

# Ecole Supérieure Montsouris



structure organisationnelle et travail  
invisible du cadre de santé sont-ils liés ?  
le bloc opératoire : théâtre de mes  
interrogations.

Frédérique SEVESTRE      2012-2013

# Remerciements

L'élaboration de ce travail de recherche a duré plusieurs mois.

Mes questionnements, mes interrogations ont toujours trouvé une réponse auprès de Monsieur Gilles DESSERPRIT, mon Directeur de mémoire et je l'en remercie.

Je souhaite aussi remercier les professionnels de terrain qui, par leur participation, ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Cette maturation et ce cheminement intérieur ont nécessité du temps, beaucoup de temps... Mon époux, Thierry, grâce à son attention, son soutien et son affection m'a permis d'aboutir et de mettre en mots ce travail de réflexion qui me tenait tant à cœur.

Merci.

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'École Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des Auteurs et de l'IFCS de L'École Supérieure Montsouris

# Sommaire

Liste des sigles utilisés .....	3
Introduction .....	4
<b>1 D'un constat situationnel vécu à l'émergence d'un questionnement .....</b>	<b>6</b>
1.1 <i>Mon cheminement professionnel .....</i>	6
1.2 <i>L'analyse des situations vécues .....</i>	7
1.3 <i>Mon questionnement et les hypothèses soulevées.....</i>	8
<b>2 Le cadre théorique et conceptuel .....</b>	<b>10</b>
2.1 <i>La présentation et l'articulation .....</i>	10
2.2 <i>Le bloc opératoire : une microsociété au cœur de l'hôpital.....</i>	11
2.2.1 Une réglementation et des attentes institutionnelles.....	11
2.2.1.1 L'organisation au bloc opératoire : processus et opérationnalité .....	12
2.2.1.2 Le conseil de bloc opératoire .....	12
2.2.1.3 La charte de fonctionnement du bloc opératoire .....	13
2.2.1.4 Les processus de gestion du bloc opératoire .....	13
2.2.1.5 La synthèse.....	14
2.2.2 Le portrait socioculturel du bloc opératoire .....	16
2.2.2.1 La présentation de la démarche.....	16
2.2.2.2 Le bloc opératoire et sa culture communautaire.....	17
2.2.2.3 Les stratégies de pouvoir et le jeu des acteurs au bloc opératoire .....	19
2.2.3 Les premiers enseignements à retenir.....	22
2.3 <i>Le cadre de santé : manager et articuler .....</i>	23
2.3.1 Les textes réglementaires de la profession de cadre de santé :.....	23
2.3.2 L'exploration des fiches métier « cadre de santé » .....	26
2.3.3 La conceptualisation des rôles professionnels du cadre de santé.....	27
2.3.4 La théorie contingente du travail du cadre.....	29
2.3.5 Les repères conceptuels et théoriques autour de la notion de travail.....	30
2.3.5.1 La définition psycho dynamique du travail .....	30
2.3.5.2 Le travail prescrit – le travail réel .....	31
2.3.5.3 Le travail de lien invisible .....	33
2.3.6 Le contexte environnemental et le travail invisible du cadre de santé .....	35
2.3.6.1 La vision contingente du travail du cadre de santé .....	35

2.3.6.2	Le bloc opératoire et le travail invisible du cadre de santé .....	36
<b>3</b>	<b>L'enquête de terrain.....</b>	<b>38</b>
3.1	<i>La méthodologie de recherche.....</i>	38
3.1.1	Les populations enquêtées .....	38
3.1.2	Les lieux d'enquêtes.....	39
3.1.3	L'outil de recherche .....	39
3.1.4	L'élaboration de la grille d'entretien .....	40
3.1.5	Le déroulement des entretiens.....	40
3.1.6	Les limites de l'étude .....	40
3.2	<i>La présentation des données .....</i>	41
3.2.1	Le traitement des données .....	41
3.2.2	La méthodologie de présentation des résultats .....	41
3.2.3	1 <sup>ère</sup> thématique : la fiche de poste. La concordance entre les activités réalisées et la prescription .....	42
3.2.4	2 <sup>ème</sup> thématique : le travail prescrit, le travail réel, travail invisible du cadre.....	44
3.2.5	3 <sup>ème</sup> thématique : le travail invisible et le contexte environnemental et organisationnel.....	46
3.3	<i>L'analyse des résultats.....</i>	47
3.3.1	La concordance entre le travail du cadre prescrit par l'institution et les activités réalisées sur le terrain.....	48
3.3.2	Le travail de lien invisible du cadre de santé .....	50
3.3.3	Le travail invisible du cadre de santé et le contexte environnemental et organisationnel.....	51
3.3.4	La conclusion de l'analyse.....	53
<b>4</b>	<b>Les pistes de réflexion .....</b>	<b>55</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>57</b>
	<b>Sources et Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
	<b>Annexe</b>	

## Liste des sigles utilisés

<b>A R S</b>	Agence Régionale de Santé
<b>C A F I M</b>	Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmière Monitrice
<b>C A F I S</b>	Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmière Surveillante
<b>D D S</b>	Directeur (trice) des Soins
<b>D G O S</b>	Direction Générale de l'Organisation des Soins
<b>D M S</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>E H P A D</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>H A S</b>	Haute Autorité de Santé
<b>I A D E</b>	Infirmier (ière) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
<b>I B O D E</b>	Infirmier (ière) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
<b>I B O</b>	Infirmier (ière) de Bloc Opératoire
<b>I D E</b>	Infirmier (ière) Diplômé(e) d'Etat
<b>I F C S</b>	Institut de Formation des Cadres de Santé
<b>M C O</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>P M E</b>	Petite et Moyenne Entreprise
<b>S S P I</b>	Salle de Soins Post Interventionnels
<b>T 2 A</b>	Tarifcation à l'Activité
<b>U E</b>	Unité d'Enseignement
<b>U P E C</b>	Université Paris Est Créteil

# Introduction

Le bloc opératoire est une pièce maîtresse des plateaux techniques et contribue à former l'image de marque d'un établissement de soins. La performance et la technologie de pointe de ses équipements, ainsi que le niveau d'expertise des professionnels évoluant en son sein en font une structure fiable où tous œuvrent pour un même but, proposer aux patients des actes chirurgicaux et des soins de qualité au travers des prises en charge sécurisées.

