

**Entre fonctions et statuts,
les relations hiérarchiques
dans les établissements
de santé**

NICOLAS JOUNIN
LOUP WOLFF

Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé

NICOLAS JOUNIN
Centre d'études de l'emploi

LOUP WOLFF
Centre d'études de l'emploi

*Cette recherche a été financée par la Direction de la recherche, des
études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), au sein du
ministère de la Santé et des Solidarités.*

ISSN 1776-2979
ISBN 2-11-096188-0

Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé

Nicolas Jounin, Loup Wolff

RESUMÉ

Ce travail vise à approfondir la connaissance des formes de hiérarchie, d'autorité et d'encadrement dans les hôpitaux, à partir d'un travail de terrain qualitatif et de l'enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé réalisée en 2003 par la Drees¹.

Les premières exploitations de l'enquête statistique ont mis à jour un paradoxe intéressant : elles montrent que les actifs hospitaliers sont moins nombreux à déclarer « avoir un ou plusieurs salariés sous leurs ordres ou leur autorité » (par rapport aux déclarations relevées dans l'enquête Conditions de travail 1998 de la Dares) et que pourtant les « contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie » sont plus fréquemment ressentis par l'ensemble des salariés. En d'autres termes, il y aurait moins de chefs et plus de contrôles hiérarchiques à l'hôpital. Voilà qui invite à réexaminer la notion de « hiérarchie ».

De même, l'examen des réponses des différentes professions à la question des responsabilités hiérarchiques (« Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ? ») invite à investiguer les relations de pouvoir dans les établissements de santé. De manière attendue, les cadres infirmiers répondent massivement positivement. Mais, à côté de ces derniers, la moitié des médecins et un quart des infirmiers estiment être aussi concernés. Il s'agit là de proportions délicates à interpréter, ni écrasantes ni négligeables, dont on peut se demander si elles re-

présentent bien une réalité, ou si elles signalent plutôt l'embarras des personnes face à une question qui interroge leur rapport au pouvoir dans l'organisation hospitalière, sans parvenir à en décrire les modalités de manière satisfaisante.

De ces deux axes de travail et de l'association de deux techniques d'enquête (statistique et ethnographique²) est issue cette recherche qui ne s'intéresse à aucune catégorie professionnelle en particulier, mais aux relations hiérarchiques que tous les types de personnel entretiennent entre eux.

Avant de nous intéresser au commandement en lui-même, il a fallu essayer de comprendre l'organisation hiérarchique des fonctions et des statuts. Il est apparu que la rigueur apparente liée au cadre formel des professions réglementées n'implique pas nécessairement que la répartition des tâches et de la reconnaissance soit partout la même. Certes, les membres des professions réglementées font partout un travail similaire (malgré des glissements de tâches, notamment dans le privé). Mais il apparaît que plus les catégories professionnelles sont basses, plus leur activité est floue, ou bien susceptible d'être modifiée au gré des arrangements locaux ou des choix des responsables hiérarchiques. Les catégories les plus basses n'ont cependant pas le monopole de la déconnexion entre fonction et statut, comme le montrent les exemples des médecins à diplôme étranger employés par l'hôpital

public ou bien les cadres infirmiers non diplômés de l'hôpital privé.

Néanmoins, les métiers les plus directement liés au soin restent les moins affectés par des changements dans leurs statuts ou dans leurs fonctions. Ceux touchant à l'hôtellerie en revanche (nettoyage, restauration...), de plus en plus sous-traités (surtout dans le privé), connaissent des réorganisations importantes, tandis que le statut de sous-traitant instaure un critère hiérarchique supplémentaire. Les phénomènes d'externalisation et leurs implications ne peuvent être saisis que par l'enquête ethnographique, car ils n'apparaissent pas dans le questionnaire de l'enquête Drees, dont l'échantillon a été constitué à partir de données issues de remontées administratives fournies par les employeurs (c'est-à-dire les établissements de santé).

Une fois cette mise au point faite sur la hiérarchie, conçue comme système inégalitaire de distribution des tâches, des biens et des honneurs, il est possible de s'intéresser aux relations de pouvoir. Il apparaît que la question : « Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou sous votre autorité ? » embrasse plusieurs formes des relations de pouvoir observables à l'hôpital. Une partie des réponses positives à cette question s'identifie à des relations d'encadrement. Au vu des résultats de l'enquête, on a choisi de distinguer, à l'intérieur de ces relations, deux formes distinctes de l'encadrement : la surveillance et la gouvernance.

La surveillance, identifiable aussi bien dans les statistiques que sur le terrain, consiste dans le contrôle quotidien de l'exécution du travail par les personnels. Elle revient, principalement, aux cadres de proximité, c'est-à-dire à ceux qui n'ont que des exécutants

¹ Cf. R. Le Lan, D. Baubeau, *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, Etudes et Résultats, n° 335, août 2004.

² Le travail ethnographique a consisté en deux monographies de services de cardiologie, dans deux hôpitaux différents de la région parisienne, l'un public et l'autre privé lucratif. L'enquêteur est resté six semaines dans chacun, notant ses observations sur un journal de terrain et interviewant en tout 119 personnes.

sous leur responsabilité. Leur pouvoir s'exerce sur un territoire strictement délimité et sur des personnes clairement identifiées comme leurs subordonnés. La *gouvernance* est moins visible dans le terrain ethnographique (centré sur des services hospitaliers et remontant peu à la source des politiques d'établissement) et davantage à partir du travail statistique. Il s'agit d'une forme d'encadrement plus lointaine, fondée sur la définition d'objectifs et de procédures. Tandis que la surveillance porte sur le travail *tel qu'il se fait*, la gouvernance porte sur le travail *tel qu'il doit se faire*.

Mais ces notions de surveillance et de gouvernance ne permettent pas de décrire complètement les relations de pouvoir observées aussi bien dans l'enquête statistique que sur le terrain ethnographique, notamment entre médecins et infirmiers ou entre infirmiers et aides-soignants. C'est sans doute pour cette raison que ces catégories d'actifs semblent ambivalentes dans leurs réponses au questionnaire. Tandis que, parmi les personnes déclarant donner des ordres, les « gouvernants » et les « surveillants » sont aisément identifiables statistiquement, les médecins et les infirmiers sont particulièrement représentés dans deux autres catégories, nommées « experts » (car ils semblent tirer leur autorité de leurs savoirs et savoir-faire et non d'une position institutionnelle de responsable) et « autres » (faute de traits suffisamment homogènes pour trouver un terme adéquat). Nous avons donc tenté de décrire ces relations de pouvoir qui ne sont pas d'encadrement, en signalant qu'elles sont porteuses d'une autorité restreinte, et en reprenant les termes médico-légaux qui les instituent.

Il y a d'une part la relation de *prescription*, entre médecins et infirmiers. Il s'agit d'une relation entre deux professions indépendantes mais hiérarchisées. C'est une relation de commandement

entre deux catégories définies abstraitement : par leurs prescriptions, les médecins dictent une partie de l'activité des infirmiers, ils s'adressent au corps infirmier, et non à des individus en particulier. C'est à la hiérarchie soignante d'organiser concrètement la manière dont les infirmiers obéissent aux prescriptions médicales. L'autorité des médecins est donc théoriquement circonscrite. Dans la réalité, l'étendue de la subordination des infirmiers aux médecins est l'objet de négociations constantes. L'implication des médecins apparaît différente selon qu'ils sont salariés dans le public ou libéraux dans le privé : dans le premier cas, leurs statuts et leurs zones de responsabilité sont à peu près réglementés et délimités ; dans le second, les situations sont plus diversifiées, allant d'une quasi-indifférence vis-à-vis de la marche du service jusqu'à un contrôle omniprésent.

Il y a d'autre part la relation de *délégation*, entre infirmiers et aides-soignants, qui semble moins subir d'altérations selon que l'on est dans le privé ou dans le public. Ici, la hiérarchie scinde une même catégorie professionnelle : les aides-soignants sont, d'un point de vue légal, des « sous-infirmiers », qui travaillent « en collaboration » mais « sous la responsabilité » des infirmiers. Ces formulations ambiguës n'explicitent pas s'il est légitime ou non que les infirmiers donnent des ordres aux aides-soignants ou contrôlent leur travail, ce qui n'est pas sans créer des malentendus et des conflits dans le quotidien des services. Le questionnaire Drees montre que les aides-soignants sont en moyenne plus âgés et plus anciens que les infirmiers, ce qui peut accentuer encore les tensions, car la supériorité hiérarchique des infirmiers ne se superpose pas, comme le voudrait une logique de métier traditionnelle, à une plus grande expérience.

L'examen des relations hiérarchiques dans les établissements de

santé se heurte ainsi à la multiplicité des hiérarchies et à la complexité des modalités selon lesquelles ces hiérarchies opèrent. Les évolutions récentes – tant celles impulsées par les politiques publiques en matière de réorganisation de l'activité hospitalière que celles imputables aux changements démographiques – affectent de manière différenciée ces différentes formes de relations de pouvoir. Il semble notamment que les réformes en cours, portant une attention particulière aux objectifs gestionnaires des établissements de santé, participent à la valorisation des fonctions de *gouvernance* et à la relégation de la *surveillance*. Cette redéfinition s'opère non seulement au travers de la concentration de ces fonctions autour de postes dédiés (avec notamment les futurs chefs de pôle), mais aussi par la réorientation de certaines positions selon ces problématiques (évolution des missions confiées aux cadres de santé). La *prescription* et la *délégation* participent de ces innovations organisationnelles, puisqu'il semble qu'un objectif supplémentaire des politiques publiques soit à l'hybridation de ces relations de pouvoir avec les principes de la *gouvernance* : responsabilité de la gestion des pôles laissée à des médecins, contrôle accru de la gestion – par service – des ressources matérielles, etc.

Dans ce contexte de reconfiguration des responsabilités hiérarchiques, on comprend mieux l'embarras des enquêtés face à une question qui interroge leur engagement dans des relations de pouvoir. Avec la « protocolisation » de l'activité hospitalière, les modalités d'intervention des gouvernants se multiplient, sans que leur nombre s'accroisse nécessairement. Voilà qui explique comment le poids de la hiérarchie et des consignes de travail se fait plus sentir, alors même que les chefs semblent moins nombreux.

Sommaire

Introduction générale	7
1. Problématique	7
1.1. <i>Relations hiérarchiques et relations de pouvoir : une même réalité ?</i>	7
1.2. <i>La hiérarchie à l'hôpital</i>	8
1.3. <i>Réformes de l'hôpital et recompositions hiérarchiques : une convergence entre public et privé ?</i>	10
1.4. <i>Contexte général de l'enquête qualitative</i>	11
2. Méthodologie	13
2.1. <i>Prendre l'hôpital comme unité et non la profession</i>	13
2.2. <i>Choix des sites et récolte des données pour l'enquête qualitative</i>	15
2.3. <i>L'enquête qualitative</i>	18
3. Organisation du rapport	20
Chapitre 1. Fonctions et statuts : qui fait quoi, et à quel titre ?	21
<i>Du travail prescrit au travail réel : un écart qui prend une dimension particulière dans le cas de professions réglementées</i>	21
<i>Des statuts et des fonctions</i>	23
1. Structure des professions dans les établissements de santé	24
2. Tâches réglementées, tâches résiduelles : quand le règlement ne répond qu'imparfaitement à la question « qui fait quoi ? »	26
2.1. <i>Pour les mêmes statuts, des fonctions diverses</i>	26
2.2. <i>L'allocation des tâches non réglementées</i>	27
3. Variations autour des glissements de tâches	30
3.1. <i>Les glissements de tâches ne sont plus tolérés</i>	31
3.2. <i>Il reste pourtant difficile de fonctionner sans glissements de tâches</i>	33
3.3. <i>La fin des glissements de tâches peut être vécue comme une « régression »</i>	34
4. Exercer une fonction sans statut correspondant	39
4.1. <i>Le cas des médecins à diplôme hors Union européenne</i>	39
4.2. <i>Cadres diplômés et cadres promus, les incertitudes de l'encadrement infirmier</i>	43
4.3. <i>Les enjeux noués autour des « flous » réglementaires</i>	48
5. « Cœur du métier » hospitalier et extenalisation : les implications de la sous-traitance	48
5.1. <i>La sous-traitance à l'hôpital, les statistiques et le droit</i>	48
5.2. <i>Les difficultés de mesure que l'externalisation pose aux enquêtes statistiques</i>	50
5.3. <i>Une transformation des métiers et des carrières</i>	53
5.4. <i>Une externalisation (sous contrôle) de la gestion du personnel</i>	56
5.5. <i>À la fois proches et lointains : les personnels sous-traitants vis-à-vis des personnels de l'hôpital</i>	60
Chapitre 2. Une relation de pouvoir classique : l'encadrement	63
<i>Une forme possible des relations de pouvoir : l'encadrement</i>	63
<i>Deux formes distinctes de relations d'encadrement : la surveillance et la gouvernance</i>	64
1. Les « chefs » dans les établissements de santé	65
1.1. <i>Des « chefs » à toutes les professions</i>	65
1.2. <i>Des chances supérieures d'accéder aux responsabilités hiérarchiques dans le privé</i>	68
2. La surveillance dans les services	70
2.1. <i>Définition et illustration de la surveillance</i>	71
2.2. <i>Le cadre infirmier et les soignants</i>	75

2.3. Les autres fonctions du cadre infirmier : anciennement référent en soins, bientôt « gouvernant » ?	81
2.4. Subordination des médecins salariés contre insubordination des médecins libéraux ? ...	83
2.5. Quelques remarques sur l'encadrement et les rapports sociaux de sexe	86
3. Qui surveille et qui gouverne dans les établissements de santé ?	91
3.1. Une tendance au cumul des types de responsabilité hiérarchique.....	92
3.2. Identification des classes de chefs	93
3.3. Des gouvernants et des surveillants.....	94
3.4. Vers d'autres formes de relations de pouvoir ?	96
3.5. Les non-chefs	98
Chapitre 3. Prescription et délégation, deux formes d'autorité restreinte.....	101
1. Commander sans encadrer ?	101
1.1. Conséquences d'une erreur sur le travail	101
1.2. Les contraintes de rythme.....	102
1.3. Des encadrants aux chefs non encadrants.....	103
2. La prescription : les médecins et les infirmières	105
2.1. Deux professions séparées et inégales liées par une relation de prescription	105
2.2. Une autorité circonscrite	107
2.3. La transmission des consignes médicales.....	109
2.4. Une prépondérance des médecins, mais ressentie et exprimée différemment	112
2.5. Le partage des zones de responsabilité entre les médecins et les cadres infirmiers	113
3. La délégation : les infirmières et les aides-soignantes	116
3.1. Une autorité instable	117
3.2. Âge des infirmières, âge des aides-soignantes : la logique de métier renversée.....	118
Conclusion générale.....	121
Les relations hiérarchiques doivent être distinguées des relations de pouvoir.....	122
Cette distinction permet de comprendre qu'il puisse y avoir moins de « chefs » et plus de pression hiérarchique.....	123
Divergences persistantes et convergences à venir entre public et privé	123
Bibliographie.....	124
Tableaux et graphiques.....	127

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. PROBLÉMATIQUE

La recherche présentée ici est une des « post-enquêtes » financées par la Drees³ dans le prolongement de l'enquête *sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé*, interrogeant 5000 personnes en 2003. Dans ce travail, il s'agissait de mettre l'accent, aussi bien dans le traitement du questionnaire qu'à travers un travail de terrain qualitatif, sur les spécificités des relations hiérarchiques dans les établissements de santé.

L'enquête avait pour point de départ un paradoxe : les actifs hospitaliers sont moins nombreux à déclarer « avoir un ou plusieurs salariés sous leurs ordres ou leur autorité » (par rapport aux déclarations relevées dans l'enquête *Conditions de travail* 1998 de la Dares⁴) et, pourtant, les « contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie » sont plus fréquemment ressentis par l'ensemble des salariés. Ce paradoxe ne devait pas enfermer notre problématique, mais il la stimulait. Plusieurs interrogations en émergeaient : ces deux questions sont-elles symétriques, alors qu'il est question d'encadrement dans la première et de « hiérarchie » dans la seconde ? La hiérarchie peut-elle se réduire à des ordres, une autorité, des contrôles ou de la surveillance ?

1.1. Relations hiérarchiques et relations de pouvoir : une même réalité ?

Il n'est pas facile, en sociologie, de définir la hiérarchie. Selon une première définition, la hiérarchie est « ordre et subordination des personnes selon une série telle que chacun soit supérieur et/ou inférieur aux autres degrés » (Ansart, 1999). Selon une autre, la hiérarchie classe des groupes « sur une échelle orientée ; l'orientation est définie par des valeurs ; ces valeurs sont reconnues par les intéressés à tous les échelons : une hiérarchie est explicitée dans une idéologie reçue » (Baechler, 1999). Ces définitions diffèrent sensiblement, mais se rejoignent sur l'idée d'une distribution inégalitaire des biens et des pouvoirs qui prend sens relativement à une certaine codification. Cette idée de codification est importante : il faut que « chacun soit supérieur et/ou inférieur aux autres degrés », dit la première définition, c'est-à-dire qu'il ne peut exister de cas litigieux ou flottants, chacun doit pouvoir être classé dans une succession discontinue de statuts ; et il faut, dit la seconde définition, que le classement résultant de la hiérarchie soit explicite et justifié relativement à un système de valeurs.

Si la hiérarchie est difficile à définir, elle prend de la consistance en se distinguant des notions de stratification et d'inégalités sociales : tandis que ces dernières sont des outils forgés par les sociologues pour rendre compte *a posteriori* d'une distribution globale des biens et des pouvoirs, la hiérarchie est établie par les acteurs eux-mêmes, préalablement à toute reconstitution scientifique. « Tandis que l'inégalité désigne d'une manière générale le produit d'une comparaison objective entre des situations de fait éventuellement indépendantes l'une de l'autre, la hiérarchie désigne toujours un lien de droit. C'est dire que l'inégalité qui résulte de ce lien a une signification particulière : il s'agit d'une relation, et non pas seulement d'une situation, inégalitaire ; et il s'agit d'une inégalité instituée par le droit, et non pas d'une situation de fait ignorée ou combattue par lui » (Supiot, 2002 : 115).

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (au sein du ministère de la Santé et des Solidarités).

⁴ Direction de l'animation de la recherche et des études statistiques (au sein du ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement).

De ce fait, toute hiérarchie est nécessairement un *système*, c'est-à-dire que les différents groupes qui la constituent ne peuvent exister indépendamment des autres. Leur existence, de même que les frontières de leurs pouvoirs et de leurs ressources, sont cohérentes avec celles des autres groupes : il y a à la fois séparation et complémentarité. À propos de la société indienne, Louis Dumont écrit ainsi que « *la réalité conceptuelle du système est dans l'opposition, et non dans les groupes qu'elle oppose (ce qui rend compte du caractère structural de ceux-ci, caste et sous-caste étant la même chose vue de points de vue différents)* » (Dumont, 1979 : 317). C'est aux « *formes hiérarchiques* » conçues de cette manière que s'intéressent François Eyraud et Patrick Rozenblatt (1994) lorsqu'ils analysent les compromis présidant à la codification du « *travail et [des] salaires dans neuf pays industrialisés* ». On désignera donc par hiérarchie un système d'affectation des individus à des places ; un système codifié et inégalitaire, qui ne distingue pas seulement les individus selon leurs fonctions ou leurs attributs, mais aussi selon la valeur qui leur est conférée. Si, comme l'écrit A. Supiot, la hiérarchie est une relation, puisque les catégories sont relatives et n'ont de sens que les unes par rapport aux autres, cela n'implique pas nécessairement que cette relation soit une relation de pouvoir. Selon L. Dumont, « *il faut distinguer deux choses bien différentes : d'une part l'échelle des statuts (...) que j'appelle hiérarchie, et qui n'a rien à voir avec le fait du pouvoir, de l'autre la distribution du pouvoir, économique et politique, qui est très importante en fait, mais est distincte de, et subordonnée à, la hiérarchie* » (Dumont, 1979 : 317)⁵.

Si l'on est placé, au sein d'une organisation productive quelconque, en situation de supériorité hiérarchique (ce qui se manifeste notamment par des indices de rémunération), cela ne garantit cependant ni d'occuper une fonction d'encadrant ni d'être obéi par les membres de catégories inférieures⁶. Autrement dit, celui qui est réputé valoir plus dans un système hiérarchique ne répondrait pas forcément « oui » à la 21^e question de l'enquête Drees : « Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou sous votre autorité ? ». On observe ainsi que les médecins sont davantage rémunérés que les cadres infirmiers (sur les salaires dans les établissements de santé, cf. Collet, 2005) – la grille des salaires étant un élément de codification de la hiérarchie élémentaire mais décisif. Pourtant, 50 % des médecins seulement déclarent avoir un ou plusieurs salariés sous leurs ordres, contre 90 % des cadres infirmiers. Le statut hiérarchique n'est donc pas directement corrélé à l'occupation d'une fonction d'encadrement.

Néanmoins, on ne peut penser pour autant que la hiérarchie n'a aucun effet en termes de pouvoir (faculté d'agir) et d'autorité (faculté de fonder l'action de quelqu'un d'autre). Et si, comme beaucoup d'acteurs l'expriment sur le terrain, les médecins ont plus de pouvoir que les cadres infirmiers, c'est que le pouvoir dans les organisations hospitalières ne se laisse pas saisir uniquement par la question des ordres qui sont donnés ou de l'autorité qui est formellement exercée. Les professions de l'hôpital procèdent hiérarchiquement de la profession médicale – quand bien même a émergé, d'elles-mêmes et pour elles-mêmes, un encadrement spécifique.

1.2. La hiérarchie à l'hôpital

L. Dumont tente d'approfondir son analyse de la hiérarchie de cette manière : « *Je crois que la hiérarchie n'est pas dans l'essentiel une chaîne de commandements superposés, ou même d'êtres de dignité décroissante, ni un arbre taxinomique, mais une relation qu'on peut appeler succinctement l'englobement du contraire*⁷. (...) *Je crois que la formulation la plus claire est obtenue en distin-*

⁵ Dumont dit ainsi reprendre la distinction weberienne entre les « *groupes de statut* » [*Stand*] qui revendiquent un certain honneur, un certain prestige, et les classes, fondées sur la distribution du pouvoir économique et politique.

⁶ Nous parlons donc ici de domination, au sens de Max Weber, qui la définit comme « *chance, pour des ordres spécifiques (ou pour tous les autres), de trouver obéissance de la part d'un groupe déterminé d'individus* » (Weber, 1995 : 287-288).

⁷ Dumont l'illustre ainsi : « *Le meilleur exemple que j'aie trouvé est biblique. C'est, au premier livre de la Genèse (ch. 2), le récit de la création d'Eve à partir d'une côte d'Adam. Dieu crée d'abord Adam, soit l'homme indifférencié, proto-*

quant et combinant deux niveaux : au niveau supérieur il y a unité ; au niveau inférieur il y a distinction, il y a, pouvons-nous dire comme dans le premier cas, complémentarité ou contradiction » (Dumont, 1979 : 397-400). La proposition a une ambition d'applicabilité générale qui peut être discutée ; mais elle a pour les métiers de l'hôpital une résonance particulière.

Le métier infirmier a procédé de la profession médicale : il appartient, avec d'autres, au champ du « paramédical », selon une formulation qui dit bien la dépendance de ces métiers vis-à-vis de la médecine (Freidson, 1984). Puis le métier aide-soignant a procédé du métier infirmier – dont on peut considérer, avec le temps, avec la formalisation croissante des tâches infirmières dont certaines relèvent d'un « rôle propre », avec également la constitution d'associations corporatistes et la sanction étatique, qu'il est devenu une profession. À chaque fois, la catégorie inférieure procède de la supérieure ; elle se définit par rapport à elle, et non l'inverse. Elle se trouve non seulement dans une relation de subordination, mais aussi d'inclusion. Ces catégories ne sont pas leur propre référent : c'est la catégorie supérieure qui joue ce rôle.

Sans doute les choses ont changé, du moins pour les infirmières : l'institution d'un diplôme d'État et d'un rôle propre a favorisé l'autodéfinition de leur métier, revendiquée lors du mouvement de 1988-1989 (Kergoat *et al.*, 1992). Elles disposent désormais d'une hiérarchie propre, partiellement indépendante de la hiérarchie médicale. La complexité des relations hiérarchiques en hôpital aujourd'hui provient précisément de ce décalage entre une origine commandée par la médecine et une autonomisation qui ne dément pas complètement la dépendance initiale.

Nous nous démarquerons ici de l'approche traditionnelle de la sociologie des professions (initiée par Hughes [1971] et Becker *et al.* [1961] pour les métiers de la santé). Nous ne nous intéresserons pas spécifiquement à la façon dont les différents acteurs négocient leurs places respectives dans la chaîne de soins par des pratiques de *lobbying* et des discours légitimateurs. Nombre de recherches sur la santé ont pu en effet montrer comment les professions médicales et paramédicales se sont progressivement constituées, les unes par rapport aux autres, dans un mélange de subordination, de collaboration et d'antagonisme, comment des tâches disparates sont devenues des métiers et comment des métiers sont devenus des professions, défendues par des définitions réglementaires et des droits d'entrée. Dans la présente étude, il s'agira d'observer, à un moment donné de ce « mouvement perpétuel » de redéfinition des métiers, la manière dont interagissent en situation, au sein des services mêmes, les membres des différentes catégories professionnelles. Il s'agit notamment d'essayer de comprendre comment s'articulent hiérarchie et pouvoir, statut professionnel et relations d'autorité.

En distinguant hiérarchie et pouvoir, on peut comprendre que les catégories les plus reconnues, tels les médecins, ne soient pas celles qui déclarent le plus encadrer. On ne s'étonnera pas que les cadres infirmiers déclarent massivement « avoir un ou plusieurs salariés sous leurs ordres ou sous leur autorité », puisque la fonction d'encadrement est comprise dans leur titre même. D'autres professions ont un rapport plus ambivalent à l'encadrement. Car si les « cadres » en titre encadrent, il n'est pas vrai, en sens inverse, que les personnes dépourvues de ce titre déclarent unanimement ne pas encadrer. Ainsi observe-t-on qu'environ la moitié des médecins et un quart des infirmières disent encadrer.

Soit on en déduit qu'à l'intérieur de ces catégories, certains ont des postes d'encadrement et d'autres non – cela n'est pas impossible mais l'explication est probablement insuffisante. Soit l'on poursuit une autre piste, qui prend comme hypothèse qu'à partir des mêmes postes, des mêmes contenus de travail, peuvent émerger des avis divergents, parce que ces postes sont pris dans des relations de hiérarchie et/ou de domination qui ne se laissent pas simplement enfermer dans la ques-

type de l'espèce humaine. Puis, dans un deuxième temps, il extrait en quelque sorte de ce premier Adam un être différent. Voici face à face Adam et Eve, prototypes des deux sexes. Dans cette curieuse opération, d'une part Adam a changé d'identité, puisque d'indifférencié qu'il était il est devenu mâle, d'autre part est apparu un être qui est à la fois membre de l'espèce humaine et différent du représentant majeur de cette espèce. »

tion : « Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou sous votre autorité ? » Pour toute une frange des personnels des établissements de santé, la réponse à cette question serait malaisée, indéterminée, parce que la question de la hiérarchie et du commandement se pose bel et bien, mais pas forcément en ces termes. Il importe alors de saisir les termes adéquats, et les enjeux quotidiens qu'ils recouvrent.

1.3. Réformes de l'hôpital et reconfigurations hiérarchiques : une convergence entre public et privé ?

À la lecture de la littérature sur les établissements de santé et des post-enquêtes récemment menées à la suite de l'*Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé de 2003*, il apparaît que plusieurs évolutions en cours ont eu un impact significatif sur la structuration des relations hiérarchiques dans ces établissements. On pourrait citer notamment trois dimensions particulièrement prégnantes :

— *L'évolution et la reconfiguration des métiers traversant le personnel médical, paramédical et technique.* De nombreux travaux décrivent le mouvement de technicisation (développement des normes d'hygiène au XIX^e siècle) qui accompagne l'essor et la professionnalisation des métiers infirmiers, qui cessent d'être du registre de la charité (Picot, 2005). De même, à mesure que la technicisation de la fonction infirmière se renforce (et qu'elle devient un instrument de valorisation de la profession), s'est reposée la question de l'existence d'une catégorie de personnels affectée plus directement à l'accompagnement, à l'écoute et à la prise en charge directe des malades : les aides-soignantes (Arborio, 2001). L'apparition de nouveaux niveaux hiérarchiques pour encadrer le travail de ces catégories de personnel nouvellement professionnalisées (création d'une hiérarchie soignante), pose la question de la subordination des métiers paramédicaux aux médecins (question réactualisée par la création de pôles d'activité dirigés par des médecins). Au-delà des professions paramédicales, la définition du « cœur de métier hospitalier » (le soin) et de l'identité des agents qui y participent est aujourd'hui interrogée, car des activités traditionnellement gérées directement par les établissements de santé (restauration, blanchisserie, nettoyage et même stérilisation) viennent à être sous-traitées. Dans le même temps, d'autres professions « techniques », très qualifiées, sont apparues (informaticien, ingénieur hospitalier et notamment biomédical [Metzger et Schweyr, 2005]), dont le rapport au soin et au « cœur de métier hospitalier » reste débattu.

— *L'inscription croissante de tous les personnels dans une logique salariale, fondée sur la soumission à des consignes, le respect d'horaires.* Elle résulterait à la fois d'une politique des établissements (normalisation et codification des actes, rationalisation des compétences et des horaires, réduction du temps de travail, logique managériale de plus en plus forte...) et des comportements des salariés (cf. les nombreuses remarques dans les post-enquêtes n° 47 à 51, retrouvées dans la nôtre, formulées par les « anciens » sur les « jeunes » qui feraient davantage attention aux horaires, qui respecteraient plus scrupuleusement les protocoles au détriment du relationnel, etc.).

— Étroitement liée à la diffusion d'une telle logique salariale, la *redéfinition de la mission de ces institutions* dans un contexte où les enjeux gestionnaires (maîtrise des dépenses, des coûts, de la masse salariale) prennent une importance croissante face aux enjeux thérapeutiques. Si l'objectif affiché de maîtrise des coûts n'est pas nouveau, un certain nombre de réformes vont modifier non seulement les moyens d'y parvenir, mais plus profondément le fonctionnement même des établissements de santé (Molinié, 2005) :

- Contractualisation (interne et externe) de l'activité, qui se développe dans les années 1990 (réformes de 1991 et 1996) avant d'être confirmée et généralisée par le plan Hôpital 2007, notamment par la création des pôles d'activité.
- Rationalisation de l'activité, par l'obligation faite aux établissements de santé de passer par une démarche d'accréditation (réforme de 1996) (Dougnet et Muñoz, 2005).

- Transformation du mode de financement de l'activité, avec la généralisation au public et au PSPH⁸ (et à l'exception de certains services) de la tarification à l'activité qui organisait déjà le privé lucratif, au détriment de l'ancien système de la dotation globale (plan Hôpital 2007).

Ces évolutions se sont traduites dans le service public hospitalier par une recomposition importante du travail d'*encadrement du travail* et des témoignages suggèrent, comme on le verra, que les cadres s'éloignent de leurs fonctions soignantes, et endossent de plus en plus souvent des responsabilités de type administratif et économique, relayant les contraintes budgétaires des établissements. On peut en effet faire l'hypothèse que le développement de la contractualisation et de l'objectif de maîtrise des coûts accroisse le poids des responsabilités gestionnaires par rapport aux responsabilités thérapeutiques (rôle croissant des cadres de direction, émergence de la figure de « chef de pôle »⁹, renforcement des objectifs gestionnaires imposés à l'encadrement médical). La généralisation de la tarification à l'activité invite à une rotation plus rapide des malades qui accroît la charge de travail. Il est ainsi probable que ce contexte favorise l'exacerbation d'intérêts contradictoires, les chefs de service poussant à la multiplication des opérations pour maintenir ou augmenter le budget de leur service, alors même que leurs subordonnés auraient intérêt à résister au surcroît de travail accompagnant ce mouvement.

Dans ce contexte, nous nous proposons de mener une étude des relations hiérarchiques se fondant sur une comparaison entre établissements publics et privés, autour d'une problématique articulant *statut* et *fonction*. En effet, les établissements privés, lucratifs notamment, peuvent mettre en œuvre une gestion du personnel fondée sur le contrat et le marché (externe et interne) : bien que contraints par l'obligation de respecter les réglementations en vigueur dans le secteur de la santé, ils disposent a priori d'une plus grande liberté dans le recrutement (et le licenciement), la fixation des salaires et la promotion des salariés, ce qui permettrait de mener une politique de recrutement en cohérence avec leurs objectifs de production. Les établissements publics de soin, même si leur fonctionnement a eu tendance ces dernières décennies à se rapprocher de celui du privé lucratif, sont quant à eux les héritiers d'une longue tradition institutionnelle qui les distingue des établissements privés et contraint leurs pratiques : la prééminence accordée aux statuts dans la division du travail et les enjeux professionnels qui en découlent participent à la structuration d'une organisation du travail et de hiérarchies professionnelles spécifiques.

Dans un contexte légal et institutionnel où les marges de manœuvre accordées aux actifs des établissements de santé du public sont redéfinies afin d'y implanter des problématiques qui sont traditionnellement celles du privé (maîtrise des coûts, rentabilité, introduction d'un intéressement), on peut se demander si l'observation des établissements privés lucratifs peut alimenter la réflexion sur le devenir des établissements publics, et en particulier si la structure hiérarchique et professionnelle (formelle et informelle) du privé lucratif peut éclairer les évolutions que connaissent les relations hiérarchiques dans le public.

1.4. Contexte général de l'enquête qualitative

Au point de vue qualitatif, la volonté de comparer établissements publics et privés (plus spécifiquement lucratifs) nous a conduit à enquêter dans deux services rattachés à la même spécialité médicale, l'un dans un établissement public qu'on nommera Hpu, l'autre dans un établissement privé lucratif nommé Hpri (voir plus bas pour les considérations méthodologiques). Si la comparaison portera dans ce rapport sur les formes des relations hiérarchiques, il n'est pas inutile de rapporter en

⁸ Il s'agit du secteur Privé participant au Service Public Hospitalier.

⁹ Même si elle n'est pas encore effective dans la plupart des établissements de santé, la réorganisation en *pôles d'activité* (plan Hôpital 2007) est souvent anticipée : de nombreux établissements de santé font progressivement évoluer leurs organigrammes dans l'espoir d'opérer une transition « douce » vers ces nouvelles formes d'organisation de l'activité.

introduction quelques traits de l'« atmosphère » générale perçue dans ces deux établissements. On y retrouve beaucoup de points communs et quelques différences.

En ce qui concerne les points communs, on peut notamment retenir :

— La pression au « rendement » partout soulignée, et attestée par l'organisation de réunions et de réflexions visant à diminuer la « *durée moyenne de séjour* » des malades.

— La pression financière, associée à l'attente d'une « manne » qui permettrait soudain de débloquer des projets, de renouveler du matériel, etc. Lors de l'enquête, la « manne » en question était arrivée à Hpu comme à Hpri : dans le premier par le legs (au service et non à l'hôpital) d'une patiente fortunée ; dans le second par le rachat, s'accompagnant d'investissements, par un groupe.

— La pénurie de personnel, infirmier notamment, relevée par tous les cadres, et confirmée par les personnels eux-mêmes. Si les discours pointant une pénurie de main-d'œuvre cachent parfois d'autres enjeux (cf. [Jounin, 2006] pour le bâtiment), ils sont davantage convaincants dans le secteur de la santé, où l'existence de *numerus clausus* pour certaines professions se traduit par un marché du travail rationné. Concrètement, la pénurie était attestée à Hpu comme à Hpri par la fermeture de lits d'USIC (Unité de Soin Intensif) pendant plusieurs mois, uniquement par manque de personnel.

— La « protocolisation » et une certification de l'activité, à travers lesquelles se manifestent le poids des tutelles qui, au-delà de la distinction entre public et privé, contraignent tous les établissements de santé. L'obligation faite aux établissements d'entrer dans une démarche d'accréditation tend à standardiser et uniformiser les pratiques.

— L'objectif de centraliser la gestion de la main-d'œuvre, de casser les « îlots » susceptibles de se former dans les services, les unités ou autour de cadres de proximité. L'objectif parallèle est de faire « tourner » davantage les équipes d'un service à l'autre. À Hpri, ces ambitions semblent plus récentes (et par conséquent leur réalisation plus lointaine) qu'à Hpu.

— La confrontation de logiques non seulement différentes mais parfois concurrentes : logique technicienne (bien guérir et bien soigner) ; logique managériale (guérir et soigner au moindre coût) ; logique relationnelle (informer, accompagner, écouter les patients).

La principale différence entre les deux établissements est la relative stabilité de la direction et de la gestion de la main-d'œuvre à Hpu, qui tient au rattachement au vaste ensemble que constitue l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, ainsi qu'à l'existence de statuts protecteurs (fonctionnariat) et de syndicats les défendant. Lors de l'enquête, Hpri était quant à lui l'objet de changements multiples et profonds, suscitant une résistance multiforme. La direction générale, ainsi que la direction des soins et celle des ressources humaines, avaient récemment été renouvelées, suite au rachat de la structure, anciennement propriété familiale, par un groupe. La structure du personnel de direction s'est ainsi davantage constituée par sédimentation (certains responsables d'anciennes directions étant demeurés à leur poste) davantage que par le remplacement total d'une direction par une autre (si bien que dans des discussions entre personnels, il n'était pas rare d'entendre demander, lorsqu'il était question de « la direction » : « *Laquelle ?* »). En septembre 2005, quelques mois seulement après l'arrivée de la nouvelle direction, de nouveaux plannings de travail étaient imposés, qui substituaient à un cycle de deux semaines des cycles complexes de cinq à huit semaines selon les services. Ces plannings étaient contestés par une bonne partie du personnel, et par le syndicat majoritaire. Parallèlement, une cinquantaine de soignants de nuit étaient en procès contre Hpri, aux Prud'hommes, afin d'obtenir que toutes leurs heures de présence soient payées¹⁰. Enfin, la forte proportion à Hpri de vacataires (11 % du personnel) est une dernière spécificité sur laquelle nous nous attardons. Il faut souligner que beaucoup de ces vacataires ne sont en réalité que des soignants d'Hpri effectuant des heures supplémentaires.

¹⁰ La politique d'Hpri était de leur décompter une heure de repos ; décompte que ces soignants estiment injustifié étant donné que leur responsabilité reste engagée tout au long de la nuit et qu'ils ne peuvent pas quitter le service.

2. MÉTHODOLOGIE

Cette recherche s'appuie sur deux matériaux : le traitement statistique de l'enquête Drees ; et une enquête ethnographique au sein de deux établissements de santé, l'un public, l'autre privé lucratif. Nous avons essayé, plutôt que de mener deux études séparées, de faire communiquer les hypothèses et les résultats tirés de chaque matériau. C'est pourquoi le plan de ce rapport correspond au déroulement logique de la problématique, et non à la variété des matériaux et des techniques mobilisés.

2.1. Prendre l'hôpital comme unité et non la profession

Nous avons décidé que la forme de l'enquête devait répondre à deux objectifs : être adaptée à la problématique, celle des relations hiérarchiques ; et se positionner de manière décalée et complémentaire vis-à-vis des post-enquêtes 47 à 51 (cf. bibliographie), afin d'apporter des données nouvelles. Ces deux objectifs allaient se renforcer mutuellement.

Dans la mesure où nous nous intéressions à des *relations* hiérarchiques, il n'était plus possible de considérer un seul métier en particulier (comme le font les enquêtes 47 sur les infirmières, 50 et 51 sur les médecins) ou même un groupe de métiers réunis dans un libellé professionnel unique (les « soignants » interrogés dans les enquêtes 48 et 49). Puisqu'une relation implique deux individus ou deux groupes d'individus qui sont ou se pensent différents, il fallait explorer diverses catégories professionnelles, et interroger leurs membres sur leur rapport aux autres catégories. Dès lors, une difficulté apparaît : quelles sont les catégories professionnelles pertinentes ?

On pourrait se référer aux réglementations étatiques, aux conventions collectives, aux grilles indiciaires, aux organigrammes ou au *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* publié par le ministère de la Santé : éléments parfaitement objectifs, mais qui laissent imaginer mille manières de classer les professionnels des hôpitaux. Faut-il considérer des soignants dans leur ensemble, ou même des paramédicaux, ou est-il au contraire impossible de ne pas distinguer aides-soignants et infirmiers ? Une catégorie comme « les médecins » est-elle significative, ou masque-t-elle le gouffre des conditions d'emploi entre un interne et un chef de service ? Où classer un individu dont le statut est aide-soignant et la fonction brancardier ? Les cadres infirmiers non diplômés, susceptibles d'être rétrogradés comme infirmiers à l'inverse de leurs collègues diplômés, sont-ils plus proches de leur catégorie professionnelle d'origine ou de leur fonction actuelle ? Un agent de service sous-traitant est-il le collègue d'un agent de service fonctionnaire ? Les soignants de l'équipe d'après-midi qui se disent brimés par leurs collègues du matin forment-ils une classe à part ? Etc. Les questions prolifèrent à mesure que l'on entre dans les cas d'espèce, et il paraît impossible de trancher en toute objectivité.

Divers classements et regroupements sont possibles. Il fallait faire de cette possibilité une énigme à saisir, une problématique, plutôt qu'un obstacle à la compréhension. Il fallait voir sur le terrain quelles sont les catégories pertinentes pour les acteurs, plutôt que de les décider par avance. Il fallait rencontrer toutes sortes de gens, bien classés, mal classés, surclassés ou déclassés, parfois « inclassables », en manifestant un goût particulier pour les situations où le règlement et l'organigramme sont pris en défaut. Non pas pour traquer les transgressions ou pour faire sensation, mais parce que ce sont dans ces zones équivoques que se dévoilent avec le plus de clarté les enjeux de la hiérarchie.

Rompant avec les précédentes post-enquêtes, nous ne pouvions organiser cette multiplication des rencontres au hasard des échantillonnages issus du fichier des actifs hospitaliers interrogés dans le cadre de l'enquête Drees (un brancardier dans un CHU de banlieue, un médecin libéral dans une clinique privée parisienne, une infirmière d'hôpital intercommunal...). Le risque était en effet de nous trouver face à des expériences si hétérogènes qu'il n'aurait pas été possible d'en faire une synthèse adaptée à notre problématique. Il fallait garder une unité à l'enquête, pour que des variations se fassent jour, pour que des comparaisons, situées dans des contextes de travail identifiés, soient envisageables. Cette unité, nous avons décidé que ce ne serait pas celle d'une profession comme

dans les post-enquêtes 47 à 51, mais celle d'un site. C'est l'hôpital en tant qu'organisation, ou du moins en tant que lieu, qui serait la base de l'enquête qualitative. Une telle entité restant encore trop vaste pour une enquête de cette durée, ce fut en réalité l'unité de soins, ou plutôt le regroupement d'unités de soins au sein d'une spécialité médicale, en l'occurrence la cardiologie, qui fut retenu.

Puisqu'il s'agissait d'intervenir dans un même site pendant plusieurs semaines, les méthodes ont pris la forme d'un mélange entre observation et entretiens. Les deux fois six semaines passées dans deux hôpitaux ont fourni quantité de bandes d'enregistrement mais aussi de notes de terrain (voir plus bas pour le détail des unes et des autres). Le fait de passer par un site en particulier permet d'interviewer diverses catégories professionnelles autour de problématiques communes, qui sont celles de l'établissement ou du service. Mais cela permet davantage encore, puisque les femmes de ménage, les aides-soignantes, les infirmières, les cadres, les médecins interrogés connaissent et ont des liens professionnels avec les autres femmes de ménage, aides-soignantes, infirmières, cadres et médecins interrogés.

Dans les post-enquêtes 47 à 51, les actifs enquêtés ont en effet été tirés au hasard parmi les individus faisant partie de l'échantillon de l'enquête Drees et ayant explicitement accepté d'être recontactés pour des entretiens complémentaires. Dans ce type d'enquêtes « en série », l'interviewé est ainsi le centre de tous les récits puisque les personnes dont ils parlent sont inconnues de l'enquêteur. En revanche, dans les « entretiens sur site » (ceux pratiqués pour la présente enquête), il est question de personnes que l'enquêteur peut rencontrer et interviewer à leur tour. Ce dernier peut ainsi recouper les informations et aller au-delà d'une analyse des représentations des acteurs au profit d'un récit de pratiques et de faits avérés. Et, même lorsque ce n'est pas possible (ce n'est pas toujours non plus souhaitable...) car les versions des uns et des autres divergent trop, c'est cette divergence qu'il faut exploiter pour rendre compte d'une configuration d'acteurs. Sans chercher à identifier la version « véritable », il est plus fécond de travailler à décrire la situation qui engendre ces discours divergents.

Une idée commune dans les sciences sociales, mais à l'évidence simpliste, consiste à ranger automatiquement les entretiens dans le répertoire des techniques de la « sociologie qualitative », par opposition à la « sociologie quantitative ». Une telle perspective unifie des utilisations des entretiens qui peuvent être très variées (Burawoy, 2003 [1998]). Certains usages des entretiens sont proches de ceux des questionnaires, quand par exemple on pose à une série d'individus des questions identiques. Les entretiens sont alors soumis à des comparaisons terme à terme.

Le problème de la représentativité et la difficulté de coder des discours ouverts différencient entretiens et questionnaires, mais la logique reste la même. La validité des entretiens et de leur analyse est garantie par l'identité des *stimuli* produits par l'enquêteur : pour que les entretiens soient fructueux, c'est-à-dire comparables, il faut que les mêmes questions soient posées avec les mêmes mots, et que les effets de contexte soient réduits au minimum (*grosso modo*, que l'enquêteur ait le même type de contact avec tous les enquêtés, c'est-à-dire idéalement aucun). Pour obtenir des réponses traitables, il faut éliminer – ou parvenir à contrôler – les « interférences », liées à l'entretien d'une part (la personne a-t-elle trouvé les questions claires ou non, a-t-elle cherché à répondre sérieusement ou pas... ?), et à l'enquêté d'autre part (tiendrait-il les mêmes propos dans une autre situation ou à un autre moment, à quel point en est-il de sa trajectoire et de sa réflexion... ?).

Hormis les entretiens exploratoires conduits auprès de syndicalistes, de commerciaux d'intérim et de responsables d'entreprises sous-traitantes, nos entretiens ne répondent pas à ce schéma. Au cours de notre recherche, l'enquêteur qui interviewe une personne est le même qui a interviewé ou interviewera le collègue, le chef ou le subordonné, le même que l'on voit traîner parfois dans les couloirs, échanger des plaisanteries avec untel ou unetelle. Dans ce genre de situation, « on considère que le contexte n'est pas un bruit qui obscurcit la réalité, mais qu'il est la réalité elle-même » (Burawoy, 2003 [1998] : 436). Il n'est pas question de le maîtriser, de réduire les « effets de contexte », les « interférences », mais au contraire d'en jouer pour avancer dans la compréhension. Alors, comme dans l'observation, les effets à maîtriser sont d'un autre ordre : ce sont des effets de pouvoir

(*ibid.* : 448), qui tiennent à la manière dont l'enquêteur, bien plus investi sur le terrain que l'enquêteur « en série », négocie sa place au sein des configurations sociales qu'il étudie. Comment obtenir la participation enthousiaste d'un soignant quand on a été vu en train d'interviewer la surveillante, et quand on est introduit par la surveillante générale ? Comment approcher l'équipe d'après-midi quand on a été vu en train de rire ostensiblement avec celle du matin, alors qu'il existe un conflit récurrent entre les deux groupes ? Comme les effets de contexte pour le questionnaire ou les « entretiens en série », il est impossible de maîtriser entièrement ces effets de pouvoir. Mais cette approche du terrain ouvre la possibilité, par un effort de réflexivité, de réfléchir à ces effets et de les réintroduire au sein des matériaux de terrain à investiguer.

Comment avons-nous mis en œuvre cette approche ? D'abord, et classiquement, en garantissant l'anonymat aux personnes interrogées. Sur le terrain, une telle garantie n'apparaît pas anodine : assurées de garder l'anonymat, plusieurs personnes ont pu libérer leur parole, d'autres vérifiaient (« c'est bien anonyme ? ») avant d'accepter d'aborder des sujets sensibles. Puis en interviewant des personnes à tous les niveaux des catégories professionnelles et en multipliant les points de vue – en nous aidant du désir spontané que la plupart des individus manifeste à parler, à exprimer leur vécu ou à justifier leurs pratiques, et en jouant implicitement sur les enjeux de pouvoir liés à la parole : une personne est souvent plus encline à répondre aux questions si elle a vu son collègue et/ou ami faire de même et accorder sa confiance, comme elle peut également décider de rompre le silence quand elle sait que « l'ennemi » a parlé. Enfin, en adaptant la présentation de l'enquête de manière à contrebalancer l'aura institutionnelle qui l'entourait (puisque nous travaillions indirectement pour le ministère de la Santé et avions été introduit par la hiérarchie), en insistant parfois sur les caractéristiques personnelles de l'enquêteur (jeune, en contrat à durée déterminée) qui permettaient de réduire la distance avec les personnes précaires et/ou disposant de peu de pouvoir.

Réduire les effets de pouvoir, donc, mais jouer des effets de contexte. Quand des entretiens portant sur le travail sont réalisés sur le lieu même du travail, ils ont une résonance particulière. Il faut le prendre en compte et, puisqu'il est impossible d'éliminer ce fait, en jouer. L'entretien prend une tonalité différente selon que, par exemple, une infirmière refuse d'être enregistrée et préfère qu'on l'interroge en la suivant pendant son travail et au milieu de ses collègues, ou qu'une autre se résout à parler seule, dans l'escalier de service, à la faveur d'une pause cigarette interdite. Ayant alors appris que cette transgression a pour surnom « staff pneumo », l'enquêteur peut à son tour user de l'expression pour établir des complicités. Le simple fait d'être là, par exemple lorsque des soignantes refusent d'obéir à une surveillante, suffit à établir des alliances durables (avec certaines des dites soignantes) comme des défiances irrémédiables (vis-à-vis de la surveillante). En bref, même si l'enquêteur se refuse à donner tout avis personnel, il n'est pas neutre, il n'est pas seulement témoin mais aussi otage des regroupements et des conflits qui traversent tout collectif de travail. Otage consentant, faut-il préciser, car si l'enquêteur a à cœur de donner la parole à toutes et tous, il a aussi intérêt, surtout quand la fin du terrain approche et une fois le premier objectif atteint, à approfondir certaines affinités électives dont il pourra tirer des informations précises et précieuses.

2.2. Choix des sites et récolte des données pour l'enquête qualitative

Au préalable, treize entretiens exploratoires ont été réalisés afin de se familiariser avec la problématique et de recueillir des avis extérieurs aux sites qui allaient être étudiés et n'étaient pas encore complètement identifiés. Six entretiens ont ainsi été menés auprès d'un ou plusieurs représentants des fédérations santé de la CGT, la CFDT, FO, la CFTC, ainsi que du syndicat Sud Santé et du Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH). De manière plus spécifique, deux autres entretiens ont été menés avec des responsables de syndicats représentant des médecins à diplôme étranger, la Fédération des praticiens de santé (FPS) et le Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne (SNPADHUE). Puisque nous voulions également explorer les zones d'ombre du questionnaire Drees, à savoir la sous-traitance et l'intérim (délaiés dans la mesure où l'échantillonnage repose sur les fichiers des employeurs), nous avons réalisé deux entretiens avec

des responsables d'agences d'intérim spécialisées dans la santé et trois entretiens avec des responsables d'entreprises sous-traitantes de restauration (parfois également de nettoyage) à destination des établissements de santé (deux directeurs de ressources humaines et une directrice du marketing).

Ce travail exploratoire a été effectué en même temps qu'une revue de la littérature concernant les hôpitaux et les professions médicales. Après ces premiers pas dans l'enquête, nous avons commencé à solliciter des établissements de santé susceptibles d'accueillir notre recherche. Pour des raisons pratiques, nous nous sommes tournés vers des hôpitaux de région parisienne, et plus précisément, dans la mesure où les hôpitaux parisiens nous semblaient davantage étudiés, de banlieue. Nous avons contacté six hôpitaux publics et douze hôpitaux privés avant d'obtenir l'autorisation d'enquêter dans deux d'entre eux, dans deux départements différents de la petite couronne parisienne.

Il s'agit, pour le privé, d'un grand hôpital privé lucratif ayant une place importante dans l'offre de soins locale (il dispose même d'un service d'urgences), que nous appellerons Hpri ; et pour le public d'un centre hospitalo-universitaire, que nous appellerons Hpu. Bien que le pôle cardiologique de l'hôpital Hpu soit plus important que celui de Hpri, tous deux disposent d'un plateau technique conséquent et d'une solide réputation. À Hpri, trois unités ont été principalement enquêtées : la médecine cardiologique, les soins intensifs, la réanimation cardiaque (avec des incursions en chirurgie cardiaque et au plateau technique de cardiologie interventionnelle). À Hpu, la cardiologie compte plusieurs unités (soins intensifs, médecine cardiologique, hôpital de semaine et hôpital de jour) réunies en fédération, bientôt appelée à rejoindre la chirurgie vasculaire et la chirurgie cardiaque dans le cadre des futurs pôles. En hospitalisation, les trois unités d'Hpri comptent 55 lits contre 101 pour Hpu (75 sans les hôpitaux de semaine et de jour, moins étudiés). 74 salariés paramédicaux de Hpri sont affectés aux trois unités étudiées ; il y a 133 agents paramédicaux sur la fédération de cardiologie de Hpu. On peut certes observer que le ratio personnels paramédicaux / lits est similaire, mais en réalité la comparaison est rendue impossible par le fait que les activités sont légèrement différentes d'un lieu à l'autre (il n'y a pas d'hôpitaux de semaine et de jour à Hpri ; en revanche, à Hpu, il n'y a pas de réanimation cardiaque équivalente à celle d'Hpri), et que dans ces chiffres la proportion de salariés à temps partiel est inconnue. Une comparaison des effectifs de médecins serait encore plus vaine, étant donné les différences de statut et d'organisation (cf. chapitres II et III).

Nous avons appliqué aux deux sites le même mode opératoire d'enquête : l'enquêteur s'y installe durant six semaines, cherchant à multiplier les entretiens et à observer diverses situations de travail, avec une prédilection pour les situations de rencontre (staffs¹¹ et réunions). Néanmoins, l'insertion dans ces deux hôpitaux a été légèrement différente.

À Hpri, l'enquêteur était très libre, choisissant comme il l'entendait, en négociation directe avec les salariés, l'ordre et le déroulement des entretiens et des observations. L'hôpital était alors le théâtre de restructurations rapides et, corrélativement, de contestations des restructurations : au cours de l'année 2005, l'hôpital avait été racheté par un nouveau groupe, la direction avait changé, les effectifs avaient diminué et les plannings avaient été profondément transformés ; tandis que l'année 2006 commençait par la visite d'experts pour l'accréditation, et devait se poursuivre par des négociations sur l'annualisation du temps de travail. Dans un contexte fait à la fois d'expectative et de précipitation¹², l'enquêteur a tout autant suscité la méfiance et l'embarras (un « observateur » supplémentaire alors qu'on attend la visite des experts) que la complicité quand il devenait témoin, pris à parti par des personnels qui recherchaient un allié pour faire valoir leurs arguments, ou simplement une oreille pour dire leurs ennuis. Relativement peu d'entretiens ont été enregistrés, pour diverses raisons : refus (ou du moins embarras) du personnel ; exigüité des locaux, qui limitait la confidentialité (si bien que plusieurs entretiens se sont déroulés debout, dans des couloirs ou autres) ; et, peut-être,

¹¹ Ce que les personnels des hôpitaux appellent « staffs » sont des réunions, plus ou moins régulières, concernant l'état des patients et leur gestion (les « mouvements » : entrées, sorties, transferts).

¹² Un aide-soignant résumait en entretien un sentiment partagé par de nombreuses personnes, des brancardiers jusqu'à la directrice des soins : « J'ai l'impression que depuis un moment, c'est tous les jours : "Finissez jusqu'à 20h et on verra". »

une certaine inexpérience initiale de l'enquêteur sur ce terrain. Néanmoins, quand les entretiens n'étaient pas enregistrés, l'enquêteur prenait des notes détaillées, si bien qu'aucune information n'a été perdue – seules certaines formulations font défaut. L'exiguïté des locaux et les circonstances ont également conduit à mener sept entretiens collectifs (de deux à quatre personnes). Si l'on ambitionne d'établir des comparaisons terme à terme entre entretiens, de tels entretiens sont peu exploitables ; mais si l'on cherche au contraire à restituer l'ensemble d'une configuration sociale, ils sont précieux car du collectif émergent de nouveaux éléments (notamment du rire ou du conflit – et il importe alors de voir les thèmes qui suscitent l'un et l'autre). Ils peuvent de plus être comparés aux entretiens individuels, avec l'intention d'identifier ce qui peut être dit et ce qui doit être tu en public.

À Hpu, l'organisation du service était plus stabilisée. L'enquête fut davantage « dirigée » : la surveillante générale avait établi pour l'enquêteur un planning et prévenu les personnels en conséquence. Cette annonce préalable a facilité certains contacts. Mais à certains personnels, peut-être parce qu'ils étaient présumés récalcitrants, la hiérarchie avait dit qu'il était obligatoire de répondre aux questions de l'enquêteur. Il a donc fallu démentir, et plus généralement il a fallu, davantage qu'à Hpri, se défaire d'une image d'enquêteur imposé par la hiérarchie, ce qui passait notamment par quelques dérogations au planning, pour aller voir des personnes non prévues, ou pour retourner voir des personnes déjà interviewées ou au contraire initialement hésitantes. Les locaux étant plus spacieux, les « offices », « salles de détente » et cages d'escalier plus nombreux, il était plus aisé de réaliser des entretiens en face à face, dans des lieux plus adaptés que les couloirs et donc d'enregistrer. Les entretiens collectifs ont ainsi été plus rares à Hpu. Dans les deux hôpitaux, il a été plus facile d'interviewer les soignants (y compris cadres) que les médecins, et il a été encore plus difficile d'obtenir des entretiens des praticiens à Hpri qu'à Hpu.

Les personnels des deux sites ont manifesté la même méfiance ou, au mieux, le même scepticisme à l'égard de l'enquête. Pour certains, c'était une énième enquête inutile diligentée par les tutelles. Pour d'autres : « *on va encore nous évaluer et dire qu'il faut diminuer les effectifs* ». Pour d'autres encore, c'était un moyen de se faire entendre, « *parce que les bureaucrates, ils ne sont jamais venus dans un service et ils ne savent pas comment ça marche* »¹³. Postures diverses, mais qui toutes manifestaient un rapport conflictuel à la hiérarchie et/ou aux tutelles. Dans un tel climat de méfiance, on peut s'étonner que l'enquêteur ait essuyé si peu de refus à ses demandes d'entretien. Sans que leurs doutes sur l'écho ou l'utilité de l'enquête soient atténués, un certain nombre de personnes ont probablement saisi l'occasion d'une oreille attentive pour s'exprimer sur leur travail – et peu importait, sur le moment, la portée de cette expression¹⁴.

Les entretiens, limités dans le temps par les obligations de travail des interviewés, ont duré en moyenne trois quarts d'heure. Les entretiens avec des cadres de santé ont toujours duré plus longtemps, ceux avec des médecins souvent moins, le reste étant plus proche de la moyenne. Face à cette brièveté relative des entretiens, l'enquêteur a fait un double choix : d'une part, de multiplier les entretiens, pour collecter divers points de vue (même les entretiens « ratés », où le « courant » ne « passait pas », avaient leur intérêt du fait qu'ils apportaient des informations ou des confirmations factuelles sur le fonctionnement des services) ; d'autre part, de resserrer les entretiens sur le sujet qui nous intéressait directement. Par exemple, si l'interviewée était une infirmière, il s'agissait de lui demander au moins comment elle vivait ses rapports avec les médecins, les cadres infirmiers, les

¹³ Autre exemple, lorsque l'enquêteur demande à des infirmières si cela les dérange qu'il assiste à la réunion de leur service avec la directrice des soins : « *Vous allez nous soutenir, vous allez dire comment on souffre, dit une première infirmière en riant. — Non, il est là juste pour observer, la corrige une seconde. — Je vais vous écrire ce qu'il faut dire* », dit la première, toujours en riant. L'enquêteur était ainsi parfois chargé de porter des revendications de toutes sortes. A la fin d'un long entretien collectif avec des brancardiers, à la tonalité très négative après que l'un d'entre eux eut vérifié que c'était anonyme (« *alors on peut critiquer* »), un autre intimait à l'enquêteur : « *Et notez aussi, le grand ascenseur, on en a beaucoup besoin, il est en panne depuis deux mois* ».

¹⁴ On entre ici dans un domaine que ni l'enquêteur ni l'enquêté ne maîtrisent véritablement, celui des enjeux et des effets collatéraux de l'entretien, au-delà de sa dimension première de collecte de données. En témoigne par exemple ce commentaire d'une aide-soignante, quelques minutes après son entretien : « *C'est prévu que l'interviewé se sente mieux après ?* ».

aides-soignantes. Cependant, dans la mesure du possible, on évitait de poser la question abruptement.

Les deux premières questions du guide d'entretien, assez neutres, portaient sur le parcours et l'activité de la personne, puis sur les changements qu'elle avait vus à l'hôpital au cours de son parcours. Généralement, il était alors possible de se saisir de ce qu'elle disait pour la « relancer » sur les sujets voulus, en évitant d'orienter trop brutalement les entretiens. Il s'agissait de faire émerger du discours de la personne les thèmes qui nous intéressaient, de l'amener à parler de la hiérarchie sans que la problématique ait été imposée au départ (les entretiens étant toujours présentés comme portant sur les « relations de travail » dans leur ensemble). Car l'évocation de la hiérarchie par les interviewés n'a pas la même résonance, elle ne reflète pas le même vécu, selon qu'elle répond à une sollicitation expresse de l'enquêteur ou qu'elle dérive « spontanément » d'un discours plus général sur le travail.

Tableau 1
Entretiens réalisés à Hpri et Hpu
(par profession et selon qu'ils ont été enregistrés ou non)

	<i>Privé</i>		<i>Public</i>		<i>Total</i>	
	<i>E</i>	<i>NE</i>	<i>E</i>	<i>NE</i>	<i>E</i>	<i>NE</i>
Médecins*	5		8		13	
Cadres infirmiers**	4	4	8		12	4
Infirmières	5	11	15	6	20	17
Aides-soignantes***	4	8	13	8	17	16
Agents de service		6		2		8
Autres cadres	3	3	1		4	3
Autres			2	3	2	3
Total	21	32	47	19	68	51
	53		66		119	

Personnes interviewées (E = enregistré, NE = non enregistré)

* tous rangs, d'interne à chef de service (pour le public).

