



HAL
open science

Soutenir la collaboration interprofessionnelle. Le travail frontière des cadres de santé

Marc-Antoine Jacob, Annick Valette, Morgane Dejean

► To cite this version:

Marc-Antoine Jacob, Annick Valette, Morgane Dejean. Soutenir la collaboration interprofessionnelle. Le travail frontière des cadres de santé. 12ème colloque ARAMOS, ARAMOS, Nov 2024, Nantes, France. hal-04862725

HAL Id: hal-04862725

<https://hal.science/hal-04862725v1>

Submitted on 3 Jan 2025

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.



12^e Colloque ARAMOS 2024

21 et 22 Novembre 2024 à Nantes

Soutenir la collaboration interprofessionnelle. Le travail frontière des cadres de santé.

Marc-Antoine JACOB (LIRSA, CNAM)

Annick VALETTE (CERAG, Université Grenoble Alpes)

Morgane DEJEAN (CERAG, Université Grenoble Alpes)

Résumé

Alors que la collaboration interprofessionnelle est indispensable à la qualité des soins, les cadres de santé qui sont chargés de la favoriser sont de plus en plus accaparés par leur rôle de gestion des ressources, en particulier humaines. En effet, le contexte d'absentéisme et de pénurie de professionnels paramédicaux s'est exacerbé dans les dernières années, ce qui conduit les cadres de santé à dédier la majorité de leur temps à faire face au manque de personnel paramédical en manipulant des outils de gestion. Cette recherche cherche à comprendre si le soutien à la collaboration interprofessionnelle par les cadres de santé peut être compatible avec leur rôle de gestion des effectifs. A l'aide d'une étude de cas menée dans un CHU français, nous montrons que la gestion des effectifs par les cadres de santé suppose de prendre des décisions qui constituent des compromis négociés auprès d'acteurs divers (médecins, paramédicaux, administratifs...): la gestion des effectifs tout comme le soutien à la collaboration interprofessionnelles sont donc assurés par les cadres de santé au moyen d'un travail frontière. Nous montrons que celui-ci s'exerce à deux niveaux (sur les frontières des autres groupes professionnels de l'hôpital d'une part, et sur les frontières professionnelles des cadres de santé d'autre part) et qu'il produit deux effets. Si le travail visant à estomper les frontières professionnelles entre les différents groupes de l'hôpital conduit à renforcer la collaboration sur la prise de décision, le travail frontière conservateur ou extensif exercé sur les frontières professionnelles des cadres paramédicaux eux-mêmes leur permet au contraire de se passer du besoin de collaborer et de prendre des décisions de manière autonome. C'est l'application de ces décisions qui conduit ensuite les médecins, les paramédicaux et les administratifs à collaborer pour leur mise en œuvre.

Mots clés

travail frontière ; collaboration interprofessionnelle ; outils de gestion ; cadres de santé ; hôpital

Soutenir la collaboration interprofessionnelle. Le travail frontière des cadres de santé.

La collaboration interprofessionnelle est une nécessité dans toutes les organisations où des acteurs protéiformes et répondant à des logiques plurielles poursuivent un objectif commun : c'est particulièrement le cas dans le secteur sanitaire et médico-social (Ndiaye, 2021). Si la nécessité et les enjeux de la collaboration interprofessionnelle à l'hôpital sont bien documentés (Eckenschwiller *et al.*, 2022), les modalités permettant de favoriser cette collaboration sont moins bien connus.

Le soutien à la collaboration interprofessionnelle est considéré comme une des missions des cadres de santé (De Singly, 2009), même si cette mission se révèle souvent peu visible (Bourret, 2006)..Pour Strauss (1992) la trajectoire de soins des patients se construit sous l'effet d'un travail d'articulation dans l'action. Les cadres jouent un rôle important dans ce travail d'articulation en construisant du lien là où il en manque (Bourret, 2008). La collaboration se décline aussi comme un processus de prise de décision partagée au cours duquel les professionnels apportent leurs expertises propres pour les mettre au service du patient qui devient alors un objectif partagé facilitant la coopération (D'amour *et al.*, 1999). Le cadre est ici un acteur parmi d'autre, porteur de l'expertise paramédicale et de celle de la gestion de l'unité. La collaboration peut aussi être le produit volontairement piloté par des démarches de gestion de projet visant à produire du changement organisationnel, de l'amélioration de la qualité, qui permettent d'anticiper et de tenir compte des enjeux et contraintes des différents métiers et des différentes unités des soins. Le cadre de santé peut être en position de chef de projet (Dujardin *et al.*, 2017). Quelle que soit la forme prise par la collaboration, elle ne va pas de soi. Si l'objectif d'une bonne prise en charge du patient peut être un moteur de la collaboration, et même de la coopération (Castaner et Olivera., 2020), les professionnels évoluent à l'intérieur de frontières qui, en délimitant des espaces d'actions, des objectifs, des représentations, des manières d'être en relation (Chreim *et al.*, 2013), peuvent constituer des freins à la collaboration. Soutenir la collaboration passe alors par un travail sur ces frontières pour les affaiblir, les déplacer ou les modifier, appelé *boundary work* (Gieryn, 1995) ou travail frontière. Il convient d'étudier comment les cadres de santé s'investissent dans ce travail frontière favorable à la collaboration interprofessionnelle.

Par ailleurs, depuis une vingtaine d'années, la pression sur les ressources budgétaires et en particulier sur la masse salariale, s'accroît en même temps que les métiers de l'hôpital deviennent moins attractifs (Petit et Zardet, 2017). Les cadres de santé consacrent une partie importante de leur temps et de leur attention à gérer ces ressources, tant humaines que financières, dont la rareté relative s'accroît. Les relations directes des cadres de santé avec les équipes s'affaiblissent (Detchessahar et Grevin, 2009), ainsi que leur capacité à coordonner les professionnels dans l'action, du fait d'un accroissement du temps et de l'attention consacrés au suivi et au *reporting* des ressources (Rivière, 2022 ; Beton-Athmani et Rivière, 2024).

Nous nous interrogeons donc sur la forme que prend le soutien à la collaboration dans ce contexte spécifique. Comment s'articulent l'exigence de collaboration interprofessionnelle et la gestion outillée des ressources par les cadres de santé à l'hôpital public ?

