pour intégrer des événements imprévus dans le cours de l'activité de leur service. *C'est sur la base de ces études que nous formulons et que nous développons notre hypothèse, à savoir : ce qui distingue le cadre de santé du cadre de proximité d'industrie ou de service, c'est qu'il ne peut se référer aux seules logiques liées à l'utilité. Il est tenu d'arbitrer entre ces logiques d'utilité et un système de logiques qui relève plus spécifiquement du champ hospitalier.*

1- Grosjean et Lacoste (1999), Bourret (2006, 2008) constatent que le cadre de santé est placé devant deux injonctions de plus en plus contradictoires : toujours plus d'économie et toujours

plus de qualité de soins pour l'ensemble des patients/usagers. *Sur la base de ces travaux, nous pouvons avancer que le cadre de santé doit arbitrer entre logique marchande et logique de soins publics pour organiser l'activité de son service.*

2- Pour Pascal (2003), la variété des modalités de prises en charge des différents patients rend impossible la transposition *ad hoc* d'une approche « processus » dans le champ hospitalier. Dannet et alii (2006), qui observent le fonctionnement de l'hôpital depuis le service des urgences, font le même constat. Il est impossible d'assurer simultanément le strict respect de « protocoles » de soins et celui d'une « trajectoire » adaptée à l'état de santé de chaque patient. *Sur la base de ces recherches, nous pouvons avancer que le cadre de santé doit arbitrer entre logique de processus et logique de « trajectoire » lorsqu'il s'agit d'organiser les soins au niveau de l'unité.*

3- En ce qui concerne l'attention du cadre de santé aux points de vue des professionnels (médecins, infirmiers) dans l'organisation des soins, les avis sont partagés. Pour Bourret (2006) les cadres de santé établissent l'organisation des services à partir des prescriptions des médecins et des observations des infirmières et des internes. Pour Cintas (2007) les équipes soignantes (infirmières, aides soignantes) peuvent subir sans être consultées une organisation des soins qui les violente. *Sur la base de ces divergences, nous pouvons avancer que, lorsqu'il s'agit d'éviter, ou au contraire de susciter la participation des membres de l'unité à ses prises de décisions, le cadre de santé arbitre entre logique de fonction et logique de métier.*

4- Enfin, Noguera et Lartigau (2009) remarquent, dans le même temps, la constitution d'ordres professionnels (kinésithérapeute, infirmier) qui font valoir la notion de compétence à partir de la notion de statut et la volonté affirmée par les directions de développer une logique managériale de la compétence appuyée sur la notion de polyvalence. Dans les services qu'ils observent, Dannet et alii (2006) et Le Moal (2008) constatent que les personnels n'exercent

pas seulement ou pas toujours les seules tâches et missions qui relèvent de leur statut. *Sur la base de ces recherches nous pouvons avancer que le cadre de santé peut infléchir la logique « bureaucratique » de la compétence par une logique managériale qui permet de développer des pratiques de polyvalence.*

1.3- Méthodologie

La démarche mise en œuvre pour conforter cette hypothèse est essentiellement pragmatique. Elle s'appuie sur une méthodologie qualitative et inductive. Elle s'inspire des approches de chercheurs qui ont mené des observations dans l'industrie ou les services comme Mayo, Roethlisberger, Mintzberg ou bien dans le domaine de la santé, comme Strauss. Ces chercheurs ont développé leur approche du management sur la base de descriptions concrètes de situations de travail, d'interprétation des raisons explicitées par les acteurs de ces situations. A partir de là, ils ont tenté de comprendre comment les managers observés modélisaient leurs logiques d'action.

Cette recherche s'appuie essentiellement sur une enquête reposant sur des entretiens semi directifs et une étude de terrain réalisés entre décembre 2008 et janvier 2010 dans un Centre Hospitalier Universitaire. Sur la base de contacts favorisés par la direction de l'Institut de Formation des Cadres de Santé, nous avons pu effectuer :

- 24 entretiens semi directifs portant sur l'activité du cadre de santé et la notion de conflits de logique dans l'organisation des soins au niveau d'un service. Plus précisément, nous avons interrogés : 9 cadres de santé ; 2 cadres supérieurs de santé ; 2 kinésithérapeutes ; 1 Intendante chargée de la gestion d'une équipe d'Agents de Services Hospitaliers ; 4 Infirmières ; 2 élèves infirmières en stage ; 1 médecin chef de service ; 3 internes.

- Une observation d'un service hospitalier : observation sur 5 jours puis sur deux jours de deux cadres de santé responsables d'un service de médecine (hospitalisation complète) et d'un service de chirurgie (hospitalisation de jour ; examens et chirurgie).

Les résultats de cette enquête et des constats qui en découlent ont ensuite été validés par une enquête par questionnaires passés auprès des 33 élèves d'une promotion de l'institut de cadre de santé fin janvier 2010. Elle a concerné 22 élèves qui ont entrepris leur formation après avoir « fait fonction » de cadres de santé dans des unités de soins et 11 élèves qui n'ont jamais exercés en tant que cadres (7 issus de la filière infirmiers, 2 issus de la filière kinésithérapeute et 2 issus de la filière manipulateurs radio).

2- L'encadrement de proximité à l'hôpital

2.1- Un technicien du soin qui devient manager

Dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, le cadre de santé hospitalier est d'abord classé dans la famille des personnels qui prodiguent des soins (comme les infirmiers, aides soignants etc.), puis, à l'intérieur de cette famille, il est classé dans la sous-famille « management des soins »¹. *Ce classement « emboîte » l'activité de management dans l'activité de soin, deux activités qui ne sont pas de même nature.*

En effet, l'activité de soin porte sur les corps des malades. Or le cadre de santé hospitalier ne soigne pas, ou s'il le fait, c'est de manière très occasionnelle, pour décharger le travail infirmier ou aider à la formation d'une élève infirmière en stage. Le cadre de santé n'est plus un soignant mais un manager : *il organise les soins au niveau d'une unité.* Cependant ce classement traduit bien le fait que les cadres de santé acquièrent et mettent en œuvre des

¹ Voir Répertoire de la Fonction Publique Hospitalière,
http://91.121.210.82/WD120AWP/WD120Awp.exe/CTX_4108-8-xJOSINYFLE/p_metier/SYNC_-1394569359

compétences techniques en matière de soin avant de développer des compétences gestionnaires. En effet, la quasi-totalité des cadres de santé ont exercé en tant qu'infirmiers avant de devenir cadres d'unité.

2.2- Un manager qui « coordonne » des trajectoires de malades

Le manager qui travaille dans l'industrie ou les services « organise » généralement l'activité en se demandant comment son unité peut respecter un plan de production, c'est-à-dire fabriquer ou traiter différents lots de produits ou de services à peu près identiques dans un temps donné. Il coordonne la fabrication de ces lots selon des séquences ou des suites de séquences d'opérations relativement standardisées (processus).

A l'hôpital, seuls les rares cadres de santé qui supervisent l'activité des laboratoires d'analyses peuvent penser l'organisation à partir de lots de produits et de processus. Pour tous ceux qui travaillent en médecine ou en chirurgie l'organisation de l'activité est sans cesse réactualisée à partir d'une réflexion sur un ensemble de malades particuliers. Le cadre cherche à assurer la continuité des soins dispensés à chaque patient accueilli dans son unité de soins (accueil, organisation des examens, des transferts, suivi des soins, des repas, etc. pour chaque malade de l'unité).

Chaque patient est un cas. Au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie, il suit une *trajectoire* : il entre dans l'unité de soin, doit être transféré dans des salles d'examens, des blocs opératoires, avec des temps d'attente, de traitement, de repos dans sa chambre, pour être au bout du compte « rendu à la vie normale ». La trajectoire d'un patient va être plus ou moins *complexe* en fonction de :

- la gravité de sa pathologie (technologie lourde, examens nombreux) ;
- le nombre de pathologies dont il souffre ;
- le stade de sa maladie et son âge ;

- ses réactions et de celles de son entourage pendant l'hospitalisation, et en particulier de leur « participation » à la définition de la trajectoire.

Cette notion de trajectoire est mise en avant par Strauss (1985) pour mieux expliciter les liens qui existent entre le développement de la maladie et l'organisation du travail qui est déployée pour suivre le cours de cette maladie. Principal acteur de « l'organisation » de ces trajectoires des malades du service, le cadre de santé obéit à deux hiérarchies distinctes : une hiérarchie fonctionnelle et une hiérarchie administrative.

Le diagnostic et la définition « globale » de la trajectoire de chaque malade admis dans l'unité sont réalisés par les médecins. Ceux-ci s'appuient sur le cadre de santé, qui est statutairement leur auxiliaire. C'est lui qui doit organiser de manière concourante l'ensemble des trajectoires des malades. *Sous l'autorité fonctionnelle du médecin chef de service, le cadre coordonne donc un ensemble de trajectoires.* Il doit faire en sorte que des métiers et de services bien distincts travaillent tous, efficacement et au moindre coût sur l'ensemble de ces différentes trajectoires, de leur début (admission du malade dans le service) jusqu'à leur terme (restitution du patient au « monde extérieur ») (Strauss, 1963)

Sa hiérarchie administrative (directeur des soins, cadre de pôle) lui alloue les moyens dont il dispose (personnel, matériel de soins, d'hygiène, etc.) et elle supervise les dépenses allouées aux soins.

