



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études
en administration publique

Alexandre Dayer

**L'hôpital public sous l'ère
de la nouvelle gouvernance :
une « camisole de force »
pour le personnel soignant ?**

Cahier de l'IDHEAP 288/2015

Alexandre Dayer

L'hôpital public sous l'ère de la nouvelle gouvernance

Une «camisole de force» pour le personnel soignant?

Cahier de l'IDHEAP 288/2015

Travail de mémoire
Rapporteur : Prof. David Giaque

© 2015 IDHEAP, Lausanne
ISBN 978-2-940390-74-8

IDHEAP
Institut de hautes études en administration publique
Université de Lausanne
Bâtiment IDHEAP, 1015 Lausanne
Tél. +41 (0)21 692 68 09, Fax +41 (0)21 692 68 09
E-mail : idheap@unil.ch – www.unil.ch/idheap

«Se mobiliser pour ne pas être écrasées par des considérations économiques et politiques. J'ai l'impression qu'on se mobilise assez peu pour sauver notre vocation originelle d'infirmière. [...] Il y a passablement d'électrons libres qui sont insatisfaits de la prise en charge du patient et de l'intérêt pour l'humain qui est mis de côté... Frustrés, ils ne mettent plus autant de cœur à faire leur travail. Pourtant, tous avaient fait le choix d'exercer cette profession, ils étaient motivés, investis, mais ces paquebots institutionnels ont détruit leur motivation.»

Monique, infirmière

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement le Professeur David Giaque qui, tout au long de la rédaction de mon mémoire, m'a prodigué de précieux conseils, des critiques constructives et de constants encouragements.

Je voudrais aussi remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide au cours de cette recherche, par des discussions et des remarques sur la première mouture de ce travail, par des conseils de tous ordres ou tout simplement par leur soutien: Jonas Beausire, Marianne Bovay, Céline Bulliard, Caroline Droz, Olivier Fillieule, Alice Francillon, Albert Grun, Sabine Janssens, Yeliz Ortas et Gilles Virgili.

Merci, bien entendu, aux infirmières et à l'infirmier qui ont gentiment accepté de me raconter leur quotidien, de me consacrer leur temps et, surtout, de me faire confiance.

Un merci tout particulier à Christiane, Jean-Jacques, Nicolas et Violette pour leur patience et confiance durant mes études universitaires. Enfin, un hommage à Simone.

Je lui dédie cet ouvrage.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	I
Liste des acronymes	III
1 Introduction - problématique	1
2 Revue de littérature.....	7
3 Cadre théorique.....	14
3.1 La nouvelle gouvernance publique.....	14
3.2 La profession	16
3.2.1 La pratique prudentielle.....	16
3.2.2 L'identité professionnelle au pluriel	17
3.3 Street-level bureaucrat.....	18
3.3.1 Le pouvoir discrétionnaire et l'autonomie.....	19
3.3.2 La redevabilité	20
3.4 La souffrance au travail	22
3.4.1 La qualité empêchée	22
4 Méthodologie.....	26
4.1 Présentation des hypothèses	26
4.2 Méthode qualitative et grille d'entretien.....	26
4.3 Echantillon.....	28
5 Les réformes hospitalières suisses	29
6 La nouvelle gestion hospitalière: une cage d'acier	33
6.1 L'étouffante bureaucratie	33
6.2 «À la recherche du temps perdu»	36
6.3 La loi d'airain des ressources	39

6.4	La direction: entre «surveiller et punir»	43
7	Le personnel infirmier: le nouveau malade des hôpitaux	48
7.1	L'humain au cœur de la profession	48
7.2	Le droit du patient: une redevabilité.....	50
7.3	La disjonction entre valeurs professionnelles et impératifs managériaux	52
7.4	La qualité empêchée des infirmières: une souffrance au quotidien	56
8	L'autonomie professionnelle menacée par la NGOP.....	61
8.1	La segmentation du travail infirmier: un non-sens	62
8.2	Les stratégies d'ajustement, une morale nécessaire.....	65
9	La relation infirmière-médecin et l'identité des blouses blanches	71
9.1	Les soins infirmiers: une «activité prudentielle».....	71
9.2	L'infirmière: l'ange gardien du patient et du médecin	73
9.3	Les appartenances collectives à l'hôpital	76
10	Conclusion, limites et perspectives	81
11	Bibliographie.....	86

LISTE DES ACRONYMES

ASSC	Assistant-e-s en soins et santé communautaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
DIP	Dossier informatique patient
HES	Haute école spécialisée
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICUS	Infirmier-ère-chef-fe d'unité de soins
IG	Interventions groupées
IRU	Infirmier-ère responsable d'unité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
NGOP	Nouvelle gouvernance publique
NGP	Nouvelle gestion publique
NHS	National Health Service
NPM	New Public Management
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
SLB	Street-level bureaucrat(s)
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups

1 INTRODUCTION - PROBLÉMATIQUE

Les profondes mutations du système de la santé et, plus particulièrement, celles touchant aux structures hospitalières s'inscrivent dans le contexte global des réformes de l'administration publique. Marquées par le sceau du néolibéralisme, ces réformes imprégnées d'«[une] idéologie gestionnaire colonisent des domaines de la société que l'on imaginait au-dessus des contingences du marché, notamment la culture, le social et la santé» (Giauque et Emery, 2008 : 33).

La métamorphose de l'administration, longtemps placée sous le label de nouvelle gestion publique (NGP), entame un nouveau virage. Dans le prolongement de la NGP, l'émergence du paradigme de la nouvelle gouvernance publique (NGOP) se traduit par une réorientation des dispositifs mis en place par la NGP, notamment à travers l'instauration d'une nouvelle politique de pilotage des institutions publiques.

La NGP désigne les transformations que subiront les organisations publiques dans la plupart des pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) pour pallier l'«inefficience» présumée de la gestion publique traditionnelle (Osborne et McLaughlin, 2002) en introduisant un arsenal d'outils de gestion directement issus des entreprises privées. Insufflée par le courant néolibéral, cette croisade idéologique, lancée au nom de l'efficacité et de l'efficience du service public et dont l'embryon est à chercher dans les pays anglo-saxons, débarquera sur les rives du Vieux Continent dans les années 1980.

Margareth Thatcher, alors Premier ministre britannique, et Ronald Reagan, président des Etats-Unis d'Amérique, sont les deux figures de proue de cette pensée libérale sur la scène politique internationale de l'époque. De par ses discours mais aussi ses actions – renouvellement de l'administration et déclenchement d'une vague de privatisations du service public, à l'instar de British Airways ou de British Telecom au Royaume-Uni –, le couple américano-britannique contribuera à disqualifier le modèle interventionniste keynésien (Emery et Giauque,

2012 : 40) pour mieux hisser la conception régaliennne dans les sphères étatiques.

L'émergence de la NGP s'inscrit surtout dans un contexte économique morose qui rompt avec la période de forte croissance des Trente Glorieuses. À partir des années 1970, les deniers publics se font de plus en plus rares, les dépenses publiques s'accroissent, la dette souveraine se creuse, les citoyens contestent les lourdeurs de l'administration. Autant d'éléments qui plongent l'État-providence dans une longue agonie. Ainsi, la crise de l'État social constitue un terreau fertile à la propagation des théories managériales, lesquelles se présentent comme le remède générique aux dysfonctionnements d'une administration «condamnée à se moderniser» (Giauque et Emery, 2008 : 13).

Le domaine de la santé publique n'est pas resté à l'écart de ce phénomène. L'hôpital, un des rouages de tout premier plan du système de santé, subira d'importantes modifications dans le cadre de son organisation. Adoptée par les Chambres fédérales en 2007 et pleinement mise en vigueur au début 2012, la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) instaure un nouveau mode de financement des hôpitaux. Cette réforme modifie en profondeur le paysage national des soins hospitaliers, notamment par le passage d'une indemnisation au forfait à une indemnisation tarifaire par cas connue sous la dénomination de Swiss Diagnosis Related Groups¹ (SwissDRG). Ses objectifs sont clairs et «visent à inciter les hôpitaux à plus de concurrence entre eux, à augmenter leur efficacité et à maîtriser la hausse des coûts» (OFSP, 2014 : 2). Dans ce climat de réformes, les structures hospitalières n'ont d'autre choix que de développer des outils de gestion, une sorte de

¹ DRG signifie en français «groupes de cas liés au diagnostic». «SwissDRG est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et des autres critères.» (source: http://www.swissdr.org/fr/07_casemix_office/InformationenZuSwissDRG.asp?navid=10)

panoptique des temps modernes qui répond à la logique d'un pilotage à distance des institutions. Cette nouvelle gouvernance du «contrôle sans être vu» impacte l'organisation de l'hôpital et influe *ipso facto* sur le travail et l'identité de ses acteurs, qu'ils soient médecin, infirmier ou aide-soignant.

La focale de cette recherche étant mise sur le travail des infirmières² en milieu hospitalier, il convient d'interroger cette profession en ouvrant la boîte noire. Lorsque l'on s'intéresse au contenu d'un corps de métier, la question de l'autonomie des acteurs au sein de l'institution paraît incontournable. Si l'idéaltype wébérien de la bureaucratie repose principalement sur l'importance des règles formelles dans le bon fonctionnement de l'administration publique, des sociologues prolifiques comme Gouldner³ et Blau démontrent, au contraire, que l'activisme en termes de procédures et de règles est un indicateur de dysfonctionnement de l'organisation (Gouldner 1954 ; Blau 1955). En résulte que les organisations sont davantage efficaces si elles accordent de l'espace aux acteurs, ces derniers pouvant négocier des règles informelles (Gouldner, 1954). Dans le sillage de la sociologie des organisations, le concept de *street-level bureaucrat*⁴ (SLB) (Lipsky, 1980 ; Brodtkin, 1997 ; Bovens, 1998 ; 2007 ; Maynard-Moody et al., 2003 ; Riccucci, 2005 ; Nielsen, 2006 ; Hupe et Hill, 2007) permet de mettre en lumière le rôle essentiel que jouent les acteurs de terrain, à l'instar des infirmières, dans la mise en œuvre des politiques publiques, en particulier par le prisme du «pouvoir discrétionnaire», «c'est-à-dire la marge de manœuvre effective [que détiennent les acteurs] par rapport aux règles» (Buffat, 2011 : 23). S'écartant des règles prescrites, ces

² Etant donné la féminisation de cette profession, nous renonçons à l'usage systématique du masculin; il va de soi qu'il peut s'agir autant de femmes que d'hommes.

³ Dans son célèbre ouvrage «Patterns of industrial bureaucracy», Gouldner étudie deux successions managériales, la première dans une gypserie et la deuxième dans une grande firme automobile. Si le nouveau manager de la gypserie instaure une direction autoritaire et des règles formelles, celui qui est à la tête du groupe automobile met en place une direction beaucoup plus participative et moins formaliste. L'action du premier se traduira par une insatisfaction au travail et conduira à un dysfonctionnement de l'organisation, alors que le deuxième manager sera à la tête d'une organisation fonctionnelle.

⁴ Le terme *street-level bureaucrat* peut être traduit par agent de terrain.

policy makers, travaillant en contact direct avec le citoyen, «actually make policy choices rather than simply implement the decisions of elected officials» (Maynard-Moody et al., 2003 : 3).

Le parfum de changement qu'induit la NGOP se diffuse dans les couloirs de l'hôpital et modifie la «qualité du travail», soit ici la réunion des conditions nécessaires aux infirmières pour réaliser leurs tâches sans «s'autodétruire» (Clot, 2010). Une «qualité empêchée» qui, comme dans l'épisode des biscuits de l'ancienne firme LU⁵ – l'odeur de fabrication des petits-beurre s'étant modifiée à la suite d'un changement de recette - impacte les employés dans leur perception du *bon travail*. En mobilisant les concepts de «souffrance» au travail et de «qualité empêchée», nous entamerons une réflexion sur l'éthique professionnelle des infirmières en interrogeant le sens qu'elles donnent à leurs actions (Alter, 2012 : 79) et en observant ce qui compte pour elles dans l'accomplissement de leur travail (Molinier P. in Lallement M. et al., 2011).

Par ailleurs, la question du malaise au travail est à relier aux identités professionnelles dans le sens où ces dernières peuvent être affectées par les conditions de travail. Loin d'être un bloc monolithique, les identités collectives à l'hôpital sont multiples et dynamiques (Sainsaulien I., 2006) et s'inscrivent dans un contexte où la «culture de santé publique» (Sainsaulien I., 2006 : 82-84) semble être mise à mal alors qu'elle soude les appartenances plurielles des infirmières.

Dans le cadre de ce travail, nous chercherons à étudier les effets de la NGOP et des réformes qu'elle inspire sur le travail des professionnels du secteur public et, plus spécifiquement, des infirmières du milieu hospitalier. En d'autres termes, notre entreprise consiste à identifier les conséquences de l'introduction d'une logique managériale et de ses outils de gestion au sein d'une unité de soins d'un Centre hospitalier

⁵ Yves Clot, s'appuyant sur l'expérience des ouvriers de Lu, donne le très bel exemple de la transformation de l'odeur des biscuits qui n'est plus la même depuis que la direction a changé les recettes en baissant la qualité des ingrédients tout en prétendant que cela ne changeait rien, sauf que les ouvriers sentent bien que ce n'est pas vrai. «Il y a dans ce respect des "recettes" et dans ce respect des "odeurs" quelque chose de précieux pour la santé au travail», écrit-il (Clot, 2010, p. 40).

universitaire (CHU). S'appuyant sur les apports de la sociologie des organisations et du concept de SLB, nous analyserons de quelle manière les acteurs de terrain que sont les infirmières sont «incitées» à ajuster leurs pratiques de travail pour être en adéquation avec leur morale professionnelle. Il s'agit d'ouvrir le «répertoire d'action» de ce personnel soignant afin d'identifier ses stratégies et astuces du quotidien, qui se rapprochent *mutatis mutandis* de l'«innovation ordinaire» (Alter, 2000). Ce pouvoir discrétionnaire et cette autonomie, les deux éléments clés du concept des SLB, doivent être évalués à l'aune du contrôle hiérarchique des acteurs. Dans ce travail, la surveillance au sein du milieu hospitalier sera analysée sous l'angle de la redevabilité (Lipsky, 1980 ; Bovens 1998, 2007), c'est-à-dire le fait de rendre des comptes à la hiérarchie, mais aussi à ses collègues et, dans certains cas, aux patients (Hupe et Hill, 2007).

Si le socle de notre recherche traite principalement de l'impact de la NGOP sur les pratiques professionnelles des infirmières, notre réflexion doit être complétée par les questions de la souffrance au travail et de la recomposition des identités professionnelles. La nouvelle gouvernance qui touche les hôpitaux publics apparaît comme révélatrice des tensions qui existent entre les impératifs managériaux et l'état psychologique des infirmières. Partant du constat de De Gaulejac, selon lequel «les nouvelles formes d'organisation empêchent de bien faire son travail» (De Gaulejac, 2011 : 149), il paraît primordial que notre étude interroge l'impact de la NGOP sur le bien-être et les identités au travail.

Comment les valeurs d'entre-aide, de prodigation de soins, de don de soi et de vocation souvent associées aux professions du *care* se recomposent-elles autour de la nouvelle gestion hospitalière, davantage tournée vers l'économicité?

Quelles sont les stratégies mises en place par les professionnels du terrain pour composer avec cette apparente dissonance de valeurs et maintenir une identité positive au travail?

Ces réflexions posent le contexte de ce travail et donnent naissance à la question de recherche suivante:

Quelles conséquences la nouvelle gouvernance publique du système de santé suisse a-t-elle sur les infirmières en termes de construction et de négociation de leurs pratiques et identités ainsi que sur leur bien-être au travail ?

Interroger la profession d'infirmière dans le kaléidoscope de la NGOP constitue une entreprise novatrice pour le champ de la recherche suisse. Notre étude s'inscrit dans la volonté de pallier cet angle mort en sortant de l'invisibilité l'hôpital et ses acteurs, plus spécifiquement, les infirmières des hôpitaux helvétiques.

La première partie de ce travail présente l'état de la connaissance scientifique sur notre objet d'étude (chapitre 2) ainsi que les principaux outils théoriques qui composent l'ossature du mémoire (chapitre 3). Le chapitre 4 décrit brièvement les aspects méthodologiques et expose les quatre hypothèses qui structurent notre réflexion.

La deuxième partie est consacrée à la présentation des résultats et à l'analyse des données issues de nos entretiens. Le chapitre 5 décrit le contexte de réforme dans lequel les hôpitaux suisses sont aujourd'hui amenés à fonctionner.

Le chapitre 6 aborde la question des conditions de travail des infirmières à la suite de l'introduction de logique et d'outils managériaux au sein des hôpitaux. Le chapitre 7 traite de la tension entre les valeurs du personnel soignant et les impératifs gestionnaires de l'hôpital, phénomène générateur de souffrance au travail. Quant au chapitre 8, il pose la question de l'autonomie et des stratégies d'ajustement de ces acteurs de terrain face à la nouvelle gouvernance publique. Enfin, le chapitre 9 met en lumière l'activité prudentielle de la profession d'infirmière.

2 REVUE DE LITTÉRATURE

Strauss consacre une grande partie de ses études au milieu médical, dont un article aux infirmières médicales (Strauss, 1966), qui permettra à l'auteur de dégager des concepts qui inspirent des auteurs plus contemporains. Il s'agit de la théorie de la segmentation professionnelle et des ordres négociés (Strauss, 1959, 1966, 1992). Le concept de la segmentation professionnelle, repris par Freidson dans ses nombreux travaux sur l'hôpital (Freidson, 1970, 1971, 1985), apporte une lecture nouvelle sur les organisations médicales en observant une diversité des pratiques médicales, lui permettant de parler d'une «différenciation interne aux professions» (Champy, 2009, p. 107). Champy, quant à lui, parle d'un «fossé» qui existe entre les managers et les praticiens travaillant dans l'hôpital. Le second concept, l'ordre négocié, dont on doit la paternité à Strauss et qui s'inscrit dans le courant constructiviste, permet de concevoir les professions non plus comme un bloc monolithique, mais comme quelque chose d'hétérogène. Par ailleurs, l'hôpital est souvent cité en référence car de nombreuses études y ont été menées (Freidson 1971 ; Champy 2009).

L'évolution de l'environnement, notamment la «bureaucratization des organisations dans lesquelles de nombreux professionnels travaillent» (Champy, 2009 : 32), motive des auteurs comme Schön, Abbott et Freidson à disséquer la matière des professions en s'intéressant à leur contenu. Dans son livre *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, Abbott s'intéresse aux «territoires» des professions en analysant la manière dont les professions se répartissent les tâches ou, en d'autres termes, comment se divise le travail dans une institution. C'est dans cette veine que va émerger notamment la question de l'autonomie des professions.

La compréhension et les effets des réformes néo-managériales sur les acteurs de terrain au sein des organisations publiques constituent un terreau fertile à la question de l'autonomie des professions. Le «pouvoir discrétionnaire» des agents publics et leur contact direct avec le citoyen

forment les deux propriétés qui sont à la base du concept de SLB, notion théorisée par Lipsky et reprise par de nombreux sociologues (Lipsky, 1980 ; Brodtkin, 1997 ; Bovens, 1998, 2007 ; Maynard-Moody et al., 2003 ; Riccucci, 2005 ; Nielsen, 2006 ; Hupe et Hill, 2007). La NGP peut constituer une menace à la dimension discrétionnaire et à l'autonomie des acteurs de terrain du secteur public alors que celles-ci sont généralement reconnues comme nécessaires à la bonne implémentation des politiques publiques (Lipsky 1980 ; Maynard-Moody et Musheno, 2003). Une abondante littérature renseigne sur cette dynamique en se rapportant aux réformes de l'État social et démontre que les SLB sont de véritables *policymakers* dans la livraison de services étatiques (Dubois, 2010 ; Keiser et al., 2004 ; Lipsky 1980 ; Maynard-Moody et Musheno, 2003). D'autres auteurs expliquent le comportement des SLB plus par la culture professionnelle, par les normes de la profession (Riccucci, 2005), par des caractéristiques de l'acteur comme le genre et l'éducation (Scott, 1997) que par des facteurs managériaux.

L'intérêt scientifique pour les métiers paramédicaux, tels que ceux d'infirmière ou d'aide-soignante, est relativement récent. Cette volonté de «rendre visible le travail de savoir-faire [resté] invisible» jusqu'alors a été clamée par plusieurs auteurs comme Arborio, Acker, Bourret ou Molinier. Si Arborio traite de la question des aides-soignantes et de leur «sale boulot» (Arborio, 2001), Acker, dans un article publié dans la *Revue française des affaires sociales*, explique la «reconfiguration du travail d'infirmier à l'hôpital» (Acker, 2005) dans le contexte français des réformes hospitalières. Son étude montre que la modification des conditions de travail à l'hôpital change le contenu de l'activité des infirmières (Acker, 2005 : 161) et les oblige à hiérarchiser leurs tâches (Acker, 2005 : 176). Elle fait le constat que «les normes professionnelles fortes qui conduisent à mettre en avant des tâches d'écoute et d'accompagnement des patients semblent bousculées par le temps disponible à consacrer à chaque patient» (Acker, 2005 : 179). Par ailleurs, dans ses nombreuses publications consacrées à la profession

d'infirmière (Acker 1997, 2000, 2003, 2005, 2009, 2011), l'auteur pointe le paradoxe suivant: l'indispensabilité de la dimension relationnelle et humaine dans l'action du personnel soignant alors que l'on «exige rarement que l'on rende compte de ce travail» (Acker, 2009 : 64).

La littérature anglo-saxonne est également riche sur la question du rôle des infirmières en rapport avec la NGP. Dans un ouvrage collectif sur la sociologie du *care* (Abbott et Mirabeau, 1998), les auteurs discutent du rôle de ces professions dans un contexte de réformes de l'État social. On citera ici la contribution de John Clarke qui traite de la question du *New Public Management*⁶ (NPM) dans le secteur de la santé et qui souligne comment les logiques managériales, provenant du secteur privé, se heurtent aux professions du *care*, notamment à celle d'infirmière.

De nombreuses études soulignent les conséquences du NPM sur le statut et le rôle des infirmières en milieu hospitalier (Ackroyd, 1995, 1996, 1998 ; Bolton, 2004 ; Kowalczyk, 2002 ; Hogget, 1996 ; Noblet et Rodwell, 2009a ; Strong et Robinson, 1990). Il existe un accord quasi unanime au sein de la communauté scientifique sur le fait que la NGP conduit à une transformation de la culture des soins et, plus spécifiquement, de la profession d'infirmière dans les hôpitaux publics. Cependant, certaines de ces études (Bolton, 2004 ; Kowalczyk, 2002) soutiennent que les réformes managériales instaurées dans les structures hospitalières ont laissé intacte l'autonomie des infirmières (Bolton, 2004, p. 330) et permettent un *empowerment* des infirmières se situant en haut de l'échelon hiérarchique et ceci, grâce à une «managérialisation» de leur profession (Kowalczyk, 2002 : 128). Pour une exploration synthétique de la tension existant entre le NPM et les professions du secteur public, l'article collectif *New Public Management et profession dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions?* (Bezes et al., 2011) fait office de référence. Plus spécifiquement, des contributions, à l'instar de celle de Fagermoen,

⁶ Le *New Public Management* (NPM) est le concept anglo-saxon de la NGP. Dans le cadre de ce travail, il s'agit de synonymes.

étudient l'identité professionnelle des infirmières et mettent en exergue l'importance de la dimension humaine auprès du personnel soignant.

Les contributions académiques mobilisant le paradigme de la NGOP restent relativement marginales (Domin, 2006 ; Faure 2006 ; Crozet et al., 2008 ; Giauque et Emery, 2008 ; Klijn, 2012 ; Osborne, 2010). Le petit « clergé » de scientifiques qui évoque la question en termes de gouvernance publique reconnaît que la NGP est une phase de transition de l'administration publique qui, peu à peu, se profile dans la NGOP (Osborne, 2006). Sous l'angle conceptuel, la NGOP permet d'élargir le champ de vision de l'analyse, auparavant trop centré sur les fonctionnements internes des institutions et sur l'incidence des logiques privées sur le secteur public (Giauque et Emery, 2008 : 114). Si les auteurs s'accordent sur le fait qu'il n'est pas facile d'opérer une nette distinction entre ces deux modèles d'analyse, la plupart d'entre eux tentent néanmoins, comme le montre le tableau synthétique d'Osborne dans son papier (2006 : 383), à délimiter les frontières conceptuelles de la NGOP par rapport à la NGP.