Au cœur de ce lieu secret gravite un personnage clé, véritable metteur en scène, faisant rejouer jour après jour, une même pièce de théâtre, avec les mêmes acteurs. Mais chaque représentation sera différente de celle de la veille, modifiée ou réécrite par les jeux et la volonté des acteurs, les événements imprévus, les difficultés rencontrées ou les conflits à dénouer.

Ce rôle central d'articulation, véritable travail de « *lien invisible* <sup>1</sup> » est tenu, au bloc opératoire, par le cadre de santé. Je connais son rôle, ses activités quotidiennes, ayant moi-même occupé le poste de faisant fonction de cadre de santé au bloc opératoire.

Mais qu'en est-il du travail de lien invisible réalisé par les cadres de santé au cœur de leurs unités de soins ? Quel est leur quotidien, comment construisent-ils des compromis, inventent-ils des astuces, adaptent ils leurs activités afin de répondre aux règles de prescription ?

Paule BOURRET se pose la question : « Qu'est-ce qu'un cadre de santé à l'hôpital fait en faisant son métier aujourd'hui ? »<sup>2</sup>.

L'objectif du travail d'initiation à la recherche proposé est de tenter d'apporter des réponses aux interrogations posées. Il s'articule autour de trois parties.

Tout d'abord, mon cheminement me conduira à dresser un constat, au travers des opinions, des faits et des phénomènes observés dans ma pratique professionnelle. Ce parcours me permettra de faire émerger un questionnement, illustré par une ou plusieurs hypothèses de recherche.

Puis, je construirai et j'argumenterai ma réflexion par un « *étayage théorique et conceptuel* »<sup>3</sup>. Celui-ci correspondra au cadre de mes recherches et aux différentes possibilités d'analyse que mon questionnement de départ m'aura permis de mettre en évidence.

---

<sup>1</sup> En référence au livre de Paule Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, 288 pages.

<sup>2</sup> Ibid., p.13.

<sup>3</sup> Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2012-2013, Institut de Formation des Cadres de Santé, Ecole Supérieure Montsouris, p.4

Une enquête exploratoire sur le terrain, sous la forme d'entretiens semi-directifs, confirmera ou infirmera ensuite les hypothèses provisoires. La présentation et l'analyse de ses résultats, ainsi que la discussion qu'elle pourra engendrer me permettront de formuler des propositions ou des pistes d'amélioration.

# 1 D'un constat situationnel vécu à l'émergence d'un questionnement

## 1.1 Mon cheminement professionnel

Mon cheminement, depuis l'obtention de mon diplôme d'infirmière en 1980 et mon diplôme d'infirmière de bloc opératoire en 2000, m'a fait vivre de nombreuses expériences professionnelles.

Au cours de toutes ces années, les savoir-faire acquis m'ont permis de m'épanouir, de m'investir et de m'enrichir au travers d'activités pour et autour du patient. Petit à petit, mon identité professionnelle s'est dessinée, affirmée. Logiquement, mes choix m'ont amené à élargir mes champs d'activité, me faisant évoluer d'une activité soignante, vers une activité d'encadrement.

La profession de cadre de santé a subi de nombreuses transformations au cours des dernières décennies. Elle est actuellement engagée dans un processus de réingénierie la faisant évoluer vers un parcours de formation commun avec l'université. Par son adaptation aux évolutions et aux réformes, le cadre de santé a largement contribué à l'évolution du système hospitalier, à la sécurité et à la qualité des soins. Il est devenu un véritable coordonnateur de proximité qui gère, anime, dirige son équipe, tout en maintenant une cohérence avec les projets de l'institution, dans un environnement en perpétuelle mutation.

Depuis ma prise de fonction en juin 2011 comme faisant fonction de cadre de santé de bloc opératoire, j'ai pu éprouver les difficultés rencontrées par les cadres dans l'exercice de leurs missions au quotidien. Au sein du bloc opératoire, les activités d'encadrement, de gestionnaire et de coordonnateur qui furent miennes, étaient fortement influencées par le mode de fonctionnement et l'organisation très spécifique de cette unité.

*« L'être humain possède la capacité d'interpréter son comportement ainsi que celui de ceux qui l'entourent et de le modifier en conséquence »<sup>4</sup>.*

Chaque acteur de cette structure a un rôle bien précis à jouer, quelque soit son niveau d'expertise. Centré sur la réalisation de processus ou d'actes qui sont propres à sa catégorie professionnelle, il doit rester attentif aux impératifs des autres professionnels. L'intensité du travail, autour et pour le patient, ainsi que la grande

---

<sup>4</sup> J.Louis (2008-2009), **Bloc opératoire et secteur de chirurgie : enjeux de communication**, Mémoire Cadre de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Psychothérapique de Nancy, p.126.

diversité des actes réalisés imposent complémentarité et ajustement de la part des membres de l'équipe. La coordination de tous, apparaît donc comme primordiale.

Ce mode de fonctionnement peut être illustré par un modèle de structure organisationnelle typique décrite par Henri MINTZBERG dans son ouvrage « *Structure et Dynamique des organisations* »<sup>5</sup>.

