



HAL
open science

La hiérarchie paramédicale de pôle à la recherche du maintien des équilibres

Régine Bercot

► **To cite this version:**

Régine Bercot. La hiérarchie paramédicale de pôle à la recherche du maintien des équilibres. 2019. halshs-02170070

HAL Id: halshs-02170070

<https://shs.hal.science/halshs-02170070>

Preprint submitted on 1 Jul 2019

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.

La hiérarchie paramédicale de pôle
à la recherche du maintien des équilibres

Régine BERCOT
Professeure de sociologie
Université de Paris 8, CRESPPA-GTM
reginebercot@gmail.com
Adresse postale CRESPPA-GTM 59 rue Pouchet 75017 Paris

Résumé

Une nouvelle fonction de cadre supérieur est née de la création des pôles à l'hôpital. A partir d'une enquête dans des groupes hospitaliers de l'AP-HP et dans deux CHU en région, l'article interroge la place de ces cadres.

Leur action s'inscrit en tension entre les orientations de la direction de l'hôpital et celles du pôle, entre les demandes des médecins et les besoins liés à l'activité des professionnels du paramédical, entre procédures et maintien de l'informel.

Notre thèse est que ces cadres investissent leur fonction dans la proximité du travail des équipes avec deux orientations distinctes. L'intermédiation leur permet d'inscrire du sens et de protéger. La construction de projets oriente le fonctionnement de l'organisation dans un souci d'efficacité.

Mots clés : cadre supérieur de pôle, travail des équipes paramédicales, hôpitaux universitaires, projets, intermédiation, management, négociation.

Abstract

A new position of senior officer has been created as a consequence of the new hospital sectors. This article, based on an investigation into hospital centres of AP-HP and two university hospitals, questions the place of these officers. Their action is strained between the orientations of the hospital direction and those of the sector, between the surgeons' requirements and the needs linked to the work of paramedics, between procedures and persisting informal tasks.

Our argument is that these officers fulfil their jobs in a close labour relationship with the teams along two distinct orientations. Intermediation implies production of meaning and protection. The construction of projects gives a direction to the organisation operations with a view to securing more efficiency.

La naissance des pôles est fondée sur les ordonnances du 2 mai 2005. Confortée par la loi de 2009, leur construction s'inscrit dans la Nouvelle gouvernance hospitalière, forme du Nouveau management public (Berard, 2013). On peut considérer qu'elle participe d'une orientation commune explicite : « faire de l'hôpital une structure gérée, responsable de ses résultats en matière d'efficience, de qualité et d'inscription cohérente dans le système de soins » (Moison, 2012). Cette réforme a pour objectif de résoudre les tensions entre clinique et gestion (Valette, Burelier, 2014) en associant étroitement les médecins à la gestion et au contrôle des budgets au sein des services.

Le développement des pôles a donné lieu à un certain nombre d'analyses concernant la nouvelle gestion induite par cette organisation (Sudreau et Nizard, 2014), introduisant ainsi une subsidiarité (Vallet, 2012). Certains auteurs se sont également intéressés au positionnement des médecins, à leurs pratiques et aux tensions qu'ils connaissent dans un tel contexte (de Pourville, 2010). Des études posent la question du contenu de leur activité (Gavault et al. 2014), mettant en avant le développement d'un management spécifique. D'autres interrogent le cadre de la politique publique et les contraintes structurelles qui pèsent sur leur activité (Bréchat et al. 2010).

Cependant la création des pôles signifie aussi une recomposition de la hiérarchie paramédicale. Depuis la création des pôles, une nouvelle fonction est née, celle de cadre paramédical de pôle qui intervient comme hiérarchique au niveau des pôles pour la filière paramédicale. Cette fonction est une fonction de gouvernance décentralisée des équipes. A la différence de la directrice des soins qui intervient sur l'ensemble d'un hôpital ou d'un groupe hospitalier, la CPP se situe à proximité du travail des équipes médicales et soignantes.

Un rapport demandé le 7 mai 2013 par la ministre des Affaires sociales et de la santé et confié aux conférences hospitalières dresse le bilan de ces organisations de pôle, six ans après leur généralisation ; il rend compte de leur apport dans le fonctionnement des hôpitaux et cible les points à améliorer (Domy et alii 2013). Nous avons été frappé par le fait que ce rapport ne mentionne pas les cadres supérieurs de soin¹ alors qu'ils sont concernés par de nombreuses dimensions et notamment celle du processus démocratique dans le fonctionnement des hôpitaux. Ce personnel serait-il invisible ou considéré comme peu essentiel dans la réussite de la gouvernance ? Cependant, la loi ne modifie en rien l'existence de la double hiérarchie - médicale et paramédicale-, double hiérarchie qui confère une place très spécifique à la hiérarchie paramédicale dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital. Nous interprétons cette invisibilité comme le reflet de la hiérarchie existante, le prestige différencié des professions (Bercot, Mathieu-Fritz, 2008). Rappelons qu'il existe des différences fondamentales entre médecins et professionnels paramédicaux du point de vue de leur place dans l'établissement et de leur reconnaissance en tant que groupes professionnels. Celle-ci tient au fait que les paramédicaux peuvent être caractérisés par une « absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige » (Freidson, 1984, p.60). De plus, les acteurs des différents niveaux de la hiérarchie paramédicale ne sont pas parvenus à construire

¹ Nous les appellerons tantôt cadres supérieurs de pôle, tantôt *Cadres paramédicaux de Pole*, en abrégé « CPP » dans la suite de l'article pour les distinguer des directeurs de soin qui sont aussi cadres supérieurs de soin

un groupe d'appartenance fort et organisé (Divay, Gadea, 2008). Ces différents aspects peuvent conduire les médias mais aussi les tutelles à minimiser le rôle de la hiérarchie paramédicale y compris, lorsqu'il est question de traiter de l'efficacité de l'hôpital ou de sa transformation. Les cadres paramédicaux de pôle ont créé une collégiale visant à les représenter et à faire reconnaître leurs fonctions en terme de statut (Hoarau et Dumas, 2015).