La littérature hexagonale possède quelques contributions scientifiques sur la question de la nouvelle gouvernance hospitalière. Nous citerons l'article de Domin, *La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise*, qui, après avoir donné une définition de la gouvernance, montre comment l'analyse de la NGOP s'inscrit dans la théorie d'agence (Domin, 2006 : 24). Aussi, il en ressort que la nouvelle organisation hospitalière passe par une politique de contractualisation interne (Domin, 2006 : 25 ; De Pourville et Tedesco, 2003).

Faure, qui étudie l'impact de la NGOP sur les hôpitaux français, évoque les différents paradoxes qui émaillent l'activité de l'hôpital, comme le manque de temps. L'article rapporte le point de vue du personnel soignant, mais également celui de la direction et de l'administration de l'hôpital (Faure, 2006).

Par ailleurs, l'article de Crozet et al. (2008) est l'un des rares à mobiliser le concept de NGOP dans le cadre d'une analyse d'une structure

hospitalière qu'est le CHU d'Amiens. Dans la première partie de l'article, les auteurs montrent que la NGOP se traduit par un «découpage» de l'organisation en pôles, ainsi que par une contractualisation à l'interne. La deuxième partie du papier se focalise sur la question des ressources humaines et comment ce département transversal a subi une déconcentration.

L'étude sociologique entreprise par Belorgey (2010) dans son livre *L'hôpital sous pression* est particulièrement pertinente, car elle cherche à connaître les effets de la NGP dans les hôpitaux français. Si, dans la première partie de son livre, l'auteur s'attache à identifier les processus de la NGP, la deuxième partie s'intéresse à l'appropriation et à la réception par le personnel soignant du NGP.

Dans une autre contribution, Schweyer (2009) souligne la «confrontation brutale» qui existe entre le monde de la nouvelle gestion et le monde du personnel soignant de l'hôpital. Cette collision n'est pas sans conséquence sur la culture et les valeurs du personnel soignant. L'auteur va jusqu'à parler d'un «désenchantement» et d'un «mécontentement» (Schweyer, 2009 : 11) du personnel soignant.

Le malaise du personnel soignant au sein des hôpitaux a également été thématiqué en France par I. Sainsaulieu dans ses ouvrages que sont *Le malaise des soignants: le travail sous pression à l'hôpital* (2003) et *L'hôpital et ses acteurs: appartenances et égalité* (2007). Dans son premier ouvrage, le sociologue apporte un éclairage intéressant sur les contraintes qui pèsent sur le personnel soignant en soins hospitaliers, tout en affirmant que la contrainte la plus fondamentale subie par les acteurs hospitaliers est le «productivisme», logique néo-taylorienne qui met l'hôpital sous pression et qui, de fait, «épuise» les infirmières.

Les recherches menées par I. Sainsaulieu abordent en outre la question des appartenances collectives au sein de l'hôpital. Loin de ressembler à une appartenance unique, l'hôpital est traversé par une multitude d'identités, allant de l'établissement dans sa globalité aux «filières de soins» (Sainsaulieu I., 2006 : 80). Pour l'auteur, ce sont les «cultures

philanthropiques» propres à chaque spécialité (chirurgie, pédiatrie, psychiatrie) qui permettent l'activation d'un sentiment d'appartenance des membres. De plus, Sainsaulieu évoque la question d'une «culture de santé publique» (Sainsaulieu I., 2006 : 82-83) qui se «surajoute» aux autres identités. Cette valeur du service public transcendant les services et départements de l'hôpital «rencontre évidemment des distorsions multiples dues aux vicissitudes du quotidien» (Sainsaulieu I., 2006 : 83).

Dans sa thèse de doctorat, Robert Holcman décrit la manière dont le personnel soignant de l'hôpital se répartit en deux ordres: «l'ordre dirigeant et l'ordre soignant» (Holcman, 2006). Chacun d'entre eux reposant sur une légitimité concurrente: la légitimité de la connaissance *versus* la légitimité de l'intérêt général.

Dans le paysage scientifique suisse, on mentionnera l'ouvrage de Bolgiani qui étudie les risques et opportunités de la NGP dans les secteurs sanitaires et hospitaliers suisses (2002, Bolgiani). Plus récemment, l'article *Gouvernance et gestion décentralisée: l'expérience genevoise* traite des principes de la NGOP en analysant les trois phases successives du processus de réforme des HUG (Rorive Feytmans B., Rosset N., Peyrot Perdrizet I. et Gruson B., 2012, in Nobre et Lambert, 2012).

Nous terminons cet inventaire par l'enquête de Giauque, Resenterra et Siggen (2013), qui s'intéresse à la question du stress et à la satisfaction au travail des cadres intermédiaires employés dans les hôpitaux de Suisse romande. Les auteurs arrivent à la conclusion que le stress et la satisfaction sont moins des phénomènes individuels que des phénomènes «sociaux et culturels» (Giauque et al., 2013 : 18). L'article donne un aperçu synthétique et pertinent de la réforme hospitalière en Suisse en dégagant les principes et les nouveaux outils de gestion qui sont entrés en vigueur depuis 2012. Enfin, en mettant la focale sur les *middle-range managers* des hôpitaux de Suisse romande, les auteurs défrichent un nouveau champ d'étude et sortent enfin de l'invisibilité l'hôpital et ses acteurs dans le contexte helvétique.

En résumé, si, pendant longtemps, les sociologues ont réifié l'analyse de l'hôpital aux professions visibles et prestigieuses, aujourd'hui tout un pan de la sociologie des professions cherche à rendre visible l'activité de corps de métier comme ceux des infirmières et des aides-soignantes. L'introduction de la NGP a suscité un regain d'intérêt pour l'autonomie dans le travail, à l'instar des études sur les SLB. Une littérature abondante traite des impacts de la NGP sur les organisations publiques et leurs acteurs. Ces contributions, principalement anglo-saxonnes et françaises, mettent en lumière une détérioration de l'environnement de travail, une perte d'autonomie, une reconfiguration du contenu des tâches et une forte tension entre les logiques administratives et celles des soins.

Enfin, peu d'études scientifiques mobilisent le paradigme de la NGOP pour analyser les réformes de l'hôpital et ses effets sur le personnel soignant, un angle mort particulièrement perceptible dans le contexte académique suisse.

3 CADRE THÉORIQUE

3.1 LA NOUVELLE GOUVERNANCE PUBLIQUE

Le concept de «nouvelle gouvernance» permet de dépasser les apories des deux approches théoriques précédentes. La critique que l'on peut adresser à l'approche classique est qu'elle considère l'appareil bureaucratique comme une boîte noire, élément qui explique pourquoi cette approche ne porte que très peu d'attention aux processus internes de l'administration (Giauque et Emery, 2008). A contrario, le modèle de la NGP se focalise sur le fonctionnement interne de l'administration en proposant des méthodes de gestion issues du monde économique sans véritablement prendre en considération l'environnement politique (Giauque et Emery, 2008).

Osborne, qui propose de combiner ces deux modèles sous l'appellation de la NGOP (2006), considère que trois conceptions de l'administration et du management public se sont succédé durant le XX^e siècle: «The old public administration exemplified by hierarchy and Weberian forms of bureaucracy was supplemented during the NPM reform movement by disaggregation, autonomization, agencification and marketization. This was followed by post-NPM, which entailed patching up the administrative bodies of the state, bringing about stronger integration between the state and the private sector and civil society and increasing central government capacity» (Christensen, 2012 :3)

Ce troisième modèle a le mérite d'agrandir la focale en considérant la mise en place de réseaux complexes d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux dans la mise en œuvre de la mission de l'État, en particulier dans le domaine des services publics (Osborne, 2010 ; Paquet, 2011 ; Pollitt et Bouckaert, 2011). La NGOP tend à une «meilleure compréhension du fonctionnement global de l'action publique» (Giauque et Emery, 2008 : 114) en s'inscrivant dans le prolongement de la sociologie des réseaux, courant de pensée qui cherche à resituer le comportement de l'acteur au sein des réseaux

complexes d'interrelations (Mercklé, 2004). Dans cette perspective, l'État doit être considéré comme un «catalyseur de réseaux» (Giaque et Emery, 2008 : 115) dans lesquels s'entremêle la mise en œuvre des politiques publiques.

La nouvelle gouvernance hospitalière «rompt» avec les réformes précédentes en ceci qu'elle tend à une transformation «organisationnelle s'appuyant sur une nouvelle répartition des pouvoirs et [à] la mise en œuvre d'une politique de contractualisation» (Crozet et al, 2008 : 35).

La définition de travail que nous donnons de la NGOP est empruntée à Osborne: «It posits both a plural state, where multiple inter-dependent actors contribute to the delivery of public services and a pluralist state, where multiple processes inform the policy making system. As a consequence of these two forms of plurality, its focus is very much upon inter-organizational relationships and the governance of processes, and it stresses service effectiveness and outcomes. Further, it lays emphasis on the design and evaluation of enduring inter-organizational relationships, where trust, relational capital and relational contracts act as the core governance mechanisms» (Osborne, 2006 : 8).

La NGOP peut se résumer en une forme de «pilotage pragmatique du pouvoir» (Domin, 2006 : 24) qui se cristallise dans une contractualisation à l'interne de l'organisation, laquelle repose sur deux principes fondamentaux: l'autonomie et la responsabilité. Ainsi, la nouvelle gouvernance pousse les organisations à mettre en place un dispositif d'indicateurs permettant la reddition de comptes à l'autorité de gestion.

En modifiant la structure organisationnelle, la NGOP affecte le contenu et l'autonomie du travail des professionnels, autrement dit, la nouvelle gestion redéfinit en partie les professions. Pour cette raison, le chapitre suivant conceptualise la notion de profession.

3.2 LA PROFESSION

3.2.1 LA PRATIQUE PRUDENTIELLE

L'approche que propose Champy nous invite à articuler la sociologie fonctionnaliste et la sociologie interactionniste des professions. Le regard que porte le sociologue sur les professions opère un glissement sémantique qui «permet d'aborder le contenu du travail (...)» (Veziat, 2010 : 416). Cette redéfinition de l'objet permet d'intégrer d'autres modes de connaissance que le savoir scientifique. Champy introduit la notion de «profession à pratique prudentielle» et définit ainsi les professions par leur contenu de travail, notamment par les savoirs et l'autonomie (Champy, 2009).

Pour construire son modèle, le sociologue convoque le «paradigme indiciaire» de Ginzburg (1980) et «la pratique prudentielle» aristotélicienne relue par Aubenque (1963). «Le paradigme indiciaire est une forme particulière de connaissance, différente de la connaissance scientifique» (Champy, 2009 : 89), en cela qu'il renvoie à notre «capacité à remonter, à partir de données expérimentales apparemment négligeables, jusqu'à une réalité complexe qui n'est pas directement expérimentale» (Ginzburg, 1980 : 14) et qui, *in fine*, fait du travail quelque chose de conjecturel.

Dans cette conception prudentielle des professions, il s'agit de différencier le savoir universel, souvent académique, de son application concrète. Ces professions mettent en exergue la singularité des cas auxquels sont confrontés les professionnels, qui plus est, lorsqu'ils sont face à «un matériau humain» sur lequel l'activité professionnelle porte.

L'idée de savoir non scientifique avait déjà été étudiée par Aristote sous le concept de «pratique prudentielle», lequel insiste sur la notion de délibération.

3.2.2 L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE AU PLURIEL

Le paradigme prudentiel repose sur la notion d'autonomie dont disposent les acteurs, laquelle comporte deux dimensions: la première est l'aspect conjecturel de l'activité qui, en induisant une zone d'incertitude dans le travail, octroie une marge d'interprétation à l'acteur; la deuxième, indissociable de la première, renvoie à la délibération que fait l'acteur sur les fins et le contenu précis de ses missions⁷. Ces deux acceptions de l'autonomie nous conduisent à analyser la place des valeurs au sein des organisations. Pour interroger ce répertoire de valeurs, nous mobiliserons le concept d'identité, vu qu'il joue le catalyseur des représentations professionnelles, «lesquelles sont nourries de valeurs qui mobilisent l'acteur et l'engagent dans l'action» (Mias, 1998). Les valeurs participent dès lors à la construction des identités professionnelles (Barbier, 1996).

Dans le cadre de cette étude, nous retiendrons la définition suivante: «L'identité n'est pas une éventuelle personnalité psychologique des sujets concernés. C'est la forme symbolique – d'abord langagière – dans laquelle les sujets se racontent. L'identité est alors entendue dans le sens de processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi, à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant» (Demazière et Dubar 1997 :53).

Les professions à pratique prudentielle mettent en évidence l'autonomie des acteurs lorsque ces derniers sont insérés dans un contexte de travail conjecturel, autrement dit, où l'imprévisibilité réside.

L'autonomie des acteurs de terrain est également théorisée par le concept de SLB qui, par ailleurs, fait de l'autonomie une condition *sine qua non*. Comme dans l'environnement conjecturel, le SLB est amené à opérer un choix parmi plusieurs alternatives qui s'offrent à lui.

⁷ Ces deux composantes sont centrales car elles permettent de délimiter les professions à pratique prudentielle des autres professions ou métiers qui ont de manière inhérente une certaine autonomie due à leur expertise.

3.3 STREET-LEVEL BUREAUCRAT

La notion de *Street-level bureaucrat* (SLB), théorisée dans l'ouvrage pionnier de Lipsky (1980) *The dilemmas of the Individual in Public Services*, permet d'aborder l'administration publique par le bas en s'intéressant aux agents de terrain⁸.

Dans la conceptualisation originelle de Lipsky, les SLB sont définis comme des «public service workers who interact directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in execution of their work» (Lipsky, 1980 :3). De cette définition résultent les deux dimensions centrales inhérentes à un SLB. Premièrement, l'agent de terrain doit être en interaction directe avec le citoyen. Deuxièmement, le SLB doit disposer d'une certaine marge de liberté que Lipsky décline sous la notion de «pouvoir discrétionnaire», ainsi que d'une relative autonomie (Hupe et Hill, 2007 : 280).

Plusieurs paramètres expliquent la nécessité du pouvoir discrétionnaire en main des SLB. Le premier paramètre est qu'ils se retrouvent dans des contextes de travail où les ressources sont en inadéquation avec leurs tâches (Nielsen, 2006 : 864). En effet, Lipsky modélise le concept de SLB sur l'affirmation que les ressources mises à disposition sont insuffisantes pour accomplir les tâches et donc que les SLB «do not do just what they want or just what they are told to want. They do what they can» (Brodkin, 1997 : 24). Il est important d'ajouter à ces éléments structurels les valeurs professionnelles car, comme le soulignent Maynard-Moody et Musheno, «Street-level decisions and actions are guided less by rules, training or procedures and more by beliefs and norms, especially beliefs and norms about what is fair» (Maynard-Moody et Musheno, 2003 : 6).

Ainsi, cette distorsion fonctionnelle et morale pousse les agents de terrain à développer des *copings*, c'est-à-dire des «stratégies

⁸ Lipsky part du principe que l'analyse des politiques publiques se comprend mieux à travers les acteurs de terrain plutôt que par le biais de l'étude de textes normatifs ou de l'action de hauts fonctionnaires.

d'ajustement» (Nielsen, 2006 : 864) pour lutter contre les contradictions de leur activité. Si Lipsky base son modèle sur la frustration (Nielsen, 2006 : 881) comme déclencheur des stratégies de *coping*, Nielsen montre qu'il peut s'agir d'un moyen pour gagner davantage de satisfaction au travail (Nielsen, 2006).

Le deuxième paramètre réside dans le fait que la hiérarchie a des difficultés à surveiller et à mesurer le travail des SLB (Lipsky, 1980) qui se retrouvent dans un «faible degré d'observabilité» (Prottas, 1978).

La position de supériorité du SLB forme le troisième paramètre. Le SLB jouit d'une position structurelle supérieure à celle du citoyen, étant donné qu'il dispose, en général, de plus d'informations que ce dernier.

Enfin, le quatrième paramètre renvoie au fait que le SLB est amené à opérer des choix souvent cornéliens. Face à des situations humaines complexes, le dispositif normatif est insuffisant pour mener l'action: «The essence of Street-level bureaucracies is that they require people to make decisions about other people. Street-level bureaucrats have discretion because the nature of service provision calls for human judgment that cannot be programmed and for which machines cannot substitute» (Lipsky, 1980 : 161).

3.3.1 LE POUVOIR DISCRÉTIONNAIRE ET L'AUTONOMIE

Le pouvoir discrétionnaire et l'autonomie sont les deux dimensions nodales du concept de SLB. Au sens large, la notion de pouvoir discrétionnaire peut se définir «comme la capacité d'un acteur à prendre des décisions de manière autonome dans un cadre réglementaire donné» (Buffat, 2011 : 44). D'un point de vue conceptuel, le pouvoir discrétionnaire peut être interprété comme «the room for decisional manoeuvre possessed by a decision maker» (Hill, 2005 : 207). La définition que donne Hupe est utile pour comprendre l'articulation entre l'autonomie et le pouvoir discrétionnaire: «Autonomy can be defined as freedom to make decision. Discretion then is to be seen as a subcategory of that action space: the freedom to make decision as required,

prohibited or permitted by political-administrative rules» (Hupe, 2007). Ainsi, l'autonomie renvoie au fait que les SLB ne partagent pas les mêmes conceptions du travail que leurs supérieurs hiérarchiques et qu'ils peuvent dès lors décider de s'en écarter. En dérogeant à la règle, les SLB tentent de résoudre le dilemme entre leurs valeurs professionnelles et celles de l'organisation. L'autonomie des SLB donne naissance au pouvoir discrétionnaire qui doit être compris comme l'action de prendre une décision de manière autonome – entre plusieurs alternatives –, et qui se fonde sur la propre interprétation et le jugement des SLB (Vinzant et Crothers, 1998 : 37).

3.3.2 LA REDEVABILITÉ

La notion d'autonomie des SLB nous invite à voir de quelle manière le pouvoir discrétionnaire se voit contrôlé en pratique. Le concept de redevabilité, qui découle de la notion anglo-saxonne d'*accountability*, renvoie à l'idée que les SLB doivent rendre des comptes à la hiérarchie. Par redevabilité, nous entendons «a relationship between an actor and a forum, in which the actor has an obligation to explain and justify his or her conduct, the forum can pose questions and pass judgment, and the actor may face consequences» (Bovens, 2007 : 450). Ainsi, la redevabilité s'articule autour de dispositifs au travers desquels le SLB est censé rendre des comptes sur ses actions à un autre acteur que l'on appelle conceptuellement *forum* (Buffat, 2011 : 51). Pour Bovens, trois conditions sont à remplir pour pouvoir parler de redevabilité (2007 : 451-452) : l'acteur qui rend des comptes doit être obligé de le faire; *le forum*, c'est-à-dire l'autorité qui exige la redevabilité, a la possibilité d'interroger le SLB sur ses comptes rendus ainsi que ses actions; enfin, les acteurs incarnant le *forum* peuvent, selon les circonstances, prendre des sanctions envers le SLB. Cependant, la conception de Bovens se limite à mettre en lumière la dimension verticale de la redevabilité alors que des auteurs comme Hupe et Hill montrent que les SLB rendent compte de leurs actions de manières multiples et à différents acteurs : «Street-level bureaucrats are held accountable in various relations: bottom-up as well as top-down» (Hupe et Hill, 2007 : 295). S'appuyant

sur cette considération, les deux auteurs proposent une typologie comprenant trois types de redevabilité. La première, *public-administrative accountability*, reprend l'idée développée précédemment: l'acteur de terrain doit rendre des comptes à sa hiérarchie. La deuxième redevabilité (*professional accountability*) n'est plus verticale, mais horizontale, dans la mesure où les SLB rendent potentiellement des comptes à leur groupe professionnel, c'est-à-dire leurs collègues, par exemple. Enfin, la troisième redevabilité se fait envers les usagers des services publics (*participatory accountability*). Elle est notamment rendue possible par l'accroissement des mécanismes participatifs (Hupe et Hill, 2007).

Le concept de SLB permet une approche ascendante, autrement dit (*bottom-up*), pour étudier les conséquences de la NGOP sur les professions. La notion de SLB met en lumière l'inadéquation des ressources avec les tâches, ce que sous-tend notre question de recherche concernant l'introduction de logique et d'outils managériaux au sein des hôpitaux. L'autonomie et le pouvoir discrétionnaire sont des ressources nécessaires pour une bonne implémentation des politiques publiques à destination du citoyen. Guidés par des critères moraux, les professionnels du service public ajustent leurs pratiques quotidiennes en s'écartant des règles prescrites. Toutefois, l'autonomie des acteurs amène la notion de redevabilité, une reddition des comptes multi-niveaux. Si les SLB entreprennent des stratégies de *coping* pour gagner en satisfaction, dans certaines circonstances, le contexte de travail continue de heurter les valeurs des professionnels, ce qui peut engendrer de la souffrance au travail.

3.4 LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Il est intéressant d'envisager la souffrance comme une diminution, voire une destruction d'agir: «La souffrance est [alors] une impuissance à dire, à faire, à raconter, à estimer» (Ricœur, 1990), en d'autres termes, un empêchement qui allie la subjectivité de l'individu et l'objectivité des conditions de travail. Selon Dejours, la souffrance est «le résultat d'un combat du sujet contre les différentes perturbations qui pourraient le faire basculer dans le décompensation» (1992) - autrement dit, un décalage entre le «travail prescrit» et «le travail réel». La souffrance psychique qui concerne la santé mentale et non physique de l'individu doit être conçue comme un espace compris entre la santé et la maladie (Carpentier-Roy, 1995). Par ailleurs, bien que l'état psychologique soit lié à un individu en particulier, la souffrance et le plaisir au travail se posent en termes de collectif; l'individu n'étant jamais dissocié de son groupe d'appartenance (Alderson, 2001).

La notion de souffrance au travail renvoie également à une activité dévalorisée et à la perte de sens de celle-ci (De Gaulejac, 2011). Ce mal-être naît ainsi d'un conflit entre les aspirations existentielles et leurs (*im*)possibles réalisations dans la sphère professionnelle.

3.4.1 LA QUALITÉ EMPÊCHÉE

Pour analyser la souffrance⁹ au travail, notre regard porte sur le contenu de l'activité, c'est-à-dire sur ce que font les acteurs et ce qu'ils pensent. Dans cette perspective, la souffrance au travail ne découle pas d'un déficit de reconnaissance, mais résulte de «l'échec face à la résistance opposée par le réel [c'est-à-dire de] devoir faire un travail avec des outils inappropriés (...) ou en bâclant par manque de temps, voilà ce qui fait souffrir» (Molinier, in Lallement et al. 2011 : 16). Dès lors, c'est au travers du concept de la «qualité empêchée» que propose Clot dans son ouvrage *Le travail à cœur* qu'il faut comprendre la souffrance,

⁹ Après avoir présenté les dimensions du concept de souffrance et de mal-être au travail et, étant donné que notre recherche interroge les dimensions du contenu mais aussi du sens, ces deux notions sont synonymes pour la suite de notre travail.

«souffrance [qui] n'est pas d'abord le résultat de l'activité réalisée. C'est ce qui ne peut pas être fait qui entame le plus. La souffrance trouve son origine dans les activités empêchées, qui ne cessent pourtant pas d'agir entre les travailleurs et en chacun d'eux sous prétexte qu'elles sont réduites au silence dans l'organisation» (Clot, 2010 : 165). En résulte que c'est l'action qui est lénifiée car «privée de son contenu»; c'est «l'activité qui perd son âme»; c'est la profession qui est «en souffrance» et «le collectif qui est écrasé» (Lecomte, 2010).