** y compris cadre infirmier supérieur, surveillante générale (public), directrice des soins (privé).

*** y compris secrétaires hospitalières.

Au total, 119 entretiens ont été menés, répartis à hauteur de 53 pour Hpri et 66 pour Hpu. Il faut y ajouter des observations consignées quotidiennement sur un journal de terrain, ainsi que la retranscription de réunions (d'une à deux heures) auxquelles l'enquêteur a assisté (quatre à Hpri et deux à Hpu).

2.3. L'enquête quantitative

Parallèlement à ce travail de terrain, une autre source a été exploitée qui nous a permis de compléter et d'interroger notre interprétation des données recueillies sur les deux sites enquêtés. Cette nouvelle source est de nature très différente puisqu'il s'agit d'une enquête statistique par questionnaires. À l'observation détaillée des relations sociales – rendant compte finement de la complexité de leur agencement, mais tributaire des particularismes – se substitue une approche myope, mais englobante – fonctionnant par mise en équivalence des mêmes pour l'identification des critères discriminants dans une population trop vaste pour être appréhendée simplement. Plus fondamentalement, les critères même du « vrai » divergent dans ces deux approches : dans une enquête de terrain, le « vrai » est un fait avéré par l'observateur (qui a pris soin de recouper les informations et de les comparer afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une illusion ou d'un artefact) ; quand l'on exploite une enquête statistique, le « significativement vrai » renvoie aux différences observées entre suffisamment d'individus de l'échantillon, pour que, malgré l'imperfection de l'enquête et l'insuffisance

du nombre de personnes interrogées (idéalement tout le monde devrait l'être), on puisse affirmer, avec de bonnes chances de ne pas se tromper, que ces différences existent réellement.

Si ces deux ordres du discours sont souvent opposés dans les sciences humaines, c'est que leur cohabitation est rendue difficile par des ordres de légitimation très différents. Pourtant, le recours simultané à ces deux types de données – une enquête de terrain et une enquête statistique – peut s'avérer fécond : ensemble, l'une peut espérer échapper aux écueils particularistes et l'autre accéder à des niveaux plus détaillés d'observation et se garantir contre les généralités simplistes. L'alliance de ces deux approches permet de plus de réduire les ambivalences qui, fatalement, habitent les classements et divisions du social et que les statistiques reproduisent aveuglément. Une série de questions s'impose alors : Les agrégats statistiques renvoient-ils à des classements socialement opérationnels dans l'interaction ? Comment sont nommées et fabriquées, en situation, les catégories qui se dégagent statistiquement ? Les lignes de partage statistique entre catégories de population sont-elles des frontières effectivement mises en relief ?

Norbert Elias et John Scotson, par exemple, critiquent un certain usage des statistiques, « *qui veut que les attitudes et croyances individuelles, exprimées par des personnes interrogées indépendamment des autres, se soient formées comme dans le calme d'une tour d'ivoire, et ne soient entrées en contact avec celles des autres que dans un deuxième temps. On pouvait encore moins reprendre une des hypothèses tacites qui inspirent de nombreuses enquêtes statistiques sur les attitudes et les opinions, selon laquelle le pouvoir est si également partagé entre les individus que chacun d'eux peut formuler une opinion indépendamment de ce que pensent les autres* » (1997 : 90). Dans leur étude d'une petite collectivité britannique, les deux auteurs montraient ainsi qu'une division établie a priori entre quartier bourgeois et quartiers ouvriers ne recoupait pas les différences de statut éprouvées et entretenues par les habitants¹⁵. De même, la complexité des hiérarchies (à la fois fonctionnelles et statutaires) mises en œuvre à l'hôpital ne permettent pas d'anticiper les inclusions et exclusions effectivement mises en œuvre. C'est donc une discussion entre les agrégats dégagés statistiquement et les catégories utilisées sur le terrain que nous avons tenté de mettre en œuvre dans cette recherche, en faisant l'effort autant que possible de confronter les approches qualitatives et quantitatives et de les faire se répondre.

La source que nous exploitons en parallèle du travail de terrain sur deux sites hospitaliers est l'enquête statistique dédiée aux établissements de santé, mise en œuvre par la Drees. L'enquête 2003 *sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé* est un instrument précieux pour l'observation de ces établissements tant dans le secteur public que dans le privé. Cette enquête porte sur l'ensemble des « actifs occupés (salariés et non salariés, soignants et non-soignants) dans les établissements ayant une activité d'hospitalisation complète »¹⁶ (Cf. *Études et Résultats*, août 2004, n° 335). Les salariés enquêtés ont été échantillonnés pour une part à partir des DADS 2001 de l'Insee (Déclarations Annuelles de Données Sociales, remplies par tous les employeurs), parmi les entreprises du secteur 851A (activités hospitalières). La part restante correspond à un échantillon spécifique de médecins libéraux exclusifs¹⁷ constitué à partir des fichiers de la CnamTS (Caisse nationale d'assurance maladie – Travailleurs salariés).

Il est important de noter que l'*Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé*, portant sur le personnel salarié des établissements de santé, ainsi que sur la population des médecins libéraux exclusifs, ne rend pas compte du personnel qui ne dépend pas directement des établissements de santé. On ne sait rien en particulier du personnel mis à la disposition de ces établissements, dans le cadre notamment de contrats de sous-traitance ou de recours

¹⁵ Les habitants du premier quartier ouvrier se considérant plus proches du quartier bourgeois et marginalisant les habitants du second quartier ouvrier.

¹⁶ Sont exclus de l'enquête les actifs travaillant dans un établissement sanitaire des prisons ou dans un établissement n'ayant pas d'activité d'hospitalisation partielle ou complète.

¹⁷ Les médecins libéraux interrogés sont exclusifs, c'est-à-dire qu'ils travaillent uniquement dans un seul établissement. De plus, ils y exercent au moins 50 % de leur activité.

aux agences d'intérim. Tout laisse penser pourtant que les effectifs de cette population d'actifs non salariés ont connu une forte croissance au cours des dernières années, tant dans le secteur privé que dans le public (cf. chapitre I).

3. ORGANISATION DU RAPPORT

La première partie cherche à interroger les hiérarchies des hôpitaux en articulant l'échelle des statuts à la répartition des tâches. Même si la première théoriquement devrait commander la seconde, notamment à travers la réglementation étatique des professions, on s'aperçoit que l'activité concrète aménage quotidiennement les silences et les indéterminations de la réglementation, quand elle ne la détourne pas. Ces arrangements locaux et/ou informels ne se font pas au hasard : ils traduisent et renouvellent des hiérarchies.

À partir de la deuxième partie, nous cherchons à lier la hiérarchie aux relations de pouvoir. Il s'agit tout d'abord de décrire la relation qui correspond le mieux à la 21^e question de l'enquête : « Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou sous votre autorité ? ». En parlant d'*encadrement*, et en différenciant à l'intérieur de cette notion la *gouvernance* et la *surveillance*, nous cherchons à cerner la diversité des relations de management et de contrôle qui apparaissent dans les statistiques et sur le terrain.

La troisième et dernière partie se construit sur les apories de la 21^e question, et notamment sur le cas des médecins (dans leur rapport aux infirmières) et des infirmières (dans leur rapport aux aides-soignantes). En parlant de *prescription* dans le premier cas, de *délégation* dans le second, et en essayant de comprendre les nœuds de tension que l'une et l'autre génèrent, on veut identifier des relations que l'on peut bel et bien qualifier de pouvoir, sans qu'il s'agisse d'encadrement.

Chapitre 1

FONCTIONS ET STATUTS : QUI FAIT QUOI, ET À QUEL TITRE ?

Il y a un décalage constant entre travail prescrit (la « tâche ») et travail réel (« l'activité ») : voilà un résultat, en même temps qu'un postulat, désormais commun aux disciplines qui s'intéressent au travail (ergonomie, sociologie, psychologie, psychodynamique). La réalité du travail ne peut être réduite aux plans des organisateurs : elle se niche aussi dans les accommodements que les exécutants mettent en œuvre vis-à-vis de la prescription. L'ingénierie planificatrice ne s'oppose ni ne se substitue complètement à l'improvisation du quotidien. Dans la réalité, l'ingéniosité et les arrangements non prescrits se révèlent inhérents et nécessaires à la production. Ce n'est pas seulement que les exécutants détournent l'organisation à leur profit et établissent entre eux des routines concurrençant celles établies par les managers – ce que, dans les années 1930, les sociologues de l'enquête Hawthorne appelaient un « *code social inférieur* » (Chapoulie, 2006 : 24-25) –, c'est aussi et surtout qu'aucune organisation ne peut tout prévoir, et qu'il revient donc aux exécutants d'affronter et de réguler l'imprévu (Linhart, 2002 : 48-49).

Le postulat peut sembler trivial aujourd'hui que le secteur des services, royaume de l'aléa, a pris son essor. Le décalage entre travail prescrit et travail réel ne serait une vérité dérangeante que dans un monde utopique, celui du taylorisme, où des ingénieurs décident et des ouvriers exécutent. Pourtant, diverses études ont montré que la volonté de rationaliser et standardiser le travail n'épargnait pas les services, de même que n'avaient pas disparu les résistances à cette emprise de la prescription. Ainsi, les caissières, confrontées à une rationalisation de leur travail – qui va jusqu'à leur imposer les mots qu'elles doivent échanger avec les clients (le fameux « SBAM » : « Sourire, Bonjour, Au revoir, Merci ») –, tentent également de jouer des aléas et de la diversité des interlocuteurs pour rompre la routine, notamment par « *la complication volontaire (et non sanctionnable) de la relation avec le client* » (Durand, 2004 : 293). Chaque client est différent, et même si divers dispositifs visent également à normaliser ses attitudes (du vigile à la pression des autres clients), son comportement demeure partiellement aléatoire, ce qui appelle une réponse adaptée de la part de la caissière.

Cela est encore plus vrai des malades en hôpital, dont le comportement est logiquement difficile à normaliser puisqu'ils se trouvent dans un état pathologique. Une partie d'entre eux sont médicalement qualifiés d'« instables », ce qui signale l'impossibilité de rien prévoir à leur sujet. Cela étant, là comme ailleurs, on trouve des tentatives de rationalisation ou plutôt, comme il est dit, d'« *évaluation objective de la charge en soins* ». Il reste que, comme en témoignent la plupart des personnels, les métiers de l'hôpital font partie de ceux où l'on ne sait pas trop à quoi ressemblera la journée lorsqu'on arrive au début de son service. La journée peut être calme comme elle peut être mouvementée, les patients peuvent s'avérer stables comme déclencher un arrêt cardiaque. Et, quoique la charge de travail et le manque de personnel suscitent des récriminations, il est sur le moment impossible de se dérober. Face à un arrêt cardiaque, le débrayage ou la grève du zèle seraient criminels. On y met au contraire toute son énergie, tout son savoir, toute son expérience. On improvise, certes d'une manière encadrée ; mais on improvise car il faut être à l'écoute du patient tout autant que du règlement.

Du travail prescrit au travail réel : un écart qui prend une dimension particulière dans le cas de professions réglementées

L'organisation du travail hospitalier n'émane que marginalement des structures hospitalières en elles-mêmes. Elle est, bien en amont, réglementée par l'État, qui encadre l'habilitation, la fabrica-

tion, l'allocation des professionnels, de même qu'il délimite l'étendue de leur exercice. L'habilitation : il est impossible d'exercer comme médecin, infirmier ou aide-soignant sans disposer du diplôme correspondant et reconnu par l'État français. La fabrication : l'État, par le dispositif du *numerus clausus*, cherche à réguler les effectifs de ces professions. L'allocation : selon les services hospitaliers, l'État impose des normes ou émet des recommandations (qui auront leur importance lors d'éventuels contentieux) sur la quantité et le type de professionnels nécessaires par nombre de malades. Et enfin, l'étendue de leur exercice : ce sont des normes juridiques (généralement des décrets) qui définissent ce qu'a le droit de faire ou pas faire un médecin, un infirmier ou un aide-soignant. Certes, l'État ne décide pas seul, et divers syndicats, lobbies, groupes de réflexion, concourent à la fabrication de la décision sur tous ces sujets. On pourrait aisément démontrer qu'il y a là de multiples compromis entre l'intérêt général et la santé publique d'un côté, et les intérêts des groupes professionnels de l'autre. Ou, plutôt que d'opposer intérêts professionnels et intérêt général, on dira que les uns et les autres se construisent mutuellement et sans interruption, car les transformations incessantes que connaissent les techniques et les tâches doivent être intégrées dans la réglementation.

On est donc face à des professions qui, plus que d'autres, appellent l'improvisation ; mais qui sont aussi, plus qu'ailleurs, réglementées. La réglementation octroie à certains professionnels le monopole de certaines tâches : il y a un « rôle propre » du médecin comme de l'infirmier. La réglementation prévoit aussi qu'une partie de ces tâches sur lesquelles s'exerce un monopole puisse être « déléguée » : cela concerne certaines tâches infirmières (déléguées par le corps médical) et la totalité des tâches aides-soignantes (déléguées par les infirmières). Tout dépassement, comme lorsqu'une aide-soignante fait une injection ou qu'une infirmière prescrit des médicaments, est alors qualifié d'exercice illégal d'une profession.

Si la réglementation prétend imposer un cadre rigide aux professions de santé, elle a pourtant dû elle-même évoluer. Au XIX^e siècle, seule la profession médicale fait l'objet d'une codification et d'un monopole, les autres tâches de l'hôpital étant assurées par des religieuses ou des « garçons » ou « filles de salle » sans qualification. Ces « autres tâches » sont donc partagées entre gratuité et indignité¹⁸. Initialement chargées du « sale boulot » de l'hôpital, les infirmières se « professionnalisent » : leur savoir et leur savoir-faire se technicisent à mesure que les médecins se déchargent de leurs tâches et que les normes d'hygiène réclament une attention plus soutenue et plus experte ; des formations se mettent en place ; un diplôme d'État est créé en 1922 et, à partir de 1946, il n'est plus possible de travailler comme infirmière sans le détenir ; à partir de 1978, on délimite un « rôle propre » de l'infirmière. Comme le pressent Everett C. Hughes dans les années 1940, la constitution d'une « profession » infirmière amène à « transférer certaines tâches à d'autres types de travailleurs » (Hughes, 1971 : 314), plus précisément ce que l'on considère comme le « sale boulot » (« *dirty work* »). En France, la mesure prise en 1946 rabaisse soudainement les infirmières non diplômées au statut de « servante » (ou, selon leur appellation officielle depuis les années 1920 : « agent de service hospitalier »). C'est pour compenser ou minimiser cette régression qu'est inventé, en 1949, le métier d'aide-soignante, défini et consolidé en 1956 par la mise en place d'un Certificat d'aptitude (Arborio, 2001).

Désormais, les tâches médicales et soignantes seront donc encadrées par l'État. Mais, d'une part, ces tâches subissent des transformations et des réagencements continus, des aménagements locaux (parfois baptisés « glissements de tâches »), qui font pression sur la réglementation tout autant que la réglementation fait pression sur eux (par exemple au début de l'année 2006, la prise de pression artérielle par les aides-soignantes venait d'être autorisée, ce qui ne faisait que légaliser une pratique

¹⁸ « Il y a donc deux ancêtres à l'infirmière : la bonne sœur et la servante », écrit Danièle Sénottier (in Kergoat et al., 1992 : 29). La lente constitution de la fonction infirmière résulte d'une prise de pouvoir des médecins dans l'organisation hospitalière au cours du XVIII^e siècle : « Dans la hiérarchie interne, le médecin, élément jusque-là extérieur, commence à prendre le pas sur le personnel religieux et à lui confier un rôle déterminé mais subordonné dans la technique de l'examen ; apparaît alors la catégorie de "l'infirmier" » (Foucault, 1975 : 218).

déjà courante¹⁹). Et, d'autre part, les tâches médicales et soignantes ne constituent pas toute l'activité de l'hôpital. La réglementation ne répond pas à des questions du type : d'où vient la nourriture, qui la prépare ? Qui nettoie les locaux ? Qui se charge de taper les comptes-rendus médicaux, d'enregistrer l'arrivée des patients, d'archiver leurs dossiers, d'accueillir les familles ? Qui transporte les malades ? Qui vérifie que les personnels sont présents, travaillent dans les règles, qui organise les plannings, qui définit les orientations du service ? Etc. Vis-à-vis de ces tâches-là, les établissements hospitaliers ont une plus grande latitude pour décider de leur organisation et de leur répartition. Par exemple, le secrétariat (du moins une partie) peut être assuré par des soignants comme il peut l'être par des secrétaires spécialisées. Si l'accès aux professions réglementées est restreint, en sens inverse rien n'interdit aux professionnels d'exécuter d'autres tâches dont ils n'ont pas le monopole.

Des statuts et des fonctions

Pour cette partie, nous distinguerons et tenterons d'articuler *fonction* et *statut*. Par « fonction », on désignera l'activité concrète des personnels, qu'elle découle de la réglementation étatique, de l'organigramme de l'hôpital ou d'arrangements locaux non écrits²⁰. Par « statut », on entendra la manière dont l'organisation nomme et reconnaît ces personnels (l'organisation au sens large, qu'il s'agisse de l'État, de l'hôpital ou du service, en précisant bien entendu le niveau pertinent).

On verra alors que plus on se trouve dans une profession réglementée, plus il y a une cohérence, une relation systématique entre fonction et statut. Par exemple, toutes les personnes qui font des injections (fonction) sont nécessairement reconnues comme infirmières (statut), sauf s'il y a « glissements de tâches » – mais le fait qu'on n'utilise l'expression que pour les professions réglementées signale le degré de cohérence présumé (et imposé) entre fonction et statut. En sens inverse, cela signifie que le statut d'une personne permet de prédire son activité. Par exemple, on peut prédire que les personnes reconnues comme médecins ne feront pas de brancardage. C'est beaucoup moins vrai pour « aide-soignant », surtout à l'Assistance publique, puisque certaines personnes bénéficiant de ce titre assurent à plein temps du secrétariat hospitalier, du brancardage, etc. La position des agents hospitaliers est encore plus floue. Mais on verra que ce flou ne concerne pas uniquement les catégories les moins valorisées : le statut de cadre infirmier est moins indicatif d'une fonction que ne le sont les statuts d'infirmière ou de médecin, parce que, suivant les contextes, le cadre pourra être plus versé dans le secrétariat ou le contrôle des soignants, la mise en place de projets globaux pour le service ou la référence en soins, etc.

Il serait exagéré de prétendre que l'unique ligne de démarcation serait entre les professions réglementées et les autres ; que les premières seraient des « professions à statut », tandis que les autres seraient sans statut. Si on prend en considération les différents niveaux de reconnaissance statutaire (et pas seulement le niveau étatique), on a plus affaire à un dégradé qu'à une frontière nette. C'est pourquoi, plutôt que de parler de « profession à statut » (ou non), vaut-il mieux parler de « profession à fort / faible degré de cohérence entre fonction et statut ».

Ce sont cette cohérence et ses implications qui vont être explorées dans la première partie. On s'intéressera dans un premier temps à la diversité des professions représentées dans les établissements de santé publics et privés (A). On verra alors que la réglementation des professions n'embrasse pas toutes les tâches d'un service hospitalier, et qu'il faut donc décider sur place de qui s'occupe des tâches « résiduelles ». Il apparaît que les catégories les plus basses sont davantage

¹⁹ La même mesure autorisait les aides-soignantes à réaliser les électrocardiogrammes (ECG). Là encore, cela se pratiquait déjà. Mais par exemple, un aide-soignant, se félicitant de l'autorisation de prendre les tensions, relativisait l'autorisation concernant les ECG : « Les ECG c'est différent, c'est particulier. La personne qui le fait n'est pas capable de le lire. Même les infirmières n'en sont pas forcément capables. Donc donner des choses à faire, oui, mais il faut qu'il y ait une formation. »

²⁰ Il s'agit donc de l'activité *réelle* des personnels, mais uniquement celle qui concourt effectivement à la production du service – en excluant toutes les pauses, « promenades », ralentissements, et autres moyens de « *reprendre la production* » (Roy, 2006).

affectées à ces tâches (B). On verra ensuite que la réglementation n'empêche pas que, sur le terrain, s'opèrent des « glissements de tâches », c'est-à-dire que des personnels s'autorisent des gestes qui leur sont légalement interdits. Cela appelle une analyse qui aille au-delà du signalement d'infractions (C). Puis on s'intéressera à deux cas assez différents de « faisant fonction », c'est-à-dire des individus occupant des fonctions sans avoir une reconnaissance correspondante : les médecins à diplôme étranger et les cadres infirmiers non diplômés (D). Enfin, on s'intéressera à une catégorie de personnel exclu par le questionnaire Drees et que nous avons choisi de réintégrer dans notre enquête : les salariés sous-traitants. Ces derniers continuent de travailler dans et pour l'hôpital, mais leur passage à la sous-traitance n'a pas été sans effet sur leurs fonctions comme sur leurs statuts (E).

1. STRUCTURE DES PROFESSIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'une des particularités les plus frappantes du travail dans les établissements de santé reste le haut niveau de formalisation et de réglementation qui structure l'espace des professions. Les hôpitaux, en tant que lieux de travail, réunissent en effet une grande variété de niveaux de qualification et balaient tout le spectre des catégories socio-professionnelles. Bien qu'une grande diversité de statuts s'y côtoie, les relations entre ces différentes catégories de personnel n'en apparaissent pas moins (peut-être devrait-on dire d'autant plus) extrêmement codifiées : la définition et la division des tâches sont étroitement liées aux hiérarchies professionnelles de la santé, dont l'accès est lui-même extrêmement conditionné par les formations initiales reçues. Vraisemblablement avec plus d'intensité encore que pour la plupart des autres secteurs de l'économie française, la profession joue ici un rôle central dans l'établissement des rapports de travail, notamment en ce qui concerne les rapports hiérarchiques.

Lorsque l'on s'intéresse aux différences public/privé dans le secteur de la santé, l'un des premiers constats que l'on peut faire concerne les écarts observés entre leurs structures de qualification. On compte en effet sensiblement plus de médecins, de cadres de direction et de cadres de santé dans le public que dans le privé lucratif, où le personnel moins qualifié est mieux représenté. Les actifs hospitaliers apparaissent ainsi en moyenne plus qualifiés dans le public que dans le privé²¹.

De fait, ces différences de structure de main-d'œuvre – renforcées par des pratiques salariales distinctes – se traduisent par des arrangements organisationnels variables selon le statut des établissements.

Dans le secteur privé, en effet, la plupart des médecins (plus de trois médecins sur quatre) exercent leur métier dans le cadre d'une activité libérale²² et sont donc liés aux établissements de santé dans lesquels ils interviennent dans les limites contractuelles d'une relation mutuelle de prestation de services : ces médecins sont rémunérés sur la base des actes et consultations consentis et ces derniers rémunèrent en retour les établissements à la hauteur des moyens – technologiques et humains – mis à leur disposition. Il n'est de plus pas rare que les médecins soient actionnaires de ces établissements privés. On peut imaginer que, inscrite dans un tel cadre contractuel, les médecins libéraux aient un rapport à leur lieu de travail fort différent de celui des médecins salariés du public.

²¹ À noter qu'il est probable que l'enquête que nous utilisons pour cette étude sous-estime systématiquement le nombre d'actifs hospitaliers peu qualifiés travaillant dans les établissements de santé, en raison du nombre croissant de services externalisés dans les établissements de santé (cf. section I.E.). Ce biais est vraisemblablement plus marqué dans le secteur privé lucratif. L'écart observé entre les structures de qualification public/privé se creuserait donc certainement si l'on prenait en compte le personnel mis à disposition par d'autres entreprises aux hôpitaux (sous-traitance). Enfin le décalage temporel de plusieurs mois existant entre le moment de l'échantillonnage et de l'enquête sur le terrain peut lui aussi aboutir à une sous-estimation des effectifs peu qualifiés, puisqu'il peut conduire à exclure davantage les titulaires de contrats de travail courts.

²² À noter aussi que la proportion de médecins libéraux du privé est vraisemblablement sous-estimée dans la mesure où l'enquête prend uniquement en compte les médecins libéraux exclusifs (cf. méthodologie) et n'interroge pas les médecins qui ont une activité libérale à temps partiel.

L'observation sur le terrain du travail dans un établissement privé de santé tendrait à montrer que l'implication des médecins dans l'organisation du travail dans les services varie très fortement²³, ce qui est moins envisageable dans le public.

Tableau 2
Structures des professions

Groupes professionnels		Tous établis- sements confondus	Selon le statut de l'établissement			(1)/(3)
			Public (1)	Privé non lucratif (2)	Privé lucratif (3)	
Médecins	Médecins libéraux	0,3%	-	0,1%	2,5%	1,9
	Médecins salariés	5,4%	6,3%	3,8%	0,8%	
Cadres de direction		1,5%	1,5%	1,8%	1,0%	1,5
Professions intermédiaires	Cadres de santé	2,8%	3,1%	1,8%	1,4%	2,2
	Infirmiers	25,0%	25,2%	21,7%	27,3%	0,9
	Autres professions intermédiaires	13,3%	13,7%	16,2%	7,8%	1,8
Employés	Aides soignants	24,2%	24,0%	21,7%	27,5%	0,9
	Agents de service	13,3%	12,4%	15,6%	16,6%	0,7
	Autres employés	10,2%	9,3%	12,9%	13,0%	0,7
Ouvriers		4,2%	4,5%	4,5%	2,1%	2,1
Ensemble		100%	76,3%	12,0%	11,7%	

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Lecture : Les cadres de santé représentent 2,8 % de l'ensemble des actifs hospitaliers (au sens où l'enquête les définit, cf. la partie « Méthodologie » de l'introduction). Dans les établissements publics de santé, la part des cadres de santé parmi les actifs s'élève à 3,1 %. En proportion, ils y sont donc deux fois plus nombreux que dans les établissements privés.

Dans le secteur public, la main-d'œuvre médicale est à la fois plus nombreuse et plus diversifiée en matière d'ancienneté dans le corps. Les établissements publics disposent en effet d'un plus grand nombre de médecins, officiant à des moments différents de leur carrière : des internes aux chefs de service confirmés, les hiérarchies intra-médicales des établissements publics comptent plus de niveaux que celles du privé. Ainsi, le personnel médical du public est-il plus souvent en mesure d'assumer lui-même l'organisation et l'encadrement du travail des équipes, ce qui limite – relativement au privé – le volume des responsabilités déléguées aux hiérarchies soignantes dans ce secteur.

Si l'on a de bonnes raisons de penser que les « soignants » sont dans le privé plus souvent investis de responsabilités hiérarchiques que dans le public, on n'en retrouve pas moins des écarts similaires dans les structures de qualification de la hiérarchie soignante : il y a en moyenne deux fois moins de cadres de santé dans le privé que dans le public. On compte ainsi moins d'infirmier(ère)s qualifié(e)s et plus d'agents de service et d'aides-soignants dans le privé lucratif.

Ces différences observées dans les structures professionnelles des établissements publics et privés posent la question des arrangements locaux au travail : comment expliquer que des établissements ayant une activité similaire s'acquittent de leurs missions avec des personnels dont la qualification diffère ? C'est que dans ces établissements, au-delà des règlements définissant les professions de la santé et les corps de métier, les actifs hospitaliers mettent en œuvre des accommodements organisationnels variables, réinterprétant fonctions et statuts selon les besoins de l'activité. Il est ainsi probable que l'organisation du travail dans les établissements privés lucratifs se caractérise – relative-

²³ Cf. dans le chapitre suivant, la section « Subordination des médecins salariés contre insubordination des médecins libéraux ? » et, dans le chapitre III, la section « Le partage des zones de responsabilité entre les médecins et les infirmiers ».

ment à celle des établissements publics (mieux dotés en main-d'œuvre qualifiée) – par une plus grande délégation des tâches du haut vers le bas de la hiérarchie professionnelle.

Malgré un degré particulièrement élevé de formalisation et de réglementation des professions de santé, la question de savoir « qui fait quoi ? » continue de trouver des réponses variables selon les établissements.

2. TÂCHES RÉGLEMENTÉES, TÂCHES RÉSIDUELLES : QUAND LE RÉGLEMENT NE RÉPOND QU'IMPARFAITEMENT À LA QUESTION « QUI FAIT QUOI ? »

Dans les unités enquêtées, le ratio nombre d'infirmières et d'aides-soignantes / nombre de malades était à peu près équivalent à Hpri et Hpu (cf. « Choix des sites et récolte des données » en introduction). Aussitôt établi, ce constat doit cependant être nuancé, car, la nuit, les soignants sont nettement plus nombreux à Hpu. Il semble à l'inverse qu'il soit plus facile de remplacer les absences à Hpri qu'à Hpu, car Hpri recourt davantage aux intérimaires et aux vacataires, et notamment à des vacances attribuées aux salariés de l'établissement, tandis que les personnels d'Hpu ne font pas de vacances. Dans les faits, donc, il y a peut-être, en moyenne, légèrement moins de soignants à Hpu qu'à Hpri, en raison des absences.

2.1. Pour les mêmes statuts, des fonctions diverses

Si on s'en tenait là, on pourrait croire qu'Hpri est légèrement mieux loti qu'Hpu en termes de personnel soignant. Or, Hpu dispose de davantage de métiers affectés à des tâches « résiduelles ». Remplir les dossiers des patients, répondre aux communications des médecins de ville, accueillir les familles, trouver des structures d'aval pour les patients quittant l'hôpital²⁴, etc. : une bonne part de ces tâches sont assumées par les soignants ou les cadres infirmiers à Hpri, tandis qu'elles sont davantage prises en charge par des secrétaires hospitalières et des assistantes sociales à Hpu.

Un infirmier d'Hpri : « *Même si on dit que les rôles sont bien définis, ici on fait beaucoup de choses qui ne sont pas des tâches de soin, notamment des tâches de secrétariat. À l'AP c'est très rare de voir un surveillant ou un infirmier faire la visite avec le médecin. Il y a différentes catégories de médecins à l'AP, internes, externes, chefs de clinique, ils ont moins besoin de se faire tenir la main.* »

À Hpri, dans la mesure où les cadres infirmiers passent du temps à trouver des structures d'aval, ils se déchargent sur les soignants de tâches qui, à Hpu, continuent d'être assurées par les cadres. C'est particulièrement visible concernant les négociations entre services, à propos du nombre et du moment des transferts de patients de l'un à l'autre. Tandis qu'à Hpu les transferts se règlent entre surveillantes, avec semble-t-il peu de conflit, les soignants d'Hpri mettaient souvent en avant les conflits avec les autres services, notamment ceux de l'USIC (Unité de Soin Intensif) se plaignant du manque de coopération de leurs collègues du service de médecine cardiaque (les transferts de patient se faisant de l'USIC vers la médecine), ces derniers pointant quant à eux le « harcèlement de l'USIC ».

En dehors des personnels, telles les assistantes sociales, dédiés à des tâches effectuées ailleurs par des soignants, Hpu accueille un nombre important d'« apprenants » en tout genre, qui ne restent pas inactifs : élèves aides-soignants et infirmiers (il y en a aussi à Hpri, mais moins), mais aussi, puisque Hpu est un Centre hospitalo-universitaire, des élèves médecins, « internes » et « externes ». Les médecins internes assurent l'essentiel du quotidien de l'activité médicale auprès des patients (visi-

²⁴ Les malades ne sont peut-être pas exactement les mêmes dans le privé et dans le public, l'hôpital public étant théoriquement dans l'obligation de prendre en charge les malades refusés ailleurs ; la difficulté de trouver des structures d'aval y serait donc plus grande.

tes, interrogatoires, examens, prescriptions). Ils assument ainsi peu de tâches qui seraient susceptibles d'être effectuées par des soignants. Les externes en revanche ont parfois des tâches de secrétariat, prennent des rendez-vous pour des examens, réalisent les électrocardiogrammes, toutes choses ordinairement dévolues aux soignants (les externes n'étant présents que le matin, seule une des trois équipes d'Hpu bénéficie de cette main-d'œuvre d'appoint).

2.2. L'allocation des tâches non réglementées

Il y a des tâches résiduelles incompressibles, telles que le secrétariat, qui sont ou non prises en charge par des personnels dédiés, mais il y a aussi des tâches nouvelles, liées à des techniques émergentes, et qui, n'étant pas immédiatement réglementées, demeurant dans un flou juridique et pratique, peuvent être effectuées par diverses catégories de personnel – jusqu'à ce qu'une réglementation soit instituée, et qu'un responsable décide de l'appliquer et d'éliminer les arrangements initiaux.

Un exemple en est donné par une « secrétaire médicale » d'Hpu, proche de la retraite. En réalité, elle travaille à l'échographie cardiaque. Elle assiste les médecins en installant les patients, en prenant les rendez-vous, en préparant une partie des comptes-rendus. Dans l'autre laboratoire d'échographie cardiaque du service, ce sont des tâches assurées par des aides-soignantes et des infirmières. Personne ne songe pourtant à la déloger, car cela fait un quart de siècle qu'elle s'est spécialisée dans le domaine. Au début des années 1980 en effet, *« j'en ai eu marre d'être secrétaire. Un labo d'écho cardiaque s'est monté, c'étaient les premières techniques, je les apprises en même temps que les médecins. Après les techniques se sont perfectionnées, j'ai tout appris, j'ai passé les DU comme les médecins. On pensait que j'allais être nommée technicienne. Il y a quatre filles comme moi en France. Mais ici je suis toujours restée secrétaire médicale. Le titre de technicien d'écho cardiaque existe dans tous les pays du monde sauf en France. (...) Personne n'a voulu changer. Et je vais avoir une retraite de secrétaire médicale. Et je prends un poste de secrétaire médicale, ça les emmerde car ils manquent de postes. (...) Les médecins, les cardiologues disaient que c'est à eux de faire l'écho. Je prenais leur place »*. Un chef de service, arrivé au début des années 1990, lui refuse de continuer à pratiquer l'examen. Elle est donc ramenée à un rôle d'aide-soignante, sauf qu'elle enseigne les rudiments de l'échographie aux internes. Selon elle, comme les cardiologues spécialisés dans l'échographie manque aujourd'hui, il est question de créer un grade de technicien, mais il sera trop tard pour elle. *« À part l'enseignement que je donne aux internes sur l'écho, je ne fais rien d'intéressant. Puisque c'est un métier qui n'existe pas. Bien que ça va réexister mais je ne serai plus là. Normalement une infirmière va me remplacer, elles vont tourner entre elles. C'est qu'il y a des gestes infirmiers que je n'ai pas le droit de faire. Je les faisais mais c'est tellement strict maintenant, comme secrétaire médicale je n'ai rien le droit de faire. »*

Plus les catégories sont basses, plus elles ont de chances de se retrouver affectées à des tâches laissées dans le flou par la réglementation. Cela peut être un vecteur de mobilité professionnelle (certes sans reconnaissance statutaire), qui permet d'abandonner un poste peu apprécié, comme ce fut le cas dans un premier temps pour cette secrétaire médicale. À Hpu, toutes les secrétaires hospitalières sont des aides-soignantes (de statut et anciennement de fonction), et le passage de l'un à l'autre poste était volontaire, parfois pour des raisons familiales (horaires « de bureau » du secrétariat), parfois professionnelles. De même, l'« agent de maintenance » du service, qui s'occupe de toutes les fournitures non médicales, est aide-soignant. On notera encore que 13 des 32 brancardiers d'Hpu sont aides-soignants.

Mais cette assertion selon laquelle les catégories les plus basses sont plus souvent affectées aux tâches résiduelles ne signifie pas seulement qu'on les oriente vers des postes différents de leur poste

d'origine. Dans le quotidien, des aides-soignantes, des brancardiers, des secrétaires, des agents de service se voient attribuer de multiples tâches, nettoyage de meubles, transport de malades, aménagement du service, petites réparations, magasinage, et bien d'autres encore, apparemment minuscules, que l'on peine à imaginer a priori parce qu'elles sont le résultat imprévu de l'activité du service. On ne peut les reconstituer qu'à travers l'accumulation des témoignages particuliers et des cas d'espèce, et notamment quand les personnels concernés les mettent en relief en déclarant : « *C'est pas mon rôle* ».

Une aide-soignante : « *Et puis il arrive que la surveillante nous demande de nettoyer la salle des médecins. Souvent ils mangent des repas, au moins une fois par semaine ils ont des repas avec des traiteurs qui viennent, etc., et puis ils mangent. Ils s'assoient, ils mangent, et puis ils s'en vont, ils laissent tout sur la table, et puis après elle nous appelle pour nettoyer. Jusqu'à présent j'ai pas refusé. J'ai pas trop envie de créer des conflits non plus. Mais il y aura un jour où je dirais que non, c'est pas mon rôle. Et effectivement, c'est pas mon rôle. (...) Moi je serais capable de refuser un ordre. Je serais capable de refuser, par exemple, du brancardage. J'estime que je suis pas brancardier et... si je trouve que c'est abusé, qu'on me dise de descendre un patient, je dirai non. — [Q :] On vous l'a déjà demandé ? — On me l'a déjà demandé, oui. — [Q :] Et alors ? — Et je l'ai déjà fait, et une fois j'ai refusé. — [Q :] Qu'est-ce qui s'est passé ? — Et bien, le patient, je ne l'ai pas descendu, et finalement il a passé la nuit sur l'étage. — [Q :] Personne ne l'a fait ? — Personne ne l'a fait. — [Q :] Et le lendemain ? — Et le lendemain, et bien il est descendu le lendemain. — [Q :] Qui c'est qui l'a descendu ? — Le lendemain, je pense que ce sont les collègues du matin qui l'ont descendu. »*

Une autre aide-soignante : « *Par exemple la dernière fois, l'histoire qui nous a fait un peu partir en colère, c'est d'aller à l'archivage. On nous a demandé d'assurer les admissions l'après-midi. Et en plus de nos tâches habituelles, aller à l'archivage. On fait les admissions, ça prend un certain temps, en plus les courses [dépôt et récupération des examens au laboratoire], on y va régulièrement, aller au rez-de-chaussée, au laboratoire. En plus de ça maintenant il faut aller à l'archivage. En plus à Hpu, ça prend un temps considérable. Bien sûr ça nous permet d'aller voir autre chose, mais c'est pas le but, on n'est pas là pour se balader aller voir comment fonctionne l'archivage. Au niveau de l'unité, au niveau de nos patients, je vois pas trop l'intérêt, mis à part bien sûr que le médecin a besoin de ses données médicales pour travailler dessus et faire un lien avec la pathologie actuelle, ça je veux bien le croire. Mais est-ce vraiment à l'aide-soignant d'avoir ce rôle délégué administratif ? Parce que quelque part pour moi c'est pas à moi d'aller le gérer, c'est pas à moi de le faire. Ça fait trop de temps perdu, ça cadre plus avec mes principes de travail, avec mes principes professionnels, et c'est là que j'ai du mal à comprendre. »*

Un brancardier : « *On va chercher la blouse pour le radiologue, on récupère les examens, on fait du magasinage, on installe les malades, on les scope, on branche... On va aider à entrer les malades sur ordinateur. On est obligé de faire ça. Si on dit non, c'est la porte ou l'avertissement. On n'a pas de droit de réponse. (...) On est les larbins de la radio, on fait tout. »*

Un responsable de brancardiers : « *Il y avait des tâches qui ne correspondaient pas, des trucs absurdes et des trucs illégaux. Je commence par l'illégal : des brancardiers allaient chercher des stupéfiants pour les urgences. Et puis l'absurde : le brancardier va chercher la pizza ou les clopes du médecin. Donc l'idée c'est de recentrer sur les tâches du brancardier. »*

Pour les brancardiers, la question se pose aussi dans l'autre sens, c'est-à-dire qu'il est généralement admis qu'une partie du transport des malades peut être assurée par les soignants ; mais quelle partie exactement²⁵ ? C'est la question qui est soulevée lors d'une réunion de cadres à Hpri :

« – [Coordinatrice des soins] Je voudrais aussi souligner quelque chose, c'est que le personnel soignant peut aussi faire des courses de temps en temps, il n'est pas obligé de biper le brancardier en permanence. J'ai vu des services où on bipe le brancardier alors qu'on est assis sur une chaise.

– [Un surveillant] D'accord, mais des fois quand on bipe le brancardier il nous répond qu'il ne veut pas venir. [Approbations]

– [Directrice des soins] Je veux insister sur un point. Il est essentiel que tout le monde se respecte dans cette maison. Je le dis au nom des brancardiers qui se font parfois traiter comme des chiens, vraiment. C'est un métier qui doit être considéré comme tel. Parfois quand on dit qu'ils ne veulent pas venir, c'est qu'en fait ils ne peuvent pas. Certains souffrent terriblement du mépris, même s'ils ne le disent pas, parce que c'est une catégorie de personnel qui n'a pas tellement l'habitude de prendre la parole. »

La moindre spécification des tâches semble être une caractéristique des catégories basses. Consécutivement, ces catégories peuvent être vues comme celles auxquelles on peut (presque) tout demander. De brancardier ou aide-soignante, on glisse facilement à homme ou femme à tout faire. Les personnels concernés peuvent alors se sentir méprisés, si l'on songe à eux dès qu'une tâche peu qualifiée et peu désirée se présente.

Une secrétaire hospitalière d'Hpu (aide-soignante de statut) : « On est la bonne de tout le monde : des médecins, des surveillantes, du personnel, des malades... Tout le monde est sur nous. On est les serveurs de tous ces messieurs dames, pour dire un mot gentil. »

Une brancardière d'Hpri : « Pour les infirmières, les aides-soignantes, les médecins, nous on n'est rien. On te dit : c'est comme ça, tu fais comme ça. »

Leur parade, lorsqu'il est possible de la mettre en œuvre, est alors de répondre : « *C'est pas mon rôle* ». Cette réponse est la revendication d'une reconnaissance statutaire, une spécification de leurs tâches, face à la dissolution de leur métier dans le tout venant des tâches non qualifiées. Les aides-soignants évoqueront ainsi leur « *rôle propre* » (reprenant un terme médico-légal qui n'existe cependant pas à leur sujet), auprès du patient. Les brancardiers qui, affectés à un service en particulier (radiologie et scintigraphie notamment), assument tout autant des tâches liées au fonctionnement de ce service que le transport des malades, auront plutôt tendance à demander à être reconnus comme agents dédiés au service (« *agent de scintigraphie* », « *aide manipulateur* »).

Ainsi en est-il des « brancardiers » de scintigraphie à Hpri. L'un d'entre eux explique qu'« *on a le titre de brancardier, mais on ne l'est pas. Quand d'autres brancardiers viennent nous remplacer ici, ils savent pas trop quoi faire, car ce n'est pas vraiment du travail de brancardier* ». Certes il transporte les patients, mais c'est une petite partie seulement de son travail. Son activité principale consiste à aider l'aide-soignante, prendre la tension, porter les prises de sang au laboratoire, assurer la liaison avec les autres services, s'occuper des poubelles radioactives, faire le lien entre les secrétaires et les médecins, distribuer les dossiers aux personnes concernées. « *Tout ce qui n'est pas fait par les manip ou les secrétaires, on le fait* ». « *On a fait une demande pour changer de titre, à chaque fois la direction dit oui, mais elle change* ». Ils voudraient être appelés « agents de liaison » ou « agents administratifs ». Comme il est question de faire un tri des déchets nucléaires dans les services, que les brancardiers de scintigraphie seraient

²⁵ La responsable du brancardage à Hpu relève, pour le déplorer, qu'« *à peu près 20 % des courses dans cet hôpital sont effectuées par les services eux-mêmes* ».

chargés de collecter, ce brancardier proteste : « *Je leur ai dit : soit ils m'enlèvent le titre de brancardier, soit je ne le fais pas. Cette fois le dossier est monté là-haut. On devrait s'appeler agents de scintigraphie. Après on va demander une augmentation, là ça va être plus dur* ».

Après avoir montré que l'affectation de certaines tâches et la reconnaissance statutaire correspondantes demeuraient incertaines, qu'elles faisaient l'objet de luttes entre l'hôpital et le personnel, ou entre les personnels eux-mêmes, il faut souligner la présence d'un autre acteur susceptible de participer à l'activité : c'est le patient, qui certes est le matériau du travail hospitalier mais qui, matériau humain, peut lui-même y contribuer. Les patients peuvent faire de tout, mais dans des quantités variables suivant leur état : se laver, aller aux toilettes (ou non) ; comprendre les formulaires qui leur sont adressés, les remplir facilement (ou non) ; participer au travail d'encadrement par des réclamations (ou non)²⁶ ; etc. Le patient peut donc être inséré dans la division du travail hospitalier, la nature et le volume de sa participation influençant le travail des soignants (Acker, 2005). La famille des malades ou des bénévoles peuvent également remplir certaines tâches. Avec le maintien, voire le développement d'une activité bénévole d'accompagnement des malades, la question de la frontière et des délégations éventuelles entre leurs activités et les tâches des personnels rémunérés se pose (Arborio, 2001 ; Acker, 2005). Autrement dit, le partage entre le travail gratuit et le travail rémunéré de la santé continue d'être un enjeu.

3. VARIATIONS AUTOUR DES GLISSEMENTS DE TÂCHES

L'expression « glissement de tâches » ne se comprend que dans le cadre de professions réglementées. Elle désigne le fait que des catégories de personnel non habilitées exécutent des tâches théoriquement réservées aux professions désignées par la réglementation. Si l'on mentionne parfois des tâches médicales effectuées par des infirmières (notamment pour les prescriptions, cf. chapitre III), si l'on évoque plus rarement, à propos des cliniques privées, le cas d'aides opératoires sans aucune qualification ou secrétaires, on parle surtout des glissements de tâches à propos des aides-soignantes qui sont amenées à réaliser des actes infirmiers. Pour des raisons logiques : comme on le verra dans le chapitre III, lorsqu'on essaiera de décrire la relation de délégation qui lie infirmières et aides-soignantes, il s'agit de deux catégories de personnel à l'intérieur d'un même métier. C'est le décret de compétence infirmier qui régule, dans le même temps, le statut des aides-soignantes²⁷. Les tâches aides-soignantes peuvent être légalement effectuées par des infirmières (elles appartiennent même au « rôle propre » de l'infirmière), tandis que l'inverse n'est pas vrai. Mais dans le quotidien, infirmières et aides-soignantes travaillent dans les mêmes locaux, sur le même matériau (le malade), avec les mêmes horaires, et la même exigence de continuité des soins.

²⁶ Le personnel de nuit d'Hpri se dit peu encadré, mais contrôlé dans la mesure où le malade est conscient. Par exemple ces deux infirmières : « *De toute façon, si quelque chose est mal fait, c'est facile de s'en apercevoir. Les patients sont conscients, ils peuvent le dire* » ; « *Le reflet du travail de nuit, c'est le patient qui le donne le matin. S'il n'y a aucune plainte de patient, c'est qu'il n'y a aucun problème.* »

²⁷ Article 4 du décret de compétence du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants (...) qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.* » L'étendue des tâches accessibles aux aides-soignantes ne découle donc pas d'un autre décret de compétence, mais du programme de formation permettant d'obtenir le diplôme.

3.1. Les glissements de tâches ne sont plus tolérés

D'après les entretiens que nous avons réalisés, il semble que les glissements de tâches existent dans tous les établissements, et plus particulièrement dans certaines unités ou séquences de travail, notamment la réanimation (par opposition à la salle) et la nuit (par opposition au jour).

« [En réanimation,] on fait pratiquement tout. Quand il y a pas mal de taff, c'est vrai qu'on n'est pas là à regarder qui fait quoi. En général, on est complémentaire sur tout. En réanimation, on fait à peu près le même travail. Parce que [le médecin] a bien vu notre façon de travailler, et on a eu une formation... voilà, il sait très bien ce qu'on vaut, tu vois ? » (Aide-soignante Hpri)

« Parce qu'en réanimation médicale on fait beaucoup plus les soins infirmiers, tandis qu'ici [en médecine cardiaque] on fait vraiment le basique, la tension, quoi. » (Aide-soignante Hpu)

« [Les glissements de tâche,] c'est arrivé. C'est arrivé en réa méd. Plusieurs fois, parce que dans le temps, quand j'ai commencé, je dirais pas qu'on était couvert, mais dans le service c'était toléré. Et après, avec insistance, la direction des soins, partout, comme il y a eu pas mal de problème ailleurs et même en réa méd, ils ont préféré que les tâches infirmières restent infirmières et les tâches aides-soignantes aides-soignantes. » (Aide-soignante de nuit Hpu)

Les cadres, censés empêcher ces glissements, ne sont pas forcément dupes²⁸. Mais comme le suggère le dernier extrait, à Hpri comme à Hpu, ils sont, davantage que par le passé, chargés de combattre le phénomène.

« Chez nous, ils ne font rien de ce qu'ils ne doivent pas faire. Parce qu'il y a eu un très très gros problème, je crois que c'est à [un hôpital de l'AP], où il y a eu une infirmière qui a délégué un soin à une aide-soignante, et au lieu de passer le repas dans la sonde gastrique, elle l'a passé dans une autre sonde. Et l'enfant est mort. Donc on a été jugé. Donc l'administration nous a demandé, dans tous les hôpitaux, dans tous les services, de réellement ne pas faire de glissement de tâches. Donc ici je le respecte, à la lettre. » (Cadre infirmier supérieur Hpu)

« C'est qu'il y a vingt ans, il y avait ce qu'on appelle les glissements de tâches. (...) C'est-à-dire que moi j'ai connu des aides-soignantes qui faisaient du travail d'infirmière. Alors là c'est vraiment interdit, interdit. (...) On est quand même très vigilant là-dessus et ça ne se fait pas... ça ne se fait plus. Mais à une époque, il y avait une génération d'aides-soignants qui disaient : "Mais moi je sais piquer, moi je sais faire ci, mais moi je faisais ci", et à ce niveau-là c'est chacun ses tâches. — [Q :] Il y a plus de vigilance là-dessus maintenant qu'avant, de la part des cadres ? — Oui, oui. De toute façon, c'est interdit. C'est formellement interdit. Mais il y a vingt ans... Surtout de nuit. Ça se concentrait surtout de nuit, un peu le soir. » (Cadre infirmier Hpu)

²⁸ « Sur les glissements de tâches, on a mis un holà dans certains services. Mais dans certains services comme les urgences, la réa chir cardiaque, etc., ça existe toujours. Et c'est connu, c'est notoire. Et ils se mettent en porte-à-faux, c'est connu. » (Cadre infirmier Hpri)

« Et par exemple, là on a une aide-soignante, par exemple, qui vient d'un service de réanimation médicale où elle travaillait de nuit. Elle ne se plaint pas du tout dans ce service, parce qu'elle nous dit : "Les soins sont pas les mêmes." On lui dit : "Mais écoutez, les soins que vous faites, ce sont des soins d'aides-soignantes, c'est la toilette, ce sont les réfections de lits, c'est l'environnement du patient, c'est la prise de commande des repas." Bien sûr, elle qui était de nuit, elle ne faisait pas tout ça. Mais elle, elle préférerait son travail en réanimation médicale de nuit, parce que justement, elle aidait l'infirmière, et elle était justement dans ce glissement de tâches. Donc pour elle, elle a une image de la fonction aide-soignante autre que celle qu'elle pratique ici, alors qu'ici elle fait son travail d'aide-soignante. D'ailleurs elle a demandé à repartir en réanimation médicale. » (Cadre infirmier Hpu)

« Parce qu'avant, l'infirmière disait : "J'ai pas trop envie de faire ça", c'est l'aide-soignante qui le faisait. (...) C'est pas à une aide-soignante qui n'a jamais appris à préparer une perfusion, qui l'a simplement vue, de le faire. C'est pareil, elle ne sait pas ce qu'elle encourt en faisant cela. (...) Mais là ça va mieux, depuis qu'on responsabilise les infirmières : "C'est votre rôle, c'est votre responsabilité. Même si l'aide-soignante se trompe, c'est vous qui prendrez. C'est vous qui irez devant les tribunaux." — [Q :] Parce que les aides-soignantes sont sous la responsabilité... — Sous la responsabilité des infirmières et sous la mienne. Donc comme je leur ai dit, je ne veux pas aller en prison. Donc je ne veux pas voir des choses que je ne dois pas voir. » (Cadre infirmier Hpri)

Les soignants ont ressenti ce « recadrage », cette insistance beaucoup plus marquée sur les glissements de tâches. Ce qu'ils ont retenu en particulier, c'est que la menace n'est pas tant celle d'une sanction disciplinaire prononcée par l'hôpital, que d'une absence de « couverture » de la part de l'hôpital pour les personnels qui seraient attaqués en justice. Beaucoup disent avoir changé leurs pratiques en conséquence.

« Oui, et puis il est déjà arrivé ici des problèmes. C'est-à-dire que des patients ont porté plainte pour X raison. Et en fait tout le monde a été convoqué. Et lorsque vous êtes convoqué, on vous dit : "On sait qu'il y a des dépassements de tâches". S'il y a un problème, l'aide-soignant ne sera couvert par personne. » (Aide-soignant Hpri)

« Quand on revient d'une coro ou d'un examen par exemple, ici, je me suis aperçue qu'ils demandaient presque de descendre en bas, d'aller chercher le patient, d'être à deux aides-soignants par exemple. Alors c'est pas normal, parce que ça devrait même pas être nous. C'est le médecin qui devrait descendre. Et des fois, moi il m'est arrivé de descendre le patient sans médecin, sans rien. S'il lui arrivait une merde, c'était pour ma pomme. Sauf que moi je m'étais dit que je ne ferais pas le... Moi je sais masser. Et je sais aussi faire avec le défibrillateur. Mais je le ferai pas. Je ferai que le massage. Parce que je sais que si je fais le défibrillateur et que le patient ne se récupère pas, c'est de ma faute. Là j'aurai une faute. Ça sera considéré comme une faute professionnelle puisque ça sera comme si je savais pas le faire et que j'avais pas à le faire, et puis, vous voyez ? C'est vraiment à nous de voir... Il faut qu'on réagisse avant même que... Parce que maintenant c'est comme ça. Les fautes ça va vite. Les patients, ils ont plus facilement le droit à la parole, donc ils vont plus facilement se plaindre, sans nous le dire à nous, ils vont le dire, ils vont faire une lettre, machin, et puis voilà, ça va plus vite qu'avant. » (Aide-soignante Hpu)

Dépasser « ses » tâches appelle un sans-faute. Alors qu'une réaction maladroite ou tardive de professionnels habilités peut être tolérée à titre d'exception (« l'erreur est humaine »), celle d'une aide-soignante est immédiatement passible de sanction si la personne a outrepassé son statut.

Une conversation avec deux infirmiers et un aide-soignant de nuit, à Hpu : « [Infirmier] Les rôles propres sont redevenus plus cadrés. Avant il y avait des dépassements, c'est fini. Par exemple les aides-soignants faisaient des injections sous-cutanées.

[Aide-soignant] Quand j'ai commencé on faisait beaucoup de choses. On préparait les perfs pour les coros. (...)

[Infirmier] J'ai vu des aides-soignants faire des gazes du sang, et ils le faisaient bien. Mais il y a eu des petites soucis sur les injections, c'est pour ça que ça a changé. (...)

[Deuxième infirmier] Des injections faites par des aides-soignants, ça a donné des hématomes des fois, c'est pour ça.

[Aide-soignant au deuxième infirmier] On a connu des infirmiers qui ont fait aussi des hématomes. »

Ce que conteste cet aide-soignant, c'est que ses collègues et lui soient immédiatement montrés du doigt lorsqu'un problème se manifeste suite à un glissement de tâches, tandis que ces problèmes font partie de l'exercice ordinaire de la profession infirmière, mais sont rendus invisibles par l'écran du statut.

3.2. Il reste pourtant difficile de fonctionner sans glissements de tâches

Le combat mené depuis quelques années contre les glissements de tâches pose de manière plus générale la question de la visibilité de l'activité dans les services. Souvent, ces glissements se sont installés parce que des routines, des complicités, éventuellement des amitiés se sont nouées dans les services, qui ont amené à des arrangements ; mais aussi parce le rapport entre la charge de travail et les effectifs imposait aux infirmières de déléguer certaines de leurs tâches.

« Au niveau des tâches tout le monde fait tout et n'importe quoi. — [Q :] L'interdiction n'est pas plus ferme depuis quelque temps ? — Ici ils ne peuvent pas. On le respecte quand il y a une inspection mais ici c'est impossible à gérer. Ou alors il faudrait mettre deux infirmières en plus. » (Aide-soignante Hpri)

Si les glissements de tâche sont combattus tandis que ce rapport ne change pas, le risque est que les glissements demeurent, tandis que la position officielle « pas de glissement » imposerait le silence à leur sujet. Les personnels continueraient ces pratiques parce qu'ils ne pourraient faire autrement, et ils devraient le faire dans la clandestinité, jusqu'à ce qu'une « affaire » les en sorte et les sanctionne. La cadre infirmier supérieur d'Hpu citée plus haut, par exemple, en est consciente : elle reconnaît qu'il est impossible de combattre les glissements de tâche la nuit si les aides-soignantes ne sont pas progressivement remplacées par des infirmières – car il y a peu de travail aide-soignant la nuit.

Voilà qui interroge la division du travail hospitalier, et en particulier le sens et l'utilité d'une catégorie aide-soignante. Cette catégorie permet de faire une économie sur la formation et les salaires – mieux vaut, pour le budget de l'hôpital, une infirmière et une aide-soignante plutôt que deux infirmières. Puisque les aides-soignantes n'ont aucun rôle propre, qu'elles ne sont au point de vue professionnel que des « sous-infirmières », leur existence ne se comprend que relativement à cet objectif budgétaire. Le ratio infirmières / aides-soignantes témoigne alors d'un choix économique, qu'il convient ensuite de rapporter à la charge en soins. À certains endroits, il semble qu'il y ait suffisamment d'infirmières pour toutes les tâches infirmières, si bien que les aides-soignantes n'effectuent que des tâches aides-soignantes. Mais à d'autres, la charge de travail impose des glissements de tâche. Le personnel doit alors apprendre à trier, parmi ces glissements, ceux qui leur semblent bénins et ceux qui sont inacceptables (précédant parfois les changements de réglementation, comme pour les tensions). C'est l'objet d'une négociation, dans le for intérieur des infirmières et des aides-soignantes comme au niveau du service ou de l'hôpital.

Un infirmier d'Hpu : « Ce qui se passe, c'est qu'on [les cadres] rappelle de plus en plus aux aides-soignants de pas dépasser les limites de leur fonction. C'est vrai que de temps en temps ils peuvent nous filer un coup de main, surtout que c'est quand même des soins intensifs, donc de temps en temps il y a des coups de chaud, il faut que ça aille vite. Un aide-soignant qui est là depuis longtemps, qui connaît les choses, et bien il sert à quelque chose. Et puis de plus en plus la hiérarchie leur rappelle que, les trucs de base, ils ont pas à prendre les tensions, ils ont pas à faire ci, ils ont pas à faire de piquouzes, ils ont pas à changer ci... en gros c'est recadré. Nous on laisse faire une certaine catégorie de gens dont on sait qu'ils vont bien faire et puis quand ils le font ils vont nous en parler. »

Une infirmière d'Hpu : « Moi je préfère encore confier mes soins à une aide-soignante qu'à une élève infirmière alors que c'est la première fois qu'elle met les pieds [dans le service]. Et parce qu'elle est élève infirmière, elle est autorisée à le faire. (...) J'ai une collègue, une amie qui est diplômée depuis mars, qui était aide-soignante ici. Donc bon,

c'est vrai qu'elle cherchait beaucoup à apprendre donc... Et on s'est déjà fait remonter les bretelles parce que je lui faisais faire des petits soins. Mais toujours des petits soins qui mettent pas en danger... Je lui ai jamais dit de préparer une seringue avec des produits dedans. Des petits soins qui sont pas du tout dangereux pour le malade ou quoi. C'est faire une glycémie, ou une petite prise de sang, je reste à côté, c'est pas... Parce que c'est pareil une élève infirmière de première année, elle est autorisée à le faire. (...) L'aide-soignant, il est mis dans un rôle pipi caca. — [Q :] Quand vous vous êtes fait remonter les bretelles, c'était comment ? — On nous a dit en gros, ça a pas été trop dur, mais on nous a dit... Déjà c'est parti d'un... D'un caftage. Il y a des aides-soignantes qui ont cafté, de peur que ça leur soit... Genre, l'aide-soignant est capable de le faire, pour soulager l'infirmière, on va mettre ça à l'aide-soignant. C'était surtout cette peur-là. Donc moi on m'a dit de ne plus le faire. Ça a pas été méchant. On nous a bien dit qu'il fallait pas le faire. — [Q :] C'est au niveau de la cadre que c'est remonté ? — Oui, au niveau de la cadre. Mais bon c'était pas méchant. Mais on s'est pas gêné pour continuer [rire]. »

Un infirmier et un aide-soignant d'Hpri : « — [Aide-soignant] L'infirmier a des fonctions bien définies par la loi. L'aide-soignant aussi. Mais du fait de la charge de travail et qu'on travaille en binôme, souvent l'aide-soignant est amené en fait à aller au-delà de ses fonctions.

— [Infirmier] Il y a des petits glissements. Mais il y a pas de répercussions jusqu'à maintenant... On le souhaite pas non plus.

— [Aide-soignant] Après, ça dépend de chacun, de se limiter aussi à certains dépassements. »

« Se limiter à certains dépassements »²⁹ : une telle phrase peut sembler absurde sortie de son contexte, et pourtant elle exprime le quotidien des équipes soignantes. Dans les services de soins intensifs, de réanimation, il est difficile d'empêcher les glissements. Mais comme les glissements sont interdits, c'est aux soignants de décider entre eux des limites à leurs transgressions.

3.3. La fin des glissements de tâches peut être vécue comme une « régression »

La récente insistance des hiérarchies sur la stricte interdiction des glissements s'affronte à un autre obstacle : les aides-soignantes soudainement dépossédées de tâches qu'elles avaient coutume de faire, qui s'estiment (et que l'on estime) capables. Selon les mots d'un infirmier d'Hpri, « *pour que les gens retournent à leurs tâches c'est très dur, ça crée du conflit* ».

En fait, les aides-soignantes ont une position ambivalente vis-à-vis des glissements de tâches. Certaines recherchent ces glissements parce qu'elles trouvent que cela enrichit leur travail. Cela s'accompagne à l'occasion d'un argumentaire sur la qualité du soin³⁰ : mieux vaut une personne formée qu'incompétente.

