



HAL
open science

Les évolutions de l'activité de la hiérarchie paramédicale en lien avec la nouvelle gouvernance hospitalière

Régine Bercot, Mathias Waelli

► **To cite this version:**

Régine Bercot, Mathias Waelli. Les évolutions de l'activité de la hiérarchie paramédicale en lien avec la nouvelle gouvernance hospitalière. La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale, KEDGE Business School, les IRTS PACA-Corse et Aquitaine, Apr 2016, Marseille, France. halshs-01529633

HAL Id: halshs-01529633

<https://shs.hal.science/halshs-01529633>

Submitted on 31 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**KEDGE Business School, les IRTS PACA-Corse
et Aquitaine : des colloques pour
comprendre le champ de la santé et de
l'action sociale par un regard
pluridisciplinaire**



*Institut Régional du Travail Social
Provence - Alpes - Côte d'Azur - Corse*

Colloque soutenu par



6° Colloque Santé 2015, Marseille, 8 et 9 avril 2015

**La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la
rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale**

Les évolutions de l'activité de la hiérarchie paramédicale
en lien avec la nouvelle gouvernance hospitalière

BERCOT Régine (*) et WAELLI Mathias

(*) ... Professeur de sociologie, université paris 8, CRESPPA-GTM et MOS EHESP, France

(**)... Maitre de conférence en gestion, MOS, EHESP, France)

(début de la communication)

INTRODUCTION

Les évolutions de la gouvernance hospitalière portées par les ordonnances du 2 mai 2005, qui instituent les pôles en France, ont transformé durablement les rôles et les pratiques d'encadrement à l'hôpital. L'enjeu de la création des pôles était particulièrement lié à la volonté d'associer étroitement les professionnels, plus particulièrement les médecins, à la gestion et au contrôle des budgets au sein des services. Les recherches sur la nouvelle gouvernance hospitalière ont principalement porté sur la figure du chef de pôle, figure symbolique de la réforme, censé être le plus à même de gérer les tensions entre clinique et gestion (Valette Burelier, 2014). Ces travaux posent la question de leurs profils et des conflits identitaires (Burelier, 2011 ; de Pourville 2010). Ils interrogent aussi les contraintes structurelles qui pèsent sur leur activité (Bréchat et al. 2009). Des études en cours posent enfin la question du contenu de leur activité (Gavault et al. 2014), mettant en avant le développement d'un management spécifique, à la croisée des chemins.

Un récent rapport demandé le 7 mai 2013 par la ministre des Affaires sociales et de la santé et confié aux conférences hospitalières, marque encore cette focalisation sur le chef de pôle. L'objectif de cette mission était de dresser le bilan de ces organisations de pôle, six ans après leur généralisation d'un double point de vue : rendre compte de leur apport dans le fonctionnement des hôpitaux et aussi cibler les points à améliorer (Domy et alii). Il est frappant de constater que dans ce rapport les cadres supérieurs de soin ne sont à aucun moment mentionnés. Une invisibilité significative, nous semble-t-il, des représentations que l'on se fait de la gouvernance à l'hôpital. Cette absence de visibilité s'explique sans doute par la hiérarchie du prestige des professions sur le terrain (Bercot, Mathieu-Fritz, 2008). On peut considérer qu'il existe des différences fondamentales entre médecins et professionnels paramédicaux du point de vue de l'établissement et de la reconnaissance des groupes professionnels. Cela vient du fait que ces derniers peuvent être caractérisés par une « absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige » (Freidson, 1984, p.60)¹. Ces aspects ont une incidence forte quant à la visibilité et la prise en compte des activités des différents groupes tant par les médias que par les tutelles. Cette hiérarchie se trouve renforcée par l'approche essentialiste des professions médicales et tend à faire de l'ombre à l'activité des cadres paramédicaux. Le phénomène empêche alors de saisir l'importance de leur rôle politique dans les pôles et à l'hôpital.

Notre objectif ici est de s'intéresser à l'encadrement paramédical.

Pendant de nombreuses années les recherches sur les cadres ont ignoré la question du travail. Ainsi, l'ouvrage de Boltanski (1982) semble avoir marqué durablement les modalités de l'approche de cette catégorie un peu floue ; il aborde les cadres en tant que groupe social mettant en avant la question de l'idéologie, celle de l'unité symbolique. Notre orientation est plus proche de celle de Georges Benguigui et de Monjardet. « Nous pensions (et nous pensons toujours) qu'il n'y a aucune raison d'accorder à cette population, quelle que soit l'identité sociologique qu'on lui fixe (catégorie de statut, groupe, strate sociale, fraction de classe etc.), le privilège théorique d'être définie sans référence aucune à la pratique » (Benguigui, Monjardet, 1985). De fait en sociologie et en management, les travaux entrepris sur le travail des cadres l'ont été récemment et sont encore peu nombreux (Bouffartigue, 2006 ; Bourret 2006, 2011) quel que soit le secteur.

¹ FREIDSON E. La profession médicale, Paris Payot, 1984 [1970], p.60

Dans ce contexte, notre objectif est de donner consistance à l'activité de ces cadres paramédicaux de pôle, en nous préoccupant de leur activité de travail. Ceci afin de rendre compte de leur action sur le fonctionnement des pôles.

Qui sont les CPP ? Quelle est la nature de leur activité ? Quel est l'impact de cette activité sur le fonctionnement des pôles ? Quelle place occupent-ils par rapport aux chefs de pôles, aux cadres de proximité et aux directeurs de soins ? Comment sont-ils perçus par les équipes soignantes ?