Toutefois, s'intéresser aux dimensions de l'activité qui font souffrir, c'est aussi diriger notre regard sur ce qui compte pour les acteurs en situation de travail, en d'autres termes, ce qui est important aux yeux des individus. C'est ce qu'on pourrait appeler la possibilité de se reconnaître dans ce qu'on fait, de pouvoir effectuer le travail «selon nos critères et nos valeurs, du moins ceux qui nous paraissent les meilleurs au moment où nous agissons. La valeur du travail (...) dépend avant tout de ce qui est important pour nous, de ce qui compte, en fonction d'un tissu d'expériences qui ne se réduisent pas à celle du travail salarié» (Molinier, in Lallement et al. 2011 : 17). Notre réflexion nous mène ainsi sur ce que Clot nomme «le terrain des valeurs morales» (Clot, 2010 : 119). Une «souffrance éthique»¹⁰ (Dejours, 1998) qui s'enquiert de «ce qui compte», de «ce qui a de la valeur aux yeux des personnes» qui travaillent. «Le souci», le «précieux» (Clot, 2010 : 40) qui cristallisent la notion d'éthique interrogent donc le sens que donnent les individus à leurs actions et, plus largement, au sens que l'on donne à notre existence¹¹ (Molinier, in Lallement et al. 2011 : 18). Cette «qualité empêchée» fait que le travailleur est de moins en moins l'auteur de son sens et ceci malgré le fait qu'il reste dans l'action. La formule consacrée

¹⁰ *L'articulation entre le sens moral et la souffrance a été théorisée sous la notion de «souffrance éthique» par la psychodynamique du travail.*

¹¹ *Etant donné que le travail «confère une identité, il est au fondement de l'existence sociale, en termes d'insertion comme d'intégration. Il spécifie l'être social de chaque individu au regard de sa place dans la société. Il est un facteur de développement personnel et de construction de soi, donc un élément essentiel de l'être de l'homme» (De Gaulejac, 2011 : 27).*

de Clot résume parfaitement cette idée: «On se cherche en vain dans ce qu'on se voit faire». Enfin, il est important de soulever que les personnes en situation de travail jouissent d'une conception propre de ce que signifie «bien faire le travail» mais aussi, comme le rappelle justement Molinier, qu'ils ont une idée de «leur utilité pour autrui» (in Lallement et al. 2011 : 19). En ce sens, toute action est prise dans une éthique individuelle et collective, lesquelles sont intimement liées car on ne peut pas être dévoué sans affect (Clot, 2010 :16), affect que nous entendons dans le sens que donne Molinier, à savoir «l'indice de la valeur d'une tâche» (in Lallement et al., 2011 : 19).

La souffrance repose donc sur un conflit de valeurs entre ce qui compte dans le travail pour les individus et ce qui est véritablement fait. Ainsi, le sens que nous donnons de la morale ne «se fonde pas sur des principes universels [comme le bien et le mal], mais part des expériences rattachées au quotidien et des problèmes moraux de personnes réelles» (Laugier, 2010 : 114). C'est ce qu'étudie Molinier avec son concept d'«éthique du *care*», une morale non moralisante. De fait, «le *care* ramène la morale à son terrain propre, celui de nos pratiques – à la façon dont Wittgenstein¹² veut ramener les mots de leur usage métaphysique à leur usage quotidien, là où ils veulent dire quelque chose pour nous» (Laugier, 2010 : 116).

Pour conclure cette partie théorique, on soulignera que les quatre concepts centraux de notre travail, à savoir la NGOP, la profession, les SLB et la souffrance au travail, formeront le ciment sémantique de cette étude. L'introduction de logiques et d'outils managériaux impacte les

¹² Ludwig Josef Johann Wittgenstein (1889-1951) est un philosophe autrichien connu pour avoir contribué de manière substantielle au questionnement de la logique, dans la théorie des fondements des mathématiques et en philosophie du langage. «Wittgenstein publie en 1921 son «Tractatus logico-philosophicus»(traité logico-philosophique). Il y expose, en soixante-quinze pages d'aphorismes, que le seul usage correct du langage est d'exprimer les faits du monde, que les règles a priori de ce langage constituent la logique (telle que l'ont conçue Frege et Russell), que le sens éthique et esthétique du monde relève de l'indicible et que la philosophie, dans son effort pour montrer les pièges du langage, se condamne finalement elle-même au silence». Source <http://www.universalis.fr/encyclopedie/ludwig-wittgenstein> (consulté en juillet 2014).

professions, en termes de contenu du travail mais aussi d'autonomie. Ainsi, les mécanismes de performance, de rentabilité et d'efficacité pénètrent dans le quotidien de ces acteurs de terrain, ce qui peut réduire leur autonomie et leur pouvoir discrétionnaire. La redevabilité, que présupposent ces réformes, évalue la santé des institutions par l'intermédiaire d'un dispositif d'indicateurs. Ces mutations managériales bousculent probablement les valeurs et l'identité des professionnels, souvent antagonistes aux impératifs de gestion et génératrices de tensions à l'origine de souffrance au travail.

4 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre fixe le cadre analytique dans lequel s'inscrit notre travail dans le but de répondre à notre question de recherche. En d'autres termes, il s'agit de présenter brièvement notre dispositif de recherche.

4.1 PRÉSENTATION DES HYPOTHÈSES

hypothèse 1:

L'introduction de logique et d'outils managériaux au sein des hôpitaux détériore les conditions de travail des infirmières.

hypothèse 2:

Les conditions de travail entrent en contradiction avec les valeurs et le sens que donnent les infirmières à leur travail.

hypothèse 3:

La dissonance entre l'éthique et les conditions de travail induit une souffrance chez les infirmières.

hypothèse 4:

L'introduction de logique et d'outils managériaux contraires aux valeurs et à l'éthique professionnelles conduit les infirmières à des stratégies d'ajustement (*coping*).

4.2 MÉTHODE QUALITATIVE ET GRILLE D'ENTRETIEN

Le dispositif de notre enquête repose sur une méthode qualitative, plus précisément sur des entretiens semi-directifs d'une heure et demie avec des infirmières. Cette méthode nous apparaît idoine car elle permet d'interroger les valeurs ou le sens de l'action des acteurs, deux questionnements qui gravitent autour de notre recherche. Dans cette perspective d'analyse, les «données verbales» constituent un matériau adéquat.

En complément aux entretiens semi-directifs, nous avons procédé à une analyse documentaire pour aborder la nouvelle gestion hospitalière en Suisse.

Le processus de construction de notre grille d'entretien a été continu, même durant la récolte des données. En effet, la grille d'entretien ne doit pas être statique mais plutôt constituer un «outil évolutif» (Paugam, 2000 : 126).

L'architecture de notre grille d'entretien se divise en trois volets thématiques:

- Trajectoire et valeurs professionnelles
- Perception de la réforme et travail au quotidien
- Stratégies d'ajustement et évolution de la profession.

Le premier volet (Q. 1.1 à Q. 1.4) s'intéresse au parcours professionnel de l'interviewé et interroge aussi ses valeurs et sa conception d'un bon travail. Débuter l'entretien en demandant de se raconter professionnellement poursuit deux objectifs: mettre à l'aise la personne, car l'entretien semi-directif constitue une rencontre artificielle, et connaître son parcours professionnel (Q.1.1.). Le reste des questions de ce premier volet porte sur les notions de valeurs, de profession et d'identité professionnelles.

Le deuxième volet (Q. 2.1 à Q. 2.4.1) aborde les réformes de la NGOP et ses impacts sur le travail au quotidien en utilisant un langage compréhensible pour les infirmières qui ne sont pas forcément familières du jargon de l'administration publique. Le dispositif consiste à évoquer des notions comme la bureaucratisation, le manque de temps, les ressources et la question de la qualité du travail qui sont des indicateurs indirects de la nouvelle gestion hospitalière. Par ailleurs, cette partie cherche à déterminer si l'on peut parler d'une «qualité empêchée» (Q. 2.2.1), source de souffrance au travail. La Q. 2.3.1. renvoie au concept de redevabilité et de contrôle des agents de terrain. Soulignons que cette

section, associée à la suivante, est importante pour observer ou non «l'activité prudentielle» chez les infirmières.

Quant aux questions 3.1. à 3.3 qui composent le troisième volet, elles visent à définir l'existence ou non d'un «pouvoir discrétionnaire» et, comment ce dernier prend forme dans des stratégies individuelles (Q. 3.1 et Q. 3.3) ou collectives (Q 3.2.). Enfin, la Q.4 se réfère à la perception des infirmières de l'avenir de leur profession.

4.3 ECHANTILLON

La sélection des données a reposé sur un échantillonnage dit en «boule de neige». Ainsi, c'est à partir d'une infirmière travaillant dans un service donné d'un CHU que nous avons pu constituer notre échantillon.

Au final, ce sont sept infirmières et un infirmier qui composent notre échantillon. Six interviewés proviennent du même service de chirurgie des HUG et y travaillent depuis une année ou quatre ans. Ce sont de jeunes infirmières de 24 à 33 ans qui ont toutes une formation HES et qui, pour la plupart, ont déjà travaillé dans des cliniques privées.

Les deux autres personnes interrogées se répartissent de la manière suivante: une infirmière cheffe d'une unité d'un CHU et une infirmière ayant travaillé dans grands hôpitaux romands avant de rejoindre une entité de soins plus petite et semi-publique.

5 LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES SUISSES

L'histoire des hôpitaux¹³ nous renseigne sur la manière dont ces établissements se sont transformés au fil des siècles pour répondre aux différents défis auxquels ils ont dû faire face. Les réformes apparaissent dès lors comme inhérentes aux institutions qui doivent sans cesse se réinventer pour s'adapter au contexte socio-économique et aux avancées technologiques.

La révision partielle de la LAMal¹⁴, pleinement entrée en vigueur en janvier 2012, a instauré un nouveau mode de financement visant à «inciter les hôpitaux à plus de concurrence entre eux, à augmenter leur efficacité et à maîtriser la hausse des coûts» (OFSP, 2014 : 1) et, comme le mentionne le message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004, à une amélioration de la «transparence». Cette réforme qui touche directement le financement engendre d'«importantes répercussions managériales au niveau des hôpitaux suisses» (Giaucque, 2014 : 4) et conduit les hôpitaux à mettre en place des dispositifs de gestion de la NGOP.

En substance, la réforme comprend trois volets: les séjours hospitaliers et traitements médicaux ne sont plus rémunérés par forfait journalier mais par un forfait par cas; les hôpitaux publics et privés sont traités sur un même pied d'égalité; les coûts de financement sont répartis entre les cantons¹⁵ et les caisses-maladie¹⁶, soit au minimum 55% pour les

¹³ Dans son livre «Bâtir, gérer, soigner: Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande», P.-Y. Donzé retrace l'histoire des hôpitaux de Suisse romande du Moyen Âge à la restructuration du système de la santé des années 1990. L'ouvrage développe, à l'aide de documents d'archives, les importantes mutations qu'a connues l'institution de l'hôpital, tout en expliquant les gestions successives (religieuse, bourgeoise, administrative) qui ont traversé son histoire.

¹⁴ Art. 49 LAMal.

¹⁵ La Suisse est composée de 26 cantons. Chacune de ces entités fédérées dispose d'une certaine autonomie en matière politique, administrative et financière.

¹⁶ En Suisse, la mise en vigueur de la LAMal en 1996 prévoit une obligation pour chaque citoyen de s'assurer auprès d'une caisse d'assurance maladie. Les caisses-maladie sont des sociétés privées qui remboursent les prestations de base de l'assuré selon un catalogue de soins. Certaines prestations qui ne figurent pas sur ce catalogue peuvent être remboursées à l'assuré si ce dernier contracte une assurance dite complémentaire dans une des caisses. L'affiliation est dans ce dernier cas facultative.

premiers et au maximum 45% pour les deuxièmes. Le tarif forfaitaire inclut, en plus des coûts d'exploitation, le financement des investissements auparavant réglés par les cantons.

Le premier volet – l'introduction du forfait par cas (SwissDRG) – consiste à rétribuer les hôpitaux par des montants fixes selon les pathologies du patient¹⁷. Ce forfait est calculé à partir d'un prix de base qui est en quelque sorte le coût moyen pour la Suisse. C'est à partir de ce coût moyen que les hôpitaux suisses sont rémunérés de manière homogène. Le deuxième volet – égalité public-privé – permet à des hôpitaux privés d'apparaître sur la liste des établissements répertoriés par chaque canton, dans la mesure où ces institutions privées remplissent certaines conditions et sont compatibles avec la logique du nouveau financement. Comme le rapporte le message du Conseil fédéral, cette décision d'intégrer les établissements privés intervient après une consultation¹⁸ des milieux intéressés, notamment les hôpitaux privés et groupes d'intérêts économiques qui ont menacé de ne pas soutenir le projet de révision s'ils étaient écartés du SwissDRG (2004 : 5221).

Le troisième volet concerne la clé de répartition des coûts hospitaliers entre les cantons et les assureurs dans le but de mieux maîtriser les coûts de l'assurance maladie.

Les conséquences de cette réforme sur la structure hospitalière sont plurielles. Nous en observons cinq. Tout d'abord, la révision de la LAMal cherche à introduire (1) une logique de concurrence entre les hôpitaux. En effet, la rémunération par cas prend comme étalon de mesure les hôpitaux les plus efficaces. Ainsi, les hôpitaux qui ne

¹⁷ Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologies et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis (source: http://www.swissdr.org/fr/07_casemix_office/InformationenZuSwissDRG.asp?navid=10).

¹⁸ En Suisse, le processus législatif peut être divisé en trois phases. La phase parlementaire qui consiste à rédiger un avant-projet et à consulter les partis politiques, les cantons, mais aussi les milieux intéressés pour connaître leur position. La phase parlementaire renvoie à l'examen de la loi et son éventuelle adoption par le Parlement. La phase référendaire permet au corps électoral et/ou aux cantons de s'opposer à une loi. Il suffit de récolter 50 000 signatures dans un délai de 100 jours pour que le projet soit soumis aux urnes.

délivrent pas leurs prestations au même niveau de coûts que les hôpitaux les moins chers risquent d'être déficitaires dans la mesure où l'ensemble de leurs dépenses n'est pas couvert (Giauque, 2014 : 3). La libre circulation des patients, autrement dit, le fait que tout résidant suisse peut se faire soigner dans n'importe quel hôpital répertorié du territoire, s'inscrit dans la dynamique marchande des soins. La liste des hôpitaux engendre (2) l'accroissement de la gestion par mandat de prestations entre les autorités cantonales et les structures hospitalières. Par l'intermédiaire de ce contrat, les cantons octroient des financements publics et fixent les prestations que l'hôpital se doit de fournir (Giauque, 2014 : 4). Cette coopération implique une évaluation et un suivi des prestataires de service, lesquels s'opèrent par des indicateurs de performance.

L'harmonisation de la structure tarifaire, gérée par SwissDRG SA, nécessite (3) «un codage des prestations fournies aux patients» que le personnel hospitalier doit minutieusement retranscrire.

De plus, la réforme incite les hôpitaux à (4) développer des alternatives à l'hospitalisation classique, à l'instar de la chirurgie en un seul jour. L'activité ambulatoire est de plus en plus favorisée par les hôpitaux étant donné qu'elle représente un moyen simple de diminuer les coûts (HUG, 2013 : 45 ; HUG, 2014 : 23).

La recherche d'une meilleure efficacité dictée par les autorités politiques pousse les hôpitaux à (5) une réorganisation de leur fonctionnement tant sur le plan stratégique, opérationnel, gestionnaire que de contrôle. L'article 49 al. 7 de la LAMal stipule clairement que: «Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la

planification».

Ces méthodes de management conduisent les instances dirigeantes des hôpitaux à redéfinir leur politique de soins en clarifiant leur vision et en fixant des axes stratégiques. Par ailleurs, la managérialisation des structures hospitalières renforce le développement d'instruments de gestion et de contrôle: «comptabilité analytique des prestations, indicateurs et tableaux de bord, études comparatives recourant au *benchmarking* interne et externe, permettant de suivre l'efficacité et l'efficience des prestations fournies par chaque département, et de les comparer entre différents établissements» (Giauque, 2014 : 4). Enfin, des coupes budgétaires sont effectuées, ce qui impacte les ressources matérielles et humaines des hôpitaux.

Pour résumer, les réformes hospitalières résultant en grande partie de la révision de la LAMal impactent l'hôpital public. L'introduction du forfait par cas, l'égalité de traitement entre les hôpitaux publics et privés et le nouveau mode de financement des hôpitaux constituent un changement de paradigme pour les établissements hospitaliers de Suisse, qui se traduit par la mise en place de mesures d'économicité et d'une nouvelle gestion. Récapitulons les cinq effets que nous avons explicités précédemment: les hôpitaux publics se font directement concurrence, ce qui conduit à une pression sur les coûts d'exploitation; le financement et la gouvernance des établissements de soins se font par l'intermédiaire d'un contrat de prestations entre le canton et l'institution qui force les hôpitaux à déployer un dispositif d'indicateurs de performance; le codage des traitements complexifie les tâches du personnel médical et soignant; les interventions ambulatoires sont favorisées; enfin, ces impératifs obligent les directions des hôpitaux à revoir leur organisation et leur structure.

6 LA NOUVELLE GESTION HOSPITALIÈRE: UNE CAGE D'ACIER

Dans ce chapitre, nous analyserons les conséquences de l'introduction de la logique et des outils managériaux au sein des hôpitaux publics sur la profession d'infirmière, notamment en nous intéressant aux ressources humaines et matérielles dont dispose ce personnel soignant. Enfin, nous poserons notre regard sur les relations entre les infirmières et leurs supérieurs hiérarchiques et, plus généralement, sur l'univers des soins et le monde administratif de l'hôpital.

6.1 L'ÉTOUFFANTE BUREAUCRATIE

L'image d'un personnel infirmier passant le plus clair de son temps au chevet des patients semble de plus en plus dépassée. En effet, l'impératif de rentabilité et l'idéal d'une bonne gouvernance se cristallisent dans des outils de gestion dont le personnel soignant est le premier à prendre le pouls. La bureaucratisation touche directement le quotidien des infirmières dans la mesure où elles sont tenues de documenter sans cesse le dossier informatique du patient (DIP) en insérant, souvent par un clic, l'intégralité de leurs gestes techniques, lesquels sont au préalable ordonnés par les médecins sur l'écran d'ordinateur, comme le souligne cette infirmière:

«On doit tout informatiser, tout ce qu'on fait, la moindre piqûre ou prise de sang, le moindre geste auprès du patient, on doit l'écrire, et donc cela nous prend un temps fou. [...] On croule sous la paperasse » (Alexandra, infirmière).

On remarque clairement une inflation des tâches administratives dans l'activité de l'infirmière, phénomène déjà observé par Sainsaulieu dans ses enquêtes sur les hôpitaux français. Pour évoquer l'accroissement de la bureaucratisation, l'auteur parle d'une «avalanche de paperasse» (Sainsaulieu I., 2003 : 53).

La citation d'Alexandra met également en exergue le fait que les infirmières doivent toujours plus justifier leur travail, autrement dit,

prouver que les soins qu'elles prodiguent sont nécessaires. La plupart d'entre elles nous ont confirmé, parfois hors micro, que les supérieurs hiérarchiques contrôlaient la qualité de ces retranscriptions. En effet, dans le jargon médical, chaque acte doit être reporté à une intervention groupée (IG) et, ce sont ces interventions groupées qui sont utilisées pour la facturation des séjours hospitaliers. La conséquence de cette logique est que le personnel soignant est incité à «soigner» les indicateurs, parfois au détriment des patients, car ceux-ci fournissent les preuves de leur travail. Une manière de se protéger, comme le précise cette infirmière:

«C'est à la fois une arme de défense, on arrive à faire des statistiques et montrer qu'effectivement, l'infirmière passe tant de temps et fait tant de choses avec le patient mais, d'un autre côté, cela nous joue des tours car cela prend du temps»
(Géraldine, infirmière).

Par ailleurs, les DIP de l'unité et, plus particulièrement les IG, sont censés évaluer la charge de travail des infirmières et ainsi déterminer si l'unité est en sous-effectif ou en surcapacité. Toutefois, cet outil, en plus d'être chronophage, peut s'avérer paradoxal, comme le souligne Géraldine:

«Après, c'est à double tranchant, parce que si toutes nos interventions infirmières sont bien faites sur l'ordinateur et qu'on montre tout le temps qu'on passe avec le patient, c'est paradoxal. On nous demande dans les périodes où on est surchargé de tout bien retranscrire, cela nous compte des points en plus – cela montre la charge de travail – mais si on le fait mal, on ne sera pas écouté et, du coup, on n'a pas de personnel en plus» (Géraldine, infirmière).

Le paradoxe que relève cette dernière citation démontre à quel point les instruments de gestion, ici du personnel soignant, ne prennent pas en considération les réalités du terrain et mettent les infirmières dans des situations complexes. Par ailleurs, l'accroissement des tâches bureaucratiques fait naître une contradiction chez les infirmières. Elles rendent compte de leurs actions en respectant le format des transmissions ciblées (Acker, 1997) mais, en même temps, ce recours à l'informatique active un sentiment de vertige du tout écrit (Acker, 2005 : 173).

Toutefois, si l'outil informatique peut constituer un moyen pour se couvrir contre la hiérarchie, il peut se révéler utile pour se protéger du patient. En effet, la quasi-totalité des infirmières mentionnent que les patients font de plus en plus recours à la justice suite à une hospitalisation aux HUG. Cette judiciarisation des soins impacte le travail de retranscription dans la mesure où plus un patient paraît susceptible de porter plainte, plus l'infirmière va scrupuleusement saisir les informations.

La propension des patients à réclamer oblige les infirmières à documenter encore davantage leur DIP afin de fournir les preuves en cas de besoin (Annandale, 1996 : 435). Par ailleurs, on constate plus généralement que les infirmières se sentent envahies par l'ordinateur, emblème de la bureaucratisation de leur travail. Bien qu'unaniment conscientes que les lourdeurs administratives pèsent de plus en plus sur leur quotidien, elles reconnaissent toutefois que le DIP évite certaines erreurs et permet de trouver plus facilement les informations recherchées.

Cependant, il convient de nuancer quelque peu le rejet de la bureaucratie chez les infirmières. En effet, il semble que ce n'est pas tant l'informatisation des soins et sa bureaucratisation qui posent réellement problème que les injonctions émanant d'un ordinateur, lesquelles paraissent paradoxales ou éloignées des réalités du terrain. Par exemple, plusieurs interviewées nous ont avoué qu'elles passaient parfois beaucoup de temps au téléphone avec les familles des patients, mais que cette activité n'entraînait dans aucune rubrique du menu déroulant du programme. Ce moment important, qui peut durer des dizaines de minutes, ne sera pourtant pas pris en compte par les indicateurs. Ainsi, le côté administratif serait en partie considéré comme un obstacle au travail lorsqu'il paraît absurde, inutile, perçu comme du «vent». Toutefois, quand les tâches administratives paraissent utiles et fondées, les infirmières sont tout à fait disposées à faire preuve d'assiduité, ainsi que l'attestent les propos d'Estéban au sujet des études universitaires:

«[C'est] utile pour les études, les avancées universitaires, pour faire des recherches et là, on s'efforce de remplir la paperasse du mieux que l'on peut pour ce qu'on appelle le «fast track»: c'est tout ce qui est en lien avec la chirurgie, chez des patients âgés, pour qui on va adopter un protocole très spécifique. [...] Pour moi, ça, c'est très utile car ce qui est visé, c'est la réduction des coûts de la santé. Cela diminue les risques de complications liées à la période postopératoire. Je fais plus d'efforts pour remplir ces papiers que pour simplement essayer de s'institutionnaliser et de le faire joliment sur l'outil informatique» (Estéban, infirmier).

En résumé, la bureaucratisation de la profession d'infirmière, lorsqu'elle fait sens pour l'acteur, qu'elle paraît utile et concrète, est davantage acceptée par le personnel soignant. Dans cet état d'esprit, les tâches bureaucratiques peuvent même être réalisées avec soin. Cependant, «la violence de la quantification» (Ogien, *L'Esprit gestionnaire*, 1995, cité par Hibou, 2012 : 113) perturbe les infirmières dans leur activité professionnelle. En résulte, comme le fait justement remarquer Acker dans ces enquêtes, une «complexité des soins» qui se traduit par une surcharge de travail, laquelle affecte le mental du personnel infirmier (Acker, 2003).

6.2 «À LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU»

Les infirmières manquent cruellement de temps pour réaliser l'ensemble des tâches qu'elles sont censées effectuer dans une même journée. En effet, toutes les personnes interviewées pointent cette carence. Cette véritable course contre la montre des infirmières n'affecte pas seulement la charge de travail des équipes de soins, mais influe aussi sur la qualité des soins à laquelle les infirmières aspirent. Le manque de temps est ainsi perçu comme un combat de tous les jours, comme nous le rappelle cette infirmière:

«On court après le temps. On doit se dépêcher de tout faire pour finir à l'heure, finir ce qu'on doit faire, et malheureusement le temps est un obstacle juste énorme, c'est notre conflit, notre duel de tous les jours, donc on se dépêche et je pense que la qualité s'en ressent» (Alexandra, infirmière).