²⁹ Les cadres doivent s'opposer aux glissements de tâches, mais certains rationalisent également les « dépassements limités », comme cette responsable du brancardage d'Hpu : « *Et donc les malades sont préparés par les brancardiers, qui descendent les malades au bloc, avec le dossier, et les malades remontent de la même manière, où ce sont les brancardiers, bien souvent, qui de nouveau sont obligés de les installer. Ils rebranchent le scope, ils rebranchent l'oxygène, ils règlent la perfusion, etc. Ce qui ne relève pas de leur mission. Mais en même temps, tout le monde gagne du temps et puis... tout le monde gagne du temps avec ça puisque les infirmières sont occupées ailleurs ou autre, et que les brancardiers, comme ça, n'attendent pas. Mais c'est un défaut d'organisation qui peut avoir des conséquences, mais bon. Globalement, ils savent quand même ce qu'ils font. Dès qu'ils ont le moindre doute, ils appellent l'infirmière, moi c'est ce que j'exige d'eux.* »

³⁰ Du côté infirmier, on tient aussi parfois ce type d'argumentaire, par exemple : « *J'ai vu des débordements de tâches, mais je dirais, superbes. Je suis pas du tout sportif ni footeux, mais par exemple quand vous voyez une équipe que vous soutenez, et que c'est le gardien qui va mettre le but, je pense que vous êtes complètement fou. J'ai vu des débordements de tâches comme ça. Des aides-soignants faire des trucs, mais génialissimes, pile poil au bon moment et... C'est du gâchis de compétences.* »

« On a un patient intubé et ventilé. Moi je suis aide-soignante, je me cantonne à mon travail aide-soignant. Je n'apprends pas à aspirer le patient, je n'apprends pas à faire d'HGT [hémoglucotest]. Vous voyez ? Alors un jour le patient il est encombré, il est en train de s'étouffer, je fais quoi puisque je n'ai pas appris le geste ? Et il faut savoir qu'apprendre le geste, c'est un fait, mais il faut pratiquer de temps en temps pour que ça soit bien fait. Et donc je trouvais dommage qu'on ne nous laisse pas faire. Surtout pour les nouveaux aides-soignants arrivés. (...) On leur disait : 'Non, vous ne pouvez pas faire l'aspiration et tout ça.' 'Mais s'il y a un malade qui ne va pas bien, qui ne respire pas bien, je fais quoi ?' 'Et bien t'appelles l'infirmière.' 'Oui mais l'infirmière est en train de masser.' 'Et bien t'appelles l'autre infirmière.' Oui, mais il a le temps de mourir deux fois, le malade. » (Aide-soignante Hpu)

D'autres aides-soignantes (et parfois les mêmes) ne veulent pas être utilisées pour des tâches pour lesquelles elles ne sont pas reconnues (statutairement et financièrement) ; elles considèrent qu'on les encourage à effectuer des glissements uniquement quand l'activité du service le requiert, mais pas dans l'objectif de les former.

« En fait, quand je suis arrivée, en fait les gens te demandent de dépasser tes tâches quand ça les arrange. Mais quand ça t'arrange toi, parce que tu as envie de savoir, et bien non c'est pas... Et bien dans ce cas, OK, c'est jamais. (...) Ce que font les infirmières, tout le monde peut le faire. Après il faut connaître les conséquences des médicaments que tu donnes par exemple. Mais on pourrait être formées pour ça. (...) Si j'ai changé de service souvent, c'est parce que c'est un travail ingrat. Au bout d'un moment je ne peux plus saquer les gens, les patients, le corps médical, les infirmières... ça te rend aigri, en tout cas moi ça me rend aigrie. » (Aide-soignante Hpri)³¹

Les aides-soignantes risquent d'autant plus de se sentir frustrées d'être cantonnées aux tâches définies réglementairement, que le renforcement de l'interdiction des glissements a pour corollaire un désengagement des infirmières vis-à-vis des tâches aides-soignantes³².

« Dans ce service, chacun travaille de son côté, il faut dire ce qui est. Il peut y avoir des aides d'un côté ou de l'autre. Mais eux font leurs soins, nous on fait les lits et les toilettes après les petits-déjeuners et il est déjà midi. (...) — [Q :] Qui répond aux sonnettes ? — À 100 % c'est nous, et on transmet aux infirmiers si ça sort de nos soins. Avant, quand il y avait une autre ambiance, les infirmiers répondaient aussi, je vous le cache pas. Il n'y avait pas de différence. C'est une mentalité. (...) Eux ont plus de tâches, aussi. D'un côté je les comprends mais ce côté 'chacun fait son boulot...' (...) Maintenant, quand les intérimaires viennent, on est surpris, parce qu'ils répondent à la sonnette. Je dis pas qu'un infirmier doit faire ça, je sais ce que j'ai à faire. Mais j'ai l'exemple d'une infirmière qui sort de la chambre d'un patient, et nous on est en train de faire quelque chose, elle nous dit : 'Il a besoin du pistolet' [pour uriner]. Elle pourrait lui donner. Toute la première année de la formation d'infirmier, c'est du nursing. Si on ne fait pas d'efforts, ça crée une cassure. — [Q :] En sens inverse, il y a des tâches que vous faites moins maintenant ? — Oui. Je ne vous le cache pas, tout ce qui était infirmier, je le faisais. Ou disons quelques trucs. Parce qu'avant la mentalité était comme ça. Mais après ils ont commencé avec les nouvelles lois. D'un côté, ça nous arrangeait pour apprendre. Mais c'est vrai, on s'est rendu compte que c'est interdit, donc il a fallu stopper. La charge de travail a augmenté côté infirmier. C'est une des raisons pour lesquelles on a arrêté cette relation où les infirmiers faisaient des toilettes. Ça fait

³¹ Autre exemple : « J'ai arrêté de faire ces tâches. Je l'ai dit au surveillant et à la surveillante générale qui m'ont dit que les aides-soignantes n'avaient plus à toucher à ça. C'est vrai que j'aimais faire ce genre de choses, c'est un plus pour moi. Mais je veux bien faire ce travail si je suis aidée dans mon travail d'aide-soignante. C'est pas normal que je fasse le travail d'infirmière si je ne suis pas aidée. »

³² On trouve un constat et des témoignages très proches dans Vega (2000).

à peu près deux trois ans. Depuis que les surveillants ont commencé à dire : ‘‘Vous n’avez plus le droit de faire ça et ça.’’ Je comprends aussi qu’une infirmière ne veuille plus toucher aux soins aides-soignants. — [Q :] Vous regrettez cette évolution ? — Peut-être qu’on était inconscients. En cas de litige... Mais c’est l’ambiance qui a changé, en tout cas c’est mon sentiment personnel. C’est bien quand chacun fait sa tâche, et d’un autre côté c’est cette hiérarchie... » (Aide-soignant Hpri)

Certaines, ayant connu des périodes ou des unités où ces glissements étaient davantage tolérés, ont donc l’impression de « régresser ». Indépendamment de ce contexte, les aides-soignantes sont confrontées à une contradiction : d’un côté il est impossible de ne pas apprendre, de ne pas acquérir d’expérience – on n’est pas la même aide-soignante selon qu’on a une ou quinze années d’expérience ; de l’autre, la réglementation n’autorise aucune entorse, aucun dépassement, présupposant implicitement que les personnels n’évoluent pas dans leur savoir-faire³³. La pénibilité du travail est d’autant plus durement ressentie par les aides-soignantes (qui disent souvent avoir commencé dans leur métier avec enthousiasme) qu’elle se double d’une absence d’évolution : statutairement, puisqu’il n’y a que deux échelons dans le métier infirmier (infirmière et aide-soignante), qu’aucune progression intermédiaire n’est possible ; et à présent réellement, dans la mesure où de plus en plus de tâches leur sont interdites. Non seulement leurs aspirations sont bloquées par la rigidité de leur statut, mais c’est aussi leur savoir-faire qui est dénié. Une telle situation peut être génératrice de souffrance³⁴.

Cette souffrance peut déboucher sur une contestation, soit collective (à travers par exemple les syndicats), soit individuelle (réclamations auprès des cadres, « mauvaise volonté » se traduisant notamment par l’absentéisme...). Dans ce contexte, il semble qu’il y ait deux manières assez différentes d’obtenir la « paix sociale » à Hpu et Hpri. À Hpu, établissement de l’Assistance publique (AP), il existe pour les aides-soignantes un accès important à la formation d’infirmière, qui est payée et pendant laquelle la personne est rémunérée – moyennant l’engagement de travailler pendant plusieurs années pour l’AP.

À Hpri, ces formations sont rares. Quelques personnes en ont bénéficié lors des années précédentes, mais lorsque nous avons réalisé notre enquête, début 2006, il était annoncé qu’aucune formation d’infirmière ne serait financée pour l’année en cours. La direction des ressources humaines avait en effet décidé d’utiliser le maigre budget de formation pour des formations courtes non diplômantes destinées à une part importante du personnel, plutôt qu’au financement de quelques formations d’infirmières qui « mangeaient » tout le budget. Or, plusieurs aides-soignantes voulaient devenir infirmières, certaines ayant déjà passé et réussi le concours pour entrer en formation, et attendant des financements pour s’y lancer. Sur ce sujet, les récriminations étaient nombreuses. Certaines aides-soignantes hésitaient à quitter Hpri pour travailler à l’Assistance publique, afin de bénéficier des formations qui y sont offertes. Mais une chose les retenait malgré tout : la peur de devoir, d’abord, exercer comme aide-soignante, et rien que comme aide-soignante, alors qu’à Hpri il reste malgré tout possible d’effectuer des soins infirmiers. En effet, les glissements de tâche s’avèrent plus nombreux à Hpri qu’à Hpu, et les personnels résistent davantage à un partage strict des tâches. Peut-être que la direction de l’hôpital, malgré certains discours, hésite à combattre frontalement les glissements, craignant de faire fuir une partie de son personnel.

³³ Il n’est pas question d’ignorer que ces limitations ont des justifications liées à la qualité du soin. Mais il s’agit ici d’en montrer les implications pour le vécu des personnels.

³⁴ Pour rendre compte de ce sentiment, on peut utiliser le cadre analytique de C. Dejours, qui écrit : « *Le niveau de qualification, de formation, n’est en règle général pas suffisant par rapport aux aspirations. La souffrance commence quand l’évolution de ce rapport est bloquée. Dans l’adaptation du contenu de la tâche aux compétences réelles du travailleur, le sujet peut se trouver en situation de sous-emploi de ses capacités, ou au contraire en situation trop complexe avec, à la clef, le risque d’un échec. (...) Dans le contenu significatif du travail par rapport au sujet entrent la difficulté pratique de la tâche, la signification de la tâche accomplie par rapport à un métier (notion qui contient à la fois l’idée d’évolution personnelle et de perfectionnement), et le statut social implicitement attaché au poste de travail d’affectation* » (Dejours, 1993 : 61).

Une aide-soignante d'Hpri : « *Tout de suite après la sortie de mon diplôme, j'ai été faire trois mois à [hôpital de l'AP] au bloc opératoire, et ça m'a pas plus du tout parce que là-bas, c'était, moi avec mon diplôme, au bloc opératoire, je faisais que du lavage d'instruments. Donc tu décharges les monte-charges, il y avait plein de matériel à l'intérieur, tu laves, toute la journée tu fais que ça. Donc c'est l'horreur, et moi j'ai pé-té les plombs. Au bout de trois mois, ils m'ont proposé un contrat à durée indéterminée, mais j'ai dit non. C'est soit la dépression, soit... Ah non. C'était pas du tout intéressant, en tant qu'aide-soignant. Surtout à l'AP... tu peux pas dépasser tes tâches non plus.* — [Q :] *Donc ici, c'était plus intéressant ? — Disons que tu apprends plein de choses. Tu as la possibilité de voir d'autres choses, quand même. (...) On fait pratiquement tout. (...) — [Q :] Je sais qu'avec l'accréditation, ces derniers temps, il y a eu des choses qui ont été dites là-dessus, est-ce que ça a influé sur le service ou est-ce que vous avez pu maintenir une certaine autonomie dans votre organisation ? — Non, on n'a rien changé dans notre façon de travailler, mais alors rien du tout. Ce qui a changé, c'est les pancartes sur les murs, c'est... Mais ici on a toujours été... — [Q :] Du fait que vous faites tous ces soins, vous avez eu envie... — D'aller à l'école ? De retourner à l'école, oui, on a eu cette envie-là. Mais ici c'est difficile, parce qu'il y a toujours un problème de trésorerie. Donc voilà pourquoi. Après, on pourrait partir. On peut partir et aller à l'AP, par exemple, puisque paraît-il là-bas on fait partie des critères de recrutement, pour aller à l'école. Donc on pourrait partir. Mais c'est vrai que c'est pas évident de partir d'ici. (...) Parce qu'on sait très bien que cette organisation-là, on la retrouvera pas.* »

Ainsi que l'analyse un syndicaliste (cf. encadré 1), du point de vue de la gestion du personnel, le glissement de tâches permet non seulement d'utiliser des personnes non reconnues (donc moins rémunérées) pour certaines activités ; mais il a aussi l'avantage de fixer le personnel, de le rendre captif. Car les individus n'ont accès à certaines tâches qu'à la « faveur » du service ou de l'hôpital, faveur qu'ils perdront en quittant la structure.

Encadré 1

Les positions des syndicats de salariés sur les glissements de tâches et la validation des acquis de l'expérience

Les syndicats de salariés manifestent un certain embarras vis-à-vis des glissements de tâches. Tous s'y opposent, au nom de la sécurité des soins et du maintien du statut des professions. Mais ils nuancent eux-mêmes ces arguments : dans un cadre stabilisé, où les personnels se connaissent bien, où les agents hospitaliers et aides-soignants ont une solide expérience, le glissement n'est pas si dangereux ; et il faut bien admettre que certaines personnes y voient un moyen d'accéder à des tâches plus intéressantes et valorisantes. Comment défendre ces aspirations sans encourager les glissements de tâches ? En favorisant la formation et la qualification des personnels, répondent les syndicats – ce qui permettrait également de combattre un aspect potentiellement frustrant des glissements : leur réversibilité au gré des politiques des établissements.

La discussion sur la validation des acquis de l'expérience (VAE) prolonge alors logiquement celle sur les glissements de tâches. La VAE a été introduite en 2005 dans les métiers de la santé, en commençant par celui d'aide-soignant. Quoique généralement vue comme une mesure « progressiste » permettant de valoriser des savoirs et savoir-faire acquis au fil de l'expérience, rompant avec la rigidité de la seule reconnaissance par les diplômes, la VAE reste diversement appréciée, eu égard au contexte spécifique des métiers de la santé. Certains syndicats y voient un moyen de pallier la pénurie de main-d'œuvre (résultant de politiques strictes de *numerus clausus*) par des formations et des titres au rabais, ou bien encore la légalisation des glissements de tâche et des exercices illégaux de professions : car peut-on valider une expérience dans des tâches qui sont théoriquement monopolisées par une profession réglementée ?

CGT : « Ça s'appelle des glissements de tâches. Et ça il y en a tous les jours. (...) C'est plus valorisant de faire des actes techniques, de donner des médicaments, que de vider des bassins. C'est tout dans la valorisation du métier. — [Q :] Comment ça se passe pour représenter à la fois cette aspiration à la valorisation et

en même temps lutter contre le glissement de tâches ? — Et bien, c'est donner la possibilité à toutes les professionnelles d'avoir une formation qui leur donnera le diplôme et la qualification. Y compris par la validation des acquis de l'expérience, mais en ayant un vrai diplôme. — [Q :] Oui, je voulais vous demander justement, par rapport à la VAE... — Nous on est pour, on est pour mais c'est vraiment à la fin le même diplôme, donc c'est le même professionnel, et il a vraiment validé ses compétences donc qui se sont transformées en qualifications. (...) Mais on va dire que les glissements de tâches existent tellement... En même temps nous notre rôle syndical c'est d'avertir les gens. Parce que souvent ça parle de la valorisation. Notre rôle c'est de dire que, un, ça rend pas service, ça valorise pas vraiment parce qu'on n'en a pas la paie, et puis deux, c'est dangereux en termes de responsabilité. (...) On va dire que pour les milliers d'actes, de glissements de tâches, qui se passent, et le peu d'erreurs qui sont connues, je dis bien "qui sont connues"... On laisse faire. Mais bon, il peut y avoir des erreurs, alors tout dépend des actes. Et tout dépend s'il y a une présence infirmière. Quand il y a une présence infirmière présente et qu'il y a une bonne entente... C'est pareil pour infirmière-médecin. Quand on est dans un service où les médecins sont pas loin, que c'est une équipe stabilisée, qu'ils connaissent bien les processus, bon on fait des choses et puis quand l'interne il passe il régularise la chose. C'est pareil l'aide-soignant, "tiens je t'ai changé ta perfusion", il y a une bonne entente, il y a pas d'erreur, elle a l'habitude. Sauf quand c'est fait dans l'urgence, ou qu'il y a pas de présence infirmière ou pas de présence médicale, on fait dans la bonne volonté mais on peut facilement se tromper. »

CFDT : « Je crois que le glissement de tâches le plus courant qu'on rencontre, qui devrait questionner les politiques GRH qui existent dans les établissements, c'est les ASH, les agents de service hospitaliers, qu'on positionne en position d'aide-soignant. Ça c'est le glissement de tâches le plus courant, et qui est une problématique pour l'encadrement effectivement... Puisqu'on a une utilisation de gens non qualifiés pour faire du travail, normalement occupé par des gens qualifiés, puisque ce sont des gens qui ont un diplôme d'aide-soignante (...) — [Q :] Et quelle position vous avez sur la validation des acquis de l'expérience ? — C'est un dossier auquel on est très attaché et qu'on porte. Là-dessus, je pense qu'on est un peu isolé, peut-être. Historiquement, pour la CFDT, la possibilité d'une formation où on passerait pas uniquement par une formation scolaire et un examen, on y est attaché. On a toujours défendu l'idée, contrairement à FO par exemple, que dans les hôpitaux il y ait une voie d'accès pour les gens non diplômés. Qui après puisse enclencher un cursus de formation s'ils le souhaitent. Par contre, où il va falloir qu'on réfléchisse beaucoup plus, c'est sur la VAE infirmier, parce que là c'est un petit peu plus compliqué. (...) — [Q :] C'est peut-être une manière de reconnaître qu'il y a eu exercice illégal de la profession. — Oui, tout à fait. Oui, mais c'est pas parce qu'il y a des situations... Enfin il y a un dispositif qui permet à un certain nombre de gens d'abord d'avoir une qualification, c'est plutôt positif. Et deuxièmement, si ça leur permet d'être en fonction et en cohérence avec la qualification qu'ils ont décrochée, ça paraît plutôt positif tout ça. Alors bien sûr, on peut dire : oui, c'est une reconnaissance qu'il y a eu exercice... mais ça fait pas avancer. »

FO : « Il manque des médecins, on transfère en partie sur les infirmières, il manque des infirmières, on transfère sur d'autres grades... (...) On le dénonce quand on doit le dénoncer. Là encore, ça joue sur du paradoxe. Parce que d'un côté, les agents disent : "C'est pas de ma responsabilité, je prends un risque si je le fais, s'il y a un problème", etc. Et en même temps c'est à la fois revalorisant, c'est une marque de reconnaissance, c'est une marque de confiance, ça veut dire qu'on me reconnaît que je suis capable de le faire. On joue sur ce type de paradoxe. (...) Les premières expérimentations de la VAE sont... On n'a pas de retour pour l'instant. Les textes viennent de paraître, les expérimentations vont se mettre en place, on n'a pas encore de recul suffisant. Très honnêtement, je vous dirais que pour certains métiers ça va être un plus, pour d'autres ça va être un risque. Le risque, on voudrait pas par exemple qu'on vienne à former des sous-infirmières. On est très attaché au diplôme. A la formation et au diplôme. Par contre, où ça peut être un plus, dans une maison de retraite où un agent hospitalier fait office d'aide-soignant depuis dix ans, que par l'intermédiaire de la VAE on puisse lui permettre d'obtenir son diplôme d'aide-soignante avec une facilité, en définitive en tenant compte de ce qu'elle a fait aussi depuis dix ans, ça ne me choque pas. »

CFTC : « Il existe partout, le glissement de tâches. (...) Nous, on n'est pas favorable à ce système de fonctionnement. On est pour la qualification des gens, et on est aussi sur le système de VAE qui permet de qualifier un certain nombre de personnes. Mais ils ont existé à un moment donné parce que, dans des établissements, il y avait pas les personnels qualifiés pour faire un certain nombre de choses. (...) Le problème, c'est qu'à un moment donné, nous on peut pas être d'accord avec l'exercice illégal de la profession, donc à un moment donné le glissement de tâches il faut voir de quoi on parle, si c'est des actions de soins, des actes réglementés, etc. (...) C'est un vaste débat. Qui est important, parce que ça fausse aussi les hiérarchies. Parce qu'à un moment donné, on demande à quelqu'un de faire des actes qui relèvent pas de sa compétence. On lui donne entre guillemets une certaine importance, une certaine valorisation. Et ça crée quand même des liens avec le hiérarchie qui a donné ça. Quand on voyait des ASH qui faisaient des soins à la place de l'aide-soignante ou même de l'infirmière, ça donne de la valeur à la personne. Les ASH étaient valorisés. Mais ça les liait à la personne qui leur avait donné ce pouvoir. Ça les liait aussi à l'établissement, parce qu'ailleurs ils allaient pas trouver la même chose. (...) Ce que nous on dit, c'est qu'il faut qualifier ces

gens. La formation professionnelle, la VAE, ce sont des outils qu'on favorise pour qu'ils aient à un moment donné le diplôme qui correspond, ce qui fait qu'on ne peut plus les tenir à autre chose, ils ont le diplôme comme quelqu'un d'autre, et ça équilibre. (...) La première VAE est sortie, puisque le texte sur les aides-soignants est sorti. Qui correspond pas à ce que nous souhaitons. Il s'avère que... On veut bien d'une VAE, mais on veut qu'elle soit cadrée, et on ne veut pas de toute façon qu'elle reconnaisse l'exercice illégal. Donc les gens qui présentent des dossiers de VAE, on dit qu'on peut valider certains modules, c'est normal. Mais il faut dire qu'il y a du cœur de métier qui ne peut pas être validable par l'expérience parce qu'il n'aurait pas dû faire cela. Et donc là on dit qu'il faudrait rajouter des modules de formation sur le cœur de métier qui ne peut pas avoir été validé par l'expérience. »

Sud : « Moi-même dans mon exercice professionnel, je me rends compte que j'avais des collègues aides-soignantes voire aides-soignants, qui étaient quelquefois, je parle d'il y a longtemps, très contents de faire des tâches infirmières. Sur le plan du sentiment personnel, c'est intellectuellement... il y a une espèce de jouissance à faire des actes qui ne relèvent pas de sa compétence, plutôt que d'être limité dans ses activités. Sauf que le problème, c'est qu'aujourd'hui, et c'est en ça que nous, en tant que syndicalistes, et même moi en tant que professionnelle dans la formation, je passais mon temps à tirer le signal d'alarme auprès par exemple des aides-soignantes que je formais en leur disant : "Bon, je serai pas toujours derrière vous pour voir ce que vous faites. Mais sachez bien que si vous faites quelque chose qui ne relève pas de la limite des actes qui vous sont autorisés, s'il y a un pépin, vous allez en payer le prix fort." D'une certaine façon, on peut avoir un discours qui est de dire qu'être payé moins pour en faire plus, déjà sur le principe c'est déjà pas terrible, mais en plus s'il y a un problème ça fait très mal. Parce que c'est l'interdiction d'exercer après. Et ça on a de plus en plus de problèmes de cas de jurisprudence, qui démontrent que les glissements de tâches sont sacrément casse-gueule pour les salariés. (...) La VAE a été mise en place aussi en partie, notamment dans le secteur privé, pour répondre à des glissements de tâche qui s'étaient déjà opérés en termes d'économies. (...) OK [pour la VAE], à partir du moment où elle ne remplace pas un diplôme. OK pour prendre en compte l'expérience acquise, pour alléger peut-être un programme d'études, pour favoriser un accès à la formation. Mais en aucun cas la VAE ne peut remplacer une formation. Et là où on ne peut pas être d'accord avec la mise en place actuellement, c'est qu'elle a pour but de pallier à des déficits en personnel qualifié, parce qu'on sait très bien qu'à un moment donné on a établi des *numerus clausus*, on a fermé le robinet par rapport aux populations formées. (...) En plus, ce qui est absolument dégueulasse, je suis désolée ça me met en colère, c'est que le financement de cette formation, sous-formation, etc., ce sont des fonds qui sont pris sur la formation initiale. Donc ça veut dire qu'on va enlever des moyens sur la vraie, la véritable formation initiale qualifiante, pour faire une sous-formation. »

4. EXERCER UNE FONCTION SANS STATUT CORRESPONDANT

Avec le glissement de tâches, il a été question de personnels dépassant ce que prescrit leur statut. Il sera ici question des personnes exerçant une fonction, disposant du droit de l'exercer, mais sans avoir pour autant un statut explicitant la fonction et construisant des garanties autour de son exercice. On s'attachera à deux catégories de personnel assez différentes, mais qui peuvent être reliées à cette même problématique : les médecins à diplôme hors Union européenne et les cadres infirmiers non diplômés.

4.1. Le cas des médecins à diplôme hors Union européenne

Il ne serait pas question ici des praticiens à diplôme hors UE (PADHUE) si, leur diplôme n'étant pas reconnu en France, ils étaient purement et simplement exclus de l'hôpital. En réalité, ils sont nombreux à exercer dans l'hôpital public³⁵, réalisant les tâches ordinaires du médecin sans en avoir les attributs officiels.

En 2005, une enquête de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire (DHOS), s'appuyant sur les Directions régionales des affaires sociales, recensait 6 750 de ces médecins exer-

³⁵ Réglementairement, ils ne peuvent exercer que dans l'hôpital public, et de manière plus restrictive dans les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

çant en France, dont plus de 2 500 en Île-de-France (en précisant que ces chiffres sous-estimaient la réalité, car l'une des Drass n'avait pas répondu et les établissements transgressant la réglementation en utilisant trop de médecins à diplôme hors UE risquaient de le cacher [DHOS, 2005]). Il y a dix ans, lorsque ces médecins sont apparus publiquement en contestant la condition qui leur était faite, on estimait leur nombre à environ 8 000. Leur effectif serait donc demeuré stable. Si l'on considère qu'un certain nombre ont depuis quitté leur poste ou sont devenus praticiens à part entière, cela signifie que l'effectif de ces médecins particuliers continue de se renouveler. Bien qu'ils soient souvent appelés « *médecins étrangers* », 12 % d'entre eux auraient la nationalité française ou d'un pays de l'UE : c'est le pays d'obtention de leur diplôme de médecine qui les distingue, et non leur nationalité. Environ 45 % d'entre eux ont obtenu leur diplôme dans un pays du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne.

Jusqu'au milieu des années 1990, et par-delà des statuts divers (faisant fonction d'interne, attaché ou assistant associé), ces médecins se caractérisaient par : l'absence d'intégration à la fonction publique, et l'emploi exclusif à travers des contrats à durée déterminée ; une rémunération inférieure de moitié à celle des autres médecins ; la non inscription à l'Ordre des médecins et l'interdiction d'exercer en libéral. Ce dernier aspect est décisif : la précarité et la faiblesse des rémunérations ne peuvent être imposées que parce que le médecin est captif de l'hôpital. En supprimant la possibilité pour ces médecins de faire valoir leurs compétences ailleurs, la réglementation les « *bride* » (Moulier-Boutang, 1997), freine leur mobilité, limite leurs choix. C'est au nom de la réglementation de la médecine que ces praticiens-là connaissent des restrictions, et pourtant au quotidien c'est bien la médecine qu'ils exercent.

C'est ce que souligne un responsable du Syndicat national des praticiens à diplôme hors UE (SNPADHUE), l'une des organisations représentant ces médecins : « *On nous dit que la médecine est une profession réglementée, que c'est la garantie de la qualité et de la sécurité des soins. Mais alors on les prend au mot : si on n'est pas compétent, pourquoi on nous laisse dans les hôpitaux ?* »

Les PADHUE se sont fait connaître en 1993, en refusant de prendre des gardes qui leur étaient payées 50 % de moins qu'à leurs collègues. La prise en compte de ce mouvement par les tutelles a amené à revaloriser la rémunération des gardes (sans qu'elle soit équivalente à celle des autres médecins), et à créer en 1995 un nouveau statut, celui de Praticien adjoint contractuel (PAC). Les médecins à diplôme étranger devaient passer un concours, équivalent à celui de praticien hospitalier, afin d'y accéder. Ils demeuraient contractuels, gagnaient davantage qu'auparavant (mais toujours moins qu'un praticien hospitalier), étaient inscrits à l'Ordre des médecins (mais sur une liste spécifique, ce qui incluait certaines restrictions). Certains ont refusé de passer le concours des PAC, jugeant ce statut encore trop précaire. Mais d'autres l'ont passé et en 1997, un syndicat s'est créé, le SNPAC, représentant uniquement les membres de ce nouveau statut. En 2000, les PAC obtenaient le droit de passer le concours de praticien hospitalier (donc d'être titularisés s'ils l'obtenaient et détenaient la nationalité française), ainsi que d'exercer en cabinet³⁶. Néanmoins, l'obtention de spécialités médicales reste un point d'achoppement, dans la mesure où elle dépend de commissions de l'Ordre des médecins qui, selon les spécialités, sont plus ou moins disposées à adouber les PADHUE.

Ce nouveau statut n'a cependant « absorbé » qu'une minorité des médecins à diplôme étranger, dont l'effectif continue de se renouveler par le biais des anciens statuts de faisant fonction d'interne ou d'associé. Au cours des années 2000 s'est mise en place une « nouvelle procédure d'autorisation » : tous les PADHUE devraient passer un examen avant de pouvoir exercer dans le système de santé français. Outre que cette procédure a tardé à se mettre en place, elle s'est révélée très restrictive. Lors de la première session en mars 2005, 3 600 candidats s'étaient présentés pour 260 postes, et

³⁶ En 2003, le SNPAC décidait de se dissoudre pour devenir la Fédération des praticiens de santé, abandonnant l'idée de représenter exclusivement les PAC, destinés à disparaître.

seuls 218 personnes ont été retenues. Parmi les 3 600 candidats, sans doute y avait-il de nouveaux arrivants, mais beaucoup exerçaient déjà à l'hôpital et continuent d'exercer après avoir échoué au concours.

Au-delà de la controverse sur le nombre de postes ouverts, sur laquelle peuvent converger les deux syndicats de médecins à diplôme étranger, ces derniers tiennent des discours antagonistes, et cet antagonisme rejoint la problématique de la fonction et du statut. Pour la Fédération des praticiens de santé (FPS, anciennement SNPAC), la reconnaissance pleine et entière des PADHUE passe par l'examen, afin que leur niveau soit garanti, validé, et qu'ils ne soient pas suspectés d'être de « *petits médecins* » introduits par des voies dérogatoires.

« On veut passer les examens comme tout le monde. C'est très important pour nous. Pas dire : "Vous, vous avez fait des années d'hôpitaux, de services rendus, vous passez pas l'examen", non. On voulait à tout prix garder cet esprit d'évaluation, par un examen écrit, et bien sûr en même temps ajouter les services rendus. Mais il faut un examen, et donc on n'a pas refusé de passer l'examen PAC. (...) On n'est pas comme les autres organisations de défense des médecins, de dire : "Voilà, moi j'ai fait cinq ans, j'ai fait trois ans dans les hôpitaux, je dois avoir l'autorisation sans passer d'examen, sans passer devant une commission". Pour nous, c'est hors de question. Il y a une règle appliquée à tout le monde. Et comme ça, ils vont pas nous dire : "Vous, vous êtes étrangers, on a fait une dérogation pour vous". Nous, on veut être évalués, compétents, reconnus. »

Pour le SNPADHUE au contraire, qui a appelé à la grève en décembre 2005, les médecins à diplôme étranger exerçant à l'hôpital ont suffisamment fait la preuve qu'ils étaient capables. Les membres de ce syndicat estiment qu'il est hypocrite de ne pas les reconnaître pleinement comme praticiens si on les utilise comme tels. Leur discours fait primer l'occupation de la fonction sur le concours, en appelant au dispositif de la VAE.

« Il y a une loi en France qui dit que toute personne justifiant de trois ans d'expérience professionnelle a le droit de réclamer la validation de ses acquis professionnels. C'est la loi du 18 janvier 2002 sur la validation des acquis de l'expérience, on ne l'invente pas. Au nom du droit, quand on dit "toute personne..." on ne voit pas pourquoi ça ne s'appliquerait pas aussi au personnel de santé, contrairement à ce que dit le ministère de la santé. La loi dit 3 ans. Comme on est en négociation, que ça n'a encore jamais existé pour les professions de santé, on dit 5 ans, pour pas qu'il y ait trop de monde concerné. Et d'ailleurs la loi sur la VAE dit que si la commission juge les acquis insuffisants il faut que la personne passe un examen. Nous on est d'accord à partir du moment où c'est un examen, et non pas un concours hyper sélectif. (...) Tout le monde reconnaît qu'on a besoin de nous. Alors pourquoi ne pas nous reconnaître ? (...) [Avec la « nouvelle procédure d'autorisation »] Par exemple sur 350 candidats anesthésistes, il y avait 30 places, et il y en a seulement 18 qui ont été reconnus. Mais les 350 continuent à endormir des gens. »

Ces praticiens sont-ils des « faisant fonction », comme le suggère le titre principal auquel ils exercent (« faisant fonction d'interne ») ? C'est au prix d'une redéfinition de ce qu'est « faire fonction ». Car dans leur cas, il ne s'agit pas d'une étape transitoire, d'une aberration temporaire destinée à être régularisée, comme par exemple quand une infirmière fait fonction de cadre en attendant de passer le concours. Une bonne part des médecins à diplôme étranger sont durablement écartés du circuit « normal ». Pour eux, il s'est en quelque sorte créé un « statut de faisant fonction », pour autant qu'une telle expression ait du sens. Lorsqu'on cherche à décrire leur situation, on en arrive à ce type d'expressions contradictoires, qui révèle qu'il y a là une discrimination placée au cœur d'un système que l'on dit être gouverné par des règles rationnelles et universelles.

À Hpu, plusieurs médecins exerçaient sous le statut de faisant fonction d'interne ou de praticien attaché, ainsi qu'au moins un médecin à diplôme étranger effectuant un stage non rémunéré (sauf pour les gardes) mais remplissant les mêmes tâches que les internes.

Le chef de service expliquait ainsi sa politique, qui devait composer avec les réglementations nationales : *« J'ai pu embaucher deux gars, ils sont payés comme FFI [Faisant fonction d'interne], mais c'est une honte. La seule chose que j'ai réussi à faire pour pas avoir honte, c'est de dire : "Vous venez comme FFI, mais on vous forme en hémodynamique, au cathétérisme". Ce qui était un deal à peu près concevable, parce que là on a une fonction de formation. Donc à la limite ça peut se concevoir, c'est un stage formateur. Ils donnent à la structure, mais la structure leur donne beaucoup aussi. »*

À Hpri en revanche, aucun PADHUE n'exerçait comme médecin. En revanche, plusieurs soignants avaient acquis une formation de médecin à l'étranger et n'avaient pu exercer comme tel en arrivant en France³⁷. Certains sont aides-soignants, l'équivalence étant facile à obtenir, mais ceux qui ont voulu accéder à la profession infirmière ont connu plus de difficultés – sans qu'il soit pour autant nécessaire de suivre tout le cursus des IFSI.

« J'avais fait mes études de médecine au Cambodge. Quand je suis arrivé ici, la Ddass, ils m'ont autorisé à travailler comme aide-soignant. J'ai commencé à travailler comme aide-soignant en 96, jusqu'en 2000, dans une maison de retraite. En fait c'est une annexe d'Hpri. Et puis j'ai postulé ici, on m'a pris, et puis on m'a fait travailler comme infirmier en scintigraphie, mais la fiche de paie c'est aide-soignant. On m'a embauché comme aide-soignant. Mais le rôle que je faisais, c'est infirmier. Installer les patients, prendre l'électro-cardiogramme, injection de produits vaso-dilatateurs, tout ça. Et puis des produits cardiotoniques, comme dobutamine et tout ça, et avec la perfusion. J'étais payé comme un aide-soignant. Et puis en 2003, j'ai eu mon DE à l'AP-HP. — [Q :] Vous avez juste passé le DE sans la formation ? — Oui, je faisais... À cette époque-là, ils m'ont fait la formation, deux semaines de théorie, la théorie de la transfusion, calcul de doses et législation infirmière. Et puis stage de deux mois. Et puis je passe l'examen infirmier. Mais en fait j'ai pas réussi le premier coup. J'ai réussi le deuxième coup. Et puis j'ai commencé à travailler ici en USIC. »

« J'ai eu mon diplôme de médecin en Algérie. Là-bas j'ai exercé pendant deux ans, et j'ai enseigné dans une école paramédicale. Et par choix je suis venu ici malgré que c'est pas... On ne peut pas tout avoir dans la vie. Je suis arrivé ici en France, j'ai travaillé un an et demi comme faisant fonction d'infirmier avec une autorisation de la Ddass. (...) J'ai travaillé un an et demi dans une clinique, dans le 94. Elle a déposé le bilan, elle a été rachetée par une autre boîte qui a délocalisé la clinique vers un autre département, le 91. Nous, les paramédicaux et les médecins, on a essayé de garder les lits dans le département. Mais le pouvoir revient aux acquéreurs. Or moi j'avais une autorisation de la Ddass juste pour le 94. Et l'acquéreur a racheté les contrats des salariés et m'a obligé à travailler dans le 91 mais je n'avais pas le droit. Il m'a licencié pour faute grave, bien que j'aie fait des courriers et tout. On a été aux prud'hommes, ça n'a pas marché. Après il aurait fallu prendre un avocat, mais ça coûtait très cher et je n'avais pas les moyens. J'ai été licencié. Et je n'ai pas pu toucher les Assedic, alors que j'avais cotisé durant un an et demi, parce que comme médecin étranger j'avais une carte de séjour étudiant. Là j'ai fait une année de formation infirmière dans une école privée, et j'ai eu mon diplôme. C'était une promotion spéciale pour médecins étrangers, dans une école proche d'ici. Je devais trouver un emploi le plus vite possible, puisque je n'avais pas les Assedic. J'ai eu mon diplôme en 2004, et je suis entré à Hpri. Ils m'ont

³⁷ Ce qui n'avait pas été vu à Hpu. Mais la plupart des soignants y étaient titulaires, or le fonctionnariat est interdit aux étrangers non communautaires (et la plupart des médecins à diplôme hors UE ont également une nationalité hors UE).

fait une formation en USIC d'un mois, de jour, et ensuite ils m'ont intégré dans l'équipe de nuit. (...) Je n'ai pas essayé d'exercer ici comme médecin car il faut passer un examen d'équivalence. J'ai fait des diplômes universitaires par contre. Mais pour refaire tout, il faut se libérer pour les études et travailler en même temps. C'est ce que je faisais déjà : je travaillais et en même temps je faisais mes études d'infirmier. »

Avant de suivre la formation qui allait le conduire au diplôme d'État d'infirmier, il avait donc déjà travaillé comme infirmier. Et l'on retrouve là encore des restrictions à la mobilité du travail, cette fois géographique : l'autorisation d'exercer était départementale (cette restriction se justifiant par le fait que ce n'était pas une « vraie » habilitation), ce qui fragilisait l'infirmier dans son emploi.

Les PADHUE signalent un hiatus entre une réglementation stricte encadrant la profession de médecin (ou même d'infirmier), et des situations qui transgressent les règles initiales, appelant un statut dérogatoire. Dans l'ordre, il y a d'abord un statut très réglementé, et ensuite des cas exceptionnels, des « faisant fonction ».

Pour les cadres infirmiers dont il va maintenant être question, c'est l'inverse qui se produit : peu à peu, une fonction de cadre a émergé du métier infirmier, et a été progressivement structurée et institutionnalisée. Initialement, les cadres « faisant fonction » ne transgressaient ou ne subvertissaient pas de statut, car ils étaient en réalité une majorité. Il y a d'abord eu des infirmières placées en position d'encadrer puis, au fur et à mesure, un statut de cadre qui s'est édifié sur cette réalité. À propos de ces débuts, il est donc difficile de parler de « faisant fonction » dans la mesure où il n'y avait pas vraiment de statut de cadre que l'existence de « faisant fonction » aurait débordé. Aujourd'hui d'ailleurs, comme on va le voir, la réglementation de la fonction de cadre ne concerne réellement que l'hôpital public.

4.2. Cadres diplômés et cadres promus, les incertitudes de l'encadrement infirmier

Les cadres infirmiers doivent affronter un paradoxe : leur métier est moins défini que les métiers qu'ils encadrent (infirmier et aide-soignant). Beaucoup soulignent le flou qui entoure leur fonction – s'en félicitant pour la liberté qu'il leur laisse ou le déplorant pour le manque de reconnaissance qu'il implique.

Une cadre d'Hpu : « Le statut de cadre et ses missions, en fait, ne sont pas définis par les textes. Il y a un flou total sur ce statut. Et lorsqu'on regarde les textes, le cadre supérieur a été défini, il y a un petit peu un amalgame avec le cadre de proximité et du coup... ce qui fait qu'on peut l'investir comme on veut, ce rôle de cadre aussi, donc ça laisse une certaine liberté. Mais au niveau des textes, quand même, il y a un flou. Et lorsqu'il y a l'émergence de nouvelles organisations de travail, et bien en fait c'est assez difficile de les définir. Comme là, par exemple, avec l'organisation du travail en pôles, et bien je pense que c'est là maintenant qu'il faut essayer de mieux définir les missions du cadre. Essayer de faire voter des textes. Mais... En fait dans la culture paramédicale, il y a jamais eu véritablement de grand combat pour ça. La profession infirmière est bien réglementée. Mais lorsqu'il y a des évolutions... En fait, on voit très peu les gens se mobiliser pour mieux définir leurs missions. Et là, on voit bien le flou qu'il y a au niveau du cadre. — [Q :] Et vous, vous voudriez que ce soit défini comment ? — En fait ce que je voudrais c'est qu'on puisse reconnaître au cadre son rôle de manager, parce que c'est véritablement indispensable dans notre fonction. Et que l'on puisse véritablement l'investir. »

Un cadre d'Hpri : « [Q :] Quelle est votre fonction ? — C'est très difficile à définir. Je suis responsable dans l'unité des activités de soins. Là, c'est grossièrement défini. Ce qui implique beaucoup de choses, et ce qui est très flou. À la base, je suis là depuis juin. Je reprends un service laissé à l'abandon depuis trois ans, sans encadrement. »

À l'en croire, il est devenu cadre d'un service sans cadre. On ne peut imaginer un service sans aide-soignant ou sans infirmier, mais on peut donc l'imaginer sans cadre. Certes, selon certains témoignages, le service ne fonctionnait pas bien, mais il fonctionnait. À un niveau national, la réglementation fixe un ratio soignants / malades, mais en revanche elle ne dit rien de la nécessité d'un encadrement. Comme si le cadre infirmier était doté d'une moindre justification que les personnels qu'il encadre, comme s'il était moins indispensable.

Une réunion de cadres d'Hpu discutait, précisément, de la définition des missions des cadres et de leur organisation actuelle au sein du service et future au sein des pôles d'activité :

« – [Cadre 1] *Les débats ont plus porté en ce moment sur les cadres supérieurs, et dans un deuxième temps il sera question de nous. On ne sait pas quelle sera notre hiérarchie. Est-ce qu'on peut avoir deux cadres supérieurs comme hiérarchie ?*

– [Cadre sup] *En principe non. Il y aura toujours un poste de cadre supérieur en chirurgie. Mais comme il n'y a pas d'argent sur ce poste, on va peut-être m'obliger à m'en occuper, mais normalement non. Ça n'est pas défini.*

– [Cadre 2] *De toute façon, vous avez déjà trouvé un texte qui définit les missions des cadres ? Il n'y a rien.*

– [Cadre 3] *Dans les autres services il n'y a pas de cadres de nuit. Les cadres sont sur l'unité toute la journée.*

– [Cadre sup] *Cadre 4 a fait un calcul de ratios, elle a calculé, avec les jours de repos, etc., qu'on est 4,3 cadres par jour en moyenne. Hors week-end, sur la grande équipe [matin et après-midi]. C'est vrai que certaines n'ont pas d'unités définies, comme Cadre 1 ou Cadre 2.*

– [Cadre 3] *C'est un schéma différent des autres pôles. On n'a pas identifié un secteur à chacun. On nous l'imposera peut-être. On est nombreuses, mais avec notre organisation on ne l'est pas tant que ça. »*

On voit ici, à l'échelle d'un service et non plus d'un individu, la liberté laissée dans la définition des tâches de cadre. Tandis que dans d'autres services, chaque cadre infirmier est responsable d'une unité et rien d'autre, les cadres de la fédération de cardiologie d'Hpu ont certes des « zones de responsabilité », mais elles s'en détachent à l'occasion pour remplir des fonctions transversales. Par ailleurs, sur les sept cadres de la fédération (sans compter la cadre supérieure), trois ont en permanence une fonction transversale : la cadre d'après-midi, celui de nuit, et celle s'occupant du plateau technique. Cette liberté dans l'organisation a un pendant, relevé par l'une des participantes de la réunion : la faible définition du rôle des cadres. Et la liberté semble menacée par les restructurations à l'échelle de l'hôpital – c'est l'inquiétude qui dominait cette discussion.

Car, et c'est là un autre paradoxe, le profil du cadre infirmier est aujourd'hui en train de mieux se dessiner et s'institutionnaliser, mais sous la forme du gestionnaire, à tel point qu'on en vient à se demander s'il est utile que le cadre soit une infirmière. Beaucoup de conversations (et d'inquiétudes) mentionnaient l'éventualité que les postes d'encadrement puissent être occupés par des kinésithérapeutes ou des psychomotriciens, qui comme les infirmiers et d'autres professions paramédicales accèdent au titre désormais unique de « cadre de santé » – même si cela n'a été vu ni à Hpu ni à Hpri. Si cela se produisait, cela signifierait que le cadre cesse d'être un référent en soins, ce qu'il était initialement, pour devenir strictement un *manager*.

Pour l'instant, il semble qu'on n'envisage pas encore sérieusement de faire encadrer des équipes soignantes par des non-soignants. Mais la question se pose pour d'autres secteurs de l'hôpital, tel le brancardage. Cette activité est traditionnellement intégrée dans la hiérarchie soignante. À Hpu, c'est

une cadre supérieure infirmier qui s'occupe de sa gestion³⁸. Mais à Hpri, la réorganisation du service de brancardage a amené à recruter non pas un cadre de santé, mais un spécialiste de la logistique, travaillant auparavant dans une entreprise de livraison de colis³⁹.

Le flou qui entoure le métier de cadre comme, malgré ce flou, son orientation progressive vers le management se retrouvent dans les témoignages sur l'école de cadres. Tandis que les Instituts de formation en soins infirmiers donnent des enseignements qui pour la plupart auront une application immédiate, les écoles de cadres semblent plus éloignées des tâches concrètes du métier.

C'est ce que raconte une cadre d'Hpu : *« C'est vrai que j'avais eu un modèle en chirurgie cardiaque de cadre, que j'ai connue en tant qu'infirmière, et qui après est devenue cadre supérieur, mais avec l'ancienneté de 30 ans, ça ne se fait plus maintenant. Pour moi, elle était vraiment sensationnelle, c'était un modèle, je veux dire, très proche... Des cadres comme on n'en fait plus aujourd'hui, très proche des patients, encore un peu dans le soin, très proche de son équipe. Donc ça m'avait pas mal influencée. Et c'est vrai que... Là aujourd'hui, la vision que j'avais, je vois bien qu'elle était totalement incomplète. Il y a plein d'autres choses. On est paralysé en fait par tellement de choses. Comment dirais-je ? Enfin les choses sont si pas si simples que je pensais. Et c'est vrai que par rapport à ce qu'on nous apprend à l'école des cadres, c'est très très théorique, (...) et c'est complètement en décalage avec la réalité. On a beaucoup de cours à l'école des cadres, de psychosociologie, d'économie, qui probablement me serviront peut-être un jour, mais en même temps, tout ce qui est pratique, vraiment pratico-pratique, comme ne serait-ce que l'utilisation des logiciels, qu'on a... On en a vraiment beaucoup sur l'AP, ça on voit pas du tout, par exemple. Même les plannings, la gestion du personnel, c'est survolé, alors que c'est une grosse partie de notre temps. — [Q :] Donc vous disiez, des cadres comme elle, on n'en fait plus ? C'est-à-dire que... — (...) Je me sens souvent assez dépassée parce qu'on a beaucoup beaucoup de choses qui nous arrivent en même temps. Donc il faut être très organisé pour rien oublier. Et on n'a pas le temps de prendre le temps, justement, de parler avec les gens, enfin les infirmières, les... vraiment les écouter, moi je suis frustrée par rapport à ça. Ou d'aller voir les patients, de les connaître, puisque bon ça fait partie aussi du rôle du cadre. (...) Et c'est vrai que mon cadre, dont je vous parlais, elle était vraiment très proche de son personnel. C'est vrai aussi que si on avait besoin d'un coup de main, elle hésitait pas. Tandis que là... D'abord, un, c'est plus du tout dans la mentalité actuelle, ce qu'on nous enseigne à l'école des cadres. C'est surtout pas d'être dans le soin, finalement. Et puis bon, on n'a pas le temps. Parce qu'il y a eu beaucoup de choses administratives qui se sont rajoutées. Des contraintes, bon maintenant on est vraiment dans la démarche qualité, l'accréditation, les normes, il faut faire attention à tout ce qui est juridique. Donc il faut vraiment être très très dans la réglementation. Ce qui fait que... enfin moi je trouve, on est dit cadre de proximité, mais je trouve que ça porte plus bien son nom. Enfin c'est peut-être un peu noir le tableau que je vous brosse, mais c'est vrai que je suis quelqu'un d'un peu idéaliste, et je retombe un peu. »*

³⁸ Selon la cadre en question, elle est plus efficace que ses prédécesseurs, non pas en raison de ses compétences propres, mais de son rang : *« Alors en même temps, quelque chose qui facilite grandement... Qui m'aide par rapport à mes prédécesseurs, qui aide dans l'organisation et où il y a une crédibilité, et où je pense que le brancardage est un peu vécu autrement. C'est d'abord que je suis cadre sup, donc je peux discuter d'égale à égale avec mes collègues cadres sup des services, parce que j'en viens. Alors qu'avant c'était ou des infirmières faisant fonction, ou des cadres, des cadres médico-tech' qui n'étaient pas encore cadres sup. Parce qu'on est quatre à l'hôpital : il y a les médico-tech', il y a les soins... Et puis bon les réunions se font pas toutes en même temps. Donc on va dire qu'il y a quand même des secteurs. Moi le fait que je sois cadre de soins, cadre sup, me donnait... je pouvais discuter d'égale à égale avec mes collègues. Ce qui a facilité beaucoup les relations. »*

³⁹ La directrice des soins justifie ainsi son recrutement : *« Le choix de M. X, c'est sur sa personnalité. Moi je voulais une personne plus âgée, mais bon. Il a une licence de management d'entreprise, mais c'est pas de son diplôme dont on avait besoin. Surtout il a dirigé une Maison de quartier, il a monté un club de rugby dans le fin fond du 93. Il n'avait jamais fait de brancardage dans sa vie. Il nous fallait un mec qui sache gérer d'autres individus qui n'ont pas forcément de diplôme, et dont la reconnaissance se fait dans le travail d'équipe. »*

Il semble, dans ce témoignage comme dans d'autres, que la fonction de cadre ait tendance à se définir *a posteriori*, quand on a retracé l'accumulation des choses à faire et des décisions à prendre. Le cadre étant celui qui fait face aux impondérables, il doit prendre en charge les aléas, trancher dans les situations indécises. Il doit faire face notamment aux absences ou aux pénuries de personnel, quitte à mettre lui-même la main à la pâte, comme ce cadre d'Hpri qui raconte sa journée de la veille : « *Je brancardais encore à 19h30 car on n'avait pas de brancardier* ». Habituellement, c'est moins aux carences du brancardage qu'à celles du secrétariat que le cadre doit parer. Assurant une part variable de ce travail selon les besoins, les cadres se plaignent souvent de ne pouvoir se consacrer aux patients ou à leur équipe.

Les cadres d'Hpri comme d'Hpu soulignent le flou dans la définition de leurs missions (dans les textes comme dans le quotidien). Néanmoins leurs situations sont différentes. Le rapport entre fonction et statut est beaucoup plus lâche à Hpri qu'à Hpu, dans la mesure où la grande majorité des cadres infirmiers n'ont pas le diplôme correspondant. Alors qu'il semble désormais à peu près impossible d'occuper une telle fonction sans être passé par l'école des cadres à l'Assistance publique, les cadres d'Hpri sont, pour la plupart, des infirmiers « maison » qui ont été promus par la direction. À Hpu, la plus grande institutionnalisation de la fonction de cadre a son pendant jusque dans le langage familial des soignants lorsqu'ils évoquent leur hiérarchie : on y parle toujours des « *susus* » (diminutif de « surveillantes »), tandis qu'à Hpri aucun surnom ne désigne l'ensemble des cadres. Par ailleurs, les cadres infirmiers à Hpri étaient tutoyés par leurs subordonnés, tandis qu'elles étaient vouvoyées à Hpu (hormis par certains personnels les ayant connues en tant qu'infirmières).

Autre différence, liée à la première : les cadres d'Hpu ne sont pas issues du service où elles travaillaient comme infirmières, à la différence de ceux d'Hpri. On observera à ce propos que, d'après l'enquête Drees, les cadres infirmiers du public sont en moyenne plus âgés que ceux du privé lucratif (48 contre 47 ans), mais qu'ils sont en revanche moins anciens dans le service où ils travaillent (11 contre 13 ans). À Hpri, cela se traduit par le fait que les cadres sont souvent d'anciens collègues des soignants encadrés, ce qui est plus ou moins bien vécu. La personne promue cadre peut l'être à l'ancienneté, reconnue pour ses compétences et la qualité de ses relations avec l'ensemble du personnel, si bien qu'elle est devenue « naturellement » référente.

« Ils ont cherché un surveillant. Au début j'avais refusé le poste. Et puis le personnel, les médecins m'ont dit : "C'est toi qui es le plus ancien, qui connais le plus. Vas-y, vas-y." »

Mais sa promotion peut aussi susciter des incompréhensions, des jalousies, des accusations de favoritisme ; et le changement de statut, de collègue à chef, peut être compliqué.

« Enfin quand vous êtes soignant tout court, dans un service, et que vous changez de statut, c'est toujours très délicat par rapport à vos collègues. Parce que vous montez, entre guillemets, un échelon, mais eux restent au même. Et c'est jamais évident, vos rapports avec vos collègues. L'avantage, enfin la chance que j'ai eue, c'est qu'il y a eu un gros changement de personnel soignant à ce moment-là. (...) Quand vous êtes infirmière en soins dans un service et que vous passez responsable ou cadre plus tard, il vaut mieux toujours éviter d'être dans le même service. C'est toujours plus difficile. Les rapports sont quand même un peu plus compliqués. Il y a plusieurs choses qui rentrent en ligne de compte. C'est vrai que vous êtes amenée à faire des réflexions, constructives, ce sont des critiques constructives, vous êtes amenée à demander des choses à vos collègues. Et le relationnel que vous pouvez avoir avec eux quand vous êtes infirmière en soins et que vous passez responsable, ça peut être difficile à gérer des fois. — [Q :] En l'occurrence, malgré tout, c'est ce qui s'est passé, vous êtes restée dans le même

service ? — Voilà, c'est vrai que je suis restée dans ce service-là, parce qu'il y avait ce poste à pourvoir, à l'époque. »⁴⁰

Une des rares cadres diplômées (ou « cadrées », comme il est dit de manière significative) analysait la politique d'Hpri de cette manière : « *Il y avait un message de l'ancienne direction, qui a été repris par la nouvelle, c'est : pas de différence entre les gens qui ont le diplôme de cadre de santé et les autres responsables de service. Mais au final je trouve qu'il y a un traitement différent et des relations différentes. Pour les non diplômés, ils sont responsables quand ça arrange, et infirmiers quand ça arrange. Les personnes peuvent être remises à des tâches infirmières. Et surtout elles sont plus facilement mises en cause sur leur management. Elles n'ont pas le même niveau de salaire, ni la même reconnaissance, qu'elle vienne d'en haut ou d'en bas. (...) Je pense qu'entre les diplômés et les autres, c'est pas du tout la même mise en œuvre de notre fonction. Globalement les faisant fonction sont restés dans le soin. Ou à l'inverse je suis très distante des soins, ce qui a ses limites aussi. (...) Pourquoi la direction fait ça, c'est peut-être une méconnaissance historique, ou bien une volonté de garder le pouvoir sur les gens. Ils ont la responsabilité au cas où, mais il ne faut pas qu'ils puissent être en opposition avec la direction : ils pourraient redevenir infirmiers, ou du moins ils manquent de connaissance, d'argumentaire, leur parole est peut-être moins prise en compte, ou alors ils n'osent pas. Ça change aussi le rapport aux subordonnés ou avec l'équipe médicale. Les surveillantes que j'appelle "à l'ancienneté", elles ont quand même une reconnaissance similaire aux cadres de santé. Pour les jeunes c'est plus difficile. Mais ça dépend aussi de la personnalité.* »

De fait, plusieurs cadres promus d'Hpri souhaitaient faire l'école de cadres et obtenir le diplôme correspondant, ce qui impliquait de négocier avec Hpri leur absence. Mais la négociation porte, de manière sous-jacente, sur davantage : en obtenant le diplôme de cadre, ces individus se donneraient les moyens de quitter Hpri et de trouver un poste équivalent ailleurs. Les cadres qui ne songeaient pas à obtenir le diplôme n'imaginaient pas non plus quitter Hpri. Les autres, sans vouloir partir dans l'immédiat, ne rejetaient pas complètement l'hypothèse à long terme, et en tout cas ne voulaient pas se priver de cette opportunité.

Une cadre explique ainsi pourquoi elle veut faire l'école : « *Déjà, que ce soit reconnu tout simplement, parce que rester dans un poste qui est interne à Hpri, je trouve pas ça très sain. Et puis voilà, je sais pas de quoi l'avenir sera fait. Si je dois partir un jour d'Hpri, ce que je ne souhaite pas au jour d'aujourd'hui bien sûr, mais il vaut mieux quand même que j'aie une reconnaissance par un diplôme, que je peux présenter à n'importe quel endroit, pour faire valoir mon poste. Parce que là, si je pars ailleurs, je suis infirmière, point.* »

Et au sein même de l'établissement, il n'est pas impossible de « rétrograder », c'est-à-dire redevenir infirmière après avoir été cadre. Le cas a déjà existé à Hpri, ce qui n'est pas sans générer des frustrations.

Les cadres du public voient leurs collègues du privé non diplômés comme des « faisant fonction ». Mais, ce faisant, ils reprennent des références propres à l'Assistance publique où le statut de cadre est à peu près réglementé, références qui n'ont pas cours dans le privé. Il ne s'agit pas de « faisant fonction » mais simplement de cadres promus, et qui comme tels peuvent être déçus. Néanmoins, on ne peut pas faire complètement comme si le diplôme de cadre ne concernait pas les salariés du

⁴⁰ Autre exemple dans un service d'Hpri. Son cadre disait : « *Je suis passé responsable et quatre ans plus tard on m'a proposé, enfin j'ai poussé pour passer cadre. Ça n'a rien changé dans mes activités, j'étais simplement reconnu.* » Un des infirmiers du service estimait quant à lui, avec amertume : « *Il est bien avec la direction. Maintenant il est surveillant officiel sans avoir fait... enfin semble-t-il il est infirmier. Il est nommé [cadre]. Il peut faire faisant fonction, sans le diplôme mais avec les privilèges qui vont avec.* »

privé, dans la mesure où une bonne part d'entre eux recherchent cette certification, justement pour que la reconnaissance de leur exercice dépasse le face à face avec la direction de leur hôpital.

4.3. Les enjeux noués autour des « flous » réglementaires

Il existe des éléments communs à la gestion des tâches résiduelles (B), aux glissements de tâches (C), et aux « faisant fonction » (D). Il ne s'agit pas seulement de relever que ces phénomènes sont liés à des « trous » dans la réglementation, ou bien encore des transgressions ou des dérogations vis-à-vis d'elle. On ne les évoquerait alors qu'en termes négatifs, sans voir de quelle manière ils contribuent au fonctionnement de l'hôpital. Dans les trois cas, il est question d'affronter les aléas de l'activité et, généralement, de les affronter en faisant des économies budgétaires. Cela transforme également les relations hiérarchiques, en ce que les personnes accédant à certaines tâches suivant les procédés décrits ici sont généralement pris dans une relation captive, voyant leur mobilité professionnelle restreinte s'ils veulent continuer de remplir ces fonctions – qu'il s'agisse des cadres promus sans diplôme, des médecins à diplôme étranger, des aides-soignantes participant aux soins infirmiers ou des brancardiers devenus dans les faits agents de radio. Cela permet à l'employeur ou à l'encadrement de sélectionner, par-delà l'unicité théorique de la réglementation et des statuts, certains individus, de leur donner une place à part, ce qui crée une sorte d'émulation. Les individus en question sont incités à se distinguer puisqu'ils ont été sélectionnés ; ils sont d'autant plus incités à se distinguer que leur accès à certaines tâches est réversible, n'étant pas ou peu protégé par un statut correspondant.

5. « CŒUR DU MÉTIER » HOSPITALIER ET EXTERNALISATION : LES IMPLICATIONS DE LA SOUS-TRAITANCE

Il reste à étudier des activités qui se déroulent à l'hôpital et qui ne sont cependant ni réglementées par le Code de la santé publique, ni organisées directement par l'hôpital : ce sont les activités sous-traitées. *A priori*, le seul lien entre l'hôpital et les personnels concernés est le contrat commercial passé entre le premier et l'employeur des seconds. Théoriquement, ces salariés ont des fonctions bien définies par le contrat de prestation ; ils dépendent du droit qui s'applique à leur entreprise et ils obéissent à cette dernière. On va voir cependant que leurs conditions concrètes d'emploi sont moins évidentes.

