



**HAL**  
open science

# Le cadre supérieur de pôle et sa participation à la politique de l'établissement et au management

Régine Bercot

► **To cite this version:**

Régine Bercot. Le cadre supérieur de pôle et sa participation à la politique de l'établissement et au management. Soins Cadres, 2021, 125, pp.52-56. 10.1016/j.scad.2020.12.014 . hal-04232850

**HAL Id: hal-04232850**

**<https://hal.science/hal-04232850>**

Submitted on 22 Jul 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Dochead** savoirs et pratiques

### **Surtitre** organisation

#### **Le cadre supérieur de pôle et sa participation à la politique de l'établissement et au management**

**Régine Bercot**<sup>a,b,\*</sup>

Professeur émérite de sociologie

<sup>a</sup> Université de Paris-8, 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France

<sup>b</sup> Cresppa-GTM, 59-61 rue Pouchet, 75017 Paris, France

*Adresse e-mail* : reginebercot@gmail.com (R. Bercot).

### **Résumé**

Un premier article abordait la question de la nouvelle fonction des cadres supérieurs de pôle et leur rôle. Notre thèse est qu'ils sont constamment à la recherche du maintien des équilibres. L'innovation est une préoccupation forte, à la base de la professionnalité acquise tout au long de leurs expériences de travail : obtenir des effectifs, rationaliser les temps de travail, gagner en efficience. Ces équilibres passent aussi par un travail de soutien aux cadres de santé et à leurs équipes, mais aussi aux médecins ; ils supposent un travail courant de négociation. Les professionnels fédèrent et orientent les équipes avec une organisation bureaucratique qui occasionne une surcharge de travail.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – audit ; bureaucratie ; cadre supérieur de pôle ; orientation ; sens de l'activité ; soutien

### **Summary** « à traduire »

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

### **Keywords** – « à traduire et mettre par ordre alphabétique »

Les exigences que les cadres paramédicaux de pôle (CPP) souhaitent faire partager par le personnel sont multiples et peuvent porter sur l'accueil, le soin, la propreté, etc. Ces cadres défendent également des valeurs et des points de vue plus politiques. Ils construisent aussi une position commune pour les équipes en arbitrant entre les différentes injonctions et consignes. Le rôle fédérateur est visible dans leurs arbitrages entre les multiples demandes ; certains mettent l'accent sur les injonctions contradictoires et les conséquences possibles d'une dégradation du service au malade. Ainsi, une CPP en cancérologie évoque les directives de faire payer les chambres individuelles aux patients, afin de faire rentrer de

l'argent ; cette demande entre en conflit avec la volonté de mettre en place un service et un soin de qualité pour tous. Les personnes atteintes d'un cancer peuvent s'appauvrir très rapidement ; certaines d'entre elles n'ont pas de mutuelle et n'ont donc pas les moyens de se payer une chambre individuelle. Or, les soignants disent l'importance de cette condition pour humaniser le soin en référence à la charte du patient, qui suppose dignité, confidentialité, respect.

Construire une politique au sein d'un pôle pour harmoniser les prises de position et les pratiques permet de restituer un sens commun au travail. Pour y parvenir, les CPP effectuent tout à la fois un travail d'intermédiation et de soutien aux équipes. Ils s'appliquent à construire au quotidien une politique de pôle en matière de gestion de la main-d'œuvre et d'organisation.

### **T1 S'entremettre entre la direction et les équipes**

Les demandes des services fonctionnels convergent vers l'équipe paramédicale de direction du pôle qui effectue un travail d'intermédiation afin de soulager l'encadrement et le personnel paramédical. Ainsi, les CPP ne transmettent pas les demandes des directions telles qu'elles sont formulées, mais les reformulent en masquant leurs incohérences, veillant à débusquer ce qui est redondant. Ils prennent ainsi soin du personnel en réduisant ou en rationalisant les demandes faites<sup>1</sup>. En conséquence, ils jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la politique de l'hôpital en l'habillant de telle manière qu'elle paraisse cohérente.

Prenons l'exemple de la qualité. Il existe plusieurs modalités d'organisation de sa prise en charge. Si certains pôles ont un cadre supérieur positionné en fonctionnel, le nombre de cadres supérieurs étant réduit, la préoccupation de la qualité peut l'être par un cadre de santé référent. La qualité est au centre de la certification et occupe un temps important des différentes catégories : *reporting* des indésirables *via* des logiciels, simulations d'évaluation avant les revues de contrôle de la Haute Autorité de santé, recueil des informations en vue d'une analyse des pratiques.