Le fait de ne pas avoir assez de temps grève non seulement la qualité des soins, notamment le côté relationnel avec le patient, mais aussi celle des

gestes techniques, même si les règles d'hygiène et d'asepsie semblent respectées, comme le mentionne Géraldine :

«Je pense qu'on n'a franchement pas le temps de faire correctement nos soins techniques, on les fait avec beaucoup de pression car, à tout moment, il peut y avoir un imprévu, et tout le côté humain est du coup laissé de côté» (Géraldine, infirmière).

Il ressort cependant de nos entretiens que l'aspect humain est laissé de côté au profit des gestes techniques. Par aspect humain, les infirmières entendent surtout prendre le temps de discuter avec le patient et sa famille. De plus, elles insistent sur le fait que la communication fait partie intégrante d'une bonne prise en charge du patient et de son bien-être. Dans la plupart des entretiens, la toilette, autrement dit les soins corporels du quotidien, est un moment propice à l'échange, comme nous le fait remarquer cette infirmière :

«Par exemple, quand on fait une toilette, et qu'on est près du patient, on touche directement à son intimité, du coup on a le temps de discuter un peu» (Céline, infirmière).

Toutefois, par manque de temps, mais aussi, nous le verrons plus tard dans l'analyse, par une reconfiguration du travail d'infirmière, effectuer la toilette semble de plus en plus impossible pour elles, bien qu'elles attachent une importance particulière à ce soin. La conséquence de ce manque de temps se traduit surtout par une hiérarchisation des tâches à accomplir. Ce résultat confirme ainsi les recherches menées par Acker (Acker, 2005). Hiérarchiser, c'est opérer une sélection entre différentes éventualités. Les infirmières délaissent, à leurs dépens, le côté humain et relationnel, car les gestes techniques apparaissent comme une priorité nécessaire à l'aspect sécuritaire du patient. Les propos d'Emilie illustrent cette hiérarchisation des tâches :

«(...) mais malheureusement, comme on a énormément de soins aigus à faire et des médicaments intraveineux, des pansements, des trucs comme ça, malheureusement ces soins qu'on est obligé de faire pour le bien-être du patient, cela nous fait passer à côté de temps que l'on pourrait passer avec le patient. La communication, c'est quand même quelque chose dont les patients ont besoin» (Emilie, infirmière).

Si le manque de temps oblige les infirmières à fixer des priorités dans leurs activités professionnelles, un autre paramètre se dégage de nos entretiens. Il s'agit de l'anticipation du manque de temps. En effet, lorsque le service est relativement calme et que les infirmières

pourraient consacrer plus de temps au patient, elles continuent à prodiguer des soins dans un certain stress par peur de manquer de temps ultérieurement:

«Après, on a un mécanisme de réflexe, il y a des journées où on commence et on a le temps, mais on a peur que cela parte en live assez vite, c'est-à-dire que cela s'accélère, du coup on fait les choses vite, on anticipe le plus de choses, on les fait le plus rapidement possible dans l'éventualité que plus tard cela soit stress» (Estéban, infirmier).

Les résultats de notre travail corroborent ainsi ceux d'Acker qui relève que «si le mot d'ordre *aller vite, aller à l'essentiel*, caractérise le cadre dans lequel les infirmières et les aides-soignantes doivent déployer leurs actions de soins, une sorte de pression à travailler plus vite gagne l'ensemble des services» (Acker, 2005 : 168).

Toutefois, il convient de nuancer la perception de ce manque de temps. En effet, nos entretiens ont mis au jour l'importance du type d'unité ou de service sur cette perception. Le manque de temps n'est pas perçu de la même manière selon la spécialisation. Par exemple, une infirmière qui a d'abord travaillé en orthopédie explique qu'elle avait alors plus de temps et l'impression de mieux boucler ses journées:

«Le temps, non! J'ai l'impression de ne pas avoir suffisamment de temps pour finir ma journée, surtout en chirurgie. En orthopédie, j'avais un peu moins ce sentiment, je pense que c'est inhérent à chaque spécialité» (Céline, infirmière).

Au final, les infirmières semblent ne pas avoir le temps de faire correctement leur travail. Ce résultat corrobore celui de l'enquête interne des HUG, laquelle relève que le personnel ne jouit pas du temps nécessaire pour effectuer son travail. Si, à l'origine, on pouvait supposer que seul l'aspect relationnel serait sacrifié, il semble que les gestes techniques ne soient pas épargnés par cette course chronométrée. Par ailleurs, la pression à travailler vite gagne les infirmières qui, même en période d'accalmie, continuent à prodiguer les soins de manière rapide. La raison principale de cette précipitation repose sur un réflexe d'anticipation que les infirmières ont intériorisé pour se prémunir de l'imprévisible. En plus de ce mécanisme d'anticipation, nous avons montré que le personnel soignant hiérarchise ses tâches quotidiennes en fonction de l'aspect sécuritaire du patient, autrement dit, le technique avant le relationnel. Enfin, la recherche du temps n'est pas répartie de manière homogène entre les services. Les services de médecine aiguë

apparaissent plus touchés par ce phénomène; leur spécialisation semble donc une variable importante dans le temps à disposition ou son manque. Si le facteur temps apparaît nettement comme un élément affectant le quotidien des infirmières, d'autres éléments sont à prendre en considération comme les ressources humaines et matérielles de l'hôpital.

6.3 LA LOI D'AIRAIN DES RESSOURCES

Après avoir exposé le processus de bureaucratisation des infirmières et la recherche du temps pour réaliser leur travail, il est désormais important de nous intéresser à la question des ressources et de l'environnement direct du travail. Par ressources, il faut non seulement entendre la dotation en personnel, mais aussi le matériel en tant que tel, c'est-à-dire les outils que manipule chaque jour le personnel soignant. L'environnement direct renvoie à l'unité de soins considérée comme l'espace d'interaction des infirmières.

Les infirmières se plaignent du manque de dotation en personnel, ce qui rend la gestion de l'unité difficile, comme le soulève cette infirmière:

«Les HUG ont beaucoup d'objectifs financiers, il y a un rendement qui doit être fait et, du coup, nous, on en subit les conséquences car au niveau du personnel soignant, il y a eu un remaniement et on n'est pas doté suffisamment. On est souvent à la limite» (Géraldine, infirmière).

Ces propos s'écartent de l'étude interne menée par les HUG sur la culture du risque, selon laquelle près de trois professionnels sur quatre estiment qu'ils ont suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail. Cette discrédance s'explique très probablement par le fait que l'échantillon de l'étude se compose de plusieurs corps de métier comme les radiologues, médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.

Toutefois, notre résultat correspond à l'étude de Bolton, qui montre que le travail des infirmières s'est intensifié rapidement sans pour autant faire correspondre le nombre de personnel à cette nouvelle charge de travail (Bolton, 2004 : 324).

L'état financier qui se resserre sur l'hôpital impacte directement la dotation du personnel infirmier. Le gel des embauches, le fait de moins avoir recours à des intérimaires ainsi que l'appel des infirmières durant leurs vacances ou leurs jours de congé sont autant de facteurs qui épuisent les blouses blanches:

«On est pressées comme des citrons, il y a plein de fois où je rentre chez moi et je dis mais c'est quoi cette journée. Pas plus tard que lundi dernier, j'ai survécu, je suis arrivée chez moi en me disant, punaise!, j'ai survécu, j'ai tué personne... C'est tellement stressant, je suis sortie du boulot, j'ai ouvert les yeux et je me suis dit, punaise!, il fait jour, il y a de la vie» (Céline, infirmière).

La volonté affirmée de la direction de moins recourir aux ressources humaines force les services à une coopération transversale, autrement dit, à prêter leur main-d'œuvre soignante pour une journée ou plus. Cette tendance s'avère au sein des hôpitaux, comme nous le rappelle l'article d'un collectif de médecins français: «Alors qu'auparavant, chaque soignant était affecté à son propre service, désormais une part croissante va travailler au jour le jour dans telle ou telle spécialité» (Docteurs B., 2013 : 64).

L'ICUS tient des propos similaires: si elle évoque une baisse de la qualité des soins, elle relativise son discours en comparaison internationale et mentionne une détérioration des conditions de travail:

«Le temps...Vu qu'on est en dotation limite, on travaille au minimum. Les services sont dotés au minimum. Cela veut dire juste faire ce qu'il faut. Je pense qu'on a perdu tout ce côté plus qu'on pouvait donner en qualité. Cela veut dire par exemple rester discuter une demi-heure avec une dame, pouvoir creuser ce qui ne va pas, trouver des moyens. [...] Mais par rapport à d'autres pays en Europe, je pense que l'on est bien. Par rapport à ce que j'entends de mes collègues qui ont travaillé en France, en Espagne ou au Portugal, on est bien» (Isabelle, ICUS).

En ce qui concerne le matériel utilisé par les infirmières pour effectuer leurs soins, on observe une baisse de qualité. Il arrive que la mise à disposition d'instruments de moins bonne qualité influe sur le travail du personnel soignant et complique les gestes techniques. Les infirmières doivent parfois s'y reprendre à plusieurs reprises pour réaliser leur geste

technique, étant donné que le matériel, moins robuste, se casse facilement:

«La qualité du matériel a un peu diminué, les tubulures qu'on avait quand j'ai commencé étaient très bien. Ils ont sûrement trouvé une autre fabrique de tubulures qui doivent coûter moins cher, mais elles sont beaucoup moins bien. Plus difficiles à purger, ce qui pourrait mettre de l'air dans le sang, c'est important. Bref, elles sont moins pratiques à utiliser, elles se cassent facilement. Ah, elles se dévissent facilement, c'est pratique quand un patient doit bouger et qu'il y a du sang partout! [...] Si on a un matériel qui se casse plus facilement, on va donc en utiliser plus et on va perdre plus de temps. Ce n'est pas très cohérent, je trouve» (Emilie, infirmière).

Un matériel de mauvaise qualité peut donc faire perdre du temps aux infirmières. Plus problématique encore, le manque de matériel de base, comme dans ce cas précis où le service ne compte temporairement pas assez de pompes à perfusion:

«L'autre jour, il nous manquait une pompe à perfusion pour compter les gouttes minute qu'on doit mettre. Il s'agit d'un liquide qu'on doit injecter durant une heure, et la petite machine qui compte les gouttes, on ne l'a pas. Et donc, on perd énormément de temps à faire cela avec notre montre. On pourrait faire cela avec une machine, mais les quatre machines qu'on a, deux sont à réparer, une est déjà utilisée et la dernière, on l'a prêtée à un autre service» (Alexandre, infirmière).

Cette pression sur les ressources résulte des coupes budgétaires imposées aux HUG depuis quelques années pour rendre l'établissement efficient. La décentralisation des HUG en pôles de gestion implique un engagement de la part des chefs d'unité qui sont également responsables du budget de leur service. Ces derniers reçoivent une enveloppe budgétaire pour faire tourner leur «petite entreprise». Comme nous l'indique cette infirmière, certains chefs coupent le robinet pour «être dans les bons papiers de la direction», ce qui impacte négativement le travail des infirmières, parfois amenées à aller chercher le matériel manquant dans d'autres unités:

«On lui demandait de commander et il ne commandait pas, c'était un peu pour économiser, pour être dans les bons papiers du fait qu'on économisait, mais au final on était dépourvu de matériel, on devait aller voler de droite à gauche,

c'était fou. [...] Les rouleaux de scotch pour des bandages, une fois sur deux, on n'en n'avait pas. On lui demandait d'en commander cinquante, il en commandait vingt, du coup, on en avait assez pour les trois premiers jours de la semaine. Mais en fin de semaine, on n'avait plus rien et, donc, on allait chercher à côté» (Juliette, infirmière).

Si les unités de soins sont soumises à la pression des chiffres, l'imposant complexe des HUG n'est pas en reste. En effet, les infrastructures des HUG datant de plusieurs décennies, les services de l'hôpital sont confrontés à des situations d'un autre temps, ainsi qu'en témoigne cette infirmière:

«En ce qui concerne les services hospitaliers, on a des chambres à sept lits, et cela, ce n'est plus possible en 2014. Sept lits, quand on a de plus en plus de patients, c'est huit lits, on colle quelqu'un contre le lavabo, on tire une sonnette avec une corde en condamnant une porte. C'est arrivé qu'on ajoute un neuvième lit en enlevant la table où les patients mangent. C'est clairement moyenâgeux, on ne peut plus faire cela» (Juliette, infirmière).

Cette configuration des soins choque les infirmières dans leur travail quotidien, car elle ne correspond pas, nous diront-elles, à une prise en charge respectueuse de l'intimité du patient et de l'aspect hygiénique. Il y a, pour reprendre Peneff, une «atteinte à la pudeur» (Peneff, 1992 : 75) du patient qui affecte la psyché des infirmières.

Enfin, on constate que la sous-dotation en ressources humaines épuise non seulement le personnel, mais le pousse à un certain désengagement. Toutefois, il est important de noter que cette démotivation ne touche pas directement le patient, mais concerne surtout le fait de coopérer ou non avec les HUG en venant, par exemple, travailler un jour de congé ou en raccourcissant ses vacances. Au vu de la pression exercée par l'institution sur les infirmières, celles-ci sont de moins en moins enclines à collaborer avec les HUG, à l'instar de Juliette:

«Du coup, c'est plein de choses qui font qu'on a moins envie de s'investir, qu'on a moins envie d'aider quand quelqu'un t'appelle pour changer d'horaire; si cela m'arrange, je change, mais je ne vais plus faire d'efforts» (Juliette, infirmière).

L'hôpital d'aujourd'hui ne met pas à la disposition des infirmières les

ressources adéquates pour réaliser leur travail convenablement, même si les règles d'hygiène et d'asepsie sont respectées. On constate qu'une partie du matériel a baissé en qualité, d'où une perte de temps pour les infirmières et, parfois, d'argent pour l'hôpital en raison d'un matériel déficient. De même, la pression des chiffres exercée sur les chefs d'unité se traduit parfois par des commandes incomplètes qui, d'un côté, permettent de respecter le budget mais, de l'autre, complexifient le travail des infirmières qui sont dès lors amenées à courir entre les services pour trouver le matériel nécessaire. Mais ce sont surtout les ressources humaines qui font défaut à l'hôpital et qui épuisent le personnel infirmier. Ce phénomène pousse les infirmières à se désinvestir, à faire la sourde oreille face aux demandes des HUG. De manière générale, on peut dire que c'est le «productivisme» des soins dont parle Sainsaulieu qui fatigue mentalement les équipes hospitalières.

Les conclusions auxquelles nous arrivons dans cette section correspondent à l'enquête menée par Annandale dans les NHS. En effet, l'auteur met en exergue le manque de temps, de staff et de finances des hôpitaux britanniques (Annandale, 1996 : 430).

Par ailleurs, les contraintes qu'apporte la nouvelle gestion hospitalière concernent aussi les relations entre le personnel soignant et sa hiérarchie, notamment en termes de contrôle.

6.4 LA DIRECTION: ENTRE «SURVEILLER ET PUNIR»

Les outils managériaux auxquels les infirmières sont confrontées quotidiennement sont perçus comme l'œil de Moscou. Cette surveillance semble s'être intensifiée à la suite d'un changement au sein de la direction des soins infirmiers, qui a instauré une sensation de devoir toujours tout justifier. Par ailleurs, les interstices de liberté se font de plus en plus rares. En effet, les infirmières perçoivent les instruments mis en place (DIP, tableau de bord, etc.) comme des moyens de contrôle sur leur travail et non des facilitateurs de tâche. Deux éléments que soulève cette infirmière:

«Bien sûr que c'est un outil de contrôle. Evidemment! Cela se fait sans nous ce contrôle, mais on n'est pas naïves, on sait très bien qu'on est contrôlées. [...] c'est devenu un peu policier» (Géraldine, infirmière).

On observe, en lien avec ce contrôle toujours plus oppressant que les infirmières ressentent, un manque de confiance de la part de la hiérarchie, d'où un certain malaise avec ses représentants. Ainsi, l'instrument informatique cristallise très souvent ce contrôle qui devient le panoptique des soins, comme le mentionne cette infirmière:

«La hiérarchie plus haute a moins confiance en son personnel, elle a besoin de diriger, de tout minuter, de tout préciser, une sorte d'uniforme, on est comme des enfants, tous en rang, à la queue-leu-leu, et faites tout ce qu'on vous dit. Tous au pas. Ce n'est pas agréable, je voudrais qu'on ait plus confiance en moi. Cela passe par l'informatique, on peut faire le lien» (Céline, infirmière).

Toutefois, comme le montre bien Sainsaulieu dans ses recherches, la hiérarchie de terrain est moins critiquée que celle qui en est éloignée et suspectée de ne pas se rendre compte des problèmes (Sainsaulieu I., 2003 : 123). Nous arrivons au même constat que Sainsaulieu: les infirmières font davantage confiance à leur IRU qu'à leur direction générale.

L'extrait de cette exhortation d'une infirmière à sa direction vient conforter la suspicion de Sainsaulieu, selon laquelle la hiérarchie ne se rend pas compte des réalités du terrain:

«Mais viens voir le personnel! On t'explique juste quel patient c'est et tu verras bien. Tu peux me faire confiance, si c'est du lourd, c'est que c'est lourd» (Juliette, infirmière).

De plus, cette surveillance s'effectue également de manière frontale avec les représentants de la direction des soins, qui sont perçus comme les gendarmes de l'hôpital:

«C'est la fameuse Madame untel. (...) Elle, c'est vraiment du flicage, elle est toujours là pour essayer de trouver la faute quelque part, son petit bonheur. Juste arriver dans le bureau pour voir si on fait des conneries. Mais cela n'arrive jamais car on travaille, on a une conscience professionnelle, on ne va pas commencer à s'allumer des clopes ou boire de la vodka dans le bureau» (Emilie, infirmière).

Il est intéressant de constater que les propos d'Emilie soulignent que, face à ce contrôle hiérarchique, les infirmières ont une conscience professionnelle et que la direction des soins devrait leur faire pleinement confiance. Le regard que porte la direction sur les activités professionnelles des infirmières est associé à un manque de confiance émanant de la hiérarchie, qui entache la relation infirmière-direction.

La redevabilité, autrement dit, l'obligation des infirmières de rendre des comptes à la hiérarchie, s'effectue à travers des dispositifs désincarnés comme l'ordinateur, mais aussi par des contrôles inopinés de la direction des soins. En effet, les infirmières nous confieront qu'elles n'ont que très peu de contacts avec la direction, si ce n'est pour des problèmes ou des questions de réformes, comme celle de la réorganisation des services dans le sillage du virage ambulatoire. Cette redevabilité étant verticale, c'est-à-dire entre la hiérarchie et l'infirmière, elle correspond à la redevabilité «*public-administrative*» conceptualisée par Hupe et Hill. Empruntant la notion de *forum* à Bovens, nous avons vu que trois critères devaient être remplis pour parler de redevabilité dans une institution: les acteurs sont obligés de rendre des comptes, ils peuvent être interrogés sur les rendus, et des sanctions peuvent être prises à l'encontre des SLB. Au sein des HUG, les trois obligations sont remplies dans la mesure où, tout d'abord, les infirmières sont tenues de rendre des comptes, c'est même une importante partie de leur journée de travail. S'agissant du deuxième critère, les infirmières sont parfois rappelées à l'ordre quant au fait qu'elles ne réalisent pas l'échelle de la douleur pour des patients en bonne santé. Par ailleurs, certaines d'entre elles nous disent que les contrôles sont de plus en plus fréquents. Enfin, en ce qui concerne le critère de la sanction, il apparaît que la direction en fait parfois usage. Dans le cas de figure rapporté, il s'agit d'une menace de sanction concernant la participation des infirmières à des formations e-learning:

«Mais ils demandent de faire cela pendant nos heures de travail alors qu'on est déjà débordé... Mais on doit le faire. Mais ce n'est pas de la mauvaise volonté, on n'a pas le temps. On a reçu un courriel il y a quelque temps qui disait que si on ne le faisait pas à telle date, ils nous enlèveraient cinquante francs de notre

salaire. (...). On a été fliqué. On est fliqué à fond dans cet hôpital. On est fliqué pour tout!» (Emilie, infirmière).

Le contrôle des infirmières, comme dans l'étude de Noblet et Rodwell consacrée à l'impact de la NGP sur les officiers de police (Noblet et Rodwell 2009b : 675), prétérite la motivation au travail. En effet, plusieurs infirmières montrent des signes de désinvestissement en réaction à la non-reconnaissance de la hiérarchie et au contrôle croissant de la direction, perçus comme une remise en cause de leur conscience professionnelle.

Le sentiment de contrôle est donc très fort chez le personnel infirmier qui conçoit les outils managériaux comme des instruments de surveillance. Par ailleurs, la direction des soins infirmiers est montrée du doigt dans la mesure où les rares contacts directs avec celle-ci consistent principalement à informer des plans de réforme. Les résultats montrent clairement que ce contrôle engendre un important déficit de confiance entre le personnel et sa hiérarchie, qui peut se traduire par une baisse de motivation. Enfin, ce n'est pas toute la hiérarchie qui est vilipendée. Les infirmières du service font entièrement confiance à leur IRU.

En conclusion de ce chapitre, on remarque que les réformes hospitalières – révision de la LAMal et introduction de la NGOP – modifient l'environnement de travail des infirmières. Le déploiement d'un dispositif d'indicateurs de performance au sein des unités de soins, mais également les pressions budgétaires impactent directement l'activité des infirmières. On constate une nette bureaucratisation de la profession des infirmières qui doivent désormais faire avec de plus en plus de paperasse administrative. Ce phénomène correspond en tous points à l'analyse de Faure selon laquelle la «nouvelle gouvernance» est vécue comme une «bureaucratisation accrue du rôle du praticien» (Faure, 2006 : 30). La contrainte du temps apparaît comme la première préoccupation des infirmières qui n'arrivent presque plus à être au chevet des patients et négligent ainsi le côté relationnel. Ce manque est davantage présent dans

les services de soins aigus. En plus d'une charge de travail importante, les infirmières travaillent souvent en sous-effectif et avec un matériel de soin de moins bonne qualité qu'auparavant.

Le fait de devoir rendre des comptes à la haute hiérarchie engendre un sentiment d'être surveillé. Ce contrôle hiérarchique donne aux infirmières l'impression que la direction ne leur fait pas confiance et met ainsi en doute leur conscience professionnelle.

Au vu de ce qui précède, on observe une dégradation des conditions de travail, confirmée par l'enquête des HUG. En effet, lorsqu'on demande aux collaborateurs des HUG si les conditions de travail se sont améliorées ou détériorées depuis cinq ans, 45% d'entre eux estiment qu'elles se sont dégradées, dont 15% fortement.

Pour reprendre la formule consacrée de Hibou, il s'agit d'une «forme renouvelée de cage d'acier» (Hibou, 2012 : 110) qui se cristallise dans les indicateurs ou les formulaires à remplir et se referme sur la profession d'infirmière.

Ainsi, l'introduction de logique et d'outils managériaux au sein des hôpitaux détériore les conditions de travail des infirmières. Cette constatation va dans le sens de notre hypothèse de travail (h1) qui se voit dès lors confirmée.

7 LE PERSONNEL INFIRMIER: LE NOUVEAU MALADE DES HÔPITAUX

Le chapitre précédent a permis de mettre en lumière la dégradation des conditions de travail des infirmières en lien avec la nouvelle gouvernance hospitalière. Le manque de temps et la surcharge de travail contraignent le personnel infirmier à hiérarchiser ses tâches en sacrifiant l'aspect relationnel et humain au grand regret des infirmières.

Dans cette partie, nous nous intéresserons à la conception que se font les infirmières des soins de bonne qualité. Ce questionnement nous amènera à interroger l'épicentre de la profession que sont l'humanisme et le bien-être du patient. Puis, nous verrons comment ces valeurs essentielles de la profession entrent en dissonance avec celles du management des hôpitaux publics, occasionnant de la souffrance au travail.

7.1 L'HUMAIN AU CŒUR DE LA PROFESSION

Soigner ne peut se réduire à administrer des soins médicaux techniques, car l'action de soigner passe également par le fait de prendre soin des patients, autrement dit, d'être attentif à eux. Le côté relationnel, c'est-à-dire être au chevet du patient et pouvoir échanger avec lui, apparaît comme le leitmotiv de la profession d'infirmière. En évoquant la qualité au travail, Arborio reconnaît une «catégorisation spontanée» articulant «maîtrise technique» et «grande maîtrise relationnelle». Un constat qui se dégage des propos de cette infirmière:

«Ce qui m'intéresse dans cette profession, c'est cette relation d'aide, d'être au quotidien au chevet du patient et de prodiguer des soins techniques, mais à travers cela, créer un lien et une relation d'aide. Le fond de la profession est le côté humain, c'est là que je mets l'accent» (Géraldine, infirmière).