Il s'agit de la configuration dénommée **bureaucratie professionnelle**, dont la coordination des acteurs se fait par la standardisation des compétences. « *Face aux situations qu'il rencontre, chaque professionnel sait, grâce à ses compétences acquises, ce qu'il doit faire* »<sup>6</sup>. De même, « *les professionnels de santé se coordonnent sur la base de ce qu'ils doivent faire en fonction de l'état de l'art, c'est-à-dire de leurs compétences, notamment délivrées par l'Université* »<sup>7</sup>.

Cette présentation un peu trop « idéale » du mode d'organisation d'un bloc opératoire n'est pas exactement le reflet des situations que je vivais au jour le jour. Celles-ci ont d'ailleurs encouragé ma réflexion et motivé le choix du thème de ce mémoire.

## **1.2 L'analyse des situations vécues**

« *L'organisation d'un bloc opératoire n'est, malgré les apparences, ni stable, ni tranquille, ni permanente, ni uniforme. L'ordre et le désordre se confrontent intimement, de façon réglée, stéréotypée, presque cyclique. Tout paraît lié et, paradoxalement, tout semble, simultanément, antagoniste* »<sup>8</sup>.

C'est au cadre de santé que revient la mission de gérer, au quotidien, ce semblant de bouillonnement perpétuel. Il doit user de diplomatie et de compréhension, en jouant un rôle de modérateur entre les différentes gouvernances médicales de l'unité et en temporisant les mécontentements des uns et des autres. Il réajuste le déroulement des programmes opératoires en temps réel, afin de résoudre au mieux les problèmes ou événements indésirables survenant.

Il est, en quelque sorte, « le maître des temps », temps de chirurgien, temps d'anesthésiste, temps de préparation des patients, temps de préparation des chariots du matériel d'intervention... Chaque temps a une durée bien spécifique en fonction des activités de l'acteur qui l'occupe. Pour le cadre de santé, la régulation des

---

<sup>5</sup> H. Mintzberg, **Structure et Dynamique des organisations**, Paris : Edition d'Organisation, 1995, 2<sup>e</sup> tirage, Chapitre 19.

<sup>6</sup> J.P. Dumond, **Les principales essences organisationnelles**, Cours sur la théorie de l'action collective, 2012, Master Management et Santé, IAE, UPEC.

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> M.Cepisul, **Respect des compétences et communication au sein du bloc opératoire**, Revue Interbloc, n°3, Septembre 2008, p.201.

différentes temporalités cohabitant, se juxtaposant et parfois même s'affrontant est un des éléments essentiels qu'il doit maîtriser pour construire le déroulement du programme opératoire journalier.

« *Il n'est pas de profession qui ne comporte une part de création, [...] mais cette créativité ordinaire est souvent ignorée et cachée* »<sup>9</sup>.

Le cadre de bloc opératoire utilise dans son travail d'articulation et de lien une part de cette créativité ordinaire. Ce travail invisible se réalise en donnant un sens à chacune de ses actions, en tenant compte des valeurs et des compétences individuelles des acteurs, en écoutant les équipes afin de comprendre les résistances souvent sources de conflits et enfin en anticipant les imprévus. Ce travail réel est difficile à reconnaître puisqu'il ne s'apparente pas toujours au travail prescrit, décrit dans les différentes procédures et chartes de fonctionnement. De plus, il ne répond pas toujours aux prescriptions de la hiérarchie institutionnelle.

« *L'efficacité au travail consiste à construire en permanence des compromis avec les règles prescrites en inventant des astuces pour répondre au mieux à l'objectif fixé* »<sup>10</sup>.

Le cadre doit réécrire le travail prescrit pour qu'il coïncide avec la réalité. Il doit composer, utiliser aptitudes relationnelles et savoir-faire pour chaque jour réinventer le fil de l'histoire.

Au travers de toutes ces réflexions, un questionnement a émergé, en lien avec le caractère très spécifique du fonctionnement d'un bloc opératoire et le rôle central, souvent informel et non mesurable que le cadre de santé y joue.

### **1.3 Mon questionnement et les hypothèses soulevées**

Ma question de recherche est celle-ci :

***En quoi le travail de « lien invisible » du cadre de santé aurait une spécificité particulière au bloc opératoire ?***

Avec la rédaction de ce mémoire, je saisis l'opportunité de traiter de ce thème qui fait écho à mon ressenti et à mon vécu en tant que faisant fonction de cadre de bloc opératoire.

---

<sup>9</sup> A. Weinberg, **Travail : la créativité cachée**, Revue Sciences Humaines, n°221, décembre 2010.

<sup>10</sup> P. Molinier, **Cadre de santé, une fonction possible dans un collectif de pairs**, revue Soins Cadres de Santé, n°65, février 2008, p.28.

Afin de réaliser ce travail d'initiation à la recherche, j'ai construit un cadre théorique qui correspond à des concepts et à des pistes de réflexion que mon analyse de cette question de recherche me permet de mettre en évidence.

Deux hypothèses peuvent être retenues, comme réponse provisoire à cette question :

**1<sup>ère</sup> hypothèse : il existe bien une particularité du travail de « lien invisible » du cadre de santé en lien avec le contexte environnemental et organisationnel du bloc opératoire.**

**2<sup>ème</sup> hypothèse : le travail de « lien invisible » du cadre de santé est le même, quelque soit son secteur d'activité.**

Pour interroger ces deux hypothèses, je vais explorer les perspectives théoriques des concepts et des thèmes retenus pour la construction de mon cadre. Ces derniers devront ou pas me permettre de déterminer ce qui pourrait rendre spécifique le travail du cadre de santé au bloc opératoire.