Pour y répondre, l'argumentation prendra appui sur des études de cas réalisées dans une organisation spécifique, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont la dimension bureaucratique renforcée pèse particulièrement sur l'activité et contribue encore davantage à occulter la dimension politique du travail des cadres. Dans un premier temps nous présenterons la méthode et nous reviendrons sur notre choix de rester sur les terrains parisiens pour explorer le développement de l'activité des CPP. Dans un second temps, nous présenterons nos premiers résultats en nous centrant sur les modalités de collaboration au sein des pôles et avec les autres acteurs de l'hôpital. Ces données révèlent la forte dimension politique de l'activité du CPP, contrairement à la perception véhiculée par une vision médico centrée de la gestion des pôles.

Méthode :

Pour saisir l'activité des CPP, nous avons souhaité mettre en œuvre une approche systémique qui permette de l'interpréter dans un contexte global, afin de mieux saisir les contraintes organisationnelles qui pèsent sur eux.

Nous avons alors réalisé des études de cas (Yin 2006) dans 6 pôles d'activité. 4 cas sont situés dans des hôpitaux de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) et deux autres dans des CHU situés dans des villes de plus de 200'000 habitants en régions.

Dans chacun des terrains nous avons croisé trois types d'investigation de septembre 2013 à janvier 2015 :

Les cadres paramédicaux de pôle définissent le cœur de leur métier comme étant celui du management de l'encadrement, des organisations du soin des différents services inclus dans le pôle. L'activité conduit les acteurs à passer beaucoup de temps en communication : les temps consacrés à la communication sont évalués à plus de 60% du temps de communication.

Pour réaliser cette activité les CPP ont à entrer en relation avec les services extérieurs aux pôles.

- A. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs approfondis, principalement auprès des acteurs de la filière paramédicale : Nous nous sommes entretenus avec des Cadres Paramédicaux de Pole (n=10), Cadres supérieurs (n=8) Directeurs de soins (n=10) Cadres de

santé (n=8) Cadres administratifs de pôles (AAH) (n=2). Ces entretiens, qui ont duré entre une heure et demi et 3 heures ont été intégralement retranscrits.

- B. Dans le cadre de visites régulières pour la préparation de nos recherches, nous avons eu de nombreuses discussions informelles avec les CPP et des acteurs de leur entourage professionnel. Nous avons aussi participé à des réunions de travail et à des formations à l'intérieur des pôles, mais aussi à l'extérieur, avec des médecins et des membres des directions fonctionnelles. Nous avons alors pu également collecter des documents internes, protocoles, comptes rendus, rapports permettant de mieux saisir l'environnement de travail des CPP.

- C. Nos investigations du travail des CPP s'inscrivent dans un programme de recherche plus large, QARTS, concernant l'évolution du métier infirmier. Dans ce cadre, nous avons réalisé des observations in situ sur le mode consacré du shadowing (Mc Donald 2005). Durant des journées complètes de travail, les chercheurs se sont fait « le chignon » (Bourret, 2006) de soignants, prenant systématiquement des notes dans un journal de bord. Ils ont principalement observé le travail des infirmiers, mais aussi des cadres paramédicaux de pôles et des directeurs de soins journées (en tout 80 journées, dont 5 auprès des CPP) dans trois hôpitaux parisiens et un hôpital universitaire en région.

Pour chacun des pôles, nous avons réuni les données issues des différents types d'investigation et procédé à une lecture croisée (triangulation) des données. Nous avons ensuite comparé les pôles entre eux. Ce qui a mis l'accent sur une différence importante entre les 4 terrains parisiens et les deux terrains en région.

Dans notre communication, nous nous centrerons alors sur l'analyse des 4 premiers exemples. En effet, il est vite apparu dans nos investigations (et en particulier du comparatif avec les deux CHU situés en régions) que l'AP-HP constitue une organisation spécifique, marquée par la bureaucratie. Cette spécificité rend l'activité des cadres paramédicaux de pôle très difficile à conduire. Le travail y est réalisé dans un contexte de fortes injonctions, notamment des injonctions de réduction des dépenses. Cependant -et cela constitue un paradoxe- de nombreux défauts de l'organisation génèrent des coûts en temps de personnel et en énergie très importants.

1° PARTIE – LE TRAVAIL DE COOPERATION AVEC LE CHEF DE POLE ET LE CADRE ADMINISTRATIF DE POLE.

Les textes ne donnent que des indications et aucune obligation de la manière dont les pôles doivent être gouvernés. Nous avons cependant toujours retrouvé une configuration identique avec un triumvirat à la tête des pôles enquêtés : un ou une chef de pôle, médecin, un CPP (en fait dans la presque totalité des cas des femmes), un ou une cadre administratif. L'activité de travail des CPP s'exerce à l'interne au sein du pôle et à l'articulation entre le pôle et son environnement (les interlocuteurs sur le groupe hospitalier, les établissements de certification et notamment l'HAS). Nous situons ainsi l'activité à l'articulation de trois axes : 1) dans une relation de coopération avec le chef de pôle 2) dans une double relation hiérarchique et collaborative avec la direction et avec le (la) directeur des soins, 3) dans une relation de collaboration avec les services fonctionnels du groupe hospitalier.

Des exemples viendront en appui pour montrer le caractère politique des décisions à prendre ou à mettre en œuvre.

Dans les entretiens, les CPP se positionnent en complémentarité des chefs de pôle. La séparation médecins et paramédicaux repose sur l'idée que les paramédicaux doivent organiser les moyens de l'activité médicale. Ils ont en outre conscience de participer à la stratégie paramédicale en lien avec la stratégie médicale.

Afin de mieux percevoir les types de relations qui peuvent se construire dès le départ avec le chef de pôle revenons sur les modalités de désignation des CPP.