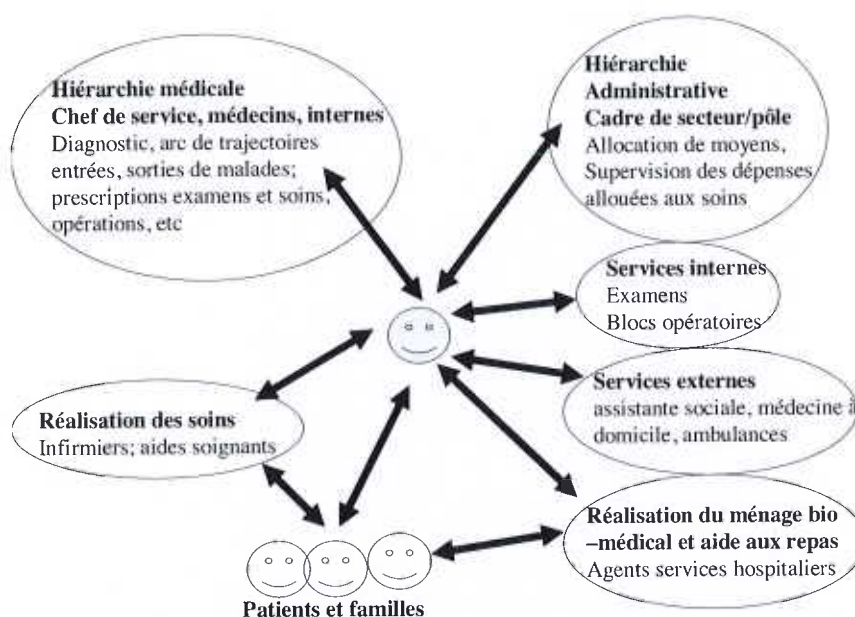


Figure : la coordination des trajectoires des patients

Pour coordonner et infléchir les trajectoires des patients, le cadre de santé dirige :

- des équipes d'infirmiers et d'aides-soignants pour la réalisation des soins (jour et nuit) ; ces agents renseignent le cadre sur l'évolution de l'état de santé de chaque patient.
- des équipes d'agents de services hospitaliers pour réaliser le ménage des chambres et aider aux repas ; ces agents peuvent aussi renseigner le cadre.

Coordonner des trajectoires, c'est gérer simultanément tout un ensemble d'accueils, de transferts, de sorties liés à des cas particuliers. Le cadre organise les entrées des patients. A partir des diagnostics des médecins, il prend des rendez-vous avec des services hospitaliers pour la réalisation d'examens ou d'opérations. Ces examens, ces opérations nécessitent pour la plupart le transfert des malades hors du service. Le cadre organise la sortie des patients en s'assurant des problèmes de transport, d'accueil de chaque malade à domicile ou dans d'autres structures (soins de suite et de réadaptation), voire de la suite des soins hospitaliers à réaliser au domicile du patient.

Cette coordination des trajectoires des différents patients est particulièrement stressante. Le stress du cadre est en partie lié à l'impossibilité de planifier l'ensemble de l'activité du service et la nécessité de réagir au coup par coup. En effet, les trajectoires des patients - service, salle d'examen, bloc opératoire, salle de réveil, etc.- n'arrêtent pas d'évoluer et de se télescoper. Cette impossibilité de « standardiser » et de « planifier » les trajectoires est principalement liée à deux facteurs :

- le nombre des urgences à prendre en charge en plus des cas initialement prévus. Au cours de ces trente dernières années, les services d'urgences, de mieux en mieux organisés, sont progressivement perçus par les usagers et les interlocuteurs professionnels (médecine de ville et de proximité, police, justice, associations, services sociaux, etc.) comme « un recours capable de régler rapidement de nombreuses situations réellement urgentes ou seulement imprévues » (Danet, Bremond & Robert, 2006). De sorte qu'aujourd'hui, l'importance croissante du flux de patients aux urgences rend terriblement compliqué l'organisation et le rythme de travail de l'ensemble des services hospitaliers situés en aval (médecine, chirurgie).
- l'association d'un nombre important de métiers et de services spécialisés et distincts, qui doivent à la fois réagir et interagir selon l'évolution de l'état de santé et les particularités individuelles de chaque malade.

Selon nos observations, ce stress est nettement plus marqué dans les services de médecine. En effet, ce sont essentiellement dans les services de médecine que s'organisent les trajectoires « complexes ». Et puis, dans les services de chirurgie les contraintes techniques et les contraintes de temps qui prévalent pour l'occupation des blocs opératoires imposent des limites aux possibilités de prise en charge des cas imprévus.

Par ailleurs, cette coordination des trajectoires peut difficilement être appréhendée par un gestionnaire qui se contenterait de pointer les activités journalières du cadre en leur affectant

un temps moyen de réalisation. Les documents qui rendent compte de cette activité journalière (formulaire de transferts des malades, d'entrée, de sortie, etc.) ne permettent absolument pas d'évaluer le travail du cadre de santé. L'observation montre en effet que c'est presque toujours par une suite d'échanges verbaux fait *d'informations, d'ordres et de contre-ordres* que le cadre de santé entretient des liens avec l'équipe médicale et les équipes soignantes et de nettoyage. Ces échanges prennent du temps et ne laissent pas de traces. *Ainsi, les liens que tisse le cadre pour coordonner les trajectoires des patients malgré les aléas (absences de personnel, pannes de matériel, aggravation de l'état de santé des malades, etc.) est en très grande partie invisible à l'extérieur du service de soins et difficilement mesurable* (Bourret, 2006, 2008).

La description d'activité qui précède ne met pas en exergue ce qui distingue le cadre de santé du manager « ordinaire ». Cette description insiste sur le travail de réorganisation constante de l'activité du service, réorganisation qui doit tenir compte :

- d'entrées imprévues (urgences, accueil de patients venant de cliniques) ;
- d'aggravation de l'état de santé de certains malades ;
- de retards dans les examens ou les opérations des patients ;
- de sorties impossibles ou refusées par les malades ou leur famille, etc.

Mais ce travail d'ajustement pourrait, à priori, être comparé à celui d'un manager de proximité d'un atelier dans lequel chaque réparation est une réparation singulière, réalisée et facturée à l'unité (atelier de réparation automobile par exemple). Néanmoins, cette comparaison ne traduirait pas les difficultés spécifiques que le cadre de santé connaît en matière de prise de décision.

Tout d'abord, le cadre d'un atelier de réparation automobile peut intégrer ou bien ne pas intégrer les points de vue de ses mécaniciens dans la planification de l'activité. Il écoute ceux ci et classe leurs remarques comme urgentes, moins urgentes, etc. Sur la base de cette

évaluation, il confirme ou modifie une planification d'activité dont il reste le principal artisan. *Il est proactif. Le cadre de santé, lui, est essentiellement réactif.* Il obéit aux injonctions des médecins, voire des internes du service et il réagit aux observations des infirmières comme des aides-soignantes concernant les évolutions de l'état de santé des différents patients.

Ensuite, et ce point est lié au précédent, le cadre de santé ne peut pas être assimilé à un simple surveillant. En effet, c'est sur la base du jugement personnel qu'il porte sur les injonctions et les informations des équipes soignantes du service et non sur la base d'instructions provenant d'une « technostucture » extérieure au service qu'il conçoit l'organisation des soins. La mise en forme de « protocoles » de soins ne se traduit pas par la « fabrication en séries » du soin à l'hôpital.

Enfin, et c'est le plus important à nos yeux, à la différence d'un cadre d'atelier ou de services travaillant en très petites séries, le cadre de santé ne peut pas se référer à un seul « système de logiques » basé sur l'utilité. Quand il s'agit d'organiser les soins, il doit d'abord se référer à un système de logiques liées aux soins hospitaliers. Ces deux « systèmes de logiques » peuvent entrer en contradiction.

2.3- Un manager qui obéit à deux systèmes de logiques qui peuvent entrer en contradiction

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, lorsqu'il s'agit d'intégrer un événement imprévu dans le cours de l'activité, un cadre d'industrie ou travaillant dans les services en grandes séries se réfère essentiellement à un système de logiques relevant de l'utilité (logique marchande ; logique de processus ; logique de fonction ; logique managériale). Pour coordonner les trajectoires des patients de son unité, le cadre de santé va tenir compte de ce système, mais il va surtout considérer un système de logiques relevant des spécificités des soins hospitaliers. Ce système est constamment réaffirmé par l'institution, le corps médical et

le corps infirmier. Il prévaut dans l'organisation quotidienne des soins. Il peut être décrit comme suit :

- *logique de soins publics* : accueillir et soigner tous les patients « au mieux » et « avec une égale attention » ;
- *logique de trajectoires* : spécifier au niveau du service la suite de soins de chaque patient en fonction de sa pathologie et des complications éventuelles ;
- *logique de métier* : mettre au point et discuter les consignes et les instructions en respectant la qualification professionnelle et la déontologie particulière de professionnels (infirmière, kinésithérapeute, assistante sociale)
- *logique « bureaucratique » ou administrative* : gérer l'équipe en référence à des statuts (les ordres, les instructions données obéissent à un ensemble de règlements, de prescriptions définissant domaines d'interventions du cadre et ceux des infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers.)

Ce système de logiques entre fréquemment en conflit avec le système de logiques d'utilité décrit plus haut. En effet, le cadre de santé hospitalier connaît dans son activité quotidienne des cas « problématiques ». Pour prendre une décision sur ces cas, il doit arbitrer entre des systèmes de logiques qui entrent en conflit :

- Logique marchande ou logique de soins hospitaliers ?
- Logique processus contre logique trajectoires ?
- Logique fonction ou logique métier ?
- Logique managériale ou logique "bureaucratique" ?