Dans l'étape ultime de mon mémoire, ces hypothèses seront confrontées à des données d'observation.

## 2 Le cadre théorique et conceptuel

Le cadre théorique et conceptuel est le recueil et la mise en lien de différents éléments de compréhension, dans le domaine législatif, professionnel, conceptuel et organisationnel. Il aborde différents champs disciplinaires comme la sociologie des organisations, la sociologie du travail, la psychodynamique, l'ethnographie, l'ergonomie... La construction de ce cadre, à l'aide d'un regard et d'une analyse critique, me permettra de confronter et d'interroger mes hypothèses de départ.

### 2.1 La présentation et l'articulation

Le premier axe de mon travail repose sur une analyse du bloc opératoire, au travers de plusieurs éléments.

Tout d'abord, je vais poser le cadre réglementaire de ce secteur d'activités. Il est directement en lien aujourd'hui avec les contraintes institutionnelles en matière d'efficacité des organisations, d'optimisation des résultats et de la qualité des prises en charge initiées à la fois par l'Agence Régionale De Santé (ARS) et la Haute Autorité de Santé (HAS).

Puis, je poursuivrai en décrivant l'organisation d'un bloc opératoire, au travers de l'histoire des différentes identités professionnelles le composant, à l'aide de caractéristiques contextuelles, sociologiques et psychodynamiques.

Jean PENEFF décrit le bloc opératoire comme « *une sorte d'îlot souterrain dans l'hôpital qui constitue un monde clos où le personnel ordinaire n'entre pas* »<sup>11</sup>.

Au sein de cette communauté, la grande diversité des acteurs occupant ce lieu mythique induit souvent une cohabitation délicate et rend les relations humaines difficiles, aussi bien à l'intérieur qu'avec l'extérieur. Leurs jeux, les luttes de pouvoir ou les alliances conclues, les zones d'incertitude qu'ils produisent, sont autant de paramètres que le cadre de santé ne doit pas omettre de prendre en compte dans sa gestion au quotidien du bloc opératoire.

Le deuxième axe de mes recherches aura pour thème, la fonction d'encadrement à l'hôpital.

Les cadres de santé vivent depuis plusieurs années de profondes transformations dans l'organisation de leur profession. « *Le cadre hospitalier ressent de plus en plus de difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de*

---

<sup>11</sup> J.Peneff, **Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert**, Revue Sociologie du Travail, n°3/97, p.270.

*son identité professionnelle* »<sup>12</sup>. Le travail qu'effectuent ceux-ci au sein de leur service n'est pas un travail évaluable en production de soins, donc plus difficilement quantifiable et reconnaissable. Mais doit-il pour autant rester invisible ?

En premier lieu, je poserai le cadre réglementaire de cette profession, en m'appuyant sur les textes juridiques la concernant. Pour enrichir ma recherche, je m'intéresserai également aux différentes fiches métier et fiches de poste illustrant les fonctions de cadre de santé.

Puis, m'aidant du fil conducteur proposé par cette question :

« *Qu'est-ce qu'un cadre de santé à l'hôpital fait en faisant son métier aujourd'hui ?*<sup>13</sup> », je proposerai une approche conceptuelle des rôles du cadre de santé. L'analyse de la théorie contingente du travail du cadre réalisée par Henri MINTZBERG complétera cette étape.

Je poursuivrai en m'interrogeant sur le sens donné à la notion « travail » et aux différentes interprétations que l'on peut lui prêter dans l'exercice de la profession de cadre de santé : travail prescrit, travail réel, travail invisible, travail d'articulation... Pour ce faire, j'utiliserai différents repères conceptuels et littéraires.

Je terminerai en confrontant l'invisibilité du travail du cadre de santé à son environnement structurel et organisationnel, en retenant plus particulièrement pour exemple le bloc opératoire.

## **2.2 Le bloc opératoire : une microsociété au cœur de l'hôpital**

### **2.2.1 Une réglementation et des attentes institutionnelles**

La gestion et l'organisation d'un bloc opératoire moderne s'apparente aujourd'hui de plus en plus à celle d'une P.M.E. (Petite et Moyenne Entreprise). Les activités de soins, de management et de régulation réalisées sont encadrées par des textes réglementaires et prennent différentes formes. Le niveau d'exigence auquel cette structure doit aujourd'hui répondre se concrétise à plusieurs niveaux.

Je choisis d'utiliser le dispositif de Certification des Etablissements de Santé pour étayer mes propos. Celui-ci est construit sur la base de référentiels composés de normes et de recommandations.

---

<sup>12</sup> C. de Singly, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009, p.28

<sup>13</sup> P. Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, p.13.

### **2.2.1.1 L'organisation au bloc opératoire : processus et opérationnalité**

Ce secteur d'activités interventionnelles doit répondre au critère 26.a du dispositif de Certification des Etablissements de Santé<sup>14</sup> de la Haute Autorité en Santé, (V 2010, troisième itération) concernant l'organisation et le fonctionnement d'un bloc opératoire. En effet, « *le bloc opératoire constitue, du fait de sa complexité organisationnelle, un secteur à risque pour le patient, justifiant la mise en place d'une gestion des risques garantissant la sécurité des actes* ».

Ce critère est à la fois une Pratique Exigible Prioritaire et un indicateur (tenue du dossier d'anesthésie). Il liste les exigences attendues, afin de garantir aux patients opérés des prises en charge de qualité, réalisées dans des conditions de sécurité optimum (check list portant sur la sécurité du patient au bloc opératoire, mise en place des Revues Morbi-Mortalité). Ces pratiques s'intègrent dans le parcours de soins de ces derniers, l'objectif pour l'établissement étant de développer une culture partagée de la sécurité.