Le choix d'un CPP relève de la prérogative du chef de pôle ; mais il ne faut pas s'y tromper. La réciproque, tapie dans l'informel, est également vraie. Les CPP disent toutes avoir accepté de tenir ce poste parce qu'elles partageaient les manières de travailler du chef de pôle qui leur proposait le poste. On pourrait donc parler d'une cooptation réciproque. De fait les CPP disent partager les valeurs du chef de pôle avec lequel elles travaillent : elles évoquent une confiance réciproque sans laquelle le travail serait rendu impossible. Quand ce n'est pas le cas- par exemple quand le chef de pôle part et est remplacé par un confrère avec lequel elles ne partagent pas les manières de travailler- elles cherchent à obtenir un changement d'affectation. Plus concrètement, au fil des récits de leur activité, il ressort que les rôles se partagent clairement entre ces deux acteurs.

J'ai quand même un chef de pôle qui m'aide.

(...) qui m'aide et avec qui j'ai de très bonnes relations, qui a confiance en moi et qui a besoin de moi car j'ai besoin de lui mais il a besoin de moi. Car il y a des messages que je fais passer que lui fait pas passer. D'ailleurs il n'a pris le pôle que parce que j'ai accepté de le prendre avec lui ; il m'a dit, si j'ai pris le pôle c'est pour pas que tu t'en ailles.

Ceci n'exclut pas l'expression de désaccords et l'existence de discussions.

Les partages se situent à l'articulation entre différents points. Le pouvoir est institutionnellement aux mains des médecins ; ils élaborent des projets médicaux de soin et les orientations de recherche. De ce fait ce sont eux qui construisent collectivement les orientations budgétaires. Ces orientations peuvent être discutées dans le cadre de bureau de pôle avec les CPP dont le point de vue participe parfois d'une autre logique que celle des médecins. En effet, les CPP connaissent le fonctionnement du travail en équipe, les contraintes matérielles et organisationnelles.

La place que prennent les CPP dans la gouvernance est essentielle. Ils sont notamment aux commandes pour assurer les conditions de la qualité et de la sécurité des soins. Ils veillent à la gestion des effectifs, point essentiel pour un accueil sécurisé du malade. Cette question est particulièrement stressante et chronophage pour les encadrements dans le contexte actuel. Elles ont un rôle important à jouer pour rendre matériellement et socialement possible le travail dans des conditions parfois extrêmement tendues tant au niveau des moyens, dans le contexte budgétaire actuel, que des relations sociales. Leur rôle se situe en articulation avec l'extérieur et l'intérieur du pôle. Les CPP se situent comme une ressource proche du terrain à la différence de la position des directeurs de soin. Une différence essentielle puisqu'elle expose différemment les acteurs au quotidien des équipes. La proximité avec le terrain concerne la connaissance des problèmes mais aussi des personnes. Les CPP apparaissent comme ressource potentielle pour cerner les situations et problèmes concrets rencontrés par les équipes. De fait, si ils (elles) le souhaitent, les CPP peuvent intervenir comme une aide pour les cadres de santé : les écouter, les aider, prendre avec eux la responsabilité des décisions.

Les CPP orientent également le travail des équipes. Ils sont un relais de l'institution et construisent les priorités. Il ne s'agit pas d'une gestion par la commande mais plutôt d'une gestion par projets. Ils portent également une attention à des réalités plus macro : l'environnement de l'hôpital, les recherches et évolutions dans les spécialités couvertes par le pôle : *« on se doit de connaître les projets régionaux nationaux par spécialité... Il s'agit de se créer « les moyens d'être visionnaire ».* L'existence d'une concurrence sur la région parisienne entre les différents établissements fait désormais partie du paysage et de la manière dont les CPP considèrent leur rôle ; les politiques menées prennent en compte l'existence des gros pôles, la manière dont un pôle est placé par rapport à l'AP- HP et par rapport à la région. Une veille est effectuée concernant l'environnement (par exemple un CPP développe l'intérêt pour les métiers en France et en Europe concernant les manipulateurs de radiographie).

Si tous les CPP évoquent la multiplicité des injonctions dont ils sont l'objet, certains mettent également l'accent sur les injonctions contradictoires et la manière dont le service au malade peut être remis en cause. Ainsi une CPP d'un pôle en cancérologie évoque le fait que des directives enjoignent de faire payer les chambres individuelles au patient. L'objectif de l'hôpital est de faire rentrer de l'argent. Il existe dans ce cadre un conflit entre d'une part le sens du travail -la volonté de mettre en place un service et un soin de qualité- et cette consigne. En effet, le cancer paupérise les personnes et certaines d'entre elles n'ont pas de mutuelle. Elles n'ont donc pas les moyens de se payer une chambre. Or la chambre seule permet d'humaniser. Les soignants font référence à la charte du patient, qui suppose dignité, confidentialité, respect. *« On parle de faire payer des chambres individuelles, pour faire rentrer de l'argent. Actuellement dans ce pôle il n'y a plus que des chambres individuelles. On se refuse (médecins et cadre) à faire payer les chambres individuelles ».* La contradiction, si elle est présente dans le travail et suppose des arbitrages, est également présente dans les injonctions car différentes injonctions proviennent de directions différentes. Ceci rappelle exactement les tensions et contradictions que l'on a pu relever dans l'industrie à différentes époques entre réduction des coûts et qualité. *« Les cadres de proximité face aux injonctions contradictoires font l'édredon mais la population rajeunit et c'est compliqué pour eux. La difficulté pour les cadres est de s'ajuster. Certains font des excès de zèle par rapport à la règle et à son respect, d'autres sont trop édredon, ils en rajoutent. Le rôle du cadre de pôle est de tout ajuster, d'être en prise directe, tous les jours, le matin, l'après midi, avoir des entretiens individuels avec chacun ».* Cet extrait d'entretien met en évidence la nécessité de construire une politique au sein d'un pôle pour harmoniser les prises de position et les pratiques, ceci afin de restituer un sens commun au travail (Clot 1999).