On constate ici que le côté l'humain est au cœur des préoccupations du personnel soignant. Cette affirmation coïncide avec l'étude de Fagermoen qui arrive à la conclusion que «human dignity and altruism

were the most prominent moral values [for nurse profession] (Fagermoen, 1997 : 434).

Aux yeux des infirmières, une bonne professionnelle fait preuve d'altruisme, d'empathie, de disponibilité et de don de soi. En effet, le côté humain apparaît nécessaire pour créer et développer une relation d'aide qui vise à accompagner le patient vers la guérison, ainsi que le précise cette infirmière:

«C'est aussi la communication, c'est la base, il faut créer du lien avec la personne en vue d'une guérison, en particulier en psychiatrie. C'est une qualité requise et nécessaire dans les soins» (Monique, infirmière).

Pour citer Acker: «Le souci du confort du patient se révèle dans une façon d'être présent à l'autre, de manifester une disponibilité, une écoute, une façon de créer un espace propice à l'expression des préoccupations, des angoisses. Il consiste à rassurer le patient en lui donnant à entendre que l'on sait ce qu'il y a à faire» (Acker, 2009 : 63). Cependant, comme le reconnaît le même auteur, les «tâches d'écoute et d'accompagnement», en d'autres termes l'éthique *care*, concordent très difficilement avec le temps des tournées des patients, le temps des «routines organisationnelles» et «le temps de l'horloge» (Acker, 2005 : 171). En réponse à cette contrainte temporelle, les infirmières effectuent des heures supplémentaires afin de pouvoir échanger avec le patient.

On retrouve le même discours auprès de l'ICUS, qui insiste quant au fait que le relationnel et l'accompagnement comptent beaucoup plus que les soins techniques:

«C'est important d'être proche des patients, de pouvoir leur apporter un soutien, un accompagnement car, pour moi, l'accompagnement est super important. [...] Après, il y a tous les gestes techniques, mais ce n'est pas ça qui m'intéresse le plus, c'est surtout le niveau relationnel et l'accompagnement qui m'intéressent. [...] Les gestes techniques, c'est un plus, mais ce n'est pas ce que j'aime faire le plus» (Isabelle, ICUS).

Il ressort clairement que les infirmières attachent une très grande importance aux contacts humains. D'ailleurs, c'est très souvent la principale raison qui les a motivées à entamer une carrière dans les

soins. L'éthique du *care* «affirme [ainsi] l'importance des soins et l'attention portée aux autres» (Laugier, 2012 : 113).

L'aspect relationnel est souvent incompatible, comme vu plus haut, avec les exigences du quotidien. Il en va ainsi des tâches d'écoute qui, selon Acker, sont «bousculées» par les impératifs administratifs (Acker, 2009). L'intérêt que porte le personnel infirmier à l'humain se cristallise dans le droit du patient, un droit au bien-être.

7.2 LE DROIT DU PATIENT: UNE REDEVABILITÉ

Aujourd'hui, la nouvelle gouvernance hospitalière accorde une attention toute particulière à la qualité des soins et, plus particulièrement, à la satisfaction des patients considérés, dans ce cas, comme des clients. Ainsi, le droit du patient, une sorte de *vade-mecum* des soins, est de plus en plus «publicisé», comme l'atteste le site Internet des HUG, qui consacre plusieurs pages à cette question¹⁹. Aussi, le droit du patient est une préoccupation majeure du personnel soignant, étant donné qu'il tend à une meilleure communication et à un respect des volontés des personnes hospitalisées. Deux éléments qui apparaissent primordiaux aux yeux des infirmières car «la culture soignante, les valeurs acquises pendant la formation professionnelle, notamment, font du souci du patient, de son confort, une des dimensions centrales, fondatrices des soins» (Acker, 2009 : 63). Dès lors, les infirmières, en contact direct avec les patients, représentent les meilleures défenderesses de ce droit comme le résume cette infirmière:

«Je parlais de la défense du droit du patient, quand on n'est pas d'accord avec un traitement ou qu'on trouve que c'est trop invasif, on est quand même super présente, on va se battre comme des lionnes pour que le patient soit le plus confortable possible et qu'il puisse bénéficier de soins adéquats dans chaque situation. On est vraiment les défenseurs dans la réalité du patient» (Géraldine, infirmière aux HUG).

¹⁹ <http://www.hug-ge.ch/vos-droits>. Il existe un renforcement du droit au patient depuis 2013 suite à la révision du Code civil suisse.

Le droit du patient a d'ores et déjà été étudié par plusieurs auteurs, dont Annandale qui parle d'un véritable «refrain» que fredonnent les infirmières (Annandale, 1996 : 422). Ainsi, défendre bec et ongles le bien-être du patient et ses volontés, comme nous l'avons observé, constitue une confirmation empirique de recherches antérieures. Empruntant à nouveau le concept de redevabilité à Hupe et Hill – qui soutiennent que la «governance of and by street-level bureaucrats is practised in a variety of action situations, while street-level bureaucrats are held accountable in various relations: bottom-up as well as top-down, but also sideways» (Hupe et Hill, 2007 : 295) –, on observe que la redevabilité au patient est plus importante pour les infirmières que la redevabilité envers leur hiérarchie (Annandale, 1996 : 421). Pour reprendre leur terminologie, la *participatory accountability* compte beaucoup plus pour le personnel infirmier que l'*administrative accountability* que nous avons développée au chapitre 6.

Par ailleurs, lorsque les patients estiment qu'ils ne sont pas bien pris en charge, c'est régulièrement sur le personnel soignant que cela retombe, ainsi que le précise cette infirmière au sujet des formulaires de sortie :

«Les gens qui vont bien doivent avoir des papiers de sortie et, des fois, ils vont tout à fait bien mais ils doivent attendre un jour en plus car le médecin n'est pas passé faire les papiers de sortie. Et ça, c'est insupportable pour les patients. Tu as envie de rentrer à la maison, ce n'est pas le club Med, c'est pas drôle d'être à l'hôpital et, à force d'attendre ces papiers, les patients s'énervent, mais c'est sur nous que ça retombe et c'est pénible» (Emilie, infirmière).

Selon Acker, le temps passé à joindre les médecins pèse particulièrement sur l'état des infirmières (Acker, 2005 :175), comme vient de l'exprimer Emilie.

Il est intéressant de remarquer que la redevabilité des infirmières est plus forte pour le patient et son bien-être que pour la hiérarchie de l'hôpital. Par ailleurs, défendre le droit du patient apparaît comme une priorité pour le personnel soignant qui s'attache à faire respecter l'éthique du *care* et, ainsi, à préserver un cadre agréable de travail. Le droit du patient se nourrit des valeurs et des croyances des infirmières, lesquelles entrent souvent en contradiction avec les logiques managériales.

7.3 LA DISJONCTION ENTRE VALEURS PROFESSIONNELLES ET IMPÉRATIFS MANAGÉRIAUX

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit comment le relationnel, l'aspect humain et le bien-être du patient alimentent l'éthique du *care*, qui est au cœur du travail des infirmières. Cependant, l'orthodoxie de la NGOP, qui se déploie au travers des outils managériaux, entre en contradiction avec le système de valeurs des infirmières, comme le suggère Schweyer: «La confrontation brutale entre le monde du nouveau management public et le monde des soins et de la médecine à l'hôpital public est ressentie comme un conflit de valeurs par les personnels hospitaliers. Elle est source de désarroi, de désenchantement et souvent de mécontentement. Les préoccupations d'ordre économique, devenues omniprésentes à l'hôpital, obligent à compter, à évaluer les coûts, à se soucier d'efficacité, à se mobiliser pour l'efficience. Les dispositifs de gestion inquiètent parce qu'ils n'appartiennent pas au système de valeurs partagé. La crainte de voir apparaître la rentabilité du patient traduit en fait la perte du sens de ce qui constituait une dimension du soin» (Schweyer, 2009 : 737). Il apparaît dans l'extrait ci-après que les injonctions managériales éloignent le personnel soignant du patient et qu'il faut se faire violence pour abandonner momentanément ses activités de soin pour du travail administratif:

«Et c'est une barrière. Cela nous éloigne du patient. Alors on a un chef de service, le prof. X qui veut absolument qu'on passe plus de temps avec le patient, mais c'est paradoxal, on a tellement d'exigences sur l'informatique que concrètement, on ne peut pas se dédoubler. Donc, au bout d'un moment, je suis obligée de trancher, de me dire stop, je vais faire une demi-heure d'ordinateur sinon je pourrais avoir des heures supplémentaires» (Géraldine, infirmière).

L'introduction de logique et d'outils managériaux n'éloigne pas seulement les infirmières des patients, mais entre véritablement en collision avec leur éthique. On observe de manière patente un «antagonisme entre les valeurs professionnelles et les priorités de l'institution hospitalière» (Gobet, 2002 : 227). Comme cette infirmière qui se plaint de ne pas être au chevet du patient lorsqu'elle doit effectuer des tâches administratives:

«On passe plus de temps derrière l'ordinateur qu'avec les gens, étant donné que tout ce qu'on fait avec les gens on doit l'écrire et le programmer, ce ne sont que des manipulations sur l'ordinateur (Juliette, infirmière).

On constate que les infirmières souhaiteraient prendre davantage soin du patient:

«Cette relation d'aide, elle me manque, faute de temps. Juste le fait de s'asseoir, de demander pourquoi il est dans cet état, connaître un peu plus le patient, c'est cela qui nous manque. Personnellement, je trouve cela très dommage» (Alexandra, infirmière).

Selon les infirmières, ce ne sont pas seulement les outils managériaux qui les empêchent de vivre leur conception des soins, mais aussi les exigences de la direction, lesquelles sont en porte-à-faux avec leurs «idéaux»:

«C'est au niveau hiérarchique qu'ils ont des attentes qui ne sont pas adéquates ou qui n'ont pas du tout de bon sens» (Emilie, infirmière).

De l'entretien que nous avons eu avec l'ICUS ressort clairement cette opposition entre les «valeurs professionnelles» et les «valeurs bureaucratiques» (Gobet, 2002 : 227):

«Mais je comprends que cela puisse peser sur le moral d'une infirmière de ne pas pouvoir être dans la relation avec le patient. C'est notre leitmotiv. C'est important pour nous [...] et se retrouver avec de l'administratif, on n'aime pas. Les infirmières n'aiment pas l'administratif. On aime être près des patients, c'est clair! (Isabelle, ICUS).

Ces injonctions paradoxales conduisent les infirmières à ressentir une certaine culpabilité professionnelle, étant donné que «le monde médical, la bureaucratisation des pratiques, notamment hospitalières, créent une tension entre la logique de bien public et celle du marché et de l'entreprise» (Hibou, 2012 : 61). En effet, le «grand écart» dont parle Sainsaulieu, et qui amène les infirmières à devoir «sacrifier une relation au patient», est souvent vécu comme quelque chose mettant le travail en souffrance (Sausaulieu I., 2003 : 83):

«Il y a plein de fois où je rentre chez moi et j'ai l'impression d'avoir mal fait mon travail. C'est contradictoire avec ce que je veux faire et, du coup, je n'y

arrive pas. On me dit qu'on me donne les moyens, alors que non!» (Céline, infirmière).

Cependant, si le cœur de l'activité des infirmières semble clairement touché par les impératifs managériaux, celles-ci continuent tout de même de donner, dans la mesure du possible, la priorité à l'aspect humain:

«On est encore dans l'idée qu'on privilégie les personnes à l'informatique, heureusement qu'on en est encore là. Tant pis pour l'informatique et la paperasse, on reste auprès du patient et on se débrouillera. On préfère bâcler la paperasse, mais après cela se ressent car on a des effectifs en moins» (Alexandra, infirmière).

Pourtant, on remarque que les activités relationnelles ne sont pas celles qui sont valorisées par l'institution, comme nous l'avons montré au chapitre précédent. En effet, on constate un certain paradoxe: l'hôpital «exige rarement que l'on rende compte de ce travail [le côté humain], alors même qu'il est supposé être le ressort de l'action de tous les professionnels» (Acker, 2009 : 64), ainsi que le précise cet infirmier:

« Je dirais qu'à l'hôpital, on a une qualité somatique, des gestes techniques qui sont exceptionnels; les HUG sont très réputés pour cela d'ailleurs. On apprend énormément. À l'inverse, les soins relationnels qui sont hyperimportants, on ne nous les inculque pas et on ne nous laisse clairement pas le temps de s'épanouir dans ce domaine-là» (Estéban, infirmier aux HUG).

Le fait que certaines activités des infirmières sont enfouies sous des «couches de silence» (Star et Strauss, 1999) résulte principalement du statut professionnel que détiennent les acteurs au sein de l'organisation, comme l'observent Acker et Bourret (Acker et Bourret, 2011). Les infirmières occupent une place intermédiaire dans l'organisation du travail des hôpitaux, car elles se situent entre le médecin, qui prescrit les actes médicaux et les aides-soignantes, qui collaborent avec le personnel infirmier dans la prise en charge des patients. Ainsi, l'«invisibilité des soins» du *care* peut être, en partie, expliquée par l'hypervisibilité des actions médicales. Autrement dit, les gestes du bistouri sont nettement plus visibles et valorisés que les gestes humains «impalpables» des infirmières qui œuvrent dans l'ombre. Comme le font remarquer Acker

et Bourret, la visibilité des tâches est associée à un certain «prestige» de l'activité. S'ajoute à cette idée de prestige que les actes techniques sont plus facilement traduisibles dans le DIP que les actes relationnels. Le chapitre précédent avait montré que les programmes informatiques des hôpitaux étaient loin de permettre un inventaire complet des tâches des infirmières. Par ailleurs, il est plus compliqué de justifier les soins relationnels.

Enfin, cette distorsion des valeurs peut conduire certains professionnels à réfléchir à un éventuel départ de l'hôpital. Pour reprendre le concept d'Hirschman (1970), on observe que, si les infirmières privilégient la protestation (*voice*), notamment à l'encontre des médecins, elles peuvent penser à une éventuelle sortie (*exit*), tel qu'en témoigne cet extrait d'entretien:

«Je pense qu'à long terme, ma profession commencera un peu à me décevoir, je sais que je n'ai plus ma place dans un milieu aigu, dans ce service de chirurgie aux HUG et que j'ai envie de revenir à des choses plus humaines à tel point que je suis prête à refaire une nouvelle formation pour pouvoir revivre ce côté humain avec la personne, cela se perd. Si l'hôpital continue d'aller à ce train-là, eh bien je pense que la profession d'infirmière va devenir faire des tâches rapidement sans trop réfléchir et on passera beaucoup de temps derrière l'ordinateur. Au final, on oubliera le patient dans tout cela» (Géraldine, infirmière).

Notons que, à l'image de Géraldine, plusieurs d'entre elles évoquent clairement une future réorientation professionnelle. Ce processus d'*exit* est à mettre en lien avec le «désenchantement» de la culture infirmière que nous avons évoqué au tout début de ce sous-chapitre (Schweyer, 2009 : 737).

Les valeurs professionnelles des infirmières se heurtent donc incontestablement à la logique gestionnaire de l'hôpital. Le personnel soignant est ainsi tiraillé entre ses propres logiques, celles du *care* et de l'humain, et celles des impératifs managériaux et de rentabilité qu'imposent les structures hospitalières. La culpabilité d'être dans l'impossibilité de rendre «visible» le «travail invisible» mène les infirmières à avoir l'impression de ne pas bien faire leur travail.

Au vu de nos observations, nous sommes en mesure de pouvoir confirmer notre hypothèse (h2) qui affirme que les conditions de travail des infirmières entrent en contradiction avec leurs valeurs professionnelles et le sens qu'elles donnent à leur travail. Le chapitre suivant apportera un éclairage complémentaire à la perte de sens de l'activité d'infirmière, dont la nouvelle parcellisation des tâches des infirmières est une cause.

En conclusion, «les réformes mettent clairement les normes professionnelles en souffrance (...) [étant donné] les injonctions managériales et économiques souvent fortement éloignées des valeurs qui fondent leur identité professionnelle [celle des infirmières]» (Evetts, 2009, 2013, cité par Giauque, 2013 : 5). Ainsi, et pour reprendre l'expression de Schweyer, on assiste à une forme de «désenchantement» au sein du personnel soignant des hôpitaux (Schweyer, 2009).

7.4 LA QUALITÉ EMPÊCHÉE DES INFIRMIÈRES: UNE SOUFFRANCE AU QUOTIDIEN

La partie précédente a permis d'attester l'existence au sein des hôpitaux publics d'un décalage manifeste entre les valeurs des infirmières et celles de l'organisation hospitalière. Ce conflit de valeurs entre ce qui compte pour les infirmières dans la *bonne* réalisation de leur travail et ce qu'elles peuvent véritablement faire engendre un sentiment de culpabilité, comme mentionné, mais, chose nouvelle, il génère une souffrance (De Gaulejac, 2011). Le mécanisme de cette souffrance au travail découle du fait que les infirmières doivent accomplir leurs tâches avec des outils inappropriés et en les bâclant, faute de temps. Ainsi, c'est ce travail pas fait, entrant en dissonance avec l'éthique des infirmières, qui fait souffrir le personnel soignant (Molinier, in Lallement et al. 2011 : 16). Autrement dit, c'est ce qui ne peut pas être fait qui entame le plus:

«On ne nous donne pas la possibilité d'être meilleur. On fait de notre mieux, on fait des heures supplémentaires, mais on nous reproche d'en faire, mais on est

obligé d'en faire pour que les soins soient toujours corrects» (Géraldine, infirmière aux HUG).

En résulte que les nouvelles formes d'organisation empêchent de bien faire son travail (De Gaulejac, 2011 : 149). Ainsi, c'est cette «qualité empêchée» (Clot, 2010) qui fait souffrir les infirmières, l'environnement de travail ne leur permettant pas de faire coïncider leurs valeurs avec celles de l'organisation:

«Bien sûr, car quelque part, on t'empêche. [...] Tu ne t'investis plus aussi bien, tu fermes ta porte et ensuite tu passes à autre chose. Donc, le patient, il le ressent (...) que les personnes n'ont plus le cœur à s'occuper... Oui, il y a une conséquence» (Monique, infirmière).

En effet, le personnel soignant a le souci du «précieux» (Clot, 2010 : 40), c'est-à-dire qu'il prend soin de ses tâches, qu'il a le goût du travail bien fait, comme l'exprime cette infirmière:

«Il faut aimer aller jusqu'au bout des choses» (Céline, infirmière).

Les infirmières parlent souvent d'une frustration dans leur travail qui découle de la sensation de faire du «sale boulot» (Arborio 2001). L'insatisfaction professionnelle déteint même sur la vie privée et peut même être source d'angoisse avant de rejoindre l'hôpital:

«Cela fait qu'on arrive à la maison et qu'on est insatisfait de notre travail. Cela m'arrive plein de fois qu'à mon retour à la maison, après une matinée chaotique, je rentre et je me dis que j'ai fait du sale boulot. Du coup, cela génère une frustration et cela déteint sur ma vie privée aussi, je vais être de mauvaise humeur. Du coup, certains jours, on arrive au travail avec la boule au ventre et on se demande comment va être la matinée, est-ce que cela va être aussi horrible que hier ou mieux?» (Géraldine, infirmière).

La même infirmière poursuit en donnant la définition d'une bonne journée:

«J'ai passé une bonne journée si je sais qu'un patient est pris en charge par l'infirmière et par le médecin correctement. Mais ma bonne journée passe aussi par de simples gestes. S'il y a l'annonce d'un diagnostic difficile, pour moi ma journée va être quelque chose d'enrichissant si j'arrive à rester entre cinq et dix minutes avec le patient, l'écouter, le soutenir, cela va être une belle journée» (Géraldine, infirmière).

Le miroir à double face que nous tend cette infirmière permet une nouvelle fois de comprendre le phénomène de la souffrance des infirmières comme résultante d'une action «privée de son contenu», d'une «activité qui perd son âme» (Lecomte, 2010). En conséquence, c'est la profession qui est en souffrance, comme le relève cette infirmière:

«Elles [les infirmières] ne peuvent pas mettre en avant les raisons du pourquoi elles ont choisi ce métier, leurs valeurs ne sont pas entendues, elles ne peuvent pas exploiter leurs compétences, quelque part c'est frustrant» (Monique, infirmière).

Monique fait indirectement référence à l'idée d'une perte de sens du travail infirmier en disant: «les raisons du pourquoi elles ont choisi ce métier». Ainsi, la souffrance auprès des infirmières est en quelque sorte une destruction d'agir, une privation qui donne au «non-sens» un «sens», celui de la destruction (Bayart J.-F., *Le Gouvernement du monde*, 2004, cité par Hibou, 2012 : 64).

Ce n'est pas uniquement l'organisation de l'hôpital et ses logiques gestionnaires qui entrent en collision avec les valeurs des infirmières, mais aussi l'attitude des médecins envers la mort. En effet, les infirmières de cette unité sont régulièrement confrontées à des situations de soins palliatifs précédant la mort du patient. De manière assez marquée, l'équipe de cette unité évoque les difficultés qu'elle peut rencontrer avec les médecins dans la gestion de la mort, comme l'exprime clairement cette infirmière qui souffre de voir un patient se tordre de douleur et qui n'a d'ailleurs plus le courage de pénétrer dans sa chambre:

«Oui, oui cela est arrivé. En soins palliatifs, le médecin ne voulait pas mettre de la morphine dans une seringue, le patient avait mal, je ne me sentais pas bien, j'avais l'impression de ne pas aller jusqu'au bout, je n'avais plus envie de voir ce patient, de le voir souffrir comme cela, c'était vu et revu par les médecins, mais je ne me sentais pas bien, j'en ai discuté avec mes collègues, avec ma responsable. (...) À chaque fois que je rentrais dans sa chambre et que je constatais sa douleur, je n'étais pas bien. Oui, des fois, on fait des choses qui ne suivent pas forcément nos principes, nos valeurs, nos croyances» (Alexandra, infirmière).

Le vécu de cette infirmière rend parfaitement compte des conclusions de Castra, qui soutient que «l'imaginaire palliatif risque d'être générateur d'un sentiment d'échec devant une réalité trop éloignée ou en contradiction avec cet idéal. L'impossibilité de parvenir à une fin de vie proche de l'idéal professionnel peut ainsi devenir une source non négligeable de tension ou de souffrance au travail. (Castra, in *Au-delà du stress au travail*, 2008 : 126). Comme avec Alexandra, les agonies interminables peuvent avoir comme conséquence un «retrait ou un désengagement», (Castra, in *Au-delà du stress au travail*, 2008 : 128).

Ainsi, le choc entre les valeurs des infirmières et les impératifs managériaux constitue le terreau fertile à l'émergence d'une souffrance au travail. Cette souffrance procède du corset managérial que sont obligées de revêtir les infirmières, lequel les empêche de bien réaliser leurs tâches. En empruntant le concept de «qualité empêchée» de Clot, on constate que les maux au travail chez les infirmières ne résultent pas de l'activité réalisée mais de celle qui est empêchée. En d'autres termes, c'est ce qui a de la valeur aux yeux des infirmières qui peut conduire à de la souffrance au travail. En fin de compte, l'éthique du *care* est constamment mise à mal par les injonctions managériales, mais aussi par les ordres des médecins, d'où une éventuelle perte de sens donnée au travail par les infirmières.

Le personnel infirmier en souffrance essaie de prendre de la distance par rapport aux actes contraires à ses valeurs et peut parfois se «disqualifier» de l'institution; deux stratégies utilisées pour mieux se protéger.

Aussi, les résultats de notre enquête semblent corroborer notre hypothèse de travail (h3), qui sous-tend que la dissonance entre l'éthique et les conditions de travail induit une souffrance chez les infirmières.

À la clôture de ce chapitre, il apparaît que le personnel infirmier est le nouveau malade des hôpitaux. En effet, après avoir démontré que l'aspect humain, consubstantiel aux gestes techniques, est souvent «invisible» et «occulté» (Acker, 2009 : 64), il représente pourtant le cœur du travail des infirmières. Ce qui nous amène à observer et ce, de

manière indiscutable, que la logique managériale se heurte à la notion du *care* (Clarke et al., 2000). Cette éthique professionnelle s'incarne dans le droit du patient, un droit défendu par les infirmières qui en sont devenues les gardiennes.