Nous nous sommes interrogés sur la place de ces cadres supérieurs de santé inscrits dans ces nouvelles fonctions. Pour en traiter, nous avons adopté un parti pris, celui de nous intéresser à leur activité de travail. Pendant de nombreuses années, et dans la perspective de l'ouvrage de Boltanski (1982), les recherches sur les cadres ont étudié les cadres en tant que groupe social mettant en avant la question de l'idéologie, celle de l'unité symbolique. Notre orientation diffère et est proche de celle que Benguigui et Monjardet appellent de leurs vœux (1985 et 2016). Ils affirment « 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 ». De fait, les travaux entrepris sur le travail des cadres sont encore peu nombreux (Bouffartigue, 2001 ; Bourret 2006, 2008, 2011 ; Fray 2009 ; Divay et Gadéa (2008), Feroni, Kober-Smith, 2005, Reinhardt 2011). Il existe en outre quelques articles rédigés par des cadres de pôle (Stanislas, Charniguet, 2011 ; Hoarau, Dumas, 2015).

Ces cadres supérieurs, comme c'est couramment le cas pour les cadres se tiennent à l'articulation entre la mise en œuvre d'une politique et l'animation d'une dynamique sociale et politique au sein de leurs équipes. Personnel de confiance (Bouffartigue, Gadea, 2000), ils sont des transmetteurs, responsables de la mise en œuvre des orientations politiques, budgétaires, sociales. Si la création des pôles situe ces cadres supérieurs en proximité des équipes, on peut se demander dans quelle mesure elle infléchit les modalités ou le contenu de la transmission des orientations managériales, dans quelle mesure elle favorise une prise sur la réalité de l'organisation.

La création des pôles construit des synergies fortes entre les médecins et les cadres supérieurs de pôle dans la mise en œuvre des objectifs ; elle renouvelle la professionnalité de ses membres en introduisant un dialogue fort entre les contraintes et objectifs des directions de soin et des directions médicales. Notre thèse est que cette nouvelle fonction de cadre supérieure s'inscrit en lien étroit avec le travail des équipes. Leur action s'inscrit dans la recherche du maintien des équilibres : équilibre entre les orientations de la direction de l'hôpital et celles du pôle auquel ils appartiennent, équilibre entre les demandes des médecins et les besoins liés à l'activité des professionnels du paramédical, équilibre entre procédures et maintien de l'informel (Bercot, 2010).

Nous traiterons successivement deux aspects de leur fonction. 1) Nous rendrons compte tout d'abord du cadre général. En effet, les modalités de désignation des cadres sont essentielles pour comprendre le type de coopération qui s'établit avec le chef de pôle. En outre, leur positionnement institutionnel apparaît fort différent selon qu'il s'agit de pôles appartenant à l'AP-HP ou de pôles situés dans d'autres CHU. Le contexte de l'AP-HP rend le fonctionnement plus aléatoire et plus complexe. 2) Nous aborderons ensuite la question des investissements dans le travail des CPP. Leur rôle fondamental se joue à l'articulation entre

deux orientations distinctes : intermédiation et construction de projets. L'intermédiation (2-1) comporte une dimension de traduction, de transformation des demandes des directions. Ce travail vise à maintenir le sens de l'activité des soignants, protéger, prendre soin des équipes et du travail. Par ailleurs, l'impulsion et la gestion des projets (2-2) est une réponse aux projets médicaux ou à ceux proposés par les directions d'établissement. Nous verrons comment les cadres supérieurs envisagent leur activité en complémentarité avec les chefs de pôle et les médecins.

---encart méthodologique ----

Les pôles enquêtés ont été choisis afin d'obtenir une diversité de spécialités médicales et de région. Les investigations se sont déroulées de 2014 à fin 2015 dans 7 pôles situés dans des CHU, 5 en région parisienne dans le cadre de l'AP-HP (Pompidou, Salpêtrière, hôpital Est ; soit un pôle d'oncologie et un pôle d'urgence, un pôle réanimation et soins de suite), et deux pôles, l'un en région ouest et l'autre sud ouest (médecine interne, urgence, légale et pénitentiaire ; orthopédie rhumatologie). Le travail d'enquête est basé sur des entretiens approfondis (de 2 heures à 4 heures) avec les CPP ; et des observations. Il s'agit d'entretiens visant à comprendre les raisonnements et les manières dont les acteurs réfléchissent et agissent en situation. Nous avons recherché à susciter la réflexivité des acteurs concernant leur parcours, leur activité de travail et le contexte dans lequel ils interviennent (Kaufman, 1996). Les personnels paramédicaux ont été rencontrés afin de saisir la perception qu'ils avaient du fonctionnement du pôle en lien avec leur activité de travail (infirmières (n=20), aides soignantes (n=6), cadres de santé (n=21), cadres fonctionnels (n= 6 : responsable RH sur le pôle ; référent qualité ; référent « formation et maître de stage ») ; ces différents acteurs étaient interrogés sur un noyau commun de questions auquel s'ajoutaient des questions sur la perception de leur travail propre et leur manière d'appréhender les liens entre les différents secteurs du pôle et de l'hôpital ainsi que les différents niveaux hiérarchiques.² Les entretiens ont eu lieu sur le temps de travail ou en partie sur le temps libre des agents ; certains entretiens d'IDE ont eu lieu pendant la nuit ; des observations ont été menées de jour et de nuit. Des entretiens avec des médecins et chefs de pôle (n=4).

J'ai pu en outre participer à des réunions du groupe de la collégiale de pôle et consulter les compte-rendus de ces réunions sur plusieurs années. La collégiale a vocation à fédérer et organiser les échanges entre les responsables paramédicaux de pôle³.

Les entretiens ont été entièrement retranscrits⁴ ; les réunions ont donné lieu à des compte-rendus. Les documents ont été récoltés et sélectionnés. L'analyse a privilégié la recherche de compréhension des logiques d'action (Amblard et alii, 2005) des CPP. Comment ceux-ci décident-ils leurs actions, en fonction de quelles situations, quelle compréhension d'un problème. Quels problèmes affrontent-ils ? Quelles priorités construisent-ils ?

² L'équipe ayant participé aux entretiens sur un site d'oncologie en région parisienne se composait de : R. Bercot, J. Guede (étudiante en master 2), M. Waelli. Sur un autre site parisien, les entretiens ont été faits par R. Bercot et L. Michel ; dans les autres sites, les entretiens et observations de réunion ont été faits par R. Bercot

³ Je remercie chaleureusement sa présidente G. Hoarau qui a favorisé la rencontre de nombreux autres CPP.

⁴ La retranscription a été en partie financée sur des fonds alloués à la MSH Bretagne via le laboratoire MOS EHESP. Elle a été aussi en partie faite par R. Bercot, J. Guede et L. Michel.