Je vais décrire dans les titres suivant certains des items priorisés par l'H.A.S dans ce critère 26.a. Il me semble qu'ils illustrent parfaitement la réglementation en vigueur et les attentes organisationnelles de l'institution vis-à-vis du bloc opératoire.

### **2.2.1.2 Le conseil de bloc opératoire**

Le **conseil de bloc opératoire** est une instance de gouvernance mensuelle. Il doit permettre le déroulement « harmonieux » de l'organisation et du fonctionnement d'une telle structure. Son texte de référence est la circulaire DH/FH/n° 2000-264 du 19 mai 2000<sup>15</sup>. Je ne souhaite pas vous la détailler, néanmoins certaines dispositions peuvent être mises en lien avec le thème de mon mémoire et mes hypothèses de travail :

- *C'est le directeur qui arrête la composition nominative du conseil de bloc.*
- *Le responsable de l'organisation du secteur opératoire peut être le cadre de santé de l'unité.*

---

<sup>14</sup> **Manuel de certification des établissements de santé V2010**, p. 7-64-65, disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217\\_manuel\\_v2010\\_nouvelle\\_maquette.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf), consulté le 12.01.2013.

<sup>15</sup> **Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé**. Texte non paru au Journal Officiel. Date d'application : immédiate. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231614.htm>, consulté le 12.01.2013.

➤ *Le président du conseil de bloc opératoire est le responsable de l'organisation du secteur opératoire.*

➤ *Les missions du conseil de bloc opératoire doivent permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique.*

La place et le rôle joué par le cadre de santé au sein du bloc opératoire sont donc primordiaux. Cette circulaire le positionne clairement comme un acteur incontournable de la structure. L'organisation mise en place fait l'objet d'une procédure spécifique, appelée « **charte de bloc opératoire** ».

### **2.2.1.3 La charte de fonctionnement du bloc opératoire**

La charte de bloc opératoire est un véritable outil de régulation réglementaire. C'est un document de référence devant être actualisé et validé, véritable produit d'un compromis entre les différents acteurs de la structure. La charte permet de mettre en évidence les situations problématiques qui peuvent se poser et propose des modalités de résolution des difficultés rencontrées. Dans le souci de garantir la sécurité des patients et d'organiser le fonctionnement du bloc opératoire, des règles claires précisent les fonctions, les pratiques et activités professionnelles des intervenants médicaux et paramédicaux le composant.

Un médecin coordonnateur, chirurgien ou médecin anesthésiste, coordonne les activités médicales. Il est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'institution et de son instance médicale, la Commission Médicale d'Etablissement.

Le responsable du bloc opératoire est chargé de faire respecter cette charte, par délégation du conseil de bloc. Son application est en lien direct avec les différents processus de gestion permettant de mettre en place une organisation fiable et sécurisée au sein du bloc opératoire.

### **2.2.1.4 Les processus de gestion du bloc opératoire**

La gestion et l'organisation d'un bloc opératoire peuvent être illustrées par plusieurs mots-clés : **planification, programmation, régulation, activité, mutualisation, indicateur, optimisation, ressources humaines, traçabilité, qualité et sécurité des soins.**

Au travers de ces mots, on devine les enjeux stratégiques reposant sur les épaules du responsable de bloc et du médecin coordonnateur.

Dans le critère 26.a du dispositif de certification, le niveau d'exigence est clairement posé et il fait d'une organisation coordonnée et formalisée une priorité. Voici quelques exemples de processus de gestion :

- Planifier les plages opératoires, en harmonisant le nombre des vacations opératoires offertes aux chirurgiens, en fonction de leur activité prévue et réalisée.
- Programmer les interventions chirurgicales, en tenant compte du degré d'urgence, des ressources humaines disponibles et du nombre de salles ouvertes.
- Superviser et réguler les activités des journées opératoires, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients. Effectuer si nécessaire les réajustements en fonction des événements non prévus se produisant (urgences...).
- Enregistrer le déroulement des interventions afin de prévoir des boucles de rétroaction pour permettre la régulation opérationnelle future.

Deux acteurs pivots du bloc opératoire veillent à la mise en œuvre des processus de gestion cités précédemment : **le responsable du bloc opératoire et le médecin coordonnateur**. La coordination et la complémentarité entre ces deux acteurs est un facteur important pour la mise en place d'une organisation pérenne et performante au sein du bloc opératoire.

D'autres instances sont à leur disposition, avec des niveaux de responsabilités différents :

