



LE CADRE DE SANTE ENTRE LOGIQUES D'UTILITE ET LOGIQUES DE SOINS HOSPITALIERS

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

LE CADRE DE SANTE ENTRE LOGIQUES D'UTILITE ET LOGIQUES DE SOINS HOSPITALIERS

Ce papier de recherche porte sur la fonction de cadre de santé hospitalier. Il vise à mieux comprendre pourquoi les directions hospitalières ont du mal à susciter l'adhésion de leur encadrement aux réformes en cours. 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 appréhender le type de contradictions spécifiques est amené à dépasser dans son travail quotidien. 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 (au sens économique). Il doit fréquemment arbitrer entre ces logiques d'utilité et un des logiques qui relèvent 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.

I- LE CADRE DE SANTE HOSPITALIER: UN CADRE DE PROXIMITE ATYPIQUE ?

I-1- Question de recherche

Dans le cadre de la réforme de la gouvernance hospitalière (ordonnances de mai 2005 et loi du 21 juillet 2009 HPST), Chantal de Singly a mené une mission sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers avec pour objectif: « Le renforcement du management hospitalier » La question de recherche qui présidait à l'élaboration de ce rapport portait sur la place qu'occupent les cadres de santé dans l'organisation hospitalière. Au-delà de cette question préliminaire, les rapporteurs indiquent rapidement (p 21) leur point de vue :

- sur la position qu'occupe l'encadrement : « l'encadrement n'est pas une « courroie de transmission » des directions ;
- sur l'enjeu que représente l'adhésion de l'encadrement aux changements en cours dans les réformes de l'hôpital : il fait « la « traduction » entre le caractère général et parfois abstrait des directives et les caractéristiques des personnels encadrés et des situations singulières locales [...] 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.» ;
- sur les raisons qui expliquent les difficultés des directions à susciter cette adhésion : la position de l'encadrement « 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. »

S'il mentionne ces contradictions, ces conflits de loyauté, comme difficulté majeure des directions dans leur effort pour entraîner l'adhésion de l'encadrement, le rapport ne les précise pas. Il en abandonne l'étude et, dans les passages qu'il consacre à la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital (p 28-33), il constate essentiellement l'actuel manque de reconnaissance du travail effectif des cadres hospitaliers. Et de ce fait, les rapporteurs passent par-dessus l'analyse de causes (quelles contradictions, quels conflits de loyauté expliquent le peu d'adhésion de l'encadrement aux directions hospitalières ?) pour aller directement à une proposition de solution passant par l'incitation (mieux reconnaître le travail du cadre hospitalier).

Partant de ce constat et en nous appuyant sur un ensemble de discussions préliminaires avec des cadres hospitaliers, des cadres supérieurs de pôles et des infirmières, nous avons élaboré notre question de

recherche : quels types de contradictions spécifiques un cadre de santé hospitalier est-il amené à dépasser dans son travail quotidien ?

Cette question de recherche distingue de fait cadres hospitaliers et cadres non hospitaliers et elle suppose que l'on étudie, au préalable, les logiques d'actions qui permettent aux cadres travaillant hors du contexte hospitalier de faire face à des contradictions qui n'ont pas été anticipées ou ne veulent pas être prises en compte par leurs hiérarchies.

I.2- Logiques d'actions de l'encadrement non hospitalier : revue de littérature

L'encadrement de proximité 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 dépasser des contradictions liées à des événements imprévus, 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.

I.3- Logiques d'action du cadre de santé : revue de littérature

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.

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 ». Les seconds, eux, développent une vision plus « Marketing » et plus économique de cette notion. Pour les normes ISO, la qualité est définie comme « l'ensemble des propriétés et caractéristiques qui lui confèrent à un produit, un processus ou un service son aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». Il s'agit pour le gestionnaire de concilier un coût de contrôle des prestations qui tend vers l'infini si l'institution veut éliminer tout aléas dans la prise en charge des malades et un coût de défaillance de l'usager (plaintes lors de l'hospitalisation ou après) qui augmente rapidement quand l'institution néglige ces contrôles. Autrement dit, si les techniciens du soin restent centrés sur l'état de santé du malade, les gestionnaires s'attachent à son degré de satisfaction et préviennent ses actions en justice (respect de règles administratives d'accueil, de suivi du patient, d'hygiène).