Cette partie a également soulevé l'importante dissonance entre les valeurs du personnel infirmier et la doctrine de la NGOP. De fait, les réformes managériales, en tentant d'accroître la productivité des soignants, réduisent le temps qu'ils peuvent passer auprès de chaque patient et se mettent en porte-à-faux avec cette dimension du soin [la relation humaine]» (Belorgey 2010, 224). L'origine de la souffrance, qui «contamine» les infirmières, est à chercher dans la «qualité empêchée». Cette impossibilité de bien faire se traduit souvent par de la culpabilité et par un sentiment de mal faire son travail. L'hôpital-entreprise ne valorise pas le côté relationnel des soins infirmiers «en refoulant l'infirmière dans un rôle plus technique et en ouvrant ainsi un conflit d'identité assez important» (Petitat, 1994). Ainsi, c'est le sens de l'activité qui est frappé de plein fouet, autrement dit «le sens de l'engagement personnel et les cultures professionnelles [qui] sont directement interpellés (Schweyer, 2009 : 738). Un sens qui est également menacé par une perte d'autonomie du travail infirmier.

8 L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE MENACÉE PAR LA NGOP

Dans cette partie, nous nous intéresserons à la question de l'autonomie des infirmières et, notamment, à la reconfiguration du travail infirmier, qui modifie le contenu de l'activité et en altère le sens. Puis, nous regarderons le pouvoir discrétionnaire de ces acteurs de terrain et essaierons de comprendre les logiques qui sous-tendent ces stratégies d'ajustement.

Il existe un accord quasi unanime dans la littérature scientifique quant au fait que les professions du secteur public connaissent une perte d'autonomie (Bezes et al., 2011 : 309). Les auteurs confirment en soutenant que les réformes diminuent l'autonomie et remettent également en cause le pouvoir discrétionnaire (Bezes et al., 2011 : 297). En ce qui concerne les infirmières des HUG, on constate qu'elles tiennent un discours relativement ambigu. D'un côté, elles reconnaissent qu'elles exécutent les ordres médico-délégués et, de l'autre, elles signalent qu'elles doivent faire appel à leur jugement et qu'elles s'écartent parfois des règles.

L'explication de cette ambiguïté réside dans le fait que la profession d'infirmière est touchée par une contradiction de taille. Le rôle de l'infirmière est d'exécuter les ordres des médecins (rôle d'exécutant), mais elles sont également responsables en cas d'incident (rôle de responsable). Ainsi, le personnel infirmier doit naviguer entre les deux rives de cette contradiction, comme le précise cette infirmière:

«Alors cela veut dire quoi si le médecin dit quelque chose que je dois faire où je n'ai pas mon mot à dire mais qui me met en responsabilité. C'est dans la profession en général, on nous l'apprend à l'école, c'est la première contradiction du métier. C'est la première chose qui nous interpelle» (Céline, infirmière).

S'il est encore tôt pour parler d'autonomie, on peut d'ores et déjà avancer qu'au vu de cette contradiction, on peut penser que l'autonomie est une condition importante, voire cruciale, dans l'accomplissement du

travail infirmier. D'ailleurs, comme le souligne Brodtkin, «studies have shown how the discretion that is essential to responsiveness may be squeezed out, reducing opportunities for staff to respond to client needs as they understand them» (Brodtkin, 2012 : 945).

Toutefois, la reconfiguration des soins au sein des structures hospitalières semble réduire l'autonomie des infirmières dans la prise en charge du patient.

8.1 LA SEGMENTATION DU TRAVAIL INFIRMIER: UN NON-SENS

Le processus de professionnalisation (Dubar et Tripier, 2011; Evetts, 2009 : 251) qui touche le métier d'infirmière affecte de manière substantielle leurs activités. Notre étude met en lumière une forme de «parcellisation» des tâches de soins (Sainsaulieu I., 2007 : 80). Cette *division du travail social* (Durkheim, 1893) diminue l'autonomie des infirmières dans la mesure où ces dernières ne peuvent plus effectuer une prise en charge globale du patient. En effet, une partie de leurs tâches est déléguée aux aides-soignantes, comme la toilette du patient. Ces tâches, davantage tournées vers le *care* et de moins en moins réalisées par les infirmières, génèrent un sentiment de dépossession du travail, étant donné que ces activités en enlèvent une partie intéressante. Cette «segmentation de la prise en charge du patient» qu'observe Acker, mais déjà soulevée par Strauss et Freidson sous le concept d'ordres négociés (Acker, 2009 : 65 ; Freidson, 1970, 1971, 1985 ; Strauss, 1959, 1966, 1992), se confirme dans notre étude:

«Les aides-soignants sont parfois plus proches que nous les infirmières, ils ont pris le relais pour ce qui est de faire la toilette. La toilette c'était un moment privilégié, moment où le patient est à nu, il se confie. L'infirmière est là pour l'écouter, il y avait vraiment cet échange [...] Ce côté, qui est un peu la base du *nursing*, c'est ça, on n'est plus tellement là pour le patient, on a dû s'adapter aux technologies de l'ordinateur, on y a passé beaucoup de temps. Et puis, le rôle propre d'initiative, malgré tout, dès qu'il y a un pansement spécifique un peu complexe, on passe la main aux spécialistes (...) On est vraiment devenues des exécutantes» (Géraldine, infirmière).

La segmentation du travail est perçue par les infirmières comme un éloignement du patient. Par ailleurs, cette reconfiguration du travail affecte le socle des valeurs de la profession comme l'exprime Géraldine par «la base du *nursing*», ce qui peut engendrer une souffrance chez les infirmières car on les prive d'une partie importante du contenu de leurs activités. Comme le souligne cette infirmière, ce phénomène impacte négativement l'intérêt de la profession:

«Le rôle de l'infirmière perd en termes d'intérêt parce que, quelque part, une toilette – des personnes peuvent considérer cela comme quelque chose d'ennuyeux – c'est un bon moyen d'entrer en lien avec le patient, parce que le temps que tu prends à faire des soins corporels, c'est un moment où tu peux échanger sur son histoire, savoir comment la personne se sent, etc.» (Monique, infirmière).

De plus, les infirmières doivent faire face à une évolution majeure qui touche les hôpitaux suisses depuis quelques années: l'arrivée d'une nouvelle profession qui redéfinit les frontières des tâches. Si l'infirmière partageait la prise en charge quotidienne du patient avec l'aide-soignante, cette nouvelle profession intermédiaire qu'est l'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) vient bousculer la logique de travail établie depuis des décennies. Les infirmières interviewées ont montré une certaine réserve ainsi qu'une méfiance à l'égard de ce nouveau corps de métier. On peut expliquer ce phénomène par deux facteurs liés l'un à l'autre: une bureaucratisation croissante de l'activité d'infirmière et la fin d'une prise en charge globale. Si les infirmières sont sur leurs gardes, c'est que l'ASSC, contrairement aux aides-soignantes, exécute certains actes médico-techniques²⁰ qui étaient, jusque-là, l'apanage du personnel infirmier.

Par ailleurs, la nouvelle répartition des tâches de ce triumvirat influe sur l'autonomie des infirmières dans la mesure où ces dernières doivent

²⁰ Comme le stipule l'art. 1 de l'ordonnance fédérale relative aux ASSC qui définit que «les assistants en soins et santé communautaire CFC soignent et accompagnent des clients en institution et en ambulatoire dans des institutions de la santé et du social. Dans ce cadre, ils exécutent également des actes médico-techniques».

renoncer à leur conception holistique des soins. Autrement dit, elles perdent en souveraineté.

Ainsi, nos résultats corroborent ceux de Sainsaulieu, qui soulève que l'«accroissement de la division du travail aboutit à une moindre prise en charge du patient» (Sainsaulieu I., 2007) pour l'infirmière, évolution perçue par les infirmières comme la conséquence des coupes budgétaires (les ASSC coûtant moins). La redéfinition de la prise en charge du patient pourrait, selon les infirmières, entraîner une dégradation de la qualité des soins (Docteurs B., 2013 : 62), notamment par un «saucissonnage» des tâches qui réduirait la qualité des soins prodigués (le patient n'est plus pris globalement). La reconfiguration du travail d'infirmière interroge le sens de la profession. En effet, en perdant cette vision globale du patient, les infirmières perdent une partie du sens qu'elles donnent à leur travail. Dans cette même veine, l'étude des HUG montre qu'un peu plus de la moitié des collaborateurs trouve du sens dans sa profession (en adéquation avec ses valeurs), tandis que l'autre n'en voit peu ou pas. Ce résultat est d'autant plus préoccupant que la professionnalisation des infirmières va à l'encontre de leurs valeurs et de leur éthique. Ce processus s'inscrit dès lors en contradiction avec les raisons qui ont motivé le personnel soignant à épouser cette profession, comme le rappelle cette infirmière consciente que l'on cherche, à travers le processus de professionnalisation, à valoriser le métier au grand dam des premières concernées, les infirmières :

«C'est l'idée de valoriser la profession d'infirmière en donnant plus de responsabilités en management, ce qui fait que cela donne le sentiment d'avoir plus de valeur ou de compétences, mais pour beaucoup de soignants, ce que j'ai eu comme retour, c'est qu'ils ne sont pas forcément très satisfaits de ce changement. La plupart des gens qui ont choisi ce métier, c'est pour être en lien avec le patient et pas pour gérer, superviser ou être plus dans l'administratif» (Monique, infirmière).

Cette nouvelle division des activités, couplée à la surcharge de travail, limite la relation d'une prise en charge globale du patient, ce qui explique pourquoi les infirmières évoquent une perte d'autonomie (Sainsaulieu I., 2003 : 84) et de sens. Pourtant, les études scientifiques

au sujet des SLB insistent sur l'autonomie et le pouvoir discrétionnaires des acteurs de terrain pour s'assurer de la bonne mise en œuvre des politiques publiques.

8.2 LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT, UNE MORALE NÉCESSAIRE

Les chapitres 6 et 7 ont montré que dans le contexte de travail des infirmières, les ressources mises à disposition sont en inadéquation avec leurs tâches (Nielsen, 2006 : 864) mais également avec leurs valeurs professionnelles (Maynard-Moody et Musheno, 2003 : 6). Par ailleurs, nous avons observé une forte dissonance entre les valeurs de l'organisation et celles des infirmières, laquelle engendre de la souffrance. Ainsi, pour paraphraser Lipsky, les infirmières font face à un véritable dilemme: faut-il respecter les normes organisationnelles ou leur éthique? Ce dilemme est d'autant plus paroxystique lorsque l'on sait que le personnel soignant est en contact direct avec des êtres humains (Lipsky, 1980 : 161). Cette infirmière évoque l'importance de s'écarter des règles:

«Par ailleurs, il faut de la souplesse d'esprit, ce n'est pas parce qu'il y a le protocole de faire comme ci ou comme ça, il y a des règles, mais il faut quand même s'adapter. Nous, on ne travaille pas avec des machines mais avec des gens. Alors, on peut faire de petits écarts si on comprend la situation. Quand les familles viennent de loin pour visiter un patient, par exemple et que ce n'est plus l'heure des visites, on ne va pas dire tous dehors (...) on va faire un effort, on se met à leur place» (Juliette, infirmière).

Les écarts que s'autorisent les infirmières ne doivent jamais mettre en danger la sécurité du patient, une préoccupation qui est au cœur de la profession d'infirmière. Le mécanisme sur lequel reposent le pouvoir discrétionnaire et l'autonomie est avant tout le bien-être du patient. En effet, c'est son confort qui peut par exemple conduire les infirmières à administrer des médicaments ou, au contraire, à ne pas respecter les ordres médicaux. Cependant, la latitude de cette autonomie est relativement restreinte:

«Des petits détails oui, mais des choses importantes non. Les détails, c'est par exemple un patient en fin de vie qui devrait recevoir un traitement de fer, mais je trouve que cela ne sert à rien, il doit ingérer ces pilules, pour moi c'est plus un inconfort pour lui, non je ne lui donnerai pas. En général, je suis très honnête (...) j'annonce la couleur sur l'informatique» (Géraldine, infirmière).

Ce sont en effet des éléments mineurs qui sont mentionnés mais qui permettent toutefois d'adapter les soins médico-délégués aux valeurs des infirmières. Il existe une autre situation qui pousse les infirmières à prendre une certaine autonomie, comme l'action de donner un Dafalgan à un patient sans en avoir reçu l'ordre du médecin. Cela peut peut-être paraître anodin, mais souvenons-nous que nous sommes dans une unité de soins aigus et que la prise de médicaments aussi usuels que le paracétamol peut s'avérer dangereuse. Il s'agit de la situation où le médecin tarde à répondre aux requêtes de l'infirmière. Le personnel soignant, confronté à l'attribution des médicaments, sera incité à administrer un antidouleur au patient lorsqu'il ne peut pas supporter la douleur de ce dernier.

L'autonomie du personnel soignant en ce qui concerne l'administration de médicaments ne se fait pas au gré du hasard. Les infirmières s'octroient cette liberté uniquement si elles peuvent évaluer la situation, autrement dit, juger avec leur expertise mais aussi leur éthique, de la nécessité ou non de prendre cette décision qui constitue un risque pour elles. On constate dès lors que le «choix» du personnel soignant de s'écarter des règles et procédures habituelles repose sur un critère moral (Rice, 2012 : 1045) et d'expertise (Lipsky, 1980) comme l'a observé Rice qui soutient que les «workers' behaviours are influenced more by their own moral judgments, which are based on their personal knowledge of and constant interactions with clients» (Ricucci, 2005 : 71).

Enfin, l'autonomie des infirmières est tempérée par un certain pragmatisme: «Their decisions and actions are based on their judgments of the individual citizens clients, tempered by pragmatism» (Maynard-Moody et Musheno, 2000 : 356). Cet extrait d'entretien va dans ce sens:

«Mes collègues me déconseillent de donner des médicaments sans ordre médical, c'est un peu risqué. On essaie de faire cela avec des gens qui ont toute leur tête, on demande s'ils sont allergiques à ça ou pas. On donne un Dafalgan, on ne donne pas de la morphine. [...] Il y a les Temesta, aussi, les inducteurs de sommeil. Quelqu'un qui me dit sciemment, et avec toute sa tête, qu'à la maison cela fait 25 ans qu'il prend ce comprimé et qu'il ne l'a pas ce soir, je vais le lui donner. Et puis, des perfusions, de l'eau et du sucre. Parfois, des médecins prescrivent sur l'ordinateur que le patient doit être à jeun depuis maintenant et ils ont oublié de mettre une déshydratation à côté, c'est grave» (Estéban, infirmier).

Lorsque l'infirmier raconte qu'il a pris l'initiative de perfuser un patient, parce que le médecin avait oublié de donner l'ordre de l'alimenter par voie veineuse, on ne peut que démontrer, par cet exemple, l'importance de l'autonomie de l'infirmier.

L'autonomie et le pouvoir discrétionnaire de ces SLB au sein des hôpitaux passent également par le processus de hiérarchisation des tâches. La bureaucratisation du travail ne correspondant pas aux valeurs et à l'éthique professionnelle, les infirmières ne respectent pas toujours les injonctions administratives, comme l'exprime le même infirmier :

«Moi, je suis un rebelle à ce niveau-là, je fais le strict minimum sur ce qui touche la paperasserie, justement je privilégie la sécurité de mon patient, je vais voir ce qu'il fait toutes les dix minutes, etc. C'est bien joli le dossier, mais le vrai travail n'est pas fait» (Estéban, infirmier).

Plus concrètement, cette stratégie de *coping* (Nielsen, 2006 : 881) concerne des actes informatiques comme le fait de devoir effectuer pour chaque patient une échelle de douleur et ceci, même pour des patients en excellente santé. Cette infirmière reconnaît qu'elle n'effectue pas ce travail car cela n'a aucun sens pour elle :

«Il faut faire une échelle clinique sur la douleur, normalement c'est une exigence de l'institution, il faudrait le faire tous les jours, pour chaque patient, selon des horaires. Eh bien moi je ne le fais pas, il faut l'avouer (...) il est vrai que là, je me permets certaines libertés (Géraldine, infirmière).

Par ailleurs, cette citation confirme une nouvelle fois le jugement qu'opère l'infirmière pour pouvoir auto-légitimer son action. Dans

certaines situations, les infirmières vont valider en un seul clic sur l'ordinateur toutes les tâches qui étaient à effectuer durant leur journée de travail même si cela ne correspond pas à la réalité:

«Si on bâcle quelque chose, c'est l'informatique, car cela n'a aucun effet direct sur l'état du patient. Et puis, cela nous prend juste un temps fou cette informatique, déjà qu'on n'a pas mangé, on en a marre, c'est donc cela qu'on va bâcler mais pas les choses importantes. On essaie de cliquer les soins pour justifier qu'on est autant dans l'unité, car cela donne des points» (Emilie, infirmière).

Les deux derniers exemples montrent que les infirmières s'autorisent une autonomie dont l'objectif est de pouvoir mettre en adéquation leurs préférences individuelles (leur éthique) et leur moralité avec leur travail, ce qui se traduit par une hétérogénéité des pratiques discrétionnaires (Brodkin, 2012 : 946). En effet, notre étude confirme ce postulat étant donné que le degré d'autonomie que s'autorise chaque infirmière est relativement différent, certaines ne donnant jamais de Dafalgan à un patient, alors que pour d'autres, son administration fait partie du répertoire de solutions.

Par ailleurs, notre enquête a montré que les infirmières se réfèrent souvent à l'équipe de l'unité pour savoir si les collègues s'octroient ou non un pouvoir discrétionnaire et sous quelle forme. Dès lors, aux deux redevabilités que nous avons rencontrées jusqu'à présent (*public-administrative* et *participatory accountabilities*), s'ajoute la troisième, la redevabilité entre les membres de l'équipe (*professional accountability*) comme l'évoque cette infirmière:

«Je voulais savoir si les autres collègues le faisaient. Eh bien pas forcément. Donc, on prend toutes des petites libertés et oui, des fois, ce côté informatique, c'est un frein à notre pratique» (Géraldine, infirmière).

La consultation de ses collègues sur les pratiques discrétionnaires vient corroborer les résultats d'Annandale qui voit un besoin de communiquer, entre collègues, sur les différentes actions de chacun des membres de l'équipe (Annandale, 1996 : 441).

Enfin, il apparaît que l'autonomie ne se pratique pas de la même manière selon les spécialités de chaque service. En effet, il semble que l'autonomie dépende du caractère aigu ou non du service mais aussi de l'équipe, comme le souligne cette infirmière:

«On a des marges de liberté effectivement pour lesquelles je fais ce que je veux, mais on se consulte entre nous (...) En orthopédie, c'est plus simple, les gens sont plus jeunes et en bonne santé, cela m'est arrivé de donner un somnifère sans appeler le médecin, il était trois heures du matin, et c'est comme s'il avait sa boîte à la maison. Par contre, ici je me couvre de tout, j'appelle systématiquement le médecin, depuis que je suis là, je le fais. (...) Il faut tout prescrire car la marge de liberté est plus serrée» (Céline, infirmière).

En résumé, l'autonomie dont font preuve les infirmières ne doit en aucune façon comporter un risque sanitaire ou sécuritaire pour le patient; leur éthique professionnelle le leur interdit. Le pouvoir discrétionnaire des infirmières s'effectue selon trois critères, en plus de celui de la sécurité: la moralité, la connaissance et la hiérarchisation. En effet, le personnel soignant s'écarte de la règle ou des protocoles lorsque son éthique est mise à mal ou que le sens qu'il donne à son action en est vidé. L'infirmière fait ainsi appel à sa moralité mais également à sa connaissance relative aux effets des médicaments sur le métabolisme. Le processus de hiérarchisation apparaît guider la réflexion des infirmières entre plusieurs alternatives. Ce phénomène est d'autant plus perceptible lorsqu'elles sont tiraillées entre les tâches du *care* et celles de l'administration. Nous avons observé trois situations dans lesquelles les infirmières usent du pouvoir discrétionnaire: à l'occasion d'un manque de coopération entre médecins et infirmières, lorsqu'elles doivent hiérarchiser leurs tâches, notamment en fonction des redevabilités administratives, et enfin, lorsqu'il s'agit d'effectuer des protocoles de soins trop contraignants et à la limite de l'absurde.

Les constats retenus dans ce chapitre nous permettent de confirmer notre dernière hypothèse (h4), selon laquelle l'introduction de logique et d'outils managériaux contraires aux valeurs et à l'éthique professionnelles conduit les infirmières à des stratégies d'ajustement (*coping*). Toutefois, comme nous venons de l'exposer, d'autres raisons

exogènes à la nouvelle gouvernance publique sont à prendre en considération. Ainsi, la NGOP n'apparaît pas comme le seul facteur d'explication des stratégies d'ajustement.

Enfin, les stratégies de *coping* ne sont pas simplement des moyens pour annihiler la frustration mais apparaissent plutôt comme des tactiques permettant aux acteurs de terrain de gagner en satisfaction dans leur travail (Nielsen, 2006 : 863). Les conclusions auxquelles nous arrivons ouvrent la voie aux professions à «pratiques prudentielles» (Champy, 2009), dans la mesure où cette approche théorique se base sur les savoirs pratiques et l'autonomie, deux composantes que nous avons mises en exergue.

9 LA RELATION INFIRMIÈRE-MÉDECIN ET L'IDENTITÉ DES BLOUSES BLANCHES

Le dernier chapitre de cette partie analytique interroge le caractère prudentiel de l'activité des infirmières. Si la profession d'infirmière semble perdre en autonomie, il n'en demeure pas moins qu'une certaine marge de manœuvre subsiste malgré l'étau des logiques managériales. Dans le prolongement du chapitre précédent, nous regarderons si l'activité des infirmières peut être considérée comme «conjecturale» et délibérative au sens de Champy. Puis, nous ausculterons la relation infirmière-médecin afin d'examiner de quelle manière et dans quelles conditions la prudence des infirmières se manifeste et quelle est sa fonction au sein de l'hôpital. Ces considérations nous conduiront à examiner la relation hiérarchique infirmière-médecin. Peut-on percevoir une évolution des rapports entre les médecins et le personnel soignant? Enfin, nous n'aurions pu refermer cette étude sans poser notre regard sur les appartenances collectives de l'hôpital qui composent en partie l'identité des infirmières.

9.1 LES SOINS INFIRMIERS: UNE «ACTIVITÉ PRUDENTIELLE»

Lorsque les infirmières quittent l'hôpital, elles ne savent jamais comment elles vont retrouver l'unité le lendemain et, plus encore, quel sera réellement le programme de la journée. En effet, «les activités de service ont un caractère peu prévisible et peu programmable» (Lipsky, 1980, cité par Bezes et al. in Bezes et al., 2011 : 304), comme c'est le cas à l'hôpital où l'imprévisibilité fait partie du quotidien:

«Donc, on a beau se faire un petit *guideline* pour savoir comment va se dérouler notre matinée, notre après-midi, notre nuit, cela ne se passe jamais comme on le prévoit. Il y a toujours cet imprévu, des patients qui décompensent et on n'est pas beaucoup, le matin trois infirmières et deux aides, l'après-midi deux infirmières et une aide pour un service de 22 patients au maximum» (Géraldine, infirmière).

Si l'imprévu est la routine chez les infirmières, il est important de soulever une autre caractéristique inhérente à leur profession: elles travaillent sur du «matériau humain». Sous l'étiquette du patient se cache, à chaque fois, une singularité; autrement dit, bien que les pathologies se ressemblent, tous les patients ne réagissent pas de la même manière.

Les infirmières sont quotidiennement confrontées à la singularité et à la complexité des cas dont elles doivent prendre soin, bien qu'une bonne partie de leurs actes soit dictée par le médecin. Ainsi, elles apparaissent clairement rétives à du «prêt-à-soigner», c'est-à-dire à un traitement par l'application mécanique d'une connaissance académique. C'est davantage la science de l'expérience qui est mobilisée, comme le précise la même infirmière:

«Je pense qu'on ne peut pas exécuter des ordres sans réfléchir, on a aussi suivi une formation, on a notre sens clinique, notre expérience qui montre que dans tel ou tel cas de figure, on ne peut pas donner cela à un patient, ce n'est pas possible» (Géraldine, infirmière).