Dans ces cas « problématiques », quelle logique particulière privilégier pour trancher ? Ce dilemme ne se pose pas aussi souvent en chirurgie qu'en médecine hospitalière et son occurrence dépend de multiples contingences (spécialité médicale, moyens alloués au service, personnalité du chef de service, du cadre de santé lui-même, etc.). Mais tous les cadres de

santé hospitaliers connaissent ce dilemme. Dans ces cas, le cadre hésite légitimement entre telle et telle logique. Quelle que soit la décision qu'il prend, il ne répond aux attentes que d'une partie des professionnels amenés à juger de l'efficacité de son action.

En effet, s'il adopte les seules logiques d'utilité, il entre en conflit avec « son équipe » de soins, comme avec les médecins et les internes. Il perd alors une part de son autorité, même s'il reste appuyé par sa hiérarchie administrative, ou par le médecin chef de service. Par contre s'il adopte le seul système de logiques de soins hospitaliers, il évite ces conflits, mais il est rapidement désavoué par sa hiérarchie administrative. Quel que soit son choix, le cadre peut être critiqué... et avoir le sentiment d'être mis en échec.

2.4- Illustrations : cas problématiques et conflits de logiques

Les cas qui posent problème aux cadres de santé hospitaliers sont nombreux et variés. Ils sont de plus en plus fréquents du fait des réductions de moyens qui accompagnent l'affirmation de la logique gestionnaire à l'hôpital. Ils méritent une étude exhaustive et une classification poussée. Dans le cadre de cette communication, nous ne donnons qu'une classification sommaire de ces cas (avec, en annexe, un exemple précis).

Conflits de logiques	Cas problématiques
logique de soins hospitaliers ou logique marchande ? [traiter les patients de manière égale, leur assurer la meilleure qualité possible de soins] ou bien [considérer d'abord ce que « coûte » ou ce que « rapporte » tel départ ou telle entrée]	Question : Faut-il accueillir M ou Mme ? Faut-il préparer le départ de M ou de Mme X ? Faut-il allonger ou réduire la durée de son séjour ? Arguments en balance : apporter la meilleure qualité possible des soins à M ou Mme X <i>versus</i> le taux d'occupation des lits ; la saturation des « capacités d'accueils » des

	salles d'examens, des blocs opératoires ; la justification de la création ou du maintien d'unités particulières, etc.
Logique de trajectoire ou logique de processus ? [traiter chaque patient en fonction de sa pathologie et des complications éventuelles] ou bien [suivre des protocoles établis]	Question : Quels soins spécifiques apporter, maintenant, à M ou Mme X ? Arguments en balance : soins spécifiques à apporter maintenant à M ou Mme X du fait de : - Aggravation de son état de santé - Ses particularités psychiques (suicidaire ; dément, etc.) - Sa situation familiale <i>Versus</i> suivre des protocoles liés à la fois à une réflexion médicale, technique et gestionnaire
Logique de métier ou logique de fonction ? [susciter et respecter les points de vue des professionnels du soin pour planifier l'activité] ou bien [limiter les échanges et faire valoir sa position hiérarchique pour imposer ses vues]	Question : Comment établir des priorités maintenant ? Comment planifier l'activité maintenant ? Arguments en balance : multiplier les échanges de points de vue et concilier les différents professionnels qui interviennent <i>versus</i> s'appuyer sur la position de cadre et trancher, quitte à susciter des oppositions
logique « bureaucratique » ou logique managériale ?	Question : Et qui va faire ça, maintenant ? Arguments en balance : éviter la

[respecter les statuts et les domaines d'intervention liés à chaque professionnel du soin] ou bien [favoriser la polyvalence]	déqualification liée au « glissement de tâches » <i>versus</i> trouver une solution au manque d'effectif
---	--

3- Discussion et conclusion

Les changements récents en matière d'organisation interne des hôpitaux mettent en avant les problèmes de management. Les cadres de santé hospitaliers exercent un métier identifié comme sensible (Ministère de la santé, 2007). Il leur est demandé de modifier leurs pratiques. A l'origine, ils étaient des techniciens du soin chargés de surveiller le cours de l'activité du service, les cadres de santé sont censés aujourd'hui devenir des gestionnaires d'unité. Notre recherche rend compte d'évolutions qui vont dans ce sens, mais elle les nuance. Elle répond à notre question de recherche : le cadre de santé hospitalier se distingue effectivement de la plupart des cadres de proximité de l'industrie et des services. Le travail engagé permet de préciser ces distinctions en établissant trois constats :

1- Le cadre de santé hospitalier est un gestionnaire de proximité essentiellement réactif

Il est rare, dans l'industrie ou dans les services, qu'un cadre de proximité soit aussi fortement soumis aux points de vue et remarques de ses subordonnés. Les avis de ces derniers sont des signaux à partir desquels il établit, en tant que responsable, les priorités en matière d'activité. Dans la plupart des cas, le cadre de proximité est proactif. Il a en tête une planification indicative de l'activité donnée par sa hiérarchie et il intègre les signaux de ces subordonnés pour élaborer sa planification de l'activité (Aoki, 1990).

Ce schéma ne s'applique pas au travail du cadre de santé. Celui-ci reste un *gestionnaire de proximité essentiellement réactif*. En effet, l'organisation des soins est nécessairement liée au diagnostic médical et au suivi infirmier. Les diagnostics concernent tous des cas particuliers et

ils précèdent de peu l'hospitalisation des patients quand ils ne sont pas effectués après cette hospitalisation. Le lieu de l'organisation des soins reste donc le service, avec un cadre de santé qui doit réagir aux prescriptions des médecins comme aux alertes des infirmiers, des aides soignantes et quelquefois même des agents des services hospitaliers.

2- Le cadre de santé hospitalier effectue un travail de conception important pour l'organisation de l'activité des services

Comparé à ses homologues de l'industrie et des services, le cadre de santé hospitalier effectue un travail de conception plus important pour organiser l'activité. En effet, dans les industries et les services, des *technostructures* ont pour fonction de rationaliser les procédés de travail en processus (Mintzberg, 1994). A l'hôpital, il existe bien des protocoles à suivre pour le traitement de telle ou telle pathologie. Mais est impossible de « rationaliser » de manière poussée et hors du service la définition et la coordination des trajectoires des patients sur la base de ces protocoles. En effet, l'activité de soin est constamment sujette à des modifications de dernière minute, des interruptions, à la nécessité d'engager au mieux des tâches en parallèle, d'arbitrer entre différents engagements, etc. De sorte que tous les membres du service vivent une « dispersion de l'activité » et ils se tournent vers le cadre pour minimiser cette dispersion. Autrement dit, si « gérer la dispersion » est un travail collectif (Datchary, 2008), dans le cas particulier des services hospitaliers, c'est le cadre de santé qui répond de ce travail. *Et il y répond de manière très subjective, à partir de son expérience, des situations rencontrées et de sa capacité à arbitrer entre logique d'utilité et logique de soins hospitaliers.*

3- Le cadre de santé hospitalier coordonne les trajectoires de patients en s'appuyant sur deux systèmes de logiques qui peuvent entrer en contradiction

Pour « faire tourner le service », le cadre de santé hospitalier résout de manière subjective des conflits de logiques pour traiter des cas « problématiques ». Il « bricole » des

compromis pour dépasser des contradictions rarement anticipées ou prises en compte par sa hiérarchie administrative ou par sa hiérarchie fonctionnelle. Ces « bricolages », la plupart du temps pertinents, ne laissent pas de traces. *Le « positionnement » du cadre de santé est aujourd'hui en grande partie basé sur sa capacité à résoudre des contradictions qui n'ont pas été vues, ou ne veulent pas être vues, par ses hiérarchies, en arbitrant au mieux entre des logiques qui s'opposent sur des cas « problématiques ».*

Les cadres de santé ont conscience du fait qu'ils forment une catégorie de personnel sur laquelle pèsent des attentes fortes, mais en partie contradictoires, associées à des responsabilités qu'ils ne sont pas nécessairement en position d'assumer. La dernière réforme hospitalière (Plan Hôpital 2007) a promu l'organisation en pôles de l'activité médicale sans reconnaître le rôle majeur des cadres de santé dans l'organisation des soins au niveau des services. Ces derniers souhaitent aujourd'hui que leur identité de cadre évolue de manière plus affirmée. En matière de formation, les « écoles de cadres » collaborent maintenant avec les universités et infléchissent le contenu de leurs programmes à la fois vers le management et vers la sociologie. Sur le plan de l'action, des expériences de « collège cadre » sont menées à l'échelle de CHU (Divay et Gadéa, 2008). Ces évolutions vont dans le sens d'un ensemble de facteurs (reconnaissance accrue des associations de patients-usagers; évolution des exigences réglementaires; rapprochement du secteur sanitaire, social, médico-social, de la médecine de ville) qui poussent à préciser les responsabilités de chaque professionnel de soins au niveau des services.

ANNEXE

EXEMPLES DE CONFLITS DE LOGIQUES

1- Logique de soins hospitaliers/logique marchande

Le contexte est le suivant : le cadre de santé est en charge d'un service d'hépatogastro-entérologie comprenant deux secteurs, un secteur d'hospitalisation de jour et un secteur d'hospitalisation complète. Une des pathologies prévalentes dans le service est le cancer digestif. Les patients atteints suivent une chimiothérapie. Pour la plupart d'entre eux, l'administration par perfusion du produit obéit à un protocole court (quelques heures). Pour d'autres, le protocole dure de 12 à 24 heures. En fonction de cas qui lui sont soumis qu'il connaît la plupart du temps, le cadre qui admet un patient pour un protocole court va raisonner soit sur la qualité du soin, soit sur l'occupation maximale des lits des secteurs qu'il dirige. En conséquence, il va opter soit pour l'hospitalisation de jour soit pour l'hospitalisation complète.