Nous avons pour ce faire conduit une recherche au sein d'un CHU (TONUS), au sein duquel nous avons mené 41 entretiens auprès de cadres de santé, complétés par 16 demi-journées d'observation et par une collecte documentaire. Nous nous sommes concentrés sur la gestion des effectifs et avons identifié trois types de décisions nécessitant de la collaboration interprofessionnelle pour s'adapter à un déficit d'effectifs : la fermeture de lits, le renfort d'effectifs ou encore l'adaptation de la charge en soins paramédicale.

Nous montrons alors que la gestion des effectifs ne s'oppose pas à la collaboration mais la rend au contraire plus critique. En outre, cette recherche souligne qu'il existe une pratique de soutien à la collaboration prenant place dans l'usage même des outils de gestion des effectifs. Collaboration et gestion outillée s'articulent mais de manière non systématique. Les tensions sur les ressources peuvent conduire le cadre à évincer la collaboration. Enfin, nous montrons que les cadres mènent alors bien un travail frontière, qui peut s'exercer à deux niveaux : estompement des frontières professionnelles « des autres » pour faciliter la collaboration ou extension de leur propre frontière pour s'en passer.

1. Travail des cadres : quelle place pour le travail frontière à l'hôpital ?

1.1. Le travail des cadres : un soutien à la collaboration reconnu mais qui s'invisibilise.

« Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique. Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle » (De Singly, 2009, p 28)

Ainsi commençait en 2009 le rapport de Chantal de Singly remis au ministère de la santé. Avant d'amorcer son analyse, elle attribuait cinq grandes missions au cadre : le management d'équipes, l'organisation, la responsabilité de projet, l'expertise métier et la formation. Si le management d'équipe, l'expertise métier et la formation relèvent de missions classiques et connues, l'organisation du travail et la gestion de projet l'étaient moins.

Les deux soulignent, de manière différente, le rôle d'appui à la collaboration du cadre. L'activité d'organisation du travail est présentée dans ce rapport comme une réponse bricolée dans l'action pour s'adapter à « ce qui ne passe pas comme prévu, aux problèmes de toutes sortes exigeant de mettre de l'huile dans des rouages qui grincent » (Singly, 2009, p 29). Cette reconnaissance du travail d'organisation opérationnelle fait écho aux travaux ethnographiques de Bourret (2008) qui qualifiaient, un an plus tôt, le travail du cadre comme un travail de fabrication de liens invisibles entre des équipes et des malades, de coordination pour mettre en cohérence des actions éclatées, de nécessité de combler les déficits d'interactions et d'ajustements pour « rattraper les situations ». Coordonner, soutenir la

collaboration apparaît ainsi comme consubstantielle à l'activité quotidienne du cadre, même si peu visible.

La gestion de projet, autre activité mise en exergue dans le rapport, est au contraire une mise en visibilité, une reconnaissance du rôle de coordinateur tenu par le cadre à l'occasion de changements organisationnels (fusion d'unités, externalisation ou déploiement d'activités, modification des temps de travail...) ou d'améliorations de la qualité (hygiène, fiabilité, prévention, temps d'attente...etc..) qui se déploient à l'intérieur d'une unité ou entre unités. Le cadre est identifié ici comme un facilitateur de coopérations inter-unités et interprofessionnelles pour mener à bien ces projets, manipulant des outils de gestion adéquats, mobilisant des équipes, négociant avec des partenaires divers. Selon Dujardin et al. (2017), les cadres de santé aident à la coopération dans ces processus de gestion de projet en adoptant deux postures-types : l'intercompréhension, consistant à faire se rencontrer dans des espaces-temps dédiés, les représentations, les intérêts, les contraintes des uns et des autres pour susciter des déplacements et des compromis nécessaires à l'action collective ; et la prescription, consistant à prendre des décisions seul, à poser des jalons pour protéger les équipes, préserver leur temps de travail auprès des malades et accélérer le processus. De manière générale, pour Dumas et Ruillier (2014) si la capacité d'agir du cadre est liée à son implication dans l'équipe, il doit aussi déployer beaucoup d'énergie pour organiser les décloisonnements interprofessionnels, inter-statutaires et interpersonnels.

Ainsi, « collaborer et faire collaborer » pour assurer l'activité opérationnelle ou pour impulser des changements est aujourd'hui considéré comme un rôle à part entière des cadres. Toutefois, sous le poids des contraintes de ressources et en particulier sous l'effet des contraintes budgétaires et de la pression sur la masse salariale, le travail du cadre est largement rabattu à son rôle de gestionnaire de ressources. Achmet et Commeiras (2018) montrent que les pressions budgétaires et leurs effets sur les conditions de travail des soignants conduisent les cadres à consacrer la majeure partie de leur temps à la gestion de l'absentéisme, ce qui accentue les conflits et ambiguïtés de rôle (Rivière et al., 2013). En effet, les hôpitaux publics français connaissent un taux d'absentéisme de 9,67% selon l'enquête de la Fédération Hospitalière de France du 5 septembre 2023 et 4,9% des postes d'infirmiers sont structurellement vacants selon la même source, alors que les attentes sociales de sécurité/qualité des soins se renforcent. Detchessahar et Grevin (2009) dénoncent, eux, le tournant gestionnaire dans les hôpitaux qui conduit l'encadrement à désertier le terrain de la coordination au quotidien au profit de l'entretien et de l'alimentation « des machines de gestion » (Girin, 1983). Les cadres de santé consacrent donc un temps important à la gestion des ressources, consommables, places, lits, personnel, nécessaires pour faire fonctionner l'unité de soins mais aussi pour fournir des ressources tangibles et intangibles au personnel afin de garantir sa capacité de préserver sa santé et la qualité de son travail (Rossano M. et Abord de Chatillon E., 2021). Parallèlement, les établissements diversifient les outils de gestion mis à disposition des cadres pour les aider dans ce pilotage.

Si les hôpitaux cherchent, dans leurs projets d'établissement au moins¹, à rapprocher les cadres de leurs équipes, que la gestion des ressources tend à éloigner, on sait peu de choses sur la manière dont se déploie aujourd'hui l'activité de soutien à la collaboration. Quelle forme prend-elle alors même que le

¹ Par exemple Ensemble, ouvrons la voie, projet d'établissement du CHU de Grenoble 2023-2027/https://www.chugrenoble.fr/sites/default/files/content/site/documents/Projet_etablissement_2023_2027_VDEF%20CHUGA.pdf

temps et l'attention des cadres sont largement occupés par la gestion outillée des ressources ? Existe-t-il une activité de soutien à la collaboration dans cette gestion outillée des ressources ? Quelle forme prend-elle entre impératif de faire du lien pour « rattraper les situations » et gestion anticipée des contributions et des ajustements des différents intervenants ?