---fin de l'encart

1- Le rôle du cadre supérieur de pôle en articulation avec celui du chef de pôle et du Cadre administratif de pôle

Comment devient-on cadre supérieur de pôle ?

Le professeur de médecine, chef de pôle est le responsable incontesté du pôle. Il est à la fois responsable du projet médical et du fonctionnement quotidien du pôle. Cependant le management du pôle est aussi collégial dans la mesure où l'hôpital est fait de deux hiérarchies distinctes – médicales et paramédicales- qui respectent l'une et l'autre leur autonomie en matière de gouvernance des collectifs et des carrières. Cette séparation participe de la légitimité de la place des cadres supérieurs au niveau du pôle.⁵

Les cadres supérieurs de pôles que nous avons rencontrés ont des trajectoires statutaires et de formation présentant une forte similarité. Tous ont exercé antérieurement comme cadres de santé et parfois auparavant comme faisant fonction⁶. Cette progression dans la hiérarchie occasionne parfois un changement de spécialité du service. Ils ont obtenu un diplôme de cadre de santé après une formation. L'une des CPP rencontrés a été directrice adjointe des soins. De plus, la totalité de nos interviewés ont suivi des formations de niveau master en gestion des organisations ou management de la santé. Si certains se sont portés volontaires pour ce type d'activité, d'autres ont été sollicités. Retraçant les événements et rencontres ayant jalonné leur prise de fonction, ils insistent sur le fait qu'ils se sont toujours sentis concernés par la construction et l'animation de projets. Ils sont devenus capables d'animer les changements d'organisation, en gérer les temporalités et les choix. Cette activité repose donc sur une capacité à manager les personnels, à négocier avec l'environnement, nous y reviendrons.

Les CPP se positionnent en complémentarité des chefs de pôle et ont conscience de participer au projet médical en construisant et organisant les moyens qui favoriseront le travail des médecins et celui des paramédicaux. Afin de mieux percevoir les types de relations qui peuvent se construire avec le chef de pôle, revenons sur les modalités de désignation des CPP.

Le cadre paramédical de pôle est nommé par le chef de pôle. Cependant, la réciproque, tapie dans l'informel, est également vraie. Tous les CPP disent avoir « choisi » le chef de pôle avec lequel ils travaillent. Les membres de l'équipe de direction du pôle peuvent choisir de travailler ensemble en fonction de la conception et de la politique qu'ils mènent⁷. Les CPP disent avoir accepté de tenir ce poste parce qu'ils partageaient les valeurs et les manières de travailler du chef de pôle qui leur proposait le poste. La question des valeurs peut être essentielle : *« Les médecins avec qui je travaille sont bosseurs, sont très respectueux de la personne soignée. Ça, ce sont mes fondamentaux, mes valeurs. Je ne sais pas comment vous*

⁵ Dans le même temps, à tous les niveaux, les actes des paramédicaux doivent s'orienter en fonction des prescriptions des médecins.

⁶ Le faisant fonction est un para médical nommé sur un poste de cadre avant d'avoir suivi la formation et obtenu le diplôme. Cette prise de fonction est suivie dans un deuxième temps de la préparation du diplôme.

⁷ Ce qui est différent d'autres institutions dont les équipes de direction ne se cooptent pas (cf. par exemple la nomination des équipes de direction dans lycées et collèges).

expliquer... Chacun dans sa spécialité travaille pour le patient. Même s'il travaille pour la recherche, même s'il travaille pour l'aura de son service, il est aussi là pour le patient ... je pense que c'est ça. Ils sont très respectueux des professionnels du pôle, très respectueux des cadres sup, des cadres avec qui ils travaillent, des équipes soignantes » (CPP CHU Ouest).

Les cadres évoquent une confiance réciproque sans laquelle le travail serait rendu impossible, confiance qui n'exclut pas l'expression de désaccords et l'existence de discussions. Les cadres ont des attentes vis-à-vis du chef de pôle, notamment concernant des orientations claires et une prise de décision.

Quand le chef de pôle part et est remplacé par un confrère avec lequel le CPP ne partage pas les manières de travailler, celui-ci cherche à obtenir un changement d'affectation. Au fil des récits, il ressort que les rôles se partagent clairement entre chef de pôle et CPP et que la coopération étroite suppose une entente de fond sur les manières d'envisager l'activité.

Les partages de rôle entre chef de pôle et CPP 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 médicale et 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 d'une autre logique que celle des médecins. En effet, les CPP connaissent le fonctionnement du travail en équipe, les contraintes matérielles et organisationnelles. Ils ont ainsi la capacité de positionner des projets dans des temporalités compatibles avec l'activité. Ils ménagent aussi la possibilité de consulter et associer le personnel.

Les pôles dans lesquels nous avons enquêté ont tous recrutés un CAP (cadre administratif de pôle). Les CAP sont des facilitateurs pour des aspects du quotidien, tels que la gestion des commandes qui demande des compétences spécifiques, notamment la connaissance des différents circuits d'approvisionnement qui peuvent être lourds à mettre en œuvre. Ils renseignent différents tableaux concernant les effectifs, les stocks ou les budgets. Très souvent les CPP nous ont dit combien ils appréciaient la possibilité de collaborer avec la personne qui occupait cette fonction tant les démarches administratives, les *reportings* pouvaient être « chronophages ».

Le positionnement institutionnel influe également sur l'activité. Notamment l'existence d'un cadre bureaucratique complexifié beaucoup la communication et les modalités de la prise de décision. Nous n'y insisterons pas ici⁸ mais nous souhaitons souligner l'ambivalence du positionnement des cadres supérieurs.

Une posture ambivalente

La question des effectifs est au centre tout à la fois des orientations budgétaires mais aussi des difficultés rencontrées par les équipes. En fonction du contexte, les CPP oscillent entre deux postures : a) négociation âpre pour le maintien des effectifs, b) posture d'invention pour favoriser la réduction des effectifs.

⁸ Pour une analyse plus approfondie sur ce point cf. R. Bercot, M. Waelli, *Les évolutions de l'activité de la hiérarchie paramédicale en lien avec la nouvelle gouvernance hospitalière*, 6^e Colloque Santé 2015, Marseille, 8 et 9 avril 2015.

a) Certains récits montrent des conflits forts entre un pôle et un directeur de groupement hospitalier à propos des effectifs. Ainsi une CPP fait une demande d'Aide soignante (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 (Aides soignantes et infirmières) 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 plier. Pourtant, au final, elle est responsable de la qualité du soin sans avoir, dans ce cas précis, les moyens de son action.