Logique de soins hospitaliers	Logique marchande
<u>Hospitalisation de jour</u> Le patient est accueilli dans le service, il suit sa chimiothérapie et sort le même jour. Le soin considéré dans son ensemble est de meilleure qualité (le patient est aussi bien soigné sur le plan médical, et il est moins	<u>Hospitalisation complète</u> Le patient est accueilli la veille au soir de l'administration de sa chimiothérapie. L'objet est de mieux « occuper les lits » du secteur hospitalisation complète, même si

angoissé : il est mieux accueilli et pris en charge, il ne partage pas une chambre avec des cas « lourds », il est moins longtemps coupé de sa famille);	cette « occupation des lits » se fait au détriment de la qualité du soin.
--	---

2- Logique de trajectoire /logique processus (protocole)

Le contexte est le suivant : accueil à 19 h aux urgences d'une patiente de 25 ans hospitalisée pour une pyélonéphrite aiguë ; la patiente, une mère de famille célibataire, est accompagnée de ses deux enfants : un bébé de 4 mois qu'elle allaite et une fillette de 3 ans.

Logique trajectoire	Logique processus
Dans le cas présent l'hospitalisation du bébé et le placement nécessaire de la fillette hors du service rendent la trajectoire complexe du point de vue des soins. La mère qui allaite son bébé doit être en contact avec lui régulièrement. Elle s'inquiète par ailleurs de ce que deviennent ses enfants alors qu'elle n'est pas en mesure de s'en occuper	Le traitement d'une PNA est relativement simple dans un contexte normal. Mais le processus (protocole) est établi sur une « norme » qui n'est pas vérifiée ici : – le « client » dispose d'un accueil à l'extérieur – le « client » n'est pas accompagné – il doit quitter le service sous 48h

3- Logique de métier /logique de fonction

Le cas rapporté s'est passé dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Dans ce centre, chaque patient (victime d'accident ou ayant subi une opération importante) était pris en charge par un kinésithérapeute en particulier pour réaliser une rééducation globale. Mais le cadre doit faire face au non remplacement de deux kinésithérapeutes.

Logique de métier	Logique de fonction
Les kinésithérapeutes rejettent en bloc le principe du travail posté, contraire selon eux à un travail de rééducation qui prend en compte la globalité du malade	Sans concerter les kinés, le cadre planifie la réorganisation du plateau technique et la rééducation des patients autour de la notion « d'ateliers ». Il désigne chaque kiné comme référent d'une « machine » de rééducation particulière ; chaque kiné va dorénavant travailler « posté » à un atelier et voir défiler les malades.

4- Logique bureaucratique/logique managériale

L'exemple choisi va plus loin dans ce qui relève du glissement de tâches. Le cas rapporté se passe dans un service de soins de radiothérapie en hospitalisation de jour pour des patients atteints de cancer de la prostate.

Logique bureaucratique	Logique managériale
Les médecins sont les seuls habilités à réaliser l'échographie de repérage de la prostate avant son traitement par rayons	Pour limiter le temps de mobilisation des médecins, ce sont les manipulateurs radio qui réalisent cette échographie de repérage

Bibliographie

- Aoki, M. (1990), « Toward an Economic Model of the Japanese Firm », *Journal of Economic Literature*, Volume XXVIII, pp 1-27
- Bouret, P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital*, Seli Arslan
- Bouret, P. (2008) « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp 729-740
- Cintas C. (2007), « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... : le cas d'un hôpital psychiatrique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 4, p. 213-231
- Claveranne, J.P. (2003), « L'hôpital en chantier : du ménagement au management », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 125-129
- Danet, F., Bremond, M., Robert, D. (2006), « Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 1, pp 103-116
- Datchary, C. (2008), « Gérer la dispersion : un travail collectif », *Sociologie du travail*, n° 50, pp 396-416
- Detchessahar, M & Grevin, A. (2009), « Un organisme de santé... malade de « gestionnite » », *Gérer et comprendre*, n° 98, p 27-37
- Divay, S. & Gadea, C. (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp 677 à 687
- Fraisie S., Robelet M. et Vinot D. (2003), « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 155-166
- Grosjean, M. & Lacoste, M., (1999), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF
- Livian, YF. & alii, (2006), *Etre cadre, quel travail ?* ANACT
- Mayo, E. (1933), *The Human Problems of an Industrialised Civilisation*. New York, Macmillan

- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (2007), *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, tomes 1 & 2, éditions ENSP
- Mintzberg, H. (1984), *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, les éditions d'organisation
- Mintzberg, H. (1994), *Le management, voyage au centre des organisations*, les éditions d'organisation
- Minvielle, E.(2003), « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 167-189
- Mispelblom Beyer, F. (2006), *Encadrer, un métier impossible*, Colin
- Noguera F. et Lartigau J. (2009), « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Revue management et avenir*, n° 25, p. 290-314
- Pascal C. (2003), « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 191-204
- Roethlisberger, F.J., Dikson, W.J. (1939), *Management and the Worker*, Cambridge, Harvard University Press
- Strauss, A (1963), « The Hospital and Its Negotiated Order » traduit et repris sous le titre « l'hôpital et son ordre négocié », in *La trame de la négociation*, L'harmattan, 1992, 87-112
- Strauss, A, et alii (1985), « Social Organization of medical work » traduit et repris sous le titre « Maladies et trajectoires », », in *La trame de la négociation*, L'harmattan, 1992, 143-189
- Taylor, F.W. (1957), *La direction scientifique des entreprises*, Paris, Dunod, reprend le texte intégral de *Scientific Management* (1911), et des extraits de *Shop Management* (1903) et de *Hearings before Special Committee of the House of Representatives to investigate the Taylor and Other Systems of Shop Management* (1912)



CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

LE COLLECTIF SOIGNANT : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Regards croisés des cadres et des infirmiers

Ivan Sainsaulieu

E.N.A. | *Revue française d'administration publique*

2008/4 - n° 128
pages 665 à 675

ISSN 0152-7401

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-665.htm>

Pour citer cet article :

Sainsaulieu Ivan, « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? » Regards croisés des cadres et des infirmiers, *Revue française d'administration publique*, 2008/4 n° 128, p. 665-675. DOI : 10.3917/rfap.128.0665

Distribution électronique Cairn.info pour E.N.A..

© E.N.A.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

FIGURES

LE COLLECTIF SOIGNANT : MYTHE OU RÉALITÉ ? REGARDS CROISÉS DES CADRES ET DES INFIRMIERS

Ivan SAINSAULIEU

Chercheur en sociologie, Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique¹,
CNAM, CNRS

Résumé

Le collectif soignant apparaît sous diverses formes. Il exprime d'abord une convergence de points de vue des soignants encadrés et encadrants sur des valeurs liées au soin, au premier chef la qualité de soins et un service public égalitaire. Il signifie ensuite, aux yeux des encadrants, la recherche d'une mobilisation participative et d'une cohésion intégrative de leurs efforts au service de leur personnel. Telle n'est pas la vision de l'équipe productive, en l'occurrence des infirmières, qui insistent davantage sur les besoins concrets du travail d'équipe, d'où le cadre est exclu. Le collectif revêt ainsi une dimension mythique qui permet de souder une recherche à la fois, de socialisation des encadrants aux prises avec la solitude, et d'organisation des encadrés, aux prises avec les menaces chaotiques du travail en actes. La dimension mythique d'un collectif en creux joue ainsi un rôle de convergence au même titre que le partage de convictions.

Abstract

— *Health team as a collective entity : myth or reality ? The cross-perspectives of managers and nurses* — The health team takes various different forms. It firstly reflects a convergence of the perspectives of supervised care providers and managers regarding care-related values, particularly the quality of care and non-discriminatory public service. Secondly, for managers, it means striving to achieve the participatory mobilisation and integrative cohesion of their efforts on behalf of their staff. This is not the view held by productive staff, namely nurses, who place more emphasis on the concrete needs of teamwork, from which managers are excluded. The team as a collective entity thus takes on a mythical dimension, which makes it possible to combine efforts to promote the socialisation of managers grappling with solitude on the one hand, with the organisation of supervised staff grappling with the chaotic threats of action-based work on the other hand. The mythical dimension of an intrinsically collective team thus helps to promote convergence in the same way as sharing convictions.

1. Le Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (Lise), qui rassemble des chercheurs spécialisés en sociologie, gestion des ressources humaines, économie, droit, psychologie et linguistique, est implanté sur les deux sites parisiens du Conservatoire national des arts et métiers et du Centre national de la recherche scientifique (Pouget).

PAROLES DE CADRE

À l'hôpital – bureaucratie professionnelle où le profit n'est pas l'objectif caché et où le pouvoir est au moins double² – on trouve désormais une montée des préoccupations gestionnaires motivées par des raisons budgétaires et financières³. Le but de cet article est de savoir comment cette montée gestionnaire est ressentie par les cadres hospitaliers⁴ et comment leurs représentations du métier et leurs pratiques de management s'en trouvent modifiées.