Il en résulte que l'activité de l'infirmière est «conjecturale», dans le sens où les incertitudes dues à la singularité et à la complexité des cas que l'infirmière doit traiter l'obligent à réfléchir et non à appliquer machinalement les actes médico-délégués. Cette réflexion s'effectue à travers un mécanisme de hiérarchisation des possibles ainsi que par leur savoir acquis par l'expérience. On retrouve clairement l'idée que l'infirmière remonte à des données expérimentales pour refuser par exemple l'ordre d'un médecin, comme c'est le cas ci-après:

«On a toujours des arguments, avec l'expérience. C'est refuser de donner, de valider, de cautionner. Bien souvent on est plusieurs à ne pas valider, on en parle entre collègues» (Céline, infirmière).

Cette déclaration est doublement intéressante dans la mesure où elle pointe la deuxième caractéristique de l'activité prudentielle. Après la conjecture, la composante de la délibération est associée à la prudence. Comme le préconisait déjà Aristote dans *L'Éthique à Nicomaque*, la prudence doit être un acte engagé, donc reposer sur un choix documenté

(Champy, 2009); la délibération en constitue un procédé, comme l'a exprimé Géraldine précédemment. La conception de cette sagesse pratique apparaît également dans le discours de cette infirmière au sujet de médicaments prescrits par le médecin, qui s'avèrent parfois erronés. Pourtant, l'infirmière n'est pas détentrice du savoir théorique concernant la posologie, c'est la connaissance pratique qu'elle mobilise:

«Mais à force de faire, on sait que tel ou tel médicament se donne comme ça. Les dosages, des fois tu demandes [au médecin] «tu es sûr?», mais il va justifier, alors c'est d'accord. Mais des fois, ils n'en savent rien et on corrige, mais cela se passe une fois par jour» (Juliette, infirmière).

Ainsi, l'imprévisibilité de l'hôpital et la singularité des patients forment les deux composantes de l'activité conjecturale des infirmières. Cet environnement de travail conduit les acteurs à mobiliser non pas un savoir académique, mais plutôt un savoir pratique. Enfin, la délibération semble être un processus important, comme nous l'expliquerons au point suivant.

9.2 L'INFIRMIÈRE: L'ANGE GARDIEN DU PATIENT ET DU MÉDECIN

Nos entretiens avec les infirmières ont permis d'observer deux situations lors desquelles ces dernières mettent en avant leur éthique et leur savoir pratique.

Comme déjà énoncé, les actions des infirmières sont guidées par le bien-être du patient, mais également par l'éthique médicale, autrement dit, informer le patient sur son état réel de santé et non dissimuler certaines choses. Ces infirmières, souvenons-nous gardiennes du droit du patient, sensibilisent les médecins à faire preuve de plus de franchise dans l'annonce du diagnostic. Cette sincérité du diagnostic est une dimension importante que les infirmières essaient de faire passer au médecin:

«Il faut rester à sa place, pas en faire trop mais aussi pas en faire assez. Il faut revendiquer les droits du patient, ce qui est véracité et éthique à l'annonce de diagnostic. Je pense que notre rôle d'infirmière, c'est aussi encourager le médecin à vraiment dire les choses avec le plus de tact possible, notamment

dans l'annonce de diagnostics difficiles, et ne pas cacher au patient et à sa famille ce qui lui arrive» (Géraldine, infirmière).

Les situations en fin de vie peuvent être porteuses de tensions entre les médecins et le personnel soignant (Sainsaulieu I., 2003 : 189). En effet, l'acharnement thérapeutique des médecins sur des personnes en fin de vie peut se trouver en réelle contradiction avec les valeurs et l'éthique des infirmières, pour qui les volontés du patient passent avant le serment d'Hippocrate. Le caractère «éprouvant» de certaines situations heurte «frontalement l'idéal palliatif d'une bonne mort» chez les infirmières (Castra, in *Au-delà du stress au travail*, 2008 : 127). Cela touche à tel point les valeurs des infirmières que ces dernières font ostensiblement pression sur les médecins comme l'évoque cet infirmier au sujet de l'acharnement thérapeutique :

«D'éthique? Tout le temps! On se plaint des médecins, des attitudes médicales face, par exemple, à un patient qui est en fin de vie, chez qui on voit qu'il n'y a plus rien à faire, qu'il faudrait le mettre en NTBR (*not to be reanimated*), arrêter de s'acharner, nous on gueule et on fait pression sur le monde des médecins pour qu'ils se positionnent sinon ils continuent à faire des gestes invasifs chez un patient, mais cela ne sert plus à rien» (Estéban, infirmier).

Ces propos témoignent du rôle important joué par les infirmières dans la préservation des droits du patient, surtout dans des situations de fin de vie. Elles participent à publiciser une meilleure acceptation de la mort dans les couloirs de l'hôpital en interpellant directement les médecins par rapport à leur acharnement thérapeutique, incompatible avec la morale des blouses blanches. Même si le médecin aura le dernier mot, il se peut que leur combat, souvent en passant par l'IRU, finisse par porter ses fruits. Toutefois, les infirmières interrogées vont dans le même sens que les résultats des HUG, qui soulignent que le personnel infirmier a de manière significative l'impression que ses opinions et idées ne sont pas prises en considération. Si ce premier exemple met principalement en exergue l'aspect éthique du personnel soignant, le second illustre le «paradigme indiciaire».

Cette réalité de l'hôpital a par ailleurs permis d'asseoir davantage notre hypothèse, selon laquelle la profession d'infirmière doit être considérée comme une activité à pratique prudentielle.

Les médecins-assistants, qui terminent leur cursus de formation en travaillant dans les hôpitaux, semblent encore très peu sûrs dans la prescription des médicaments. Autrement dit, il apparaît que la socialisation des médecins se poursuit en fréquentant l'univers de l'hôpital, comme le mentionnait déjà Merton. Toutefois, l'auteur n'avait pas, semble-t-il, anticipé le rôle que joueraient les infirmières dans l'acquisition de la «culture médicale» des jeunes médecins (Merton et al., 1957). Bien que ces derniers sortent des facultés de médecine, leur savoir académique ne suffit pas toujours, et ce sont les savoirs expérimentaux des infirmières qui permettent de réajuster les ordonnances médicales inexactes:

«On est confronté à des jeunes médecins qui ne sont pas encore très bien formés. Certaines fois, on doit un petit peu aiguiller les médecins dans une certaine direction car ils font parfois fausse route... On est très très vigilante à tout le suivi laboratoire du patient. Si on voit que le taux d'hémoglobines chute, on va tout de suite mettre le doigt dessus alors que certains jeunes assistants médecins n'y penseraient pas» (Géraldine, infirmière).

Cependant, les problèmes de prescriptions ne semblent pas être réservés aux étudiants-médecins, mais aussi à des praticiens chevronnés. L'ouverture du marché de la santé publique au-delà de nos frontières peut se révéler un casse-tête pour les infirmières. En effet, il arrive que des médecins viennent de pays étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas très bien le français et n'ont qu'une vague connaissance de la posologie suisse. Dès lors, les infirmières endossent des responsabilités qu'elles ne sont pas censées prendre en mobilisant leur connaissance indiciare, comme l'évoque cette infirmière:

«La semaine dernière, on avait un médecin qui venait de France, qui parle bien français, mais qui ne connaît pas forcément les médicaments et la posologie suisses. Du coup, j'ai tendance à lui dire, Madame untel vomit, d'habitude on lui donne ça, on a aussi tel médicament qu'on donne trois fois par jour. Il me

disait mais tu es sûre, car c'est dangereux pour lui. Finalement, il a suivi ma prescription médicale» (Céline, infirmière).

On constate comme Petitat, que si les infirmières jouissent d'«un territoire composé de tâches bien à elles, l'exécution des prescriptions s'effectue selon des standards qui restent sous leur contrôle» (Petitat, in *Les métiers de la santé*: 254). Cet exemple prouve non seulement l'existence d'une délibération entre infirmières et médecins mais aussi son importance au sein des hôpitaux.

Qu'il s'agisse des situations éthiques ou des fausses prescriptions, on remarque, comme Kowalczyk, que les médecins prennent davantage en considération l'avis des infirmières que par le passé: «the relationship between medicine and nursing remains hierarchical in intensive care though less so than in other areas. Doctors are willing to listen to nursing staff's opinions» (Kowalczyk, 2002 : 125).

En définitive, l'infirmière est l'ange gardien du patient, mais également celui du médecin, étant donné que «la conduite des processus de prise en charge reste un problème pour lequel l'expertise des soignants est incontournable» (De Pourville, 2003 : 210).

Après avoir étudié les conditions de travail des infirmières, la reconfiguration des tâches du personnel infirmier et les stratégies de *coping*, nous terminerons la partie empirique par la question de l'identité de la profession d'infirmière.

9.3 LES APPARTENANCES COLLECTIVES À L'HÔPITAL

Nous verrons que, loin de ressembler à un bloc monolithique et stabilisé, l'identité des infirmières à l'hôpital est traversée par de multiples appartenances collectives allant de l'équipe au service public. Nous constaterons aussi que les infirmières s'accrochent à certaines identités, ce qui met en lumière un mécanisme participant au maintien d'une identité positive.

Ainsi, l'hôpital est catalyseur d'identités, comme le souligne Evetts:

«Many organizations in the public services (including hospitals and universities) are complex professional bureaucracies characterized by the involvement of a number of different professional groups» (Evetts, 2009 : 260).

Les entretiens avec les infirmières mettent en exergue l'important sentiment d'appartenance à l'unité de soins. Lorsque les infirmières évoquent ce référentiel, il s'agit des collègues infirmières mais également des aides-soignantes qui contribuent au confort du patient. Comme Sainsaulieu, on constate que l'unité de soins procure une appartenance commune (Sainsaulieu I., 2006 : 75) pour les infirmières des HUG. Toutefois, l'identité de l'équipe semble dépasser le «groupe productif de base» (Sainsaulieu I., 2007 : 144) en associant d'autres intervenants que le «segment localisé» du service (Sainsaulieu I., 2006 : 74), comme le précise cette infirmière:

«Vraiment, main dans la main, on lutte tous (infirmières, aides-soignants, ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététiciennes), on est toutes là du côté du patient» (Géraldine, infirmière).

À plusieurs moments de notre étude, nous avons déjà observé l'importance du bien-être du patient pour les infirmières. D'ailleurs, cette identité créatrice d'une culture humaniste est souvent mobilisée par les infirmières dans des contextes de fin de vie du patient ou, comme nous l'avons montré, d'acharnement thérapeutique. En effet, ce sentiment puissant d'être du «côté du patient» apparaît comme le noyau dur de l'identité des infirmières et fait écho à l'éthique du *care*. Il permet de tempérer l'«hétérogénéité manifeste [de l'équipe] par un idéal relationnel qui sert de ciment (Petitat, in *Les métiers de la santé*: 245).

Si la «culture du service» juxtaposée à la «culture humaniste» compose le socle sur lequel reposent les identités des infirmières, une autre appartenance semble participer à la construction identitaire du personnel soignant. Il s'agit du sentiment d'appartenance à l'«établissement» (Sainsaulieu I., 2007 : 151) hospitalier. De la déclaration suivante, il ressort trois degrés d'appartenance qui vont du méso au microsociologique - la profession, l'établissement et l'unité:

«Mais j'aime beaucoup mon métier, cela me passionne, je travaille avec plaisir, dans ce sens je suis fière d'appartenir aux HUG, je suis fière de mon métier, d'appartenir à mon équipe» (Céline, infirmière).

Par ailleurs, appartenir à un hôpital public de pointe comme les HUG et prodiguer des soins représentent des sources de motivation pour les infirmières, qui sont pourtant insatisfaites des conditions de travail:

«C'est quand même bien les HUG. [...] Je suis très contente d'être infirmière et ce, malgré le stress, la frustration et le manque de satisfaction que l'on a au quotidien. Au final, on est là pour soulager les gens et on les soulage, on les aide à aller mieux, même si on va vers une époque difficile. C'est gratifiant de se sentir utile (...). Le métier me plaît, je ne me vois pas faire autre chose, non» (Emilie, infirmière).

Pendant, il est nécessaire d'apporter une nuance en ce qui concerne le sentiment d'appartenance à l'hôpital. Si on sent une certaine fierté chez les infirmières d'appartenir aux HUG, c'est parce que ceux-ci ont un statut d'établissement hospitalier public. En effet, la quasi-totalité des infirmières nous confieront que leurs expériences dans le secteur privé des soins ne correspondent pas du tout à la conception qu'elles en ont et que c'est pour cette raison qu'elles ont rejoint un hôpital public. Trois aspects reviennent de façon récurrente au sujet du privé: le côté hôtelier, les médecins «à la botte du patient», d'où l'impression de soigner des clients plus que des patients, ainsi que l'absence de formation et de caractère universitaire dans le secteur privé.

Dans la continuation de la question du service public, on remarque que les infirmières opèrent une ségrégation interne au sein de l'établissement entre les étages publics et privés. En effet, de par leur conception des soins, elles regardent d'un mauvais œil le 9^e étage des HUG qui accueille la patientèle privée ou VIP et affirment qu'elles ne désirent, en aucun cas, rejoindre cette unité particulière:

«On a un secteur privé à l'hôpital, mais je ne veux pas y travailler, cela ne correspond pas à ma vision des soins, une médecine à deux vitesses» (Juliette, infirmière).

Dans le cadre de nos entretiens, les infirmières ne cautionnent pas cette médecine à deux vitesses car elle choque profondément leur *ethos public*. Pour ces dernières, les soins doivent être prodigués dans un esprit public, autrement dit «la santé de tous et pour tous» (Sainsaulieu I., 2007 : 155 ; Sainsaulieu I., 2006 : 83). Cet aspect est suggéré par cette infirmière:

«Sur le plan du rapport avec le patient (...) surtout ne pas juger. Pour ma part, je supporte mal les personnes qui portent un jugement simplement parce que tel patient est toxicomane. C'est sûr qu'on a tous un parcours de vie différent. On est là pour soigner tout le monde et donc il faut s'abstenir de faire des jugements» (Juliette, infirmière).

Au regard de nos observations, on constate la présence d'un véritable *ethos public* chez les infirmières du milieu hospitalier. En effet, on retrouve les trois composantes de l'*ethos public* que sont «l'éthique générale de l'action (valeurs éthiques telles que l'intégrité)», les «principes ou valeurs démocratiques (telles que l'impartialité)» et les «valeurs professionnelles (telles que l'efficacité, le sens du service)» (Kernaghan, 2000 cité par Emery et Giaucque, 2012 :17). La première source de l'*ethos* est à relier avec l'éthique du *care*, la seconde avec l'idée d'un service public pour tous, et enfin, la troisième avec la qualité du travail lorsque celle-ci est empêchée (Clot, 2010).

Ce chapitre a mis en exergue l'activité prudentielle des infirmières travaillant dans les hôpitaux publics, étant donné le caractère conjecturel de leur profession. L'imprévisible, caractéristique intrinsèque de ce métier, conduit les infirmières à faire appel à des connaissances pratiques qui serviront, conjuguées aux critères moraux, à se réaliser dans leur travail. L'autonomie des infirmières se constate également à travers une délibération intra et interprofessionnelle, comme nous l'avons vu avec l'acharnement thérapeutique des médecins ou avec les lacunes de certains médecins.

Enfin, l'identité des infirmières au sein des hôpitaux est plurielle. Le

sentiment d'appartenance le plus manifeste et qui transcende les murs du service est le «côté patient», autrement dit, l'idée d'œuvrer ensemble pour le bien-être du patient qui rejoint celle de l'équipe. Il est intéressant de noter que le médecin n'entre pas dans cette définition identitaire que se donne le personnel soignant. Les CHU sont davantage valorisés par les infirmières qui sont fières d'appartenir à ces hôpitaux universitaires où des actes chirurgicaux de pointe sont réalisés. Nos observations, en matière d'appartenance, concordent sur ce point avec celles de l'étude des HUG: lorsqu'on demande aux collaborateurs des HUG de quelle entité ils ont l'impression de faire partie, la première réponse est très clairement l'équipe. Viennent ensuite l'appartenance aux HUG, puis le service. Toutefois, notre étude apporte un éclairage nouveau dans la mesure où c'est le «côté patient» qui pèse le plus sur l'aspect identitaire. Par ailleurs, si l'éthique, en d'autres termes les valeurs des infirmières, est mise à mal par les logiques de la NGOP, les appartenances collectives, de par leur sentiment unificateur (tous là pour le patient), permettent de maintenir une identité positive parmi les infirmières qui, au lieu de démissionner, restent. Si les identités collectives représentent des «ports d'attache sémantiques» pour les infirmières, l'aspect pécuniaire participe également à leur maintien au sein des structures hospitalières. En effet, elles reconnaissent à l'unanimité qu'elles sont très bien payées, plus que dans le privé.

Enfin, dans le cadre de cette étude, on remarque que l'identité des infirmières se nourrit de l'*ethos public*, lequel agit comme une force centripète permettant à la mosaïque des identités de constituer un seul corps, se reconnaissant sous l'étendard du service public pour tous.

10 CONCLUSION, LIMITES ET PERSPECTIVES

Arrivés au terme de ce travail et, à la lumière des résultats, nous pouvons dire que cette recherche a mis en évidence l'impact considérable de la nouvelle gouvernance hospitalière sur la profession d'infirmière. Rappelons que la finalité de notre étude est d'évaluer, dans un contexte de réformes, les conséquences de l'introduction du paradigme de la NGOP sur le contenu du travail et l'identité des infirmières en milieu hospitalier.

La lecture et l'analyse des entretiens permettent d'avancer que les réformes du système hospitalier suisse, traversées par la logique et les outils managériaux, ont engendré une détérioration de l'environnement de travail, qui est devenu antagoniste aux valeurs des infirmières. L'étude a démontré la dégradation des conditions de travail, principalement par les facteurs organisationnels suivants: bureaucratisation perçue comme un non-sens, manque de temps pour l'accomplissement de l'ensemble des tâches, travail en sous-effectif, équipements de moins bonne qualité ou faisant tout simplement défaut, surveillance très forte exercée par la direction des soins infirmiers et par le biais d'outils de gestion. L'absence de confiance envers la hiérarchie indirecte, éloignée des réalités de terrain, conduit les infirmières à une sorte de désengagement institutionnel. Elle constitue par ailleurs l'un des résultats les plus saillants de cette recherche.

Le cœur de l'activité de l'infirmière réside clairement dans l'aspect humain et le bien-être du patient. D'ailleurs, un résultat intéressant de notre étude met en exergue que la redevabilité envers le patient, notamment cristallisée par le droit du patient, est nettement plus marquée que celle envers la direction. Toutefois, la logique et les instruments de la NGOP bousculent les valeurs des infirmières qui ont de plus en plus de difficultés à se réaliser dans leur travail, car le pan relationnel est menacé. Le désenchantement au sein du personnel soignant génère très souvent de la souffrance au travail. Ce mémoire permet de relier le malaise des infirmières au concept de «qualité

empêchée». En effet, le sentiment de faire du sale boulot et, *in fine*, la sensation d'une baisse de qualité des soins affectent clairement les valeurs des infirmières. En outre, l'étude dévoile un résultat encore peu souligné par la communauté scientifique: la propension des infirmières à quitter la structure hospitalière pour renouer avec leur éthique. Cependant, si le facteur de la nouvelle gouvernance est une variable explicative de la transformation du contenu du travail, de la dissonance avec les valeurs des infirmières et de la création de souffrance, cette recherche soulève un autre paramètre, celui de la logique médicale. Les rapports entre infirmière et médecin, notamment dans des situations où l'éthique du patient est remise en cause, constituent un autre facteur explicatif de la souffrance au travail. Autrement dit, si la NGOP heurte les valeurs et l'éthique des blouses blanches, d'autres variables sont à prendre en considération.

Cette recherche a montré que les réformes hospitalières réduisaient considérablement l'autonomie des infirmières, principalement par une reconfiguration du travail des soins infirmiers, laquelle segmente de plus en plus les tâches entre les acteurs que sont l'aide-soignante, l'ASSC et l'infirmière. Il en résulte que la fin d'une prise en charge globale des patients affecte de manière significative le sens que les infirmières donnent à leur travail quotidien. Si celles-ci perdent en autonomie, elles conservent cependant une marge de manœuvre qui leur permet de réaliser leurs tâches en essayant de les faire coïncider, le plus possible, avec leurs valeurs professionnelles. Les stratégies d'ajustement mises en exergue par cette recherche appellent trois constats: le pouvoir discrétionnaire repose principalement sur le critère moral, les infirmières cherchent souvent une légitimité auprès de leurs collègues (*professional accountability*) et enfin, la marge discrétionnaire permet aux infirmières de gagner en satisfaction dans leur travail.

Dans le prolongement du concept de SLB, nous avons convoqué dans ce mémoire la notion d'activité prudentielle. Questionner la profession d'infirmière à travers le prisme prudentiel constitue déjà une avancée intellectuelle pour le champ de la sociologie des professions, étant donné

que l'autonomie des infirmières était à prouver. Aussi, en plus du caractère heuristique, nous avons pu identifier, dans le contexte conjecturel de l'hôpital, que les infirmières mettaient à bon escient leur savoir pratique pour pallier la non-maîtrise de certains assistants-médecins ou médecins provenant de l'étranger. Par ailleurs, le personnel infirmier participe à la délibération sur des questions éthiques, telles que l'acharnement thérapeutique. Aussi, le concept emprunté à Champy a permis de montrer l'importance de l'autonomie dans certaines situations de soins.

Enfin, l'approche en termes d'appartenances collectives a mis en lumière les multiples appartenances identitaires qui traversent l'hôpital. Notre recherche montre, contrairement aux études existantes, que l'identité la plus saillante est le «côté patient», appartenance qui transcende celle à l'équipe. Par ailleurs, soulignons que l'ethos public agit comme un fort vecteur identitaire. Les appartenances multiples permettent de maintenir une identité positive des infirmières.

De manière générale, notre recherche corrobore les résultats internationaux et, dans une certaine mesure, l'étude interne des HUG, tout en faisant émerger des caractéristiques peu intégrées dans les travaux existants, comme la confiance, la redevabilité envers le patient, l'identité «côté patient» et l'activité prudentielle des infirmières.

Il semble utile de revenir sur les limites de ce travail. Tout d'abord, nous ne répéterons jamais assez que cette recherche est exploratoire dans la mesure où ce sont des tendances que nous avons dégagées plus que des résultats indiscutables. La taille restreinte de notre échantillon est une limite importante, c'est pourquoi il serait nécessaire, dans une démarche ultérieure, de récolter de nouveaux matériaux empiriques. De plus, l'étude est synchronique, dans la mesure où elle scanne le contexte de travail des infirmières à un moment donné sans prendre en considération son évolution dans le temps. Ce biais pourrait être compensé par le renouvellement d'entretiens auprès des mêmes interviewés dans trois ou cinq ans. S'ajoute à cela que la méthode qualitative n'autorise pas de

confirmer de manière aussi robuste les hypothèses que la démarche quantitative. La focale de notre recherche étant mise sur une seule unité de soins, les résultats sont difficilement applicables au reste de l'hôpital. À ce sujet, notre étude a déjà montré l'apparition d'une certaine hétérogénéité entre les services. De fait, dans une démarche future, il serait très intéressant de compléter notre travail par l'analyse de plusieurs unités de l'hôpital afin de pouvoir mieux comprendre les similitudes et différences des services et unités de soins. De même, réaliser une étude comparative entre les différentes structures hospitalières de Suisse romande constituerait une entreprise sociologique pertinente pour cartographier le monde hospitalier romand et le comparer à l'échelon international.

D'un point de vue méthodologique encore, il serait judicieux de croiser les discours de nos entretiens individuels avec les informations obtenues par un *focus group*. La dynamique du groupe de discussion mène à une confrontation des différents points de vue, valeurs, croyances de chaque acteur. Elle permettrait de clarifier certaines pensées et d'observer si des coalitions d'acteurs existent ou non.

Par ailleurs, on pourrait tout à fait imaginer une enquête de terrain au sein de l'hôpital. L'observation directe donnerait la possibilité d'effectuer une description encore plus détaillée du travail des infirmières, tout comme elle s'avérerait fort utile dans la phase d'analyse pour comparer la perception des infirmières et celle de l'ethnographe.