CPP (AP-HP) : « *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 (faire autrement)... 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...* »

L'ouverture, dans ces conditions de sous effectifs a entraîné des tensions extrêmes, les paramédicaux n'étant pas en nombre suffisants pour effectuer les différentes tâches et répondre aux demandes médicales. « *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 : 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* ».

Ainsi, enlever à un des services ce que l'on donne à l'autre se fait parfois dans des conditions où les effectifs sont très tendus (on peut ainsi avoir des unités de gériatrie aigüe 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). C'est un paradoxe, à l'heure du déploiement des certifications qualités et des nombreux discours sur son importance.

La lutte pour les postes soulève la question de l'autonomie de gestion des directions de pôle. Dans le cadre de ce qui est appelé « un retour à l'efficacité », des personnels infirmiers ou des aides soignantes peuvent être retirés à des groupes hospitaliers qui pourtant financent eux-mêmes leurs besoins 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 parfois se battre contre les décisions des directions. Le soutien du chef de pôle s'avère déterminant pour l'obtention du résultat. Ces situations génèrent une grande frustration car on dénie ainsi au cadre supérieur de pôle les attributs que devrait leur conférer leur statut : pouvoir gérer leur main d'œuvre en évaluant les risques et les besoins.

« *... 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 piqués, le poste aide soignant et les deux postes infirmiers. Soit disant qu'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... Donc je suis au combat en permanence* » (CPP AP-HP).

Ces conflits montrent les tensions vécues par les CPP « *...Ils recentrent tout ; nous on contrôle au niveau du pôle mais on a encore un contrôle derrière qui fait que la version finale (du projet de pôle) 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 (CPP AP-HP).*

Ces modalités de fonctionnement nous apparaissent comme le reflet d'une bureaucratie manifeste, développée à l'AP-HP.

b) Les CPP recherchent aussi activement des solutions pour répondre à la demande de réduction des effectifs, tout en veillant à maintenir la qualité des soins. Un chef de pôle s'engage couramment vis-à-vis de l'institution par rapport à certains indicateurs. Dans cette perspective, la CPP travaillera avec le chef de pôle, les médecins de l'équipe mais aussi le cadre et les soignants pour réaliser les objectifs.

Ainsi, par exemple, un service de gériatrie sera implanté dans les locaux d'un hôpital avec un double enjeu : le déménagement d'un service pour travailler dans de meilleures conditions mais aussi un enjeu institutionnel d'économie, enjeu considéré comme principal et difficile à réaliser puisqu'il s'agissait de maintenir une activité identique, voire supérieure, avec 10 lits de moins. Le projet était donc de mettre en place l'organisation qui permettrait de répondre à cet objectif. La CPP a dû expliciter le projet aux équipes et emporter leur assentiment, dimensionner l'organisation, construire des accompagnements des équipes. Un tel projet comporte en outre un volet de suivi des travaux car les services fonctionnels ne connaissant pas la spécificité de la gériatrie. La CPP a donc participé aux choix des aménagements et a collaboré avec les différentes directions fonctionnelles (le bureau des entrées, les responsables de transport...).

2- Orienter le sens de l'activité, préserver le travail et le personnel

Le travail des cadres supérieurs ne consiste pas uniquement en une négociation des moyens avec la direction. Sur la fiche de fonction⁹, on peut lire dans les objectifs de la fonction

« Contribuer à la définition des orientations stratégiques du pôle dans le cadre de la politique de l'établissement / du projet d'établissement.

Participer à la décision et la gestion des moyens dans le cadre de la délégation de gestion définie par le directeur du groupe hospitalier.

Garantir, avec le chef de pôle, la cohésion du fonctionnement du pôle dans un double objectif d'efficacité et d'excellence des soins ».

Nos enquêtes mettent en lumière trois dimensions : a) la volonté pour les CPP de construire, voire préserver les valeurs, le sens de l'activité des paramédicaux. b) la volonté de s'entremettre : cela se traduit par un travail de reformulation des demandes, des évaluations. c) une activité de care vis-à-vis du personnel. Le prendre soin se décline sur différents registres : préserver, soutenir, aider. Nous verrons qu'une sorte de partition s'établit entre les cadres pratiquant une politique générale passant essentiellement par une intervention au niveau collectif et ceux qui interviennent de manière plus individuelle et donc personnalisée.

a) Construire des valeurs et du sens

Les exigences que les CPP souhaitent faire partager au personnel sont multiples et s'incarnent

⁹ Cette fiche a été élaborée par la collégiale de pôle

dans des pratiques telles que l'accueil, le soin, la propreté... Concernant les valeurs, une CPP nous expliquera combien il est important pour elle de construire un respect des personnes âgées dans un EPHAD, ce qui implique notamment de veiller à la maîtrise du vocabulaire utilisé lorsqu'on s'adresse aux personnes ou lorsqu'on parle d'elles. Dans un autre pôle les valeurs sont celles de la personnalisation de la relation avec des malades qui viennent régulièrement pour des traitements ou qui sont en phase de traitement aigu, ceci afin de favoriser le maintien de l'identité sociale du patient.

Les CPP produisent également une position fédérative pour les équipes. Cette orientation politique se construit en arbitrant entre les différentes injonctions et consignes ; elle vise à lever les difficultés que ressentent les cadres de santé dans leur gestion. Le rôle fédérateur est visible dans les arbitrages effectués par les CPP. En effet, si tous évoquent la multiplicité des injonctions dont ils sont l'objet, certains mettent l'accent sur les injonctions contradictoires et ses conséquences néfastes pour le service au malade. Ainsi une CPP d'un pôle en cancérologie évoque les directives enjoignant de faire payer les chambres individuelles au patient, l'un des objectifs de l'hôpital étant de faire rentrer de l'argent. Il existe alors, un conflit entre d'une part le sens du travail -la volonté de mettre en place un service et un soin de qualité quels que soit les moyens des patients - et la consigne de faire payer le patient. En effet, les personnes atteintes d'un cancer peuvent s'appauvrir très rapidement ; certaines d'entre elles n'ont pas de mutuelle. Elles n'ont donc pas les moyens de se payer une chambre. Or les soignants disent l'importance pour le malade d'avoir une chambre seule qui permette d'humaniser le soin ; ils 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* » (CPP- AP-HP).