Les jugements concernant le travail à faire à propos de la qualité varient selon les services et la volonté d'exprimer un point de vue critique. Si un interlocuteur d'un pôle des urgences met en avant la nécessité d'avoir des procédures rigoureuses, respectées et évaluées, la majorité des CPP met l'accent sur l'avalanche des demandes concernant la qualité et les procédures. Les cadres de santé sont constamment sollicités pour justifier l'activité, mais aussi pour répondre à des demandes multiples de certification qualité. Ainsi, un cadre de pôle regroupant des spécialités en cancérologie doit faire face à cinq inspections sur l'année : agence régionale de santé, Institut national du cancer, hôpital, Cancéropôle, Autorité de sûreté nucléaire, certification européenne. La grille de relevé des informations à remplir par l'équipe pour les différentes instances s'avère différente. La charge de travail pour les équipes soignantes serait allégée s'il y avait une coordination des instances responsables du suivi de la qualité. Cette absence de coordination fait fi du temps de travail et de l'énergie des personnels.

## **T1 S'approprier la construction des audits et préserver le personnel**

Les audits peuvent être très problématiques pour les personnels tant en ce qui concerne leurs résultats que les manières de les mener. Ils laissent certains CPP considérablement indignés. L'exemple suivant concernant l'évaluation de la qualité dans un hôpital parisien illustre les décalages entre les évaluations par les procédures de certification et travail réel accompli par les équipes.

L'un des critères pris en compte dans les évaluations est, par exemple, la traçabilité de la douleur pour les malades, la manière dont elle est prise en compte pour dispenser des antidouleurs. Dans un pôle, l'un des services est évalué comme surveillant la douleur pour 100 % des malades, mais pour un autre service, celui de la réanimation, le chiffre attribué est 50 %. Ce résultat s'explique par le fait que les médecins de ce service n'ont pas souhaité acquérir le logiciel qui permettait d'entrer certaines données participantes de l'évaluation. Ainsi, sur les tableaux, les indications montrent que la réanimation ne demande pas à ses patients d'établir l'échelle de leur douleur. Alors « *qu'il est évident qu'ils le font* » nous dira la CPP, l'information est d'ailleurs présente sur les relevés de transmissions. Alors que le résultat de l'audit ne reflète pas la pratique, il sera communiqué à tous. Les évaluations par *item* sont visualisées par des couleurs attribuées aux résultats de chaque service. Dans celui de réanimation, il n'est pas au vert...

## **T1 Paroles sur le vif**

*« ... Là, on a des pompes à morphine pour les petits jeunes drépanocytaires. Bon, il y a un audit sur les pompes, qu'on appelle PCA pour savoir si on sait bien faire. Nous, on en utilise énormément, donc toutes les filles sont ultraformées. Là, il y a trois jours d'audit... et c'est des étudiants de l'école des cadres qui viennent. J'apprends que l'on n'est pas bonnes en PCA, alors là je dis : "Merde, c'est pas possible, qu'est-ce qu'il y a eu encore ?" Je vais voir les filles et je leur demande : c'est quoi cette histoire de PCA ? Le premier point de l'audit, c'est la vérification de l'identité du patient sur son bracelet... Ils ont audité cinq fois le même malade avec la même infirmière, donc elle ne fait pas à chaque fois le bracelet d'identité ; c'est son patient qu'elle a de 7 heures du matin à 14 heures, elle ne va pas recommencer à chaque fois ! Eh bien ! dans l'évaluation, il y a eu vérification de l'identité du patient qu'une fois sur cinq. Parce que l'infirmière est entrée cinq fois dans la chambre : même patient, même infirmière, même journée et on se fait flinguer là-dessus ! C'est insupportable ! », explique la CPP. On perçoit comment le résultat de l'audit est dans un premier temps pris très au sérieux et inquiétant. L'audit, jugement extérieur, est chargé d'émotion, car il est une évaluation des pratiques et de la professionnalité. Le fait qu'il soit bâti sur des critères précis lui confère aussi une certaine objectivité. La diffusion des résultats dans l'équipe et aux directions est ce qui renforce aussi l'émotion, et le fait que les résultats soient en contradiction avec la qualité du travail effectué. L'audit ne constitue pas un levier de reconnaissance, mais plutôt de découragement contraire à la préoccupation des cadres qui cherchent à motiver les équipes. Le travail de l'encadrant se trouve donc complexifié, car les*