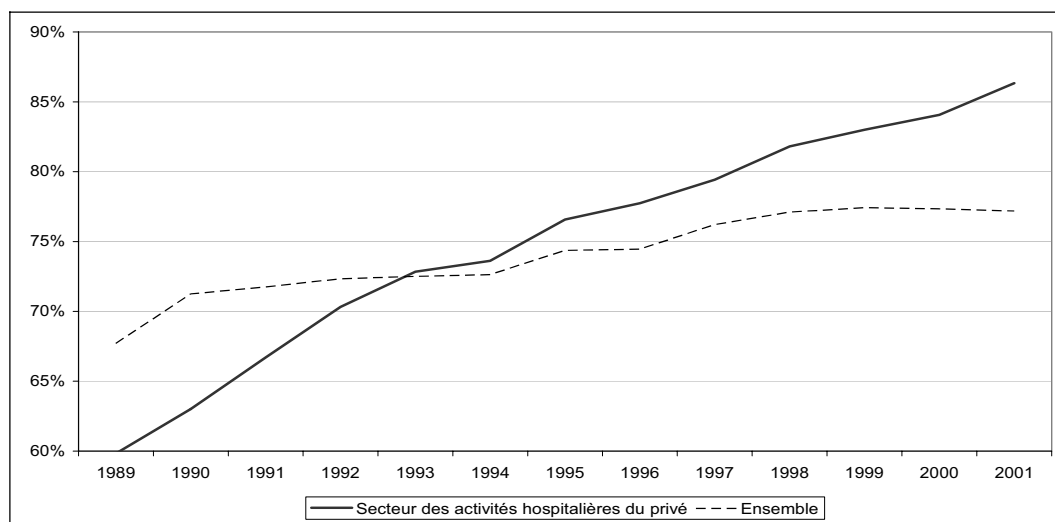
Les premières données de terrain avaient rapidement posé la question de la prise en considération de la sous-traitance de personnel relativement : 1) au questionnaire qui sert de base à l'enquête ; 2) au sujet de l'enquête lui-même, à savoir les relations hiérarchiques, car la mise en sous-traitance de certaines activités s'accompagne pour les travailleurs concernés d'une redéfinition des tâches et d'une transformation des carrières, et elle instaure des rapports nouveaux avec le personnel de l'hôpital.

5.1. La sous-traitance à l'hôpital, les statistiques et le droit

Depuis plusieurs années, les établissements publics et privés de santé procèdent à l'externalisation d'un certain nombre de tâches qu'ils avaient coutume de prendre directement en charge (comme le notent déjà Clot [1998] et Molinier [2000]) : restauration, nettoyage, blanchisserie, maintenance, et même la stérilisation et une partie de la logistique. Confrontés à l'obligation de baisser leurs coûts, ces établissements sont amenés à s'interroger – comme le font aujourd'hui les entreprises à partir d'une certaine taille et d'un certain niveau de technicité – sur le partage entre leur « cœur de métier » sur lequel se recentrer et les tâches « annexes » externalisables. Ce mouvement est plus prononcé dans le privé. Le recours croissant à la sous-traitance et à l'intérim dans ce secteur d'activité

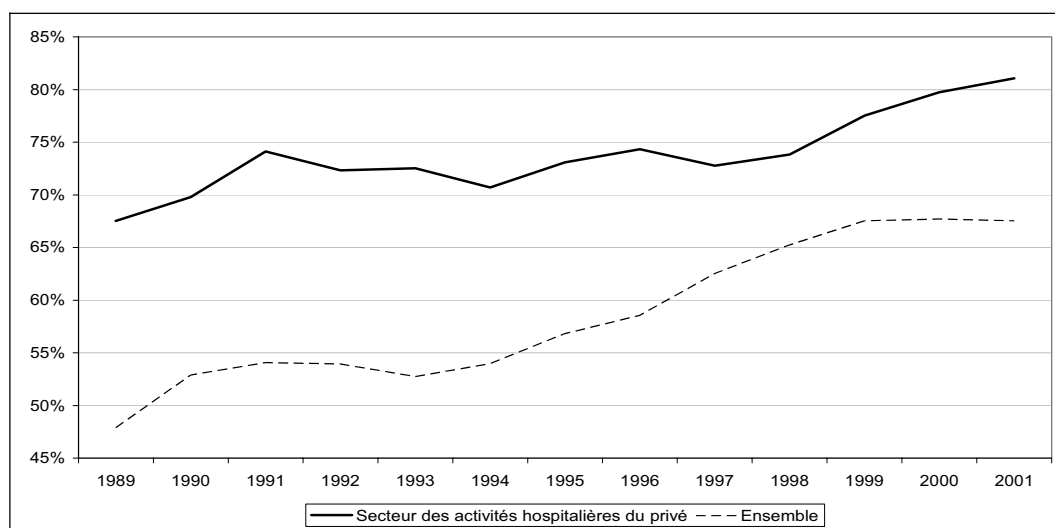
est quantitativement confirmé – en ce qui concerne les établissements privés – par les sources administratives sur les entreprises dont l'Insee dispose. Les deux graphiques suivants sont issus de l'exploitation du fichier FUTE, dont le champ s'étend approximativement aux 100 000 plus grandes entreprises françaises en termes de chiffre d'affaires.

Graphique 1
Proportion d'entreprises ayant recours à la sous-traitance (1989-2001)



Source : Fichiers FUTE (1989-2001).

Graphique 2
Proportion d'entreprises ayant recours à l'intérim (1989-2001)



Source : Fichiers FUTE (1989-2001).

Champ : Entreprises de plus de 20 salariés, ou de plus de 35 millions de francs de chiffre d'affaires, ou de plus de 100 millions de total de bilan.

De même la part moyenne du chiffre d'affaire consacrée par ces entreprises du secteur de la santé aux dépenses d'intérim ou de sous-traitance croît régulièrement sur la période retenue. La part médiane a dans les deux cas plus que doublé entre 1989 et 2001.

Tableau 3
Part de chiffre d'affaires consacrée aux dépenses d'intérim
et de sous-traitance dans la santé

Année	Intérim			Sous-traitance		
	Moyenne	Médiane	Déviati on standard	Moyenne	Médiane	Déviati on standard
2001	2,5 %	1,5 %	3,4 %	6,5 %	5,3 %	6,0 %
1999	1,6 %	0,7 %	3,2 %	6,0 %	5,0 %	5,7 %
1997	1,3 %	0,5 %	3,0 %	5,6 %	4,0 %	5,6 %
1995	1,5 %	0,7 %	2,3 %	5,3 %	3,3 %	5,5 %
1993	1,4 %	0,8 %	2,1 %	5,1 %	3,1 %	5,5 %
1991	1,7 %	1,0 %	2,3 %	5,0 %	2,7 %	6,0 %
1989	1,5 %	0,7 %	2,9 %	4,4 %	2,3 %	5,5 %

Source : Fichiers FUTE (1989-2001)

Champ : Entreprises du secteur de la santé de plus de 20 salariés, ou de plus de 35 millions de francs de chiffre d'affaires, ou de plus de 100 millions de total de bilan.

Il est difficile de trouver des estimations du taux de sous-traitance pour le public. Il semble qu'il soit moins élevé. Selon un directeur des ressources humaines d'une entreprise sous-traitante spécialisée dans la restauration, « *aujourd'hui 60 à 70 % des établissements privés ont sous-traité leurs services de restauration. Dans les hôpitaux publics, c'est seulement 10 %* » (il ajoute : « *pour différentes raisons, idéologiques notamment* »). En comparant nos deux terrains, Hpu et Hpri, cette différence entre public et privé se retrouve. À Hpu, « seul » le ménage est sous-traité, les guillemets signalant qu'il s'agit malgré tout de l'activité la plus consommatrice de main-d'œuvre parmi celles qui sont « sous-traitables ». La société de nettoyage emploie environ 120 personnes à Hpu ; celle qui tient le marché sur Hpri en compte une centaine. Si les chiffres sont proches alors que Hpu dans son ensemble est bien plus grand que Hpri, c'est que les tâches dévolues aux salariés sous-traitants sont différentes : tandis qu'à Hpu ces agents sont confinés au nettoyage, à Hpri ils assurent également la distribution des repas. À Hpri, ce sont également la lingerie, la maintenance, la restauration, la gestion des déchets qui sont sous-traités, si bien qu'à part les brancardiers, il n'y a quasiment pas d'agent hospitalier salarié directement par l'hôpital.

5.2. Les difficultés de mesure que l'externalisation pose aux enquêtes statistiques

Le mouvement d'externalisation constitue un défi pour les enquêtes qui prennent pour base d'échantillonnage des données administratives collectées auprès des employeurs. Car de 2001 (date de la source administrative à partir de laquelle l'échantillon d'enquêtés a été tiré) à la réédition future du questionnaire Drees, il est probable que certaines activités des établissements de santé auront été externalisées, et leur personnel avec. Ces derniers disparaîtront du champ de l'enquête statistique, alors qu'ils auront de bonnes chances de continuer à travailler dans les mêmes établissements, aux mêmes fonctions. On peut déjà pronostiquer une diminution des effectifs des agents de service hospitaliers (ASH) dans l'échantillon, diminution qui ne serait en réalité que la traduction de leur changement d'employeur. Dès lors, une question se pose : faut-il intégrer, « internaliser » dans l'échantillon du questionnaire les personnels externalisés par les établissements de santé ? Pour avoir des éléments de réponse, il fallait des investigations supplémentaires, notamment sur le lieu où les tâches externalisées sont assurées, sur la manière dont elles sont effectuées, sur le type de relations (avec le personnel de l'établissement de santé) qu'elles impliquent.

Il semble qu'en dehors de quelques cas exceptionnels où la cuisine est délocalisée (le personnel est alors remplacé, le seul lien entre l'hôpital et le sous-traitant n'est plus que le camion qui livre les plateaux repas), les tâches sous-traitées continuent d'être assurées sur le site (ne serait-ce que parce

que, comme pour le nettoyage, il ne peut en être autrement). Et le personnel demeure à peu près le même, selon une obligation légale spécifique à ce genre de marchés, qui contraint les entreprises qui les remportent à conserver le personnel.

À partir du moment où la production externalisée continue de se faire sur le même site, il existe non seulement une relation commerciale d'établissement de santé à sous-traitant, mais aussi des relations répétées, quotidiennes, entre les personnels de l'établissement et ceux du sous-traitant. Or il est envisageable que la routine de ces interactions soit directement affectée par le fait que l'employeur des uns est le prestataire de l'employeur des autres, comme il a déjà été observé dans d'autres secteurs d'activité (par exemple l'industrie nucléaire [Thébaud-Mony, 2000], l'automobile [Durand, 2004] ou le bâtiment [Jounin, 2006]). Sur ces différents terrains, il apparaît que la soumission contractuelle de l'un des deux employeurs introduit un nouveau critère hiérarchique dans les relations entre les salariés, qui s'ajoute aux autres critères (métiers, qualifications, statuts...), voire les contrarie ou les subvertit.

L'autonomie formelle du prestataire de services n'est pas forcément significative de son autonomie effective, peut-être moins encore dans la santé qu'ailleurs. C'est du moins ce que laisse penser une certaine jurisprudence (Boubli, 2000 ; Antonmattei, 2001). Un arrêt ambigu de la Cour de cassation (chambre sociale, 24 octobre 2000) dispose en effet qu'« *il résulte des dispositions combinées des articles L. 710-4 et L. 711-2 du Code de la santé publique que les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser des soins, avec ou sans hébergement et qu'ils doivent développer toute action concourant à une prise en charge globale du malade ; que, dès lors, ces établissements constituent en eux-mêmes des entités économiques dont aucun service participant à la prise en charge globale des malades, même s'il peut être confié à un tiers, ne peut constituer une entité économique distincte* ». Cet arrêt concernait une ASH s'opposant au transfert de son contrat de la clinique qui l'employait au nouveau prestataire de services, lors de l'externalisation du nettoyage. La salariée contestait notamment l'application de l'article 122-12 du Code du travail, qui n'admet le transfert des contrats que si le transfert d'activité conduit à la mise en place d'une entité économique autonome – article présenté souvent comme défenseur des salariés, mais qu'en l'occurrence la salariée refusait, contestant à la société de nettoyage le statut d'entité économique, pour pouvoir rester dans la clinique. Mais dans un autre arrêt, du 7 juillet 1998, la Cour de cassation a jugé que « *constitue une entité économique un ensemble organisé de personnes et d'éléments corporels ou incorporels permettant l'exercice d'une activité économique qui poursuit des intérêts propres* ». De ce point de vue, il semble bien que l'entreprise sous-traitante soit une entité économique. Elle a au moins un intérêt propre (même s'il passe par l'objectif de bien servir l'hôpital) : faire du profit. Pourtant l'arrêt du 24 octobre 2000 interdit de la considérer comme une « entité économique distincte », car elle est soumise à l'objectif de « prise en charge globale du malade », défini et contrôlé par l'hôpital. Réglementairement donc, les sous-traitants des établissements de santé sont des prestataires, mais des prestataires spécifiquement subordonnés à leurs clients en tant que ceux-ci sont garants de l'objectif supérieur de « prise en charge globale du malade ». Si la forme du contrat commercial qui règle la sous-traitance suppose une alliance d'intérêts, en revanche l'intérêt supérieur de la santé, que représente l'hôpital, interdit aux sous-traitants d'avoir des intérêts propres (ou bien plutôt, impose le silence à leur sujet). Une telle contradiction dans le droit est symptomatique du rapport équivoque de la sous-traitance au soin (le ménage participe-t-il ou non à la prise en charge du malade ?...) et cristallise dans des arrêts les contradictions que vivent au quotidien les salariés de sous-traitants qui, comme on le verra plus loin, doivent en même temps satisfaire les objectifs de soin de l'hôpital et les objectifs de profit de leur employeur.

Pour revenir au problème posé à la statistique, si la sous-traitance était égale dans le temps et suivant les établissements, son absence dans les questionnaires ne serait pas si problématique. On admettrait qu'un pan de l'activité effectuée dans les établissements de santé n'apparaisse pas, on pourrait l'estimer à peu près, et on saurait que cette proportion est stable. Ce n'est malheureusement pas le cas. Puisque la mise en sous-traitance tend à s'accroître, et puisque le mouvement est plus accentué dans le privé que dans le public, l'externalisation pose des problèmes de comparaison aussi bien

dans le temps qu'entre les différents types d'établissements de santé. On a peu de chances de se tromper en affirmant qu'aujourd'hui les effectifs peu ou pas qualifiés du privé sont sous-estimés dans le questionnaire Drees, puisqu'une partie d'entre eux, sous-traités, n'apparaissent pas – ce qui donne un relief particulier à l'observation selon laquelle, dans les données collectées auprès des employeurs, les catégories peu qualifiées sont déjà proportionnellement plus importantes dans le privé que dans le public.

La question de la prise en compte des effectifs sous-traitants dans les questionnaires destinés aux personnels des établissements de santé concerne donc la représentativité et la comparabilité des statistiques obtenues. Mais, comme toutes les questions de codage, elle recouvre aussi des enjeux politiques, car elle pose la question des tâches qui peuvent être considérées comme appartenant au soin.

Encadré 2

Les positions des syndicats de salariés sur le rapport de la sous-traitance au soin

À des degrés divers, tous les représentants syndicaux interrogés affichent une hostilité vis-à-vis de la sous-traitance. Cette hostilité répond aux objectifs traditionnels du syndicalisme, à savoir la préservation ou l'amélioration des conditions d'emploi et de travail, les syndicats voyant souvent dans l'externalisation un moyen de faire baisser le coût du travail, de diminuer les garanties salariales et de diviser les travailleurs d'un même site. Mais leur positionnement ne se limite pas à cela ; il se rapporte aussi au contenu et à l'utilité du travail, en pointant les risques de la sous-traitance, non pas seulement pour les salariés, mais pour la production finale de l'établissement où ils travaillent : le soin. Ce sont des extraits d'entretien exprimant cette position qui sont reproduits ici.

CGT : « Si on prend les femmes de ménage, qui ont été les premières à être externalisées, on va dire. C'est quand même problématique parce que l'hygiène hospitalière a quand même quelque chose de particulier par rapport à l'hygiène dans les immeubles et les bureaux. Et puis bien évidemment, comme on est depuis vingt dans une perspective de diminution des coûts, c'est vrai que demander une prestation extérieure c'est moins cher, au début. Sauf qu'en termes après de qualité, d'infections nosocomiales, coordination quand vous avez un malade qui sort, tant qu'à faire l'équipe de ménage fait le ménage tout de suite après la sortie, là si c'est une équipe extérieure, elle est partie, bon... Donc ça serait intéressant d'étudier les coûts, pour voir s'il y a des économies... Oui, en termes d'économies sur l'équipe de ménage, oui. Mais si vraiment on étudiait le risque qu'on a fait encourir aux malades et à l'hygiène, je suis pas sûre que ce serait une réduction. »

FO : « Il faudrait que [les pouvoirs publics] soient ambitieux pour ce qui concerne le personnel, surtout dans ces exemples-là de personnels qu'on externalise, sous prétexte que c'est des métiers qui sont pas les plus nobles au sein de l'hôpital. Sauf que nous, on a la prétention de croire que quand un patient il rentre, il demande à être soigné, mais il a envie d'avoir un sanitaire, il a envie d'avoir une restauration de qualité, il a envie de pouvoir téléphoner chez lui le soir, de regarder la télévision, d'avoir un cabinet de toilette individuel, tout ça il faut des personnels qualifiés. Un cuisinier dans un hôpital, c'est aussi pertinent qu'une sage-femme. »

CFDT : « C'est-à-dire que pour nous, un opérateur privé peut remplir une mission de service public, à condition qu'on lui impose un certain nombre de contraintes. Et qu'effectivement on vérifie que les contraintes sont bien respectées par l'opérateur. Après, qu'il soit public ou privé... Alors, je suis un peu réducteur quand je dis qu'on n'a pas pris de position. Par exemple, on a négocié une convention collective unique pour les cliniques privées. (...) Donc on a eu un débat avec les employeurs qui avaient proposé à un moment en disant : "Vous vous plaignez toujours que les salaires des personnels infirmiers, aides-soignants des cliniques soient inférieurs aux salaires des personnels hospitaliers et des PSPH, et bien si vous êtes d'accord, nous on va augmenter les salaires à condition que vous acceptiez que les personnels autres soient externalisés". On a eu un débat en interne là-dessus, et la position qui avait été prise, c'était de dire effectivement : "Et bien non, quelqu'un qui fait le ménage, etc., il participe quelque part effectivement du soin, et donc il doit rester dans les grilles de classification de la convention collective". Donc, du coup, les patrons ont dit : "Puisque c'est comme ça, on n'augmentera pas les salaires des personnels soignants à hauteur de ce que vous souhaitiez." Donc ça, ça a été un choix politique. Qui s'est posé là, à ce moment-là, bon. Je crois qu'il s'est jamais posé en tant que tel globalement sur l'ensemble du secteur hospitalier public. Mais je pense qu'on aurait une restriction de ce type-là effectivement : qu'est-ce qu'on peut sortir qui contribuerait pas au soin, et qu'est-ce qu'on doit garder, qui doit contribuer au soin ? »

CFTC : « L'externalisation, elle s'est mise en place à partir de 1996 quand les agences de régionalisation se sont mises en place, il y a eu la discussion sur ces sujets-là. C'est le ministre qui l'avait dit : "Il est clair qu'on va garder tout ce qui est le soin, mais le reste on peut l'externaliser". Mais nous on n'est pas favorable à ce principe parce qu'on pense que tout concourt au soin. Tous les emplois qui sont dans un établissement sanitaire concourent au soin, que ce soit la restauration, l'administration... (...) Et que si on veut un projet qui soit cohérent, il faut que toutes ces personnes soient sensibilisées à la qualité du soin. Or quand on externalise, les gens qui travaillent dans une entreprise n'ont plus du tout le même concept du soin. Ils ont juste leur travail, un plat à fournir, mais il n'y a plus de relation directe au soin du patient. »

Sud : « C'est pour ça que l'externalisation, là où on a encore quelques forces, on cherche à la bloquer. Mais c'est catastrophique. (...) D'autant que aujourd'hui, avec le glissement des tâches, le surbooking des professions d'infirmières, qui passe aujourd'hui du temps auprès des patients ? J'ai eu un mois d'hospitalisation dans une clinique. Les infirmières, en un mois, j'ai dû les voir, tous temps confondus, trois quatre heures durant toute mon hospitalisation. Les aides-soignantes, ça doit être dix heures. Le reste du temps je ne voyais que des femmes de service. Les seules relations que j'ai eues, y compris des fois pour faire passer des messages aux infirmières, c'est avec ces agents de service. Quid de cette fonction ? Qu'est-ce que ça va devenir dans des sociétés extérieures, qui sont aussi des marchands d'esclaves ? Dans quelles conditions de travail ? Rien que pour ça déjà on lutte. »

5.3. Une transformation des métiers et des carrières

Bien que nous ayons eu parmi nos objectifs celui d'aborder la sous-traitance, sur le terrain les choses se sont avérées plus compliquées. D'une part, parce que, introduit par l'hôpital, chargé de suivre la vie de services d'hospitalisation, l'enquêteur se retrouvait plus proche des personnels de l'hôpital que des sous-traitants, reproduisant sans forcément s'en rendre compte la distance entre les deux catégories. D'autre part, parce que les salariés de sous-traitants ne se laissaient pas facilement interviewer, parfois méfiants, souvent occupés. Ainsi, seulement cinq entretiens ont été réalisés avec des femmes de ménage (trois à Hpri et deux à Hpu), et, de manière symptomatique, toujours debout, entre deux tâches. Certes, de tels obstacles dans l'enquête sont en soi une information, mais ils restent des obstacles. Il a été plus facile en revanche de réaliser des entretiens avec des cadres ayant partie liée avec la sous-traitance : des responsables d'entreprises sous-traitantes au siège (trois entretiens) ; des responsables de site (la responsable du ménage à Hpu, idem à Hpri ainsi que les responsables de la restauration, soit trois entretiens) ; les cadres de l'hôpital chargés du contrôle des sous-traitants (une cadre infirmier pour le ménage à Hpu, à Hpri une cadre infirmier pour le service au patient et un cadre technique plus spécialisé sur la logistique et la maintenance, soit trois entretiens).

Il faut d'abord resituer le phénomène d'externalisation dans une tendance plus globale de recherche d'économies et de politiques de recrutement plus sélectives, tendance qui ne concerne pas que les tâches externalisées.

C'est ce que décrit cette cadre infirmier supérieur responsable à Hpu du brancardage, une activité qui n'est pas (encore ?) sous-traitée : « L'histoire du brancardage, c'est comme certains services, c'est un service disciplinaire. C'est-à-dire qu'on y mettait tous les gens indésirables dans les services cliniques. Ou indésirables dans un autre secteur. C'est-à-dire qu'il y avait des services réservés, fléchés, il y avait la lingerie, le magasin hôtelier, le magasin médical, la stérilisation et la cuisine. Petit à petit à la cuisine, il y a eu le contrôle qualité, avec les contrôles vétérinaires inopinés, et puis des procédures pour le coup, plus que restrictives et en tout cas à respecter à la lettre. Ce qui fait qu'à un moment donné, on n'a pas pu mettre les gens dont on ne pouvait pas avoir confiance. (...) Donc petit à petit on a éliminé tout ça de la cuisine parce qu'à un moment donné, il y avait l'alibi qui était qu'il fallait des gens responsables parce qu'il y avait des contrôles drastiques. Donc il a fallu les mettre ailleurs, on les a éparpillés dans les au-

tres services, lingerie, stérilisation, machin. Après à la sté [stérilisation], c'est pareil il y a eu des normes de sécurité drastiques sur le reste des procédures pour la stérilisation, dans le nettoyage du matériel... En même temps une fois de plus, il a fallu se séparer des individus dont on ne pouvait pas avoir confiance, pour dire les choses soiftement. Donc résultat des courses, on les mettait... Il nous restait le brancardage et puis les services, lingerie et autres, qui n'ont pas besoin de qualification professionnelle, qui n'ont pas besoin non plus... qui ne mettent pas la vie du malade directement en danger on va dire. Et puis à un moment donné on s'est dit : le brancardage, le transport, c'est quand même le nerf de la guerre, et puis bon le transport, ils ont quand même des malades entre les mains, on peut pas leur faire faire n'importe quoi avec des malades. (...) De plus en plus, on est essoré. Effectivement, pendant longtemps, il y avait du personnel à pas savoir qu'en faire. (...) Et petit à petit, on a resserré, on a rationalisé beaucoup. Et là on est à un point où maintenant on ne peut plus essorer les services, c'est vrai. (...) Alors après qu'est-ce qu'il faut faire ? Il faut trier. Quand on a une place, on la donne pas à n'importe qui. On la donne à quelqu'un qui fera l'affaire. Parce que dans la masse on pouvait englober quelques éléments qui... ça se voit moins, il y a toujours quelqu'un d'autre pour... C'est ça aussi le truc. Il y avait toujours quelqu'un d'autre pour compenser. (...) On peut même envisager, moi j'avais envisagé de privatiser... de céder le brancardage à une concession, en faire un... comme on a fait pour la cuisine, comme on peut le faire pour la crèche, comme on peut le faire pour le ménage, le nettoyage ou le ramassage des déchets. On peut très bien considérer que faire venir une boîte privée, une concession avec une boîte privée qui assure le transport, mais qui dépend du droit privé, qui dépend du code du travail de droit privé, mais qui est en même temps sous la responsabilité du code de la santé publique, quand même. Parce qu'on transporte des malades. Mais à mon avis ça me paraît pas irréalisable. Et pour le coup je pense qu'une organisation privée, probablement, tournerait peut-être mieux. Mieux dans le sens où les gens peuvent pas s'absenter comme ils veulent. »

À Hpri, si les services logistiques semblent avoir moins eu une vocation disciplinaire (ne serait-ce que parce qu'il est plus facile de licencier les « indésirables »), on pointait également leur manque de professionnalisme. Le cadre responsable était lui-même un autodidacte, une sorte d'« homme à tout faire » promu responsable des services de nettoyage et de restauration, avant que ceux-ci soient sous-traités.

C'est lui qui, des années plus tard, justifie la mise en sous-traitance : « Je pense que chacun a son métier, nous c'est le médical, le reste on sait pas faire donc on le laisse aux spécialistes. Ça c'était la politique il y a une époque, et c'est toujours la politique maintenant. C'est vrai que ça a un coût supplémentaire, mais on a aussi, on va dire, un professionnalisme qu'on n'aurait peut-être pas en autonomie. — [Q :] Parce qu'il y avait des soucis à l'époque ? — On était dans des structures non adaptées, et bien... Moi j'avais, je chapeautais aussi bien le technique, les déchets, la lingerie, la restauration et tout, on peut pas tout savoir. Et eux, chacun fait son métier, de A à Z ils connaissent tout ce qui est sécurité, hygiène et tout, que nous, nous ne savions pas faire. Et on nous donnait moins les moyens en interne que quand on sous-traite. C'est comme ça. »

Les activités sous-traitées cessent alors de former des postes d'accueil et/ou disciplinaires pour devenir des métiers à part, déconnectés de la gestion de la main-d'œuvre de l'hôpital. Ce qui a des conséquences pour les sous-traitants, puisque ceux-ci ont désormais un autre employeur, mais aussi pour les salariés de l'hôpital, notamment des catégories faiblement qualifiées, car ces transformations se traduisent par une moindre souplesse dans leur gestion. À Hpri par exemple, dans la mesure où lorsqu'on embauche un brancardier, il ne pourra être guère être que brancardier toute sa carrière (sauf à suivre une formation dans un autre métier) ; car il ne peut plus être placé à la cuisine, au ménage ou à la maintenance – ces services ayant tous été externalisés. Son recrutement se doit d'être plus sélectif et assuré.

Le mouvement d'externalisation spécifie des tâches et des personnes pour les remplir, là où avant la porosité des catégories et les transferts de l'une à l'autre étaient plus importants. Le cahier des charges est le document qui cristallise cette spécification. Cela étant, il ne faudrait pas croire que désormais les tâches des sous-traitants, notamment des agents de service, soient définies une fois pour toutes. Comme il a déjà été signalé, tandis qu'à Hpu les agentes n'assuraient que le ménage, à Hpri elles distribuaient également les repas. Les tâches sont appelées à être réagencées dans les années qui viennent, car les entreprises qui proposaient jusque-là des services séparés (ménage d'un côté, restauration de l'autre...) optent progressivement pour une stratégie d'« offre globale », sous la houlette des puissantes sociétés de restauration (elles ne sont guère plus de trois à se partager le marché). Si de véritables offres globales se développent, ce qui impliquerait des concentrations de moyens chez les sous-traitants, la gestion de la main-d'œuvre s'en trouvera transformée, de nouvelles formes de polyvalence et de transferts apparaîtront à l'intérieur des métiers dits « hôteliers » de l'hôpital.

Car, sans que l'on puisse prédire l'avenir de ces « offres globales », il est déjà manifeste que la sous-traitance modifie les perspectives de carrière des salariés sous-traitants. Pour un même poste, des types différents de mobilité professionnelle se dessinent. Avant l'externalisation, celui ou celle qui entrait à l'hôpital comme agent de nettoyage, lingère ou « pour éplucher les patates », pouvait espérer, s'il ou elle se distinguait, se rapprocher des métiers soignants et y faire carrière. Même si ce point reste à approfondir, divers témoignages que nous avons recueillis laissent penser que c'est aujourd'hui plus difficile. Quand il n'y a pas de sous-traitance, la progression des agents de service est prise en charge par le budget formation de l'hôpital qui, du moins lorsque l'hôpital appartient à la fonction publique hospitalière, est plus conséquent que celui d'un prestataire privé. Pour les salariés de sous-traitants qui voudraient devenir soignants, il faut se reposer sur des dispositifs extérieurs à l'entreprise, tel le Fongecif (Fond de gestion du congé individuel de formation). Comme on le voit dans cet extrait d'entretien, où interviennent à la fois la cheffe de site de la société de ménage œuvrant à Hpu et la cadre supérieur infirmier responsable du contrôle des sous-traitants :

« [Que :] Et des gens du prestataire qui après sont devenus aides-soignants ou... »

[Cadre Hpu] Oui, ça arrive. Alors là c'est des formations. Comment ça s'appelle ? Ça a un nom... Je sais qu'ils font la demande six mois avant. C'est au niveau de leur employeur, il y a une formation. Enfin c'est des formations auxquelles ils ont droit.

[Cheffe de site nettoyage] Sur deux ans je crois.

[Cadre Hpu] Non, c'est un an je crois. (...) Il y a des aides de l'État je pense. C'est une procédure particulière.

[Q :] Vous en avez eu, là récemment ?

[Cheffe de site nettoyage] Non, chez [nom de la société] on n'en a pas eu. Non, mais chez [nom de la société], les gens biens, ils leur donneraient plutôt une promotion chef d'équipe, chef de site, mais aide-soignant, je pense pas. Mais il y a des agents qui le demandent. »

Deux choses au moins sont à noter dans cet extrait. D'une part, l'hésitation que manifestent ces deux responsables sur les dispositifs de formation, hésitation inimaginable lorsqu'il est question des formations offertes au personnel titulaire (par exemple aux aides-soignantes pour devenir infirmières ou aux infirmières pour devenir cadres), et qui témoigne d'un faible usage des dispositifs. D'autre part, la conclusion décisive de la cheffe de site : si jamais des salariés sont prometteurs, on ne les orientera pas vers les professions soignantes. Comme tout employeur, et comme l'hôpital avant elle, l'entreprise sous-traitante cherche à fidéliser les salariés qui conviennent le mieux à sa politique. Or, pour fidéliser, il faut reconnaître et promouvoir un minimum ces salariés : l'hôpital le faisait en donnant accès à des formations soignantes, l'entreprise de nettoyage le fait en offrant des postes d'encadrant du nettoyage.

Au siège d'une entreprise de restauration, une responsable du marketing explique ainsi : *« Dans la restauration c'est un problème global. C'est un métier qui n'attire pas tellement. C'est pour ça qu'on a créé des "filiales de qualification". Par exemple, on a des femmes qui sont entrées comme agentes, à temps partiel par exemple parce qu'elles avaient des enfants, avec un niveau d'études plus haut que nos responsables. Au bout d'un moment elles veulent progresser dans leur carrière, on va les aider. Donc l'idée c'est d'ouvrir la profession et la qualification à d'autres que les cuisiniers. C'est de qualifier et de fidéliser. »*

Avec l'externalisation, il semble donc que les modes d'entrée dans (et de sortie de) l'emploi « hôtelier » de l'hôpital, et corrélativement les modes d'entrée dans les métiers soignants, sont appelés à se transformer.

Aujourd'hui, la sous-traitance dans les hôpitaux n'en est peut-être qu'à ses débuts. C'est du moins ce sur quoi parient les entreprises sous-traitantes. Toutes les sociétés de restauration, par exemple, connaissent une croissance solide de leur chiffre d'affaires, car elles se partagent un marché qui ne cesse de grossir. L'hôpital public, qui externalise encore peu relativement au privé, suscite d'énormes convoitises. Mais les résistances, syndicales notamment, y sont plus nombreuses et plus puissantes. Il semble cependant que la sous-traitance ne soit pas vantée uniquement par les entreprises prestataires, et que certaines directions d'hôpitaux attendent une situation favorable pour y recourir.

La cadre infirmier responsable des sous-traitants à Hpu explique ainsi : *« Il y a certaines activités en restauration, comme je vous disais, la plonge, les magasiniers par exemple, des choses comme ça. Il y a toute la fonction logistique. C'est une bonne organisation, il y a une livraison dans les services, ça me semble pas... Vous voyez, vous donnez des plannings corrects aux fournisseurs, enfin aux prestataires et puis il y a un contrôle, il faudrait que le maître d'œuvre soit... ça coûterait nettement moins cher. C'est des gens surqualifiés. Mais bon, je le répète pas trop. Il y a que... J'en parle avec mon directeur. — [Q :] Qu'est-ce qu'il en dit ? — Que c'est des bonnes idées. Mais il me dit : "Attends, fais pas de vagues, et puis ça serait mal vu dans le département..." C'est vraiment politique. — [Q :] Ça serait mal vu, c'est pas sur Hpu même, c'est par rapport aux élus ? — C'est un ensemble. On est quand même un département très à gauche. J'ai rien contre eux, mais on favorise les postes de fonctionnaires quand même. Mais bon ça c'est mon point de vue personnel. On dit qu'il faut diminuer les dépenses publiques, il y a des moyens de les diminuer. On fait pas de chômage, on transfère. »*

« On transfère » : mais qu'est-ce qui peut rendre ce transfert avantageux ? Pourquoi est-il intéressant de déléguer une prestation quelconque à un intervenant extérieur, de rémunérer un intermédiaire pour une activité que l'établissement prenait lui-même en charge ? Le « professionnalisme » des sous-traitants est une raison, mais elle n'est pas la seule. Il faut y voir aussi une baisse des coûts ou, au moins, un allègement de la charge que représente toute gestion directe du personnel.

5.4. Une externalisation (sous contrôle) de la gestion du personnel

Certes, la mise en sous-traitance d'un certain nombre d'activités est concomitante du moment où l'on a cherché à « professionnaliser » la cuisine, la lingerie ou le ménage, en les soumettant à des normes et des protocoles plus stricts. Les prestataires se sont faits forts de fournir des personnels formés et adaptés à ces nouvelles exigences. Mais les hôpitaux auraient pu aussi bien recruter ces personnels formés, quitte à les « débaucher » des entreprises prestataires. Par ailleurs, le professionnalisme des agents de service sous-traitants est souvent contesté par les responsables soignants : peut-être sont-ils des professionnels de l'hygiène, mais pas de l'hygiène hospitalière, dit-on en substance.

« Elles ont pas forcément une notion de l'hygiène telle que nous on l'entend en tant que soignants. Elles ont une notion de l'hygiène, mais pas la même. » (Cadre infirmier à Hpri)

« Vous avez vu, j'essaie de les intégrer. Mais en principe elles ne sont pas sous mon autorité. Ça pose des problèmes, car elles ont moins la notion du soin. » (Cadre infirmier supérieur à Hpu)

C'est donc qu'il y aurait d'autres raisons que le « professionnalisme » qui poussent à user de la sous-traitance. À l'hôpital public, où la plupart des agents employés par l'hôpital sont des fonctionnaires, le recours à la sous-traitance, c'est-à-dire indirectement à des salariés de droit privé moins protégés, permet de faire baisser les coûts. Dans une entreprise sous-traitante, il est plus facile de licencier, de recourir à des CDD⁴¹, ou de contraindre des salariés à quitter leur poste (éventuellement par un redéploiement sur d'autres sites) suite à une réorganisation du travail conduisant à une réduction de personnel.

Cadre infirmier supérieur chargée des sous-traitants à Hpu : « Parce que si vous voulez, quand un prestataire répond à un cahier des charges, il répond en fonction d'une prestation. Nous on a des gens qui ont des postes. Et il est fort possible qu'avec une meilleure organisation on mettrait moins de personnel. Mais comme il faut pas toucher aux acquis c'est toujours la guerre. Vous y touchez pas, aux acquis des fonctionnaires. Ils ont des droits... ça coûte une fortune, je trouve. (...) Nous les prestataires ils ont pas tout ça. Si vous voulez, il y a tous les frais annexes aussi qu'il faut voir. (...) En fait ils vous offrent un package. Vous avez le matériel, la prestation, et le personnel. Vous savez ce que ça vous coûte tous les mois. Alors que nous, on ne sait pas. On ne sait pas, c'est plus difficile. Le prestataire vous donne des remplaçants. Pas toujours, mais quand il y a des postes cruciaux il vous met des remplaçants. Nous, des fois on en met, des fois on n'en met pas, c'est beaucoup plus fluctuant. »

Il est donc question de maîtrise des coûts, au sens où ils ont pu être réduits mais aussi au sens où, plus simplement, ils sont connus et à peu près inamovibles. Au-delà du fait que les salariés externalisés disposent de moins de garanties, la sous-traitance permet de transférer au prestataire la variabilité inhérente à toute gestion du personnel (absences notamment).

À Hpri, le cadre chargé du contrôle des sous-traitants estime que la sous-traitance coûte plus cher, mais qu'elle permet précisément de se décharger de la gestion du personnel : *« De toute façon, la sous-traitance ça a toujours coûté... Enfin, financièrement coûte plus cher, mais quand vous regardez bien la qualité de la prestation, c'est pas si cher que ça. Mais c'est vrai que si vous le gardez en autonomie c'est moins cher. Mais c'est une autre énergie, c'est un autre... C'est pas du tout pareil. Là, nous on s'embête même pas, quand les gens sont absents, c'est l'entreprise qui les gère. Tandis que là il fallait en plus trouver un remplaçant. Il y a plein de choses qui font que, en fin de compte c'est pas si cher que ça. Ça c'est un choix financier après. »*

La cadre de Hpu l'exprime plus abruptement : *« On s'intéresse qu'au résultat final. (...) On a moins le souci, je dirais, de la complexité salariale, de la complexité de la gestion des gens. (...) Moi, que les gens soient là ou pas là, je m'en fous, je veux pas le savoir, quand ça m'agace, je dis "non, je m'en fous, il faut que le travail soit fait". C'est normal d'ailleurs. C'est elle [la responsable de site du sous-traitant] qui prend. Je suis en colère et je dis "je m'en fous, je veux pas le savoir". (...) Et moi c'est au bon de commande. Donc c'est en fonction de la surface nettoyée. Donc en fait toutes les surfaces en*

⁴¹ Il n'a pas été facile d'estimer leur proportion chez les sous-traitants. D'après la cheffe de site en nettoyage à Hpu, ils constituent 15 à 20 % de l'effectif qu'elle gère, le reste étant en CDI (pas d'intérim) ; il n'y en aurait quasiment aucun dans l'effectif géré par son homologue de Hpri ; les responsables de sociétés de restauration interviewés dans les sièges sociaux donnaient un taux de recours aux CDD supérieur à 10 %.

travaux, les surfaces qui sont pas faites, ou pour une malfaçon, une mauvaise qualité, on les déduit. Donc en fait ils sont jamais sûrs de ce qu'ils vont avoir à la fin du mois. »

Il s'agit donc d'externaliser la gestion du personnel et tous ses aléas (absentéisme, contestations, mauvaise qualité du travail, etc.). La valeur ajoutée des sous-traitants tiendrait à leur capacité à prendre en charge cette gestion. C'est ce que revendique, davantage qu'un professionnalisme en matière d'hygiène ou de restauration, un responsable de ressources humaines du siège d'une grande entreprise sous-traitante :

« Le patron de la clinique, son expertise est plutôt sur le plateau médical. Par contre il ne sait pas forcément gérer le personnel de nettoyage et de restauration. Notre savoir-faire, c'est justement le management de personnel faiblement qualifié. »

Mais c'est une externalisation sous contrôle : ce n'est pas un blanc-seing qui est donné au prestataire. Le contrôle ne porte plus sur les moyens, sur la force de travail que fournit un agent ou un salarié, mais sur les résultats, sur le travail fini du prestataire.

« C'est pas se débarrasser des prestations pour les faire faire à d'autres. C'est indispensable d'avoir des contrôles et d'établir l'exhaustivité de ses besoins. Il y a des règles avec lesquelles il faut pas du tout tergiverser. Il y a une exhaustivité dans le cahier des charges, bien mettre tout ce que vous souhaitez faire, et mettre en place des procédures de contrôle. Ça c'est primordial. » (Cadre infirmier supérieur chargée des sous-traitants à Hpu)

Quoique les hôpitaux se soient théoriquement débarrassés de la gestion de ce personnel-là, ils se permettent encore d'intervenir ponctuellement : *« Quand il y a un électricien qui ne nous donne pas satisfaction ou qui a un comportement, on va dire, non correct pour l'établissement, je demande au chef de site de le muter. Et c'est muté dans les semaines qui suivent. Donc là il y a un respect complet. On a le choix de dire : "Non, cette personne-là n'est pas adaptée". Même si le chef de site dit : "Oui, mais il travaille bien", mais nous on trouve qu'il a un comportement qui n'est pas adapté. On le fait muter, il y a aucun souci. Ils sont respectueux de notre demande. »* (Cadre chargé du contrôle des sous-traitants à Hpri)

Non seulement les hôpitaux confient à des cadres dédiés la surveillance de l'activité des sous-traitants, mais en plus, dans les services, les cadres de santé sont également amenés à contrôler cette activité⁴².

Par exemple, une cadre infirmier de Hpri, surveillante d'un service, dit à propos des horaires des agents de nettoyage : *« Je sais pas trop. Une finit à midi, l'autre à 14h, la troisième après le repas du soir je crois. Ils ont changé il n'y a pas longtemps, on n'a pas la maîtrise de leurs horaires, mais malgré tout ils s'organisent différemment en fonction des services. Mais je n'ai aucune maîtrise sur l'identité des personnes. On ne me les a même pas présentées... »* Vis-à-vis d'eux, elle n'a donc pas les attributs élémentaires du cadre : choisir (ou au moins donner son avis sur un salarié), fixer et/ou contrôler les horaires. Pourtant elle dit aussi : *« C'est pas de notre responsabilité car c'est externalisé. Mais je les reprends, s'il y a un problème je vais voir leur responsabilité. Je ne les piste pas mais si j'ai besoin de nettoyer une chambre à 13h30 et que la personne qui doit finir à 14h n'est pas là je lui dis et je le dis à sa hiérarchie. Avant*

⁴² Même si, par exemple, la cadre dédiée aux sous-traitants à Hpu trouve que ce contrôle exercé dans les services est trop lâche : « Q : Est-ce que vous dites aussi au personnel de Hpu de participer à ce contrôle ? — Alors ça, le nettoyage, on me répond : "C'est pas mon problème." Alors ça vraiment... C'est vraiment terrible. Le personnel hospitalier n'en a rien à faire. Mais vraiment. Quand vous dites au surveillant : "Est-ce que vous pouvez contrôler, est-ce que vous pouvez me dire ?" "Ecoute, le ménage c'est ton problème, c'est pas le mien". Donc voilà. Il y en a une ou deux, là, bon vous êtes avec Mme [nom de la surveillante générale de cardiologie] donc vous êtes pas avec la pire. Puisque elle, justement, elle surveille tout. Je dirais qu'il y en a deux ou trois des comme ça, c'est tout. Ou alors quand ça va vraiment très mal, qu'elles ont une réclamation de patient. Mais bon c'est pas quand les fautes sont faites qu'il faut... C'est au quotidien, en fait il faut qu'elles portent un intérêt à l'agent. »

j'avais une équipe fixe, avec trois personnes stables et consciencieuses. Puis il y en a deux qui sont parties, et ça a été un peu plus chaotique. Elles ne font pas partie de l'équipe mais j'essaie de les intégrer. »

Dans ce contexte, il n'est pas sûr que ce soit le cahier des charges qui dirige strictement l'activité des sous-traitants. Aussi bien les hôpitaux que les sous-traitants reconnaissent que certaines exigences de l'hôpital peuvent aller au-delà, et qu'il n'est pas facile de les refuser, notamment lorsqu'elles s'adressent directement aux salariés. Pour ces derniers, il y a un balancement entre une relation de prestation commerciale (limitée par un contrat) et une relation de domination pleine et entière sur les salariés sous-traitants, renforcée par la non appartenance à la structure qui domine. Deux cheffes de site du nettoyage, l'une à Hpu, l'autre à Hpri, en témoignent :

« [Q :] Et est-ce qu'il arrive que Hpu ou des services demandent aux agents de faire des choses qui... — Qui ne sont pas prescrites dans le cahier des charges ? — [Q :] Par exemple. — Souvent. On a beau leur dire non, mais bon. Mais des fois il y en a [des agents] qui savent pas faire autrement, ou c'est parce que... Je sais pas. Par exemple, les bureaux, c'est à faire deux fois par semaine à fond. Et le reste du temps on vide les corbeilles. Mais c'est vrai que quand on travaille dans un bureau, on a tendance à mettre des papiers par terre ou, je sais pas, il y a plein de choses. Donc elles vont pas que vider la poubelle et passer à côté de... Donc elles vont quand même faire la prestation comme si c'était le mardi ou le vendredi où elles doivent effectuer le nettoyage complet. Ou elles vont faire deux ou trois fois un office, alors que c'est écrit que deux fois. Elles vont peut-être intervenir deux fois dans une chambre alors qu'on fait qu'un passage. Et en plus ça dépend des services, et des surveillantes surtout. Parce que comme [les agents] se sentent un petit peu bas par rapport à... Donc la plupart... Enfin je pense personnellement ça. [son adjointe qui assiste à cette partie de l'entretien : "Tu le fais parce qu'il faut le faire. C'est délicat de laisser."'] » (Cheffe de site Hpu)

« Mais il y a d'autres situations où on peut dépanner, on dépanne sur les livraisons de pharmacie par exemple. C'est le côté commercial. Mais c'est très souvent du même côté, c'est nous qui rendons service. Dans les étages, il arrive aussi qu'on demande aux agents de service quelque chose en supplément. Elles viennent nous le dire, en général elles sont déchaînées, et puis cinq minutes plus tard elles repartent calmées et elles le font. On les invite à le faire, car ça prend dix minutes un quart d'heure et ça fait plaisir à tout le monde. C'est le côté serviable du prestataire. » (Cheffe de site Hpri)

Le cadre de Hpri chargé du contrôle des sous-traitants va dans le même sens : *« Quand vous avez des bonnes relations ça se passe très bien. Bon, si c'est pas dans le cahier des charges, ils vont vous dire : "Bah oui, mais c'est pas dans le cahier des charges", mais ça c'est des négociations, c'est tout, ça se fait très bien. De toute façon, nous sommes le client, on a un avantage. »*

Comme dans d'autres secteurs (bâtiment, industrie nucléaire...), il semble que l'entreprise sous-traitante ne constitue pas, pour ses salariés, un écran protecteur vis-à-vis des directives des autres travailleurs de l'établissement (et en particulier des cadres) mais, au contraire, une incitation permanente à s'y plier, au nom de la bonne volonté commerciale. La mise en sous-traitance de tâches faiblement qualifiées renforce la hiérarchie plus qu'elle ne l'estompe, quoique laissent penser les apparences égalitaires du contrat commercial.

5.5. À la fois proches et lointains : les personnels sous-traitants vis-à-vis des personnels de l'hôpital

La sous-traitance hôtelière connaît une spécificité : les entreprises qui remportent le marché ont l'obligation légale de reprendre le personnel. Or il n'est pas rare que les marchés passent d'une entreprise à l'autre au bout de quelques années (ce fut notamment le cas aussi bien à Hpu qu'à Hpri). Par conséquent, beaucoup de salariés sous-traitants ont dans l'hôpital une ancienneté plus grande que les entreprises qui les emploient (« *J'ai connu quatre entreprises, eux ils tournent, moi je reste* », disait une femme de ménage travaillant depuis 29 ans à Hpu). Certains, même, y travaillaient déjà avant l'externalisation. Ils sont donc susceptibles d'avoir des rapports (sociaux, affectifs...) plus forts avec la structure hospitalière qu'avec l'entreprise sous-traitante. Leurs interlocuteurs « naturels » sont parfois davantage des cadres de l'hôpital que leurs propres employeurs.

Cadre supérieur infirmier chargé des sous-traitants Hpu : « Comme ils disent quand ils sont en colère après la société, nous on est commandant, et la société on s'en fout. Effectivement, ils ont pas vraiment de rapport... Les employés lambda, ils ont pas de rapport avec la société. (...) Le personnel reste, oui, mais enfin ils sont très inquiets, à chaque changement [de prestataire]. A chaque changement c'est vraiment la grande angoisse. C'est "Qui on va avoir ?". Ils savent très bien que certaines sociétés sont... d'abord donnent des prix tellement bas que sur le terrain on n'a pas les moyens, après. Parce qu'il faut voir qu'entre l'offre commerciale et l'offre d'exploitation, quelquefois il y a des différences. Donc c'est à moi de toujours contrôler, de faire un suivi, si vous voulez, de mesurer l'écart, qu'il soit pas trop important. Et de demander pourquoi. Donc en fait après soit le personnel ils ont pas assez de produits, ils ont pas les moyens, au niveau des vêtements ils ont pas ce qu'il faut, ils demandent des avantages, ils les ont pas, donc vous voyez, le changement de société et de gestion, pour eux bien sûr ils sont toujours là, mais il peut y avoir des petits changements pour eux quand même. Donc c'est toujours la grande angoisse pour eux. Ils sont sans cesse derrière moi à me faire une pression pas possible. — [Q :] Parce que donc ils vous connaissent, ils connaissent directement Hpu à travers vous ? — Oui, oui. C'est amusant de voir leurs comportements. — [Q :] Pourquoi ? — Parce qu'ils sont très inquiets : "Faites attention", "prenez pas toujours le moins cher", enfin vous voyez ils me donnent des conseils, je n'en tiens pas compte, bien sûr, mais ils sont inquiets. »

Étrange relation, telle qu'elle apparaît dans cet entretien : l'entreprise sous-traitante ne semble pas être l'intermédiaire, mais plutôt l'objet d'une négociation directe entre le personnel sous-traitant et l'hôpital. Comme si, au fond, la relation fondamentale n'était pas entre l'hôpital et le prestataire, mais entre l'hôpital et les salariés du prestataire. Le prestataire est le personnage le moins stable de cette partie triangulaire, car il est souvent amené à changer. Et celui qui le remplace joue en quelque sorte le rôle du croquemitaine, craint par les agents, et chargé de (re-)discipliner ces derniers. Dans le discours des cadres d'hôpitaux comme des travailleurs sous-traitants, les changements de prestataires sonnent comme des chocs périodiques engendrant une nouvelle restructuration, une nouvelle rationalisation, tandis que les routines et les arrangements anciens sont remis en cause⁴³. En prétendant imposer une nouvelle organisation, affirmer un nouveau pouvoir, le nouveau prestataire (qui probablement durera moins que ses salariés) n'est peut-être que l'instrument d'une reprise en main par l'hôpital qui, en fait sinon en droit, demeure le véritable employeur⁴⁴.

⁴³ Les agents se plaignent couramment que le changement de société a modifié les méthodes de travail dans un sens défavorable : pénurie de matériel, réduction de personnel, etc.

⁴⁴ Le cadre chargé des sous-traitants à Hpri évoque lui aussi les vertus du changement de prestataire et donne la mesure de « l'ingérence » de l'hôpital : « [Nom du prestataire 1] est là depuis 95 ou 96 de mémoire... 96. C'est là que j'ai sous-traité complètement le service nettoyage. Donc ça se passait bien depuis quelques années. Et puis on va dire, lié à nos problèmes financiers à Hpri, la prestation a complètement chuté. Ça a été dû aussi aux gouvernantes qui étaient sur place, qui ont pas su manager leur personnel, et il y a eu une dégradation importante de l'établissement. Donc on est en train de reprendre un peu du poil de la bête. On

Ces considérations amènent en tout cas à nuancer l'extériorité des personnels sous-traitants à l'hôpital. Des vérifications statistiques montreraient peut-être que leur ancienneté moyenne dans l'établissement n'est pas très lointaine de celle des autres personnels. Avec ces derniers, des liens sont par conséquent susceptibles de se nouer, surtout pour les femmes de ménage qui travaillent souvent dans un seul service, toujours le même. Et pourtant une distance risque de se creuser au fil des années. D'abord, parce que les personnels, de l'hôpital comme du sous-traitant, changent, et qu'il n'est pas forcément facile de tisser de nouveaux liens avec des personnes qui travaillent certes dans les mêmes locaux, mais avec des employeurs, des chefs, des horaires, des contrats différents.

Ensuite, parce qu'il existe une nouvelle barrière : celle du cahier des charges, qui rigidifie la frontière entre les tâches de l'agent et celles du personnel de l'hôpital – avec un nouveau garde-frontière pour la faire respecter, le responsable de site de l'entreprise sous-traitante. Là où des arrangements locaux, l'habitude de travailler ensemble, avaient pu engendrer une (très relative) porosité des tâches, les agents peuvent se voir ramenés aux tâches strictement définies par leur fiche de poste.

C'est ce que décrit, à Hpri, une femme de ménage qui travaille depuis 14 ans dans le même service (ce qui signifie qu'elle était au début employée par Hpri puis qu'elle a été « externalisée ») : *« Avant je m'occupais aussi des scopes, des seringues, je pouvais aller chercher quelque chose en pharmacie. Je faisais de tout, on travaillait ensemble, on faisait ce qu'il y avait à faire, c'était normal. Avec [Nom du prestataire], j'ai un protocole, qui me dit ce que je dois faire. Au début ça a été dur ici pour qu'ils l'acceptent. Mais si je fais autre chose que ce qui est écrit dans le protocole, j'aurai des problèmes. Je dois respecter les ordres de [Nom du prestataire]. — [Q :] S'ils vous demandent en réa de vider un bassin, par exemple ? — Ils ne m'ont jamais demandé, mais s'ils me demandent, je ne sais pas ce que je ferai. Déjà si un patient me demande, normalement c'est pas à moi de le faire, mais si le patient me demande, je vais lui donner, c'est normal. (...) Au début où je suis passé à [Nom du prestataire], ils me demandaient encore des choses, mais si j'ai pas le droit, je répondais que je ne pouvais pas : “Je veux bien mais si mon surveillant m'attrape...” »*

Enfin, la distance entre personnels de l'hôpital et sous-traitants peut être creusée lorsque se manifeste une contradiction entre les intérêts de l'entreprise sous-traitante et ceux de l'hôpital. La contradiction pèse sur les salariés sous-traitants, même lorsque ceux-ci adhèrent davantage aux objectifs du service de soins qu'à ceux du prestataire.

Une femme de ménage d'Hpu en donne un exemple. Elle est au départ réticente à parler, et fait promettre à l'enquêteur (qui a pourtant déjà garanti l'anonymat) de ne rien dire à son employeur. C'est qu'elle a connu une mauvaise expérience : *« Un jour ici j'ai dit à la surveillante... la surveillante d'ici, des soins, qu'ils [l'entreprise de nettoyage] n'avaient pas passé la machine à cirer depuis trois semaines. Il faut que la surveillante réclame, sinon en attendant ils évitent, ça fait gagner un peu. Elle a téléphoné et elle a dit : “La femme de ménage m'a fait remarquer que...” C'est bien la peine d'avoir fait la fac pour faire des choses pareilles. »*

De ce jour, elle a décidé de ne plus rien dire, s'interdisant de s'investir dans l'hygiène du service au-delà de ce qui lui est prescrit, par peur de représailles de la part de son en-

a changé la gouvernante, on a mis une responsable en plus. C'est pareil, je vous dis, il y a eu une dégringolade. Parce que le personnel est toujours le même, question de nettoyage, il y a que les deux gouvernantes qui ont changé. (...) — [Q :] C'est-à-dire, quels sont les problèmes que vous rencontrez ? — Non respect du cahier des charges, ça c'est clair. Et non suivi des prestations. (...) Donc ils sont en train de remonter la pente mais c'est vrai qu'ils sont descendus très bas. On a été limite à dénoncer le contrat. Donc là il y a eu un appel d'offres qui s'est fait dans la restauration. Et il faut savoir qu'actuellement [Nom du prestataire 2] c'est la restauration, et [Nom du prestataire 1], c'est le nettoyage. C'est le même groupe, je sais pas si vous avez entendu. Donc là on a [Nom du prestataire 3], on a [Nom du prestataire 4] qui proposent aussi des offres globales. Donc on est en pleine étude là-dessus. Donc ça va être aussi, toujours pareil, encore de l'argent. Si [Nom du prestataire 2] propose quelque chose de moins cher, ça sera [Nom du prestataire 2]. Si [Nom du prestataire 1] fait des efforts... et ça peut être moins cher. Mais là il faut qu'ils nous montrent aussi qu'ils savent faire. Parce que c'est vrai qu'ils ont vraiment dégringolé. Donc ça je pense que ça va se régler rapidement. »

treprise. Faire son travail de manière distante, détachée, lui semblait être désormais l'attitude la plus prudente.

Sous-traiter certaines activités, hôtelières notamment, n'est donc pas pour l'hôpital une manière de s'en « débarrasser ». Il n'est que de voir le temps dédié, au cours des réunions de cadres d'Hpri, à la question de la préparation de la livraison des plateaux repas, ou d'entendre les surveillants des deux établissements se plaindre du ménage, pour comprendre que ces activités demeurent une préoccupation et un objet de gestion quotidiens. En externalisant, l'hôpital souhaite se décharger des soucis ordinaires que connaît tout employeur, ainsi que stabiliser ses coûts, tout en conservant la maîtrise des tâches sous-traitées et en contrôlant la pente naturelle des sous-traitants à poursuivre leurs « intérêts propres ». Cela explique la tension qui pèse sur les personnels sous-traités : exclus des institutions (syndicats, instances représentatives) de l'hôpital et pourtant directement affectés par ses décisions ; employés par une entreprise, liés par sa stratégie commerciale, et se sentant pourtant plus proches des services où ils travaillent.

Chapitre 2

UNE RELATION DE POUVOIR CLASSIQUE : L'ENCADREMENT

Dans les établissements de santé, la diversité des fonctions, des statuts et des configurations de poste associant ces fonctions et ces statuts complique l'appréhension des relations de pouvoir. Les hiérarchies sont multiples et opèrent de manière très variable selon les postes et les qualifications. En effet les établissements de santé ne sont jamais organisés selon une unique structure hiérarchique, mais selon une structure complexe, croisant plusieurs hiérarchies interdépendantes.

Du travail réglementé aux arrangements dictés par la pratique, nous avons vu dans la partie précédente combien la division du travail constituait un enjeu quotidien de redéfinition. Ainsi la décomposition et la redistribution des tâches entre les personnels techniques (les agents de service), soignants (les aides-soignants et infirmiers) ou médicaux (les médecins) obéissent à différentes injonctions hiérarchiques. À chacune de ces catégories d'actifs hospitaliers correspondent des statuts spécifiques réglementant l'attribution des tâches à réaliser (que ce soit explicitement ou par exclusion), les qualifications exigibles, les domaines de compétence et les hiérarchies propres. À ces hiérarchies intra-catégorielles s'ajoutent des hiérarchies inter-professionnelles qui placent notamment les aides-soignants « sous la responsabilité » des infirmières sans qu'il s'agisse d'une relation de pouvoir (ou d'encadrement) explicite.

Les dispositifs d'encadrement et de mise en forme du travail des actifs hospitaliers prennent ainsi des formes variées : il peut s'agir des hiérarchies managériales (un cadre infirmier donnant des ordres à ses subordonnés), des hiérarchies médicales (pouvoir prescriptif des médecins), mais aussi d'un ensemble de règles formelles (consignes thérapeutiques, managériales, etc.) et informelles (autorégulation des collectifs et arrangements interpersonnels), ou de pratiques incorporées (les « gestes du métier »).

Une forme possible des relations de pouvoir : l'encadrement

Nous nous intéresserons dans ce chapitre à l'*encadrement*, en tant que fonction autorisant un actif non seulement à définir le travail d'un autre *avec de bonnes chances d'être obéi*⁴⁵, mais aussi à avoir recours à un certain nombre de dispositifs organisationnels (incitatifs – promotion, primes... – ou punitifs – sanctions, refus d'aménager l'emploi du temps, d'attribuer des heures supplémentaires) pour contraindre cet autre à obéir, dans les cas où il se montrerait réticent. L'*encadrement* se caractérise donc par de la domination conjuguée à des ressources organisationnelles mobilisables pour briser les résistances. Si l'encadrement n'est bien qu'un aspect des phénomènes de pouvoir, il est peut-être l'un des plus facilement objectivables : alors que certaines formes de pouvoir peuvent s'exprimer plus indirectement, l'encadrement suppose une interaction directe entre un encadrant et un subordonné, et l'éventuelle mise en œuvre de mesures visant à contraindre les subordonnés à l'obéissance. L'encadrement est un type de relation de pouvoir dans lequel la menace est la plupart du temps latente, et s'exprime dans les cas de conflit. Si un encadrant ne parvient pas à se faire obéir, l'organisation lui donne le droit, dans certaines limites prédéfinies, de sanctionner – ou de ne pas récompenser – afin qu'il obtienne de son subordonné ce qui lui est demandé.