Ces tensions et contradictions sont semblables à celles que l'on a pu relever dans l'industrie à différentes époques entre réduction des coûts et qualité. Les CPP disent ressentir la nécessité d'harmoniser les prises de position et les pratiques afin de restituer un sens commun au travail (Clot, 2009). Pour y parvenir, ils effectuent tout à la fois un travail d'intermédiation et de soutien aux équipes.

b) S'entremettre entre la direction et les équipes

Les demandes des services fonctionnels convergent vers les responsables de pôle qui sont censés les dispatcher. L'équipe paramédicale de direction du pôle s'applique à un travail, que l'on nommera *travail d'intermédiation*, celui-ci est un travail d'organisation mais aussi de filtre visant à soulager tant l'encadrement que le personnel paramédical. En effet, les CPP ne transmettent pas les demandes des directions telles qu'elles sont édictées mais les reformulent en veillant à masquer des incohérences ou à débusquer ce qui est redondant. Ils prennent ainsi indirectement soin du personnel en réduisant ou rationalisant les demandes faites¹⁰. Ils jouent donc un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la politique de l'hôpital en l'habillant pour lui conférer une cohérence en lien avec le travail réel. Dans cette perspective, ils effectuent un travail de coordination ou de mise à distance des demandes selon les cas. Il

¹⁰ Cette dimension du travail des CPP comporte une dimension d'invisibilité car elle n'est pas toujours perçue par les personnels paramédicaux.

s'agit ici de désamorcer les injonctions à un idéal factice et inatteignable, idéal faisant fi du travail réel¹¹ et de s'appuyer davantage sur l'amélioration concrète et réelle comme nous allons le voir au travers de la question des audits.

S'appropriier la construction des audits

Prenons l'exemple de la qualité. Plusieurs modalités d'organisation de sa prise en charge coexistent dans les pôles. Dans certains, un cadre supérieur est positionné en fonctionnel sur le pôle. Il est 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 cadre de santé qui sera référent pour cette question. La qualité est au centre de la certification et occupe un temps important aux différents niveaux de la hiérarchie : temps de *reporting* des indésirables *via* des logiciels, temps pour faire des simulations d'évaluation avant les revues de contrôle de la Haute Autorité de Santé, temps pour recueillir des informations en vue d'une analyse des pratiques. Les CPP ont tous dit l'importance qu'ils attachaient à la démarche qualité, certains ajoutant différents points à ceux figurant dans les audits des directions, afin de se situer au plus près des pratiques sur leur périmètre. Les jugements concernant le travail à faire à propos de la qualité varient selon les services et la volonté aussi d'exprimer un point de vue critique. Ainsi, si un interlocuteur d'un pôle des urgences met en avant la nécessité d'avoir des procédures rigoureuses, respectées et évaluées, les CPP rencontrés plusieurs fois et avec lesquels nous avons noué une relation de confiance, mettent l'accent sur « l'avalanche des demandes concernant la qualité et les procédures ». En effet, les cadres de santé sont constamment sollicités pour justifier l'activité mais aussi pour répondre à des demandes multiples de certification qualité. Ainsi, 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, Cancéropôle, Agence de sûreté nucléaire, Certification européenne. Chaque inspection insiste sur la dimension qualité et génère pour cela des procédures. A chaque relevé des informations pour une instance différente, la grille à remplir par l'équipe s'avère différente. Ceci permet de pointer le manque de dialogue et de préparation en amont par les différentes institutions évaluatrices. Si elles se coordonnaient, la charge de travail pour les équipes soignantes serait réduite. La CPP concernée juge cette absence de coordination inacceptable car elle fait 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.

Dans ce contexte, il s'agit bien de préserver le personnel. Les audits, la manière dont ils sont menés, leurs résultats sont en effet parfois problématiques pour les personnels. Nous avons rencontré des CPP que les évaluations de certification qualité laissent considérablement indignés. L'exemple suivant concernant l'évaluation de la qualité dans un hôpital parisien illustre les décalages entre évaluation par les procédures de certification et le travail réel accompli par les équipes.

¹¹ Idéal mis en évidence par Marie-Anne Dujarier dans *l'idéal au travail*, PUF, partage du savoir, 2006

Un des critères pris en compte dans les évaluations est la traçabilité de la douleur. Comment les équipes tracent et donc se préoccupent de la douleur des malades, en créant une mémoire de ses signes ; ceci afin de dispenser des antidouleurs. Dans un pôle, un des services est évalué comme surveillant la douleur pour 100% des malades mais pour un autre service du même pôle - celui de la réanimation - le chiffre qui le désigne est 50%. Ce résultat, en fait, s'explique par le fait que les médecins de ce service n'ont pas souhaité acquérir le logiciel qui permettait d'entrer certaines données nécessaires à l'évaluation. Ainsi, sur les tableaux, les indications montrent que la réanimation ne demande pas à ses patients d'établir l'échelle de leur douleur. Alors « qu'il est évident qu'ils le font » nous dira la CPP ; de fait, l'information est présente sur les relevés de transmissions (sur la pancarte au bas du lit) : « *Donc c'est pas écrit dans la bonne case ; pas au bon endroit... on s'est fait flinguer il y a deux ans et moi j'ai dit : attends ! bien sûr qu'on fait l'évaluation de la douleur ! C'est notre quotidien quoi... moi ça m'énerve qu'on me dise vous êtes nuls en escarre alors qu'il y en a 0 à l'étage c'est juste que ça rentre pas dans votre truc. Alors je ne vais pas critiquer tous les audits non plus mais on nous demande des trucs des fois c'est assez ridicule* » (CPP AP-HP). Cependant l'audit est loin d'être neutre quant à ses effets sur le personnel. La diffusion des résultats de l'audit participe régulièrement de la reconnaissance. La visualisation des évaluations par des couleurs attribuées aux résultats de chaque service selon des rubriques est un des ressorts pour encourager et valoriser ceux qui sont considérés comme appliquant bien les consignes ou à l'inverse les désigner à l'ensemble de la hiérarchie comme défaillant. Dans ce service, l'indicateur est au rouge ... Bien que le jugement de l'audit ne reflète pas les pratiques réelles, il est considéré sinon comme une forme de sanction, en tous cas comme une forme de non reconnaissance, qui peut participer de la démobilisation et de la frustration des personnels.