Gestion et métier font-ils bon ménage ? Chez les cadres infirmiers, trois modèles différents se sont succédés depuis l'après-guerre jusqu'à un passé récent : ceux de la « vocation », de la « profession », puis de la « gestion »⁵. La « gestionnarisation » des pratiques suppose davantage le divorce d'avec la profession d'origine, niée ou mise de côté, que le mariage réussi. À l'appui de cette thèse vient s'inscrire celle du malaise des cadres, vivant une « grande rupture » de confiance⁶, thème devenu aussi célèbre que celui de la construction de leur cohésion idéologique⁷, bien que l'évolution de leurs conditions de travail ait eu peu d'incidences en termes de votes⁸. Notre thèse est que, malgré les dégâts du productivisme de soin⁹, cette rencontre entre la gestion et le métier peut aussi produire des effets de mixage, du fait de l'appropriation de tout ou partie de la gestion par les professionnels, comme cela a été noté dans le cas des médecins¹⁰.

Mais la parole des cadres est-elle une source heuristique ? La sociologie des cadres invite à critiquer leurs représentations, imprégnées d'idéologie par position¹¹. On ne traite ainsi plus « des cadres », mais « du fait d'encadrer », il ne s'agit plus de l'analyse documentaire des recommandations pour les cadres, telles qu'on les lit dans les manuels de management, mais « des pratiques qui ne ressemblent guère aux préconisations et idéalisations écrites »¹². Comme une longue tradition de sociologie « réaliste » aux contours variés, nous pensons que les convergences de représentation ne peuvent suffire à lire le social, *a fortiori* quand on a des raisons de supposer un biais « d'encadrant ». Les thèmes de l'approvisionnement de la gestion ou de l'animation de proximité sont assez proches du discours managérial pour vouloir vérifier à quoi ils correspondent, dans le cadre d'une enquête par questionnaire¹³ dont l'échantillon est construit avec la collaboration d'un acteur hospitalier (cf. note méthodologique *infra*).

2. Aux lignes hiérarchiques des pouvoirs managérial et médical sur lesquelles voir Binst (Mariane), *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, L'Harmattan, 1990, on ajoute parfois celle d'un pouvoir paramédical. La multiplicité des pouvoirs a fait nourrir les doutes les plus forts sur la possibilité de la mise en place d'une « réforme hospitalière » – cf. François Stasse, « Les acteurs de la politique de santé », *Pouvoirs*, n° 89, 1999, p. 6-24.

3. Bonnici (Bernard), *L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques*, Paris, La Documentation Française, 1998.

4. Notre enquête (cf. *infra*) portait sur l'ensemble des cadres hospitaliers, techniques, administratifs et soignants, aux niveaux cadres de santé (appellation générique pour cadres de proximité) et cadres supérieurs (qui ne sont pas des cadres dirigeants). Le gros des effectifs de cadres hospitaliers est constitué par les cadres infirmiers (y compris dans notre échantillon).

5. Feroni (Isabelle), Kober-Smith (Anne), « La professionnalisation des cadres infirmiers », *Revue française de sociologie*, 46-3, p. 23-47.

6. Du fait de leur massification et du manque de distinction salariale, des risques accrus de chômage, de la promotion de l'expertise au détriment de la hiérarchie, de l'augmentation de la charge de travail et des servitudes à l'égard des clients... Bouffartigue (Paul), *Cadres, la grande rupture*, Paris, La Découverte, 2001.

7. Boltanski (Luc), *Les cadres. Formation d'un groupe social*, Minuit, 1982.

8. Rouban (Luc), *Les cadres et la politique 1978-2008*, http://www.cadresplus.net/bdd_fichiers/cad_respolitique.pdf.

9. Sainsaulieu (Ivan), *Le malaise des soignants. Un travail sous pression*, Paris, L'Harmattan, 2003.

10. Castel (Pierre), Merle (Isabelle), 2002, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, p. 337-355.

11. Boltanski (Luc), Chiapello (Ève), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Minuit, 1999.

12. Mispelblom-Beyer (Frédéric), *Encadrer, un métier impossible ?*, Paris, Armand Colin, 2006.

13. Nous refusons cependant l'illusion méthodologique d'une saisie pleine et entière des pratiques. La question de la saisie de la pratique est en effet sous-tendue par l'aporie philosophique de la connaissance de la réalité.

En même temps, on ne saurait sur-interpréter la parole des cadres en lui déniait tout réalisme, au nom d'une vérité absolue détenue par le sociologue critique¹⁴. Les réponses des cadres ne sont pas (forcément) moins éclairantes que celles des infirmiers, qui défendent aussi des intérêts. Nous avons cherché à croiser leurs points de vue sur les mêmes questions. La capacité d'éclairage dépend du problème considéré, notamment de la proximité des acteurs avec sa mise en œuvre. Nous nous sommes également efforcés de repérer les pratiques au travers de questions concrètes (par exemple, sur le partage des tâches que les cadres effectuent, sur ce qu'ils font dans une situation donnée, etc.). Enfin, s'agissant des opinions plus générales (la qualité de soin, le service public...) la quantification des représentations (et de leurs pratiques induites) permet de mesurer les croyances par des données chiffrées, ce que ne permet pas forcément une analyse en profondeur de l'idéologie ou des pratiques *in situ*. La force du numérique, c'est d'augmenter les probabilités de connaître la « vraie valeur », un échantillon important rapprochant de la population mère¹⁵.

Notre hypothèse d'une certaine intégration du métier et de la gestion (via un profil de « cadre animateur ») dépend donc de conditions méthodologiques précises (variation des points de vue, souci de concrétisation des représentations, outils diversifiés). Le cadre animateur nous apparaîtra d'abord comme profil dominant chez les cadres, avant d'être nié en partie par les infirmiers et de renaître dans le besoin partagé d'un « collectif ».

DES CADRES « MISSIONNAIRES »

L'enquête qualitative et quantitative fait apparaître un profil assez consensuel. Il n'y a pas, comme chez les médecins, de points de vues « d'écoles » opposés. Il y a un modèle dominant, avec des degrés d'adhésion, sans contre-modèle. Les cadres de santé apparaissent assez convaincus du bien fondé de la qualité de soins (définie avant tout par des compétences professionnelles et des moyens suffisants¹⁶) et de la participation.

Le type dominant : un « cadre animateur »

« Cadre animateur » est notre appellation d'un profil dominant, construit par convergence des réponses majoritaires de la population répondante. C'est une population d'âge mûr (plus de cinquante ans), à moitié diplômée, aux origines doubles (père cadre ou ouvrier), expérimentée (ancienneté dans la profession d'origine et dans la fonction de cadres), féminine, avec une famille à charge, vivant en couple avec deux ou trois enfants d'âge également avancé. Elle est répartie sur l'ensemble du territoire national, mais concentrée dans les gros hôpitaux et peu mobile. Trois à quatre fois plus syndiquée (40 %, dont 35 % à la CFDT) que l'ensemble des cadres hospitaliers¹⁷, notre population est majoritairement soignante¹⁸ et pratique un sport.

14. Gadea (Charles), *Les cadres en France, une énigme sociologique*, Paris, Belin, 2003.

15. Voir Martin (Olivier), *L'enquête et ses méthodes, analyse des questionnaires*, Paris, Armand Colin, 2003. Cet article repose sur une enquête spécifique. On a mis au point un questionnaire (grâce à 31 entretiens qualitatifs préalables) envoyé via le réseau syndical de la CFDT à 10 000 exemplaires auprès des cadres hospitaliers, à la fois cadres de santé et cadres supérieurs, pour un total de 1480 réponses (enquête LISE/CFDT, Fédération Santé-Sociaux, 2006-2007). Les cadres pouvaient être infirmiers, administratifs, techniques, médico-techniques, à l'exclusion des cadres dirigeants. Au total, 70 % des réponses sont le fait de cadres soignants. Un second questionnaire a été envoyé à une population d'infirmiers, avec 500 retours. Les deux questionnaires visaient à interroger le métier de cadre (occupations, motivations, opinions sur la qualité de soins, la direction, les pôles, le service public...) et leur style de management à l'encontre de l'équipe de soin (distant ou proche, autoritaire ou participatif, coopératif avec les autres acteurs...).

16. Sur l'amélioration de la qualité, les commentaires libres envisagent « des prestations personnalisées adaptées », « du bon sens ! », « une mise à jour continue des connaissances »...

17. Les répondants non syndiqués sont toutefois majoritaires (60 %).

18. Quelles différences de réponses entre soignants et non soignants ? Les tris croisés font apparaître une plus grande tendance chez les cadres soignants que les autres cadres hospitaliers à dénoncer l'individualisme (des personnels), la pénurie, la durée moyenne de séjour ou le manque de formation.

Un « positivisme » se fait particulièrement ressentir par l'absence de considérations matérielles dans la satisfaction apportée par la situation de cadre : ni le salaire (12 %), ni les rythmes de travail (17 %), ni le statut cadre (4 %) ne jouent sensiblement sur les motivations. À l'inverse, ce sont des facteurs « positifs » qui ressortent, avec dans l'ordre croissant, le goût de faire changer les choses, de l'autonomie professionnelle, et surtout du management des personnes en acquérant une vision d'ensemble. Les cadres interrogés considèrent leur fonction plutôt comme une nouvelle profession, en sus de leur profession d'origine (soignant...).

Ils se sentent utiles, dressent un bilan positif de leur action et font preuve d'optimisme sur l'amélioration de la qualité de soins, malgré les contraintes budgétaires, voire grâce à elles : elles obligent à « faire attention à ce que l'on fait ». L'excès de diversité, la complexité et les contradictions des missions sont surmontés : les tendances contradictoires font partie intégrante du travail d'encadrement, comme par exemple l'association entre quête de productivité et amélioration de la qualité de soin.