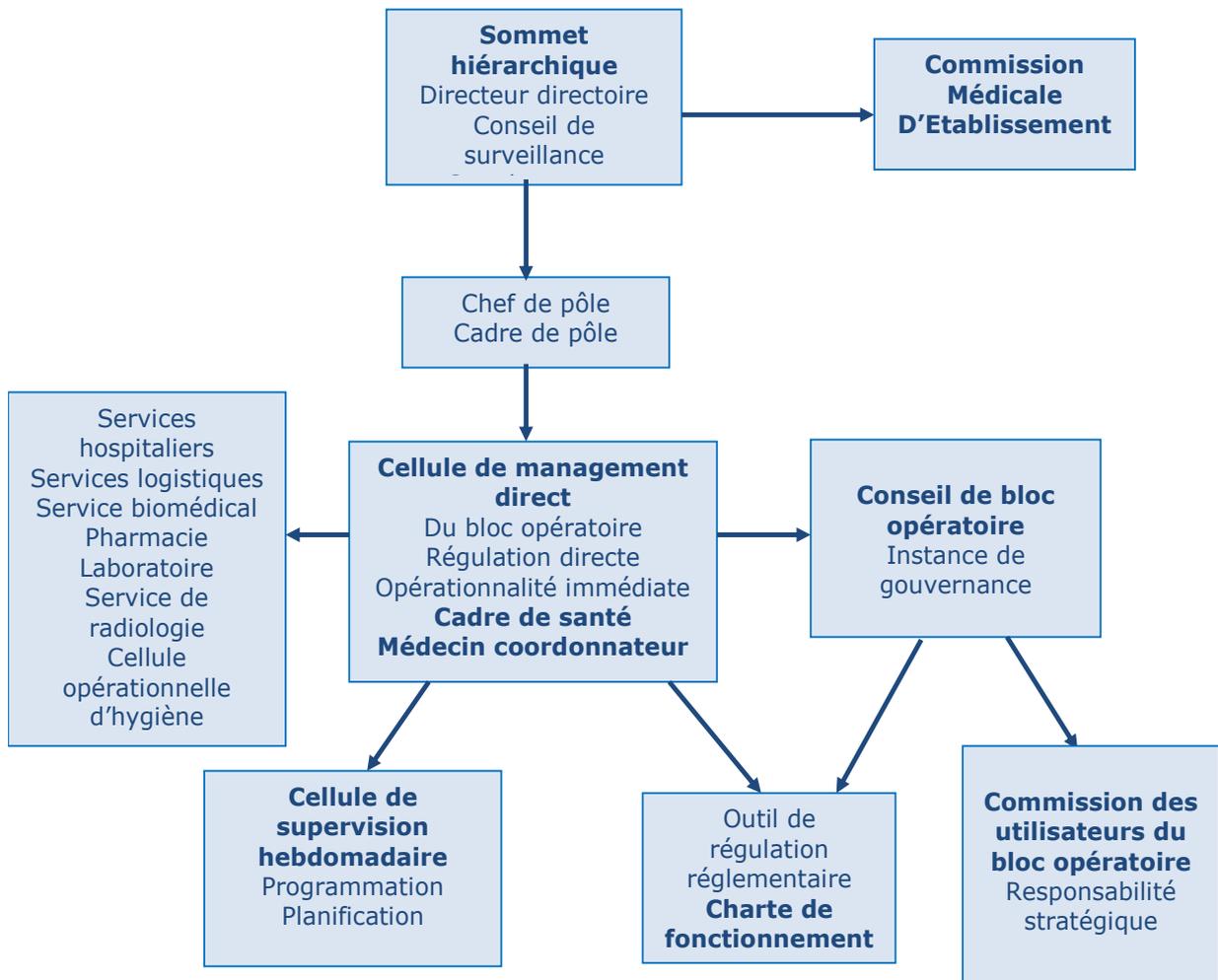
- **Une cellule de supervision** hebdomadaire, dont la responsabilité opérationnelle est immédiate.
- **Une commission des utilisateurs du bloc**, ayant une responsabilité stratégique et fonctionnelle et se réunissant trimestriellement.

### **2.2.1.5 La synthèse**

Le bloc opératoire du 21<sup>e</sup> siècle dispose théoriquement des différents outils de management et des processus opérationnels nécessaires, pour proposer aux patients pris en charge, des soins et des actes anesthésiques et chirurgicaux, réalisés selon des critères de qualité et de sécurité, évalués et validés.

Le positionnement stratégique du cadre de santé en fait le véritable régulateur des activités s'y déroulant. Mais ce mode de fonctionnement ne pourra être efficace qu'avec l'existence d'une véritable cohésion et complémentarité avec le coordonnateur médical de l'unité. Toute organisation, fut elle anticipée et réglementée, ne peut nier l'importance du facteur culturel et humain dans sa mise en œuvre.

La plupart des dysfonctionnements repérés sont liés à un manque de coordination entre les groupes professionnels, médicaux ou paramédicaux. Ils interviennent en réaction à des variations de facteurs de contingence<sup>16</sup>, souvent rattachées à l'environnement de la structure. Le cadre de santé du bloc opératoire devra tenir compte de ces paramètres, auxquels s'ajoutent actuellement les contraintes financières et les restrictions budgétaires.



**Figure 1<sup>17</sup>** : organigramme récapitulatif de l'organisation du bloc opératoire, de ses outils et de ses instances

<sup>16</sup> J.P. Dumond, *cours sur la théorie de la contingence-théorie de l'action collective*, Master Management et Santé, Université Paris Est Créteil (UPEC), 2012/2013.

<sup>17</sup> Figure réalisée par moi-même.

Dans le prochain chapitre de mon cadre conceptuel, pour approfondir mon analyse du bloc opératoire, je vais dresser son portrait socioculturel, à l'aide de plusieurs modes de lecture.

## **2.2.2 Le portrait socioculturel du bloc opératoire**

### ***2.2.2.1 La présentation de la démarche***

Le bloc opératoire est un lieu singulier, aux cloisons étanches et hermétiques. Il vit en vase clos, on y pénètre par un sas, véritable « sésame ». Chaque acte, chaque geste, chaque parole répond à un ordonnancement précis et réfléchi. L'environnement est très technique et les règles d'hygiène et d'asepsie, fortement protocolisées, doivent y être respectées scrupuleusement.

Idéalement, le bloc opératoire peut être représenté comme une organisation professionnelle exemplaire, où les métiers se côtoient et se complètent afin d'assurer aux patients pris en charge la qualité et la sécurité des soins. Chaque communauté de personnel, médical ou paramédical, doit faire l'effort de comprendre la logique professionnelle de l'autre, afin de mettre en place une véritable coopération fructueuse, dans le respect des missions et des compétences des uns et des autres.