Au sujet des aspects théoriques de ce travail, nous sommes conscients que le concept de la NGOP appelle l'analyse de réseaux complexes constitués d'acteurs étatiques et non étatiques dans la délivrance du service public. Ce mémoire se focalise sur les acteurs de terrain que sont les infirmières et laisse donc certains angles morts. Des recherches futures pourraient élargir le spectre analytique en s'intéressant aux différents acteurs qui gravitent autour de la gouvernance hospitalière. Nous pensons tout particulièrement aux caisses d'assurance-maladie, aux autorités cantonales, aux associations faitières des différents corps

de métier ainsi qu'aux cabinets d'expertise. Cependant, notre recherche apporte une pierre à l'édification de ce projet ambitieux mais passionnant. Toujours d'un point de vue conceptuel, d'autres variables que la NGOP influent sur l'activité et l'identité des infirmières, en sus de la relation infirmière-médecin que nous avons déjà mentionnée. Nous faisons allusion au fait que les nouveaux cursus académiques des HES modifient les valeurs et l'identité des infirmières. Ainsi, il ne serait pas dénué de sens de s'intéresser de plus près à l'intellectualisation de la formation d'infirmière et d'étudier ses effets sur le contenu du travail mais aussi sur l'identité.

En outre, des aspects conceptualisés dans le cadre de ce travail ainsi que des notions telles que le stress, la motivation ou la résistance au changement auraient pu compléter notre dispositif de recherche. Enfin, notre travail a fait émerger la question de la mobilisation, qui s'est avérée très faible chez les infirmières. En résulte que des recherches futures pourraient, notamment par la sociologie des mobilisations, s'intéresser aux formes contestataires du personnel infirmier.

En conclusion, si ce travail cherche à comprendre et à analyser les impacts de la nouvelle gouvernance hospitalière sur la profession d'infirmière, il met en évidence par la même occasion une baisse de la qualité des soins prodigués au sein de l'hôpital. Dès lors, la NGOP ne prétérite pas seulement les blouses blanches, mais aussi le patient, autrement dit, le citoyen.

11 BIBLIOGRAPHIE

- Abbott A. (1988). *The System of Profession. An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago-Londres: University of Chicago Press.
- Abbott P. et Mirabeau L. (1998). *The Sociology of the Caring Professions*. Londres: Taylor and Francis.
- Acker F. (1997). «Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier» in *Raisons pratiques*, n° 8, pp. 65-93.
- Acker F. (2000). «Etre et rester infirmière» in *Soins*, n° 45, pp. 36-39.
- Acker F. (2003). «Infirmières, une profession en crise?» in *La crise des professions de santé*, J. De Kervasdoué (Dir.), Dunod.
- Acker F. (2005). «Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital» in *Revue française des Affaires Sociales*, n° 1, pp. 161-181.
- Acker F. (2009). «Le travail de confort» in *Pratiques*, n° 45, pp. 63-66.
- Acker F., Bourret P. (2011) «De quelques dimensions de l'invisibilité des soins» in *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*, n° 52: pp. 12-15.
- Ackroyd S. (1995). «The New Management and the Professionnals: Assessing the Impact of Thatcherism on the British Public Services». Working paper. n° 24. Stockholm: Stockholm University.
- Ackroyd S. (1996). «Traditional and new management in the NHS hospital service and their effects on nursing» in Soothill K., Henry C. et Kendrick K. *Themes and Perspectives in Nursing*. London: Chapman and Hall.
- Ackroyd S. (1998). «Nursing» in Laffin M. *Beyond Bureaucracy: The Professions in the Contemporary Public Sector*. Aldershot: Ashgate Publishing, pp. 38-55.
- Alderson M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance*. Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal.

- Alter N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris: PUF.
- Alter N. (2012). *Sociologie du monde du travail*. Paris: PUF.
- Annandale E. (1996). «Working on the front-line: risk culture and nursing in the new NHS». *The Sociological Review*, vol. 44, n° 3, pp. 416-451.
- Arborio F. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris: Anthropos.
- Aubenque P. (1963). *La prudence chez Aristote*. Paris: PUF.
- Barbier J.M. (1996). «De l'usage de la notion d'identité en recherche». *Education permanente*, n° 28, pp. 11-26.
- Belorgey N. (2010). *L'hôpital sous pression: enquête sur le nouveau management public*. Paris: La Découverte.
- Bezes P., et al. (2011). «New Public Management et professions dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions?». *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, pp. 293-348.
- Blau P. M. (1955). *Dynamics of Bureaucracy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bolgiani I. (2002). *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaires et hospitaliers: risque et opportunité*. Muri: Cahier d'études de la Société suisse pour la politique de la santé.
- Bolton S. (2004). «A Simple Matters of Controls? NHS Hospital Nurses and New Management». *Journal of Management Studies*, vol. 41, n°2, pp. 317-333.
- Bourret P. (2006). *Les cadres de la santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Paris: Arslan.
- Brodkin E. Z. (1997). «Inside the Welfare Contract : Discretion and Accountability in State Welfare Administration». *Social Service Review*, vol. 31, n°3, pp. 1-33.
- Brodkin E. Z. (2012). «Reflections on Street-Level Bureaucracy: Past, Present and Future». *Public Administration Review*. Vol. 72, n°6, pp. 940-949.

- Bovens M. (1998). *The Quest for Responsibility : Accountability and Citizenship in Complex Organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bovens M. (2007). «Analysing and Assessing Accountability : A Conceptuel Framework». *European Law Journal*, vol. 13, n°4, pp. 447-468.
- Buffat A. (2011). *Pouvoir discrétionnaire et redevabilité de la bureaucratie de guichet. Les taxateurs de la caisse de chômage comme acteurs de mise en œuvre*. Thèse de doctorat. Lausanne : Université de la Lausanne.
- Carpentier-Roy M.-C. (1995). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal : Editions Liber.
- Castra M. (2008). «L'usage de l'analyse psychologique comme support à la gestion de la mort en unité de soins palliatifs» in Buscatto M., Loriot M. et Weller J.-M. (sous la direction de). *Au-delà du stress au travail: Une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Ramonville Saint-Agne: Editions Erès.
- Champy F. (2009). *La sociologie des professions*, 2^e édition. Paris: PUF.
- Christensen T. (2012). «Post-NPM and changing public governance» in *Meiji Journal of Political Science and Economic*, vol. 1.
- Clarke J., Gewirtz S. McLaughlin E. (2000). *New Managerialism: New Welfare?* London: Sage Publications Ltd.
- Clot Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Crozet P., Kaaniche A. Lienard J. (2008). «Nouvelle gouvernance à l'hôpital: recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines» in *Politiques et management public*, vol. 26, n°4, pp. 31-50.
- De Gaulejac V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris: Editions Seuil.
- Dejours C. (1992). *Questions et méthodes d'évaluation interdisciplinaire des politiques publiques : la question de la souffrance*, Caesar, Université Paris X, Paris, janvier 1992.

- Dejours C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Editions Seuil.
- Demazière D., Gadéa C. (2009), *Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis*. Paris: La Découverte.
- Demazière D. et al. (2013). «Les effets de la Nouvelle Gestion Publique sur le travail des professionnels: transpositions, variations, ambivalences» in *Education et sociétés*, vol. 2, n°32, pp. 5-20.
- Demazière D. et Dubar C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*. Paris: Nathan.
- De Pourville G. et Tedesco J. (2003). «La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics» in *Revue française de gestion*, vol. 5, n°146, pp. 205-218.
- Docteurs B. (2013). «L'Hôpital malade de l'efficience» in *Revue du Mauss*, n°41, pp. 53-75.
- Domin J.-P. (2006). «La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise» in *Gestions hospitalières*, n°452, pp. 24-28.
- Donze P.-Y. (2003). *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*. Genève: Georg Editeur.
- Dubar C., Tripiet P., Boussard V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.
- Dubois V. (2010). *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris: Economica.
- Durkheim, E. (1893). *De la division du travail sociale*. Paris: PUF. Edition 2007.
- Emery Y. et Giaucque D. (2012). *Motivations et valeurs des agents publics à l'épreuve des réformes*. Laval: Presse de l'Université de Laval.
- Evetts J. (2009). «New Professionalism and New Public Management : Changes, Continuities and Consequences in *Comparative Sociology*, n°8, pp.247-266.
- Evetts J. (2013). «Professionalism: Value and Ideology» in *Current Sociology Review*, vol. 61, n°5-6, pp. 778-796.

- Fagermoen M. S. (1997). «Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice» in *Journal of Advanced Nursing*, n°25, pp. 434-441.
- Faure A. (2006). «Nouvelle gouvernance: inquiétudes et espoirs des futurs acteurs», *Gestions hospitalières*, n°452, pp. 29-34.
- Freidson E. (1970). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Freidson E. (1971). *The Professions and their Prospects*. Beverly Hills et Londres: Sage.
- Freidson E. (1985). «The reorganization of the medical profession» in *Medical Care Research and Review*, vol. 42 n°1, pp. 11-35.
- Giauque D., Resenterra F., Siggen M. (2013). «Stress et satisfaction au travail des cadres intermédiaires dans les hôpitaux de Suisse romande dans un contexte de réformes» in *@GRH*, vol. 4, n° 9, pp. 123-155, doi:10.3917/grh.134.0123.
- Giauque D., Emery Y. (2008). *Repenser la gestion publique: Bilan et perspective en Suisse*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Ginzburg C. (1980). «Signes, traces, pistes: racines d'un paradigme de l'indice». in *Le Débat*, n° 7, pp. 3-44.
- Gobet P. (2002). *La construction sociale de l'activité soignante*. Lausanne: Réalités sociales.
- Gouldner A. W. (1954). *Patterns of industrial bureaucracy*. Glencoe: Free Press Reading.
- Hibou B. (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*. Paris : Editions La Découverte.
- Hill M. (2005). *The Public policy Process*. Harlow: Pearson-Longman (4^{ème} édition).
- Hirschman A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hoggett P. (1996). «New modes of control in public service» in *Public Administration*. vol. 75, n° 1, pp. 9-32.

- Holcman R. (2006). *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail: l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*. Thèse de doctorat, <http://www.bdsp.ehesp.fr>
- Hupe P. (2007). «Governance and Performance at the Street-level : Towards a Theory of Functionnal Discretion» in *11^{ème} International Research Symposium on Public Management*, Postdam, 2-4 avril 2007.
- Hupe P. et Hill M. (2007). «Street-Level Bureaucracy and Public Accountability» in *Public Administration*, vol. 85, n° 2, pp. 279-299.
- Klijin, E.H. (2012). «Public Management and Governance: a comparison of two paradigms to deal with modern complex problems» in D. Levi Faur (ed) *The handbook of governance*, Oxford: Oxford University Press: pp. 201-214.
- Kowalczyk R. (2002). «The effect of new public management on intensive care unit staff» in *The International Journal of Public Sector Management*, vol. 15, n° 2, pp. 118-128.
- Keiser R., Mueser P. Seung-Whan C. (2004). «Race, Bureaucratic Discretion, and the Implementation of Welfare Reform» in *American Journal of Political Science*, vol. 48, n° 2, pp. 314-327.
- Lallement M. et al. (2011). «Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion?» in *Sociologie du travail*, n° 45, pp. 3-36.
- Laugier S. (2010). «L'éthique du care trois subversions» in *Multitudes*, vol. 3, n° 42, pp. 112-125.
- Lecomte C. (2010). «Un ouvrage qui tombe à pic» in *Bulletin de psychologie*, vol. 6 n° 510, pp. 492-499.
- Lipsky M. (1980). *Street-level Bureaucracy: the Dilemmas of the Individual in Public Service*. New-York: Russell Sage Foundation.
- Mias C. (1998). *L'implication professionnelle dans le travail social*. Paris: L'Harmattan.

- Maynard-Moody. S., Musheno. M. (2000). «State Agent or Citizen Agent: two narratives of discretion» in *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 10, n° 2, pp. 329-358.
- Maynard-Moody. S. et Musheno. M. (2003). *Cops, Teachers, Counselors: Narratives of Street-level Judgment*. An Arbor: University of Michigan Press.
- Mercklé P. (2004). *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris : La Découverte.
- Merton R., Reader G., Kendall P. (1957). *The student-physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Molinier P. (2005). «Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discret» in P. Paperman et S. Laugier (dir.). *Le souci des autres. Ethique et politiques du «care»*. Paris: Edition de l'EHESS, pp. 299-319.
- Nielsen V. (2006). «Are Street level bureaucrats compelled or enticed to cope» in *Public Administration*, vol. 84, n° 4, pp. 861-889.
- Noblet A. et Rodwell J. (2009a). «Supervisors are Central to Work Characteristics Affecting Nurse Outcomes» in *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 41, n° 3, pp. 310-319.
- Noblet A. et Rodwell J. (2009b). «Identifying the Predictors of employee Health and Satisfaction in an NPM Environment» in *Public Management Review*, vol. 11, n° 5, pp. 663-683.
- Osborne S., Mc Laughlin K. (2002). «The New Public Management in context» in *The New Public Management: Current Trends and future Prospects*, Osborne S., Mc Laughlin K. et Ferlie E. Londres: Routledge.
- Osborne S. (2006). «The New Public Governance?», *Public Administration Review*, vol. 8, n° 3, pp. 377-387.
- Osborne S. (2010). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice*. London: Routledge.
- Paquet G. (2011). *Gouvernance collaborative*. Montréal: Liber.

- Paugam S. (2010). *L'enquête sociologique*. Paris: PUF. (2^e édition, 2012).
- Peneff J. (1992). *L'Hôpital en urgence*. Paris: Editions Métailé.
- Petitot A. (1994). «La profession infirmière» in *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. (sous la direction de Aiach P. et Fassin D.). Paris: Anthropos, pp. 227-259.
- Pollitt C. et Bouckaert G. (2011). *Public Management Reform, A Comparative Analysis - New Public Management, Governance and the Neo-Weberian State*. Oxford : 3^e édition, Oxford University Press.
- Protas J.-M. (1978). «The Power of Street-Level Bureaucrats in Public service Bureaucracies» in *Urban Affairs Review*, vol. 13, n° 3, pp. 285-312.
- Riccucci N.M. (2005) *How management Matters. Street-level Bureaucrats and Welfare Reform*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Rice D. (2012). «Street-Level Bureaucrats and the Welfare State: Toward a Micro-Institutionalist Theory of Policy Implementation» in *Administration & Society*, vol. 45, n° 9, pp. 1038-1062.
- Ricœur P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Editions Seuil.
- Rorive Feytmans B., Rosset N., Peyrot Perdrizet I. et Gruson B. (2012). «Gouvernance et gestion décentralisée: L'expérience genevoise» in *Le Management des pôles à l'hôpital: Regards croisés, enjeux et défis*. (sous la direction de T. Nobre et P. Lambert). Paris: Dunod, pp. 269-287.
- Sainsaulieu I. (2003). *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris: L'Harmattan.
- Sainsaulieu I. (2006). «Les appartenances collectives à l'hôpital» in *Sociologie du travail*, n° 48, pp. 72-81.
- Sainsaulieu, I. (2007). *L'hôpital et ses acteurs. Appartenance et égalité*. Paris: Belin.

- Schweyer F.-X. (2009). «Santé, contrat social et marché: la fonction publique hospitalière en réformes». *Revue française d'administration publique*. vol. 4, n° 132, pp. 727-744.
- Scott P. (1997). «Assessing Determinants of Bureaucratic Discretion: An Experiment in Street-Level Decision Making». *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 7 n° 1, pp. 35-57.
- Star S. et Strauss A. L. (1999). «Layers of silence, Arenas of Voice: The ecology of visible and invisible work» *Computer Supported Cooperative Work*, n° 8, pp. 9-30.
- Strauss A. L. (1959). *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*. Paris: Métailié.
- Strauss A. L. (1966). «Structure and ideology of the nursing profession» in Davis Fred (ed), *The Nursing Profession*. New-York: Wiley, pp. 60-104.
- Strauss A. L. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Strong P. et Robinson J. (1990). *The NHS: Under New Management*. London: Oxford University Press.
- Vezinat N. (2010). «Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009)» in *Sociologie*, vol. 1, n° 3, pp. 413-420.
- Vinzant J.C. et Crothers L. (1998). *Street-Level Leadership : Discretion and Legitimacy in Front-Line Public Service*. Washington D.C.: Georgetown University Press.

Liste des sites Internet

www.admin.ch (consulté en mai 2014).

www.hug.ch (consulté en juillet 2014).

www.swissdr.org (consulté en juin 2014).

www.universalis.fr (consulté en juin 2014).

Listes des actes normatifs

RS 832.10 Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Loi fédérale sur la procédure de consultation (LCo).

86911 Ordonnance fédérale formation professionnelle initiale
d'assistante/assistant en soins et santé communautaire avec
certificat fédéral de capacité (CFC).

K 2 05 Loi sur les établissements publics médicaux (LEPM).

Projet de loi accordant une indemnité annuelle de fonctionnement et
d'investissement aux Hôpitaux universitaires de Genève pour les
années 2012 à 2015. Secrétariat du Grand Conseil. PL 10865

Contrat de prestations 2012-2015 PL 10865 pp. 45-60.

Documents des HUG

HUG. (2014). Rapport d'activité 2013. Genève: HUG, pp. 1-27.

HUG. (2013). Rapport d'activité 2012. Genève: HUG, pp. 1-56.

HUG. (2013). Rapport 2012 du comité de direction. Genève: HUG, pp. 1-18.

HUG (2013). Résumé de l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés des HUG en 2012, pp.1-7.

HUG. (2011). Gouvernance opérationnelle. Vision 2015. Genève: HUG, pp. 1-58.

HUG. (2010). Plan stratégique. Vision 2015. Genève: HUG, pp. 1-24.

«Résumé de l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés dans les HUG en 2012».

«Résultat de l'enquête Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier».

«Enquête sur le bien-être et la santé au travail des collaboratrices et des collaborateurs des HUG».

In der gleichen Reihe Dans la même collection

N°	Autoren, Titel und Datum – Auteurs, titres et date
274	GRANDJEAN Yann Le rôle du juge dans le cycle des politiques publiques
275	SOGUEL Nils, MUNIER Evelyn Vergleich 2011 der Kantons- und Gemeindefinanzen Comparatif 2011 des finances cantonales et communales
276	HUGUENIN Jean-Marc Data Envelopment Analysis (DEA)
277	PINSON Joël Analyse des réseaux sociaux appliquée à l'organisation d'événements sportifs
278	HUGUENIN Jean-Marc Data Envelopment Analysis (DEA)
279	DUPUIS Johann, KNOEPFEL Peter Institutional regimes, policy networks and their effects on the management of contaminated sites. The case of Bonfol industrial landfill in Switzerland
280	STADELHOFER Julie-Antoinette Die Organisation von Rechtsdiensten in der Bundesverwaltung
281	BONOLI Giuliano, CHAMPION Cyrielle La réinsertion professionnelle des bénéficiaires de l'aide sociale en Suisse et en Allemagne
282	EGGLI Sophie L'exercice des droits politiques des membres de la Cinquième Suisse: quelles différences avec les Suisses de l'intérieur?
283	SOGUEL Nils, MUNIER Evelyn Vergleich 2012 der Kantons- und Gemeindefinanzen Comparatif 2012 des finances cantonales et communales
284	ROUD Guillaume État des lieux et potentiel de l'agriculture urbaine en Suisse
285	SOGUEL Nils, MUNIER Evelyn Vergleich 2013 der Kantons- und Gemeindefinanzen Comparatif 2013 des finances cantonales et communales
286	SCHMID Silvio Regulierungen an der Schnittstelle zwischen den Ressourcen Wald und Klima. Einflussfaktoren auf die Inwertsetzung der CO2-Senkenleistung des Waldes
287	PRIGIONI Mina-Claire Le management de juridiction: Analyse comparative de l'organisation et du fonctionnement managérial de cinq juridictions du pouvoir judiciaire à Genève

L'IDHEAP en un coup d'œil

Champ

Intégré au 1^{er} janvier 2014 dans la Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique, l'IDHEAP poursuit dans un environnement académique élargi et fertile ses missions d'enseignement dans les programmes de base, de formation continue, de recherche et d'expertise qui lui ont permis d'atteindre un rayonnement national et international.

Ainsi recomposée, la Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique développe un profil totalement inédit en Suisse, propice aux échanges interdisciplinaires, dans la ligne adoptée de longue date par l'UNIL.

L'IDHEAP se concentre sur l'étude de l'administration publique, un champ interdisciplinaire visant à développer les connaissances scientifiques sur la conduite des affaires publiques et la direction des institutions qui en sont responsables. Ces connaissances s'appuient sur plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales, adaptées aux spécificités du secteur public et parapublic. L'IDHEAP est le seul institut universitaire suisse totalement dédié à cet important champ de la connaissance.

Vision

À l'interface entre théorie et pratique de l'administration publique, l'IDHEAP est le pôle national d'excellence contribuant à l'analyse des mutations du secteur public et à une meilleure gouvernance de l'Etat de droit à tous ses niveaux, en pleine coopération avec ses partenaires universitaires suisses et étrangers.

Mission

Au service des étudiants, du secteur public et de la société dans son ensemble, l'IDHEAP a une triple mission qui résulte de sa vision :

- **Enseignement universitaire** au niveau master et post-master, ainsi que formation continue de qualité des élus et cadres publics ;
- **Recherche fondamentale et appliquée** en administration publique reconnue au niveau national et international, et valorisée dans le secteur public suisse ;
- **Expertise et conseil indépendants** appréciés par les organismes publics mandataires et enrichissant l'enseignement et la recherche.

Principales prestations

1. **Enseignement : former les élus et cadres actuels et futurs du secteur public**
 - Doctorat en administration publique
 - MPA (Master of Advanced Studies in Public Administration-MPA)
 - Master PMP (Master of Arts in Public Management and Policy)
 - CEMAP (Certificat exécutif en management et action publique)
 - CAS en administration publique avec spécialisation dans une douzaine de domaines (Certificate of Advanced Studies in Public Administration)
 - SSC (Séminaire pour spécialistes et cadres)

2. **Recherche : ouvrir de nouveaux horizons pour l'administration publique**
 - Projets de recherche fondamentale ou appliquée
 - Direction de thèse de doctorat en administration publique
 - Publications scientifiques (ouvrages et articles)
 - Colloques et conférences scientifiques
 - Cahiers et Working Papers de l'IDHEAP

3. **Expertise et conseil : imaginer de mettre en œuvre des solutions innovatrices**
 - Mandats d'expertise et de conseil auprès du secteur public et parapublic

4. **Services à la cité : contribuer à la connaissance du service public**
 - Bibliothèque spécialisée en administration publique
 - Sites badac.ch, gov.ch, ivote.ch
 - Manuel de l'administration publique
 - Renseignement aux collectivités publiques
 - Interventions médiatiques
 - Articles et conférences de vulgarisation

Les réformes du système de la santé, introduisant des objectifs d'efficacité et de rentabilité inspirés de la doctrine de la Nouvelle gouvernance publique (NGOP), impactent l'organisation des hôpitaux et ses acteurs. Cette recherche étudie les conséquences de l'implémentation de la logique et des outils managériaux sur la profession d'infirmière en termes de contenu du travail et d'identité professionnelle. La reconfiguration des tâches au sein des structures hospitalières semble réduire l'autonomie de ces acteurs de terrain et affecter le sens que les infirmières donnent à leur travail. Par le prisme du pouvoir discrétionnaire, l'étude montre comment le personnel infirmier, principalement selon ses critères moraux, use de stratégies d'ajustement pour faire coïncider ses valeurs avec l'environnement professionnel. Toutefois, la disjonction entre les impératifs managériaux et les valeurs des infirmières engendre de la souffrance au travail. Dans une approche psychosociale, ce mémoire relie le mal-être des infirmières au concept de la «qualité empêchée» qui dévoile le mécanisme par lequel l'action des infirmières est privée en partie de son contenu.

The healthcare system's reforms inspired by the doctrine of the New Public Governance (NGOP) have an impact on hospitals' organisation and their players. This research studies the consequences of the application of the managerial logic and tools on the nurses' occupation in terms of work content and professional identity. The organizational factors exposed in this research can constitute elements which tend to corrupt the professional activity and lead to institutional disengagements. The nurses' managerial tools, besides using up a lot of their time, hardly account for the relational aspect of healthcare, which is, nevertheless, at the heart of their professional motivation. The tasks' reorganization within the hospitals' structures seems to reduce these field players' autonomy and to have an impact on the meaning that the nurses give to their work. Through the prism of discretionary power, this study shows how the nurses' staff, mainly following their moral criteria, uses adjustment strategies to bridge the gap between their values and their professional environment. However, this disjunction between the managerial requirements and the nurses' values leads to suffering at work. Following a psycho-social approach, this study links the nurses' unease to the concept of "withheld quality", which reveals the mechanism through which the nurses' work is partly deprived of its content.