2^{EME} PARTIE - L'ACTIVITE INSCRITE DANS UNE DOUBLE RELATION HIERARCHIQUE ET COLLABORATIVE AVEC LA DIRECTION ET AVEC LE (LA) DIRECTEUR DES SOINS

Ce qui frappe à l'AP-HP, c'est l'énorme bureaucratie qui est née des réformes successives et des différents niveaux de gouvernance. Pour comprendre ceci il est nécessaire de revenir rapidement sur les transformations des structures hospitalières de l'AP-HP. Ces transformations sont très bien résumées par Bernard Granger (2011). En 1983 existaient trois échelons le service, l'hôpital, l'AP-HP. Depuis d'autres échelons ont été constitués. Les unités fonctionnelles, unités élémentaires de l'organisation hospitalière ont été instaurées par la loi hospitalière de 1991 (les services sont composés d'unités fonctionnelles). Les groupes hospitalo universitaires sont instaurés en 2002 sous la direction de Rose-Marie Van Lerberghe. L'AP-HP est alors divisée en 4 groupes (4 entités géographiques pour harmoniser les orientations sur un secteur géographique) nord, sud, est, ouest. Les pôles apparaissent en 2005. Les groupes hospitaliers en 2010. La tutelle ARH est mise en place en 2009. Ces différents « échelons » sont autant de séparateurs nécessitant coordination, *reporting*, agencements de relations spécifiques parfois antagoniques...

Loin de simplifier le travail des cadres supérieurs de soin, ceci a deux effets : l'alourdissement des démarches et la nécessité de prendre en compte simultanément plusieurs acteurs occupant des places différentes, les informer mais aussi leur exposer les problèmes, rechercher leur soutien, parvenir à les convaincre. Les entretiens avec les cadres supérieures de pôle font état d'un empilement de structures plus que d'une substitution de l'une à l'autre. Notamment, on peut constater que les cadres de santé doivent tout à la fois appliquer les règles du groupe hospitalier et celles des différents hôpitaux auxquels appartient le pôle qu'elles gèrent (qui peuvent être différentes). En effet, les pôles sont composés de services qui sont hébergés dans des hôpitaux différents composant le Groupe Hospitalier (GH). Il existe donc une vraie difficulté à gérer les pôles dans ces conditions.

Pour exemple

On se situe clairement dans un contexte de négociation permanente qui est perçu comme chronophage par les CPP et qui, aux yeux des sociologues, apparaît comme une lourdeur de type bureaucratique, pouvant conduire à une inertie. Elle nécessite pour ces personnels un déploiement d'énergie fort pour se conformer à la pluralité des règles existantes.

« Pour un même sujet, j'ai trois sites, j'ai trois réunions. Parce que j'ai 3 directions de soins de site, j'ai 3 réunions de personnel de site, chacun a voulu rester camper sur son organisation. Et c'est infernal.

Les effectifs, au lieu d'avoir la revue des effectifs du pôle, faut que je me la tape sur chaque site, avec les interlocuteurs de chaque site. J'ai un problème d'absentéisme avec toutes les inaptitudes il faut que je me fasse ça multiplié par 3. J'ai un problème de schéma d'encadrement à valider, il faut que je le fasse valider par les 3 directions, celles de chaque site. Attendez, faut arrêter ! Soit on est en GH (Groupe Hospitalier) et on fonctionne en GH et nous on a pas choisi d'être en multi-site, on ne nous a pas demandé notre avis. Du jour au

lendemain, il a fallu fonctionner de mono-site en multi-sites. Mais les directeurs il faut qu'ils fassent pareil quoi. C'est infernal, c'est infernal ! Avec en plus des habitudes qui sont pas les mêmes d'un site à l'autre ».

La multiplicité des interlocuteurs tient au fait que les instances du groupe hospitalier ne se substituent pas aux instances des hôpitaux qui le composent mais qu'elles viennent en plus. Cela s'accompagne d'une multiplicité des interlocuteurs mais aussi de points de vue parfois différents. Dans cette même perspective, un autre aspect pose problème : il s'agit du fait que les directions de soin sont attachées à un hôpital plutôt qu'à un GH. De ce fait les cadres paramédicaux de pôle ont plusieurs interlocuteurs pour un même pôle, ce qui ne facilite pas leur tâche, augmente les temps d'information, le nombre de circuits pour le recrutement dans la mesure où les directeurs de soin ont vocation à aider et veiller à la politique de gestion des ressources humaines sur les sites et restent des interlocuteurs incontournables ; d'autre part les recrutements doivent être validés par les services de ressources humaines. Concernant le recrutement, les difficultés et les lourdeurs sont manifestes, puisqu'une CPP dont le pôle est à cheval sur plusieurs sites doit pour recruter effectuer les procédures différentes selon les hôpitaux du GH concerné.

Les habitudes différentes peuvent ainsi concerner un rapport différent à la réglementation, par exemple comme le montre l'extrait d'entretien ci-dessous concernant les remplacements :

« On est un GH en déficit. Donc notre hôpital étant en déficit on a eu un redressement au niveau de l'attribution des ressources humaines ; ça a été à la matraque hein ; quand même qui a induit beaucoup de changements, beaucoup de souffrances, ça a été fait un peu à la hussarde. Donc ça a été compliqué. Et notamment l'attribution des effectifs ne permet pas, comme le demande la réglementation de l'assistance publique, de donner un dimanche sur deux. Sur la grande équipe j'ai un agent qui occupe un poste sur 365 jours ...pour qu'un poste soit occupé 365 jours sur 365, il faut que j'ai 1,85 agents. Avec 1,85 agents c'est pas deux. Je peux pas donner un dimanche sur 2. Voyez ce que je veux dire. Ils (les personnels paramédicaux) sont censés avoir un dimanche sur 2 de repos. Ça veut dire que moi ici sur cet hôpital, je mets la pression pour qu'on fasse faire des week ends supplémentaires aux agents, et j'apprends par hasard que la directrice des soins de l'autre hôpital sur lequel est aussi le pôle, elle dit c'est pas possible on doit appliquer la réglementation de l'AP-HP donc elle dit : faut demander du remplacement. Sauf que le budget de remplacement et de la masse salariale, c'est le pôle qui en est responsable et qui le gère. Donc moi si vous voulez j'ai une directive d'une directrice de soins d'un site qui interfère sur notre gestion budgétaire au niveau de la masse salariale du pôle. Parce que c'est des habitudes, c'est comme ça et chacun fait ce qu'il veut dans son coin ».