Les enquêtes statistiques sur le travail oublient rarement d'évoquer cet aspect des relations de pouvoir. L'enquête 2003 *sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établisse-*

⁴⁵ Nous nous inspirons ici de la définition que Max Weber donne de la « domination » : « *chance, pour des ordres spécifiques (ou pour tous les autres), de trouver obéissance de la part d'un groupe déterminé d'individus* ». De cette définition découle sa fameuse typologie des régimes de légitimité caractérisant les différentes formes de la domination.

ments de santé l'aborde, comme la plupart des enquêtes françaises, en lui donnant sa formulation traditionnelle : « Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ? ». Cette même formulation (ainsi que des variantes très proches) est désormais à tel point devenue un leit-motiv des enquêtes statistiques sur le travail, que l'institut de statistiques européen (Eurostat) a récemment décidé de l'intégrer parmi les « questions obligatoires » du dispositif européen d'enquête sur le travail (les *Labour Force Surveys*). Un tel usage d'une question n'est pas sans effet sur les représentations, y compris dans le monde académique, de ce que sont les relations de pouvoir en entreprise.

La formulation de cette question fait en effet le choix de pointer les versions les plus explicitement autoritaires de la domination : les termes « ordres » et « autorité » ont été choisis afin de proposer une interprétation dure, cristallisée des relations de pouvoir. Ce n'est pourtant pas ce que semble révéler l'examen des réponses à cette question : les cadres de direction et de santé qui répondent positivement sont bien – comme on pouvait s'y attendre – nombreux, mais on compte aussi, à côté de ces derniers, un nombre important de médecins et surtout d'infirmiers déclarant donner des « ordres » ou détenir une « autorité » (cf. plus loin). La variété de ces réponses signale vraisemblablement l'embarras des personnes face à une question qui interroge leur rapport au pouvoir dans l'organisation hospitalière, mais en laissant dans le flou les modalités selon lesquelles s'exerce cette influence : dans les établissements de santé, la façon dont de tels « ordres » sont donnés ou une telle « autorité » s'exerce sont variables et difficilement réductibles à un type unique de relations interpersonnelles.

Deux formes distinctes de relations d'encadrement : la surveillance et la gouvernance

L'apparente simplicité de la question et de la définition proposée rend en effet mal compte de la variété des relations de pouvoir. Les actifs impliqués notamment dans une activité d'encadrement le sont à des titres et selon des modalités très variables. Certains se verront attribuer un statut hiérarchique spécifique, définissant à la fois les frontières de leur responsabilité et de la population qui leur est subordonnée. C'est le cas notamment des cadres de santé qui ont la responsabilité de l'encadrement du travail d'une équipe soignante.

D'autres seront investis d'une autorité plus diffuse, mais généralement non moins effective, leur donnant la légitimité nécessaire pour participer à la définition et à l'encadrement du travail d'autres actifs. Il s'agit notamment des cadres de direction qui – par la simple autorité de leur mission à la tête des établissements de santé – ont le pouvoir d'influencer de manière déterminante la façon dont le travail est fait. Il est à ce titre intéressant de remarquer que, dans la version allemande d'*Économie et Société*, Max Weber (1956 : 541-542) utilise deux termes distincts pour qualifier les relations de pouvoir : *Herrschaft* et *Macht*, chacun de ces termes renvoyant à l'une de ces deux faces de la « domination »⁴⁶.

Le terme *Herrschaft* correspond au pouvoir détenu par une personne sur une autre. Il désigne l'autorité d'un père, d'un seigneur féodal (*Herr* en Allemand), d'un chef hiérarchique. *Macht* quant à lui renvoie à la capacité de faire advenir sa volonté, au pouvoir de la réaliser simplement en le voulant. Il peut par exemple s'agir de l'autorité que le savant tire de sa science ou de celle de l'expert en *management* qui dans les organisations modernes participe à la définition du travail.

Nous proposons dans la suite de reprendre cette distinction et de considérer les deux formes prises par la fonction d'encadrement : surveillance et gouvernance. Nous qualifierons de surveillance (proche de la *Herrschaft* weberienne) l'ensemble des tâches d'encadrement relatives aux interventions sur les postes de travail et aux contrôles directs sur le *travail en train de se faire* (contrôle des horaires notamment, des « gestes »). La gouvernance (*Macht*) concerne plus spécifiquement les

⁴⁶ Il existe une troisième traduction du mot « pouvoir » en Allemand – *Gewalt*, le pouvoir par la violence – dont nous ne nous servons pas ici.

tâches de gestion participant à la définition des tâches et de l'organisation du travail des actifs hospitaliers. S'immiscant moins directement que les *surveillants* dans le travail *en train de se faire*, les *gouvernants* agissent sur le travail *tel qu'il doit se faire*. *Surveillance* et *gouvernance* renvoient ainsi à deux formes de l'encadrement dont les modalités d'action diffèrent : l'une se joue principalement dans l'interaction de face à face, l'autre dans la définition des règles légitimes qui définissent le travail. Toutes deux impliquent cependant une asymétrie des positions, de ceux qui encadrent à ceux qui leur sont subordonnés, ainsi que la possibilité donnée aux uns de contraindre les autres à l'obéissance.

Le terrain réalisé dans les deux établissements de santé et l'enquête statistique dont nous disposons nous permettent d'aborder la question de l'encadrement – et finalement de la surveillance et de la gouvernance – de manière complémentaire : le terrain enrichit la perception des phénomènes de pouvoir et permet d'examiner finement l'exercice de fonctions d'encadrement, l'enquête statistique offre une vision générale des catégories de personnel concernées par ces fonctions.

Nous commencerons par examiner les réponses à la question sur les relations hiérarchiques dans l'enquête statistique (A), puis nous décrirons ce que le terrain nous enseigne au sein des fonctions d'encadrement sur la fonction de surveillance (B), un retour à l'enquête statistique nous donnera des éléments quantitatifs sur la surveillance et la gouvernance dans les établissements de santé (C).

1. LES « CHEFS » DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Une série de questions, intégrée dans le questionnaire de l'enquête Drees, permet de détailler les modalités de la participation dans les établissements de santé des différents groupes professionnels à l'encadrement du travail. L'une de ces questions en particulier est au cœur de notre problématique : « Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ? » (cette question apparaissant en 21^e position). Par convention, nous qualifierons de « chefs » les enquêtés répondant positivement à cette question.

Cette question nous permettra ainsi de cerner une population qui a le sentiment d'exercer une influence directe sur le travail d'autres salariés. Variées et extrêmement contrastées, les réponses à cette question nous permettent non seulement d'identifier les « encadrants » – au sens où nous les avons définis plus haut – exerçant dans les établissements de santé, mais aussi d'autres catégories d'actifs en position de pouvoir, qui sont impliqués dans des relations d'un autre type que celui de l'encadrement. Comme nous le verrons par la suite, certains « chefs » encadrent, d'autres non.

1.1. Des « chefs » à toutes les professions

Pour l'exploitation que nous voulons en faire, la formulation de cette question présente plusieurs avantages : elle se conforme strictement à celle que l'on peut trouver dans les questionnaires de l'enquête Conditions de Travail de 1998 (Insee-Dares) et elle se réfère à une vision durcie, presque autoritaire (« ordres », « autorité ») de la domination. Nous pourrions donc nous servir de cette question pour cerner une population d'actifs hospitaliers – les « chefs » – qui estiment très explicitement avoir des responsabilités hiérarchiques sur d'autres actifs. Et nous pourrions proposer quelques comparaisons avec des résultats obtenus non plus seulement sur le champ des activités hospitalières, mais sur l'ensemble de la population active française en faisant appel à l'enquête Conditions de Travail.

On a vu qu'un enquêté répondant positivement à cette question peut aussi bien faire référence aux relations de subordination dérivant des hiérarchies formelles des établissements de santé (et aux statuts dans l'organisation donnant droit à un individu de « donner des ordres » à d'autres individus, comme dans le cas des cadres de direction ou de santé notamment), au pouvoir prescriptif dont dis-

posent certaines catégories de personnel sur d'autres en raison de leur positionnement dans la hiérarchie professionnelle (subordonnant notamment le paramédical au médical) ou encore à la structure des responsabilités engagées quotidiennement dans la réalisation des gestes médicaux et paramédicaux (les infirmiers notamment sont légalement responsables du travail des aides-soignants).

Les encadrants, au sens où nous les avons définis plus haut, ne couvrent donc pas l'ensemble des « chefs » identifiés dans l'enquête. Ils ne forment qu'un sous-groupe des enquêtés ayant répondu positivement à cette question : il s'agit en effet d'actifs en position hiérarchique disposant des ressources organisationnelles leur permettant de contrer – avec plus ou moins d'efficacité – d'éventuelles tentatives de résistance opposées par les actifs qui leur sont subordonnés. Le pouvoir prescriptif médical ou la responsabilité infirmière sur le travail des aides-soignants n'en font donc pas directement partie, dans la mesure où ces formes de pouvoir ne se doublent pas de ressources incitatives ou coercitives (elles feront l'objet d'un chapitre spécifique).

S'appliquant à une partie seulement des « chefs », l'encadrement a lui-même plusieurs visages. Plusieurs formes du travail d'encadrement peuvent en effet être identifiées en croisant la question centrale des responsabilités hiérarchiques avec d'autres variables du questionnaire (notamment les quatre questions lui faisant suite et décrivant certaines modalités du travail d'encadrement, les questions portant sur les contraintes qui pèsent sur le rythme de travail des salariés, etc.). Mais avant cela, plusieurs constats peuvent être dressés à partir de l'exploitation brute de la question sur l'exercice de responsabilités hiérarchiques.

Tableau 4
Taux de chefs selon les groupes professionnels⁴⁷

		Tous établissements confondus	Selon le statut de l'établissement						Pop. Active *
		pct	Public		Privé non lucratif		Privé lucratif		pct
			pct	o.r.	pct	o.r.	pct	o.r.	
Médecins	Médecins libéraux	69,7%	-	-	59,8%	7,3	70,0%	11,7	-
	Médecins salariés	50,4%	49,6%	5,5	56,2%	6,4	68,7%	10,9	59,4%
Cadres de direction		63,3%	60,9%	8,0	76,9%	16,6	61,9%	8,1	(cadres)
Professions intermédiaires	Cadres de santé	87,2%	87,4%	38,8	83,9%	25,9	89,0%	40,4	37,2%
	Infirmières	23,4%	23,7%	1,7	22,7%	1,5	22,0%	1,4	
	Autres prof interm	17,5%	15,5%	0,9	20,5%	1,3	34,6%	2,6	
Employés	Aides soignantes	3,4%	3,2%	0,1	4,9%	0,2	3,3%	0,2	14,0%
	Agents de service	3,0%	2,9%	0,1	2,6%	0,1	3,9%	0,2	
	Autres employés	4,9%	4,9%	0,2	4,4%	0,2	5,2%	0,3	
Ouvriers		16,4%	16,8%	1,0	13,0%	0,7	17,6%	1,1	6,8%
Ensemble		16,8%	17,2%		16,0%		15,5%		22,4%

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees et (*) Enquête Conditions de Travail 1998 – Insee-Dares (champ : Salariés des entreprises publiques et privées).

Lecture : Dans le secteur public, près d'un médecin salarié sur deux déclare avoir des responsabilités hiérarchiques. Pour ces derniers, le rapport de chance de se déclarer « chefs » (plutôt que de ne pas le déclarer) est 5,5 fois supérieur à celui des autres catégories d'actifs des établissements publics et privés.

⁴⁷ Les colonnes « o.r. » donnent les odds ratios correspondant au rapport des chances – pour une catégorie donnée d'actifs hospitaliers (en ligne) dans un secteur donné (en colonne) – de déclarer donner des ordres (plutôt que de ne pas le déclarer) sur les chances des autres actifs de déclarer donner des ordres (autres groupes professionnels et autres secteurs). Les odds ratios du tableau 9 de ce rapport sont calculés de la même manière. Seuls les odds ratios du tableau 6 sont issus d'un modèle logistique (et correspondent donc bien à des rapports de chance toutes choses égales par ailleurs).

C'est dans le secteur public que les « chefs » sont les plus nombreux, en proportion. Les actifs hospitaliers sont 17,2 % à déclarer donner des « ordres » ou exercer une « autorité » dans le public, contre 15,5 % dans le privé lucratif. Ces deux taux restent inférieurs à la moyenne nationale dans les entreprises du secteur privé (22,4 % d'après l'enquête *Conditions de Travail* de 1998 – cf. tableau 4). De plus, conformément à ce que l'intuition laisse supposer, ce sont bien les catégories d'actifs les plus qualifiées qui ont le plus de chance de déclarer assumer des responsabilités hiérarchiques : il existe bien une corrélation positive entre la propension à se déclarer « chef » et le niveau de qualification de l'emploi occupé. Ce lien apparaît légèrement plus marqué dans les établissements de santé que dans la population active en général (cf. taux de chefs à niveaux de qualification équivalents).

Pourtant la corrélation entre niveaux de qualification et propensions à déclarer donner des ordres n'est pas parfaite : ce sont en effet les cadres de santé qui enregistrent les taux de chefs les plus élevés aussi bien dans le public que dans le privé. Il s'agit là d'une catégorie de personnel occupant une position intermédiaire entre deux hiérarchies professionnelles – entre les médecins et les infirmiers – et dédiée aux tâches d'encadrement et d'organisation du travail des services hospitaliers. Massivement, les cadres de santé répondent donc positivement à la question sur les responsabilités hiérarchiques.

On peut noter que, dans le secteur privé lucratif, les médecins – qu'ils soient libéraux ou salariés – enregistrent des taux de chefs sensiblement supérieurs aux médecins du secteur public. Les médecins du privé – salariés et libéraux –, moins nombreux en proportion que les médecins du public, déclarent plus souvent assumer des responsabilités hiérarchiques. Le fait d'exercer avec un statut libéral conduit les médecins à s'impliquer encore un peu plus souvent dans des relations de pouvoir. Certainement parce que, ne s'agissant dans l'échantillon que de médecins libéraux exclusifs, ces derniers sont nombreux à assumer des responsabilités de direction, en plus de leur activité médicale.

Mais même s'ils ont une propension supérieure à se déclarer « chefs », les médecins constituent dans l'ensemble du personnel hiérarchique du privé une catégorie moins bien représentée que dans le public : sur cinquante « chefs » (i.e. actifs hospitaliers déclarant donner des ordres), on compte sept médecins dans le privé (libéraux et salariés : 14,2 %, cf. tableau 5), contre neuf dans le public (17,8 %).

Tableau 5
Structure de la population hiérarchique

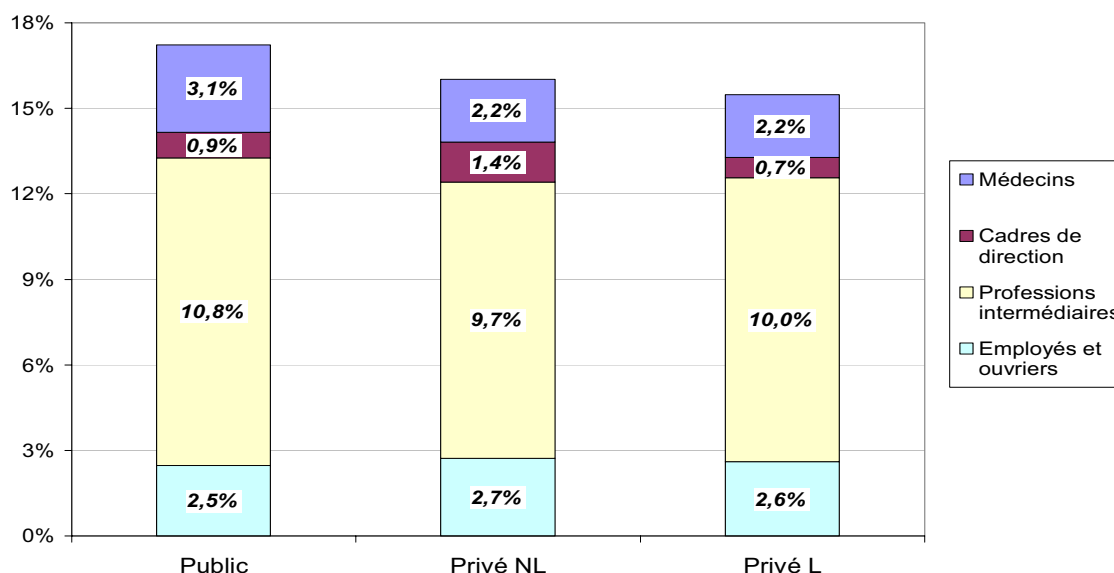
		Tous établissements confondus	Selon le statut de l'établissement		
			Public	Privé NL	Privé L
Médecins	Médecins libéraux	1,2%	-	0,6%	11,0%
	Médecins salariés	16,1%	17,8%	13,1%	3,2%
Cadres de direction		5,4%	5,2%	8,8%	4,5%
Professions intermédiaires	Cadres de santé	14,3%	16,1%	9,4%	7,8%
	Infirmiers	35,1%	34,5%	30,6%	39,0%
	Autres prof interm	13,7%	12,1%	20,6%	17,5%
Employés	Aides soignants	4,8%	4,6%	6,9%	5,8%
	Agents de service	2,4%	2,3%	2,5%	3,9%
	Autres employés	3,0%	2,9%	3,8%	4,5%
Ouvriers		4,2%	4,6%	3,8%	2,6%

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Lecture : 17,8 % des « chefs » des établissements publics de santé sont des médecins salariés.

Enfin, infirmières mises à part, les taux de chefs dans le public sont systématiquement inférieurs à ceux du privé lucratif (cf. tableau 4), malgré un taux moyen plus élevé dans le public que dans le privé. En effet, relativement au privé non lucratif, les salariés qualifiés du public déclarent moins souvent donner des ordres, mais comme ces derniers sont plus nombreux, c'est finalement dans le public que les « chefs » ont les qualifications les plus élevées (cf. tableau 5 et graphique 3).

Graphique 3
Structure de la population hiérarchique



Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Lecture : 17,2 % des actifs hospitaliers du public déclarent donner des ordres (cf. tableau 4). Parmi ces « chefs », on compte une part importante de médecins : 3,2 % contre 2,2 % dans le privé lucratif.

1.2. Des chances supérieures d'accéder aux responsabilités hiérarchiques dans le privé

La comparaison public/privé des taux de chefs moyens souffre donc d'un effet de structure : on compte en moyenne plus de chefs dans le public que dans le privé, mais ce phénomène n'est-il dû qu'à la surreprésentation dans ce secteur de catégories de personnel (principalement les médecins et les cadres de santé) assumant traditionnellement largement ce type de tâches ou cela reste-t-il vrai toutes choses égales par ailleurs ?

La mise en œuvre d'un modèle logistique, permettant de rendre compte de la probabilité *toutes choses égales par ailleurs* des enquêtés de se déclarer « chefs » en fonction de leur sexe, de leur profession et de leur ancienneté dans cette profession nous incite à retenir la première hypothèse de cette alternative. Une fois les différences public/privé dans la structure des qualifications prises en compte, c'est dans le privé lucratif que les chances de déclarer donner des ordres ou détenir une autorité sur d'autres actifs sont supérieures (au seuil de significativité de 2 %, cf. tableau 6).

De plus, ce sont les cadres de santé qui déclarent le plus souvent assumer des responsabilités hiérarchiques : toutes choses égales par ailleurs, le rapport de chances de se déclarer « chefs » est pour ces derniers presque quatre fois supérieur à celui des médecins. Dans les établissements de santé, les responsabilités hiérarchiques semblent donc concerner au premier chef les cadres de santé (ex-« cadres infirmiers »). Les médecins, salariés et libéraux, et les cadres de direction estiment moins systématiquement assumer ces tâches. Les aides-soignants, agents de service et ouvriers qui déclarent donner des ordres sont quant à eux très rares et correspondent vraisemblablement à des confi-

gurations organisationnelles très particulières (supervision d'équipes de sous-traitants, formation des intérimaires...).

Tableau 6
Chances de déclarer encadrer, *toutes choses égales par ailleurs*

	Odds Ratio	p-value
<i>Genre</i>		
Femmes	0,77	1 %
Ref : Hommes		
<i>Profession</i>		
Médecins libéraux	5,56	< 0,1 %
Médecins salariés	4,21	< 0,1 %
Cadres de direction	6,06	< 0,1 %
Cadres de santé	23,38	< 0,1 %
Ref : Infirmières		
Autres prof interm	0,81	9 %
Aides soignantes	0,13	< 0,1 %
Agents de service	0,11	< 0,1 %
Autres employés	0,18	< 0,1 %
Ouvriers	0,55	1 %
<i>Ancienneté dans la profession</i>		
Moins d'un an	1,06	85 %
Entre 1 et 3 ans	0,76	16 %
Entre 3 et 5 ans	0,69	4 %
Entre 5 et 10 ans	0,81	10 %
Ref : Entre 10 et 20 ans		
Entre 20 et 30 ans	1,07	56 %
30 ans et plus	1,02	92 %
<i>Statut de l'établissement</i>		
Ref : Public		
Privé non lucratif	1,06	55 %
Privé lucratif	1,30	2 %

Méthodologie : Modèle logistique sur l'ensemble du champ de l'enquête.

Lecture : Pour les cadres de direction, toutes choses égales par ailleurs (*i.e.* à sexe, ancienneté et secteur équivalents), le rapport de chances de déclarer donner des ordres plutôt que de ne pas en donner est six fois supérieur (6,06) à celui des infirmiers. On a fait figurer en gras les *odds-ratios* significatifs au seuil de 5 %.

Il est de plus à noter que la position des enquêtés dans la hiérarchie des professions se révèle être, dans la mise en œuvre de ce modèle *toutes choses égales par ailleurs*, la dimension qui explique le mieux les chances d'accéder à des responsabilités hiérarchiques. Le sexe des individus est aussi un critère discriminant : toutes choses égales par ailleurs, les femmes déclarent moins souvent être « chefs » que les hommes. L'ancienneté dans la profession semble quant à elle peu jouer.

Les premières exploitations du questionnaire montrent ainsi que le secteur privé lucratif dispose de moins de « chefs » que le public, mais que les catégories relativement moins qualifiées accèdent plus facilement aux responsabilités hiérarchiques dans ce secteur. Ainsi, lorsque l'on prend soin de contrôler les effets notamment dus aux variations public/privé en termes de structure des qualifications du personnel, d'ancienneté et de genre (cf. tableau 6), il apparaît que toutes choses égales par ailleurs il est plus facile de s'estimer « chef » dans le privé que dans le public. Autrement dit,

l'accès à certains diplômes, titres ou grades y est moins nécessaire. À l'inverse, cela peut signifier qu'un plus grand nombre de salariés se voit dans le privé confier des responsabilités hiérarchiques, sans pour autant bénéficier des gratifications attendues, en termes de statut ou de rémunération (la propension – élevée – des « autres professions intermédiaires » à déclarer donner des ordres en serait un indice, cf. tableau 4).

On peut ainsi supposer que les établissements publics de santé gèrent leur personnel en accordant une plus grande importance à la dimension statutaire des qualifications (grades et titres de la fonction publique). Une telle gestion ne permet pas la même souplesse d'attribution des responsabilités hiérarchiques, puisque l'accès à celles-ci apparaît plus étroitement réglementé. À l'inverse, l'actuelle politique générale de baisse des coûts et la pénurie en personnel qualifié (aussi bien médical que soignant), chronique dans ce secteur, incitent la plupart des établissements – publics et privés – à utiliser plus extensivement le personnel paramédical et technique, ainsi qu'à déqualifier certaines tâches afin de faciliter leur transfert. Des freins existent cependant dans ce mouvement de transfert des tâches puisque, dans le privé comme dans le public, il s'agit pour les médicaux et paramédicaux de professions réglementées et qu'un transfert excessif de tâches peut engager la responsabilité pénale des personnes incriminées.

Les transformations que connaît actuellement l'activité hospitalière, ainsi que les résistances opposées à ces transformations ouvrent les espaces à l'intérieur desquels les acteurs participent à la définition du travail et de son organisation dans les établissements de santé. La population des « chefs », telle que nous l'avons définie ici à partir des réponses à une question, apparaît ainsi elle-même très hétérogène et dessine les points de tension se formant entre différentes formes de pouvoir concurrentes. Elle compte en effet aussi bien des médecins, que des infirmiers ou des aides-soignants et des agents de service. La réalité des tâches effectuées dans le cadre de ces fonctions hiérarchiques peut notamment varier très sensiblement selon ces catégories de personnel. L'examen des relations de pouvoir à partir d'un matériau ethnographique permet d'examiner plus finement la forme la plus courante des relations d'encadrement s'exprimant dans les établissements de santé : la surveillance.

2. LA SURVEILLANCE DANS LES SERVICES

L'enquête de terrain, dans la mesure où elle avait pour unité d'analyse les services hospitaliers, a permis de collecter des données qui se rapportent principalement à la relation de *surveillance*, une relation d'encadrement de proximité, quotidienne et portant sur des personnes concrètes et identifiées. La *gouvernance*, qui consiste plutôt dans la définition des règles encadrant le travail, est moins présente physiquement dans les services. L'activité qui y préside se déroule plutôt dans les bureaux de l'administration, des cadres supérieurs et de direction, auquel l'enquêteur n'a pas eu accès.

Après avoir tenté de définir et illustrer la surveillance à partir de l'exemple d'une cadre responsable du brancardage, on cherchera à rendre compte d'une relation plus courante : celle des cadres de santé avec les soignants. En montrant leurs différentes tâches, éventuellement facteurs de dispersion, en décrivant leurs différentes fonctions auprès du personnel, éventuellement génératrices de conflit, en dessinant les tendances à l'œuvre qui redessinent leur métier, éventuellement contradictoires, on pourra comprendre le malaise exprimé par nombre de cadres de santé.

En prenant la relation d'encadrement dans l'autre sens, du point de vue de « l'encadré », on peut parler de subordination. On s'interrogera alors sur la subordination des médecins, ou peut-être sur leur insubordination, en tout cas sur les modalités de leur encadrement.

On suggérera ensuite deux pistes d'analyse pour articuler l'encadrement et les rapports sociaux de sexe : d'une part en s'interrogeant sur la surreprésentation masculine parmi les cadres de santé (si on les compare aux infirmières) ; d'autre part en s'intéressant au cas des secrétaires médicales, dont

les « patrons » sont souvent des hommes et pour qui, par conséquent, la subordination professionnelle prolonge la domination masculine (et d'une manière différente des infirmières car il s'agit d'une relation personnalisée).

2.1. Définition et illustration de la surveillance

Le travail salarié consiste dans la mise à disposition temporaire de force de travail⁴⁸. Pendant ses horaires, le salarié est subordonné aux exigences de son employeur ; il doit se plier à ses volontés – dans les limites du contrat et/ou de la fiche de poste. La surveillance consiste à contrôler la mise à disposition de force de travail, et à sanctionner le cas échéant les manquements observés. En effet, on ne peut préétablir que le salarié fournira telle mesure de force de travail, comme on fournit telle quantité de marchandises. Rien n'étant fixé à l'avance sinon le principe que le salarié met à disposition sa force de travail, les efforts qu'il déploiera résultent d'un compromis entre ce qu'il est prêt à donner et ce que l'employeur réclame.

Dans le cadre de la relation de surveillance, l'employeur ou son délégataire (contremaître, chef d'équipe, surveillant, superviseur...) se concentre sur les modalités de la mise à disposition de force de travail : le planning et les horaires, le lieu de travail, le rythme de l'activité, l'implication et la coopération avec les autres fournisseurs de force de travail, etc. Il a vocation à intervenir sur l'ensemble du comportement du salarié en tant qu'il est salarié, c'est-à-dire pendant ses heures de travail. Il organise le travail en ce qu'il agence les rôles et les personnalités, et en ce qu'il tend à fondre dans une discipline abstraite et uniforme des personnes concrètes et différenciées. Par exemple, le cadre infirmier s'occupe du planning, pointe au quotidien les absences du personnel et en vérifie les justifications⁴⁹, impose à tel ou tel de changer d'étage car il y manque du personnel, aménage les équipes en mettant ensemble ceux qui s'entendent bien ou au contraire le « feignant » et le « bosseur », etc.

Dans cette relation, les points de tension sont ceux, classiques, du rapport salarial : lutte sur les horaires et les plannings, pour et contre la « flânerie », contestation du contrôle « tatillon » des « gardes-chiourmes », etc. La question de l'instauration et du respect d'une certaine organisation du travail est compliquée par le fait que l'activité se déroule 24h/24. Autrement dit, aucun encadrant ne peut la suivre de bout en bout, et il doit partager son activité de surveillance avec d'autres cadres mais aussi avec des subordonnés, afin d'arranger la répartition et l'exécution du travail entre les différentes équipes qui se succèdent. Puisque ce commandement s'exerce sur un territoire et des personnes en particulier, les questions de frontière sont importantes.

⁴⁸ Du point de vue du droit, il est abusif d'assimiler le travail des fonctionnaires au travail salarié. La subordination des fonctionnaires pose peu de problème juridique car elle découle de la subordination de l'intérêt privé à l'intérêt général, tandis que dans le travail salarié deux égaux se mettent d'accord pour que l'un se soumette à l'autre. Cela change la manière de considérer certaines pratiques de l'employeur comme du travailleur : l'absence d'un salarié du privé est une « faute » contractuelle, celle d'un fonctionnaire un « abandon de poste » ; là où l'employeur du privé demandera à son salarié de faire des heures supplémentaires, le cadre du public aura la possibilité de réquisitionner le fonctionnaire ; etc. Mais d'un point de vue « existentiel » si l'on peut dire, dans le quotidien, l'élément fondamental reste la subordination et le conflit autour de ses limites. Ainsi que l'écrit Michel Foucault (1975 : 259), « l'acceptation d'une discipline peut bien être souscrite par voie de contrat ; la manière dont elle est imposée, les mécanismes qu'elle fait jouer, la subordination non réversible des uns par rapport aux autres, le 'plus de pouvoir' qui est toujours fixé du même côté, l'inégalité de position des différents 'partenaires' par rapport au règlement commun opposent le lien disciplinaire et le lien contractuel, et permet de fausser systématiquement celui-ci à partir du moment où il a pour contenu un mécanisme de discipline. »

⁴⁹ Les cadres sont eux-mêmes des salariés à surveiller, si bien que la hiérarchie peut utiliser les dispositifs de surveillance des exécutants dans le but également de surveiller les cadres. C'est du moins ce que suggère, dans une réunion de service, la directrice des soins d'Hpri lorsqu'elle justifie que le surveillant de nuit aille vérifier les présences dans les services en faisant émarger les personnels (mesure de contrôle des soignants ou du surveillant ?) : « Pour des raisons historiques, le surveillant de nuit ne passait pas dans certains services. Donc on n'avait pas de retour. Je souhaite qu'il passe dans tous les services au moins une fois dans la nuit. Et qu'il nous montre bien qu'il a rencontré tous les personnels. L'objectif c'était ça. C'est pas pensable que vous [les soignants] n'ayez pas d'infos par le surveillant de nuit sur les plannings, par exemple. C'est aussi un relais. Mais c'est une culture qu'il n'y avait pas auparavant. Cette feuille, tout le monde a pris ça pour du flicage. Mais c'est aussi pour prouver aux médecins qui attaquent que le surveillant de nuit sert à quelque chose. »

À Hpri, une aide-soignante est par exemple dédiée à la réalisation des ECG, sur deux étages (médecine cardiologique et chirurgie cardiaque) : *« Je n'ai pas de chef. Si j'ai un problème j'appelle [la coordinatrice des soins]. Je prends ma pause quand je veux, je n'ai pas de chef dans le service. Les responsables de service peuvent me faire des remarques si mon appareil pose un problème. Mais c'est pas eux qui décident de mes horaires ou de mes pauses. »* L'une des deux responsables de service en question le voit comme un problème : *« L'aide-soignante qui fait l'électrocardiogramme et qui est CDD, on ne sait pas trop quoi penser pour elle. On la partage avec le 5^e étage, on ne sait pas trop qui lui commande. »*

Autre exemple, celui des brancardiers, qui n'ont pas de territoire en particulier, et dont on se demande, à Hpri comme à Hpu, comment les encadrer⁵⁰. Inversement, les brancardiers peuvent avoir l'impression qu'ils sont soumis à tous du fait qu'ils fréquentent plusieurs territoires de l'hôpital. Dans les deux établissements, des cadres ont été dédiés au brancardage, dans l'idée de centraliser l'encadrement : ceci afin qu'une seule personne soit chargée de l'évaluation et du contrôle des brancardiers, alors qu'ils étaient auparavant exposés aux volontés de plusieurs catégories de personnel, qui plus est hiérarchiquement supérieures⁵¹.

Pour éviter que les brancardiers soient soumis à tous ou bien à personne (selon les interprétations), des cadres ont donc été mis en poste pour s'occuper spécifiquement d'eux. Cette centralisation de la surveillance permettra d'illustrer la définition que nous avons donnée de cette relation. Nous nous référerons ici à l'entretien conduit avec la responsable du brancardage à Hpu. Cet entretien est particulièrement intéressant, car la responsable décrit dans un même mouvement les dispositifs de contrôle qu'elle met en place, les résistances qu'elle rencontre (parlant même de *« guerre de tranchées »*), et les réponses qu'elle donne aux résistances. Elle explique également que la relation ne se résume pas à un face à face entre elle et les brancardiers, mais inclut la direction (ou plutôt les directions médico-technique, des soins et surtout des ressources humaines) dont elle attend (et parfois sollicite avec insistance) un soutien.

Cette cadre insiste tout d'abord sur le fait qu'elle doit *« rappeler la loi »*, incarner l'autorité (c'est-à-dire la faculté de fonder l'action d'autres personnes [Supiot, 2005 : 236-237]), et garantir les règles.

« J'ai appris, je crois, ici, toutes les techniques de contournement possibles et inimaginables. (...) Ils multiplient les astuces pour améliorer le quotidien. Ce qui est de bonne guerre, on va dire, mais au bout d'un moment il y a aussi une réglementation, il y a aussi la règle qui consiste à être payé en retour d'un travail, et non pas "je suis protégé par le système, donc même si je fais rien, je risque rien". Globalement, c'est comme ça qu'ils voient les choses, et qu'ils vous le disent. Donc moi quand je suis arrivée ici, la mission c'était de réorganiser, de remettre de l'autorité dans ce service. (...) Donc on en est où ? On en est à avoir remis en grande partie les gens au travail, à avoir tenté de... On a rappelé la règle et la loi. La DRH y a contribué en termes de sanctions, et plus maintenant depuis peu, puisque le nouveau directeur a entre autres projets de réformer vraiment le brancardage, à fond. »

⁵⁰ Responsable du brancardage à Hpu : *« Et donc après c'est de savoir comment on s'y prend : est-ce qu'on met une équipe centralisée de brancardage qui assure tout le transport de l'hôpital, jour et nuit, 24h/24, ou est-ce qu'on constitue deux équipes, une au brancardage central, et une à la radio, complètement autonomes, indépendantes les unes des autres, avec éventuellement une passerelle pour les remplacements de congés annuels, ou l'organisation des nuits, où il y a besoin de moins de monde. Ou bien est-ce qu'on organise le brancardage par pôles ? Est-ce qu'on affecte à chaque pôle un nombre de brancardiers qui assureraient les courses par pôles, pourquoi pas. »*

⁵¹ Le nouveau responsable du brancardage à Hpri commentait : *« Quand je suis arrivé, on m'a fait un topo des brancardiers. En l'écoutant, tu avais l'impression que tu avais à faire à une population Cotorep à 100%. Et en fait tu t'aperçois qu'ils sont livrés à eux-mêmes, surtout pour ceux qui travaillent à 150%. Ils ont appris à se débrouiller tout seuls. Et ils sont intelligents, c'est pour ça qu'on ne les entend pas : K. a compris qu'entre une plainte de brancardier et un souhait de médecin, la balance est déséquilibrée. C'est pour ça qu'il n'y a pas de plainte officielle. Mais ça s'accumule, et des fois ça sort, vous le voyez bien ici. »*

Dans l'entretien elle endosse, sans enthousiasme mais avec détermination, le rôle de « mère fouet-tarde », chargée de « sévir », et d'entraîner sa propre hiérarchie dans cet exercice de l'autorité.

« Voilà, en termes de management, c'est pas toujours facile. C'est-à-dire qu'il y a moi et personne d'autre. (...) L'ordre, la discipline, c'est pas forcément des bonnes nouvelles, c'est aussi la partie désagréable, c'est de sévir, c'est d'engueuler, c'est de ne pas accepter un repos, c'est pour des raisons de service, parce que tout ça. Là il y a pas d'intermédiaire. Je suis pas sûre que ce soit la meilleure solution en termes de management qu'il y ait une autorité et puis l'équipe complète constituée de garçons uniquement, sauf deux filles. (...) En général j'arrive quand même à obtenir qu'ils fassent ce qu'il faut. En revanche quand vraiment ça dépasse... D'abord c'est des problèmes d'autorité... Enfin pas des problèmes d'autorité, mais des problèmes de respect de la loi, et que moi là, je veux dire, s'ils arrivent tous les jours à deux heures ou s'ils disparaissent toute la journée, qu'ils sont en abandon de poste, je peux le signaler. Mais si derrière la direction fait rien... Quand même la direction, la DRH est là, et la DSSI aussi en cas de grosse difficulté. Mais c'est vrai que je mets le paquet en même temps. Je les harcèle par mail, par courrier, je vais les voir, je leur téléphone, pour qu'ils s'occupent des problèmes. (...) Si je cède sur le fait qu'un agent arrive en retard tout le temps, d'abord je suis discréditée aux yeux des autres, qui prétendent que je fais rien et que je laisse faire. Et je renforce l'idée que "finallement pourquoi j'arriverais à l'heure, puisque de toute façon elle me dit rien et elle peut rien faire". »

Pour incarner efficacement l'autorité, il faut, poursuit-elle, qu'elle en ait les moyens en termes de sanction. C'est là où, historiquement, elle s'est sentie la plus démunie. Mais elle considère avoir désormais le soutien de la direction. Le plus délicat n'est pas tant d'obtenir la sanction que de pouvoir la rendre publique, sans quoi elle serait inutile. Dans l'exercice de la surveillance, l'exemplarité de la sanction est au moins aussi importante que la sanction elle-même.

« Parce qu'on savait très bien qu'ici, c'était quand même, les gens faisaient ce qu'ils voulaient globalement. À un moment donné il a fallu remettre les gens au boulot, leur rappeler la règle. Comme c'était pas si simple, à un moment donné la direction s'est penchée sur la question et donc on a obtenu quand même, j'ai obtenu que des gens soient sanctionnés. (...) Ce qui se passait, c'est que les agents étaient sanctionnés, mais les cadres sup le savaient jamais. Alors les agents recevaient un courrier comme quoi ils avaient eu une sanction, mais on le disait pas au cadre sup. Sous prétexte que le cadre sup pouvait éventuellement le répéter à tout le monde. Ce que j'ai dit un jour [au DRH], j'ai dit : "Attendez. Moi vous pensez bien que si je sais qu'un agent a été sanctionné, vous pensez bien que je vais le dire. Parce que quand même je veux pas passer pour le gogol de service. Passer pour l'incompétente et la bonne à rien, la fille qui est pas fichue de sévir, qui de toute façon ne dit rien et laisse faire, sous prétexte que les agents bien entendu qui sont sanctionnés, ne vont pas aller s'en vanter auprès de leurs petits copains". Alors en fait les gens sanctionnés ne le disaient pas. Et la direction, par respect de la dignité ou de je ne sais quelle qualité ou le respect de je sais pas quoi pour les agents, ne le répétait pas aux cadres. Parce que les cadres pouvaient le dire. Bah oui, en effet. Moi maintenant, quand je le fais, je le dis. Je dis : "Il a été sanctionné", je dis pas quelle sanction. (...) — [Q :] Et les types de sanctions que vous avez obtenues, c'est quoi ? — Des avertissements. Un avertissement, puis deux avertissements, puis un blâme. Et puis j'ai obtenu des changements de service. Sans avertissement, mais changement de service. Ce qui me suffit, moi. »

Néanmoins, elle estime que les moyens de sanction dont elle dispose demeurent insuffisants. En particulier, si elle peut recourir à quelques sanctions négatives, elle estime ne pas pouvoir sanctionner positivement ceux qui lui donnent satisfaction.

« On n'a aucun moyen de gratifier les bons, pas plus qu'on a les moyens de sanctionner les mauvais, je veux dire, à notre niveau. On n'a pas ce moyen-là. On n'a aucun moyen financier, on n'a aucun levier. Donc moi la seule chose que je puisse faire, c'est que les gens qui travaillent bien, c'est que je leur donne des heures. J'en ai qui doublent, des fois, cet après-midi, là il y en a un qui a commencé à 7h, il va finir à 21h, parce qu'il veut bien. Donc je lui rends, mais ça c'est pareil, c'est moi qui fais ça mais en même temps, je veux dire, non seulement il y a pas de loi qui m'y autorise, mais il y a même plutôt le code du travail qui me l'interdit. (...) Quand les gens doublent leur journée, je leur double leurs jours de repos, ça me semble pas être un mauvais deal. (...) Mais c'est sûr que j'augmenterai pas leur salaire, j'en ai pas le pouvoir. (...) En même temps on n'arrive pas à gratifier les bons à la hauteur des manquements des mauvais. »

Cette cadre veut donc pouvoir « rappeler la loi » et sanctionner ses transgressions. Mais sur quoi précisément ? Il s'agit des points de tension élémentaires du rapport salarial : présence et rythme du salarié.

« Les effectifs, j'ai 32 brancardiers. (...) Mais je tourne en moyenne avec 4 arrêts par jour. (...) Je régularise pas. Je mets pas les RTT quand un agent vient pas. Je mets pas un RTT, moi. Pour moi il est pas payé, c'est aussi simple que ça. Avant, c'était : "Oh bah je viens pas", et après on régularisait, enfin mes prédécesseurs régularisaient. Moi je régularise rien. »

Outre l'absence pure et simple, cette cadre fait la chasse aux retards, ainsi qu'elle l'indiquait plus haut. Une fois que ses subordonnés sont présents, c'est sur le rythme de travail que portent ses exigences.

« Étant donné les statistiques, j'ai encore moins de remords à les faire travailler. Parce que la moyenne des courses par brancardier, globalement, sur l'ensemble du métier de brancardage, sur l'ensemble de la population des brancardiers sur l'AP et les services alentour, elle doit être de 20 transports par jour. Chez nous elle est de 13. Donc ils sont pas plus à plaindre que ça. (...) Je veux dire, c'est la guerre de tranchées, on gagne un mètre, on en reperd un demi, on regagne un mètre... C'est-à-dire que moi je leur dis : "Vous arrivez à l'heure" [dans le service qui a commandé un brancardier]. Donc effectivement ils arrivent à l'heure. Résultat des courses : à leur arrivée dans le service, le malade n'est pas prêt, ils attendent. Ils attendent, ils attendent, en traînant. Pendant ce temps-là, il y a pas de course qui est faite. Résultat des courses : les courses qui auraient pu être faites après sont en retard. Et le retard s'accumule, s'accumule, etc. Je leur ai dit : "Non. Le malade n'est pas prêt, vous redescendez et vous retournerez le chercher." Alors après, ils redescendent, mais le malade n'est pas prêt, "on ne retourne pas le chercher. On a autre chose à faire." Donc ça oblige à dire : "Vous redescendez sans le malade, ou alors éventuellement vous en prenez un autre. S'il y a un autre malade qui est prêt, même dans un autre secteur. Vous êtes pas obligé de redescendre, on va dire. Autrement, vous redescendez faire une autre course et vous remonterez chercher le malade". Donc petit à petit, voilà. »

Dans la « guerre de tranchées », il y a des armes. Mais ce sont souvent des armes à double tranchant. Ainsi en est-il des « bip » par lesquels on peut joindre, théoriquement à tout moment, les brancardiers, afin de vérifier où ils sont et de leur confier une tâche. On s'aperçoit alors que les dispositifs « techniques » ne répondent pas qu'à une question d'organisation (comment joindre au mieux les personnels et éviter le gaspillage d'énergie ?) mais aussi à une question de pouvoir (comment assurer la surveillance sur ces mêmes personnels ?).

« Il y a des bonnes cachettes à l'hôpital. Il y a des planques, des cachettes, il y a les appartements des copains au-dessus de la direction des soins, donc sur le site de l'hôpital. Les bips portent facilement jusque-là, donc en cas d'urgence, en cas de danger... — [Q :] Ils ont tous un bip ? — Ils ont presque tous un bip, mais je les supprime. Je veux

que les bip soient affectés non pas à des agents mais à des secteurs. Parce qu'après... le problème des bip, c'est qu'ils ont chacun un bip, ce qui est très pratique pour les avertir. Mais on les avertit de tout, aussi. Y compris que la surveillante générale les cherche dans tout l'hôpital et que la surveillante générale se rapproche dangereusement de la cafétéria. Il y a toujours un petit copain malin pour les avertir. (...) En même temps, les bips, ils sonnent, curieusement, pas tout le temps. Donc il y a des fois les bip ne sonnent pas, curieusement, mais ils sonnent toujours dans mon bureau. Et puis les bips, ils sont oubliés dans les poches quand les gens partent en vacances. Les bips sont désossés, c'est-à-dire qu'ils tombent en panne parce qu'on a retiré le mécanisme à l'intérieur. (...) C'est une mesure de rétorsion, ça, quand je suis pas contente après eux, ils cassent leur bip, ils cassent leur jouet. »

Derrière cette dernière formulation, on entrevoit que la relation de surveillance peut verser dans l'infantilisation. Les stratagèmes répondent aux stratagèmes, dans une relation qui n'a cependant rien de symétrique car, ordinairement, ce sont les subordonnés qui sont pris « en faute » et non le cadre. Est-ce là le pendant obligé de toute relation de subordination ? On peut penser que non. Un chef de service parlant des médecins qui lui sont subordonnés ne parlerait pas d'eux ainsi, il ne chercherait pas à les « coincer » sur leurs retards, ne se plaindrait pas de leur rythme de travail. C'est que, comme on le verra plus bas, les médecins sont moins subordonnés que d'autres catégories de professionnels : plus libres dans leurs horaires, dans l'agencement de leur travail, disposant également de davantage de pouvoir à l'intérieur de l'hôpital.

Mais c'est aussi, peut-on supposer, que leur travail leur procure plus de satisfaction que ce que connaissent les brancardiers. On peut ici se référer à la typologie des formes d'intégration professionnelle que propose Serge Paugam (2000). Combinant deux critères : satisfaction au travail et stabilité de l'emploi, il identifie une intégration assurée (satisfaction au travail et stabilité de l'emploi), une intégration incertaine (satisfaction au travail et instabilité de l'emploi), une intégration laborieuse (insatisfaction au travail et stabilité de l'emploi) et une intégration disqualifiante (insatisfaction au travail et instabilité de l'emploi). Dans le cadre d'Hpu, où les médecins comme les brancardiers sont majoritairement fonctionnaires, on pourrait rattacher les premiers à l'intégration assurée, tandis que les seconds seraient plus proches de l'intégration laborieuse. L'aspect « laborieux » du travail de brancardage, soumis plus que d'autres aux consignes, routinier, décrié et dévalorisé, peut expliquer que ceux qui l'exercent se montrent à l'occasion récalcitrants, dépourvus de « bonne volonté ». On notera ainsi que l'ensemble des catégories basses de l'hôpital (agents de service et aides-soignantes en particulier) connaissent des taux d'absentéisme supérieurs aux autres catégories⁵².

2.2. Le cadre infirmier et les soignants

Le rapport des cadres infirmiers (couramment appelés « surveillants ») aux soignants qui leur sont subordonnés se rapproche, par bien des côtés, de celui entre la responsable citée et les brancardiers. Néanmoins, si les cadres ont pour fonction de surveiller, ils ont aussi celle, plus largement, d'organiser les services, et d'être référents en matière de soin. Mais on va voir que ces trois fonctions subissent des altérations.

Le planning : organisation et vérification des présences

Une grande partie du rapport soignants / cadres est caractérisée par la subordination (du point de vue des soignants) et la surveillance (du point de vue des cadres). Si elle découle de la relation sala-

⁵² Ce résultat émerge de tous les témoignages recueillis à Hpu et Hpri. Le bilan social d'Hpri révèle qu'en 2004 les employés représentaient 57,1 % de l'effectif (ce qui comprend les ASH et les aides-soignantes – il n'y a pas d'ouvriers) mais 76,9 % des heures d'absence pour maladie.

riale, la subordination des soignants (leur soumission à des horaires et à des rythmes) prend un aspect spécifique dans la santé, que traduit la notion de « *continuité des soins* ». L'expression signifie que le patient doit être veillé à tout moment, qu'il ne doit pas y avoir de « trou » dans l'attention dont il bénéficie, que les personnels doivent être toujours mobilisables en cas de problème⁵³. La « production » de l'hôpital ne peut être arrêtée ou ralentie du jour au lendemain du fait de l'absence de professionnels : les malades sont toujours là et réclament les mêmes soins⁵⁴. Il n'est pas question de productivité ralentie mais de patients menacés si les effectifs passent soudainement sous le niveau fixé par les normes officielles (ratio soignants / malades).

Aussi l'une des tâches principales des cadres infirmiers, et celle qui est souvent présentée comme la plus consommatrice de temps, est l'organisation et la vérification des présences. Le cadre établit le planning, ce qui implique bien plus que remplir des cases : évaluer les priorités (éviter les longues semaines de travail, mélanger ou au contraire maintenir les équipes, etc.), jongler avec les souhaits des uns et des autres pour placer les repos (certains cadres se plaignant que « *le personnel est de plus en plus exigeant sur le planning* »), doser l'obligation et le volontariat pour impliquer les personnels. À Hpu comme à Hpri, ce sont les cadres infirmiers qui s'en chargent, en fonction de leurs zones de responsabilité. À Hpri cependant, cette gestion des plannings, auparavant assurée par la surveillante générale de l'établissement, venait d'être récemment décentralisée.

Une discussion entre deux cadres d'Hpu renseignait sur les marges de manœuvre des cadres, vis-à-vis de leurs subordonnés, dans l'organisation du planning. Les deux cadres discutaient de la possibilité de changer les jours de présence des agents en cas de besoin. Le premier se montrait plus strict que la seconde, trouvant parfaitement normal d'obliger quelqu'un à venir, même un jour qu'il ne désire pas, « *pour nécessité de service* ». « *Combien de fois on l'a fait [en tant qu'infirmier] de ne pas partir en week-end au dernier moment, parce qu'il fallait venir ?* » La seconde cadre acquiesçait à cet argument, mais disait préférer la négociation et le volontariat, au moins les premières fois, et recourir éventuellement à l'obligation après plusieurs refus de l'agent. Négocier permet, argumentait-elle, d'obtenir d'autres choses plus tard. Le premier cadre répondit : « *De toute façon, après ils se débrouillent entre eux* » (pour intervertir leurs jours de travail). Promoteur d'une certaine rigidité hiérarchique, ce cadre escomptait pourtant qu'une régulation souple et autonome des agents allégerait les pesanteurs de l'encadrement. Tous les cadres ne partagent pas cette conception, semble-t-il ; on racontait ainsi qu'une surveillante d'Hpu avait réprimandé deux aides-soignantes qui avaient échangé leurs journées de présence en leur disant : « *Vous êtes là pour lire les planning, pas pour vous arranger* ». Diverses postures sont donc envisageables.

On peut penser que la plus ou moins grande souplesse dépend d'un rapport de forces dans le service, lui-même déterminé par la situation de l'emploi dans les métiers concernés – il est dangereux de se fâcher avec les infirmières, trop peu nombreuses pour risquer de les voir partir. Cela dépend également du statut de l'emploi, et on remarque ici une différence entre hôpital public et hôpital privé, de même que, dans l'hôpital privé, on peut distinguer salariés en CDI et salariés vacataires réguliers.

Une aide-soignante d'Hpri explique quelle était sa disponibilité lorsqu'elle était vacataire, et le changement intervenu lorsqu'elle a été recrutée en CDI : « *[La surveillante générale] m'a trop fait la misère. Pendant des années, j'étais vacataire, j'étais à son service. Elle m'appelait souvent le matin pour travailler le jour même. Et quand j'ai été*

⁵³ Ce qui n'est pas sans créer de contentieux à propos des moments de pause, par exemple pour manger : faut-il les décompter du temps de travail puisque les soignants ne travaillent pas pendant ce temps, ou les inclure dans la mesure où les soignants continuent de pouvoir être sollicités ? À Hpri, plus d'une cinquantaine de soignants de nuit étaient en procès aux Prud'hommes contre leur direction, contestant qu'on leur retranche une heure dans leur service au titre de la pause déjeuner : « *Parce que depuis longtemps nous travaillons 12h et que nous sommes payés 11h. La direction considère qu'on a 1h de pause pour le repas, mais notre responsabilité est engagée pendant 12h, la nuit on ne sort pas du service* » (infirmière de nuit).

⁵⁴ En revanche, comme on l'a vu en introduction et comme cela a été le cas pour les USIC d'Hpu et d'Hpri, la pénurie durable d'effectifs peut amener à fermer des lits.

en CDI, et quand j'ai eu mon deuxième enfant, elle me faisait des réflexions du style : "Quand c'est pas vous qui êtes malade, c'est votre fils, vous êtes jamais là". »

Hpri dispose donc des outils de discipline de toute entreprise privée, à travers notamment la précarité des contrats de travail. Mais, pour les personnels en CDI, si l'on en croit la directrice des soins, le pouvoir qu'a la direction sur eux est moindre que dans le public :

« J'ai eu une grosse surprise quand je suis arrivé dans le privé : je pensais qu'on était plus libre dans la gestion des contrats avec le personnel que dans le public. En fait c'est l'inverse. C'est l'inverse, en fait. Vous êtes DRH dans le public, c'est plus facile de faire revenir une personne pour un remplacement s'il vous manque quelqu'un. Vous dites : "Si vous ne venez pas, c'est abandon de poste." Dans le privé, vous ne pouvez pas : la personne a un contrat, elle a des horaires, donc c'est les prud'hommes. Le droit privé protège plus le salarié que le droit public. »

Une fois que les cadres ont établi les plannings, il faut encore qu'ils vérifient qu'ils sont bien appliqués. C'est leur tâche quotidienne, généralement la première de la journée.

« Quand j'arrive à 8h, je contrôle systématiquement les présences du personnel et je mets à jour le planning. Ça je le fais au quotidien, ça me prend cinq minutes tous les matins. » (Cadre Hpu)

« Tout d'abord les plannings que j'ai établis, moi, et je les relève chaque jour. Je vois qui est là, qui n'est pas là, qui a pris des jours, etc. » (Cadre Hpri)

Il faut vérifier la présence des personnels, et leur présence pleine et entière, c'est-à-dire leur ponctualité. C'est là aussi le rôle des surveillants, comme en témoigne cette note de service d'Hpu signée de la cadre supérieur infirmier :

« Rappel des horaires de travail.

Il a été observé par l'encadrement que les horaires de travail étaient de moins en moins respectés par les différentes équipes et que ces retards étaient préjudiciables pour la prise en charge des soins.

Aucune rupture dans la continuité des soins n'est tolérée.

Les retards constatés par les cadres seront sanctionnés et déduits des RTT. »

À Hpu, les heures d'arrivée des personnels sont attestées par un pointage – ce qui ne se fait pas à Hpri, ni d'ailleurs dans tous les services d'Hpu. Il semble que la menace contenue dans la note ait été mise à exécution, comme le raconte cette infirmière :

« Tous les jours j'arrive à l'heure, généralement je ne déjeune pas, je ne prends jamais de pause le matin. La semaine dernière je suis arrivée avec un quart d'heure de retard, j'étais prise dans les embouteillages. La surveillante générale m'a enlevé un quart d'heure sur mes RTT. Je lui dis que j'ai été prise dans un embouteillage, elle me répond : "Tant pis. Je commence aujourd'hui." J'ai pas répondu, j'aurais été qualifiée d'insolente. Alors maintenant j'arrive à 6h30 [alors que son service commence à 6h45]. Je marque "plus quinze minutes". Pour l'instant j'ai pas de retour. »

Le contrôle de l'exercice du travail

Vérifier la présence n'est pas tout. Il faut encore contrôler le rythme de travail, s'assurer que les heures de présence sont occupées comme il a été décidé. C'est ce que signale là aussi une note d'Hpu :

« La pause du petit déjeuner est une tolérance que j'autorise à condition que celle-ci se fasse impérativement alors que les patients ont déjeuné et/ou lorsqu'ils ne nécessitent aucun soin.

En aucun cas celle-ci doit se faire entre 7h et 9h (pour l'équipe de jour) et entre 13h30 et 15h (pour l'équipe d'après-midi).

Je rappelle qu'il est interdit de fumer dans le service.

Si un agent est surpris à prendre une pause ou à fumer, il sera saisi d'un rapport administratif. »

Dans la pratique, la « tolérance » va au-delà de ce qui est annoncé. Certaines équipes partagent un café entre 7 et 9h, et certaines cadres le savent ; elles ne le sanctionnent pas systématiquement. Lorsque l'enquêteur rencontra la même surveillante générale qui signait la note citée en compagnie d'une infirmière et d'une secrétaire, elle dit avec un sourire : « *Je vous quitte, car là elles vont fumer une cigarette. C'est interdit, donc je suis censée ne pas le savoir* ». Des aménagements existent donc, mais ils restent des aménagements, non des droits acquis pour les personnels. Parmi ces derniers, on interprétait la « tolérance » de trois manières différentes : 1) la tolérance prouvait une certaine compréhension et une certaine proximité de la hiérarchie ; 2) la tolérance était réservée à quelques-uns et refusée à d'autres, manifestant un favoritisme de la hiérarchie ; 3) la tolérance était réversible, précaire, et de ce fait hypocrite. L'interdiction de fumer, récente à Hpri comme à Hpu, cristallisait cette critique car il était imposé aux personnels d'aller à l'extérieur pour fumer, ce qui prenait du temps et constituait selon eux une faute plus grave (« *abandon de poste* ») que de consommer une cigarette. Si bien que chaque fois qu'un soignant allait fumer dans la cage d'escalier, il demeurait sur le qui-vive, pris par l'angoisse (mais aussi le plaisir) de la transgression. Il risquait à tout moment d'être « pris en faute », ce qui n'est pas sans engendrer une relation d'infantilisation entre le surveillant et le soignant.

Plus généralement, au-delà des horaires et des pauses, une tâche revendiquée par les cadres est le contrôle du travail de leurs subordonnés. Le phénomène d'infantilisation semble ici confirmé dans les témoignages des cadres, qui souvent considèrent le personnel pris globalement comme peu autonome, toujours à surveiller et redresser, en particulier à Hpu.

Cadre infirmier Hpu : « *Parfois ça ne suit pas. Il faut toujours un cadre pour avoir l'œil. Le contrôle est important. Il faut contrôler sur tout. On pense que c'est fait et souvent ce n'est pas fait. Il y a une rupture si on n'est pas derrière. Si on n'a pas un œil dessus c'est le foutoir. D'ailleurs ils attendent d'être pistés, qu'on les remette dans le droit chemin.* »

Une réunion de cadres à Hpu :

« – [Cadre 1] Notre mission première qui est de contrôle, on n'arrive pas à la faire. Quand on entend qu'il y a un dysfonctionnement, je me sens responsable, j'aurais dû le voir et rectifier.

– [Cadre sup] *Tu es comme moi, tu culpabilises. Mais la fidélisation [des soignants à leurs unités de soins] qu'on met en place, c'est aussi pour responsabiliser. Si tu mets une aide-soignante responsable de l'office par exemple, c'est mieux. Toi tu as plus ce sentiment-là car tu es sur les deux étages.*

– [Cadre 1] *Mais même avec la fidélisation, il va falloir les cadres, être derrière eux, ça ne vient pas d'eux-mêmes.*

– [Cadre sup] *Tout à fait.*

– [Cadre 1] *C'est mon rôle premier et je suis prise pour autre chose.*

– [Cadre 2] *Il faut toujours les cadres derrière eux.*

– [Cadre sup] *C'est vrai que c'est décevant, rien n'est jamais acquis. (...)*

– [Cadre 3] *La fonction de contrôle prend beaucoup de temps.*

- [Cadre 1] *C'est pas seulement du contrôle. Ça amène les personnes à s'améliorer, dans la continuité. Là, l'équipe stagne.*
- [Cadre 4] *J'ai ce sentiment-là le matin aussi.*
- [Cadre 5] *Moi pareil, c'est le bazar partout. »*

Sanctionner les personnels

La cadre qui lançait la discussion regrettait de ne pouvoir s'investir suffisamment dans le contrôle par manque de temps. Certaines mettent en avant une autre insuffisance : le manque de sanctions. De ce point de vue, à Hpu comme à Hpri, il est difficile de sanctionner un agent au niveau du service – il faut que cela « remonte » à la direction de l'hôpital. Autrement dit, le niveau de gestion et de contrôle du travail (le service) est distinct du niveau de sanction des travailleurs défaillants. Une part de l'angoisse des cadres repose donc sur cette question : vont-ils être « suivis » par leur direction lorsqu'ils réclament des sanctions ? Ceux d'Hpu se sentent davantage soutenus que ceux d'Hpri – ce qui laisse penser qu'un employeur privé n'a pas forcément une plus grande cohérence dans sa gestion du personnel.

« En sanction, on n'a pas grand chose. Ici, à l'hôpital Hpu, pas grand-chose, parce que les syndicats sont extrêmement présents, donc il y a une marge de manœuvre très très faible. » (Cadre Hpu)

« [Un agent qui fait mal son travail] Je lui demanderai de partir. Soit c'est moi qui ferai une lettre pour qu'elle parte. (...) Ecoutez, pour le moment, je l'envoie d'abord à la DSSI, donc c'est la direction des soins infirmiers. Les personnes sont reçues par la directrice des soins infirmiers. Alors ça peut être pour le rappel d'un comportement ou directement pour un changement, mais on est entendu. Alors après, bien évidemment, il faut que la personne accepte le poste qu'on lui donne. Après, pour nous embêter, elle peut ne pas le choisir. » (Cadre supérieur Hpu)

Les cadres d'Hpu disent rencontrer des obstacles (syndicats, refus éventuel de la personne), mais du moins seraient soutenus par leur direction. Le principal obstacle historique des cadres d'Hpri serait plutôt leur direction même et les liens privilégiés et sans intermédiaire qu'elle entretenait auparavant avec ses salariés. C'est ce qu'explique une cadre d'Hpri :

« Avant, à la fois au niveau de la ligne hiérarchique c'était très court, et en même temps les salariés nous contournaient pour s'adresser directement à la direction. (...) Notre pouvoir disciplinaire est très limité : jusqu'à l'arrivée de la nouvelle hiérarchie [en 2005], on n'en avait pratiquement aucun. Par exemple, quelqu'un que j'estimais dangereux au niveau professionnel, a fini par donner sa démission, mais on n'avait aucun moyen. Il y a une habitude des personnels d'être reçus par les directions. Maintenant on commence à rétablir la transmission. On commence, nous cadres, à avoir des retours : si les personnels se déplacent pour voir la direction, on nous les renvoie ou on nous demande notre avis. (...) Le grand mot de la direction maintenant, c'est : redonner de la responsabilité aux cadres. Ça c'est bien, mais les moyens c'est autre chose. » (Cadre infirmier Hpri)

En l'absence de sanctions définies au niveau de l'établissement, les cadres « bricolent » leur pouvoir à partir des quelques leviers dont ils disposent. Parmi ces leviers, on trouve les vacations, que le surveillant choisit d'attribuer (ou non) à des personnels généralement demandeurs – le cadre n'est pas moins demandeur pour « remplir » son planning, mais il cherche à le cacher. Ceci est spécifique à Hpri, car du côté d'Hpu les personnels ne sont pas autorisés à faire des vacations dans le service.