soignants, loin d'être apaisés ou contents du processus d'audit, s'insurgent contre cette forme d'évaluation et se démobilisent. Si les cadres cherchent à s'appuyer sur les audits pour faire progresser les pratiques des équipes, on voit que ce lien entre évaluation et pratique est loin d'être toujours congruent. Ces défaillances sont vues par nombre de cadres supérieurs comme une absence d'aide ou de soutien dans leur travail, plutôt une complexité supplémentaire apportée par les directions dont elles dépendent. À la suite de cet audit, une communication est entreprise concernant les résultats, ainsi qu'une formation. Un jugement non accepté par les infirmières, une formation imposée pour redresser des pratiques qui ne sont pas défaillantes, on ne semble pas très loin d'un univers kafkaïen.

La manière dont est fait l'audit le déconsidère totalement. En effet, ce n'est pas l'esprit de la règle qui prévaut, mais une application aveugle, un non-sens des modalités d'évaluation.

Cet agacement et le rejet des audits précédemment cités ne signifient pas pour les cadres supérieurs une absence d'intérêt pour l'audit. Dans les différents services où nous avons été, les CPP bâtissent eux-mêmes des évaluations des pratiques de leurs unités : *« Nous, on fait des audits internes. Eh bien ! vous voyez la non-communication, on n'a jamais communiqué dessus : grosse erreur. On fait des audits sur l'hygiène des mains et des voies veineuses périphériques, mais on s'en sert pour nous. C'est idiot, une fois qu'on a fait ça, il faudrait l'envoyer à la direction des soins, la direction qualité et tout pour leur montrer. »* Les CPP possèdent une culture de l'action, mais n'ont pas toujours le réflexe de communiquer. L'audit est un contrôle, sa mauvaise mise en œuvre conduit à le déconsidérer, ressentir tout à la fois une absence de confiance et une déconsidération. En conséquence, les décalages entre évaluations et réalité de l'activité sont problématiques dans un double sens : elles déconsidèrent les salariés concernés par ceux qui évaluent. Cela bien évidemment représente un problème, car l'audit démotive les salariés qui ne se sentent pas reconnus, voire disqualifiés. De plus, de manière symétrique, les évalués ont une piètre opinion des modalités de repérage des pratiques du fait de la désignation fallacieuse des caractéristiques de leur travail. L'évaluation, en ne prenant pas en compte le travail réel décrédibilise, la démarche.

## **T1 Soutien et aide**

Les CPP orientent également le travail des équipes. Relais de la politique de l'institution, ils interfèrent en construisant des priorités. Le soutien aux cadres de santé prend des formes multiples ; il concerne les questions d'ordre matériel comme la mise au budget d'achats de matériels pour répondre aux besoins, des transformations dans les implantations de service, la construction de liens avec les pôles amont ou aval, les services fonctionnels afin de faciliter la mise en place de solutions nouvelles.

Une facette de l'aide apportée aux cadres de santé concerne la recherche de remplaçants. Les effectifs légalement indispensables pour assurer le maintien de l'activité varient suivant les types de service et soins apportés. Cependant, très couramment les effectifs sont extrêmement tendus, ainsi que de nombreux travaux ont pu le souligner. La gestion des absences des personnels paramédicaux suppose un gros investissement en temps de la part

des cadres de santé. Les CPP viennent en renfort pour aider à la recherche de solutions. Certains peuvent ainsi solliciter des infirmières en repos et les faire revenir en cas d'absence de l'hôpital ; même si cette démarche ne correspond pas aux règles de droit du travail, elle vient pallier les difficultés du soin au patient.

La démarche de soutien aux équipes suppose une vigilance forte concernant la mobilisation des membres de l'équipe. Celle-ci s'appuie sur la construction d'une dynamique demandant du temps, car il s'agit de rapprocher des services de spécialités différentes : entre les services d'aigu (par exemple, la réanimation) et ceux de soins de suite (comme un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les CPP relèvent combien les temporalités du soin et de l'intervention sont différentes, les relations au patient construites sur des bases spécifiques. Les connaissances techniques mises en œuvre sont également parfois éloignées. Comment, dès lors, construire cette unité du personnel d'un même pôle ? Quels sont les outils mobilisés pour favoriser les rapprochements ?