On comprend par cet extrait que l'injonction budgétaire faite aux pôles rencontre des limites liées à l'action d'autres acteurs notamment la hiérarchie paramédicale (celle-ci désapprouve publiquement l'action du CPP lorsqu'elle est difficilement compatible avec la réglementation de l'AP-HP concernant les droits au repos des salariés). Cependant les autres directions de soin du GH n'ont pas eu la même réaction et ne sont pas intervenues pour contredire la politique de la CPP. Cela met en évidence le fait qu'il n'y a pas d'homogénéité de politique sur l'ensemble du GH et que chaque hôpital a gardé une autonomie de politique et d'action.

Des récits montrent qu'il peut y avoir des conflits forts entre CPP et directeur de GH. Il en est ainsi d'une CPP qui demande une AS supplémentaire le matin dans un département d'Aval d'Urgence (DAU). Ce besoin est évalué par la CPP en lien avec le fait qu'il y a des durées de séjour courtes de 3 à 4 jours, et donc beaucoup de réfections de chambres, beaucoup aussi de toilettes à effectuer étant donné l'âge et la dépendance des personnes. Une décision d'affectation d'un volume d'effectifs (AS et IDE) est prise par la DRH du groupe hospitalier qui alloue les effectifs. Face à cette décision, la CPP est en désaccord et argumente, mais elle ne l'emporte pas. Elle doit se plier. Pourtant au final elle est responsable de la qualité du soin sans avoir dans ce cas précis les moyens de son action. *« Elle (la responsable de la DRH) me dit : nous actons cette organisation. Moi j'ai dit : je ne l'acte pas. J'ai dit : c'est votre décision. Comme c'est elle qui alloue les ressources je ne peux pas... Il ne m'est alloué que 2 AS et 2 IDE le matin... Total : le service ouvre... alors ça nous a pété à la gueule, excusez moi l'expression, mais en deux mois. De par une mauvaise cohésion médicale. Ils s'entendaient pas et c'était pas facile pour que les paramédicaux s'y retrouvent et parce qu'ils étaient en effectifs insuffisants. Et du coup j'avais des gens en pleurs, des arrêts faits par des médecins du travail, enfin ça nous a pété à la figure au moment des fêtes de fin d'année, là où on a le plus besoin d'agents. Total : mouvement de grève. Mouvement de grève c'est pas grand chose car comme on est l'aval des urgences, on est tenu de rester ouvert. Mais des arrêts, difficulté à maintenir la continuité des soins. Et puis période de négociation ».*

Les conditions de la négociation conduisent parfois à enlever à un des services ce que l'on donne à l'autre et parfois dans des conditions où les effectifs sont très tendus (on peut ainsi avoir des unités de gériatrie aigue qui se retrouvent avec une AS pour 10 malades le matin, ce qui ne permet pas de donner les petits déjeuners et effectuer les toilettes dans de bonnes conditions). A l'heure du déploiement des certifications qualités et des nombreux discours sur son importance, on constate que certaines conditions minimales sont encore difficile à obtenir.

La lutte pour les postes est une des difficultés de gestion des pôles. Dans le cadre de ce qui est appelé « un retour à l'efficience », des personnels infirmiers ou des aides soignantes peuvent être retirés à des groupes hospitaliers qui pourtant essaient de conserver leur autonomie de gestion et financent eux – mêmes leurs besoin en effectuant notamment des mobilités d'un service à l'autre au sein d'un même pôle. Les récits montrent que pour conserver leurs postes les CPP doivent se battre contre les directions. Elles ne parviennent parfois à un résultat – y compris lorsqu'elles font la démonstration de leurs besoins- que parce que le chef de pôle vient en renfort pour les soutenir. Ces faits génèrent pour les CPP interviewées une grande frustration car on leur dénie ainsi les attributs que devrait leur conférer leur statut de cadre supérieur de pôle : pouvoir gérer leur main d'œuvre en évaluant les risques et les besoins.

« Je rencontre le directeur du GH la veille des vacances, c'était le vendredi soir. Avant les vacances scolaires de Noël, il y avait un problème, il était 20h30 et j'étais encore là pour régler un problème aux urgences. Je le rencontre, on parle du problème. Il voyait que je connaissais mon dossier parfaitement, que j'avais fait tout ce qu'il y avait à faire. Et à la fin je dis, je crois qu'il faudra qu'on se rencontre Mr X par ce que j'ai appris qu'il y avait grand bruit pour un autre problème qui à mon sens n'a pas lieu d'être, donc je pense qu'il vaut mieux qu'on en parle.

Il m'a dit : j'ai bien l'intention de vous convoquer ; j'ai répondu : et bien ça tombe très bien, j'ai l'intention de devancer l'appel et venir vous voir. Et donc la semaine du jour de l'an, nous

nous sommes rencontrés. Et là je lui ai clairement dit les choses, telle quelles, comme je les pensais. Et figurez vous. Entre temps, il y avait mon chef de pôle qui était passé, qui avait dit qu'il trouvait odieux ce qui avait été fait à mon encontre, que cela n'avait pas lieu d'être, que le pôle s'était autofinancé la solution de ce dysfonctionnement aux urgences en prenant des postes sur la médecine interne de « Y », on avait trouvé une solution, qu'on demandait rien à personne, mais que c'est la direction qui avait essayé de nous prendre des postes dans le retour à l'efficience.