1.2. Soutien à la collaboration et *boundary work*

Collaborer nécessite d'agir sur ce qui sépare les différents acteurs. En tant qu'organisation pluraliste (Habib et Vandangeon-Derumez., 2015 ; Denis et al., 2001), l'hôpital voit coexister en son sein des groupes professionnels poursuivant des objectifs et pratiques protéiformes, séparés par des frontières professionnelles prégnantes (Abbott, 1988). Cette notion de frontière professionnelle, étudiée tant dans la littérature en sociologie qu'en management, est définie comme les « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p. 204). Ainsi, faire collaborer les différents acteurs de l'hôpital suppose que ceux-ci agissent sur les frontières professionnelles qui les distinguent (Meier, 2015 ; Apesoa-Varano, 2013 ; Liberati, 2017). Un travail frontière, ou *boundary work*, entendu comme « *l'ensemble des efforts par lesquels un ensemble d'acteurs ouvrent et renégocient les frontières qui définissent leurs rôles et leurs pratiques* » (Comeau-Vallée et Langley., 2020, p.1650) est donc nécessaire pour faire advenir la collaboration interprofessionnelle à l'hôpital.

Nous formulons ainsi trois propositions de travail.

Proposition 1. Le travail de soutien à la collaboration effectué par les cadres passe par une action sur les frontières professionnelles, appelé « travail frontière » dont il convient de déterminer les modalités.

La plupart des recherches (Allen, 2000 ; van Offenbeck et al., 2009) étudient le travail frontière qui survient en réponse à une évolution externe, comme un changement législatif ou organisationnel, qui remet en cause les frontières professionnelles à l'hôpital. Pourtant, le travail frontière peut aussi favoriser la collaboration interprofessionnelle à travers des pratiques quotidiennes (Langley et al., 2019 ; Comeau-Vallée et Langley, 2020 ; Weber et al., 2022). On peut proposer l'idée que ce travail s'articule alors avec d'autres dimensions de l'activité opérationnelle, par exemple, celle de gestion des ressources qui occupe une part importante du temps de travail et de l'attention des cadres. La gestion des ressources étant très largement outillée, l'articulation peut se faire autour de la manipulation des outils de gestion.

Proposition 2 : Le travail frontière mené par les cadres s'articule avec leur activité opérationnelle de gestion des ressources, en particulier dans leurs usages des outils de gestion.

Les recherches publiées montrent que le travail frontière peut prendre des modalités variées (Langley et al., 2019) : il peut être compétitif (vise à déplacer les frontières d'un groupe au détriment des autres), collaboratif (vise à estomper les frontières de chacun) ou encore configurationnel (consiste à agir sur les frontières des autres groupes que le sien pour élargir les siennes dans certaines situations et les estomper dans d'autres cas). Le travail frontière oscille donc entre des objectifs personnels, visant à favoriser le groupe professionnel qui en est à l'origine, et des modalités moins intéressées, qui visent la collaboration

entre tous (Langley et *al.*, 2019, p.66). La littérature montre que les formes de travail frontière sont déterminées par les contraintes contextuelles qui pèsent l'organisation (Weber et *al.*, 2022 ; Apeso-Varano, 2013). Compte tenu de l'importance du contexte, plusieurs travaux (Langley et *al.*, 2019 ; Comeau-Vallée et Langley, 2020 ; Weber et *al.*, 2022) appellent d'ailleurs à développer des recherches étudiant le travail frontière à l'œuvre dans des organisations de différents pays. En particulier, alors que les relations informelles sont souvent prises comme moyen d'appréhender le travail frontière et la collaboration dans les travaux académiques, Farchi et *al.* (2023) considèrent qu'il manque des recherches analysant le travail frontière à l'aune de relations plus formelles et outillées entre les différents groupes professionnels.

Proposition 3 : Dans leur activité quotidienne, les cadres peuvent conduire un travail frontière compétitif, collaboratif, configurationnel qui dépendra de leur contexte d'action

2. Contexte et méthode

2.1. Etude de cas au CHU TONUS

Cette recherche est fondée sur une étude de cas menée au CHU TONUS, un centre hospitalo-universitaire public français qui emploie 14 000 personnes dont 3300 personnels médicaux. L'un des trois auteurs de cet article a collecté des données au CHU TONUS dans le cadre de sa thèse de doctorat. L'étude de cas présente l'avantage de combiner plusieurs modes de collecte de données (Eisenhardt, 1989) et d'être suffisamment ancré dans le terrain pour pouvoir expliquer des phénomènes (Charreire-Petit, 2003) afin de répondre au « pourquoi » et au « comment » (Ndiaye et Girard, 2024). Quarante et un entretiens semi-directifs ont été menés auprès de cadres de santé, de cadres supérieurs de santé et de directeurs des soins du CHU TONUS : ceux-ci ont été retranscrits puis codés manuellement, permettant au chercheur « d'apprendre de ses données » (Giroux, 2003). Les acteurs interviewés, dont les caractéristiques sont compilées dans le tableau I, ont été choisis car ils présentent des parcours professionnels, des grades et des niveaux d'ancienneté diversifiés. La conduite d'entretien s'est interrompue lorsqu'une saturation des données est apparue. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et vingt-trois minutes, avec une durée minimale de quarante-cinq minutes et une durée maximale de deux heures et quarante minutes. Ces entretiens ont été structurés par un guide élaboré de manière flottante par des allers-retours entre les premières données collectées et les éléments de la littérature. Ces entretiens ont été complétés par seize demi-journées d'observation auprès de cadres paramédicaux et par la collecte de données secondaires (mails internes, notice d'utilisation, tableurs et outils de gestion des effectifs). A l'issue de ces demi-journées d'observation, des notes ont été prises dans un carnet de bord.

2.2. Traitement des données

De façon à garantir l'anonymat des répondants, nous avons codé les entretiens et les observations en éliminant le service et ne retenant que le pôle clinique. Les personnes interviewées ont été codées CS pour les cadres de santé, à la tête d'un service, CSS pour les cadres supérieurs de santé, en charge d'un

pôle clinique et DS pour les directeurs des soins, qui sont en charge de la stratégie de soins du CHU et supervisent plusieurs pôles cliniques.