Le profil dominant n'est cependant pas entièrement consensuel, comme l'est un des sous-types minoritaires (*cf. infra*). La critique existe, d'abord contre la direction : s'ils connaissent les orientations de leur établissement, ils estiment qu'on ne les consulte pas régulièrement et que leurs missions ne sont claires ni à l'échelle nationale, ni à l'échelle locale. Ils ne se considèrent pas comme des relais de la direction (3 % des réponses), mais comme une partie intégrante de l'équipe de soins qu'ils animent (63 %). En tant que tels, ils dénoncent la pénurie relative de personnels, la pression financière qui s'instaure via la mise en place des pôles et considèrent que la gestion éloigne du soin (84 %). Leurs critiques enfin visent le manque de coopération entre pairs.

Dans ces conditions, on ne s'étonnera pas que la dimension locale et de proximité soit une composante forte de leur satisfaction¹⁹. Le projet de service ou d'unité, c'est-à-dire au niveau de proximité immédiat, leur semble prépondérant, de même que l'appartenance à un collectif. La gestion des imprévus (locaux) tient une plus grande place que la gestion prévisionnelle (plus transversale), les plannings et le relationnel sont les premières occupations, la capacité de relation la principale qualité du cadre (95 %). Ils sont en quête de méthodes participatives, dont la première voie leur semble « la valorisation du travail effectuée » (94 %) et ils attendent d'abord la reconnaissance de leur personnel, avant celle de tout autre acteur (direction, pairs, patients, médecins).

Cependant, la participation reste pour l'essentiel limitée à la gestion du matériel et à l'encadrement des stagiaires. La conception du partage des décisions est minoritaire, même si les pourcentages d'implication du personnel dans les décisions sont assez élevés, la consultation des personnels recueillant 90 % d'avis favorables ou très favorables. Les moyens participatifs sont tous plébiscités à plus de 60 % en moyenne, l'entretien informel étant le moyen privilégié, en cas de problème²⁰.

On voit donc ressortir l'image d'un cadre engagé, voire « missionnaire », dévoué au personnel et au patient (même si ses vues sur la participation ne sont pas très cohérentes).

19. En cela, ils sont dans la droite ligne des nouvelles directives pour l'encadrement intermédiaire : se rapprocher de l'équipe, développer les compétences et la valorisation du travail des salariés et pratiquer un management participatif, voir Karvar (Anousch), « Pour une vraie reconnaissance », *Multiples, Mensuel des adhérents CFDT-Santé Sociaux*, janvier 2005.

20. L'engouement participatif s'apprécie aussi par la variété des suggestions dans la catégorie « autres » de la question sur les moyens participatifs. Citons pêle-mêle : « travaux de groupe », « participation à des projets, élaboration d'outils », « projet de soin de l'unité », « retours positifs collectifs par affichage », et, de façon réitérée, « soutien dans un projet/formation » ou « responsabilisation »...

Ce qui n'empêche pas la formulation de critiques, on l'a vu, et un certain dépit sensible dans la formulation d'un sentiment de solitude ou de regrets sur le manque de coopération entre cadres ou avec les médecins, avec qui les relations sont parfois tendues. Cette dominante n'empêche certes pas des différenciations.

Des types minoritaires

Malgré l'absence de forts contrastes, l'analyse des résultats fait apparaître quelques clivages : on distingue ainsi des cadres consensuels ou critiques, bureaucratiques ou participatifs ²¹.

En premier lieu, des questions autour de l'organisation différencient scepticisme et ferveur. Le cadre le plus consensuel est cadre supérieur, sa vie professionnelle passe avant la vie privée et ne voit pas de difficultés dans l'articulation entre sa vie privée et sa vie professionnelle (ou associative). Il se situe indifféremment dans le secteur sanitaire ou médico-social, avec un niveau scolaire contrasté (assez haut ou assez bas). Il ne critique pas la pénurie de personnels ou de matériels, ni le poids des plannings dans les tâches du cadre, n'est pas confronté au manque de personnel (9 % de l'échantillon)²². La gestion éloigne peu ou prou du soin. Il est favorable à l'évaluation, aux protocoles, aux procédures qualité institutionnelles, à la gestion par pôle, il trouve que la gestion prévisionnelle permet de faire face aux imprévus.

Au contraire, les plus sceptiques sont à la fois célibataires et responsables d'une personne dépendante, ils n'ont pas d'engagement associatif et trouvent difficile l'articulation entre les deux dimensions professionnelles et personnelles. Pour eux, la vie de famille ou personnelle passe avant²³. Ils ont le diplôme IDE (infirmier). Ils sont dans une situation fragile : l'isolement est la variable la plus distinctive (selon la valeur test). Il s'agit d'un profil à la fois attaché au métier de base et pessimiste sur les chances d'amélioration. Il ne s'agit pas de faire changer les choses en tant que cadres. Ils sont critiques : la direction les consulte rarement, sa stratégie est méconnue, tandis que la qualité se détériore. Le budget pose problème, on critique l'idée que la restriction budgétaire puisse favoriser la qualité de soins, ou que la jonction entre qualité et productivité soit nécessaire ; on pense que la gestion éloigne souvent du soin. L'absence de moyens est une dimension structurante. La suppression des lits est sensible, ainsi que la pénurie de personnels.

Cette critique est toutefois plaintive, elle s'apparente parfois à un véritable cri de détresse, comme certaines remarques rajoutées à la main sur les questionnaires²⁴. Les projets ne sont pas de se former en plus, mais de changer de secteur. Le travail de cadre est routinier, fait de sollicitations contradictoires et de contraintes multiples, défini par des missions qui ne sont pas claires ; la gestion est débordée par les imprévus ; la coopération entre cadres insuffisante ou très rare, même si l'on compte sur elle (« entre cadres, on forme une équipe »).

21. Pour le détail, se référer à l'analyse exhaustive des sous-types parue dans l'ouvrage collectif : Sainsaulieu (Ivan) dir., *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Paris, Lamarre, 2008.

22. Les pourcentages donnés entre parenthèses permettent de prendre la mesure de la représentativité de la réponse dans la population globale des répondants (exemple ici : 9 % de l'échantillon répond de la même façon).

23. Les tris croisés font apparaître que le choix prioritaire de la vie professionnelle est plus fort dans le cas des femmes, des célibataires et des tranches plus âgées ; à l'inverse, le choix prioritaire de la vie privée est plus important chez les hommes plus jeunes.

24. Véritable tribune, le questionnaire sert aussi à dénoncer des situations : « manque » ou « inadaptation des lits », notamment « en long et moyen séjour », « absence de connaissance du terrain par la direction », « absentéisme », « précarité des étudiants en institut de formation en soins infirmiers », « diplôme infirmier diplômé d'État » ou « fonction cadre non reconnue », « relations difficiles avec le cadre supérieur », « améliorer les conditions de travail des soignants ».

Un scepticisme se manifeste à l'encontre des interactions horizontales comme verticales : la participation et la délégation des plannings, comme l'évaluation des personnels et l'encadrement du service, du point de vue des soins comme de la gestion de l'activité. Les pôles gestionnaires handicapent la coopération entre cadres de santé et celle entre cadres supérieurs. Les relations sont souvent tendues avec les médecins, avec qui elles ne sont « jamais » sur un mode égalitaire. La réussite du travail d'encadrement tient plus à la chance de tomber au bon endroit qu'à autre chose. On voit donc comment la critique peut manquer de supports, de locomotive. Réaliste par bien des aspects, refusant d'avaloir des couleuvres, ce type peine pourtant à définir ce qu'il veut, notamment du fait de son scepticisme à l'égard de ce à quoi il est le plus attaché (le collectif soignant).

Le seul projet à la fois critique et reposant sur une dynamique à la base, c'est le projet participatif. Le recours aux moyens participatifs est une question déterminante, que ce soit la reconnaissance du travail bien fait, la désignation d'agents référents, l'entretien avec les personnes en cas de nécessité, la diffusion large de l'information, ou la contribution du personnel à l'élaboration du projet de service. Il y a bien un encadrement participatif, ou qui croit à la participation, à l'initiative du personnel, au projet de service et à l'affirmation de valeurs collectives²⁵. Outre la participation et la valorisation du travail effectué, on plébiscite la formation, voire les pressions amicales, bref un management où l'on impulse soi-même une dynamique, où manager des personnes est ce qu'on apprécie le plus, là où l'on se trouve. Il s'agit donc d'un type entreprenant, qui intègre beaucoup d'éléments de la gestion et de la profession et se distingue avant tout pour son engagement relationnel tous azimuts, avec les patients, les familles, les médecins, l'équipe (la seule réserve concernant les autres cadres, peut-être moins motivés). La qualité est un combat qui intègre bien des dimensions de la rationalisation mais qui en même temps doit s'inscrire dans une éthique, dans laquelle prime la relation à autrui. Ainsi, le service public évoque pour eux un engagement personnel auprès des personnes, autant que l'égalité d'accès aux soins et le statut de la fonction publique. De même, les différents items sur la reconnaissance opposent les cadres participatifs, qui attendent de la reconnaissance (dans l'ordre : du personnel, des médecins, des patients, des pairs et de la direction) à ceux qui n'en attendent pas (le type bureaucratique).

On voit donc ce qui distingue le profil participatif minoritaire²⁶ du profil dominant, dit « animateur » : le cadre participatif radicalise le profil animateur, il se dissout dans l'équipe soignante, valorisant le personnel, le statut et la coopération avec les médecins.