RB - Oui

Y- Donc on peut pas demander aux pôles de faire une régulation et de l'autogestion pour ce qu'il a, pour après s'emmêler et prendre des décisions qui vont à l'encontre de leurs missions de départ.

J'ai dit ce que j'avais à dire, on m'a entendu et du coup en trois jours on m'a alloué tous mes postes. Qu'on m'avait piqué, le poste aide soignant et les deux postes infirmiers. Soit disant on avait jamais voulu me les piquer. Il a fallu passer par tout ça. Il a fallu que je ne baisse pas pavillon, que j'ai du caractère, que j'en prenne plein la figure parce que je me suis fait insulter, pas devant mais derrière

RB mais ça vous revient, il y a des gens qui vous le disent

D Mais ça m'est revenu.

Donc je suis au combat en permanence ».

Ces conflits révèlent qu'il existe bien de la part de la direction de l'AP-HP une volonté de centraliser : »

« plus ça va plus on vous forme et moins on vous fait confiance et on vous délègue. Moi je pense que c'est complètement antinomique.

RB- oui c'est que vous avez le sentiment là qu'il y a une baisse de délégation.

Y -Oui bien sur ils recentrent tout ; nous on contrôle au niveau du pôle mais on a encore un contrôle derrière qui fait que la version finale n'est pas forcément ce qu'on a échafaudé et vous n'avez pas forcément de retour sur ce qu'ils ont élagué entre temps. On n'a pas le retour »

Ainsi le projet de soin, le schéma d'encadrement du pôle, sera validé par chaque direction de soin de chaque site, cela doit aussi être validé par le directeur de soin du GH et la directrice des RH du GH, avant d'être envoyé au DRH du siège.

Y -« Mais normalement si le DRH et du DR (directeur de) soin du GH (groupe hospitalier) ne sont pas d'accord avec ce qu'a prôné le pôle et qui a été validé par les directeurs de soins du site, ils doivent le renvoyer, mais je n'ai toujours rien. J'ai peur qu'ils modifient la version et qu'ils l'envoient à la direction à la DRH du siège sans dire ce qu'ils ont modifié. C'est leur habitude ».

Ces remarques sont révélatrices d'une absence forte de concertation, d'une absence de rétro communication entre les niveaux. Selon nos interlocuteurs, on peut distinguer plusieurs générations de pôle. Dans le contexte de la première génération, le directeur général mettait l'accent sur l'importance

du local, la génération née en 2011 s'infléchit. Les initiatives laissées aux pôles sont moins importantes, un mouvement de recentralisation se développe.

3^{EME} PARTIE - QUELLE COLLABORATION ET RELATION AVEC LES SERVICES FONCTIONNELS DU GROUPE HOSPITALIER ?

Nous prendrons l'exemple de la qualité qui est au centre de la certification et occupe un temps important des différentes catégories : temps de reporting des indésirables via des logiciels (OSIRIS à l'AP-HP), temps pour faire des simulations d'évaluation avant les revues de contrôle de l'HAS, temps pour recueillir des informations en vue d'une analyse des pratiques. Il n'y a pas un seul modèle d'organisation de la prise en charge de la veille qualité dans les pôles. Certains pôles ont un cadre supérieur positionné en fonctionnel sur le pôle. Il (elle) s'attache alors à être un relai pour la politique de qualité de l'établissement ; mais une autre configuration est possible. Le nombre de cadres supérieurs étant en diminution, la préoccupation de la qualité est alors assumée par un.e cadre de santé qui sera référent pour cette question.

Les jugements concernant le travail à faire à propos de la qualité varient selon les secteurs. Ainsi si un interlocuteur d'un pôle des urgences met en avant la dimension de sécurité que recouvre le travail sur la qualité et privilégie dans son jugement le bien fondé et la nécessité d'avoir des procédures rigoureuses, respectées et évaluées, d'autres CPP mettent l'accent sur « l'avalanche des demandes concernant la qualité et les procédures ». Les cadres infirmiers sont constamment sollicités pour justifier l'activité mais aussi pour répondre à des demandes multiples de certification qualité. Par exemple sur une année un cadre de pôle regroupant des spécialités en cancérologie précise qu'elle doit faire face à cinq inspections : Agence Régionale de Santé, INCA, hôpital, Cancéropole, Agence de sûreté nucléaire, Certification européenne. Chaque inspection insiste sur la dimension qualité et demande pour cela des procédures. La grille de relevé des informations à remplir par l'équipe pour les différentes instances est différente. Cette absence de coordination est jugée inacceptable car faisant fi du temps de travail et de l'énergie des personnels. Ainsi, en un an sur le même service, trois audits sont menés par trois instances différentes avec des questions différentes. Ces activités de réponse aux audits supposent la mobilisation des cadres infirmiers et des infirmiers. Ils sont considérés comme chronophages par les acteurs et ne s'inscrivent pas dans l'activité elle-même mais peuvent être considérés comme périphérique. Dans ce contexte, l'équipe paramédicale de direction du pôle s'applique à un travail, que l'on nommera *travail de médiation*. Il vise à soulager tant l'encadrement que le personnel paramédical. Ce travail consiste à mettre en cohérence les demandes afin de ne pas multiplier les relevés de données similaires. Il consiste aussi à protéger les équipes de la multiplicité des demandes qui finissent par interférer sur le travail. Cette multiplicité de demandes non hiérarchisées concernant la qualité est considérée comme porteuse des risques. Cependant, il est parfois difficile d'établir des hiérarchies dans les demandes faites par les tutelles ou les différents organismes, ce qui conduit une CPP à regretter qu' « *on ne nous aide pas à construire des priorités en termes de risques et de normes sur lesquels on peut pas déroger* ».