### **T1 Lien et écoute**

Favoriser les rapprochements passe tout d'abord par une interconnaissance au sein du pôle des différents personnels ; interconnaissance des personnes, mais aussi de leurs activités de travail. Leur rassemblement lors de réunions collectives thématiques permet de créer de l'interconnaissance entre les différents services parfois éloignés géographiquement. Les CPP veillent à les organiser dans les locaux des divers services. Certaines de ces réunions concernent spécifiquement les cadres de santé, d'autres sont plus générales pour l'ensemble des personnels. Soulignons que les difficultés sont particulièrement importantes pour les pôles à gros effectifs. Un autre ressort de cette unification peut être la mise en place d'un service commun de remplacement afin de faire se rencontrer les personnels des différents services du pôle.

Les cadres de pôle cherchent également pour eux-mêmes un contact, une interconnaissance des personnels et de leurs activités de travail. Ils disent combien il est utile d'être vigilant et de prendre soin des personnels. Cependant, la gestion de leur disponibilité est un point névralgique, car les pôles sont vastes, répartis sur des zones géographiques différentes, et créer du contact suppose une forme de *management* déambulatoire. Pour être en contact avec les équipes, la plupart privilégient les visites dans les services à des rythmes réguliers ; certains jours de la semaine, les personnels savent que le CPP visitera leur service. Cela permet de ménager des rencontres, de favoriser la connaissance des personnes et des problèmes rencontrés par les équipes ou certains personnels. Il ne s'agit donc pas d'un encadrement permanent direct, mais plutôt d'un recours, d'un appui éventuel. Cette vigilance peut prendre des formes d'aide très personnalisée concernant certains personnels paramédicaux qui ont de grandes difficultés personnelles. Les CPP interviennent pour repositionner les personnels en difficulté sur des postes mieux adaptés à leur état, mais aussi pour leur venir en aide concrètement, les conseiller, leur suggérer des appuis. Ils contribuent ainsi à lever des tensions quand les cadres de santé sont trop débordés pour faire face dans la continuité à certains suivis problématiques de personnel.

Pour terminer cette présentation des formes de *management* des CPP, nous voudrions évoquer la manière dont l'organisation pervertit et complexifie les modalités d'exercice de l'activité. Cela apparaît de manière forte à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), la dimension bureaucratique est marquée par des incohérences importantes, susceptibles d'épuiser les acteurs.

### **T1 Cadre bureaucratique vécu comme un obstacle**

La structure de l'AP-HP constitue un cas particulier, tant par sa taille que par son fonctionnement. Ce cadre impacte le travail du CPP. Il se distingue par son caractère extrêmement bureaucratique.

Michel Crozier [1] a entrepris des recherches montrant que la rationalité développée *a priori* par les directions, sans prise en compte des acteurs au travail, pouvait s'avérer contre-productive. Encore aujourd'hui, les modalités de régulation sont très problématiques. De nombreux sociologues, dans les pas de Jean-Daniel Reynaud, montrent que la régulation est conjointe, faite de compromis entre différentes logiques sociales, différents mondes sociaux [2]. Caractérisé comme une bureaucratie professionnelle, l'hôpital est organisé selon une triple hiérarchie : médicale, paramédicale et administrative. La régulation s'y construit autour d'une inflation de règles. Ce mouvement n'a cessé de s'amplifier et préside aux différentes réformes : qualité, gestion avec une volonté de rationaliser, formaliser, écrire, etc. La vigilance et le contrôle se nichent dans la mise en œuvre de multiples formalisations. Cependant, cela ne va pas sans effet pervers. Le premier est l'alourdissement de la charge de travail pour les paramédicaux renseignant de multiples logiciels ; le deuxième est le développement d'un réseau complexe de règles et de procédures qui suppose de rechercher des solutions informelles pour les assouplir [3]. L'informel est de ce fait présent et accepté par tous les *managers*, car dans celui-ci se construisent des solutions *ad hoc* aux problèmes, que l'on gagne en rapidité de réaction. Les cadres de santé manient particulièrement bien cette articulation entre formel et informel dans la recherche de solutions viables et pérennes. Troisième aspect, la lourdeur liée aux différentes hiérarchies, l'entremêlement de différentes structures, mais aussi dans la dernière période le développement d'un travail réticulaire [4]. Quatrième aspect, le modèle d'organisation bureaucratique présente la faiblesse de s'en remettre à l'application des procédures pour assurer une coordination, et non à l'initiative des acteurs eux-mêmes. La volonté de rationalisation des processus suppose la coordination des acteurs médicaux, soignants et de l'administration [5]. Aujourd'hui, l'empilement des structures rend cette coordination excessivement lourde, remettant en cause la possibilité qu'auraient les pôles de s'opposer à la logique bureaucratique [6]. Ces regroupements perturbent l'activité de travail de la direction du pôle et plus particulièrement les CPP.