Chaque professionnel qui gravite autour du patient détient des savoir-faire spécifiques aux actes ou aux soins qu'il va réaliser pour ce dernier. L'ordonnancement chronologique de ces gestes, souvent techniques, et leur réalisation n'est pas toujours simple à mettre en place. La complémentarité et la coordination, pourtant indispensable entre les différents acteurs de ce lieu particulier, ne sont pas toujours présentes ou spontanées (surtout entre les chirurgiens et les médecins anesthésistes). Ceci implique donc que tous n'avancent pas toujours dans le même sens et en même temps.

Pour Marie Claire POUCHELLE, « *le chirurgien est le personnage principal sur lequel s'est construite la mythologie du bloc opératoire depuis l'apparition des premières salles d'opération au 19<sup>e</sup> siècle* »<sup>18</sup>.

Comme elle nous le rappelle à travers le titre de son ouvrage, « le théâtre des opérations », le vocabulaire militaire et guerrier est intimement lié au quotidien professionnel des chirurgiens.

« *Les chirurgiens ont été et se sont propulsés en première ligne du combat contre la maladie, sabre au clair* »<sup>19</sup>. Difficile alors pour eux, habitués à trancher, à

---

<sup>18</sup> M. C. Pouchelle, *L'hôpital ou le théâtre des opérations*, Paris, Edition Seli Arslan, 2008, 192 pages.

<sup>19</sup> Ibid., p.8.

combattre, à braver la mort et à faire triompher la vie, d'accepter que leur pouvoir soit en perte de vitesse.

L'évolution du système de santé et des mentalités est en marche. Les chirurgiens doivent maintenant partager ce pouvoir avec d'autres confrères, comme les médecins anesthésistes, au sein de la communauté du bloc opératoire. Ces deux professionnels hautement qualifiés sont interdépendants l'un de l'autre. Ils doivent ménager leurs relations afin de pouvoir continuer à coopérer sans perdre la face en cas de manquement. Leurs rapports peuvent être mêlés d'une certaine déférence affichée, mais chacun est son propre maître et ne doit pas rendre de compte à l'autre.

Cette présentation a « planté le décor » et a fait entrevoir l'importance du rôle joué par les acteurs composant la communauté du bloc opératoire. Je vais en approfondir l'analyse dans le paragraphe suivant.

### **2.2.2.2 Le bloc opératoire et sa culture communautaire**

Ivan SAINSAULIEU dans son ouvrage intitulé « *La communauté de soins en question* »<sup>20</sup> identifie le bloc opératoire comme une **communauté professionnelle fermée**. On peut la caractériser à travers plusieurs facteurs :

➤ L'héritage culturel et historique de la communauté : Ce facteur est très développé au sein du bloc opératoire, notamment au travers de l'histoire des différentes organisations qui ont pu s'y succéder.

➤ La présence du modèle hiérarchique : L'existence d'un chef, unificateur et fédérateur est primordiale pour pérenniser un mode d'organisation stable et satisfaisant. Ce rôle de « chef de bloc » peut être tenu par un médecin ou un cadre de santé.

➤ L'autonomie individuelle et collective : L'autonomie des acteurs peut être individuelle, chacun ayant une place et un rôle à jouer dans l'organisation de l'unité. Mais cette autonomie répond également à une logique collective, laissant parfois peu de place à l'initiative, l'individu se retrouvant fusionné dans le groupe.

Les facteurs présentés précédemment peuvent m'aider à décrypter les modes d'interactions professionnelles des acteurs évoluant au sein de cette communauté. Est-ce l'intensité du lien social qui la caractérise ou bien son degré de fermeture ?

« *Le bloc comprend des identités professionnelles différentes, mais fortement arrimées à un même but. Infirmières, cadres et médecins sont dans une culture professionnelle de haut niveau, avec l'amour du métier* »<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> I. Sainsaulieu, ***La communauté de soins en question***, Paris, Edition Lamarre, 2006, 267 p.

La coopération existante entre les différentes catégories est fortement liée à la diversité des actes réalisés. Bien que se déployant souvent dans une atmosphère confinée et génératrice de stress, l'intensité du travail, autour et pour le patient, impose complémentarité et ajustement mutuel de la part des membres des équipes.

*« La communauté se nourrit d'un engagement professionnel intense et satisfait, les exigences sont variées, et le travail doit être réactif du fait des aléas »<sup>22</sup>*

La flexibilité est incontournable, en réponse aux aléas des planifications opératoires et de la prise en charge des urgences. La complémentarité des identités professionnelles, dans la prise en charge des patients, est une caractéristique forte de cette collectivité, toute entière tournée vers la réalisation des résultats annoncés.

Mais la grande diversité des acteurs évoluant dans ce lieu mythique et les différents jeux de pouvoir qu'ils mettent en place, vont conditionner le bon fonctionnement de cette communauté.

*« Les acteurs passent de relations ombrageuses à des relations d'entente cordiale comme des feux de signalisation passent du rouge au vert »<sup>23</sup>*. Les relations entre les acteurs, surtout entre les chirurgiens et les médecins anesthésistes sont souvent instables et changeantes. Elles peuvent fluctuer, autant en fonction des engagements et des buts qu'ils se sont fixés qu'en fonction des stratégies de pouvoir mises en place.

Le cadre de santé de bloc opératoire doit être attentif à la montée des tensions afin d'agir avant que les conflits n'éclatent. Il s'improvise médiateur ou modérateur, et de façon même informelle, doit favoriser la discussion et les échanges entre les belligérants.