4^{EME} PARTIE- DISCUSSION

On situe la dimension politique d'une activité sur le registre du relationnel et de la participation à la décision au niveau de la direction de l'établissement. Le pouvoir des médecins semble alors d'autant plus important qu'il est visible tant en ce qui concerne les orientations médicales et de recherche que les orientations budgétaires et de personnel. Il reste cependant que la place occupée par les CPP dans la gouvernance, souvent dans l'ombre du chef de pôle, est essentielle à ce titre.

Les catégories reposant sur la distinction entre le politique et le technique dans la division du travail, celles-là même qui contribuent à l'invisibilité du travail des CPP, tendraient à attribuer au médecin la dimension politique et au paramédical la dimension technique de la gestion du pôle. Or, nos données montrent que le travail des CPP y compris celui que l'on pourrait qualifier de technique comporte toujours une dimension politique fondamentale. En cela, notre propos s'inscrit dans le prolongement d'une « critique politique du travail » (Ferraras, 2007) portée par une approche sociologique de l'activité (Bidet, 2006). Elle montre qu'il ne s'agit seulement pour les CPP d'exécuter et de rendre viable mais de produire de l'intelligence collective, d'orienter les activités, de construire la faisabilité. Les CPP sont notamment aux commandes pour assurer les conditions de la qualité et de la sécurité des soins. Leur accord concernant les orientations constitue de ce fait un enjeu essentiel et il suppose de se construire dans les dialogues ou les conflits. Il n'est donc pas toujours acquis.

La dimension politique du travail est profondément ancrée dans les contradictions des organisations. Ici, les CPP reçoivent de nombreuses injonctions, souvent paradoxales. Face à la multiplicité des demandes émanant des différentes directions ou d'organismes extérieurs, ils s'entremettent et produisent une activité de médiation afin de soulager et protéger des équipes déjà surchargées par leur activité quotidienne. Figure du haut encadrement proche du terrain, ils sont les médiateurs entre la clinique et les politiques publiques, leur rôle se situe donc dans l'interface. Mais leur activité apparaît résolument tournée vers l'intérieur du pôle en proximité des cadres et des équipes. Cet aspect ne les confine pas pour autant dans un rôle de technicien, car ils sont comptables à la fois de la politique menée, des résultats, du respect des orientations fixées à un niveau supérieur de l'organisation. En ce sens, leur rôle s'inscrit dans la construction de la stratégie de l'établissement puisque les orientations ne pourront être respectées que s'ils adhèrent à leur mise en œuvre et à la recherche de solutions pour les faire vivre concrètement.

Les catégories reposant sur la distinction entre le politique et le technique dans la division du travail, celles-là même qui contribuent à l'invisibilité du travail des CPP, tendraient à attribuer au médecin la dimension politique et au paramédical la dimension technique de la gestion du pôle. Or, nos données montrent que le travail des CPP y compris celui que l'on pourrait qualifier de technique comporte toujours une dimension politique fondamentale. En cela, notre propos s'inscrit dans le prolongement d'une « critique politique du travail » (Ferraras, 2007) portée par une approche sociologique de l'activité (Bidet, 2006). Elle montre qu'il ne s'agit seulement pour les CPP d'exécuter et de rendre viable mais de produire de l'intelligence collective, d'orienter les activités, de construire la faisabilité. Les CPP sont notamment aux commandes pour assurer les conditions de la qualité et de la sécurité des soins. Leur accord concernant les orientations constitue de ce fait un enjeu essentiel et il suppose de se construire dans les dialogues ou les conflits. Il n'est donc pas toujours acquis.

La dimension politique du travail est profondément ancrée dans les contradictions des organisations. Ici, les CPP reçoivent de nombreuses injonctions, souvent paradoxales. Face à la multiplicité des demandes émanant des différentes directions ou d'organismes extérieurs, ils s'entremettent et produisent une activité de médiation afin de soulager et protéger des équipes déjà surchargées par leur activité quotidienne. Figure du haut encadrement proche du terrain, ils sont les médiateurs entre la clinique et les politiques publiques, leur rôle se situe donc dans l'interface. Mais leur activité apparaît résolument tournée vers l'intérieur du pôle en proximité des cadres et des équipes. Cet aspect ne les confine pas pour autant dans un rôle de technicien, car ils sont comptables à la fois de la politique menée, des résultats, du respect des orientations fixées à un niveau supérieur de l'organisation. En ce sens, leur rôle s'inscrit dans la construction de la stratégie de l'établissement puisque les orientations

Les catégories reposant sur la distinction entre le politique et le technique dans la division du travail, celles-là même qui contribuent à l'invisibilité du travail des CPP, tendraient à attribuer au médecin la dimension politique et au paramédical la dimension technique de la gestion du pôle. Or, nos données montrent que le travail des CPP y compris celui que l'on pourrait qualifier de technique comporte toujours une dimension politique fondamentale. En cela, notre propos s'inscrit dans le prolongement d'une « critique politique du travail » (Ferraras, 2007) portée par une approche sociologique de l'activité (Bidet, 2006). Elle montre qu'il ne s'agit seulement pour les CPP d'exécuter et de rendre viable mais de produire de l'intelligence collective, d'orienter les activités, de construire la faisabilité. Les CPP sont notamment aux commandes pour assurer les conditions de la qualité et de la sécurité des soins. Leur accord concernant les orientations constitue de ce fait un enjeu essentiel et il suppose de se construire dans les dialogues ou les conflits. Il n'est donc pas toujours acquis.