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 des logiques qui relèvent 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. Dannel et alii (2006), qui observent le fonctionnement de l'hôpital depuis un 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, Dannel 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.*

I-4- 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).

II- LES CONFLITS DE LOGIQUES DU CADRE DE SANTE

II.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, or ces deux activités 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 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.

II.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).

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

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'examen, 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.

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'examen 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 compliqués 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.

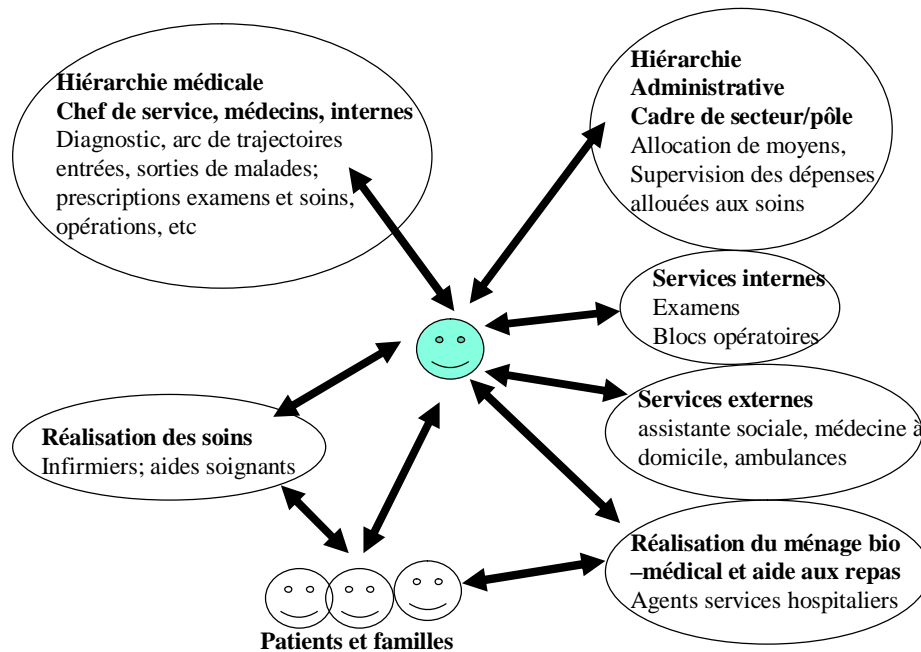


Figure : la coordination des trajectoires des patients

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 (formulaires 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 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 prises 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 « technostructure » 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 série » 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.

II.3- Un manager obéissant 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 contradiction 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 logiques qui s'opposent :

- 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 ? Tous les cadres de santé hospitaliers connaissent ce dilemme, même si celui-ci ne se pose pas aussi souvent en chirurgie qu'en médecine hospitalière. L'occurrence de ce dilemme dépend par ailleurs de multiples contingences (spécialité médicale, moyens alloués au service, personnalité du chef de service, du cadre de santé lui-même, etc.). Dans tous ces cas « problématiques », le cadre hésite légitimement à satisfaire plutôt telle ou plutôt 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.

II.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 de chaque conflit de logique pour illustrer cette classification).

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'examen, 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 ? [respecter les statuts et les domaines d'intervention liés à chaque professionnel du	Question : Et qui va faire ça, maintenant ? Arguments en balance : éviter la déqualification liée au « glissement de tâches » <i>versus</i> trouver une solution au manque d'effectif

III- 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 affirmer leurs qualités de gestionnaires (De Singly, C., 2009, p 47). 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 ».

En conclusion, les cadres de santé 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 mise en place (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 « collègue 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 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);	<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 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 : <ul style="list-style-type: none">- 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
- De Singly, C., 2009, *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 11 sept.
- 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
- Fraisse 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)