La connaissance de la littérature a facilité un codage préalable à la prise de connaissance fine des données. Cette "*liste de départ*" (Miles et Huberman, 2003) des premières catégories de codage s'est faite principalement sur la base de la revue de littérature. Puis, la lecture attentive des dix premiers entretiens a conduit à faire apparaître des catégories émergentes, qui ont donc été ajoutées à la liste des catégories. Nous avons retenu comme unité d'analyse le groupe de mots (Bardin, 1993). Les différentes situations de gestion des effectifs paramédicaux rencontrées par les cadres de santé conduisent à des décisions que nous avons regroupées dans trois catégories : fermer des lits, transférer des effectifs ou adapter l'activité de soins à la situation de l'équipe. Les données de ces catégories sont ensuite distribuées selon la façon dont elles modifient les frontières professionnelles : en les estompant, en les renforçant ou encore en les étendant. Enfin, ces trois modifications des frontières professionnelles sont regroupées selon leur influence sur la collaboration interprofessionnelle : ces décisions agissent-elles sur la collaboration dans la décision ou plutôt sur la collaboration dans la mise en œuvre pratique des choix.

La notion de frontière professionnelle est celle présentée dans la section précédente : les « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p.204). Aussi, nous avons pris en considération les données (verbatim couplés aux notes d'observation et aux documents secondaires collectés) qui indiquent que les quatre dimensions des frontières professionnelles sont modifiées. A titre d'exemple, nous avons considéré que la délimitation physique évoluait lorsqu'un cadre s'invitait au « staff médical » auquel il ne participait pas auparavant. Lorsqu'un cadre recourait à des outils de gestion lui permettant de coupler les données gestionnaires, soignantes et médicales pour prendre des décisions, nous avons codé cela comme une extension de la délimitation cognitive entre les médecins, les paramédicaux et les administratifs. La présentation de l'absentéisme infirmier par le cadre de santé à l'aide d'un outil de gestion à l'occasion d'une réunion rassemblant les différents groupes professionnels d'une unité a été analysée comme un travail sur la dimension relationnelle des frontières professionnelles. Enfin, nous considérons que la caractéristique structurelle des frontières professionnelles évolue lorsqu'il revient aux cadres paramédicaux de décider d'admettre un patient dans un service (hors contexte d'urgence) alors que l'organisation du service prévoyait auparavant que la décision incombait aux seuls médecins.

3. Résultats

Les données collectées confirment les quelques articles publiés dans les années 2010 et montrent que le travail des cadres de santé est phagocyté en grande partie par la gestion de l'absentéisme et de la pénurie paramédicaux. En effet, tant dans les entretiens que lors des observations, il apparaît que la majeure partie du temps de travail des cadres de santé consiste à gérer des absences imprévues dans un contexte de difficultés à trouver des remplaçants. La gestion des effectifs par les cadres de santé est instrumentée et matérialisée par des outils de gestion dédiés. Notre recherche s'est donc concentrée sur le travail frontière déployé pour soutenir la collaboration qui s'opère à travers la gestion des effectifs.

Face aux problèmes de disponibilité d'effectifs, nous avons identifié trois types de situation exigeant une collaboration interprofessionnelle entre médecins, administratifs et paramédicaux.

- La fermeture de lits pour ajuster l'activité aux effectifs disponibles. C'est par exemple le cas en néonatalogie, en réanimation ou en soins intensifs, où le ratio lits/infirmiers est règlementé.
- Le recours aux effectifs d'autres unités (qui se trouvent alors elles-mêmes en moindre effectif).
- L'adaptation des soins paramédicaux aux effectifs disponibles, comme par exemple privilégier la programmation de patients n'ayant besoin que d'une radio qui ne requiert aucun paramédical compétent en IRM et scanner qui ne sont pas au planning.

Ces situations de collaboration requises ne renvoient toutefois pas toujours à la même modalité de travail frontière et pas la même action sur la collaboration par les cadres.

Les données font état de deux niveaux d'action sur la collaboration.

- 1 Les cadres favorisent la collaboration interprofessionnelle dans la prise de décision en travaillant à estomper les frontières professionnelles entre les médecins, les paramédicaux et les administratifs, afin de les faire formuler conjointement des solutions face à l'absentéisme paramédical.
- 2 Les cadres de santé modifient leurs propres frontières professionnelles, en renforçant les délimitations existantes ou en les étendant au détriment d'autres groupes : ce travail permet aux cadres de prendre les décisions seuls, sans nécessité de collaborer dans la prise de décision, mais repoussant cette collaboration dans la mise en œuvre des décisions prises.

3.1. Favoriser la collaboration dans la prise de décision : provoquer l'estompement des frontières « des autres ».

Face à une hausse de l'absentéisme des équipes aides-soignantes et infirmières conjuguée à des difficultés à trouver des professionnels susceptibles de remplacer, les cadres de santé du CHU TONUS réagissent en mobilisant les outils de gestion des effectifs afin de donner à voir les difficultés à tous les acteurs du service : médecins, paramédicaux et administratifs. Cette information se fait au sein d'espaces de discussion au sein desquels les cadres de santé sollicitent les membres des différents groupes professionnels pour confronter les points de vue et réfléchir aux solutions envisageables. Dans plusieurs des situations observées, ces espaces de discussion ont conduit les différents acteurs à intégrer les difficultés des paramédicaux et à proposer une solution, qui peut être la fermeture de lit en réaction au manque de personnel.

« J'ai organisé une réunion où j'ai présenté avec Avenir ou Saison [les outils de gestion des effectifs] les chiffres de l'absentéisme. Après c'est un travail à plusieurs : les médecins vont dire qui relève des soins intensifs, donc ça permet de calculer l'effectif requis. Les puéricultrices disent aussi que tel ou tel

bébé nécessite + ou – de temps pour les soins. Un médecin a demandé combien de temps ça prend à une infirmière de changer une sonde nasogastrique. La cadre administrative nous montre la file active d'hôpitaux périphérique qui a demandé une place chez nous [...] et nous a bien indiqué qu'à l'échelle du pôle dans son ensemble, il n'y avait plus d'auxiliaire ou d'infirmières formées aux soins intensifs disponibles. [...] Donc collectivement, l'équipe a jugé que ce n'était pas raisonnable de maintenir la voilure et on a décidé de fermer 5 lits de soins intensifs.» CS 19, Pédiatrie.

Le cadre de santé utilise les outils Saison ou Avenir pour donner à voir aux médecins, aux paramédicaux et à la cadre administrative les indicateurs mesurant l'absentéisme et objectivant le manque de remplaçants internes ou intérimaires. Cette information donnée à tous les groupes professionnels produit un travail réflexif au cours duquel chacun cherche à dresser un état des lieux de la situation et à se renseigner sur les implications du manque de personnel paramédical. Les différents acteurs ne raisonnent plus en silo, mais sont au contraire amenés à décroiser leurs habitudes de travail et leurs compétences.