### **T1 Organisation complexe**

L'AP-HP a connu de multiples transformations [7] génératrices de complexité. En 1983 existaient trois échelons : le service, l'hôpital, l'AP-HP. Depuis, d'autres échelons ont été

constitués. Les services sont composés d'unités fonctionnelles instaurées par la loi hospitalière de 1991. Les groupes hospitalo-universitaires naissent en 2002. L'AP-HP est alors divisée en quatre groupes géographiques : nord, sud, est, ouest. Les pôles apparaissent en 2005. Les groupes hospitaliers en 2010. La tutelle agence régionale de l'hospitalisation est mise en place en 2009. Ces différents échelons sont autant de séparateurs nécessitant coordination, *reporting*, agencement de relations spécifiques parfois antagoniques, etc.

Les pôles n'ont pas permis de résoudre ces différents problèmes, mais leurs acteurs doivent s'y confronter. Les CPP font état d'un empilement de structures plus que d'une substitution de l'une à l'autre. Les groupements hospitaliers (GH), qui visaient à rassembler des unités sur un territoire pour faciliter la coordination, semblent ne pas avoir rempli l'objectif, car chaque hôpital garde ses propres procédures, son réseau d'information et de décisions, ses règles propres qui viennent s'ajouter et parfois contrecarrer les règles du GH. Notamment, les cadres de santé doivent appliquer les règles du groupe hospitalier qui sont parfois différentes de celles des hôpitaux qui le composent, ce qui est loin de simplifier les actions et les projets qui doivent être soumis à une multiplicité d'interlocuteurs : les responsables fonctionnels du GH, mais aussi ceux des différents hôpitaux qui le composent et qui ont gardé des interlocuteurs fonctionnels différents. De même, les procédures et les interlocuteurs sont différents pour chaque hôpital appartenant au GH (autant de directeurs de soins et de services des ressources humaines que d'hôpitaux).

## **T1 Conclusion**

Les CPP jouent un rôle stratégique en rendant efficiente la politique d'un établissement. animateurs des différentes transformations à l'œuvre dans le quotidien et dans les projets de plus long terme, ils donnent du sens au travail des équipes. Tout en effectuant la tâche de transmission des orientations, ils sont amenés à reformuler, orienter les pratiques. Ils travaillent parfois en grande tension et cherchent à construire une homogénéité des discours et des pratiques des intervenants extérieurs évaluateurs.

Cette fonction, au plus près de l'activité des équipes, s'accompagne de fortes charges de travail qui conduisent à gérer les priorités et à organiser les demandes multiples s'accompagnant de pressions temporelles.

L'analyse de leur activité fait écho à deux questions : la reconnaissance des CPP et leur positionnement par rapport aux directeurs de soins, l'articulation entre contrôle centralisé et confiance accordée à des personnels de métier.

### ***Déclaration de liens d'intérêts***

*L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

### **Note**

<sup>1</sup> Ce travail des CPP est parfois non visible.

### **Références**

[1] Crozier M. Le phénomène bureaucratique. Paris: Seuil; 1963.



- [2] Amblard H, Bernoux P, Herreros G, Livian Y. Les nouvelles approches sociologiques des organisations. Paris: Seuil; 2005.
- [3] Bercot R. Hôpital, petits arrangements avec les règles. In: Halpern C. La santé. Un enjeu de société. Auxerre: Éditions Sciences humaines; 2010. p. 108-17.
- [4] Bourret P. Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. Rev Fr Admin Publique 2008;4(128):729-40.
- [5] Cresson G, Schweyer FX. Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques. Rennes: ENSP; 2000.
- [6] Laude L, Louazel M. Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel. J Gest Econ Med 2013;31:93-106.
- [7] Granger B. L'AP-HP dans la tempête. Le Débat 2011;(167):137-48.