Autre exemple, celui des pompes morphine :

« *..Là, on a des pompes à morphine pour les petits jeunes drépanocytaires. Bon, y a un audit sur les pompes, qu'on appelle PCA pour savoir si on sait bien faire, donc nous on en utilise énormément, donc toutes les filles sont ultra formées. Là, il y a trois jours d'audit, ... et c'est des étudiants de l'école des cadres qui viennent. J'apprends qu'on est pas bon en PCA, alors là je dis : « merde c'est pas possible qu'est-ce qu'il y a eu encore ? ». Je vais voir les filles et je leur demande c'est quoi cette histoire de PCA ?*

Le premier point de l'audit, c'est vérification de l'identité du patient sur son bracelet... Ils ont audité 5 fois le même malade avec la même infirmière, donc la fille elle ne fait pas à chaque fois le bracelet d'identité ; c'est son patient qu'elle a de 7h du matin à 14h, elle va pas recommencer à chaque fois, et ben dans l'évaluation il y a eu vérification de l'identité du patient qu'une fois sur cinq. Parce que l'infirmière est entrée 5 fois dans la chambre : même patient, même infirmière, même journée et on se fait flinguer là-dessus ! C'est insupportable ! »

On perçoit dans cet extrait comment le résultat de l'audit est dans un premier temps pris très au sérieux et jugé inquiétant, voire incroyable par rapport à la connaissance que la cadre supérieure a des pratiques du terrain. On retrouvera les mêmes remarques dans d'autres services notamment en cancérologie ; les soignants perçoivent le fait de vérifier de manière formelle l'identité du patient - patient qu'ils connaissent bien pour le voir parfois plusieurs fois par semaine- comme antinomique avec l'effort qu'ils font pour construire un lien personnalisé avec les patients. L'audit ne laisse pas indifférent, il est chargé d'émotion car il

est une évaluation des pratiques et de la professionnalité, il est un jugement extérieur qui lui confère une sorte de neutralité ; le fait qu'il soit bâti sur des critères précis lui confère aussi une certaine objectivité et donc une légitimité. Une autre dimension renforce l'émotion, c'est le fait que le résultat soit ensuite diffusé dans l'équipe et au niveau des directions. Ce qui reste c'est le résultat, la désignation, indépendamment de tout ce qui l'entoure. Cette forte émotion est liée au fait que les résultats sont en contradiction avec la qualité du travail effectué. Il n'est alors pas possible de s'en servir pour encourager et reconnaître les équipes mais à l'inverse leurs efforts se traduisent par la diffusion d'une information tronquée. Le travail de l'encadrant se trouve donc complexifié car les soignants loin d'être apaisés ou contents du processus d'audit vont s'insurger contre cette forme d'évaluation et se démobiliser par rapport à ce qui est demandé. Si les cadres cherchent à s'appuyer sur les audits pour faire progresser les pratiques des équipes, on voit que ce lien entre évaluation et pratique est loin d'être toujours congruent. Ces défaillances sont vues par nombre de cadres supérieurs comme une absence d'aide ou de soutien dans leur travail, plutôt une complexité supplémentaire apportée par les directions dont elles dépendent.

On peut noter un autre effet pervers de l'audit. Dans la mesure où ce n'est pas l'esprit de la règle qui prévaut mais une application aveugle, cela confère un non-sens des modalités d'évaluation. Et cela conduit à décrédibiliser les normes aux yeux de ceux qui doivent les respecter.

Cet agacement et le rejet des audits précédemment cités ne signifient pas pour les cadres supérieurs une absence d'intérêt pour l'audit. Dans les différents services enquêtés, les cadres supérieurs de pôle ressentent eux-mêmes le besoin d'évaluer les pratiques de leurs unités « *Nous on fait des audits internes et ben ça vous voyez la non communication, on fait des audits mais on a jamais communiqué dessus : grosse erreur, on fait des audits sur l'hygiène des mains et des voies veineuses périphériques mais on s'en sert pour nous, mais c'est idiot une fois qu'on a fait ça il faudrait l'envoyer à la direction des soins, la direction qualité et tout pour leur montrer* ». Cette culture du faire apparaît éloigné des nouvelles pratiques du faire savoir. Ce qui est ainsi suggéré en filigrane c'est l'absence de confiance voire la déconsidération dont les cadres mais aussi les soignants se sentent affublés ...

Suite à cet audit, une communication est entreprise concernant les résultats ainsi qu'une formation. Un jugement non accepté par les infirmières, une formation qui va leur être faite pour redresser des pratiques qui ne sont pas défaillantes mais qui ont été mal jugées... on ne semble pas très loin d'un univers kafkaïen.

« Gâcher la vie », telle est la manière dont une autre CPP qualifie le poids des audits et l'absurdité potentielle des résultats. La qualité de vie au travail apparaît détériorée par le processus d'évaluation.

En conséquence ces décalages entre évaluations et réalité de l'activité sont problématiques dans un double sens : 1) elles déconsidèrent les salariés concernés pour ceux qui évaluent. Elles démotivent les salariées qui se sentent non reconnus et disqualifiés. 2) L'évaluation en ne prenant pas en compte le travail réel décrédibilise la démarche.

Les CPP orientent également le travail des équipes en se faisant le relais de l'institution mais en construisant aussi les priorités. Ils soutiennent les cadres de santé à la fois sur les questions de moyens comme la mise au budget d'achats de matériels pour répondre aux besoins, des transformations dans les implantations de service, la construction de liens avec les pôles

amont ou aval, les services fonctionnels afin de faciliter la mise en place de solutions nouvelles.

Une facette de l'aide apportée aux cadres de santé concerne la recherche de remplaçants. Les effectifs légalement indispensables pour assurer le maintien de l'activité varient suivant les types de service et le type de soins apportés. Très couramment les effectifs sont extrêmement tendus ainsi que de nombreux travaux ont pu le souligner (Bourret 2006, Acker 2012, Estryn Béhart, 2004)). La recherche de remplaçants peut représenter un gros investissement en temps de la part des cadres de santé lorsqu'elles viennent en renfort des cadres. Certains peuvent ainsi solliciter des infirmières en repos et les faire revenir en cas d'absence de l'hôpital ; même si cette démarche ne correspond pas au cadre légal, elle est très courante et représente une ressource pour palier aux difficultés du soin au patient.

c) une activité de care vis-à-vis du personnel.