25. Cette confiance dans l'engagement professionnel et organisationnel ne va pas sans critiques, sur l'organisation en pôles d'activités, la pénurie de personnels comme difficulté rencontrée dans le travail, les missions peu claires, l'absence de matériel et de personnels en nombre suffisant. Aussi se distingue-t-il du cadre consensuel.

26. Le type participatif est plus diplômé, plus âgé et plus féminin. Avec l'obtention du diplôme, on semble plus sensible à la question de la participation, ainsi qu'à la définition de la fonction cadre comme une profession à part entière. Cet effet diplôme est accru dans la tranche d'âge 45-50 ans, plus massivement diplômée et plus sensible aux initiatives et à la contribution du personnel, ayant plus de goût pour le management des personnes et la gestion des activités du service. À la marge, l'effet diplôme fait également apparaître un fort engagement des moins diplômés (inférieurs au bac) pour une participation « démocratique » (association, encouragement et information larges du personnel). D'autre part, les femmes sont plus sensibles au participatif que les hommes. Comme si elles étaient moins intéressées par le pouvoir, elles ont plus le sens de la délégation, pour l'élaboration des protocoles infirmiers ou pour la nomination d'agents référents, de la reconnaissance et de la valorisation du travail bien fait, du recours à l'entretien avec les personnes, de la formation professionnelle et de la diffusion de l'information. Il y aurait donc un management au féminin, plus soucieux de l'interrelation professionnelle, d'où leur préférence participative plus accentuée que celle des hommes, dans les détails concrets de la participation. Voir à ce sujet : Picot (Geneviève), « Cadres de santé : un encadrement individualisé à l'origine d'un rapport personnalisé avec les infirmières », in Sainsaulieu (Ivan) dir., *op. cit.*, 2008.

Le type bureaucratique se distingue par la négative : il ne sait pas, ou ne coche pas les items sur lesquels s'affirme le type participatif. La faiblesse de ses réponses fait penser d'ailleurs qu'il représente sans doute une population qui ne voit pas l'intérêt d'un questionnaire. Ce cadre défend néanmoins l'administration ou le côté administratif de la régulation. Il pense que le cadre est distancié par rapport à l'équipe et ne peut pas faire grand chose en cas de manque de personnel. Il est au courant des projets stratégiques de la direction et trouve les missions clairement définies au niveau national. Il est un peu effacé : il croit moins en son initiative individuelle ou collective qu'à la vertu de dispositifs contraignants. Il a un bilan plutôt négatif de sa propre activité de cadre. Paradoxalement, il n'a pas été pressenti cadre par sa hiérarchie, mais cela semble coïncider avec son manque de confiance dans les autres. Il n'a pas trop de projets, sinon de changer d'unité. Il considère que la qualité de soins stagne et que les contraintes budgétaires obligent à l'améliorer.

Aux antipodes du cadre participatif, le cadre bureaucratique se distingue aussi du cadre consensuel dans sa dimension faiblement relationnelle. Il incarne l'autorité traditionnelle. Le cadre bureaucratique ne pense pas qu'il faille prendre l'avis de chacun avant de prendre une décision (5 %), et ne croit pas à l'initiative des personnels, dont il critique l'individualisme. Peu interactif, il ne s'intéresse pas aux fonctions transversales ni à une formation supplémentaire, il recherche peu la relation à autrui et c'est probablement la raison pour laquelle il ne se sent « jamais » isolé.

On comprend mieux, à ce stade, la source des difficultés estimées de la coopération des cadres entre eux (70 % la trouvent insuffisante). La direction d'un établissement peut en effet s'appuyer : soit sur un type de cadre hiérarchique traditionnel, d'accord pour faire des économies mais pas prêt à remettre en question ses pratiques ; soit sur un encadrement plus dynamique, assurant une meilleure cohésion du personnel, mais plus remuant et autonome ; soit sur un type de cadre très consensuel, approuvant un peu tout, plus « légaliste » « qu'innovateur »²⁷. Enfin, elle doit tenir compte d'un état d'esprit critique, pas vraiment virulent, mais attaché à la profession et qui se sent potentiellement exclu voire dépressif.

LA DÉFENSE D'UN COLLECTIF PRODUCTIF PAR LES INFIRMIÈRES

Que pensent les encadrés des méthodes de leurs encadrants ? Ont-ils les mêmes valeurs ? Nous avons réalisé une comparaison systématique des réponses des cadres et des infirmiers. Des convergences sont visibles, mais elles ne confirment pas toujours le point de vue managérial.

Convergences sur les valeurs du travail et de l'organisation locale

Infirmiers et cadres de notre échantillon partagent un ensemble de traits objectifs : ce sont avant tout des femmes en couple, d'origine plutôt modeste ou moyenne, soignantes confirmées d'un secteur public concentré. Seuls l'âge, le nombre d'enfants et le taux de syndicalisation (28 % contre 40 %) diffèrent sensiblement.

Leurs points de vue se rencontrent sur un premier volet qu'on peut appeler un contenu commun du travail, notamment sur la qualité de soins. La qualité de soins est un

27. Alter (Norbert), *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF, 2000.

thème fortement plébiscité, comme vecteur des compétences professionnelles (84 % des infirmières et 89 % des cadres), de la relation aux patients (86 % et 74 %), lié aux moyens en matériel et personnels (82 % et 70 %) et requérant une évaluation permanente (56 % et 64 %), dans l'attente d'une reconnaissance par les patients (43 % et 42 %). Dans le même ordre d'idées, le service public est un autre thème consensuel, à la fois dans ce qu'il représente et dans ce qu'il ne représente pas : s'il est un gage d'égalité d'accès aux soins (80 % et 73 %), il n'est pas d'abord ni surtout représenté par le statut de la fonction publique (seulement 19 % et 13 %), en dépit de la forte localisation des répondants dans le secteur public.

On voit donc comment, dans ce premier volet, s'exprime le souci du contenu plutôt que du contenant. Moins bureaucratique que professionnelle, l'activité de soins commune suppose, au cœur des compétences, le souci de la qualité et de la performance (à évaluer), la mission égalitaire de service public et des moyens adéquats. La paie, le statut et l'avis de l'autorité hiérarchique (médicale, paramédicale et encore moins celui de la direction) importent moins que ce que l'on fait pour le patient.

Le deuxième volet consensuel regroupe des réponses portant sur les cadres comme vecteurs d'organisation. Les cadres sont utiles, ils améliorent plutôt les choses (dans des proportions étonnamment proches : 56 % et 59 %). Leur motivation réside dans le management des personnes (63 % et 59 %), pour faire changer les choses (49 % et 50 %). Aussi les infirmiers sont-ils, unilatéralement, plutôt satisfaits des relations de travail avec les cadres (52 %), même s'ils préfèrent les relations de travail avec les médecins (59 %), sans doute jugés plus proches du travail effectué. L'idéal organisationnel épouse les contours du collectif. Il faut que tous soient consultés, voire associés aux décisions et 44 % des infirmiers trouvent que la participation est un moyen courant dans les services (88 % des cadres la jugent possible). L'exemple de l'encadrement des stagiaires est illustratif : alors que l'on pourrait s'attendre à un rejet franc du travail supplémentaire qu'il représente, sa présence massive dans les réponses suggère un accord réciproque fondé sur le respect mutuel et l'esprit collégial professionnel partagé entre cadres et infirmiers.

La convergence s'exprime donc aussi au travers de critiques contre ce qui menace l'intégrité de cette communauté locale. Ainsi, des préventions fortes sont-elles partagées contre la gestion, qui « éloigne du soin » (91 % et 84 %), ou les plannings qui éloignent de la formation (40 % et 37 %). Surtout, on déplore la pénurie de personnels (63 % et 55 %), puis l'abondance des procédures (50 % et 54 %) ou les relations parfois tendues entre cadres et médecins (56 % et 59 %), et dans une moindre mesure l'individualisme des professionnels (41 % et 47 %). Le cadre doit être au service du groupe, il ne saurait exercer à temps partiel (60 % et 53 %) et l'articulation entre vie au travail et vie professionnelle est difficile (66 % et 52 %).

Les critiques restent peu ciblées. Tous les acteurs sont désignés du doigt : de la direction aux pairs, des cadres aux médecins²⁸. Il y a donc l'idée d'un système sous tensions plutôt que d'une domination particulière, ce qui va dans le sens du rejet d'une bureaucratie à tendance productiviste, pour la préservation du collectif soignant.

Travail d'équipe et mise à distance des cadres

La perception du travail des cadres par les infirmiers diffère à plus d'un titre avec la vision par les cadres de leur travail. Si les deux catégories convergent sur le primat de la pratique ou du contenu du travail, les infirmiers refusent son partage aux cadres. Ils

28. Les patients n'échappent pas à cette critique.

distancient les cadres de l'équipe de soins, ces derniers étant jugés plus loin de l'équipe qu'ils ne le pensent. Les cadres ne gèrent que peu les relations dans l'équipe (14 % des réponses des infirmiers contre 53 % de celles des cadres), voire l'activité du service (21 % contre 38 %). Ils sont plus hiérarchiques qu'ils ne le croient : ils exercent un commandement (13 % au lieu de 0,2 %), affirment un principe hiérarchique (49 % contre 3 %), mettent en œuvre les consignes de la direction (30 % contre 3 %), exercent parfois des pressions affectives (20 % contre 3 %).

