

## 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 organisations<sup>1</sup>. 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 publique<sup>2</sup>. 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 assurances<sup>3</sup>. 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 située<sup>4</sup>. Ce courant renouvelle les idées sur la

---

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

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

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

<sup>4</sup> 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 cognition<sup>5</sup>. 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 acteurs<sup>6</sup>. Le résultat produit ne peut s'obtenir par un seul travail préalable d'ordonnement, 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 Clot<sup>7</sup> 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 interactionniste<sup>8</sup>. 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.

---

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

<sup>6</sup> (Relieu (Marc), Salambier (P. ?), Thereau (Jacques), *Activité et action / cognition située*, @ctivités, Volume1, n°2 p.5-7, 2004.

<sup>7</sup> Beguin (P. ), Clot (Yves), *L'action située dans le développement de l'activité* @ctivités, Volume1, n°2 p.35-48, 2004.

<sup>8</sup>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 santé<sup>9</sup> 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'articulation<sup>10</sup>. Cet encadrement d'abord tenu par des religieuses s'est laïcisé au cours du 20<sup>ème</sup> 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 chercheurs<sup>11</sup> 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'Eglise<sup>12</sup>.

### *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<sup>ème</sup> 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

---

<sup>9</sup> 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.

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

<sup>11</sup> Charles (Geneviève), *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Le Seuil, 1979.

Knibiehler, (Yvonne), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française*. Paris, Hachette, 1994.

<sup>12</sup> 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 1906<sup>13</sup>, 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 lettre<sup>14</sup> 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 »<sup>15</sup>.

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 2000<sup>16</sup> ont permis d'unifier le fonctionnement en un corps structuré en trois niveaux :

---

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

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

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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 »<sup>17</sup>. 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,

---

<sup>17</sup> 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'ambulatoire 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 réélaboration 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 enserrant 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 quelque 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 anticipation<sup>18</sup>. 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

---

<sup>18</sup> 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 technostucture. 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.