Le prendre soin se décline sur différents registres : préserver, soutenir, aider. Une sorte de partition s'établit entre les cadres pratiquant une politique générale passant essentiellement par une intervention au niveau collectif et ceux qui interviennent de manière plus individuelle et donc personnalisée.

Les modalités du soutien par des démarches collectives

La démarche de soutien aux équipes suppose une vigilance forte concernant la mobilisation des membres de l'équipe. Pour construire cette unité du personnel les CPP jouent sur la construction d'une interconnaissance au sein du pôle des différents personnels. Les réunions collectives thématiques permettent de créer de l'interconnaissance entre les différents services parfois éloignés géographiquement. Les CPP veillent à les organiser dans les locaux des différents services. Certaines de ces réunions concernent spécifiquement les cadres de santé, d'autres sont plus générales pour l'ensemble des personnels. Un autre ressort de cette unification peut être un service de remplacement construit au sein du pôle lui-même. Des liens se construisent ainsi entre les personnels qui y travaillent et les membres des différents services. Le lien est parfois difficile à construire pour deux raisons. D'une part les pôles rassemblent de très gros effectifs éloignés parfois géographiquement, d'autre part ils concernent des spécialités et des cultures spécifiques.

Il en est ainsi du rapprochement entre les services d'aigu (ex : la réanimation) et ceux de soins de suite (ex un EPHAD) ; les CPP relèvent combien les temporalités du soin et de l'intervention sont différentes, les relations au patient construites sur des bases différentes (patient endormi, *versus* patient avec lequel les interactions sont nombreuses et problématiques). Les connaissances techniques mises en œuvre sont également parfois éloignées.

Le management déambulatoire, forme personnalisée du soutien

Les cadres de pôle pratiquent aussi ce que l'on peut nommer le *management déambulatoire* ; et cette démarche systématique et pensée, organisée, constitue en soi une forme de management spécifique, plus individualisée, reposant sur les relations interindividuelles. Cela suppose d'établir une interconnaissance des personnels et de leur activité de travail par le biais de déplacements réguliers. Ceux-ci disent combien il est utile d'être vigilant et de prendre soin des personnels. Pour être en contact avec les équipes la plupart privilégient les

visites dans les services à des rythmes réguliers ; certains jours de la semaine, les personnels savent que la CPP visitera leur service. Cela permet de ménager des rencontres, de favoriser la connaissance des personnes et des problèmes rencontrés par les équipes ou certains personnels. Il ne s'agit donc pas d'un encadrement permanent direct mais plutôt d'un recours, d'un appui éventuel.

Cette vigilance peut prendre des formes d'aide très personnalisées concernant certains cadres de santé qui rencontrent des difficultés dans leur vie personnelle ou dans leurs relations avec des soignants. Les cadres paramédicaux interviennent pour leur venir en aide concrètement, les conseiller, leur suggérer des appuis. Ils proposent parfois aux personnels en très grande difficulté d'effectuer une mobilité. Ils contribuent ainsi à lever des tensions quand les cadres de santé sont trop débordés pour faire face dans la continuité¹².

3- Construire des projets, rechercher des solutions

La position de direction des CPP suppose qu'ils réfléchissent et conduisent les transformations organisationnelles. L'initiative de ces transformations peut être le fait de la direction de l'hôpital. Le pôle décide également en autonomie un certain nombre de transformations. Les objectifs et dimensions de ces projets sont très variés (réimplantation des services, reformatage d'un pôle avec l'insertion d'un nouveau service, changement d'organisation).

La décision d'un changement émerge par étapes. Elle correspond à un besoin repéré par des médecins qui exposent le problème à la direction de l'hôpital afin de décider d'un changement. Si les projets sont le plus souvent à l'initiative des chefs de pôle et des chefs de service en lien avec le projet médical, la mission des CPP est de les mettre en place et les faire avancer. L'apport du CPP est aussi de porter un regard différent de celui des médecins sur les projets, ce qu'une CPP qualifiera de « *truc tout bête* » ou « *de petites choses comme ça* ». En voici deux exemples :

La mise en place de ce qu'un médecin considèrera comme un petit changement peut dans les faits avoir un impact sur les équipes qu'il mesure mal. La CPP intervient alors pour proposer des étapes dans le changement. Ainsi une CPP explique que le déménagement d'un service a posé problème du point de vue du secrétariat car la secrétaire se retrouve être certains jours sur un site et certains jours sur un autre. Le chef d'un des services concernés a constaté un important retard dans le courrier et a interpellé la cadre supérieure en lui proposant de demander un demi poste de plus. La CPP a posé le problème de manière différente et a négocié un délai de 15 jours avec le responsable du service concerné pour trouver une solution. Celle-ci a consisté en répartition différente des temps de travail de la secrétaire. Ainsi son intervention a conduit à ne pas demander de poste en plus.

Autre exemple

« Dans le bout du couloir, il faut un ordinateur ; oui, mais il n'y a pas de borne wifi. Donc, il faut faire autrement. Ça paraît dérisoire, mais mon boulot, c'est de faire en sorte que quand ils seront dans cette salle de réunion, ils aient un ordinateur sur réseau. Maintenant, à moi de

¹² Pour une illustration du rôle de l'encadrement supérieur dans la formation des cadres de santé sur un hôpital, cf. V. Anatole-Touzet et E. Gloaguen, Management du pôle : une nouvelle place pour les cadres ? in T. Nobre et P. Lambert, 2012, *Le management de pôles à l'hôpital, regards croisés, enjeux et défis*, 145-163.

lui dire : vous n'allez pas pouvoir l'avoir en permanence, parce qu'il faut qu'on installe un système, il n'y a pas de borne wifi... » (CPP CHU Ouest). Le regard pratique sur les faisabilités matérielles fait partie de ses compétences.

Le CPP construit aussi les compromis qui permettront de satisfaire plusieurs acteurs. Ainsi concernant le recrutement les demandes des médecins doivent être articulées avec celles de la direction des soins, de la DRH.

La CPP participe aussi aux arbitrages en terme de budget en coopération avec le chef de pôle. *« L'équipement médical : une fois par an, on fait un choix... Ils ont toujours plein d'idées, et c'est normal, c'est inhérent à notre travail. Sauf qu'au bout du compte, il n'y a que, par exemple, 25 000 euros. On a un bureau de pôle où on fait des priorisations. Et forcément, de leur point de vue, tout est indispensable et urgent. Et on prend des décisions. Pour le coup, on les écoute et en général, c'est le chef de pôle et moi qui tranchons, avec la participation de notre assistante de gestion »* (CPP CHU Ouest).