Il se produit ainsi un estompement des frontières professionnelles qui permet qu'un processus de décision collaborative se met en place.

Ainsi, ce travail d'information et d'impulsion d'une discussion autour de la situation objectivée par les outils de gestion mené par les cadres de santé conduit les différents groupes à estomper leurs frontières professionnelles et à engager une collaboration pour la prise de décision, qui consiste dans le verbatim cité, à fermer des lits dans l'unité afin de répondre au manque d'infirmiers. Cette décision, bien que discutable au regard notamment de l'offre de soins du territoire, présente l'avantage d'être peu critiquée par la suite puisqu'elle est issue d'un processus décisionnel collaboratif et constitue donc un consensus relatif.

Dans les services dispensant des soins nécessitant des compétences spécifiques propres à certains membres de l'équipe, les difficultés d'absentéisme et de pénurie paramédicale posent des problèmes qui ne peuvent être réglés de façon quantitative, par la baisse du nombre de lits ouverts notamment. Ainsi, les services de psychiatrie du CHU TONUS sont caractérisés par le fait de disposer d'équipes soignantes pluridisciplinaires (infirmiers, aide-soignant, psychologue, psychomotricien, éducateur, orthophoniste...) dont chaque membre possède des compétences singulières qui lui permettent de dispenser des soins auxquels leurs collègues ne sont pas nécessairement formés. Ainsi, il apparaît que l'absentéisme des soignants dans ces services implique que le cadre mène un travail consistant à réinterroger la situation des différents patients du service et à identifier collectivement les soins qui paraissent adaptés, tant aux besoins des patients qu'aux possibilités permises par les compétences dont disposent les soignants présents.

« Dans les réunions hebdomadaires de planification, les 2 psychiatres s'imprègnent de l'avis des infirmières sur les patients. La psychologue présente son raisonnement, qui est parfois repris par l'assistante sociale... L'équipe écoute la cadre administrative et voit aussi ce qui est possible comme soins d'un point de vue budgétaire. En fait, je décroise pour que chacun entende les points de vue des autres et raisonne à la place de l'autre. Et ... oui ça prend du temps, mais on arrive à un planning pour les agents et à une planification pour les patients qui fait sens. Ça peut vouloir dire moins de visite

avec le psychiatre ou avec l'infirmier car on manque de ressources médicale et paramédicales, mais au profit de consultation avec la psychologue, si les équipes estiment que ce n'est pas une thérapie médicamenteuse qui est indispensable » CS 25, Psychiatrie

Ce verbatim permet de comprendre que face à une pénurie de professionnels paramédicaux, le cadre de santé peut décloisonner la gestion des plannings en utilisant les outils de gestion des effectifs comme des moyens de présenter aux médecins, aux paramédicaux et aux administratifs les difficultés en termes de ressources humaines. Ces outils de gestion sont utilisés dans des réunions hebdomadaires, animées par le cadre paramédical, qui permettent de discuter de la situation du service et des patients : il s'agit donc d'espaces de discussion. Ces espaces permettent à tous les professionnels de confronter leur point de vue, de décloisonner leurs connaissances, d'aplanir les relations entre professionnels et de faire évoluer la structure des soins proposés aux patients pour les faire coïncider avec les effectifs soignants présents. Ainsi, les difficultés d'absentéisme, données à voir par les cadres de santé à travers les outils de gestion diffusés au sein d'espace de discussion, favorisent l'estompement des frontières professionnelles qui séparent traditionnellement les médecins, les administratifs et les paramédicaux. Ceux-ci collaborent alors pour faire évoluer l'activité soignante de manière à l'ajuster aux effectifs présents. Les cadres de santé font ainsi collaborer les différents groupes professionnels afin qu'ils parviennent à prendre des décisions permettant de répondre aux difficultés d'absentéisme.

Ces deux exemples permettent de comprendre que, face aux difficultés d'absentéisme ou de pénurie paramédicale, les cadres de santé se saisissent des outils de gestion des effectifs pour permettre à chacun (médecin, administratif ou paramédical) de prendre connaissance de la situation. Ces outils de gestion sont déployés au sein d'espaces de discussion permettent aux différents acteurs de s'imprégner des contraintes et des raisonnements des autres groupes professionnels : un estompement des frontières professionnelles séparant les médecins, administratifs et paramédicaux s'enclenche. Celui-ci permet aux cadres de santé de faire collaborer les différents acteurs pour qu'ils prennent des décisions afin de répondre aux difficultés d'absentéisme et de pénurie paramédicales. Ils peuvent le faire de deux façons : fermer des lits quand ils estiment quand la sécurité des soins est menacée ou bien adapter qualitativement l'activité clinique aux effectifs soignants présents.

3.2– Contourner la collaboration en renforçant et/ou étendant ses propres frontières

Alors que, dans la section précédente, nous avons présenté les résultats montrant que les cadres mènent un travail qui estompe les frontières professionnelles entre médecins, paramédicaux et administratifs, les données montrent que les cadres peuvent également agir sur leurs propres frontières, en les renforçant ou en les étendant au détriment d'autres groupes professionnels afin de décider seuls.

Ainsi, un nombre croissant de services du CHU TONUS est organisé au travers de l'ordonnancement, soit l'activité qui vise à gérer les lits, à programmer les admissions et à coordonner les parcours des patients de manière à répondre aux besoins des malades tout en tenant compte des ressources disponibles. L'ordonnancement est géré au CHU TONUS par des cadres paramédicaux dédiés, qui disposent pour cela d'outils de gestion élargis. Le verbatim suivant l'illustre.

« Dans un service « ordonnancé », le cadre a accès à tout : les effectifs présents et absents, les logiciels médicaux précisant les pathologies et les logiciels de soins. En tant que cadre, on croise tout ça et on dit qu'on admet le patient X aujourd'hui car on peut le faire. Ça change beaucoup les rôles et même le pouvoir. C'est-à-dire que les médecins y perdent pas mal au passage, mais c'est dans l'ordre des choses et ils n'ont pas le temps de croiser toutes ces données. » CS 5, Femme, Médecine.