La dimension politique du travail est profondément ancrée dans les contradictions des organisations. Ici, les CPP reçoivent de nombreuses injonctions, souvent paradoxales. Face à la multiplicité des demandes émanant des différentes directions ou d'organismes extérieurs, ils s'entremettent et produisent une activité de médiation afin de soulager et protéger des équipes déjà surchargées par leur activité quotidienne. Figure du haut encadrement proche du terrain, ils sont les médiateurs entre la clinique et les politiques publiques, leur rôle se situe donc dans l'interface. Mais leur activité apparaît résolument tournée vers l'intérieur du pôle en proximité des cadres et des équipes. Cet aspect ne les confine pas pour autant dans un rôle de technicien, car ils sont comptables à la fois de la politique menée, des résultats, du respect des orientations fixées à un niveau supérieur de l'organisation. En ce sens, leur rôle s'inscrit dans la construction de la stratégie de l'établissement puisque les orientations ne pourront être respectées que s'ils adhèrent à leur mise en œuvre et à la recherche de solutions pour les faire vivre concrètement.

CONCLUSION

Dans le cadre de cette étude sur le développement du travail des CPP, l'exemple de l'AP-HP nous est apparu particulièrement fertile, car les contradictions organisationnelles, dans lesquelles se terrent le politique, s'y trouvent renforcées par la complexité du système. Au niveau de la gestion des pôles, on y observe une tension fondamentale ; d'un côté les pôles semblent devoir être porteurs d'autonomie et de responsabilité, de l'autre il existe une volonté renforcée par la multiplication des directions fonctionnelles de réduire les coûts de fonctionnement et baisser les frais de personnel – parfois de manière décalée semble-t-il avec la mission formalisée dans la charte-. Situées à l'interface, les directions de pôles doivent alors construire le sens de leur activité et gérer au mieux les moyens dont elles disposent.

Le choix de ces terrains nous a aussi conduit à souligner la mauvaise intégration des groupements hospitaliers. Ces nouvelles organisations complexifient les circuits d'information et de décision. Elles contribuent à alourdir considérablement l'activité. On pourrait s'étonner d'un maintien pléthorique et mal organisé (car parfois en décalage de pratiques) de ces différents niveaux : en effet, le phénomène a un coût en terme de postes fonctionnels puisque le Groupe Hospitalier n'a pas supprimé les hiérarchies et les fonctions locales. Le deuxième coût est celui du temps passé par les acteurs de terrain (CPP et chefs de pôle) à argumenter leurs politiques, leurs choix concrets et leurs demandes, leur manière aussi de gérer le personnel.

Cette demande d'argumentaires des choix par les directions collégiales de pôle nécessite la construction de réflexions justificatives ainsi que leur mise en forme dans des normes précises. Ces normes supposent de justifier des choix en mettant en évidence la rationalité des choix budgétaires, les alternatives possibles, les sources éventuelles de financement par le pôle..

De ces différentes remarques –traits liés à la bureaucratie, demande d'argumentaires - il ressort que ces justifications vont souvent au-delà d'un argumentaire fondé. La manière dont interviennent les différents niveaux (directeur de site, directeur de Groupement hospitalier, DRH de site, direction de soin de site) conduisent les CPP à multiplier les explications les justifications... au risque de perdre en route le sens des actes menés. Le phénomène constitue une épreuve réelle pour les CPP régulièrement remis en cause, parfois désavoués publiquement par la direction du Groupe Hospitalier ou par la direction de soin locale. Nous avons pu constater que certains d'entre eux jugent leur stress par la prise d'anxiolytique. Ils finissent par trainer derrière eux des blessures qu'ils ne parviennent pas à cicatrifier. *« Cela laisse une impression d'une fausse délégation, pas authentique, vécu comme un manque de confiance. C'est source de conflit, de non dit, d'un mal être chez les cadres ».* (HS)

BIBLIOGRAPHIE

Benguigui G., Monjardet D. (1985), « Travail et culture dans l'analyse des classes moyennes », Roubaix, Edires,

Bercot R, Mathieu-Fritz A. (2008). Le prestige des professions et ses failles. Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues, éd. Hermann, collection société et pensées, 313 p.,

Bidet, A., Borzeix, A., Pillon, T., Rot, G., & Vatin, F. (2006). Sociologie du travail et activité, Octarès, Toulouse

Bouffartigue P. La fonction d'encadrement : de l'importance du travail dans l'étude des cadres. Colloque "Autour des travaux de Georges Benguigui : encadrer, surveiller, inventer, Travail et Mobilités", Université de Paris X Nanterre, 16 novembre 2001. <halshs-00007509>

Bourret P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Seli Arslan, Paris, 284p.

Bourret P. (2011), Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital, Séli Arslan, 2011

Bréchat, P. H., Rymer, R., Grenouilleau, M. C., & Jourdain, A. (2009). Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé publique*, 20(6), 611-621.

Burellier, F. (2011). Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire?: étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle dans les hôpitaux publics français (Doctoral dissertation, Université de Grenoble).

Clot Y., (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF

Ferreras, I. (2007). Critique politique du travail: travailler à l'heure de la société des services. Presses de sciences po.

Freidson E., (1984,) *La profession médicale*, Paris, Payot, [1970], PARSONS T., « The Professions and the Social Structure », *Essays in Sociological Theory*, New York, Free Press, 1939, p. 34-49.

Gavault, S., Laude, L., & Baret, C. (2014). L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale entre agir stratégique et agir projectif. In IIème Congrès ARAMOS: Elaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médico-sociales: acteurs, savoirs, outils.

Granger Bernard, « L'AP-HP dans la tempête », *Le Débat*, 2011/5, n° 167, p. 137-148

de Pourville, G. (2010). La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. *Le journal de l'école de Paris du management*, (6), 22-29.

Reinhardt S., (2011), thèse *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences* . Sous la direction de R. Bercot.

Valette A. et Burellier F. (2014), Quand l'habit fait le moine. Les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hybrides « malgré tout » ? *Annales des mines, Gérer et comprendre*, 2 ; n° 116, p. 4-13.

Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.