Un cadre d'Hpri décrit ainsi ses difficultés et ses parades : *« Quand je suis arrivé en juin, j'ai demandé si on disposait d'un outil de sanction. On n'en dispose pas à proprement parler ici. Du moins on ne l'a jamais utilisé. Donc les soignants en profitent un*

peu. Moi j'ai soumis l'idée à la direction des ressources humaines et à la direction des soins, à ce qu'il y ait une échelle des sanctions. On aurait pu prendre par exemple un avertissement ou deux avertissements oraux, deux ou trois avertissements écrits, blâme, l'exclusion temporaire, etc. (...) D'après la direction, c'est quelque chose qui va être mis en place, il va falloir attendre un petit moment. Très difficile dans notre situation, je parle de chaque cadre de service isolément, de prendre la décision d'imposer certaines sanctions, je veux dire, en parallèle d'une étude que fait la direction. Donc pour l'instant je n'ai aucun moyen, mis à part dans la sanction financière. (...) Premièrement, le soignant ne vient pas, et bien c'est une absence injustifiée, je mets rien à la place, ni repos compensateur ni rien, et fatalement il va y avoir une journée de moins sur sa fiche de paie. Ça c'est la première sanction. (...) Enfin, une dernière sanction, financière, qui n'en est pas une mais qui est indirectement une sanction financière, c'est que je ne donne pas d'heures supplémentaires aux gens qui ne sont pas assidus. Vu que c'est moi qui attribue les heures supplémentaires, ça peut être une carotte. Et ça s'avère assez efficace, puisque les gens au bout d'un mois ou deux, reviennent à plat ventre en s'excusant et en demandant à faire des heures supplémentaires. (...) C'est vrai que c'est difficile par contre, parce que moi j'ai énormément besoin de ces soignants, j'ai énormément besoin de ces heures supplémentaires. Donc quelque part c'est à contrecœur que je le fais mais c'est ce qui marche le mieux. »

Trancher dans les conflits entre personnels

Le cadre infirmier, en tant que « surveillant », c'est-à-dire superviseur et censeur de l'activité d'un service, s'affronte à une difficulté supplémentaire : il surveille un travail qui se déroule 24h sur 24, continuité des soins oblige. Autrement dit, aucun encadrant ne peut suivre l'activité de bout en bout. Il doit partager son activité de surveillance avec d'autres cadres mais aussi avec des subordonnés, afin d'arranger la répartition et l'exécution du travail entre les différentes équipes qui se succèdent.

En réalité, le fait de superviser un travail qui ne cesse jamais constitue à la fois une faiblesse et un point d'appui pour le pouvoir des cadres infirmiers. C'est une faiblesse, parce qu'il est impossible pour le cadre de superviser en permanence tout le travail des agents dont il a la responsabilité. Il y a, à Hpri et à Hpu, des surveillants de nuit, mais leur présence est plus lointaine ou ponctuelle que celle des surveillants de jour. Il est donc reconnu et accepté que, pendant une partie du temps au moins, les équipes soignantes sont capables de travailler de manière autonome, et de réguler par elles-mêmes les événements aussi bien routiniers qu'imprévus.

Mais les différentes équipes de la journée sont généralement en conflit, larvé mais constant, les unes avec les autres. Le gros du conflit porte sur la répartition des tâches qui, contrairement à la majorité des soins, peuvent être exécutées à divers moments de la journée (par exemple la commande des repas ou l'approvisionnement de la pharmacie). Comme il est pour les équipes difficile, sinon impossible, d'organiser leur enchaînement de manière autonome, le cadre trouve là une légitimité à exercer son pouvoir. Lorsqu'il n'y a pas de solution négociée, le cadre est seul habilité à trancher (ce qui ne veut pas dire que la solution satisfasse toutes les parties). En ayant à surveiller une activité continue, les cadres sont donc affaiblis – puisqu'ils ne peuvent en réalité surveiller toute l'activité – et renforcés – puisqu'il n'y a qu'eux pour trancher les litiges entre équipes.

À Hpri, un cadre qui avait en charge deux unités de soin a décidé de se retirer de l'une des deux, et n'a pas été remplacé. L'équipe estimait pouvoir continuer à se prendre en charge seule (une aide-soignante se chargeant notamment des commandes de médicaments), hormis pour le planning qui était réalisé par une responsable soignante transversale (dédiée habituellement au contrôle des sous-traitants). À Hpu, les personnels de nuit n'ont eu aucun cadre dédié pendant une année. Lesdits personnels estimaient avoir pu s'organiser par eux-mêmes, jugeant pour la plupart que le retour d'un surveillant n'avait été bénéfique que pour une chose : l'organisation du planning, dont la gestion autonome par les soignants avait généré des conflits que personne ne pouvait trancher faute de légi-

timité. Aussi, il semble que la fonction « inéliminable » du cadre, celle dont les services ne puissent se priver, tient à la répartition des présences et des tâches entre équipes : non pas seulement parce que le cadre serait plus compétent pour dessiner la meilleure organisation, mais parce qu'il intervient en tant que tiers, et un tiers placé en position de supériorité par l'institution, un tiers dont la parole est par conséquent habilitée à dénouer les situations.

2.3. Les autres fonctions du cadre infirmier : anciennement référent en soins, bientôt « gouvernant » ?

Historiquement, le cadre infirmier est un juge légitime parce qu'il est aussi un référent en soins. Anciennement infirmier, en tant que référent il décide les bonnes manières de soigner, et met éventuellement la main à la pâte si le service le requiert ou si un soignant rencontre des difficultés. On retrouve davantage à Hpri qu'à Hpu cette double figure du cadre surveillant / référent – ce qui n'est pas sans lien avec la quasi absence de cadres diplômés. Cependant certains cadres reconnaissent (voire revendiquent) ne plus pouvoir assurer de référence en soins, par exemple dans cet échange, en réunion de service, entre un infirmier et la coordinatrice des soins d'Hpri :

« – [Infirmier] Et normalement si je n'arrive pas à piquer, je dois lui demander, c'est le surveillant qui pique, c'est son travail.

– [Coordinatrice] Mais tu sais, ça fait longtemps qu'il ne pique plus, c'est comme nous [la coordinatrice et la directrice des soins], il sait pas forcément mieux. »

Certains cadres d'Hpri demandent à être davantage que des référents, des surveillants ou des logisticiens chargés d'effectuer les commandes de pharmacie. Ils voudraient avoir davantage leur mot à dire sur l'organisation du service, ils souhaiteraient avoir les marges de manœuvre, les moyens pour mettre en place certains de leurs projets. En sens inverse, la direction des soins voudrait les responsabiliser en leur faisant confectionner eux-mêmes des « outils de pilotage » : « tableau de bord » des dépenses et évaluation de la charge en soins.

« – [Directrice des soins] Il ne leur manque que le budget de service, qu'on pense leur donner en 2006. Un tableau de bord des dépenses car ils sont responsables des consommations de leur service pour le linge, les déchets, le personnel. Même s'ils n'ont pas de réelle implication financière, il n'est pas question qu'ils aient une enveloppe spécifique.

– [Coordinatrice des soins] Mais on peut avoir un budget sans enveloppe, en ayant une vision a posteriori sur son service, faire des comparaisons d'une période à l'autre...

– [Directrice des soins] C'est une difficulté. Il faut arriver à quantifier la qualité du travail, à voir la charge du travail en soins. Par exemple si vous avez trente patients dépendants, c'est différent de s'ils sont indépendants. Donc on va essayer avec [la coordinatrice des soins] de leur donner une notion d'évaluation objective de la charge en soins. Mais ici, ils n'en sont pas là, il faut qu'on les amène à ça. On fait avec les gens qu'on a, c'est ça qui est intéressant dans notre travail, il faut arriver à leur transmettre ce nouveau métier qu'on leur demande. Ça fait partie de notre rôle de cadre. Il faut leur faire comprendre qu'ils ont changé de métier. » (Directrice et coordinatrice des soins Hpri)

Ces projets rejoignent certaines aspirations exprimées par les cadres, mais certaines seulement. Ou plutôt, les cadres d'Hpri expriment la crainte que leur « responsabilisation » croissante ne s'accompagne pas de moyens correspondants.

Les cadres d'Hpu se disent déjà très sensibilisées à la surveillance des dépenses de leur service. Là, la référence en soins devient une mission marginale, ce qui est parfois regretté y compris par les cadres (Cf. chapitre I, section C), mais qui est surtout reproché par les soignants.

Un témoignage d'infirmière parmi tant d'autres : *« Elles [les cadres] ne font que neuf mois de plus, et elles reviennent comme si elles étaient au-dessus. Une surveillante nous a expliqué une fois : "À l'école des cadres on nous apprend à faire le deuil des soins". Voilà, on leur apprend à regarder les choses de haut. Tout est dit. »*

« Regarder les choses de haut », dans le sens positif que lui donnent les cadres, c'est se détacher des contingences immédiates du service⁵⁵ pour réfléchir à son organisation. Ce rôle, qui dans le langage institutionnel passe par la formulation de « projets », tend à les rapprocher de la gouvernance telle qu'on l'a définie plus haut. Parallèlement, les cadres tendent à déléguer aux soignants certaines tâches qui leur étaient traditionnellement dévolues : telle infirmière devient « référente » pour la pharmacie, telle autre « référente » pour le chariot d'urgence, etc. Certaines infirmières goûtent ce surcroît de responsabilité, d'autres accusent au contraire un « glissement de tâches » (suivant le sens médico-légal de cette expression, ce n'est pas le cas, mais c'est sa connotation péjorative qui importe ici). Quant aux cadres, elles ont presque toutes, au-delà de leurs tâches quotidiennes, un « projet » qui court sur plusieurs mois, et dont la cadre supérieure contrôle le déroulement lors de réunions. Telle cadre doit réfléchir à une meilleure organisation des sorties de patients, telle autre doit concevoir la création d'une unité de soins palliatifs, telle autre encore une consultation infirmière d'éducation pour les insuffisants cardiaques, etc. Les cadres interrogées adhèrent à cette vision dynamique de leur mission, construite autour de « projets » successifs. Mais cette adhésion s'accompagne de réserves, car plusieurs cadres estiment dans le même temps ne pas avoir le temps de mener à bien leurs projets. De ce fait, les reproches formulés par leur hiérarchie quant à la lenteur d'avancement des « projets » leur paraissent injustes.

De manière générale, la redéfinition du rôle des cadres à Hpu n'est pas sans susciter de malaise pour ceux qui occupent ces fonctions, sans parler d'une certaine hostilité des personnels. Ayant pour légitimité historique leur référence en soins, donc le fait qu'ils sont issus du métier infirmier, les cadres de santé cherchent à préserver cette légitimité tout en s'orientant de plus en plus vers une fonction de gestion. De moins en moins référents en soins, ils conservent leur rôle de « surveillants », tout en s'orientant vers celui de « gouvernant ». Mais, happés par les tâches du quotidien, y compris des tâches de secrétariat, multipliant les réunions où il leur faut exposer leurs missions, ils n'ont pas toujours le temps, disent-ils, de contrôler efficacement le personnel et de mener à bien leurs projets. Référent, surveillant, gouvernant : le cadre nouveau est potentiellement tout cela. Mais le temps n'est pas élastique, et, dans cet éparpillement de l'activité, le risque est d'apparaître comme n'étant en fait ni référent, ni surveillant, ni gouvernant⁵⁶.

Du point de vue des soignants souvent, plus les cadres entrent dans une logique de « gestion par projet », plus ils se font les relais des transformations de l'hôpital public, qui sont généralement perçues négativement. Car, les réformes d'organisation se faisant dans un climat (et dans un objectif) de réduction des coûts, elles s'accompagnent de baisses d'effectifs. Les soignants considèrent les cadres qui leur sont proches (et proches par conséquent de la figure du référent) comme solidairement victimes des transformations de l'hôpital. En revanche, ceux qui ont fait leur « deuil des soins » sont vus comme des complices de l'administration même si, éventuellement, ce sont des complices dupés :

⁵⁵ Il s'agit très concrètement d'aménager des plages horaires où les cadres sont comme « extraits » du service, ainsi que l'explique la cadre supérieure : *« Mais quand on arrive à avoir un cadre sorti du groupe, c'est-à-dire en off... Nous on dit "off", c'est-à-dire qu'aujourd'hui c'est X la cadre qui n'a pas la responsabilité d'une unité, pour pouvoir travailler sur d'autres activités. Puisque les cadres, si vous voulez, on a toutes les responsabilités de l'institution. C'est-à-dire sur la douleur, sur l'hygiène, sur l'hémovigilance, donc ça il faut bien y travailler à un moment donné. C'est pour ça qu'on met toujours un cadre un peu en parenthèses. »*

⁵⁶ Anne Vega dit des choses très proches sur le rapport des soignants à leurs cadres : *« L'ensemble du personnel n'était pas loin de penser que les cadres infirmiers étaient inutiles dans le travail quotidien. (...) les discours des cadres s'opposent parfois brutalement aux attentes des infirmières de terrain, préoccupées par leurs conditions de travail et par leurs difficultés à prendre en charge les malades quotidiennement. (...) Leur fonction plus prononcée d'intermédiaires entre toutes les équipes (administratives, médicales et paramédicales) se traduit en effet par une organisation particulièrement parcellisée de leur travail, laquelle donne souvent l'impression aux infirmières "qu'ils ne font que passer en coup de vent" ou "qu'ils ne sont jamais là" et donc, logiquement, "qu'ils ne travaillent plus pour le malade" »* (Vega, 2000 : 83-84).

« Les cadres sont mauvaises depuis quelque temps car elles aussi vont dégager après avoir viré les sous-fifres. Elles croyaient qu'on ne s'attaquerait pas à elles, il faut être bête, mais c'est bien fait. Mais elles vont disparaître et être remplacées par des gestionnaires, ils n'ont plus besoin de gens qui viennent du soin. Les surveillantes, elles coûtent cher et elles ne servent à rien. Si elles avaient freiné le mouvement de foutre les gens dehors et défendu leur profession... mais là c'est normal. Elles se sont durcies ces dernières années. Avant une bonne partie passait cadre par ancienneté. Donc tu n'avais pas le lavage de cerveau de l'école des cadres. Quand elles sortent, elles appliquent la nouvelle gouvernance sans sourciller, il n'y a rien qui dépasse. » (Infirmière Hpu)

Les cadres, effectivement, se plaignent de ne pas se sentir assez soutenues par l'administration, de ne pas être assez considérées. La reconfiguration des services en « pôles » suscite une vive inquiétude, car les cadres craignent que les économies d'échelle alors réalisées n'affectent leur effectif.

La transformation des fonctions du cadre infirmier, appelé à être de plus en plus gestionnaire, n'affecte pas que les cadres mais aussi les infirmières elles-mêmes. Ces dernières présentent souvent leur métier comme pénible (l'enquêteur a entendu des dizaines de fois : « Vous savez la durée d'une infirmière ? Huit ans »). Certes, beaucoup refuseraient de devenir cadres, car elles trouvent que les fonctions correspondantes sont trop coupées du soin. Mais d'autres voient ce statut comme une porte de sortie, à la fois valorisante et logique, à leur travail actuel. Or, si le nombre de cadres était réduit et, plus encore, si les cadres infirmiers étaient remplacés par de purs gestionnaires, l'un des principaux moyens de promotion professionnelle pour les infirmières serait supprimé. La mutation des fonctions et du statut de cadre de soin ne peut donc répondre à des objectifs strictement organisationnels : elle devra prendre en compte des aspects sociaux, et la mobilité professionnelle des salariés n'est pas le moindre de ces aspects.

2.4. Subordination des médecins salariés contre insubordination des médecins libéraux ?

Pour décrire la relation d'encadrement, nous n'avons évoqué jusqu'ici, comme personnels encadrés, que les agents de service, les aides-soignantes et les infirmières, c'est-à-dire des personnels pris dans une relation de type salarial⁵⁷. Même si nous avons souligné des différences entre Hpu et Hpri, nous avons cependant mené une analyse d'un seul tenant, trouvant qu'il existe beaucoup de rapprochements.

Qu'en est-il pour les médecins ? *A priori*, rien de comparable entre les établissements public et privé dans lesquels nous avons enquêté : dans le premier cas, les médecins étaient fonctionnaires⁵⁸, soumis comme tous les autres personnels de l'hôpital à des règles et des hiérarchies qui leur pré-existent et qu'ils ne peuvent amender⁵⁹ ; dans le second, tous les médecins étaient libéraux, liés à la structure hospitalière par un « contrat d'exercice » (selon lequel l'hôpital loue locaux, matériel et personnel au médecin qui reverse une partie de ses honoraires)⁶⁰. En réalité, et même si ce point mérite de plus amples investigations, il semblerait que le statut ne change pas considérablement les attitudes. À Hpu comme à Hpri, on observe que les médecins bénéficient d'une certaine autonomie

⁵⁷ Nous parlons de « relation de type salarial » et non strictement salariale dans la mesure où une partie des personnels en question sont fonctionnaires.

⁵⁸ Quelques rares médecins libéraux venaient de l'extérieur pour assurer des demi-journées de consultations ou d'exams (échographie cardiaque par exemple). Mais tous les médecins dédiés à l'hospitalisation étaient fonctionnaires.

⁵⁹ Du point de vue du statut, les choses se compliquent dans les CHU : les PU-PH (professeurs universitaires – praticiens hospitaliers) perçoivent un salaire de l'université qui l'emploie (45 %) mais des émoluments de la part de l'hôpital où ils officient (55 %) (Balazs et Baszanger, 2005). Même du point de vue du droit, le rapport du médecin à l'hôpital n'est donc pas un rapport de subordination dans le sens classique du terme.

⁶⁰ Le cas d'Hpri est le plus courant puisque, d'après le questionnaire, les trois quarts des médecins des établissements privés lucratifs sont libéraux.

(vis-à-vis des horaires, des contingences immédiates du service...), qui ne serait que légèrement accrue dans le privé, étant limitée dans les deux cas par l'obligation de s'occuper des malades.

Ainsi, le « contrat d'exercice » des médecins d'Hpri exige que *« pour la bonne organisation de la continuité des soins aux patients, le praticien s'engage à pratiquer son activité à Hpri pendant 4 (quatre) journées opératoires par semaine ainsi que les consultations, les astreintes ou gardes et le suivi afférent des patients. (...) Compte tenu de la spécialité du praticien et de son obligation d'assurer la continuité des soins, il est expressément prévu et accepté que le praticien participe à l'organisation mise en place entre les praticiens afin qu'au moins l'un d'entre eux soit toujours disponible pour les patients d'Hpri conformément aux dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles présentes et à venir »*. De telles obligations peuvent paraître assez astreignantes pour des personnels qui demeurent formellement indépendants. Elles rappellent suffisamment une relation de subordination pour que le même contrat s'empresse de démentir un tel rapprochement : *« Les parties précisent qu'en aucun cas elles n'ont l'intention de souscrire un contrat de travail ni de créer entre elles un lien de subordination. Les rapports juridiques qu'elles définissent dans cet acte ne peuvent conduire, et pour quelque cause que ce soit, à une requalification, à la requête de l'une ou de l'autre des parties ou d'un tiers, de la convention d'exercice libéral en un contrat d'exercice salarié »*. Si l'on prévient ainsi la requalification, c'est que l'on suppose qu'elle est possible. Voilà qui relativise l'aspect « libéral » des médecins d'Hpri (même si leur mode de rémunération demeure très différent de celui des médecins d'Hpu)⁶¹.

La relative autonomie des médecins par rapport au service semble donc un trait propre à la profession davantage qu'au mode d'exercice. La présence du médecin dans le service est nécessaire, mais elle n'est pas aussi assidue que celle des infirmières et aides-soignantes. Lorsqu'on parle, comme il a été fait plus haut, de « *continuité des soins* », « soins » renvoie plutôt à la fonction soignante en tant qu'elle se distingue de la fonction médicale. La continuité des soins s'oppose en effet à la discontinuité des actes médicaux. L'infirmière « soigne » tandis que le médecin « opère » ; elle « veille » tandis qu'il « guérit » ; elle « accompagne » tandis qu'il « intervient ». Alors qu'elle est « de veille », forcée de ne pas dormir et de guetter l'évolution des malades, il est « de garde », ponctuellement tiré de son sommeil pour affronter les moments critiques. Les soignants habitent le service, ils en sont l'élément stable. Pour les médecins, le service n'est qu'un lieu d'exercice parmi d'autres. Nombreux sont les détails qui signalent leur extériorité relative : ce sont des « visites » qu'ils effectuent chaque matin ou chaque semaine, tandis que les soignants font leur « tour » ; ce sont des blouses qu'ils portent, pas toujours fermées, recouvrant tout en les laissant dépasser leurs vêtements de ville, trace importée du dehors, tandis que les soignants ont des pyjamas qui ne laissent rien apparaître ; etc.

Aussi, les notes adressées aux soignants et que l'on a reproduites plus haut, insistant sur la ponctualité et interdisant les pauses à certains horaires, sont inenvisageables pour les médecins⁶². À Hpri, les médecins s'estiment maîtres de leurs horaires, bien qu'ils tendent à respecter certaines réguli-

⁶¹ Cela va dans le sens des conclusions de P. Bouffartigue et J. Bouteiller, qui parlent pour les médecins libéraux des cliniques d'« autonomie sous contraintes » et même de « para-subordination ». Dans leur post-enquête (n° 50) comme dans celle d'Anne Vega (n° 51), il est avancé que les conditions d'exercice des médecins salariés et libéraux des établissements de santé sont proches. P. Bouffartigue et J. Bouteiller écrivent (2005 : 79) : « Notre premier et principal résultat s'organise alors autour de deux idées complémentaires : 1- les problématiques touchant aux conditions de travail entre médecins libéraux et salariés sont fondamentalement communes ; 2 - cette communauté est d'autant plus manifeste que l'on élargit la notion de "conditions de travail" à celle de "conditions d'exercice professionnel" ». Anne Vega apporte ces précisions (2005 : 5) : « Ainsi, plus que le fait d'être ou non salarié et d'exercer dans tel ou tel type de structures (publiques ou privés), être ou ne pas être CHU, y avoir ou non des "amis", "collaborateurs privilégiés", des "référents" ou des "alliés", être ou ne pas être éloigné de grands centres hospitaliers (voire encore avoir ou non des gardes à répétitions)... sont autant de facteurs favorisant ou limitant le stress au travail ».

⁶² Ce constat sur les horaires peut s'appliquer à d'autres domaines, comme le soulignent deux soignantes d'Hpri dans une discussion à l'office, à propos de l'interdiction de fumer et de la peur de se faire « attraper » dans les escaliers : « Ça serait les médecins, ils diraient rien, dit une infirmière. — Mais on est du petit personnel », acquiesce une aide-soignante.

tés (visites le matin par exemple). Certains chirurgiens ont une réputation détestable, manquant de ponctualité, voire annulant leur présence au dernier moment. À Hpu, cette relative liberté vis-à-vis des horaires s'observe aussi, y compris chez les internes. On n'imagine pas, en effet, un soignant parler comme cet interne :

« Normalement ici, il faut quand même arriver à l'heure (...). Moi je peux arriver plus tard si je veux, mais si j'arrive trop tard, je fais tout merder. Mais si j'ai envie, je peux arriver plus tard. On va me faire chier, on va me dire "c'est pas bien", mais il y aura pas une fessée à la fin. »

Bénéficiant d'une autonomie individuelle, les médecins disposent également d'une autonomie collective. À Hpri, lorsqu'il y a plusieurs médecins dans un service, ils se répartissent entre eux leurs présences. À Hpu également, les médecins s'organisent par eux-mêmes pour se répartir les gardes et les « contre-visites »⁶³ :

« [Q :] Comment ça s'organise les gardes ? — Une répartition, on se réunit, tous les gens qui sont susceptibles de prendre des gardes, on se réunit, on se les répartit. Après, même une fois que le planning est fait, on peut toujours s'échanger des dates... Des changements d'emploi du temps au dernier moment... — [Q :] C'est vous qui voyez entre vous ? — Oui. On fait un planning, puisque bien sûr dans les plannings c'est la continuité des soins. Il faut toujours que quelqu'un soit marqué de garde. Et le planning après fait office de référence. Et après tu peux changer, avancer... Mais il faut toujours qu'il y ait quelqu'un attribué à une date. » (Interne Hpu)

La seule contrainte est qu'« il faut toujours qu'il y ait quelqu'un attribué à une date » alors que, pour les soignants, comme on l'a vu plus haut, le cadre infirmier veut être prévenu des changements de planning entre personnels, pour les autoriser voire les refuser.

Divers témoignages laissent penser cependant que l'insubordination des médecins est un peu plus poussée à Hpri. Même si les personnels d'Hpu soulignent parfois la nécessité de se plier aux volontés, aux horaires, voire aux sautes d'humeur des médecins, cela est beaucoup plus vrai encore à Hpri. C'est qu'à Hpri, les autres personnels estiment n'avoir aucune prise sur les médecins, ne pouvant « remonter » au chef de service comme le font certaines surveillantes d'Hpu lorsqu'elles rencontrent des difficultés avec un praticien. D'ailleurs, lorsque les experts chargés de la visite d'accréditation dans l'établissement recommandaient de « généraliser les profils de fonction et la vérification de l'exercice », ils évoquaient à demi-mot le cas des médecins.

Ainsi, une surveillante d'Hpri se plaint du faible investissement des médecins vis-à-vis de l'hôpital : *« C'est lié à l'exercice en libéral : s'ils ne travaillent pas, ils n'ont pas d'argent. Et ils ont des activités sur d'autres établissements. Là où on est critique, c'est qu'ils peuvent être respectueux des règles ailleurs. Il y a toute une histoire de laisser faire à Hpri, de liberté médicale, qui dépend des contrats avec les médecins et nous on n'a pas de pouvoir là-dessus. »* Un responsable technique se montre plus dur encore, pointant un irrespect des médecins que la direction de l'hôpital se révèle incapable de canaliser : *« Tu te prends la tête à faire un circuit propre [pour le bloc opératoire] et tu vois un mec avec un café dans la main qui passe [par le circuit], tout ça parce qu'il s'appelle Dr je sais pas quoi. On m'a chargé de faire un circuit septique, mais tu sais très bien la réaction d'un anesthésiste : "Tu es qui, toi ? Je fais ce que je veux." (...) Il faut que je sois accompagné de la direction pour leur dire, sinon ils n'écoutent pas. Même eux à la direction savent très bien que... Je leur ai demandé de leur dire. Ils ont parlé avec les femmes de ménage, mais c'est pas elles le problème. J'ai montré le chemin à un médecin : "Il faut passer à droite, pas à gauche." Il me regarde, il me dit*

⁶³ Les « contre-visites » désignent la présence des internes l'après-midi. Ils sont en général trois le matin par secteur, mais ils n'ont pas besoin d'être aussi nombreux l'après-midi. Ils se répartissent alors entre celui qui restera dans le service et ceux qui iront se former à des techniques (échographie, coronarographie...), dans d'autres locaux de l'hôpital.

“OK”, il prend à gauche. Après il revient me voir un peu plus tard, je lui dis : “Non, je ne veux même plus discuter avec vous”. Si la personne est irrespectueuse comme la plupart des médecins, j’ai du mal. Avec eux, n’importe quelle annonce ne passe que si elle finit par des euros. J’ai dit à la direction : “Allez lui dire au médecin.” “On va lui dire.” Ils sont passés cinq minutes et après ils sont partis. La seule chose qu’ils me disent c’est : “Il y a un brancardier qui est entré dans la salle de réveil.” “Mais il a le droit.” “Ah, c’est bien. Et ce brancardier, il n’a pas de surchaussures.” “Oui, mais là il n’y en pas besoin. Par contre, l’anesthésiste vient encore de sortir du mauvais côté, vous voulez pas lui dire ?” “Si, on va lui dire.” Et rien. »

Ce même responsable raconte que sur le planning du jour même, un éminent praticien d’Hpri est indiqué avec un point d’interrogation. Le responsable téléphone au bloc : « *“Vous pouvez pas me dire qu’aujourd’hui encore on sait pas s’il vient ?” “Ben si”.* » Finalement, alors que l’ensemble du personnel s’est préparé, le médecin n’est pas venu.

Mais il faudrait des données supplémentaires pour évaluer les limites de la subordination (ou de l’insubordination) des médecins. Il reste difficile de comparer globalement « les médecins » d’un hôpital privé et d’un CHU puisque les statuts sont différents : les médecins qui assurent le quotidien des soins dans le CHU sont plutôt des apprenants, alors que ce sont des confirmés dans le privé. Les médecins confirmés du CHU (chefs de clinique, praticiens hospitaliers) ont un rapport plus lointain au service.

2.5. Quelques remarques sur l’encadrement et les rapports sociaux de sexe

Il est difficile de rendre compte des relations de pouvoir sans évoquer un certain nombre de caractéristiques entrant intrinsèquement en jeu et en n’identifiant les acteurs qu’au travers de leurs positions respectives (et relatives) dans l’organisation hospitalière. On ne peut en effet ignorer que les individus sont porteurs d’attributs sociaux qui non seulement font sens à l’extérieur de l’hôpital et peuvent de ce fait être importés, mais qui peuvent également être « récupérés », refaçonnés au sein de l’organisation du travail hospitalier. Il ne s’agit pas seulement des éléments « objectifs » des trajectoires sociales (origines sociales, diplôme, métiers occupés, etc.), mais aussi des représentations qui concernent et contraignent les groupes sociaux auxquels les individus sont réputés appartenir.

L’un de ces attributs sociaux peut être la couleur de peau ou l’origine ethnique, qui sont la cible, d’après certains témoignages, de discours ou de pratiques discriminatoires. Quelques soignants en particulier ont évoqué le racisme qu’ils ressentaient à leur rencontre ; d’autres à l’inverse expliquaient les comportements des patients par leurs origines ethniques. Il n’est cependant pas possible de développer ces points ici⁶⁴.

Un autre attribut, particulièrement décisif en général et à l’hôpital en particulier, est le sexe. Quoique des changements soient observables depuis quelques décennies, l’hôpital reste le lieu d’une mixité sexuelle, et d’une mixité hiérarchisée : des hommes et des femmes travaillent ensemble, et très souvent les femmes travaillent sous le commandement d’hommes. La subordination à la médecine des activités significativement nommées « paramédicales » prolonge généralement la domination masculine. Au point de vue statistique, d’après le questionnaire, la présence de femmes dans le métier infirmier (87 %) est plus importante que celle des hommes parmi les médecins (57 %). Tandis que le mouvement de féminisation des médecins semble se poursuivre (les femmes représentent 48 % des médecins de moins de 45 ans, contre 36 % de ceux de 45 ans et plus), en sens inverse rien

⁶⁴ À propos de « *l’ethnisation des rapports socioprofessionnels* » en milieu hospitalier, on peut se reporter à l’étude de Marguerite Cognet (1998) – il s’agit d’un hôpital psychiatrique.

n'indique une masculinisation du métier infirmier (90 % de femmes parmi les moins de 45 ans, contre 79 % parmi les 45 ans et plus⁶⁵).

L'insertion de la profession infirmière dans les rapports sociaux de sexe a été étudiée notamment par Danièle Kergoat *et al.* (1992), à travers le prisme de la Coordination infirmière (1988-1989). Les auteures parlent, pour décrire les événements de l'époque, de « *mouvement social sexué* » (*ibid.* : 122), afin de signaler que la présence majoritaire de femmes dans la profession⁶⁶ comme dans le mouvement n'a rien d'anodin, qu'elle donne forme et sens à l'une et à l'autre. C'est ce que traduisait le slogan de la Coordination, en rejetant la figure « traditionnelle » de l'infirmière : « *Ni bonnes, ni nonnes, ni connes* ». Plus récemment, Geneviève Picot (2005) décrivait les relations entre infirmières et médecins dans deux services hospitaliers. Les tendances qu'elle décrit peuvent être situées dans l'héritage du mouvement infirmier. L'origine sociale des infirmières est moins diversifiée que dans les années 1970. Il y a trente ans, lorsque toutes les classes sociales étaient représentées et que le métier infirmier ne se distinguait pas comme d'autres par l'origine de ses membres, « *le rapport social [entre médecins et infirmières] se construi[sai]t ainsi essentiellement sur la base d'un rapport social de sexe* » (*ibid.* : 88) et non d'un rapport de classe. Aujourd'hui, le métier infirmier est davantage un « *travail comme un autre* » – ce que revendiquaient les infirmières de la Coordination et ce qu'avançaient également plusieurs infirmières dans nos entretiens. Mais ces mêmes infirmières revendiquent également « *un travail à forte valeur d'usage, et non pas seulement un travail à forte valeur d'échange* » (Kergoat *et al.*, 1992 : 66). C'est-à-dire qu'elles réclament les moyens d'exercer correctement leur métier et de ne pas être subordonnées entièrement au corps médical, en construisant un rôle propre. Là encore, Geneviève Picot donne des illustrations de cette volonté, qui au quotidien ne passe pas forcément par la résistance frontale, mais aussi par l'évitement des médecins.

Nous ne pouvons ici mener une analyse serrée de l'intrication des relations hiérarchiques et des rapports sociaux de sexe. Mais nous voudrions esquisser quelques perspectives de recherche, non pas à partir du cas infirmier, déjà bien étudié, mais des cadres infirmiers et des secrétaires médicales dans leurs relations avec leurs « patrons ».

Le sexe des cadres infirmiers

Première constatation : bien que les cadres infirmiers, comme leur nom l'indique, proviennent de la profession infirmière, le *sex ratio* n'est pas équivalent dans les deux catégories. Il y a 87 % de femmes dans la catégorie infirmière, contre 80 % parmi les cadres infirmiers. Les hommes accèderaient donc davantage à l'encadrement infirmier.

Étant donné la petitesse des effectifs (120 cadres infirmiers en tout), il est difficile de tirer des conclusions définitives. Une régression logistique expliquant la propension à déclarer assumer des responsabilités hiérarchiques, prenant en compte l'ensemble des soignants (cadres infirmiers, infirmières, aides-soignantes), et contrôlant les variables d'âge et de statut de l'établissement n'établissait pas d'effet de sexe spécifique. En revanche, le statut de l'établissement jouait de manière significative, en concluant que les personnels du privé, non lucratif et lucratif, ont toutes choses égales par ailleurs moins de chances de devenir cadres infirmiers. Mais cela n'explique pas la surreprésentation des hommes parmi les cadres infirmiers, dans la mesure où, certes il y a proportionnellement davantage de femmes (91 %) parmi les soignants du privé lucratif que parmi ceux du public (85 %), mais on vérifie l'inverse lorsqu'on compare privé non lucratif (80 %) et public.

⁶⁵ Cela ne signifie pas non plus, forcément, qu'il y ait une féminisation renforcée du métier. Peut-être que lorsque les générations de plus de 45 ans ont commencé dans le métier, la proportion de femmes était également de 90 %, mais qu'entre temps davantage de femmes que d'hommes ont quitté la profession. Du côté aide-soignant, la proportion de femmes est légèrement plus accentuée d'un point de vue global (90 %), et il n'y a pas de différence significative selon les âges.

⁶⁶ Jusqu'en 1961, les écoles d'infirmières étaient fermées aux hommes (Picot, 2005).

En revanche, le rôle de la variable d'âge est plus intéressant. La régression établit, sans surprise, que plus on est âgé, plus on a de chances d'être cadre infirmier. Or, si l'on s'intéresse à la catégorie infirmière, qui est la mieux placée pour accéder au statut de cadre (puisque'il ne reste qu'« une marche » à franchir), on verra que les hommes y sont plus âgés que les femmes : ils ont en moyenne 43 ans (médiane : 45) contre 38 ans pour les femmes (médiane : 38).

Pour qui s'interroge sur la sous-représentation des femmes parmi les cadres infirmiers, il faudrait donc chercher ce qui explique les âges respectifs des infirmiers et des infirmières. Si les infirmières sont en moyenne plus jeunes que leurs collègues masculins, c'est – peut-on supposer – parce qu'elles quitteraient leur métier plus précocement. Pour rendre compte de ce phénomène, il existe de multiples hypothèses, d'ailleurs non exclusives : abandon de l'activité salariée, notamment pour se consacrer à des tâches domestiques (enfants) ; orientation vers d'autres métiers (sur le terrain, plusieurs manifestaient l'envie de devenir puéricultrices), qui peut être éventuellement motivée par l'anticipation d'opportunités de carrière restreintes dans le métier infirmier. Dans cette dernière hypothèse, on peut penser que beaucoup d'infirmières ne briguent pas le poste de cadre infirmier (cf. plus haut), ou qu'elles pensent (davantage que les hommes ?) ne pas pouvoir y parvenir (auquel cas une éventuelle discrimination serait à tel point anticipée dans leurs comportements, qu'elle n'apparaîtrait plus statistiquement sous la forme d'un effet de sexe spécifique et ne se traduirait que par un effet d'auto-sélection). Il n'est possible ici que de suggérer ces pistes, sans les éprouver.

Secrétaires médicales : quand la subordination au médecin prolonge la domination masculine

De la même manière, quoique sur un plan qualitatif cette fois, nous ne pouvons qu'indiquer des pistes sur la relation secrétaire / médecin, dans la mesure où nous n'avons interrogé que quatre secrétaires médicales, toutes à Hpu. Il ne s'agit pas d'un « pool » de secrétaires collectivement affecté aux médecins : chaque secrétaire se voit mise au service d'un ou plusieurs praticiens en particulier. Et, notamment, chaque chef de service a « sa » secrétaire.

Comme dans la relation infirmière / médecin, il s'agit d'une catégorie professionnelle majoritairement constituée de femmes commandée par une catégorie professionnelle majoritairement constituée d'hommes. Dans ces cas, le rapport hiérarchique au travail confirme ou prolonge la domination masculine⁶⁷. Mais la position des secrétaires médicales est spécifique : avec les médecins, elles sont dans une relation secrétaire / patron, qui diffère sensiblement de la relation médecin / infirmière telle qu'elle sera décrite dans la partie suivante. Lorsqu'il prescrit, le médecin adresse une consigne au corps des infirmières, à l'ensemble des infirmières du service – et en théorie, peu lui importe l'identité de l'exécutante, même s'il peut deviner (ou préférer) que c'est telle infirmière qui s'en occupera. En revanche, chaque médecin a une secrétaire attribuée et entretient une relation exclusive avec elle (même si cette même secrétaire médicale peut s'occuper de plusieurs médecins). Il est donc impliqué dans une relation d'encadrement individualisé – et la secrétaire dans une relation de subordination individualisée (alors que les infirmières sont collectivement subordonnées aux consignes des médecins). Tandis que l'infirmière organise son travail à partir d'une série d'instructions issues du corps médical, le travail de la secrétaire correspond certes à un stock de tâches à gérer (notamment les comptes-rendus médicaux), mais il se caractérise aussi par l'obligation d'une disponibilité immédiate aux demandes de son « patron ». Elle partage ainsi le lot commun des secrétaires, qu'elles soient ou non médicales, décrit par J. Pinto (1990) : « ... la secrétaire, qui ne détermine jamais l'ordre des priorités, est, à tout moment, réceptive à de nouvelles consignes qui peuvent

⁶⁷ C'est majoritairement le cas, et c'est le cas majoritairement étudié (pour les infirmières et les médecins, voir Picot [2005]). Mais il arrive que le rapport hiérarchique au travail subvertisse la domination masculine (c'est-à-dire que des femmes commandent à des hommes), notamment dans les services, où des cadres de proximité femmes peuvent commander à des salariés peu qualifiés hommes. C'est ce qu'évoque P. Bourgois (2001) à propos des expériences professionnelles des enfants d'immigrés portoricains à New York. On en trouve un autre exemple avec les commerciales d'intérim du bâtiment, commandant à des intérimaires presque exclusivement masculins (Jounin, 2006 : 585-586). Ce rapport hiérarchique subvertit mais n'annule pas la domination masculine ; au contraire, le sexisme peut devenir un moyen pour les hommes commandés de contester la hiérarchie.

éventuellement interrompre ce qu'elle est en train de faire ou prolonger sa journée de travail, au-delà de ce qui est parfois appelé dédaigneusement les "horaires de bureau". Elle peut aussi avoir à s'occuper de toutes sortes de tâches annexes relevant plus de l'art d'une maîtresse de maison que d'un savoir de technicien ».

Par ailleurs, contrairement aux secrétaires hospitalières d'Hpu par exemple, les secrétaires médicales ne sont pas issues du corps soignant. Or, et bien que cela demeure ambivalent, les secrétaires médicales sont, de la même façon que les infirmières, sous le commandement des cadres infirmiers (au moins pour la gestion des plannings). Elles sont donc placées dans une double subordination. Ce qui ne va pas sans contradiction (et au niveau psychologique, sans contrariété), puisque les secrétaires sont simultanément soumises aux exigences des médecins et à celles des surveillantes :

« Et vous savez dans les hôpitaux, si vous interviewez des vieilles comme moi, il y a une certaine rivalité entre les surveillantes et les secrétaires. Parce que la secrétaire était proche du bon Dieu. Et le bon Dieu, c'était le médecin. Donc le médecin, lui, protégeait un peu sa secrétaire. Et la surveillante était pas toujours d'accord. Ça créait pas mal de conflits. Elles ne travaillent pas toujours en bonne harmonie. Et les surveillantes, ça a toujours été leur rêve, ça, de nous gérer. Parce qu'elles géraient les autres. Alors il y avait pas de raison qu'elles nous gèrent pas. Et puis du jour au lendemain on s'est retrouvées gérées par les surveillantes. Alors j'aime autant vous dire que là ça a changé notre vie, je trouve. Je sais pas, vous avez un travail à rendre, vous avez un horaire à respecter. Quand vous voyez que le travail à rendre n'est pas à l'heure, qu'est-ce que vous faites ? Vous restez un petit peu. Vous débordez sur votre horaire. Vous vous dites : "Je vais taper ma cassette"⁶⁸, ça sera fait. Je déborde un peu, je reste une demi-heure de plus". Seulement quand vous demandez à récupérer, on vous dit que c'est pas possible. Parce que les heures que vous avez faites, on vous a pas demandées que vous les fassiez. Si vous les avez faites, c'est parce que vous avez bien voulu. » (Secrétaire médicale Hpu)

D'ailleurs, il semble que la subordination des secrétaires médicales aux surveillantes de soins n'a pas toujours été de soi :

« Mais avant, nous, on avait, ça c'est très important : on avait un coordonnateur des secrétariats médicaux. En la personne d'une secrétaire qui était en fin de carrière et qui était exceptionnelle au niveau professionnel, elle était vraiment top. Et on avait dit, cette fille, j'ai l'impression qu'on l'avait mise là un peu parce qu'elle était en fin de carrière justement, et qu'on savait pas trop où la redispacher. (...) C'était, en quelque sorte, notre surveillante. La surveillante des secrétaires. Et comme elle avait été secrétaire médicale elle-même, elle savait parfaitement de quoi elle parlait. (...) Toujours est-il que la nôtre, elle est partie à la retraite. Elle a jamais été remplacée (...) et donc on s'est retrouvées, du jour au lendemain, gérées par les surveillantes générales. » (Secrétaire médicale Hpu)

À Hpri, où les médecins sont libéraux, l'ambiguïté de la position des secrétaires médicales se manifeste d'une autre manière : certaines sont « fournies » aux médecins, au titre des prestations (matériel, personnel) que l'hôpital s'est contractuellement engagé à assurer, et sont donc sous l'autorité d'Hpri ; mais d'autres sont employées directement par un médecin qui « amène » sa secrétaire avec lui.

À Hpu, les cadres infirmiers n'exercent sur les secrétaires médicales que des pouvoirs élémentaires : sélection et contrôle. Dans leurs tâches quotidiennes, les secrétaires sont sous l'autorité constante et personnalisée des médecins.

⁶⁸ Les médecins dictent leurs comptes-rendus médicaux sur des magnétophones ; ensuite leurs secrétaires les retranscrivent à l'ordinateur.

« D'abord j'ai vu la surveillante. C'est d'abord elle qu'on doit voir quand on apprend que le poste se libère, c'est avec elle est qu'on prend contact. Si on est retenue, on rencontre le chef de service et la direction. Mais je n'ai pas rencontré les médecins avec qui j'allais travailler. (...) Nous sommes sous la responsabilité directement des cadres. Mme X [cadre supérieur], et après Mme Y [cadre responsable du plateau technique] je crois. — [Q :] Et les médecins ? — On est sous leur autorité. S'ils nous donnent un travail on ne peut pas dire non. On demande si c'est urgent, pas urgent, on se parle très facilement. Ici, il y a une très bonne relation avec les médecins. Ce n'est pas toujours le cas, certains sont caractériels. Mais j'ai pas trop connu ça. » (Secrétaire médicale Hpu)

Il y a dans la relation du médecin (en particulier du chef de service) à sa secrétaire une relation personnalisée, exclusive, qui rappelle ce haut lieu de la division sexuelle du travail qu'est la famille conjugale. Certaines descriptions évoquent en effet ces couples inégaux où la femme, en position de retrait, s'acquitte de toutes les menues tâches nécessaires à l'accomplissement professionnel de son conjoint, s'occupe de cette infrastructure multiforme et invisible qu'est le secrétariat, au sein d'une « collaboration » à sens unique, et d'une division du travail qui doit plus à des arrangements affectifs qu'à une fiche de poste rigide.

« Après un chef de service a été nommé. C'est avec lui vraiment que j'ai repris la chefferie de service, c'était intéressant, il a publié beaucoup de bouquins. Je suis restée avec lui à [hôpital privé] pendant dix ans. Puis il a été nommé chef de service à [hôpital de l'AP], et il m'a demandé de le suivre. Donc en tout on a été ensemble pendant 19 ans et demi. A [autre hôpital de l'AP], la secrétaire partait en retraite avec son chef de service, donc le poste était vacant et j'ai suivi mon patron direct car c'était super de travailler avec lui. » (Secrétaire médicale Hpu)

C'est parce que la relation secrétaire / patron est parfois « enchantée », comme l'écrit Josiane Pinto, qu'elle mène à des désenchantements spécifiques, dont l'expression fait penser à la déception amoureuse.

« Je suis très affective, moi. Je pense que dans ce travail, il faut pas mélanger l'affectif et le professionnel. D'ailleurs on me l'a dit. On m'a dit : "Sors de cette pièce en posant ton sac d'affectif". (...) C'est-à-dire que j'ai longtemps cru qu'on était leurs collaborateurs. Très proches. Quand j'ai quitté la rhumato, mon patron, le jour où je suis partie, il m'a dit : "T'étais mon bras droit, il va falloir que j'apprenne à me servir du gauche". Ça m'a fait beaucoup plaisir, mais on me l'a jamais redit. Et puis en fin de compte, vous voyez, après, c'est la vie qui veut ça, c'est pas particulier aux services de santé. Une fois que vous êtes partie, vous êtes partie, c'est tout. Et on passe à autre chose, et à quelqu'un d'autre. Je sais pas si je pourrais me réinvestir comme je me suis investie. Je crois pas. J'ai longtemps cru que les médecins collaboraient avec nous, mais en fait ils sont beaucoup à la recherche de leur carrière. J'en suis arrivée à me demander aujourd'hui si ce qui les intéresse, c'est la notoriété, si c'est le malade en lui-même... Je crois pas que ce soit le malade. J'en suis convaincue. Vous savez... Vous vous rendez compte en vieillissant que les sentiments changent. Moi j'avais l'impression d'être quelqu'un d'indispensable pour mon patron, je m'étais dit : c'est grâce à moi qu'il avance aussi, un petit peu. Chacun est un petit maillon. Et puis je me suis aperçue... J'en suis venue à me demander si les malades les intéressent. » (Secrétaire médicale Hpu)

Le médecin est reconnu par le public et par ses pairs, sa secrétaire attend au moins d'être reconnue par le médecin. Si ce n'est pas (ou plus) le cas, alors vient le moment du repli sur « le travail et c'est tout », de l'exécution distancée des tâches de secrétariat, certes monotones et peu valorisées, mais moins porteuses de déceptions.

3. QUI SURVEILLE ET QUI GOUVERNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

Un petit nombre de questions, réservées aux enquêtés ayant répondu positivement à la question sur les relations hiérarchiques, permet de préciser en quoi consiste l'« autorité » sur d'autres actifs de l'établissement dont se sentent investis certains répondants. Ces questions, bien que peu nombreuses et relativement insuffisantes pour rendre compte complètement de la variété des situations de domination, ouvrent néanmoins la possibilité d'explorer les questionnaires avec la volonté de distinguer différentes formes de pouvoir. Elles permettent notamment de distinguer au sein des « chefs » quels sont les enquêtés qui assurent des fonctions d'encadrement – les surveillants et les gouvernants – et quels sont ceux qui, tout en estimant assumer des responsabilités hiérarchiques, n'encadrent pas. Ces questions pointent quatre dimensions possibles du travail d'encadrement :

- « L'augmentation de salaire, les primes ou la promotion de ces salariés dépendent-elles étroitement de vous ? » (dans la suite de ce document : augmentation de salaire ou promotion)
- « L'évaluation régulière de l'activité de ces salariés est-elle de votre responsabilité ? » (évaluation de l'activité)
- « Leurs horaires dépendent-ils de vous ? » (définition des horaires)
- b « La répartition ou la coordination du travail dépend-elle de vous ? » (coordination du travail)

La propension des « chefs » enquêtés à répondre positivement varie très sensiblement selon la question (cf. tableau 7). Ils sont en effet rares à affirmer pouvoir exercer une influence sur le salaire ou la promotion de leurs subordonnés (un peu moins d'un « chef » sur sept) et plus nombreux à déclarer participer à la « répartition » ou à la « coordination » du travail (plus de trois « chefs » sur quatre).

Tableau 7
Tâches encadrantes

	Tous établissements confondus	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Augmentation de salaire ou promotion	14,7%	13,3%	17,3%	21,9%
Définition des horaires	35,1%	34,4%	35,7%	40,0%
Évaluation de l'activité	49,2%	51,8%	39,5%	41,2%
Coordination du travail	75,9%	76,0%	74,3%	76,9%

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Champ : Actifs hospitaliers déclarant assumer des responsabilités hiérarchiques.

La structure des réponses à ces questions varie légèrement selon le statut des établissements. Par rapport au privé, on compte moins de « chefs » dans le public qui estiment avoir un réel pouvoir d'influence sur l'augmentation de salaire, la promotion ou la définition des horaires de leurs subordonnés. Ceci vraisemblablement parce que les carrières y sont souvent plus formalisées (avancement à l'ancienneté) et que la mise en œuvre des 35 heures dans ces établissements s'est accompagnée dans beaucoup de cas d'une rationalisation de la gestion des horaires et des emplois du temps de l'ensemble du personnel hospitalier. Les « chefs » sont en revanche plus nombreux dans le public à pratiquer une « évaluation régulière de l'activité » de leurs subordonnés.

3.1. Une tendance au cumul des types de responsabilité hiérarchique

En moyenne, les réponses à ces questions apparaissent corrélées. La responsabilité de l'évaluation de l'activité des subordonnés et celle de la définition de leurs horaires de travail sont notamment très liées (cf. tableau 8). Ce n'est que pour la relation entre augmentation de salaire ou promotion et coordination du travail que l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée (au seuil de 1 %). Ce cas mis à part, un lien positif peut être établi entre les propensions à répondre positivement (ou négativement) à deux de ces questions.

Tableau 8
Cumul des responsabilités hiérarchiques

	Augmentation de salaire ou promotion		Définition des horaires		Évaluation de l'activité	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value
Augmentation de salaire ou promotion	--					
Définition des horaires	62,2	<0,01%	--			
Évaluation de l'activité	76,0	<0,01%	201,1	<0,01%	--	
Coordination du travail	4,8	3%	69,1	<0,01%	120,1	<0,01%

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

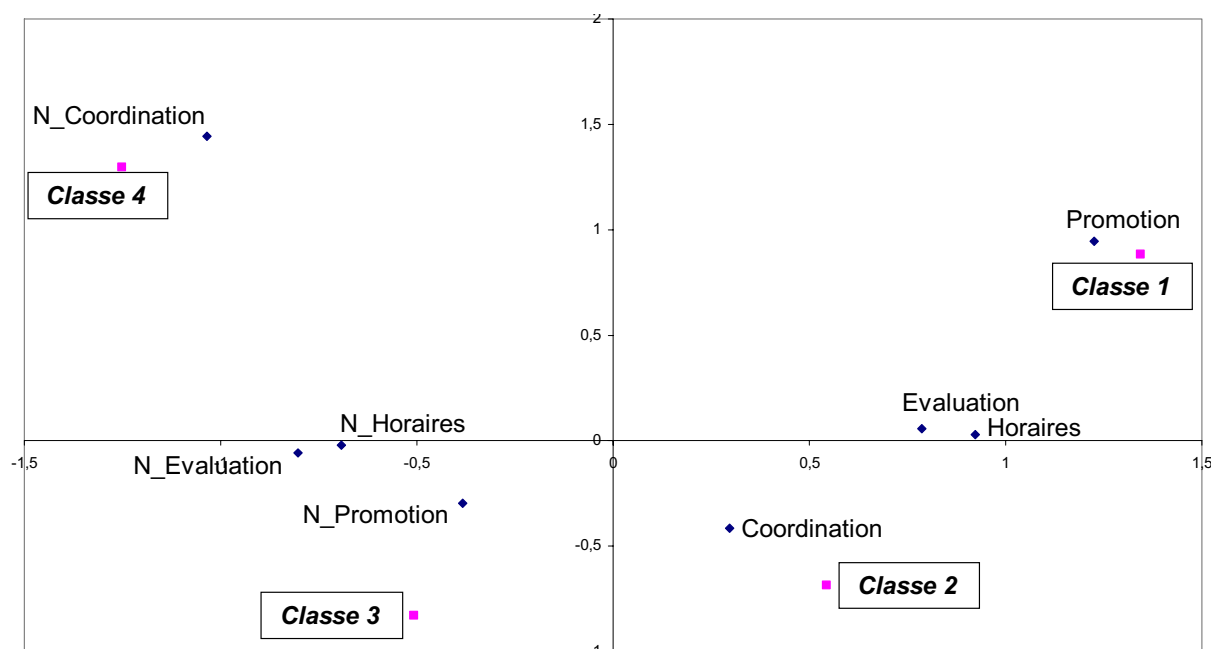
Champ : Actifs hospitaliers déclarant assumer des responsabilités hiérarchiques.

Méthodologie : Tests d'indépendance du χ^2 pour chaque couple de variables.

L'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) de ces quatre variables fait ainsi apparaître comme premier axe factoriel une opposition entre les modalités positives de ces variables (à droite dans le premier plan factoriel, cf. graphique 4) et les modalités négatives (à gauche). Cet axe oppose ainsi des « chefs » assumant des tâches d'encadrement à d'autres « chefs » n'en assumant aucune ou presque. Sans surprise, la modalité qui se projette le plus loin à droite sur ce premier axe factoriel est celle qui est la moins souvent citée comme ressource hiérarchique : l'influence sur l'augmentation de salaire ou la promotion des subordonnées (Promotion). Cette tâche d'encadrement, relativement peu couramment revendiquée au sein de la population des « chefs », permet de distinguer un petit groupe d'actifs hospitaliers, parmi les enquêtés déclarant assumer des responsabilités hiérarchiques, qui dispose de cette ressource organisationnelle. Les trois autres modalités positives se classent de droite à gauche par ordre croissant de représentativité dans la population hiérarchique : la définition des horaires (Horaires), l'évaluation régulière de l'activité d'autres salariés (Evaluation) et la coordination du travail (Coordination).

Cette analyse permet ainsi d'observer les relations entre ces variables, qui apparaissent relativement imbriquées : on oppose ainsi à gauche du plan factoriel des « chefs » qui ne déclarent assumer aucune des quatre tâches de type hiérarchique proposées dans le questionnaire, pour se rapprocher vers le centre de ce plan de « chefs » qui ne font que coordonner le travail. Plus loin vers la droite du plan, se projettent les « chefs » dont les responsabilités hiérarchiques rejoignent celles de l'encadrement, puisqu'il s'agit d'actifs participant à la coordination, à l'évaluation et à la définition des horaires de travail d'autres actifs. On trouve finalement, à l'extrême droite du plan, des encadrants qui assument l'ensemble de ces responsabilités.

Graphique 4
Projection des centres de classe de la CAH
dans le premier plan factoriel de l'ACM



Méthodologie : Projection en tant que variables supplémentaires des centres de classe dans le premier plan factoriel de l'ACM sur les types de responsabilité hiérarchique.

Une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) sur ces quatre variables permet de résumer l'information révélée par le plan factoriel et donc de proposer une synthèse des relations observées. Nous nous appuierons dans la suite de ce travail sur une catégorisation des « chefs » en quatre classes, qui nous permettra de réduire l'hétérogénéité observée de la population des actifs déclarant donner des ordres. Ces quatre classes de « chefs » se distribuent le long du premier axe factoriel de l'ACM. Deux de ces classes permettent d'identifier des « chefs » en position d'encadrer, les deux autres correspondent à des chefs n'encadrant pas.

3.2. Identification des classes de chefs

La première classe (13 % des « chefs », soit 2,2 % de la population des actifs hospitaliers, cf. tableau 9) regroupe ainsi les « chefs » ayant tendance à répondre positivement aux quatre questions posées⁶⁹, et déclarant en particulier avoir le pouvoir d'exercer une influence sur le salaire ou la promotion de leurs subordonnés (modalité rare). La deuxième classe d'encadrants (24 % des « chefs ») n'estime pas exercer une telle influence, mais déclare évaluer d'autres salariés, définir des horaires et coordonner le travail⁷⁰.

La troisième classe (41 %) concerne des « chefs » déclarant agir dans le cadre de leurs fonctions principalement pour la répartition et la coordination du travail d'autres salariés. Enfin, la classification a isolé dans une dernière classe (22 %) tous les enquêtés déclarant « avoir un ou plusieurs salariés sous [leurs] ordres ou [leur] autorité », mais ne prenant pas part aux tâches d'encadrement listées dans le questionnaire : l'augmentation de salaire ou la promotion de leurs subordonnés ne dé-

⁶⁹ Ces enquêtés se projetant à droite du plan factoriel (cf. graphique 4).

⁷⁰ Ces encadrants se projettent dans le quadrant sud-est du plan factoriel.

pendent pas d'eux, ils n'évaluent pas, ils ne décident pas les horaires et ne coordonnent, ni ne répartissent le travail.

Tableau 9
Classes de chefs et types de responsabilité hiérarchique

Classes		Effectifs des classes	Effectifs (parmi les chefs)	Augmentation de salaire ou promotion		Evaluation de l'activité		Définition des horaires		Coordination du travail	
				Pct.	o.r.	Pct.	o.r.	Pct.	o.r.	Pct.	o.r.
Classes de chefs	1	2,2%	13%	100%	++	72,7%	6,3	94,0%	21,1	91,5%	3,9
	2	4,0%	24%	0%	0	100%	++	80,6%	6,4	97,1%	14,7
	3	6,9%	41%	1,1%	0,04	0%	0	36,9%	0,4	100%	++
	4	3,7%	22%	6,4%	0,3	8,4%	0,1	12,5%	0,1	0%	0
Non chefs		83,2%		0 %		0 %		0 %		0 %	

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Lecture : Tous les chefs de la classe 1 estiment que l'augmentation de salaire ou la promotion de leurs subordonnés dépendent d'eux. Pour les membres de cette classe, le rapport de chance relativement aux autres classes d'exercer une telle influence sur leurs subordonnés est donc infini (++).

Le regroupement des « chefs » en quatre classes, relativement homogènes du point de vue des tâches d'encadrement assumées, permet d'identifier des groupes d'actifs déclarant être investis de responsabilités hiérarchiques et dont les caractéristiques « objectives » du travail d'encadrement sont comparables.

Une limite évidente à ce travail d'identification des formes du travail d'encadrement tient au manque d'informations disponibles pour décrire le travail des « chefs ». Les quatre questions posées dans le questionnaire de l'enquête ne suffisent pas à elles seules à circonscrire complètement les conditions objectives de ce travail. Elles permettent malgré tout d'approcher les représentations sur le travail d'encadrement que les enquêtés mobilisent au moment où la question leur est posée.

L'intérêt heuristique d'une telle démarche se trouve confirmé lorsque l'on observe notamment la façon dont les professions et les statuts d'établissement se projettent dans cette classification des actifs hospitaliers. En effet, à partir d'un simple regroupement des chefs – qui tire parti d'un petit nombre de questions décrivant sommairement la nature des responsabilités hiérarchiques assumées –, nous parvenons à mieux rendre compte de l'hétérogénéité de leurs statuts.

3.3. Des gouvernants et des surveillants

L'observation des « conditions objectives » du travail d'encadrement – telles que nous parvenons à les percevoir – permet en effet de réduire le flou laissé par la question sur la nature de l'« autorité » exercée ou des « ordres » donnés. On peut notamment reconnaître dans les deux premières classes de chefs les deux formes du travail d'encadrement que nous distinguons, et qui apparaissent associées à des positions variables dans la hiérarchie professionnelle des établissements de santé. L'observation de la structure des qualifications dans les classes identifiées permet de poursuivre le travail d'interprétation.