Surtout, l'idéal participatif du collectif de proximité est loin d'être atteint. Au contraire, les cadres ne valorisent pas le travail effectué (17 % contre 81 % des réponses des cadres !), favorisent peu la participation (19 % contre 75 % !), la négociation (26 % contre 43 %), la formation (12 % contre 36 %) et devraient mieux assurer la coordination du service (67 % contre 20 %). Contrairement à ce qu'il souhaite, le cadre ne fait pas vraiment partie intégrante de l'équipe (36 % contre 63 %), il est distancié pour mieux l'encadrer (57 % contre 33 %). Face au manque de personnels, il réclame moins des effectifs pour l'équipe qu'il ne téléphone au domicile personnel pour rappeler des infirmiers (56 % contre 29 %).

Autrement dit, on trouve ici de quoi nuancer la convergence de principe exprimée plus haut. Le parallélisme de leurs points de vue sur les valeurs, le contenu du travail qu'il convient de faire ou d'attendre (la qualité de soins, l'égalité du service public, l'importance du métier, des moyens, de la reconnaissance des patients) cesse largement devant l'exposé des pratiques. Les infirmiers trouvent les cadres moins attelés à la tâche (améliorer ou faciliter le travail qui se fait) qu'ils ne le disent : ils ne remplissent pas assez le contrat moral, même si celui-ci n'est pas rompu.

C'est que le travail des cadres semble différent par nature aux infirmiers. Le contraste est net en ce qui concerne les motivations et les occupations du cadre : il s'intéresse moins à une vision d'ensemble (24 % des infirmiers contre 61 % des cadres) qu'à la rémunération (39 % contre 12 %) et surtout au statut (52 % contre 4 %). Que font-ils, d'ailleurs, ces cadres ? Ils sont en réunion (82 % contre 44 %) ou font les plannings (76 % contre 52 %). Ils s'occupent très peu des familles ou des patients (11 % contre 30 %). Le cadre s'intéresse plus au projet de service, les infirmiers à l'entente dans l'équipe. La productivité semble à 72 % des cadres aussi nécessaire que la qualité de soins, contre seulement 44 % des infirmiers interrogés. La qualité de soins stagne ou se détériore pour les infirmiers, tandis qu'elle s'améliore pour les cadres.

Le jugement des infirmiers sur les cadres peut donc se montrer sévère²⁹. En fait, chacun critique son supérieur hiérarchique, avec sa part de fantasme : les infirmiers critiquent les pratiques des cadres à leur encontre et imaginent le reste (leurs motivations, leurs occupations...). Où commence et où finit, par exemple, le fait de s'occuper des patients et des familles ? Existe-t-il une seule réunion qui s'en préoccuperait ? L'amertume contre le cadre « toujours en réunion » vient sans doute, à la fois, d'un manque de disponibilité de ce dernier et de la différence de pénibilité du travail effectué, qui s'exprime dans cette critique du cadre « qui se la coule douce ». De leur côté, les cadres ont tendance à exagérer certains dispositifs, comme ceux de la participation, ou à juger de la compatibilité entre productivité et qualité de soins sur un plan logique plutôt que dans la mise en œuvre effective. En revanche, les cadres attachent plus d'importance que les infirmiers à être reconnus du personnel du service et vivent davantage le service public comme un engagement personnel et collectif. Le collectif de l'équipe soignante met à distance le

29. Les compétences des cadres sont également mises en cause dans nombre de commentaires libres, cf. notre contribution « Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime », in Sainsaulieu (Yvan) dir., *op. cit.*, 2008.

cadre, mais ne peut fonctionner sans ce dernier et ne puise pas son identité en son propre sein ; le cadre, de son côté, est hanté par le collectif dont il cherche la reconnaissance, au lieu de celle de ses pairs...

LA SYNERGIE AUTOUR DU « COLLECTIF » : UN ENJEU SYMBOLIQUE

La qualité de soins et l'utilité des cadres sont des éléments de convergence forte des représentations des cadres et infirmiers. Pourtant, les représentations sont aussi contradictoires sur l'intérêt du travail de l'encadrement ou la perception du management participatif. Comment le collectif soignant peut-il exister ?

L'instabilité appelle un besoin de stabilité. Le travail est instable (durée, nature...), mais la plupart des gens « ont besoin d'un récit de vie durable, ils s'enorgueillissent de bien faire quelque chose de précis et ils prisent les expériences qu'ils ont vécues »³⁰. D'où l'importance du métier pour ceux qui l'exercent : « le métier possède une vertu cardinale qui manque [...] dans la nouvelle culture du capitalisme : l'attachement ». Le métier appelle « une forme d'engagement désintéressé » qui est de nature à « remonter les gens ; sans quoi, ils succombent dans la lutte pour survivre ». Resserrant le lien social, la profession est de nature à ressourcer l'éthique : Eliot Freidson plaide ainsi également pour un néo-professionnalisme éthique, face à l'appauvrissement de la qualité de service sous la double pression du bureaucratisme et du marché³¹.

Trouver une forme de reconnaissance, c'est trouver un baume à la surexposition individuelle, un complément social à l'autonomie, une socialisation qui manquent au héros solitaire de la performance. D'où l'importance du thème de la communauté au travail, à condition qu'elle soit réellement intégrative, et non idéologique³². L'affaiblissement des groupes de socialisation au travail rend la culture égalitaire du service public moins offensive, moins propre à stimuler l'action collective. Dans une logique durkheimienne, le désir de croire s'évanouit avec la vitalité de la communauté : « la morale, comme l'école durkheimienne l'a souligné, est bien essentiellement l'émanation d'un groupement »³³.

Si l'on suit la logique durkheimienne de la préexistence du collectif à la morale, on doit donc trouver à l'hôpital un fondement sociologique à la participation. Or l'enquête nous montre des collectifs particuliers du fait des conditions de la coopération dans l'activité de soins. Bien sûr, la charge de travail rend les rapports sociaux plus tendus, mais ces rapports tendus sont sinon compensés du moins contrebalancés par l'existence ou la persistance de rapports d'équipe, particulièrement dans certains services. La pratique collective de l'équipe se comprend comme un territoire, au sens de la délimitation de l'espace du service comme au sens de la pluralité des acteurs qui y interviennent, soignants divers plus ou moins présents, patients et familles, intervenants techniques et logistiques occasionnels ou permanents. L'intensité du lien en fait parfois de véritables communautés de travail, où s'exprime un fort sentiment d'appartenance collectif³⁴. Mais comment le besoin du collectif peut-il s'exprimer au-delà du contexte, si les collectifs réels sont locaux ?

30. Sennett (Richard), *La culture du nouveau capitalisme*, Paris, Albin Michel, 2005.

31. Freidson (Eliot), *Professionalism Reborn Theory, Prophecy and Policy*, Oxford, Polity Press, 2004.

32. Flamant (Nicolas), *Une anthropologie des managers*, Paris, PUF, 2002.

33. Ehrenberg (Alain), *Le culte de la performance*, Paris, Calman-Lévy, 1991.

34. Sainsaulieu (Ivan), *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Paris, Belin, 2007.

Il vit au travers d'aspirations différentes. D'un côté les infirmières, quand elles pensent au cadre, ont besoin d'ordre, et non de socialisation, socialisation qu'elles peuvent trouver dans l'équipe de travail ou dans l'unité de soin plus large. De l'autre, les cadres cherchent un supplément d'âme à leur activité régulatrice, une socialisation en compensation de leur isolement. On ne cherche pas la même chose, mais on la vit au travers du même symbole ambigu du « collectif », de même que l'on converge dans la quête de la qualité de soin.

*
**

Un mythe actif

La mobilisation de tous pour la qualité de soins permet de concilier les intérêts, les points de vue pratique, les représentations et les besoins des acteurs dans un travail sinon collectif du moins de convergence des efforts vers un même but. Elle est sans doute le complément indispensable de la finalité trop lointaine, trop générale, trop « vague » du simple but que les gens ressortent en meilleur état de l'hôpital³⁵. Elle est la médiation entre la mission de service public et l'action au quotidien. Le cadre est l'instrument de cette qualité de soin à velleité participative, de cette mobilisation à la fois rêvée et réelle, sorte de religion pratique qui comprendrait (elle aussi) une trilogie : le cadre animateur, la participation, l'amélioration de la qualité de soins.

La gestion est positive pour autant qu'elle sert cette dimension, le cadre est légitime pour autant qu'il met en œuvre cette qualité de soins. Et, dans la mesure où il est ancré au collectif de travail, il ne peut s'émanciper de cette qualité qui a l'avantage pour lui aussi de faire le lien avec les mesures de gain productif qu'on lui demande et dont il ne voit pas autant que l'infirmier les effets néfastes sur le travail.

Au fond, la question posée dans tout cela, c'est un peu l'inverse de celle posée au départ. Au lieu de constituer un obstacle à la connaissance des pratiques, la représentation (partagée) est un instrument puissant de la mobilisation au travail. On rejoint la dimension active du mythe dans l'action. À demi aveuglés par leurs représentations les hommes agissent. Écœurés par les fausses interprétations, les hommes n'agissent plus, comme ces cadres sceptiques en crise. À la différence de l'idéologie, venue d'en haut, le mythe du collectif découle ou dérive de la pratique sur laquelle il mobilise en retour, c'est un mythe actif³⁶ à l'usage des « acteurs sociaux »³⁷. C'est une croyance née du manque et devant agir sur lui en retour.

35. Strauss (Anselm), *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

36. Sorel (Georges), *Réflexions sur la violence*, Paris, Pages libres, 1908.

37. Sainsaulieu (Ivan), *op. cit.*, 2007.