Face à un contexte social contraint par l'absentéisme et le manque de personnel paramédical, le travail des cadres s'oriente dans plusieurs pôles du CHU TONUS vers un travail d'ordonnancement, qui consiste à réfléchir aux admissions des patients dans les différents services en fonction de critères multiples. L'impératif de rapidité dans les décisions prises justifie, selon la direction du CHU TONUS et l'encadrement paramédical, le besoin de centraliser les différentes données nécessaires à la prise de décision entre les mains d'un seul acteur : le cadre de santé en l'occurrence. Celui-ci dispose des habituels outils de gestion des effectifs, qui lui permettent d'avoir accès aux données gestionnaire comme le nombre de paramédicaux présents, leurs compétences spécifiques, la file d'active de patients présents et les produits qu'ils génèrent pour le service. Mais les cadres ont désormais aussi accès aux logiciels médicaux (qui précisent les pathologies diagnostiquées et les traitements prescrits) et aux logiciels paramédicaux (spécifiant la charge en soins, le profil particulier du patient et permettant d'estimer le temps paramédical nécessaire). L'ordonnancement donne ainsi accès aux outils de gestion des médecins, des paramédicaux et des administratifs. Cela provoque une extension des connaissances accessibles aux cadres, un agrandissement de leur périmètre d'influence et de leur pouvoir de décision. En effet, sauf les contextes d'urgence où les médecins décident seuls, les décisions d'admettre en hospitalisation un patient au sein d'un service soumis à l'ordonnancement incombent désormais aux cadres de santé, alors que cette décision était historiquement médicale : les cadres paramédicaux étendent donc leurs frontières professionnelles, au détriment des médecins, ce qui leur permet de décider de manière plus autonome.

Toutefois, lorsque les cadres de santé prennent une décision de manière autonome, sa mise en œuvre invite souvent les différents groupes professionnels à collaborer pour sa mise en œuvre pratique. C'est notamment le cas dans le service d'orthopédie du CHU TONUS, où pour faire face à des pics d'absentéisme et à une pénurie d'infirmières, la cadre de santé ordonnance l'activité ce qui implique de mutualiser des paramédicaux entre deux services, afin de s'adapter en continu aux admissions de patients dans les deux services.

« Pour le projet orthogériatrie, j'ai assumé mon rôle et j'ai demandé aux infirmières de tourner sur l'orthopédie et le service d'orthogériatrie car tant du point de vue des effectifs que des besoins en soins, y avait pas le choix. Ça n'a pas été apprécié car j'ai imposé. En revanche, sur place ça se passe plutôt bien. Les internes d'orthogériatrie forment les infirmières, qui elles-mêmes forment les AS sur certains points. Les agents se forment au contact les uns des autres, ils se parlent entre services et ils sont inventifs pour faire en sorte de s'adapter aux variations de l'activité. Ils sont tous là pour les patients. » CS 7, Femme, chirurgie.

Ainsi, bien que le cadre de santé se soit d'abord passé de collaboration (en gérant l'ordonnancement du service et en imposant une mutualisation de personnel entre deux services pour faire face aux problèmes

d'absentéisme), la mutualisation de l'équipe paramédicale entre les deux services nécessite que les infirmières et les aides-soignantes du service d'orthopédie se forment à la gériatrie alors qu'elles n'y étaient pas habituées. Cette décision du cadre s'assimile à un renforcement de ses frontières professionnelles (il rappelle que la répartition des effectifs paramédicaux relève de son autorité), voire à une extension puisque certains médecins du pôle estimaient que ce choix empiète sur leur périmètre historique. En se passant de la collaboration, le cadre décline une nouvelle organisation de travail dans laquelle l'équipe paramédicale se retrouve confrontée à des patients différents de ceux auxquels elle est habituée. Ce mélange d'équipes différentes conduit l'équipe médicale du service de gériatrie à former les paramédicaux à la prise en soins des patients âgés. On observe un mécanisme d'estompement des frontières professionnelles car chacun (aide-soignant, infirmier ou médecin) est invité à donner son avis sur les patients accueillis dans le service et peut formuler des propositions, nonobstant les différences hiérarchiques entre les acteurs. Deux infirmières ont ainsi proposé une nouvelle prise en charge des plaies, qui a été acceptée et valorisée par les médecins gériatres.

Ainsi, face à des difficultés d'absentéisme et de pénurie paramédicales, la mutualisation de personnels entre deux services, décidée de manière autonome par le cadre de santé constitue un renforcement, voire une extension de ses propres frontières professionnelles, empiétant sur le périmètre dévolu aux médecins. Justifié par un besoin de rapidité, cette prise de décision sans collaboration produit un estompement des frontières professionnelles des autres groupes (médecins et paramédicaux), qui eux collaborent pour la mise en œuvre de la nouvelle organisation de travail. Ainsi, l'absence de collaboration dans la prise de décision des cadres de santé oblige les médecins et les administratifs à effectuer un travail frontière pour collaborer dans la mise en œuvre de la nouvelle organisation. En d'autres termes, si les cadres de santé peuvent se passer de collaboration en décidant seul de mutualiser du personnel entre deux services, la mise en œuvre concrète de cette décision nécessite que les autres groupes professionnels (médecins et paramédicaux) collaborent pour prendre en charge de nouveaux patients.

4. Discussion – Conclusion

Dans une organisation pluraliste comme l'hôpital (Habib et Vandangeon-Derumez., 2015 ; Denis et al., 2001), gérer les effectifs paramédicaux en respectant une masse salariale contrainte implique de faire des compromis et de travailler en lien avec des acteurs variés. Les frontières professionnelles, définies comme les « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p.204) peuvent constituer un frein à la collaboration. Cette recherche illustre que mener un *boundary work* (Gieryn, 1995), ou travail frontière, est un moyen pour les cadres de santé de faire travailler de concert ces différents acteurs.

Si le travail des cadres de santé est actuellement dominé par la gestion de l'absentéisme et des contraintes financières (Achmet et Commeiras, 2018 ; Rivière 2022), cette recherche suggère que ce rôle gestionnaire ne doit pas être étudié séparément de leur mission de facilitation de la collaboration à l'hôpital. Au contraire, le contexte social et financier de l'hôpital invite les cadres à gérer les situations d'absentéisme en négociant des compromis acceptables pour les différents groupes professionnels.