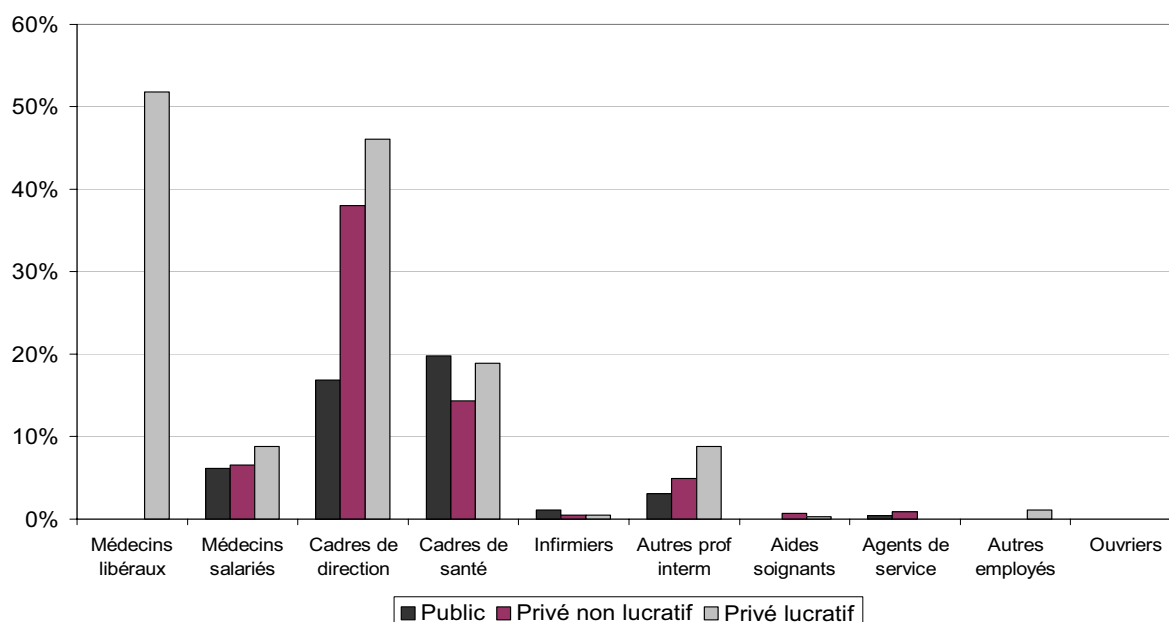
Classe 1 : Les gouvernants

La première classe (13 % des « chefs ») compte un nombre particulièrement élevé de professions qualifiées, en particulier des médecins libéraux et des cadres de direction du privé. Rappelons qu'il s'agit de « chefs » qui déclarent pratiquer une « évaluation régulière de l'activité » des salariés dont

ils ont la responsabilité, organiser leurs « horaires », gérer la « répartition ou la coordination » de leur travail et surtout qui décident de l'« augmentation de salaire, les primes ou la promotion » de leurs subordonnés (cf. tableau 9). Il s'agit donc bien de responsables hiérarchiques engagés dans des relations d'encadrement avec leurs salariés : ces chefs-là commandent, tout en détenant les moyens de se faire obéir.

Ces encadrants peuvent être identifiés aux « gouvernants » définis plus haut : assumant pleinement l'ensemble des tâches ayant trait à la gestion de l'établissement de santé dont ils dépendent – en particulier en ce qui concerne la gestion des carrières de leurs subordonnés –, leur activité d'encadrement s'inscrit bien au sein de la relation de gouvernance. Dans le privé (surtout dans les petites structures), la responsabilité du fonctionnement des services revient assez souvent à des médecins libéraux qui, en plus de leur activité médicale, assument parfois le rôle du chef d'entreprise ou d'actionnaire principal. Dans les autres cas, ce rôle revient aux cadres de direction (notamment les directeurs d'hôpitaux).

Graphique 5
Effectifs des groupes professionnels parmi les « gouvernants » (Classe 1)
selon le statut de l'établissement



Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif⁷¹) – Drees.

Lecture : Un peu plus de 50 % des médecins libéraux du privé lucratif sont classés gouvernants.

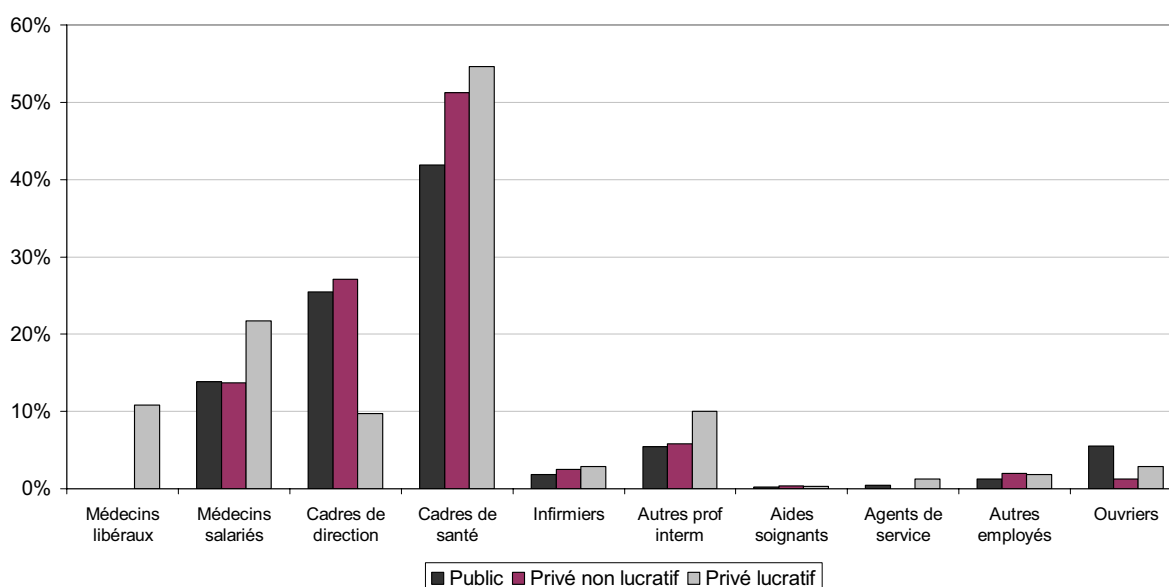
Classe 2 : Les surveillants

La deuxième classe identifiée (24 % des chefs) présente comme la première une structure professionnelle très qualifiée. Mais ici, ce sont avant tout les cadres de santé (ou cadres infirmiers) qui ont les meilleures chances d'y figurer.

⁷¹ Dans notre échantillon d'actifs hospitaliers enquêtés, les médecins libéraux du privé non lucratif sont trop peu nombreux pour que des probabilités d'appartenir à l'une de ces classes puissent être interprétées (cf. tableaux 3 et 5). De même, les aides soignants, agents de service, autres employés et ouvriers déclarant donner des ordres sont relativement rares dans notre échantillon (autour d'une trentaine d'individus par catégorie, une dizaine par secteur). Les probabilités d'appartenance aux classes de chefs sont en ce qui concerne ces catégories d'actifs hospitaliers à interpréter avec prudence.

Il s'agit encore d'encadrants dont le spectre de responsabilité est large, mais qui ne disposent pas – contrairement aux « gouvernants » d'un pouvoir d'influence sur l'augmentation de salaire, les primes ou la promotion des salariés dont ils ont la responsabilité. Dans le cadre de leurs responsabilités hiérarchiques, les « surveillants » s'estiment avant tout investis de l'évaluation, de la répartition et de la coordination du travail de leurs subordonnés, ainsi que de la définition de leurs horaires (cf. tableau 9). Ces encadrants sont donc mandatés pour définir et organiser le travail d'autres salariés, mais ne disposent pas des ressources hiérarchiques pour influencer directement les trajectoires professionnelles de ces derniers. Les tâches qui leur sont attribuées leur donnent néanmoins les moyens de contraindre leurs subordonnés à l'obéissance, si nécessaire. Les salaires, les primes et la promotion ne sont pas les seules incitations dont un encadrant peut disposer : des responsabilités d'évaluation, de répartition ou de coordination du travail peuvent en effet être mobilisées afin d'obtenir le consentement des subordonnés (cf. plus haut : « Le cadre infirmier et les soignants »). Les surveillants aménagent concrètement les conditions dans lesquels le travail doit être fait, ils évaluent les efforts consentis, constatent les insuffisances et c'est à d'autres que revient la tâche de mettre en œuvre les récompenses ou les sanctions.

Graphique 6
Effectifs des groupes professionnels parmi les « surveillants » (Classe 2)
selon le statut de l'établissement



Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif) – Drees.

Lecture : Un peu plus de 50 % des cadres de santé du public sont classés surveillants.

Les « surveillants » occupent une position intermédiaire dans la hiérarchie des établissements de santé. Les relations de pouvoir engagées ici sont bien de l'ordre de l'encadrement et de la surveillance : se distinguant des gouvernants, ces encadrants interviennent sur le travail au cœur même de l'activité, au travers de la définition des horaires et du contrôle des gestes effectués.

3.4. Vers d'autres formes de relations de pouvoir ?

Les deux dernières classes sont plus difficiles à commenter puisqu'elles se caractérisent toutes deux par une faible propension à répondre positivement à l'une des questions dont nous nous servons pour décrire les tâches d'encadrement. Il s'agit ainsi de « chefs » n'encadrant pas, ou presque pas.

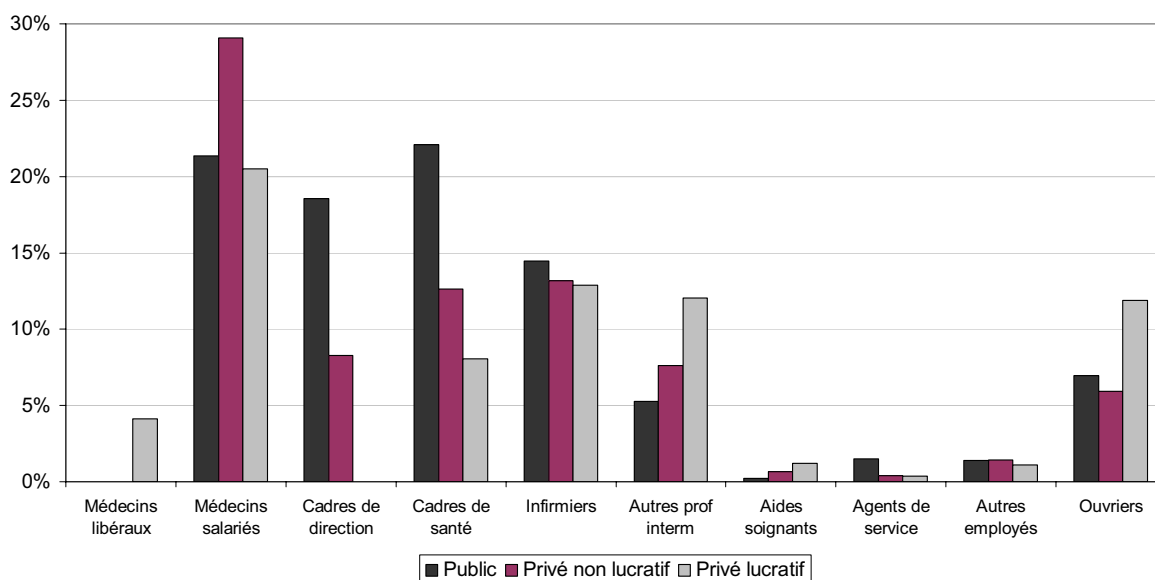
Assez significativement, elles se distinguent des deux précédentes par un niveau de qualification plus élevé. L'examen de la structure des qualifications donne quelques indices permettant de les interpréter un peu mieux et nous oblige à considérer d'autres relations de pouvoir que la seule relation d'encadrement, décomposée en surveillance et gouvernance.

Classe 3 : Les experts

La troisième classe (41 %) est celle qui, finalement, regroupe le plus grand nombre de « chefs ». Elle apparaît plus diffuse et hétérogène en termes de professions que les deux précédentes. Les infirmières y sont majoritaires. De même, les médecins salariés, ainsi que les cadres de direction et les cadres de santé des établissements publics ont de bonnes chances d'appartenir à cette catégorie. Il semble s'agir pour cette classe d'« experts », de responsables hiérarchiques dont le rôle se réduit à la répartition ou à la coordination du travail d'autres salariés, et parfois seulement à la définition des horaires de leurs subordonnés (cf. tableau 9).

Nous qualifions ces chefs d'« experts » dans la mesure où l'on peut penser que les responsabilités dont se sentent investis ces actifs sont avant tout liées à l'exercice de gestes techniques contraignant l'activité d'autres actifs de l'établissement. Le recours à un certain nombre de caractéristiques de travail supplémentaires nous permet dans le chapitre suivant d'examiner un peu plus en détail ce type de responsabilités hiérarchiques caractérisées par un faible niveau d'encadrement. Il peut ainsi s'agir dans ce cas d'une influence exercée sur le travail d'autres salariés découlant de la nécessité d'une coordination avancée des gestes exécutés. Cette influence prend notamment la forme dans le cas des médecins d'un pouvoir de prescription orientant le travail des autres catégories de personnel.

Graphique 7
Effectifs des groupes professionnels parmi les « experts » (Classe 3)
selon le statut de l'établissement



Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif) – Drees

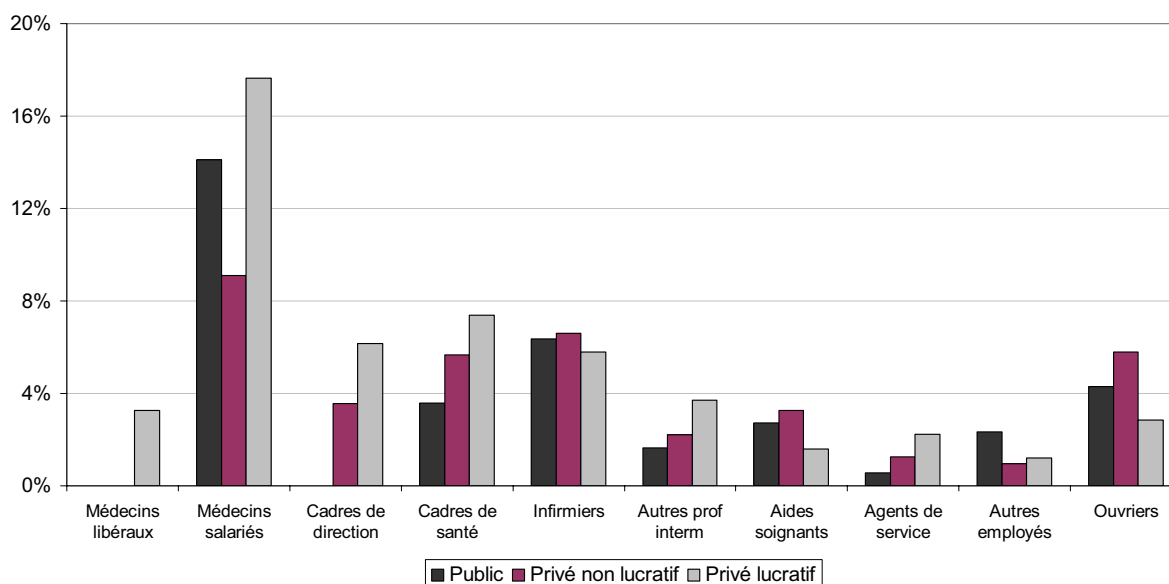
Lecture : Un peu moins de 30 % des médecins du privé non lucratif sont classés experts.

Classe 4 : Les autres

La dernière classe (22,5 % des chefs) est le résidu des trois classes précédentes. Elle regroupe une grande partie des actifs – souvent peu qualifiés – ayant déclaré avoir « d’autres salariés sous [leurs] ordres ou [leur] autorité », en particulier des aides-soignants et des agents de service. Cette classe compte aussi des infirmières, ainsi que des médecins salariés des établissements publics. Mais les probabilités – à catégorie de qualification donnée – d’être classé « autre » restent uniformément faibles.

Pour cette catégorie de chefs, les questions proposées dans le questionnaire pour décrire leur travail et qui ont reçu une réponse positive sont rares (cf. tableau 9). La nature des responsabilités hiérarchiques assumées par ces « chefs » n’encadrant pas reste ainsi à explorer.

Graphique 8
Effectifs des groupes professionnels parmi les « autres » (Classe 4)
selon le statut de l'établissement



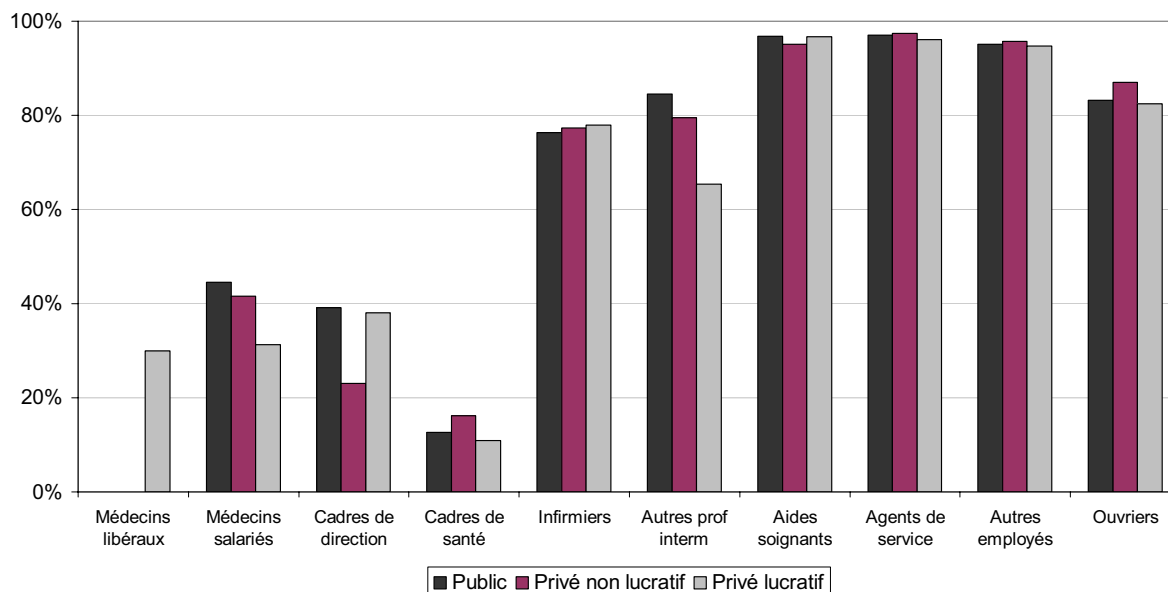
Source : Enquête sur les conditions et l’organisation du travail auprès d’actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif) – Drees.

Lecture : Un peu plus de 14 % des médecins salariés du public sont classés « autres ».

3.5. Les non-chefs

Enfin, la structure des qualifications de la population ne déclarant pas donner d’ordre apparaît complémentaire aux structures des quatre classes de « chefs » identifiées : ce sont en effet des actifs hospitaliers moins qualifiés – en particulier les aides-soignant(e)s, les agents de service et les « autres employés » – qui déclarent le moins souvent assumer des responsabilités hiérarchiques. Conformément aux résultats donnés par la mise en œuvre du modèle probabiliste expliquant les chances d’accéder aux responsabilités hiérarchiques par le genre, la profession, l’ancienneté et le statut de l’établissement (cf. tableau 5), le niveau de qualification des enquêtés a un impact déterminant sur leurs chances de déclarer donner des ordres. La population des actifs hospitaliers dépourvus de responsabilité hiérarchique se caractérise ainsi en négatif par une présence massive de professions moins qualifiées.

Graphique 9
Probabilité de ne pas déclarer encadrer
selon la profession et le statut de l'établissement



Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif) – Drees.

L'examen des tâches d'encadrement assumées par les actifs hospitaliers déclarant assumer des responsabilités hiérarchiques, ainsi que celui de leur niveau de qualification révèlent la grande diversité des conditions objectives de l'exercice de l'« autorité » dans les établissements de santé. Les encadrants – *surveillants* et *gouvernants* – ne forment finalement qu'une petite partie d'un plus vaste ensemble d'actifs engagés dans des relations de domination. Les autres « chefs » – les *experts* et les *autres* – échappent à l'analyse : faiblement concernés par les quatre tâches d'encadrement retenues et listées dans le questionnaire de l'enquête Drees, la nature de leurs responsabilités hiérarchiques semble d'un autre ordre. Il ne s'agit pas pour ces derniers d'encadrer, mais vraisemblablement de *donner forme* au travail : ces « chefs » – souvent médecins, voire cadres de santé – ne se pensent pas en position de commander et de sanctionner/récompenser, c'est la centralité du rôle qu'ils estiment jouer dans la conduite de l'activité hospitalière qui leur donne cette « autorité » dont ils se sentent investis.

Une exploration de quelques caractéristiques supplémentaires sur le travail assumé par ces « chefs » permet d'examiner cette hypothèse. Une exploitation de notre terrain nous permettra de l'affiner.

Chapitre 3

PRESCRIPTION ET DÉLÉGATION, DEUX FORMES D'AUTORITÉ RESTREINTE

La présence, en nombre, de « chefs non encadrants » nous incite à prolonger la réflexion sur la variété des relations de pouvoir dans les établissements de santé. Influencé par la façon dont la plupart des enquêtes statistiques abordent la question des relations hiérarchiques et se concentrant presque exclusivement sur l'observation des tâches d'encadrement, le questionnaire de l'enquête Drees néglige d'autres formes de domination, pourtant très bien représentées parmi les actifs hospitaliers. Les dispositifs d'enquête statistique peuvent par ailleurs être jugés mal adaptés pour aborder un objet aussi flou et peu cristallisé que des relations hiérarchiques non encadrantes.

Quelques éléments peuvent toutefois être examinés. Nous avons vu que cette population des « chefs » n'encadrant pas – les *experts* et les *autres* – se distinguait par une nette surreprésentation de médecins et d'infirmiers. Cette observation nous incite ainsi à replacer notre analyse des relations hiérarchiques dans le contexte des activités de soin. La mobilisation de quelques questions complémentaires – notamment sur le sentiment de responsabilité vis-à-vis du travail effectué et sur les contraintes pesant sur le travail des « chefs » – enrichit notre approche en termes de classes de chefs et apporte quelques éléments supplémentaires pour la compréhension du travail fait par ces *experts* et ces *autres*.

Un retour sur le terrain, dédié à l'observation de ces relations de pouvoir qui ne sont pas de l'ordre du travail d'encadrement, prolongera cette réflexion.

1. COMMANDER SANS ENCADRER ?

Aux différentes formes d'encadrement identifiées correspondent différentes façons d'envisager le travail et les responsabilités qui en découlent. Dans l'enquête, une série de questions interroge notamment le degré de responsabilité que les actifs estiment avoir dans la conduite de l'activité hospitalière, qu'ils soient « chefs » ou non. Il leur est ainsi demandé si « une erreur dans [leur] travail pourrait entraîner » :

- « Des conséquences graves pour la qualité du service (ou du produit) ? »
- « Des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celles d'autres personnes ? »
- « Des sanctions à votre égard ? (risque pour votre emploi, diminution importante de votre rémunération, plainte devant les tribunaux, etc.) »

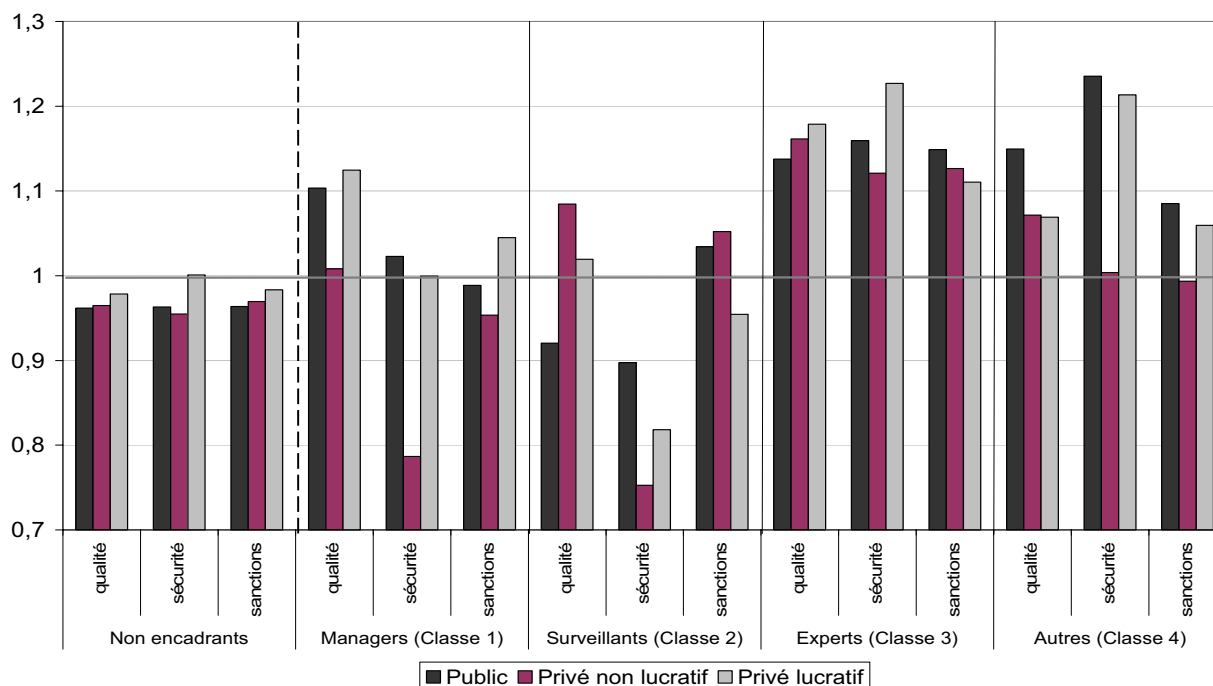
1.1. Conséquences d'une erreur sur le travail

La perception des conséquences d'une erreur varie sensiblement d'une classe de chefs à l'autre. Se distinguant des deux classes encadrantes, ce sont les *experts* (et au second ordre les *autres*) qui anticipent le plus souvent des conséquences négatives en termes de qualité du service ou de risques pour la sécurité en cas d'erreur dans leur travail, et ce d'autant plus lorsqu'ils travaillent dans le privé lucratif (cf. graphique 10). En cas d'erreur, ils s'attendent aussi plus souvent à une sanction.

Les *gouvernants* et les *surveillants* estiment plus rarement que ces derniers qu'une erreur de leur part puisse avoir des conséquences négatives. Pour ce qui est des risques encourus pour leur propre sécurité ou celle d'autres personnes, les *surveillants* s'estiment même encore moins concernés que

les non chefs. Les écarts d'un secteur d'activité à un autre restent faibles en comparaison de ceux observés entre les classes de chefs. Malgré les différences public/privé constatées, les « rôles » hiérarchiques se ressemblent, même si, selon le secteur, ils ne reviennent pas toujours aux mêmes catégories d'actifs hospitaliers.

Graphique 10
Risques relatifs⁷² de déclarer qu'une erreur dans le travail
puisse entraîner des conséquences négatives en termes de...



Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Lecture : Les chances des « experts » du privé lucratif de déclarer qu'une erreur dans leur travail puisse « entraîner des conséquences graves pour la qualité du service (ou du produit) » sont près de 20 % supérieures (le risque relatif s'élève à 1,18) à celles des autres catégories (y compris non chefs et autres secteurs).

Les médecins, cadres de santé ou encore infirmières étant nombreux parmi les *experts* et secondairement parmi les *autres*, ces catégories sont plus susceptibles d'avoir le sentiment d'encadrer une activité en prise directe avec les patients. L'injonction de « bien faire » pèse ainsi plus lourdement sur ces catégories de chefs non encadrants, plutôt que sur des encadrants – *gouvernants* ou *surveillants* – qui, intervenant plus spécifiquement sur les aspects gestionnaires de l'activité hospitalière, participent moins directement à l'activité médicale ou soignante.

1.2. Les contraintes de rythme

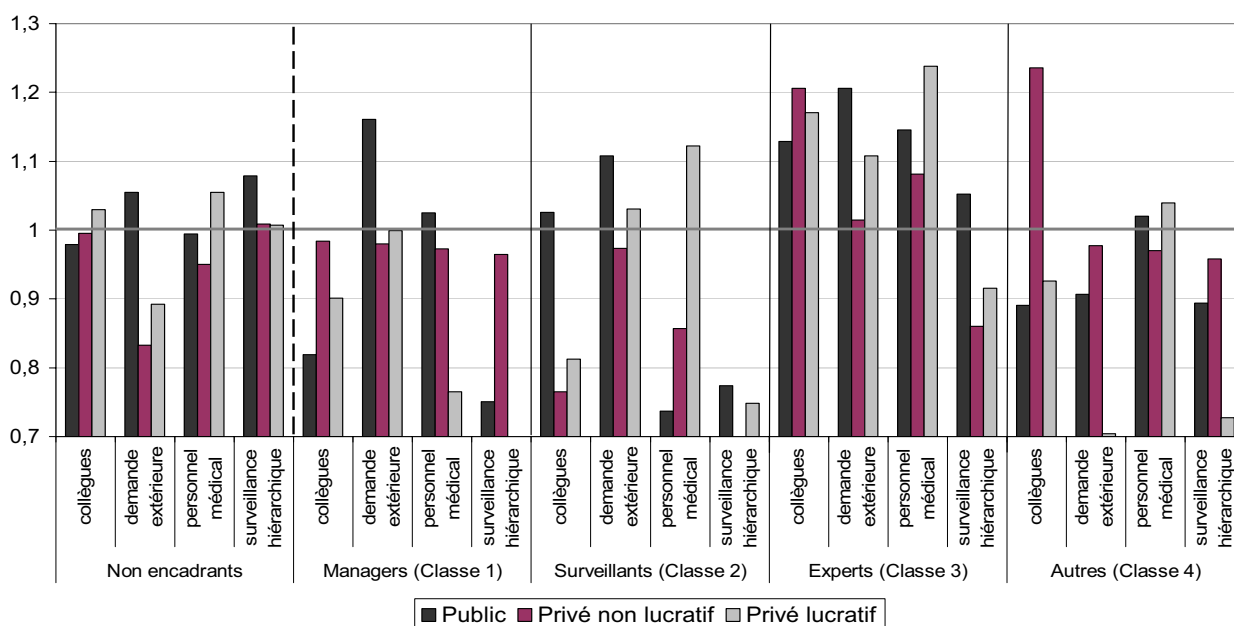
Enfin, la perception des contraintes qui pèsent sur le travail de cette population hiérarchique varie elle-même selon les classes. C'est encore le travail des *experts* qui apparaît le plus contraint : ces derniers dépendent plus souvent du travail d'autres collègues, en particulier de celui du personnel médical, ils s'estiment étroitement surveillés par leur hiérarchie et très exposés aux exigences des

⁷² Les risques relatifs représentés sur ce graphique et dans le suivant sont de simples rapports de probabilité (ce ne sont donc pas des odds ratios). À caractéristique du travail et classe données, un risque relatif correspond au rapport du pourcentage d'actifs de la classe déclarant posséder la caractéristique considérée sur le pourcentage d'actifs dans le reste de la population hospitalière (i.e. appartenant aux autres classes) possédant cette même caractéristique.

patients. L'inscription de ces chefs non encadrants dans des collectifs de travail (au sein desquels ils jouissent d'un pouvoir d'influence) est – on l'a vu – l'un des traits saillants de ces responsables hiérarchiques, que nous avons qualifiés d'*experts* pour cette raison.

Cette catégorie de « chefs » travaille aux premières lignes du cœur de l'activité des établissements de santé, c'est aussi elle qui subit avec le plus de force les tensions qui peuvent apparaître entre les exigences d'un métier dans lequel les erreurs sont faiblement tolérées⁷³ et qui est néanmoins de plus en plus fermement encadré par des contraintes budgétaires. Relativement au public, le travail des *experts* du privé lucratif apparaît plus spécifiquement contraint par le personnel médical.

Graphique 11
Risques relatifs de déclarer que le rythme de travail dépende de...



Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Lecture : Les chances des experts du privé lucratif de déclarer que leur rythme de travail dépend de l'activité du personnel médical de leur établissement sont plus de 20 % supérieures (le risque relatif s'élève à 1,24) à celles des autres catégories (y compris non chefs et autres secteurs).

Le travail des *gouvernants* et des *surveillants* apparaît de même moins contraint que celui des *experts*. Ils estiment en particulier exercer eux-mêmes nettement moins souvent sous surveillance hiérarchique.

1.3. Des encadrants aux chefs non encadrants

Une simple classification des actifs hospitaliers déclarant avoir « un ou plusieurs salariés sous [leurs] ordres ou [leur] autorité » (*i.e.* les « chefs »), prenant appui sur leurs réponses à une série de quatre questions détaillant la nature de ces responsabilités hiérarchiques, permet de rendre compte de la diversité de cette population.

Une première catégorie de chefs, les *gouvernants*, très qualifiés et occupant des postes de type administratif (cadres de direction) ou quasi-administratif (médecins libéraux dans de petites structures

⁷³ À la fois parce qu'une telle erreur peut avoir des conséquences graves sur la vie d'autrui, mais aussi à cause du risque croissant encouru par les praticiens de se trouver assignés en procès.

privées) dispose d'une assez large palette de ressources hiérarchiques. Une deuxième catégorie, les *surveillants*, regroupe l'ensemble des actifs hospitaliers du public et du privé qui assument au jour le jour la gestion des équipes, des horaires de travail et qui finalement évaluent sur le terrain le travail. Ces tâches reviennent généralement aux cadres de santé, dont la légitimité professionnelle s'est construite très largement autour de ces missions d'intermédiation hiérarchique. Subissant les influences multiples du personnel médical et de la direction administrative, ces encadrants de terrain doivent parfois faire face à des injonctions contradictoires et parvenir à faire le lien entre de multiples niveaux d'intervention.

Les *experts*, souvent médecins ou infirmiers, forment une troisième catégorie, numériquement majoritaire parmi les chefs des établissements de santé et aux contours plus faiblement définis du point de vue des statuts mobilisés. Alors que les deux premières catégories d'encadrants se retrouvent autour de responsabilités de type gestionnaire, ce qui rassemble ces actifs hospitaliers, c'est la prééminence qu'ils semblent accorder à l'activité médicale et soignante : fortement dépendants du travail de leurs collègues, soumis à une demande pressante (flux des patients) et très surveillés par leurs hiérarchies, les *experts* ont le sentiment d'exercer une activité dans laquelle toute erreur se traduit par des conséquences graves. Cette catégorie des *experts* apparaît particulièrement bien représentée dans les établissements publics, alors que le privé lucratif serait plutôt marqué par la figure du *gouvernant* (cf. tableau 10).

Tableau 10
Formes du travail d'encadrement et statuts des établissements

			Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Non-chefs			82,8%	84,1%	84,5%
Chefs			17,2%	16,0%	15,5%
dont	Encadrants	Gouvernants (Classe 1)	11,5%	15,0%	20,2%
		Surveillants (Classe 2)	24,2%	23,9%	22,3%
	Non encadrants	Experts (Classe 3)	41,9%	38,7%	36,3%
		Autres (Classe 4)	22,5%	22,4%	21,2%

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – Drees.

Une chaîne des responsabilités dans les établissements de santé s'esquisse ainsi en filigrane de ces analyses. Les *gouvernants* des établissements de santé – pour la plupart, cadres de direction ou médecins libéraux dans le privé – ont la responsabilité de la gestion des établissements de santé. Ils décident des objectifs, surveillent l'activité à un niveau agrégé et sanctionnent les services qui ne répondent pas à leurs exigences. Les *surveillants* sont les relais sur le terrain et à l'intérieur des équipes des décisions prises par les *gouvernants*. Ils s'assurent que les objectifs soient bien atteints, organisent au quotidien l'activité en fonction de ces objectifs et évaluent la contribution individuelle des actifs dont ils ont la responsabilité aux résultats collectifs.

Les *experts* sont des chefs d'une nature un petit peu différente : leur autorité ne provient pas – comme dans le cas des *gouvernants* ou des *surveillants* – d'une position dominante dans les organigrammes des établissements de santé, leur assurant l'instauration d'une relation de subordination à l'intérieur de laquelle ils savent devoir être obéis; elle s'exprime plutôt au cœur même de l'activité médicale ou soignante. L'autorité des *experts* et des *autres* s'appuie sur leur connaissance pratique des gestes médicaux ou soignants, qu'il s'agisse d'une connaissance informelle (donnée par l'expérience) ou d'une connaissance certifiée par l'appartenance à un corps professionnel.

Ces quatre classes de chefs fournissent des idéaux-types permettant de distinguer les différentes configurations de l'autorité dans les établissements de santé. Les responsables hiérarchiques sont le plus souvent investis d'une autorité hybridant ces idéaux-types : un médecin libéral dans un établis-

sement privé lucratif est dans certains cas un *gouvernant* (lorsqu'il participe à la direction de l'établissement) autant qu'un *expert* (s'il continue à exercer). Les analyses permettent d'esquisser les différents « ressorts » de l'autorité mobilisés dans ces rôles.

Les terrains réalisés dans les établissements de santé permettent de cerner, mieux encore que ne le fait l'enquête Drees, en quoi consiste le travail des *experts* et des *autres*, positions hiérarchiques caractérisées par de faibles niveaux d'encadrement. Nos observations nous renvoient en particulier aux spécificités des professions hospitalières, à l'existence de hiérarchies professionnelles et à la variété des formes de domination s'exerçant dans les établissements de santé. La prescription – en tant que consignes émises par certains actifs à l'intention d'autres actifs, pour lesquels c'est une obligation professionnelle de s'y conformer – est un mode de domination dont on peut trouver des équivalents dans d'autres types d'activité, mais qui ne connaît nulle part un développement aussi abouti que dans ces établissements hospitaliers. Relation encore plus hiérarchique car plus « englobante », la délégation – en tant que transfert de tâches que certains actifs peuvent effectuer mais qu'ils délèguent à d'autres qui n'ont quant à eux aucun rôle propre (typiquement, la relation des infirmières aux aides-soignantes) – est un mode de domination qui rappelle les hiérarchies de métier mais sans permettre la promotion progressive qui les caractérise habituellement. À côté des formes plus « traditionnelles » de la domination, telles la surveillance et la gouvernance notamment, on ne peut donc éviter de décrire plus avant ce que sont ces positions hiérarchiques non encadrantes.

2. LA PRESCRIPTION : LES MÉDECINS ET LES INFIRMIÈRES

À Hpri, un manipulateur radio disait : « On a l'impression qu'on a deux patrons : un médical et un plus hiérarchique ». Il y aurait donc un « patron » non hiérarchique, ou « moins » hiérarchique. On comprend qu'avec ce type d'« impression » aux formulations parfois confuses, il soit difficile de répondre à un questionnaire statistique qui supporte mal l'équivoque. Ce n'est pas que ce manipulateur radio ait lui-même, comme d'autres personnels, les idées confuses (cf. plus bas également ces médecins et ces infirmières qui hésitent sur le type de hiérarchie qui les relie). C'est que la situation est à la fois trop singulière et familière pour entrer dans des cadres et des analyses ordinaires, y compris pour ceux qui la vivent – d'où l'usage fréquent de tautologies : « Les médecins, c'est les médecins ». Pour ceux qui sont extérieurs aux pratiques routinières (et même intériorisées) que recouvrent ces tautologies, il faut alors comprendre ce qu'est la relation de prescription qui lie les médecins aux soignants.

2.1. Deux professions séparées et inégales liées par une relation de prescription

La *prescription* est une relation où un individu désigne à un autre individu ce qu'il doit faire, mais sans avoir les ressources organisationnelles directes pour lui imposer de le faire. Autrement dit, il dicte l'activité d'un individu qui ne lui est pas subordonné, ce qui distingue cette relation de la relation d'encadrement. Par exemple, dans le cas où une infirmière refuse d'appliquer une prescription formulée par un médecin, ce dernier ne dispose d'aucun recours disciplinaire ou organisationnel lui permettant de se faire directement obéir. Il devra en effet en référer au cadre infirmier, afin que ce dernier impose à l'infirmière d'exécuter la prescription (ou bien prenne des sanctions disciplinaires si l'infirmière persiste dans son refus). Cela implique que la consigne transmise par la prescription s'adresse à une catégorie de personnel abstraite (les infirmières dans leur ensemble), et non à une personne concrète, désignée comme la seule destinataire de l'instruction. En théorie, le médecin, lorsqu'il prescrit, n'a à se préoccuper ni de l'identité de l'individu particulier qui l'exécute, ni de la manière dont le travail de cet individu est organisé.

La prescription s'inscrit dans une relation entre deux catégories professionnelles relativement distinctes, ayant chacune des domaines de compétences propres. En effet, si le travail infirmier procède historiquement de la médecine, puisqu'il en constitue le nécessaire soutien et puisqu'il est

désormais réglementé dans le cadre des professions « paramédicales », il a cependant pris une relative émancipation. La reconnaissance réglementaire, en 1978, d'un « rôle propre » infirmier (en supplément du « rôle délégué » par le médecin) y a contribué – et les infirmières y sont très attachées. On parle également de « *diagnostic infirmier* », même si l'expression est discutée, en raison justement de la symétrie qu'elle instaure avec le « *diagnostic médical* ».

Les passages entre les deux professions sont limités. Lorsqu'on est titulaire du diplôme infirmier (trois ans d'études) et que l'on exerce depuis au moins deux ans, on peut concourir pour les places complémentaires du concours de fin de première année des études médicales. En sens inverse, un étudiant en médecine doit attendre d'avoir validé sa quatrième année pour recevoir l'autorisation ponctuelle d'exercer comme infirmier – et il n'est pas considéré comme n'importe quel infirmier, puisque les textes⁷⁴ prévoient qu'il soit « *affecté auprès d'une équipe soignante comportant au moins un infirmier d'Etat* ». Parmi les infirmières rencontrées, nombreuses étaient celles qui promouvaient une étanchéité entre les deux professions⁷⁵, à un moment où un rapport venait de sortir, qui proposait de fondre la formation des médecins et celle des infirmières pendant la première année d'études :

« Par exemple au niveau des études infirmières, il y avait l'idée d'augmenter le nombre d'années d'études en passant par la première année de médecin. Pour moi c'est pas bon : chacun son travail, il ne faut pas mélanger les tâches. Quand on est infirmière on a... Je suis peut-être de la vieille école, les jeunes n'ont pas la même vision. Avant il s'agissait d'une prise en charge complète, on nous répétait les 14 besoins de Virginia Anderson, j'ai essayé de garder cette idée. Si on nous oblige à faire en plus la première année de fac de médecine, on va perdre cette vision globale du patient, le patient devient une pathologie. » (Infirmière Hpu)

Pour cette infirmière comme pour bien d'autres, son métier n'est pas une catégorie subalterne à l'intérieur de la médecine, mais un métier à part entière. Il se caractérise par une autre manière de considérer le malade (« globalement » et non pas seulement à travers sa pathologie) et de s'occuper de lui (en le « soignant » et non en le « guérissant »)⁷⁶. Instaurer une formation initiale commune aux infirmières et aux médecins risquerait de gommer cette spécificité, et d'inféoder d'une nouvelle manière les premières aux seconds.

Le système actuel d'équivalences manifeste une certaine incompatibilité, une certaine étanchéité entre les deux professions, mais aussi, on l'a vu, une hiérarchisation : les équivalences sont plus favorables quand on passe de médecin à infirmier que dans le sens inverse. Un entretien avec deux infirmières manifeste à la fois la spécificité et l'infériorité de leur métier.

« – [Infirmière 1] Le nursing fait partie de notre métier. Mais heureusement qu'il n'y a pas que ça. Ça ne me gêne pas de le faire mais c'est pas ce que je préfère dans mon métier.

– [Infirmière 2] Moi c'est pareil.

– [Q :] Qu'est-ce que vous préférez ?

– [I 1] Les soins médicaux... oups, qu'est-ce que j'ai dit. [rires]

⁷⁴ Circulaire n° 2000-406 du 17 juillet 2000 de la Direction Générale de la Santé.

⁷⁵ Elles rejoignent les réactions d'infirmières lors du mouvement de 1988-1989, lorsque le gouvernement voulut apaiser les choses en proposant des passages vers la médecine : « *La réaction spontanée de refus de nombreuses infirmières à la proposition faite par M. Rocard d'entrouvrir la carrière infirmière sur la carrière médicale témoigne de ce que, pour elles, leur profession n'est pas (ou plus) une profession subalterne et qu'elles entendent faire reconnaître sa spécificité et par là sa position de valeur équivalente à celle de médecin* » (Kergoat et al., 1992 : 74).

⁷⁶ L'identité infirmière, lorsqu'elle se fonde sur cette manière spécifique de considérer le malade, se prolonge dans certaines orientations, notamment un goût pour les médecines douces comme alternative ou complément à la biomédecine (ce que notaient Kergoat et al. [1992], et ce que confirme Vega [2000]).

– [I 2] Prendre soin de l'autre, sauver si nécessaire. Des fois, on a des échanges avec des patients très forts, ça compense les patients difficiles. »

On retrouve à la fois une mise à distance du rôle aide-soignant, l'affirmation (humoristique mais pas anodine) d'une volonté de marcher sur les plates-bandes des médecins, et finalement une réaffirmation de la spécificité infirmière : le soin et ses aspects relationnels.

Séparées et inégales, les professions médicale et infirmière sont reliées par la relation de prescription. C'est ce qu'une surveillante d'Hpri appelle « hiérarchie fonctionnelle » : « Les médecins n'ont aucun pouvoir officiel sur moi ou sur l'équipe. Mais il y a une hiérarchie fonctionnelle à l'usage ». Dans une telle relation, le point de tension repose sur la fausse symétrie énoncée plus haut : des compétences propres de part et d'autre, et pourtant une hiérarchisation et des consignes à sens unique. La question du respect simultané des uns comme des autres hante la pratique (et les conflits) des médecins et des infirmiers. Car l'idée d'une « prescription sans subordination » est une vue de l'esprit qui, sur le terrain, est toujours équivoque, toujours en redéfinition, toujours objet de luttes. Entre celles et ceux qui parlent de collaboration, et celles et ceux qui parlent d'affrontement, personne n'a tort ou raison : l'ambiguïté semble inhérente à cette relation sociale.

2.2. Une autorité circonscrite

L'ambiguïté se manifeste d'une autre manière : c'est que les personnes concernées, tout en voyant la hiérarchie, hésitent sur le degré d'autorité des médecins. Tandis qu'il ne fait aucun doute que les cadres infirmiers ont une autorité sur les soignants (c'est même leur raison d'être), la supériorité hiérarchique des médecins associée à (ou contrebalancée par) l'indépendance partielle des soignants amène à des commentaires embarrassés. Du côté des infirmières :

« [Q :] Donc la hiérarchie c'est aussi les médecins ? — Pour moi oui, ma hiérarchie... Même si, je veux dire, ils ont pas un rôle de sanction par rapport à moi. Enfin je pense pas, je sais pas si... Enfin moi je pense pas qu'ils peuvent me sanctionner. Ils pourraient faire un rapport à Mme X [surveillante générale] qui elle pourrait plus me sanctionner. Mais pour moi oui, hiérarchiquement, oui... Même si je sais que ma courbe hiérarchique, c'est pas celle-là. Mais pour moi, je reconnais aussi bien que les médecins sont, oui, hiérarchiquement supérieurs à moi et s'ils ont des choses à me dire, je suis capable de les entendre et... Même si dans l'organigramme on est séparé. Enfin moi je fais pas de distinction. Un interne viendrait me voir, je reconnaîtrais si j'ai fait des erreurs ou quoi que ce soit. Pour moi c'est sûr que hiérarchiquement il est supérieur à moi. Parce qu'on a un rôle de prescription, on a notre rôle propre, mais l'essentiel... enfin c'est pas l'essentiel. En partie on a un rôle aussi d'application de prescription. Il faut bien qu'on applique les prescriptions médicales. » (Infirmière Hpu)

Comme du côté des médecins :

« Les infirmières, quelque part, si, quelque part, je sais pas si c'est hiérarchique, mais c'est moi qui fais les prescriptions, et c'est elles qui les appliquent. » (Interne Hpu)

« Vis-à-vis du personnel soignant, là c'est plus difficile bien sûr [qu'avec les internes et externes]. Ils sont pas sous ma responsabilité directe, je pense. J'en suis pas sûr, d'ailleurs. Ils sont pas sous ma responsabilité directe, ils sont sous celle du chef de service. Par contre effectivement, c'est le rapport... Même dès le niveau d'interne, les internes demandent des choses, font des prescriptions médicales que les infirmières doivent exécuter. Après, là aussi les infirmières ne sont pas juste là pour exécuter des ordres sans poser de question. On est très intéressé d'avoir des infirmières qui ont une opinion, et on discute. Après, bon, il faut qu'elles fassent ce qu'on leur demande. (...) Donc les infirmières, on a effectivement un rapport quand même de supériorité, parce

que toutes les décisions sont médicales, c'est elles qui les exécutent. » (Chef de clinique Hpu)

On voit dans ces deux derniers entretiens l'affirmation simultanée d'une supériorité hiérarchique et d'une hésitation quant à son exercice. C'est le résultat probable de la prépondérance historique des médecins comme de la contestation plus récente, par les infirmières, du rôle subalterne qui leur est assigné.

Anne Vega, dans sa description du quotidien infirmier, écrivait à propos du service qu'elle observait : *« Le médecin en neurologie reste le seul détenteur officiel des savoirs scientifiques et reconnus à l'hôpital, le symbole des savoirs savants, voire l'autorité immanente au sein des équipes, selon une continuité historique exemplaire »* (Vega, 2000 : 79-80). Peut-être faut-il nuancer ce propos, en soulignant que certes l'autorité du médecin, sa faculté à commander aux soignants et à être obéi, va généralement au-delà des seules prescriptions, des seules consignes médicales couchées sur le papier ; mais aussi que cet au-delà n'est pas infini et que, contrairement à l'autorité du cadre infirmier, l'autorité du médecin reste circonscrite. Seulement, les limites de son autorité ne sont ni objectivement définies ni identiques en tout lieu ; elles se redéfinissent en situation et font l'objet de litiges. Nos observations sur le terrain rejoignent ici celles d'Anne Vega, selon laquelle *« il reste difficile pour toutes les infirmières de poser sans éclat les limites de leur soumission vis-à-vis de la plupart des médecins »* (Vega, 2000 : 69). C'est ce qu'illustre cet épisode raconté par une médecin plutôt remontée :

« Non, mais j'ai rien contre elles [les infirmières]. Il y en a qui sont très bien. Mais si tu veux, ça peut facilement déraiper. Facilement. Alors c'est aussi parce que, d'abord, elles sont débordées. (...) — [Q :] En l'occurrence, l'épisode il y a 24h, ça portait sur une prescription, sur quoi ? — Non, c'était une prescription à chercher là-haut, elle voulait pas le faire parce qu'elle comprend pas que c'est important d'aller la récupérer, tu vois. — [Q :] Elle refusait d'aller la récupérer ? — Non, elle était occupée, c'est pas qu'elle refusait, faut pas exagérer non plus. Elle était occupée, je crois qu'elle saisissait pas exactement ce que je voulais. — [Q :] Et finalement, elle est allée la chercher, cette prescription ? — Non, j'ai dû aller la récupérer [rire]. (...) T'as pas envie qu'on te réponde. Enfin, on peut te répondre quand même, n'exagérons pas, mais pas dans un couloir où il y a du va-et-vient, c'est tout. Mais rarement une fille... une fille ne refusera pas un truc que tu lui as demandé pour un patient, ça je l'ai jamais vu. Elle fait ce que tu lui demandes. Enfin, elle fait ce que tu lui demandes. Elle fait son travail d'infirmière auprès du patient qu'elle prend en charge, c'est pas toi, ce que tu lui demandes. C'est en fonction de ce qu'on lui demande de faire. T'as jamais de refus à ce niveau-là. » (Médecin Hpri)

Ou un autre, raconté par une infirmière cette fois :

« Moi, il y a un truc que j'ai vraiment pas accepté, j'étais en train de manger, et un réa m'a apporté un dossier du patient, me le pose en me disant : "C'est le Dr X qui m'a dit de te le donner", il savait pertinemment que j'étais en coupure déjeuner, ça veut dire : "Dépêche-toi, faut le monter vite fait, il y a quelqu'un, faut laisser la place aux autres", pour moi ça veut dire ça. J'ai dit : "Bah alors là ! C'est niet." Moi, pour moi, je fais ma coupure, après oui, je ferai ce qu'il faut. Mais sur l'heure de repas non. Et puis combien de fois je n'ai pas mangé... Ils s'en fichent. (...) — [Q :] Oui, il y a moyen de dire non, comme ça aux médecins ? Enfin là en l'occurrence vous l'avez fait. — J'ai pas dit non. J'ai dit qu'il va attendre que j'aie fini ma coupure. Quand on dit ça, "mais ah oui oui, bien sûr". » (Infirmière Hpri)

2.3. La transmission des consignes médicales

Dans le cadre de cette autorité circonscrite, une autre question renvoie à la manière dont les consignes médicales sont transmises aux soignants. On retrouve ici la question des prescriptions. Dans les deux établissements observés (et avec trois ans d'écart), le passage de la première version de l'accréditation a notamment amené à interdire les prescriptions orales (par téléphone par exemple) et/ou non signées, ainsi que les retranscriptions de prescriptions, ce qui apparaît parfois impossible aux médecins mais aussi aux soignants. C'est à Hpri, dont l'accréditation est plus récente, que le problème est le plus criant. Le manque de lisibilité de certaines prescriptions et la résistance de certains médecins amènent des infirmières ou leurs cadres à penser qu'il est impossible que toutes les prescriptions soient signées de la main des médecins. Une réunion de cadres infirmiers d'Hpri l'illustre :

« – [Directrice des soins] Nous avons un gros souci sur les prescriptions médicales et d'examen. A partir de maintenant, si une prescription d'examen n'est pas validée par un médecin, il n'y aura pas d'examen. Il y a eu un souci, là, qui ne doit plus arriver, ça aurait pu être grave. On l'a arrêté juste avant, on peut le dire, le patient était tout prêt à passer à l'examen. Ce n'est pas à l'aide-soignante, à l'infirmière, ou au cadre... Ils peuvent remplir un bon, mais il doit être impérativement validé, sauf urgence vitale.

– [Cadre infirmier 1] Mais c'est nous qui le faisons depuis des lustres pour les bons de labo, et c'est la même chose pour la radio.

– [Directrice des soins] Je sais que c'est général, c'est un problème dans tous les établissements de France. Mais c'est une question d'approche avec le praticien. Aujourd'hui, à Hpri, la direction dit qu'on applique la loi. Elle a le droit de se couvrir. Ensuite, si vous dérogez, c'est votre problème.

– [Cadre infirmier 1] Il faut être réaliste, le médecin ne va pas faire une signature devant chaque médicament.

– [Directrice des soins] Les praticiens, quand ils signent un chèque, quand il s'agit de leur portefeuille, ils le font. Donc ils peuvent signer des médicaments.

– [Cadre infirmier 2] Mais des fois, on n'a pas le temps de revoir les prescriptions avant le soir, et le médecin est parti. Aujourd'hui dans l'organisation c'est difficile.

– [Directrice des soins] Il faut éliminer les risques d'erreur en faisant valider. Alors oui, c'est vrai, ça impose d'anticiper et de s'organiser. »⁷⁷

Quelque temps plus tard, l'enquêteur suit, toujours à Hpri, une visite de service effectuée par un médecin, accompagné par l'un des cadres infirmiers qui avaient assisté à cette réunion. Le cadre en question fait signer ostensiblement toutes les prescriptions

⁷⁷ La signature des prescriptions par les infirmières ne renvoie pas qu'à une « paresse » des médecins, mais à des caractéristiques du métier infirmier. D'une part, avec l'expérience, ils savent quels examens doivent être prescrits, comme l'explique ce cadre infirmier : « Mes [examens de] labos, j'ai aucun labo qui est signé par un médecin, c'est une prescription médicale, c'est moi qui les vois à la visite, et en fonction de la pathologie je sais ce qu'il faut faire. Je le fais depuis vingt ans. Alors que normalement c'est le médecin qui doit cocher les trucs de labo. » D'autre part, le médecin est chargé de la prescription de médicaments, mais ce sont les infirmiers qui assurent leur administration tout au long de la journée. Pour s'informer d'une équipe à l'autre sur ce qui a été administré, une retranscription de la prescription peut être nécessaire : « Mais quand même c'est difficile [d'interdire les retranscriptions], en service de réa, parce qu'il y a des prescriptions, par exemple des prescriptions d'administration de médicaments, répartition des horaires, qui doit être par exemple, Lasidix, qu'on doit faire, si le patient a fait un OPA sévère, qu'on doit administrer par exemple 40mg toutes les six heures. Et c'est difficile quand même de prendre la prescription du docteur, parce qu'il a prescrit mais il n'a pas réparti les horaires. Et nous si on retranscrit, on peut répartir les horaires pour nous, c'est facile aussi pour nous-même et pour les collègues qui viennent pour la continuité des soins. Et là je sais pas comment on va faire pour faire ça, s'ils veulent supprimer la retranscription de la prescription des médecins. On sait pas comment on va faire. C'est quand même un gros problème. Par contre chaque fois s'il y a des élèves par exemple qui passent pour faire le stage chez nous, on dit toujours que la retranscription de la prescription du médecin, dans la pancarte, en fait c'est interdit par la législation de soins infirmiers. Mais bon, ici c'est exceptionnel, on fait. On est obligé de le faire sinon on peut pas savoir à quels horaires il faut le faire, pour que le patient ait la dose bien répartie pendant 24h. »

médicamenteuses et d'examens au médecin : « *Tiens, dans le cadre de l'accréditation il faut que tu signes. [Le médecin rit.] Attention, les experts de l'accréditation viennent mardi. — De toute façon je ne fais pas de visites mardi.* » Après la prescription de médicaments, le cadre fait signer une prescription pour une radio, et cette fois le médecin se fâche : « *Pas pour une radio des poumons, quand même. — Si, toutes les prescriptions. — C'est n'importe quoi, alors allons-y, soyons cons jusqu'au bout. On va pas se laisser emmerder avec ça. Ce sont les surveillantes qui ont pondu ça. — Ce sont les textes. — L'interprétation des textes, c'est comme la religion, après tu as les rabbins, les mollahs qui... Il faut pas qu'on se laisse faire, on va voir ça.* » Le cadre prend l'enquêteur à témoin pour attester que cela a bien été dit en réunion. Pendant que le médecin est dans une chambre, le cadre dit à l'enquêteur resté dans le couloir : « *Tu as vu, c'est pas possible. Les médecins ne veulent pas, ça va doubler leur journée. Surtout lui, il aime partir le plus vite possible. Dix ou quinze fois par jour je devrais être en prison parce que je signe des prescriptions et que c'est de l'exercice illégal de la médecine. Mais si je ne faisais rien ce seraient les patients qui en pâtiraient.* »

Plus tard encore, lors d'une autre réunion de cadres infirmiers visant à faire le bilan de la visite d'accréditation, la discussion porte de nouveau sur les prescriptions :

« — [Directrice des soins] *Les experts de l'accréditation ne sont pas dupes : ils ont vu les retranscriptions qui sont faites par les infirmières. Ce qui les gêne, ce n'est pas que l'infirmière ou le surveillant accompagne le médecin pendant la visite et écrive la prescription sous la dictée, mais c'est le médecin qui écrit de manière illisible, laisse la prescription, et ensuite l'infirmière retranscrit derrière. (...)*

— [Cadre infirmier 1] *Pour les prescriptions, M. X [directeur de l'établissement] devait faire un courrier aux praticiens.*

— [Coordinatrice des soins] *C'est fait. Ce qui n'a pas été fait en revanche, ce sont des affichettes dans les services pour les infirmières pour leur spécifier qu'elles refusent d'exécuter toute prescription qui ne serait pas signée.*

— [Cadre infirmier 1] *On leur dit aux médecins, mais quand on leur dit on les emmerde.*

— [Cadre infirmier 3] *Mais si on ne les lâche pas, ils vont finir par le faire.*

— [Cadre infirmier 1] *Les infirmières refusent plus maintenant.*

— [Coordinatrice des soins] *Elles ont raison.*

— [Directrice des soins] *Et il faut leur dire que si elles ne le font pas, c'est un zéro pointé. Que les médecins s'arrangent entre eux pour qu'il y en ait toujours un pour valider les prescriptions.* »

La configuration actuelle pourrait donc se résumer ainsi : des médecins très réticents et qu'il est difficile de forcer ; une direction d'hôpital qui peine (ou hésite) à discipliner les médecins mais cherche à contraindre les infirmières en leur annonçant qu'elles ne seront pas couvertes (comme pour les glissements de tâches, cf. chapitre I) ; des infirmières qui refusent davantage d'appliquer les prescriptions non signées, notamment les prescriptions communiquées au téléphone par les médecins. Ces dernières arguent que les médecins ne les « couvriront » pas forcément en cas de problème. C'est ce que relèvent, parmi d'autres, deux infirmières en entretien :

« — [Infirmière 1] *Avant, on prenait des prescriptions comme ça par téléphone, ou alors il est dans l'ascenseur : "Commencez le [nom de médicament] !" Oui, d'accord, mais pour qui, à quelle dose, de quel patient vous parlez ? C'est vrai que c'est comme ça. (...)*

– [Infirmière 2] *Avant, les infirmières, on faisait tout. Tandis que maintenant, la nouvelle génération, déjà ma génération à moi, on ne fait que ce qui est prescrit, signé, et c'est tout.*

– [I 1] *Jamais de prescriptions par téléphone.*

– [I 2] *Et on n'accepte pas les prescriptions par téléphone. Et ça quand on est arrivées, ils ont pas compris que quand ils téléphonent et qu'ils disent : "Voilà, vous donnez ça", nous on dit : "Ben vous vous déplacez, vous prescrivez, vous signez, après je fais". Sauf cas exceptionnel, là il faut vraiment le faire tout de suite, tout de suite, et après ils signent. Mais normalement t'as pas le droit d'accepter une prescription sans... T'as pas le droit de faire quelque chose, parce que s'il se passe quelque chose, c'est malheureux à dire mais...*

– [I 1] *Le médecin, facilement, va dire : "Ah non, moi j'ai pas dit ça."*

– [I 2] *Exactement. Il peut dire : "Elle n'a pas compris."*

– [I 1] *"Ce n'était pas la bonne dose, vous m'avez mal compris au téléphone". Alors il faut se méfier. Parce que les médecins, ils laissent tomber les infirmières.*

– [I 2] *Ah oui.*

– [I 1] *Pour se protéger, ils s'en fichent de nous.*

– [I 2] *Ça c'est connu, archi connu. Moi maintenant je fais pas confiance. Moi depuis le départ où j'ai mis les pieds à l'hôpital, où j'ai travaillé, c'est : "T'as prescrit, oui je le fais, t'as pas prescrit, je le fais pas". Et moi je suis pas dans mon tort. Parce que j'ai pas la prescription. »⁷⁸*

Dans ce contexte potentiellement conflictuel, un cadre d'Hpri notait qu'« *il faudrait avoir un système où c'est informatisé, c'est le médecin qui fait tout* ». Or précisément, à Hpu l'outil informatique a remplacé le papier. On utilise désormais des ordinateurs, avec un logiciel où sont consignés aussi bien les prescriptions des médecins que leur application et les soins réalisés par les infirmières et aides-soignantes. Chaque matin, le médecin entre son code d'accès sur le logiciel, indique les prescriptions, puis l'infirmière fait de même et applique les prescriptions en faisant son tour, accompagnée de l'ordinateur portable posé sur une tablette roulante. Bien que ce système n'ait été mis en place que depuis quelques mois au moment de l'enquête, et malgré quelques réticences initiales vis-à-vis de l'informatique, il faisait à peu près l'unanimité, du côté des médecins comme des soignants. Il semble que l'outil informatique (et le système de codes d'accès personnalisés qu'il permet) soit celui qui réalise le plus efficacement l'idéal porté par la division du travail hospitalier. Du côté des soignants, certains apportaient un bémol à l'unanimité : la mise en place du logiciel aurait quelque peu réduit la communication avec les médecins. Ces derniers n'avertiraient pas toujours les infirmières de leurs changements de prescriptions, estimant que l'informatique y pourvoit.