Rechercher des solutions à différents problèmes humains et matériels mais également conduire des projets : en cela leur regard est comme celui des cadres de santé tourné vers l'activité de travail. Cependant, à la différence des cadres de santé, les directions paramédicales de pôle ressentent la nécessité et ont la volonté de porter 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 »* (AP-HP oncologie). L'existence d'une concurrence entre les différents établissements fait désormais partie du paysage et de la manière dont les CPP considèrent leur rôle.

Comme on peut ainsi le comprendre, les CPP, à la différence des directeurs de soin sont des cadres supérieurs immergés dans les réalités quotidiennes ; ils sont les soutiens des équipes dans différentes temporalités, au quotidien comme sur des projets. Une CPP insistait notamment sur le fait que cette immersion au plus près des problèmes à résoudre les expose beaucoup au niveau émotionnel car ils sont immergés dans la recherche de solutions avec des acteurs aux intérêts et aux représentations divergentes voire parfois contradictoires. De fait, les entretiens révèlent un fort investissement dans les orientations, les points de vue critiques sur le management à l'hôpital s'accompagnent toujours d'une volonté de trouver des alternatives ou des réponses aux problèmes.

Conclusion

Les CPP ont un rôle stratégique pour rendre efficiente la politique d'un établissement. En tant qu'animateurs des différentes transformations à l'œuvre dans le quotidien et dans les projets de plus longs termes, leur rôle est essentiel pour donner du sens au travail des équipes. Tout en effectuant le travail de transmission des orientations, ils sont amenés à reformuler, orienter les pratiques. Ils travaillent parfois en grande tension et cherchent à construire une homogénéité des discours et des pratiques des intervenants extérieurs évaluateurs.

Cette fonction au plus près de l'activité des équipes s'accompagne de fortes charges de travail. La multiplicité des questions sur lesquelles ils doivent intervenir, les conduit à

apprendre à gérer les priorités et à organiser les demandes multiples s'accompagnant de pressions temporelles.

La proximité avec le terrain suppose la connaissance des problèmes mais aussi des personnes. On note des styles de management différents, certains étant plus axés sur la relation individuelle de proximité, un management *déambulatoire*, d'autres mettant l'accent sur des réunions collectives pour informer, créer du lien et de l'interconnaissance au sein du pôle. Les CPP apparaissent comme ressource potentielle pour cerner les situations et problèmes concrets rencontrés par les équipes. De fait, à la demande des cadres de santé le souhaitant, les CPP interviennent comme une ressource : les écouter, les aider, prendre avec eux la responsabilité des décisions.

Bibliographie

- Acker F., 2012, Les infirmières hospitalières. Une segmentation du travail, une diversification des emplois et métiers. In : un groupe professionnel aux multiples facettes, les infirmières, *Sociologie et santé*, n°35, 59- 78.
- Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livian Y., 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil.
- Benguigui G, Monjardet D., 1985, *Travail et culture dans l'analyse des classes moyennes*, Roubaix, Edires.
- Benguigui G, Monjardet D., 2016, *Les classes moyennes en débat*, Presses universitaires de Paris-Ouest.
- Berard E., 2013, Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique : une analyse en termes de contrôle de gestion », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 4, Vol. 31, 187-205.
- Bercot R. Waelli
- Bercot R, Mathieu-Fritz A., 2008, *Le prestige des professions et ses failles. Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues*, Paris, éd. Hermann, collection société et pensées, 2008.
- Bercot R., 2010, « Hôpital, petits arrangements avec les règles », in *La santé, un enjeu de société*, Catherine Halpern (coord.), Éditions Sciences humaines, 108-114.
- Boltanski L., 1982, *Les cadres, la formation d'un groupe social*, Seuil, 524p.
- Bouffartigue P., 2001, *Les cadres. Fin d'une figure sociale*, Paris, La Dispute.
- Bouffartigue P., Gadea C., 2000, *Sociologie des cadres*, La Découverte, Repères, Paris.
- Bourret P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Paris : Seli Arslan.
- Bourret P., 2008, Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible», *Revue française d'administration publique* /4 (n° 128), 729-740.
- Bourret P., 2011, *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital*, Pari, Séli Arslan.
- Bréchat Pierre-Henri et al., 2010, « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en oeuvre d'une politique de santé publique », *Santé Publique*, /5 Vol. 22, p. 571-580.
- Clot Y., 2009, *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF
- Divay S., Gadea C., 2008, Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, 4, 128, 677-687.
- Domy P., Moulin G., Frechou D., Martinea F., Müller C., 2013, *Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, mission confiée mai*. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT - Bilan et evaluation des poles.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_-_Bilan_et_evaluation_des_poles.pdf) (consulté le 25 juillet 16)
- Estry-Behar M., 2004, *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Etude PRESST-NEXT, Partie 1.
- Hoarau G. Dumas C., 2015, chapitre dans : sous la direction de Béatrice Fermon et Philippe Grandjean, *Performance et innovation dans les établissements de santé* », Dunod.
- Feroni I., Kober-smith A., 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, 46-3, 469-494.

Fray Anne-Marie, 2009, Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs, *Management & Avenir*, 8 - 28, 142-159.

Freidson E., 1970, (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.

Hoarau G. et Dumas C., 2015, « Le cadre paramédical de pôle. Un acteur pionnier dans le changement hospitalier », *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Dunod, pp. 333-352.

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.

Moisdon J-C., 2012, Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation, *Droit et société*, 1, 80, 91-115.

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, *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences*. Thèse.

Reynaud J.D., 1989, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin.

Stanislas J.L., D. Charniguet, 2011, Cadre soignant de pôle : expériences MCO/psychiatrie *Questions hospitalières*, 503, 115-123.

Sudreau P. et Nizard R., 2014, « Coopération interne et T2A dans les établissements de santé. Expérience de pôle. Le cas du Groupe Hospitalier Saint-Louis Lariboisière Fernand Widal », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2, 32, 145-152.

Valette A., Burelier 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, 116 : 4-13.

Vallet G. 2012, préface in T. Nobre et P. Lambert, Le management de pôles à l'hôpital, regards croisés, enjeux et défis, III à VIII.