Comme énoncé dans la proposition 1, ce soutien à la collaboration interprofessionnelle passe par un travail frontière qui s'exerce ici de deux manières, soit en provoquant l'estompement des frontières professionnelles de ceux qui doivent collaborer (médecins, paramédicaux et administratifs), soit au contraire en renforçant ou en étendant les propres frontières professionnelles des cadres, ce qui leur permet de by-passer une partie du travail de collaboration. On retrouve ici, dans un autre contexte, les résultats de Dujardin *et al.* (2017) montrant que les cadres oscillent entre soutenir la collaboration ou la contourner, ce qui est finalement une tension fondamentale de tout travail de cadre : faire ou faire-faire. La tension est ici renforcée par la pression sur le temps disponible des professionnels, devenu en lui-même une ressource rare à gérer et par l'urgence des décisions à prendre (Valette, 1999). Toutefois, nous montrons qu'une fois les décisions prises par les seuls cadres, elles nécessitent toujours des compromis et une collaboration de fait entre médecins et paramédicaux pour leur réalisation pratique.

Nous montrons aussi que cette gestion de la collaboration apparaît bien au détour de la gestion des ressources et s'articule à elle (proposition 2). Nous montrons en particulier que les outils de gestion des effectifs sont le support de l'émergence d'espaces de discussion (Detchessahar, 2013 ; Arras-Djabi *et al.*, 2021) réunissant les différents groupes professionnels de l'hôpital. Au sein de ces espaces, ceux-ci intègrent les raisonnements et contraintes de chacun et estompent ainsi les délimitations cognitives, physiques, structurelles ou relationnelles qui les séparent, c'est-à-dire leurs frontières professionnelles (Chreim *et al.*, 2013, p. 104). Ces outils de gestion peuvent d'autant mieux agir sur les frontières professionnelles en raison du fait qu'ils rassemblent dans un même espace spatio-temporel les acteurs, ce qui contribue à faire sortir chacun de ses frontières habituelles. La présente recherche confirme donc la capacité des outils de gestion à produire des échanges entre différents acteurs de l'hôpital (Flachère et Habran, 2019) et précise le fait que ces outils peuvent s'inscrire dans des espaces de discussion afin de prendre en charge des contraintes multiples (Anton *et al.*, 2022 ; Bellini *et al.*, 2018). Notre recherche enrichit ces travaux en montrant que le conflit entre rôle professionnel et rôle gestionnaire des managers hospitaliers, abondamment évoqué dans la littérature (Rivière, 2022 ; Burellier, 2020 ; Burellier *et al.*, 2019 ; Valette *et al.*, 2018, McGivern *et al.*, 2015 ; Burgess *et al.*, 2015) peut être géré à travers les usages des outils à disposition des cadres. Nous montrons en effet que les managers hospitaliers se servent des outils de gestion pour susciter la collaboration interprofessionnelle à l'hôpital. Lorsque l'absentéisme et la pénurie de professionnels soignants posent problème, les cadres de santé saisissent les outils de gestion comme un moyen d'alimenter un espace de discussion qui permet d'enclencher un travail frontière qui peut s'exercer à deux niveaux.

D'une part, les cadres de santé peuvent recourir aux outils de gestion pour estomper les frontières professionnelles entre les différents groupes de l'hôpital, afin de les faire réfléchir ensemble et qu'ils engagent une collaboration menant à des décisions répondant aux difficultés d'absentéisme. Les cadres de santé parviennent ainsi à estomper les frontières professionnelles des différents groupes dont ils coordonnent l'action, afin de susciter la collaboration interprofessionnelle pour aboutir à des décisions prises en commun.

D'autre part, les cadres de santé peuvent également utiliser les outils de gestion de manière à avoir accès à l'information détenue par les acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs : cela leur permet de renforcer et/ou d'étendre leurs frontières professionnelles et de prendre les décisions de manière autonome. La mise en œuvre des décisions prise pour répondre à l'absentéisme (fermeture de lits,

mutualisation de personnel entre plusieurs unités ou ajustement de l'activité clinique aux effectifs soignants présents) implique toutefois que les autres groupes professionnels de l'hôpital collaborent ensuite pour mettre en action ces choix de gestion. Dans cette configuration, les cadres de santé se saisissent des outils de gestion pour décider seuls, et donc s'affranchir de la nécessité de collaborer pour la prise de décision, mais attendent des autres groupes professionnels qu'ils collaborent pour la mise en œuvre des choix effectués. La collaboration ainsi pratiquée est à mi-chemin entre le travail invisible et permanent de création de liens dans l'activité (Bouret, 2008), et le rôle visible et occasionnel de chef de projet collaboratif (Dujardin *et al.*, 2017). Il devient ordinaire dès lors que les situations critiques de gestion des effectifs se multiplient mais bien souvent se cachent derrière l'usage des outils de gestion.

Enfin, la littérature (Langley *et al.*, 2019) évoque trois modalités du travail frontière : un travail frontière compétitif (qui vise à déplacer les frontières d'un groupe au détriment des autres), le travail frontière collaboratif (qui vise à estomper les frontières) et le travail frontière configurationnel (qui consiste à agir sur les frontières des autres groupes que le sien pour élargir les siennes dans certaines situations et les estomper dans d'autres cas). Notre recherche permet de confirmer l'existence de trois modalités de travail frontière (proposition 3), mais nous contribuons à enrichir la littérature en indiquant que ce travail frontière s'exerce à deux niveaux : sur les frontières des autres groupes professionnels et sur les frontières des cadres de santé eux-mêmes. En outre, cette recherche répond au besoin de travaux détaillant les modalités du travail frontière (Farchi *et al.*, 2023 ; Langley *et al.*, 2019 ; Comeau-Vallée et Langley, 2020 ; Weber *et al.*, 2022) en faisant apparaître deux niveaux de collaboration interprofessionnelle suscité par le travail frontière : une collaboration en termes de prise de décision et une collaboration autour de la mise en œuvre pratique des décisions de gestion.