⁷⁸ Le fait que les médecins puissent « laisser tomber » les infirmières revient souvent dans le discours de ces dernières, même en dehors de la question des prescriptions, et à Hpri aussi bien qu'à Hpu. Par exemple cet entretien où interviennent deux infirmiers : « Nous on n'a pas d'ordre infirmier pour être défendus par rapport à ça. C'est un infirmier contre l'ordre des médecins, et eux sont solidaires. Par exemple, une collègue avait un patient sortant d'USIC, il allait en post-USIC, le médecin lui a dit qu'il n'y avait pas besoin de le scoper. Dans la nuit le patient est décédé, et comme il n'y avait pas de scope, on ne s'en est rendu compte que le matin. Et le lendemain, sur les prescriptions il y avait marqué : "Mettre sous scope", donc c'était différent de ce qui avait été dit oralement, et ça n'avait pas été rectifié. En staff le médecin disait : "Moi j'ai marqué de scoper". L'infirmière s'est fait tirer les oreilles, heureusement qu'elle avait des collègues pour témoigner. — La parole d'un infirmier ne vaut rien. — Il n'y a pas eu de plainte de la famille, c'est pour ça que ça s'est bien fini. — S'il y a plainte, là ça prend des proportions... — Elle s'est expliquée avec le médecin. Il a avoué devant elle mais pas avec ses collègues. Mais il n'y a pas eu de souci finalement. »

2.4. Une prépondérance des médecins, mais ressentie et exprimée différemment

L'opposition entre soignantes et médecins, dont on a vu qu'elle est traditionnelle et répandue, prend cependant des formes différentes dans le privé lucratif et dans le public. En particulier, lorsqu'elles se plaignent de la cadence et de la charge de travail qu'on leur impose, les soignantes ne visent pas les médecins de la même manière dans les deux structures. À Hpu, elles épargnent généralement les internes dans leurs discours, c'est-à-dire les médecins avec lesquels elles ont le plus de contact. Les internes sont rangés eux aussi parmi les victimes d'une cadence imposée. Ce sont davantage le chef de service et peut-être plus encore « l'administration » qui sont dénoncés. À Hpri en revanche, les médecins côtoyés au quotidien, du fait qu'ils sont libéraux, sont beaucoup plus souvent accusés de « faire du chiffre » aux dépens des conditions de travail des soignants. Les antagonismes ayant pour objet la cadence sont donc davantage implantés à l'intérieur même du service, et inscrits dans les relations quotidiennes entre médecins et soignants.

« On dépend d'Hpri, pas les médecins. C'est le hic. On est dans le même bateau, mais on ne mange pas le même plat. Les médecins sont là pour gagner de l'argent. Nous si on travaille plus, on sera payé pareil. Les infirmières travaillent beaucoup mais sont payées pareil, pas les médecins. Ils sont là pour gagner de l'argent, et on ne peut pas les arrêter. » (Infirmière Hpri)

On peut comparer deux situations similaires et les commentaires qu'elles suscitent chez les soignantes, lorsque, à Hpu, comme à Hpri, des lits d'USIC ont été fermés par manque de personnel. Dans les deux cas, cela a amené un surcroît de travail pour les soignantes, mais ces dernières n'accusent pas les médecins de la même manière. Par exemple une infirmière d'Hpu accuse les médecins mais pas ceux qu'elle fréquente quotidiennement, c'est-à-dire les internes :

« En fait, comme il manquait de personnel il y avait pas assez de lits. Et en fait si tu fais pas assez d'entrées ton budget diminue et donc on nous poussait. Les patients sortaient très précocement et deux jours après ils revenaient. Mais c'est pas grave parce que comme c'était une nouvelle hospitalisation, ça faisait une nouvelle entrée donc ça posait pas de problèmes. C'est vrai que j'avais beaucoup l'impression qu'on foutait des patients dehors... Et ça, ça m'a beaucoup gênée. Mais bon ils avaient leurs arguments pour eux. T'as pas grand-chose à dire en tant qu'infirmière, tu suis ce qu'on te dit. Tu peux exprimer ton désaccord, mais c'est juste une suggestion. — [Q :] Et quand tu dis "ils", c'est qui ? — C'est les médecins. C'est les médecins qui décident. (...) — [Q :] Et vous avez protesté pendant cette période ? — (...) On a dit qu'il fallait que ça se calme un petit peu parce qu'on pouvait plus assurer et... Les médecins nous ont compris quand même. Parce qu'en fait pendant cette période-là, même si nous on était moins au niveau paramédical, au niveau médicaux ils étaient le même nombre, donc pour eux ça leur changeait pas grand-chose. Et à un moment ça devenait vraiment dangereux. (...) Bien souvent les internes sont d'accord avec nous pour dire que c'est très précoce, les sorties, tout ça. Et c'est plus les chefs de clinique qui les poussent à toujours aller plus vite. » (Infirmière Hpu)

En revanche à Hpri, et bien qu'on reconnaisse souvent que les médecins sont « cool » dans leur attitude, on les accuse d'imposer une cadence qui ne profite qu'à eux :

« Parce qu'on fait le même nombre d'entrées [de patients, alors que le nombre de lits a diminué], qu'il y ait deux salles ou quatre. Et notre salaire est resté le même, il y a une personne qui nous appuie pour dire que oui, on bosse, mais... Eux, oui, forcément, leur revenu est resté identique parce qu'il y a pas eu de baisse d'activité parce que nous, on était derrière à bosser comme des... (...) On leur dit qu'on en a marre. Ils disent : "Oui, c'est vrai, c'est vrai." Mais dès que le Samu appelle, ça les empêche pas de nous faire chabouler tout le service pour prendre un patient. Donc maintenant, le rituel, c'est de nous faire bosser comme des malades, et puis le soir ils viennent [mimant une tape sur

l'épauler] : "Braves bêtes, vous avez bien bossé". Enfin, ils disent pas ça, mais c'est ça. On a bien bossé aujourd'hui, ouais, super. Lui, il rentre heureux, moi je rentre crevé. »
(Aide-soignante Hpri)

Cette position n'est pas exprimée qu'en aparté. Elle est parfois exposée publiquement. Lors d'une réunion de service par exemple (à laquelle ne sont cependant pas conviés les médecins), qui réunit les soignants, le cadre du service, la coordinatrice des soins et la directrice des soins de l'hôpital, les premiers réclament une prime en contrepartie de l'augmentation d'activité, liée au « recrutement » des malades par les médecins :

« – [Aide-soignante] Je voudrais dire quelque chose et je pense parler au nom de tout le monde. On est passé de quatre à deux secteurs. Et on fait le même nombre d'entrées, vous en déduisez que la charge de travail est la même.

– [Infirmière] Non, c'est plus, puisqu'on est moins.

– [Aide-soignante] La charge de travail a doublé. Qu'est-ce que la direction compte faire de ça ?

– [Infirmière] La prime déjà, ça sera une bonne chose. Mais sur ce qu'on a donné, on veut une contrepartie financière.

– [Aide-soignante] Oui, parce que la petite tape des médecins, ça suffit pas.

– [Coordinatrice des soins] C'est déjà bien.

– [Aide-soignante] Dans les premiers temps, c'est gentil. Après c'est une insulte. »

En dehors de la question des cadences, le poids des médecins apparaît déterminant à Hpu comme à Hpri, mais de deux manières différentes. À Hpu, les médecins, ou du moins certains d'entre eux, exercent une autorité réglementairement confirmée, en tant que chefs de service, et bientôt en tant que chefs de pôle. À Hpri, la situation se caractérise moins par l'exercice direct d'un pouvoir de la part des médecins, et plus par une organisation (conçue et dirigée par l'administration et les responsables soignants) qui se fait en fonction de et pour les médecins. On en a une illustration quand la directrice des ressources humaines explique pourquoi l'établissement se doit d'annualiser le temps de travail.

« L'annualisation et la modulation du temps de travail, c'est le plus important, pour suivre nos pics d'activité. Car on a une activité relativement irrégulière en fonction de l'activité des praticiens. On en est dépendants : comme ils sont libéraux, ils travaillent énormément, mais ils sont capables de vous prévenir une semaine avant : "Je pars un mois". Nous on planifie nos équipes, qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là ? »

Autrement dit : les médecins n'ont pas le pouvoir, mais les détenteurs du pouvoir « officiel » dans l'établissement s'adaptent aux pratiques et aux exigences des médecins, et surtout contraignent les pratiques des autres acteurs dans un sens qui convienne au corps médical. Le résultat est que les médecins ont un poids déterminant dans l'organisation de l'hôpital sans nécessairement s'impliquer eux-mêmes dans cette organisation. Leur manque d'implication est fréquemment pointé, notamment par des cadres infirmiers. Mais en réalité, l'implication des médecins est variable d'un service à l'autre et, par conséquent, le partage des zones de responsabilité avec les surveillants peut également varier.

2.5. Le partage des zones de responsabilité entre les médecins et les cadres infirmiers

La question du partage des zones de responsabilité entre les médecins et les cadres infirmiers peut être source de conflit à Hpu comme à Hpri mais, là encore, de deux façons différentes.

À Hpu, le conflit semble plus structuré et davantage relié à la hiérarchie médicale : s'il y a un problème avec un interne, le surveillant va s'adresser au chef de clinique, au praticien hospitalier ou au chef de service.

« Donc généralement ça se passe bien, il y a pas de problème. Mais moi je suis quand même l'intermédiaire, et malheureusement, c'est déjà arrivé qu'il y ait un problème entre une infirmière et un médecin, un problème de conflit, c'est à moi de les régler. Donc si je me rends compte que ça va un petit peu trop loin, soit j'en parle au chef de clinique, soit directement au chef de service, comme ça m'est déjà arrivé. — [Q :] C'est arrivé à propos de quoi par exemple ? — Un conflit entre une infirmière et un interne. L'interne demande à l'infirmière l'état du pansement d'un patient. Elle ne répond pas. L'interne demande une seconde fois, et puis je crois qu'elle était en train de s'amuser avec ses collègues et tout. Donc l'interne a été très furieux, lui a parlé peut-être un peu brusquement : "Bon, écoutez, vous rigolez, mais moi je veux savoir comment est le pansement." L'infirmière lui a répondu : "Mais moi j'aimerais bien qu'on me parle autrement", enfin bon. Et puis de là c'est monté, c'est monté, au point que l'interne a commencé à crier et a refusé de travailler avec cette infirmière. (...) Là c'est allé jusqu'au chef de service et l'infirmière a failli avoir un rapport. — [Q :] Et qui c'est qui est remonté au chef de service, c'est l'interne ou c'est vous ? — Ah non, c'est moi, c'est moi. Parce que là, l'interne voulait même quitter le service. Il avait même enlevé sa blouse, donc c'est allé un petit peu loin. Là, j'ai trouvé que c'était quand même relativement grave, donc j'en ai parlé à mon cadre supérieur hiérarchique, Mme X, et puis nous sommes allées ensemble voir le chef de service. Parce que le chef de clinique se sentait très mal à l'aise pour s'occuper de ce problème. Il ne voyait pas comment il pouvait le résoudre. Donc si vous voulez, moi je dépends quand même de ma cadre supérieure, Mme X, hiérarchique. Et s'il y a vraiment un problème aigu au niveau médical, et que moi je constate, j'en parle à mon chef de service. Mais bien sûr je vais pas résoudre les problèmes médicaux. » (Cadre infirmier Hpu)

On voit dans cette histoire une remontée progressive des niveaux hiérarchiques, qui jouent sur les deux échelles (soignante et médicale) tout en marquant la supériorité de l'une sur l'autre : la surveillante (soins) s'adresse au chef de clinique (médecin), comme celui-ci se sent impuissant la surveillante sollicite sa cadre supérieure (soins) avec laquelle elle va finalement en référer au chef de service (médecin). La procédure est connue, rodée, elle semble connaître peu de dérogations. En bout de course, si le chef de service ne soutient pas le cadre soignant, l'histoire se clôt là, puisque « *de toute façon les médecins ont le pouvoir* » ou « *le dernier mot* », comme il est souvent rappelé.

« C'est notre quotidien, d'être gérés par les médecins. Mais ce qu'il faut c'est garder notre autonomie, nous soignantes, et ne pas avoir de lien hiérarchique avec les médecins. (...) [Mais] si on veut court-circuiter un cadre, c'est sans problème. Tant qu'il y aura des chefs de service qui diront que les cadres c'est inutile, les cadres n'auront pas une place importante. — [Q :] Vous êtes court-circuitées pour quoi, quels types de décisions ou d'informations ? — Quand les médecins veulent imposer quelque chose, ils l'imposent. Et on n'a pas tellement notre mot à dire. La faisabilité, on sera obligé de faire faire les choses, et quelles que soient les circonstances. — [Q :] Quand vous dites les médecins, c'est les chefs de service... — Tous les médecins. Tout médecin. — [Q :] Jusqu'à interne ? — Interne, non, mais dès les chefs de clinique, quand ils veulent faire faire l'impossible, on est obligé de faire faire l'impossible. Des laboratoires qui durent jusqu'à 18h au labo d'échographie, il faut bien que... Le personnel n'a pas, et les cadres n'ont pas la possibilité d'intervenir. Pour adapter les vacances du personnel aux vacances des médecins, c'est mission impossible, voilà. » (Cadre infirmier Hpu)

À Hpri, les frontières et les plates-bandes des uns et des autres se négocient plus au cas par cas. On trouve des services où les médecins se reposent sur le surveillant de manière importante, soit qu'ils aient noué avec lui des relations de confiance durables, soit qu'ils refusent de toute manière de

s'investir dans certaines tâches, restant des intervenants ponctuels qui se sentent et sont ressentis comme extérieurs. On trouve à l'inverse des services où la figure du médecin (éventuellement « fondateur » de l'entité) est beaucoup plus imposante, et peut être vécue comme écrasante par le surveillant. Tandis que la direction des soins envisageait de confier des « budgets de service » aux cadres infirmiers, la réaction des médecins était variable d'un service à l'autre :

« [Q :] Il y a pas de budget de service qui vous est communiqué ? — Non. — [Q :] Vous en souhaiteriez un ? — Pas du tout. J'ai fait médecine, c'est pas pour m'occuper de gestion de personnel, ou de gestion financière, ou de comptabilité. Ce qui est important pour moi, c'est de soigner des malades. Le reste, vous savez, c'est pas... Les administratifs font ça beaucoup mieux que moi. » (Médecin Hpri)

« [Q :] Et est-ce que la direction vous fournit un budget de service ? — Non. Et ça c'est un gros manque. Parce que c'est vrai qu'on aimerait bien savoir un peu, réellement, comment on se situe, si on a eu des fluctuations, sur quelle partie il faut faire un effort... ça c'est des ressources qu'on n'a pas du tout alors que dans le public, c'est beaucoup plus transparent. » (Médecin Hpri)

Lors de l'enquête, un cadre infirmier avait choisi de se retirer d'une unité dont il était censé s'occuper, car il trouvait que le médecin empiétait trop sur ses propres zones de responsabilité. Une cadre de l'hôpital le remplaçait simplement pour les plannings des personnels, tandis que le médecin assurait le reste de ses tâches, notamment les instructions et le contrôle vis-à-vis des personnels soignants. Ces derniers estimaient que leur service était suffisamment autonome, et le médecin suffisamment attentif, pour n'avoir pas besoin de cadre infirmier. Tandis qu'à Hpu l'investissement des médecins est réglementé et par conséquent relativement égal, à Hpri il est négocié et donc variable.

Les effets de structure qui différencient les hôpitaux publics et privés ont des répercussions sur l'âge, l'expérience et l'implantation des professionnels, ce qui, à son tour, peut avoir des répercussions sur l'autorité des uns et des autres. Il n'est possible ici que de suggérer cette hypothèse, et indiquer des pistes de différenciation entre privé et public, sur la base du questionnaire Drees. Il apparaît en effet que les médecins du privé lucratif sont, en moyenne, plus âgés que ceux du public (48,6 contre 40,4 ans), de même qu'ils ont plus d'ancienneté dans la profession (17,9 contre 12,4) et dans leur service (13 contre 10). Alors que les cadres infirmiers du public sont plus âgés que les médecins avec lesquels ils travaillent (48,3 contre 40,4 ans), ceux du privé lucratif sont légèrement moins âgés que les médecins (47 contre 48,6). Il est envisageable que ces écarts d'âge aient des effets sur les rapports d'autorité et, notamment, que les cadres du privé lucratif, malgré le statut libéral et extérieur des médecins, soient davantage inféodés à ces derniers (on peut par exemple imaginer le cas extrême, mais pas forcément marginal, d'un médecin actionnaire de la clinique, tandis que le cadre infirmier est promu et non diplômé – on imagine alors que ce dernier a peu de marges de manœuvre). Rappelons ici que les médecins du privé déclarent plus souvent, dans l'enquête Drees, avoir un ou des salariés sous leurs ordres ou sous leur autorité.

Encadré 3

Le développement des protocoles : une codification et une impersonnalisation croissantes des relations d'encadrement et de prescription

Les outils qui médiatisent les relations hiérarchiques, aussi bien d'encadrement que de prescription, sont en train de changer. Il n'est pas question ici des changements technologiques (qui certes sont toujours des changements organisationnels), par exemple l'introduction de l'informatique, mais de transformations concernant seulement les manières de faire, les procédés et les procédures.

On assiste aujourd'hui à une sorte de « protocolisation » de l'activité. Cela signifie que le commandement s'effectue de moins en moins sous la forme de consignes directes, multiples mais isolées, émanant chaque

fois d'une personne dotée d'une autorité quelconque, et de plus en plus par le biais de protocoles, qui indiquent une série de consignes et de réactions appropriées face à une situation donnée.

Aussi bien dans la relation des cadres infirmiers aux soignants que dans celle des médecins aux infirmiers, l'activité fait donc l'objet d'une codification croissante, réclamée par les autorités de tutelle, notamment dans le cadre de l'accréditation. C'est dire que les relations hiérarchiques sont de plus en plus contraintes par des réglementations qui dépassent l'échelle du service ou de l'hôpital.

Il semble néanmoins que les protocoles soient forgés de diverses manières. Certains sont imposés de l'extérieur du service (tutelles, direction de l'hôpital...). D'autres y sont négociés, entre médecins, entre médecins et soignants, ou entre cadres et soignants. D'un service à l'autre, on ne retrouve donc pas nécessairement la même panoplie de protocoles. Mais partout, l'idée est de codifier l'activité et de « dépersonnaliser » la distribution des consignes. Cela diminue les instructions formulées *a priori* par une personne, puisque tout est rédigé sur un papier ou un fichier informatique. La personne ne réapparaît que par le contrôle qu'elle opère *a posteriori* – et encore ce contrôle reste-t-il invisible tant que le protocole a été suivi correctement et qu'aucun manquement n'est constaté.

Par ailleurs, la mise en place des protocoles peut constituer une réponse au problème des transmissions médicales évoqué plus haut. Face à l'obligation faite aux médecins de signer toutes les prescriptions, alors qu'ils trouvent cela absurde et que les soignants confirment qu'« *on sait bien ce qu'on a à faire* », les médecins n'auront qu'à signer des protocoles, autrement dit une série de prescriptions et de réactions attendues des soignants, ce qui limite « *la paperasse* ».

Du côté des personnels, on retrouve vis-à-vis de cette évolution des points de vue contrastés, suivant les lignes de partage observées à propos de l'accréditation (Dougnet et Muñoz, 2005, post-enquête n° 48). D'un côté, la « protocolisation » de l'activité peut être vue positivement en ce qu'elle réduit la diversité des pratiques, unifie et standardise la prise en charge des patients, améliorant ainsi la qualité. De l'autre, cette même réduction peut être vue comme « enfermante » l'activité : soit qu'elle s'avère redondante avec ce qui se pratique déjà et apparaisse de ce fait inutile, soit qu'elle bouleverse des arrangements locaux (éventuellement des glissements de tâches) qui semblaient autant voire plus efficaces, affaiblissant les coopérations intra- ou inter-équipes du fait d'une formalisation rigide des rôles et des tâches.

3. LA DÉLÉGATION : LES INFIRMIÈRES ET LES AIDES-SOIGNANTES

La *délégation* est proche de la prescription en ce qu'elle se fonde également sur une hiérarchie professionnelle. Mais, tandis que dans la prescription il s'agit de deux professions distinctes (quoique hiérarchisées), dans la délégation il s'agit de deux catégories, supérieure et inférieure, à l'intérieur d'une même profession. L'infirmière peut faire le travail de l'aide-soignante et elle le fait parfois, mais elle remplit ordinairement des tâches plus valorisées, tandis que l'aide-soignante est confinée dans les tâches les moins prestigieuses du métier infirmier⁷⁹. Il y a, dans ce lien hiérarchique plus que dans d'autres, une dimension d'*englobement* de l'inférieur hiérarchique par le supérieur, puisque le supérieur peut faire le travail de l'inférieur, mais qu'il effectue un travail plus valorisé : qui peut le plus peut le moins, sous-entend une telle relation. Contrairement à l'infirmière qui, vis-à-vis du médecin, dispose d'un « *rôle propre* », l'aide-soignante vis-à-vis de l'infirmière ne peut tirer aucune dignité spécifique de son statut, car la figure de l'infirmière est son pareil en mieux, en plus abouti.

⁷⁹ Certes il y a parfois des glissements de tâches. Et, en sens inverse, il arrive que l'infirmière aille vider un bassin ou réponde à une sonnette, mais ce n'est pas systématique et l'évitement des infirmières vis-à-vis de ce genre de tâches peut être un point de tension avec les aides-soignantes (cf. chapitre I).

3.1. Une autorité instable

Ce qui apparaît de prime abord comme une division fonctionnelle du travail tend à fabriquer, puisque cette division est aussi une hiérarchie, une relation d'autorité qu'on qualifiera d'instable. Comme dans la relation de prescription, le lien qui unit infirmières et aides-soignantes est ambivalent, oscillant entre complémentarité et hiérarchie, et de ce fait entre collaboration et antagonisme. L'ambivalence est exprimée dans les textes du ministère de la Santé, qui fixent le rôle de l'aide-soignant « *en collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité* ». Et elle se retrouve dans le quotidien et le discours des premières intéressées. Par exemple dans cette discussion entre une aide-soignante et un aide-soignant, qui pointent les avantages du « *binôme* » (la collaboration avec l'infirmière) mais aussi du travail solitaire (qui permet d'être autonome vis-à-vis de l'infirmière) :

« – [Aide-soignante] *C'est pas terrible le boulot d'aide-soignante ici. (...) J'attendais pas une routine comme ça. Prendre les températures, servir les repas, débarrasser, et ainsi de suite. Je pensais qu'on était plus en binôme. (...) Il faut être collée aux fesses des infirmières si tu veux apprendre quelque chose. (...) On sent bien la séparation aides-soignantes, infirmières et internes, et ça m'énerve. Je pensais que les soignants étaient entre eux. Même en dehors du travail, on n'est pas ensemble. Quand les internes font des prescriptions, ils passent par les infirmières, et les infirmières passent par nous. (...)*

– [Aide-soignant] *Ce que j'aime malgré tout, c'est que je suis indépendant. T'es pas collée à une infirmière. En réa tu attends toujours après quelqu'un. Ça me soulait un peu.* » (Aide-soignante et aide-soignant Hpu)

L'infirmier « *délègue* » (selon le terme médico-légal) une partie de ses tâches à l'aide-soignant ; en retour l'aide-soignant, dans tout ce qu'il fait, est sous la « *responsabilité* » de l'infirmier. Être « *responsable* » de quelqu'un ouvre-t-il des droits à ordonner ou à surveiller ? C'est la question (non résolue) qui se pose dans le quotidien des hôpitaux. On retrouve là des positionnements disparates – et cette hétérogénéité témoigne de la complexité de la question. On aura par exemple des infirmières qui disent ne pas avoir à donner d'ordres aux aides-soignantes car ces dernières connaissent leur travail :

« *J'ai été aide-soignant, et j'estime que quand on est aide-soignant on a un boulot à faire et on connaît son boulot. On n'a pas besoin d'avoir quelqu'un sur le dos. Je ne me vois pas pister quelqu'un pour... je sais pas si tu vois, ils sont en train de ranger des placards, je vais pas aller au-dessus de l'épaule d'un aide-soignant pour voir exactement ce qu'il met dans le placard. Pour moi c'est pas mon rôle. Même si de temps en temps on va m'expliquer que c'est pas vrai, que je dois jeter un coup d'œil pour voir si tout est bon, je le fais pas.* » (Infirmier Hpu)

Effectivement, il peut être rappelé par l'encadrement que les infirmières doivent contrôler les aides-soignantes⁸⁰.

« *Il y a eu une réunion récemment, et j'ai entendu... Je pense que c'était pas nécessaire de le rappeler. La cadre a dit : "Les aides-soignantes, vous travaillez sous l'autorité de l'infirmière." Je pense que c'était pas nécessaire de le rappeler parce que je pense... ça s'est répété par une infirmière dans le service, qui s'en vantait : "La cadre a dit..." Donc je pense que c'est encore compliquer les choses que rappeler ce genre de choses. De toute façon nous on le sait. On le sait, on sait à quoi s'attendre, on sait ce que c'est notre travail.* » (Aide-soignante Hpu)

⁸⁰ Lors de la restitution de l'enquête à Hpu, la cadre infirmier supérieure a d'ailleurs manifesté de l'agacement en entendant qu'il y avait des infirmières refusant de contrôler les aides-soignantes.

Les infirmières qui décident d'investir ce rôle se plaignent à l'occasion (et parfois même à leur cadre) que leurs ordres ne sont pas obéis. Ou bien, elles déplorent une susceptibilité des aides-soignantes, qui prennent la moindre suggestion comme un ordre.

« L'inconvénient, c'est qu'elles ont l'impression qu'on leur donne des ordres. Mais on est tous dans la même galère. Autant travailler dans l'entente. Mais c'est pas toujours faisable. Il y en a qui pensent que quand on s'adresse à eux on donne des ordres. » (Infirmière Hpu)

L'hôpital est une « même galère » où, cependant, il existe des statuts hiérarchisés, et c'est pourquoi les suggestions prennent vite la forme d'injonctions, au moins dans l'esprit de ceux qui les reçoivent. Du côté des aides-soignantes, certaines trouvent normal que les infirmières leur indiquent certaines tâches à effectuer, tandis que d'autres revendiquent une indépendance. Le témoignage qui suit, assez tempéré, illustre dans le même temps les deux positions :

« C'est pas complètement des ordres, même si des fois il y a le commandement quelque part, c'est pas vraiment des ordres, c'est pour faire avancer la machine. Il y a des fois je me retrouve avec : "Tu peux donner à manger". Je peux donner à manger, j'entends ça, je peux donner le repas. C'est l'infirmière qui me délègue son rôle, parce qu'elle est capable elle aussi de le faire, de donner à manger. Mais elle me fait : "Tu peux donner le repas." Des fois je lui fais remarquer : "Toi aussi tu peux le faire." [rire] Mais voilà, ça s'arrête là, c'est-à-dire je le fais, bien sûr, parce qu'elle a quand même des soins que moi je pourrais pas faire. Donc je suis là aussi pour... C'est pas un ordre, c'est pas de la mauvaise volonté, mais quelque part c'est vrai que je suis l'aide-soignante et je dois me plier à certaines exigences, bien évidemment. Mais voilà, il y a des jours où on a envie de jouer sur les mots et de dire : "Toi aussi tu peux le faire". »

L'infirmière « peut le faire » car les tâches de l'aide-soignante sont de son rôle propre ; mais elle peut aussi le commander. On perçoit ici l'ambiguïté de cette hiérarchie professionnelle (que traduit l'embarras des infirmières qui recourent au « tu peux... »), et combien elle est susceptible de créer des tensions. Tandis qu'on a décrit la relation médecins / infirmières en parlant d'« autorité circonscrite », on pourrait dire ici que les infirmières ont sur les aides-soignantes une « autorité instable ». Suivant les personnalités des infirmières et des aides-soignantes, selon les orientations et le style de la gestion du cadre infirmier, le degré d'acceptation des consignes données par les infirmières varie. On peut faire l'hypothèse qu'elle dépend aussi du degré participation des aides-soignantes aux soins infirmiers.

3.2. Âge des infirmières, âge des aides-soignantes : la logique de métier renversée

On a vu que les aides-soignantes appartiennent au même métier que les infirmières, mais en leur étant inférieures (ce qui est différent du rapport des infirmières aux médecins puisqu'il s'agit de deux métiers hiérarchisés mais distincts). Qu'il y ait différentes catégories, supérieures et inférieures, à l'intérieur d'un métier, voilà qui est courant. Cela n'est pas forcément contesté, dans la mesure où cette hiérarchie se justifie par des différences de savoirs et de savoir-faire, d'habileté et d'expérience. Par exemple dans les métiers du bâtiment, on peut être successivement manœuvre, aide, petit compagnon, compagnon, et finalement maître ouvrier. Un médecin de CHU est interne, puis chef de clinique, puis praticien hospitalier. Il y a des opportunités de passage des bas statuts aux statuts élevés. Plus encore, comme dans le cas des médecins par exemple, ces passages s'inscrivent dans une logique de métier obligatoire : par une intégration progressive, chacun est appelé, au minimum, à quitter sa catégorie initiale. On peut faire l'hypothèse que la hiérarchie professionnelle est d'autant mieux acceptée qu'il est possible d'en gravir les échelons. Or il est d'autant plus facile de monter qu'il y a des échelons intermédiaires, que la promotion est progressive, venant sanctionner un apprentissage continu et une expérience cumulée. Dans cette logique qu'on dira de métier, puisque l'accès aux catégories supérieures est lié à l'expérience, ceux qui sont dans les caté-

gories élevées du métier sont généralement plus âgés que ceux qui sont dans les catégories basses. Les différences de qualification accompagnent des différences d'âge, et l'ascendant hiérarchique est conforté par l'ascendant générationnel.

Ce n'est pas le cas des aides-soignantes, en tant qu'elles s'insèrent dans le métier infirmier. D'une catégorie à l'autre, il n'y a aucune progression régulière, et rien qu'une frontière étanche : on est soit aide-soignante, soit infirmière. Ici, une stricte réglementation vient recouvrir les zones flottantes et les cas intermédiaires. Bien qu'il soit impossible de ne pas apprendre, bien qu'une aide-soignante ayant vingt ans d'expérience soit très différente d'une autre n'ayant qu'un an d'ancienneté, la première n'a pas le droit d'effectuer davantage de tâches que la seconde. De plus, tandis que les infirmières ont diverses voies de mobilité professionnelle, vers la formation, le conseil, l'encadrement, l'installation en libéral, les aides-soignantes n'ont guère le choix que de rester dans leur métier ou d'en changer, moyennant une formation professionnelle longue – trois ans pour devenir infirmière.

Lorsqu'on regarde l'âge et l'ancienneté des infirmières et des aides-soignantes dans le questionnaire Drees, on obtient des résultats inverses à ce que l'on présumerait si l'on s'en tenait à une logique de métier : les aides-soignantes sont en moyenne plus âgées (43,2 ans contre 38,8), plus anciennes dans leur profession (15,4 contre 14,9), et plus anciennes dans leur service (9,9 contre 8,7), que les infirmières. Certes, on notera que l'écart d'âge est plus important que les écarts d'ancienneté, ce qui laisse penser que les aides-soignantes entrent plus tard dans le métier – après avoir connu d'autres emplois ou après une période d'« inactivité », par exemple pour élever des enfants. Mais, significativement, il demeure que les aides-soignantes ne sont pas des « petites infirmières » (comme on dit « petit compagnon »), c'est-à-dire des jeunes professionnelles vouées à une promotion. Elles apparaissent davantage retenues dans leur catégorie professionnelle que les infirmières. Ce qu'analysent par exemple un aide-soignant et une aide-soignante :

« – [Aide-soignant] *Le gros souci, ce sont les infirmières qui ne restent pas longtemps. En moyenne, je crois que c'est 7 ans. Elles poursuivent des études et vont ailleurs, dans l'enseignement... À la fois elles ont une facilité à poursuivre des études et ellesaturent dans leur métier. Dans ce métier il faut développer quelque chose intérieurement pour ne pas saturer.*

– [Aide-soignante] *C'est un travail difficile physiquement et moralement.*

– [Aide-soignant] *L'aide-soignant lui par contre va jusqu'à la retraite. Il n'abandonne pas son métier. Pour certains, c'est parce que c'est un sacerdoce, et pour d'autres c'est parce que ce n'est pas facile de se reclasser.*

– [Aide-soignante] *Dans le privé il n'y a aucun accès à la formation. Il n'y a rien pour motiver les gens. »*

Il est suggéré dans cet extrait d'entretien qu'il y a des différences entre public et privé. Si l'on se reporte au questionnaire Drees, il est difficile de le vérifier. Effectivement, les infirmières du privé lucratif sont en moyenne plus jeunes (37,7 ans contre 38,7), moins anciennes dans leur profession (12,8 contre 15,1) et leur service (7 contre 9) que celles du public. En revanche, du côté aide-soignant, l'âge ainsi que l'ancienneté dans la profession et dans le service sont à peu près équivalents dans le public et dans le privé lucratif. *A priori* donc, les aides-soignantes ne sont pas plus prisonnières de leur statut dans le privé lucratif qu'elles ne le sont dans le public. Néanmoins, on ne voit là que des stocks : les aides-soignantes prises en considération sont « celles qui restent », et l'on ne sait rien des aides-soignantes devenues infirmières (surtout dans le public peut-on penser) ou de celles qui ont quitté un secteur pour aller vers un autre (le mouvement se faisant plutôt du privé lucratif vers le public, si l'on en croit les orientations données dans les entretiens). Les deux agrégats ne peuvent donc être considérés de manière indépendante. Peut-être que ce qui est dit plus haut en entretien – les aides-soignantes sont davantage « coincées » dans leur catégorie dans le pri-

vé que dans le public – se vérifierait si, justement, les aides-soignantes ne l'anticipaient pas et ne cherchaient pas à « fuir » vers le public.

Ce que l'on déduit en revanche des moyennes d'âge constatées, c'est que les écarts entre infirmières et aides-soignantes sont plus importants dans le privé lucratif que dans le public, ce qui peut accentuer l'impression qu'ont les secondes de « stagner », ou qui peut aiguïser un certain sentiment d'indignité du fait d'être « *sous la responsabilité* » de personnes plus jeunes. Cependant, d'après les entretiens, le sentiment d'amertume, lié à l'absence de mobilité professionnelle et au confinement dans des tâches peu valorisées, est susceptible d'être partagé par les aides-soignantes du privé comme du public. Deux exemples parmi d'autres :

« C'est hyper intéressant dans les débuts, tu vois plein de pathologies, plein de choses, tu découvres plein de choses, mais en fait à mon niveau c'est pas du tout intéressant. Parce que je suis aide-soignante, et que même s'il y a des choses qui m'intéressent je peux pas tâter, donc ça me fatigue. C'est dur psychologiquement. Non, c'est vrai. Tu vois plein de choses et tu peux pas... — [Q :] Et c'est strict au niveau de la séparation infirmière / aide-soignante, comment ça se passe ? — Oui, je crois que maintenant, beaucoup plus qu'avant, en tout cas. Et puis de toutes les façons, dans le temps, tu sais, dans les débuts tu es vachement motivée, etc. Et puis avec le temps tu te rends compte que c'est super d'être motivée, c'est super de faire le boulot des autres, mais toi t'as rien en retour. » (Aide-soignante Hpri)

« J'ai 36 ans d'ancienneté. J'ai fait ça par vocation, et maintenant je regrette. (...) Se faire traiter comme du poisson pourri par des gens qui se croient supérieurs... » (Aide-soignante Hpu)

L'aspect subjectif de la question – le sentiment d'amertume – a des contreparties objectives, dont l'absentéisme n'est peut-être pas la moindre⁸¹. Le temps passe, les choses changent : les savoirs, les savoir-faire, les aspirations, les collègues... mais le statut reste : « *Tu vois plein de choses et tu peux pas...* ». La relation qui lie les aides-soignantes aux infirmières est lourde de l'immobilité imposée aux premières, qui sont à la fois partie intégrante et exclues du métier infirmier.

⁸¹ Même si on a déjà signalé qu'il est difficile ici d'en évaluer l'ampleur.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'alternance ou, mieux, la combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives permet de faire communiquer les questions que les premières et les secondes posent à la réalité. C'est la voie que notre enquête a empruntée, mais à une échelle modeste. Il importe donc d'en souligner les limites avant de résumer quelques résultats.

Du point de vue quantitatif, les questions portant sur les relations hiérarchiques sont peu nombreuses ; elles ne permettent de saisir que quelques traits, décisifs mais sommaires. Les questionnaires *Conditions de travail*, malgré leurs évolutions, continuent de porter l'empreinte de l'ère de l'« organisation scientifique du travail », et cela est probablement justifié pour bien des secteurs dont la « modernisation » ne signifie pas la fin du taylorisme (Linhart, 1994). Mais cela pose certains problèmes pour les hôpitaux qui, pas plus hier qu'aujourd'hui, ne correspondent au schéma industriel d'organisation du travail. Pour autant, il ne faudrait pas minorer les similitudes entre les habits nouveaux du taylorisme, qui recourt moins à la standardisation des produits et davantage à celle des procédures, et, par exemple, les mouvements de « protocolisation » et de certification de l'activité hospitalière. C'est d'ailleurs désormais un enjeu décisif, adressé à toute enquête se donnant pour objectif de décrire le travail, que de parvenir à interroger de telles évolutions, qui s'affirment – peut-être plus qu'auparavant – en déstabilisant les cadres de représentation traditionnels sur le travail.

Du point de vue qualitatif, les observations sont en revanche multiples, foisonnantes, mais pèchent par leur ancrage dans un contexte très local, ce qui restreint les possibilités de généralisation. En choisissant d'observer un Centre hospitalo-universitaire (CHU) de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) on a choisi un extrême ; en enquêtant sur un grand hôpital privé lucratif appartenant à un groupe, on en a choisi un autre. On a ainsi laissé de côté les hôpitaux publics du régime général, les établissements privés non lucratifs et/ou participant au service public hospitalier, les petites cliniques dont les médecins ou des familles sont actionnaires, etc. On a supposé qu'en choisissant des extrêmes on obtiendrait, à défaut de faits représentatifs, des traits *significatifs*, aussi bien de la diversité des formes d'organisation du travail en établissement de santé, que des tendances à l'œuvre aujourd'hui (ainsi les grands hôpitaux privés appartenant à des groupes n'ont beau représenter qu'une partie du privé lucratif, ils en sont la partie la plus dynamique, probablement appelée à se développer). Cette supposition était étayée par les données issues du questionnaire Drees, du moins en ce qui concerne le privé non lucratif, puisqu'on constatait que ce dernier offrait généralement des résultats à mi-chemin entre ceux du public et ceux du privé lucratif. Mais des observations qualitatives seraient nécessaires pour confirmer que le privé non lucratif n'est pas essentiellement différent des deux autres secteurs hospitaliers.

La singularité des deux établissements étudiés au sein du paysage hospitalier doit être rappelée. C'est d'ailleurs ce que font régulièrement leurs personnels, pour s'en plaindre ou s'en vanter. L'enquêteur est pourtant obligé de se perdre (momentanément) dans les innombrables particularités des lieux, des personnes et des histoires, pour collecter des données qui ne soient pas trop superficielles. Il faut ensuite s'en dégager, pour tenter de restituer les analyses qui paraissent transposables en d'autres lieux – le moyen de cette généralisation étant de chercher des confirmations dans les statistiques, ré-interrogées par les hypothèses issues du terrain. C'est ainsi qu'il a été possible de décomposer ce qui ne l'est que partiellement dans le questionnaire : la division du travail (qui n'est guère saisie dans l'enquête statistique qu'à travers la structure des qualifications) et les relations de pouvoir (considérées à travers le seul prisme des responsabilités hiérarchiques).

Les observations sur le terrain confirment ce que certains résidus statistiques suggéraient : il faut disjoindre – quitte à les rassembler ensuite – la hiérarchie et le pouvoir ; et il ne faut pas considérer le pouvoir qu'à travers l'encadrement. Sans qu'il y ait là une explication unique, cela pourrait aider

à la compréhension du paradoxe énoncé dans l'introduction générale : moins de chefs et plus de pression hiérarchique.

Les relations hiérarchiques doivent être distinguées des relations de pouvoir

Le terrain qualitatif a permis de mettre en perspective le questionnaire sur deux séries de questions :

1) Celles relatives à la saisie de l'activité de l'hôpital et de la division du travail. Il est apparu que la structure des qualifications n'est pas toujours indicative du contenu du travail, et qu'elle l'est de moins en moins à mesure qu'on descend dans la hiérarchie. Cela pose des problèmes de comparaison, notamment entre privé et public, car des intitulés identiques peuvent recouvrir des activités hétérogènes. Plus encore, certains métiers de l'hôpital sont ignorés par le questionnaire, fondé sur les données employeurs, dès lors qu'ils ont été externalisés – ce qui pose à nouveau des problèmes de comparaison entre hôpitaux privés et publics, dans la mesure où la sous-traitance est plus développée dans les premiers.

2) Celles relatives à la saisie des relations de pouvoir. Il apparaît que les professions hiérarchiquement supérieures (médecins) ne sont pas forcément celles qui comportent une fonction d'encadrement. Tandis que certains métiers, comme celui des cadres infirmiers, sont dédiés à l'encadrement, pour d'autres l'encadrement n'est qu'une activité contingente, voire restreinte ou incertaine. Certes, la position hiérarchique – dans l'espace des professions – des médecins vis-à-vis des soignantes, ou des infirmières vis-à-vis des aides-soignantes, n'est pas sans créer des effets de pouvoir. Mais ce pouvoir est qualitativement différent de celui exercé par des cadres en titre, ce qui permet d'expliquer que les personnels en question ne se retrouvent que de manière ambivalente dans la 21^e question de l'enquête Drees. À côté de la relation d'encadrement – et de la distinction *gouvernance/surveillance* –, il a donc fallu nommer ces relations de pouvoir spécifiques. On a repris le vocabulaire médico-légal en parlant de prescription et de délégation, et en cherchant à en décrire les modalités d'exercice.

Le terrain qualitatif a permis de mettre en perspective le questionnaire sur deux séries de questions :

1) Celles relatives à la saisie de l'activité de l'hôpital et de la division du travail. Il est apparu que la structure des qualifications n'est pas toujours indicative du contenu du travail, et qu'elle l'est de moins en moins à mesure qu'on descend dans la hiérarchie. Cela pose des problèmes de comparaison, notamment entre privé et public, car des intitulés identiques peuvent recouvrir des activités hétérogènes. Plus encore, certains métiers de l'hôpital sont ignorés par le questionnaire, fondé sur les données employeurs, dès lors qu'ils ont été externalisés – ce qui pose à nouveau des problèmes de comparaison entre hôpitaux privés et publics, dans la mesure où la sous-traitance est plus développée dans les premiers.

2) Celles relatives à la saisie des relations de pouvoir. Il apparaît que les professions hiérarchiquement supérieures (médecins) ne sont pas forcément celles qui comportent une fonction d'encadrement. Tandis que certains métiers, comme celui des cadres infirmiers, sont dédiés à l'encadrement, pour d'autres l'encadrement n'est qu'une activité contingente, voire restreinte ou incertaine. Certes, la position hiérarchique – dans l'espace des professions – des médecins vis-à-vis des soignantes, ou des infirmières vis-à-vis des aides-soignantes, n'est pas sans créer des effets de pouvoir. Mais ce pouvoir est qualitativement différent de celui exercé par des cadres en titre, ce qui permet d'expliquer que les personnels en question ne se retrouvent que de manière ambivalente dans la 21^e question de l'enquête Drees. À côté de la relation d'encadrement – et de la distinction *gouvernance/surveillance* –, il a donc fallu nommer ces relations de pouvoir spécifiques. On a repris le vocabulaire médico-légal en parlant de prescription et de délégation, et en cherchant à en décrire les modalités d'exercice.

Cette distinction permet de comprendre qu'il puisse y avoir moins de « chefs » et plus de pression hiérarchique

On se rappelle le paradoxe soulevé en introduction. Par rapport à 1998, on trouvait moins de personnes répondant positivement à la question : « *Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ?* » Parallèlement, on en trouvait plus qui répondaient « oui » à la question : « *Votre rythme de travail vous est-il imposé par des contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie ?* » On s'interrogeait sur le fait qu'il puisse y avoir moins de « chefs » (déclarés) et plus de pression hiérarchique (ressentie).

La distinction entre pouvoir et hiérarchie, et plus encore entre encadrement et hiérarchie, trouve ici sa pertinence. Le médecin n'encadre pas formellement l'infirmière, mais il lui est hiérarchiquement supérieur, il est au quotidien à ses côtés, et ira protester directement ou par l'intermédiaire du cadre infirmier si quelque chose lui semble anormal. L'infirmière, de son côté, pourra donc s'estimer contrôlée par sa hiérarchie, tandis que le médecin ne se verra pas lui-même comme un encadrant. On peut développer le même type de raisonnement à propos des infirmières dans leur relation aux aides-soignantes. Or dans un contexte, partout souligné, de « protocolisation » de l'activité (qui peut donner aux « chefs » l'impression de donner moins d'instructions) et d'augmentation des cadences (qui fait peser de plus lourdes contraintes sur les personnels), la pression hiérarchique peut être plus durement ressentie tandis que de moins en moins de personnels estiment exercer le rôle de « chefs ».

Il faut insister en particulier sur ce qu'on a appelé la « protocolisation » de l'activité, qui règle davantage les actes et les gestes des personnels. Théoriquement, cela rend plus lointain le contrôle des « chefs » et favorise le développement de la gouvernance au détriment de la surveillance, puisqu'il s'agit pour les personnels de suivre une liste d'instructions et non des ordres donnés par une personne en particulier. Ces chefs « gouvernent » plus et ont moins l'impression de surveiller et d'agir directement sur leurs subordonnés, car ils sont concentrés désormais sur des résultats et moins sur les comportements au quotidien. Mais du côté des personnels exécutants, cette « protocolisation » se traduit par un encadrement plus strict de l'activité et, dans un contexte de réduction du personnel, fait peser un *stress* qui n'est pas nécessairement proportionné aux interventions directes et effectives d'encadrants. Certains dispositifs de pouvoir – et la « protocolisation » de l'activité en est un – sont efficaces moins parce qu'ils instaurent une surveillance effective que parce qu'ils distillent le sentiment d'être toujours surveillé (Foucault, 1975). Ainsi que l'indiquent plusieurs extraits d'entretien, le contrôle des cadres est d'autant plus pesant qu'il est vu comme éloigné du « terrain » : seuls les résultats sont jugés, disent les personnels, tandis que les difficultés, les manques de personnel, l'augmentation des cadences passent inaperçus ou bien sont tus.

Divergences persistantes et convergences à venir entre public et privé

Comme on l'a souligné tout au long de ce rapport, de multiples différences sont observables entre un hôpital public et un hôpital privé lucratif : dans les statuts hiérarchiques, dans l'exercice des responsabilités, dans les objectifs et les moyens de la gestion. Ces différences ne se réduisent pas à l'opposition, portée par des discours politiques mais aussi scientifiques, entre un secteur public rigide et encombré d'un côté, et un secteur privé souple et efficace de l'autre. Ni Hpu ni Hpri ne sont nécessairement représentatifs des secteurs respectifs auxquels ils appartiennent, et il est difficile de dire si la gestion du personnel est plus ou moins souple dans l'un que dans l'autre, car les différences sont qualitatives et difficiles à classer sur une échelle unidimensionnelle.

On se contentera de rappeler ici les difficultés qu'éprouve la direction d'Hpri à gérer et discipliner les médecins, à imposer ses plannings, à faire en sorte que ses cadres infirmiers baptisés « responsables de service » puissent effectivement commander, à unifier une gestion partagée entre différents responsables issus de périodes différentes de l'hôpital, etc. Si l'usage du contrat de travail, et notamment des contrats de vacation, permet d'entretenir une certaine flexibilité, il s'agit pourtant

d'une flexibilité à double tranchant, notamment vis-à-vis des infirmières qui, placées dans un rapport de forces favorable en raison de la pénurie de main-d'œuvre affectant leur métier, peuvent plus facilement imposer leurs conditions. Du côté du public, la prévalence des statuts sur les contrats – on comparait autrefois l'hôpital à une organisation militaire – permet d'imposer certaines mesures au nom de l'intérêt général qu'est censé représenter l'État employeur. Protecteurs, les statuts du public peuvent donc être aussi contraignants.

Les différentes formes de gestion de la main-d'œuvre dans le public et dans le privé ont et auront des répercussions non seulement sur les performances des hôpitaux, mais aussi sur l'attraction qu'ils exercent vis-à-vis des personnels. Sous l'effet d'une concentration sans précédent des moyens financiers, techniques et institutionnels, le secteur privé tend à concurrencer le public dans l'offre de soins d'un côté, et dans la demande de personnel de l'autre. Il dispose d'atouts spécifiques, comme la possibilité de négocier les salaires. Mais les hôpitaux publics, notamment ceux de l'AP-HP ont aussi des arguments à faire valoir, comme le statut de fonctionnaire, l'offre de crèches, etc. C'est pourquoi les précédentes post-enquêtes, que rejoignent nos observations, notaient que les travailleurs de la santé se dirigeaient plutôt vers le privé lorsqu'ils étaient jeunes (pour le salaire) et davantage ensuite vers le public (afin de gagner une stabilité et des avantages en rapport à la vie familiale).

Il faut souligner, pour finir, que la convergence entre hôpitaux publics et privés ne provient pas que des orientations des établissements en eux-mêmes, mais aussi (surtout ?) d'une uniformisation décidée par l'État, aussi bien dans les modes de financement (tarification à l'activité pour tous les établissements) que dans les manières de travailler (accréditation). À cet égard, la distinction entre public et privé peut être un peu trompeuse. Relativement à d'autres secteurs d'activité, les établissements privés de la santé sont très dépendants de l'État : ils sont financés principalement par de l'argent public ; ils ne peuvent exercer sans autorisation de tutelles ; leur gestion de la main-d'œuvre est contrainte par maintes réglementations, etc. Si l'établissement a été notre unité d'analyse pour cette enquête, il est loin de former une unité autonome, qu'il soit public ou privé ; il est pris, nécessairement, dans un enchevêtrement de réseaux de pouvoir où le ministère de la Santé et la Sécurité sociale tiennent toujours une place importante.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction

ANSART Pierre, « Hiérarchie », In *Dictionnaire de sociologie*, Paris : Le Robert, Seuil.

BAECHLER Jean, 1999, « Hiérarchies sociales », in Boudon Raymond, Besnard Philippe, Cherkaoui Mohammed, Lécuyer Bernard-Pierre, *Dictionnaire de sociologie*, Paris : Larousse-Bordas.

BECKER Howard, GEER Blanche, HUGHES Everett, STRAUSS Anselm, 1961, *Boys in white. Student culture in medical school*, Chicago: The University of Chicago Press, 456 p.

COLLET Marc, 2005, « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », *Etudes et résultats*, n° 377, février, 12 p.

DUMONT Louis, 1979, *Homo hierarchicus. Le système des castes et ses implications*, Paris : Gallimard, 444 p.

EYRAUD François, ROZENBLATT Patrick, 1994, *Les formes hiérarchiques : travail et salaires dans neuf pays industrialisés*, Paris : La documentation française, 212 p.

FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris : Payot, 369 p.

HUGHES Everett C., 1971, "Studying the nurse's work", *The sociological eye*. Chicago & New York: Aldine Atherton, p. 311-315.

METZGER Jean-Luc, SCWHYER François-Xavier, 2005, « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, pp. 183-205.

MOLINIE Eric, 2005, *L'hôpital public en France : bilans et perspectives*, Paris : Conseil économique et social, 263 p.

SUPIOT Alain, 2002, *Critique du droit du travail*, Paris : PUF, 1^{ère} éd. 1994, 280 p.

Méthodologie

BURAWOY Michael, 2003, *L'étude de cas élargie. Une approche réflexive, historique et comparée de l'enquête de terrain*, 1^{ère} éd. 1998, reproduit in Céfaï, *L'enquête de terrain*, Paris : La Découverte / M.A.U.S.S., p. 425-464.

ELIAS Norbert, SCOTSON John, 1997, *Logiques de l'exclusion*, Paris : Fayard, 1^{ère} éd. 1965. 338 p.

Fonctions et statuts

ACKER Françoise, 2005, Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars 2005, pp. 161-181.

ANTONMATTEI Paul-Henri, 2001, « Externalisation et article L. 122-12 al. 2 Code trav. : suite d'une nouvelle saga », *Droit social*, n° 1, janvier, pp. 13-16.

ARBORIO Anne-Marie, 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris : Anthropos, 334 p.

BOUBLI Bernard, 2000, « L'externalisation et le droit du travail », *Liaisons sociales*, septembre, pp. 68-69.

CHAPOULIE Jean-Michel, 2006, « Introduction à Roy, Donald », *Un sociologue à l'usine*, Paris : La Découverte, p. 5-31.

CLOT Yves, 1998, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris : La Découverte, 1^{ère} éd. 1995, 268 p.

DEJOURS Christophe, 1993, *Travail, usure mentale*, Paris : Bayard, 1^{ère} éd. 1980. 263 p.

DHOS, 2005, *Synthèse de l'enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercer en France*, juin, 17 p.

DURAND Jean-Pierre, 2004, *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*, Paris : Seuil, 386 p.

FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir*, Paris: Gallimard, 360 p.

HUGHES Everett C., 1971, "Studying the nurse's work", *The sociological eye*. Chicago & New York: Aldine Atherton, p. 311-315.

JOUNIN Nicolas, 2006, *Loyautés incertaines, les travailleurs du bâtiment entre discrimination et précarité*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 7, 619 p.

KERGOAT Danièle, IMBERT Françoise, LE DOARE Hélène, SENOITER Danièle, 1992, *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Paris : Editions Lamarre, 192 p.

LINHART Danièle, 2002, *Perte d'emploi, perte de soi*, Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 190 p.

MOLINIER Pascale, 2000, « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du genre*, n° 28, pp. 49-70.

MOULIER-BOUTANG Yann, 1997, *Le salariat bridé. Origine des politiques migratoires, constitution du salariat et contrôle de la mobilité du travail*, Thèse pour le doctorat d'université en sciences économiques, IEP de Paris. 1553 p.

ROY Donald, 2006, *Un sociologue à l'usine*, Paris : La Découverte, 244 p.

THEBAUD-MONY Annie, 2000, *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, Paris : Editions de l'INSERM, 272 p.

VEGA Anne, 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : Editions des archives contemporaines. 212 p.

Encadrement

COGNET Marguerite, 1998, *Migration, groupes « d'origines » et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels ? Une étude de cas dans un établissement public de santé de la région Ile-de-France*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris 7, URMIS, 359 p.

PAUGAM Serge, 2000, *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris : PUF, 437 p.

SUPIOT Alain, 2005, *Homo juridicus. Essai sur la fonction anthropologique du droit*, Paris : Seuil, 333 p.

Hors chapitres

ACKER François, 1997, « Sortir de l'invisible, le cas du travail infirmier », *Raisons pratiques*, n° 8, pp. 65-93.

- AIACH Pierre, FASSIN Didier (dir.), 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, Paris, 364 p.
- AMOSSE Thomas, DELTEIL Violaine, 2004, « L'identité professionnelle des cadres en question », *Travail et emploi*, n° 99, juillet, pp. 63-79.
- BALAZS Gabrielle, ROSENBERG-REINER Sylvie, 2005, « La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, pp. 115-118.
- CAMUS Agnès, DODIER Nicolas, 1997, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, juillet-août, n° 4, pp. 733-763.
- CGT, 2003, « Où va l'hôpital ? », *Le Peuple*, n° 1574, 12 mars, pp. 6-13.
- DASSA Sami, MAILLARD Dominique, 1996, « Exigences de qualité et nouvelles formes d'aliénation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 115, décembre, p. 27-37.
- ELABIDI Diane, MESSING Karen, 2002, « Aides-soignants et aides-soignantes : la collaboration dans les tâches physiques lourdes », *Cahiers du genre*, n° 32, pp. 5-24.
- LINHART Danièle, 1994, *La modernisation des entreprises*. Paris : La Découverte. 124 p.
- PERETZ Henri, 1998, *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris : La Découverte. 123 p.
- ROSENDE Magdalena, 2002, « La division sexuelle du travail chez les médecins : une étude de cas », *Cahiers du genre*, n° 32, pp. 25-41.
- WEBER Max, 1995, *Economie et société. Tome 1 : Les catégories de la sociologie*, Paris : Plon. 410 p.
- WOLFF Loup, 2006, « Monitorat, maîtrise, administration et direction : quatre formes du travail d'encadrement dans l'industrie », *Réseaux*, n° 134, pp. 123-155.

Post-enquêtes liées à l'enquête DREES 2003

- N° 47. BOUFFARTIGUE Paul, BOUTELLER Jacques, 2005, *Le temps du travail dans le temps de l'emploi. Biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans*, juin, 65 p.
- N° 48. DOUGUET Florence, MUÑOZ Jorge, 2005, *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, 172 p.
- N° 49. GHEORGHIU Mihaï Dinu, MOATTY Frédéric, 2005, *Les conditions du travail en équipe*, 289 p.
- N° 50. BOUFFARTIGUE Paul, BOUTELLER Jacques, 2005, *Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*. 73 p.
- N° 51. VEGA Anne, 2005, *Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie)*, 113 p.

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Entretiens réalisés à Hpri et Hpu (par profession et selon qu'ils ont été enregistrés ou non)	18
Tableau 2 : Structures des professions	25
Graphique 1 : Proportion d'entreprises ayant recours à la sous-traitance (1989-2001) .	49
Graphique 2 : Proportion d'entreprises ayant recours à l'intérim (1989-2001)	49
Tableau 3 : Part de chiffre d'affaires consacrée aux dépenses d'intérim et de sous-traitance dans la santé	50
Tableau 4 : Taux de chefs selon les groupes professionnels	66
Tableau 5 : Structure de la population hiérarchique	67
Graphique 3 : Structure de la population hiérarchique	68
Tableau 6 : Chances de déclarer encadrer <i>toutes choses égales par ailleurs</i>	69
Tableau 7 : Tâches encadrantes	91
Tableau 8 : Cumul des responsabilités hiérarchiques	92
Graphique 4 : Projection des centres de classe de la CAH dans le premier plan factoriel de l'ACM.....	93
Tableau 9 : Classes de chefs et types de responsabilité hiérarchique	94
Graphique 5 : Effectifs des groupes professionnels parmi les « gouvernants » (Classe 1) selon le statut de l'établissement	95
Graphique 6 : Effectifs des groupes professionnels parmi les « surveillants » (Classe 2) selon le statut de l'établissement	96
Graphique 7 : Effectifs des groupes professionnels parmi les « experts » (Classe 3) selon le statut de l'établissement	97
Graphique 8 : Effectifs des groupes professionnels parmi les « autres » (Classe 4) selon le statut de l'établissement	98
Graphique 9 : Probabilité de ne pas déclarer encadrer selon la profession et le statut de l'établissement	99
Graphique 10 : Risques relatifs de déclarer qu'une erreur dans le travail puisse entraîner des conséquences négatives en termes de.....	102
Graphique 11 : Risques relatifs de déclarer que le rythme de travail dépende de	103
Tableau 10 : Formes du travail d'encadrement et statuts des établissements	104

DERNIERS NUMEROS PARUS :

(téléchargeables à partir du site

<http://www.cee-recherche.fr>)

N° 31 *Analyse comparative de l'activation de la protection sociale en France, Grande-Bretagne, Allemagne et Danemark*

JEAN-CLAUDE BARBIER, ANNE EYDOUX, NDONGO SAMBA SYLLA

avril 2006

N° 30 *Trajectoire d'insertion ou gestion « sociale » d'un chômage de masse ? L'insertion par l'activité économique dans deux bassins d'emploi*

FRANÇOIS BRUN, MICHELE ERNST STÄHLI, JEROME PELISSE

février 2006

N° 29 *Transformations de l'intermédiation hiérarchique*

LOUP WOLFF

novembre 2005

N° 28 *Dans une zone urbaine sensible : les acteurs de l'éducation et de l'insertion des jeunes « en difficulté »*

MICHEL DESTEFANIS, ELISABETH DUGUE, CATHERINE MATHEY-PIERRE, BARBARA RIST

octobre 2005

N° 27 *Les évolutions de la santé au cours de la vie professionnelle : altération, préservation, construction. Actes du séminaire Vieillesse et Travail (année 2004)*

CREAPT/EPHE

octobre 2005

N° 26 *Enquête « Santé et Vie professionnelle après 50 ans ». Résultats par secteur d'activité*

ANNE-FRANÇOISE MOLINIE

octobre 2005

N° 25 *Les carrières des chercheurs dans les entreprises privées*

RICHARD DUHAUTOIS, SEVERINE MAUBLANC

septembre 2005

N° 24 *Que nous apprennent les bénéficiaires du RMI sur les gains du retour à l'emploi ?*

YANNICK L'HORTY

juillet 2005

N° 23 *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*

THOMAS COUTROT, LOUP WOLFF

juillet 2005

N° 22 *Concilier travail et famille en France : approches socio-juridiques*

MARIE-THERESE LETABLIER, MARIE-THERESE LANQUETIN

juin 2005

N° 21 *Les missions locales et l'innovation*

CECILE BARON, MARIE-CHRISTINE BUREAU, BERNARD GOMEL, COLETTE LEYMARIE, PATRICK NIVOLLE, NICOLAS SCHMIDT, ANDRE WISSLER

mai 2005