Bibliographie :

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the expert division of labor*. Chicago: Chicago UP
- Achmet, V., & Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public: quelles conséquences?, *Gestion* 2000, 35(6), 119-148.
- Allen, D. (2001). Narrating nursing jurisdiction: "atrocious stories" and "boundary-work". *Symbolic interaction*, 24(1), 75-103.
- Anton P, Grimand A., Bellini S, Becuwe A. & Boespflug M. (2021). Les espaces de concertation comme levier de prise en charge des paradoxes de l'action publique en contexte de projet. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2021/70 Vol. XXVII. pp. 133-155.
- Apesoa-Varano, E. C. (2013). Interprofessional conflict and repair: A study of boundary work in the hospital. *Sociological perspectives*, 56(3), 327-349.
- Arras-Djabi, M., Jeannerod-Dumouchel, N., & Lanoe, L. (2021), L'apport des tensions de rôle dans l'ingénierie des espaces de discussion, Recherche intervention chez Enedis, *Revue française de Gestion*, 295, 2, 39-63
- Bardin L. (2003) *L'analyse de contenu*, PUF, Paris
- Beton-Athmani L., & Rivière A. (2024). Une quête de sens en proie aux tensions de rôle : le recours aux pratiques transgressives dans le secteur médico-social. *Management & Avenir*, 2024/2 N° 140. pp. 93-114
- Bourret M.P. (2006) *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, 284 pages
- Bourret M.P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière: un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, (4), 729-740.
- Burgess N., Strauss K., Currie G. & Wood G. (2015) Organizational ambidexterity and the hybrid middle manager : the case of patient safety in UK hospitals, *Human Resource Management*, vol. 54, n°1, p.87-109
- Burellier F. (2020). Quand docteur Jekyll négocie avec M. Hyde Les ajustements identitaires lors de transitions de rôle. *Revue française de gestion*, 2020/1 N° 286. pp. 15-34
- Burellier F., Orvain J., Angele-Halgand N., Ruiller C., Laude L., Baret C., Gavault S. & Louazel M. (2019). Certifié « Cadre administratif de pôle » LTD. L'encastrement identitaire pour légitimer un nouveau rôle. *@GRH*, 32, 79-103
- Castañer, X., & Oliveira, N. (2020). Collaboration, coordination, and cooperation among organizations: Establishing the distinctive meanings of these terms through a systematic literature review. *Journal of management*, 46(6), 965-1001
- Charreire, Petit S. (2003), *L'étude empirique longitudinale*. E-thèque
- Chreim, S., Langley, A., Comeau-Vallée, M., Huq, J. L., & Reay, T. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership*, 9(2), 201-228.
- Comeau-Vallée, M., & Langley, A. (2020). The interplay of inter-and intraprofessional boundary work in multidisciplinary teams. *Organization Studies*, 41(12), 1649-1672.

- D'Amour, D. D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94
- Denis, J. L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management journal*, 44(4), 809-837.
- De Singly, C. D. (2009). *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*. Paris, ministère de la Santé et des sports, septembre [<http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presentepar-chantal-de-singly.html>].
- Detchessahar, M., & Grevin*, A. (2009). Un organisme de santé... malade de «gestionnisme». *Gérer et comprendre*, (4), 27-37
- Dumas, M., & Ruiller, C. (2014). Le télétravail : les risques d'un outil de gestion des frontières entre vie personnelle et vie professionnelle ? *Management & Avenir*, 8(8), p. 71-95
- Dujardin, P. P., Reverdy, T., Valette, A., & Francois, P. (2017). La conduite de projets organisationnels portée par les cadres de santé: étude qualitative à partir d'un dispositif pédagogique. *Recherches en soins infirmiers*, (3), 31-52.
- Eckenschwiller M, Wodociag S. & Mercier S (2022). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Management & Avenir*; 2022/5 N° 131, pp. 15-38.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532–550
- Farchi, T., Dopson, S., & Ferlie, E. (2023). Do we still need professional boundaries? The multiple influences of boundaries on interprofessional collaboration. *Organization Studies*, 44(2), 277-298
- Gieryn, T. F. (1995). *Boundaries of science*. In *Science and the Quest for Reality* (pp. 293-332). London: Palgrave Macmillan UK.
- Girin J. (1983). « *Les machines de gestion* », *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*. Rapport pour le ministère de l'industrie et de la technologie, M. Berry (Ed.), Paris.
- Habib, J., & Vandangeon-Derumez, I. (2015). The role of formal leader in the transformation of pluralistic organizations. Comparative analysis of two hospitals. *Revue Française de Gestion*, 41(247), 45-66.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1983). *Drawing Valid Meaning from Qualitative Data: Some Techniques of Data Reduction and Display*. *Quality & Quantity*, 17(4).
- Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B. E., Nicolini, D., Raviola, E., & Walter, L. (2019). Boundary work among groups, occupations, and organizations: From cartography to process. *Academy of management annals*, 13(2), 704-736
- Liberati, E. G. (2017). Separating, replacing, intersecting: The influence of context on the construction of the medical-nursing boundary. *Social Science & Medicine*, 172, 135-143
- McGivern G., Currie G., Ferlie E. & Fitzgerlad L. (2015) Hybrid manager-professionals' identity work: the maintenance and hybridization of professionalism in managerial contexts, *Public Administration*, vol. 93, n° 2, p. 412-432
- Meier, N. (2015). Collaboration in healthcare through boundary work and boundary objects. *Qualitative sociology review*, 11(3), 60-82
- Ndiaye, A (2021). Régulation des conflits interpersonnels : le rôle de l'objet-frontière Deux études de cas contrastées du secteur social et médico-social. *@GRH*, 2021/1 N° 38. pp. 135-159.
-

- Ndiaye A. & Girard N. (2024). Gestion des conflits de tâche : une lecture par le prisme des espaces de discussions Le cas de l'institut médico-éducatif de Malécot. @GRH, 2024/2 N° 51
- Petit R. et Zardet V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. @GRH, 2017/1 n° 22. pp. 31-54
- Rivière A. (2022) Tensions de rôle et comportement innovant au travail : quel défi pour les cadres de santé à l'hôpital public ? *Politiques & management public*, 2022/2 N° 3
- Rivière, A., Commeiras, N., & Loubes, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement: une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(2), 142-162
- Rossano, M., & Abord de Chatillon, E. (2021). Pallier le manque de ressources dans une organisation liquide: le cas du service de neurologie d'un hôpital public. @ GRH, 38(1), 105-133
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, 10(4), 154-157
- Valette, A. (1999). La collaboration : ce que nous dit l'étude des processus (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, 17(3), 95-100
- Valette A., Fatien Diochon P. et Burellier F. (2018) « À chacun son paradoxe »: Étude de la délégation des paradoxes organisationnels aux individus. *Revue française de gestion*, vol. 270, p. 115-126.
- van Offenbeek, M., Sorge, A., & Knip, M. (2009). Enacting fit in work organization and occupational structure design: the case of intermediary occupations in a Dutch hospital. *Organization Studies*, 30(10), 1083-1114
- Weber, C. E., Kortkamp, C., Maurer, I., & Hummers, E. (2022). Boundary work in response to professionals' contextual constraints: Micro-strategies in interprofessional collaboration. *Organization Studies*, 43(9), 1453-1477