Comme *« marginal sécant »*, *« le cadre de santé est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres. Il peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre les logiques d'action différentes, voire contradictoires »<sup>24</sup>*. Il cherchera par ailleurs à coordonner les activités soignantes, anesthésiques et chirurgicales de ces professionnels de santé, contraints à travailler ensemble, pour le bénéfice du patient. Il s'agit d'une analyse systémique.

---

<sup>21</sup> Ibid., p.141.

<sup>22</sup> Ibid., p.139.

<sup>23</sup> Ibid., p.105.

<sup>24</sup> M.Crozier et E.Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1977, p.86.

### **2.2.2.3 Les stratégies de pouvoir et le jeu des acteurs au bloc opératoire**

Nombreux sont les sociologues dont les ouvrages proposent des analyses sociologiques des organisations. A travers le thème de l'action organisée, propre à tout système, ces essais font références aux différents modes de l'action collective.

Pour Philippe BERNOUX, l'organisation est « *un construit humain ou un ensemble humain structuré* »<sup>25</sup> Celle-ci peut être représentée par le produit d'un ensemble d'actions individuelles ou collectives réalisées par des acteurs.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, ces modes d'action « *ne sont pas le résultat automatique du développement des interactions humaines, d'une sorte de dynamique spontanée qui porterait les hommes en tant qu'êtres sociaux à s'unir, à se grouper, à s'organiser* »<sup>26</sup>

Au sein du bloc opératoire, ce sont les opportunités, les choix stratégiques et les relations de pouvoir qui détermineront le jeu des acteurs et par cela même influenceront l'ordonnement de l'organisation instituée.

Pour décrypter plus finement le jeu des acteurs de la communauté qui nous intéresse, je choisis d'aborder le thème des relations de pouvoir.

Philippe BERNOUX définit le pouvoir comme « *la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus* »<sup>27</sup>. Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, « *La première grande source de pouvoir, [...], c'est celle qui tient à la possession d'une compétence ou d'une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable* »<sup>28</sup>.

Ces affirmations décrivent parfaitement les comportements observés au bloc opératoire. Les chirurgiens, les médecins anesthésistes mais aussi certains professionnels paramédicaux détiennent des domaines d'expertise, non remplaçables. Ils disposent de savoir-faire, de connaissances spécifiques cruciales pour le bon déroulement de l'organisation, facilitant alors leurs positionnements dans la négociation avec l'institution hospitalière et leurs collègues. Les décisions qu'ils prendront ou les comportements qu'ils adopteront ne seront pas toujours dictés par l'intérêt collectif, mais plutôt le reflet d'une attitude opportuniste leur permettant d'utiliser le système au mieux de leurs intérêts.

La deuxième grande source de pouvoir que l'on peut trouver dans une organisation telle qu'un bloc opératoire, est liée à l'appropriation des zones

---

<sup>25</sup> P. Bernoux, *la sociologie des organisations*, Paris, Edition du Seuil, 2009, p. 156.

<sup>26</sup> M.Crozier et E.Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1977, p.15.

<sup>27</sup> P. Bernoux, *la sociologie des organisations*, Paris, Edition du Seuil, 2009, p. 178.

<sup>28</sup> M.Crozier et E.Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1977, p.84.

d'incertitudes développées autour des relations de la structure avec son environnement.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, « *Les environnements pertinents d'une organisation, [...], constituent pour elle toujours et nécessairement une source de perturbation potentielle de son fonctionnement interne, et donc une zone d'incertitude majeure et inéluctable. Les individus et les groupes qui, par leurs appartenances multiples, leur capital de relations dans tel ou tel segment de l'environnement, seront capables de maîtriser, tout ou partie, cette zone d'incertitude, de la domestiquer au profit de l'organisation, disposeront tout naturellement d'un pouvoir considérable au sein de celle-ci* ». <sup>29</sup>

Cette citation illustre parfaitement les difficultés que rencontre le cadre de santé lorsqu'il effectue la régulation des activités opératoires journalières et leurs enchaînements lissés afin d'utiliser au mieux les ressources humaines, logistiques et infrastructurelles du bloc opératoire.

L'appropriation des logiques d'action et des zones d'incertitudes de l'autre vont permettre à certains acteurs, à l'intérieur du bloc ou à l'extérieur, d'influer sur le déroulement logique et réfléchi de l'organisation mise en place. De ce fait, Ils disposeront ainsi d'un certain pouvoir sur les autres acteurs. Son importance sera à mettre en lien avec la pertinence du contrôle que pourra générer le professionnel qui l'exercera.

Pour Philippe BERNOUX, « *la maîtrise de cette incertitude confère un pouvoir à celui qui la détient* » <sup>30</sup>. Elle modifie le comportement de celui qui la maîtrise, ajoutant un paramètre d'imprévisibilité dans ses actions. Ce nouveau pouvoir apporte à l'individu ou au groupe le détenant, même ponctuellement, une marge de liberté. Ils seront libres ensuite, de négocier ou de refuser la demande de l'autre, en la complétant par exemple par l'obtention d'un avantage. Ils en obtiendront ainsi un bénéfice secondaire.

Cette appropriation est à mettre en lien avec un autre facteur de pouvoir, très présent à mon avis au sein des blocs opératoires : l'asymétrie de l'information <sup>31</sup>.

En économie, on parle d'asymétrie de l'information lors d'un échange quand certains des participants disposent d'informations pertinentes que d'autres n'ont pas. L'utilisation de cette notion est également primordiale dans le domaine de l'action

---

<sup>29</sup> Ibid., p.86.

<sup>30</sup> P. Bernoux, **la sociologie des organisations**, Paris, Edition du Seuil, 2009, p. 172.

<sup>31</sup> **L'asymétrie d'information**, disponible sur :

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Asym%C3%A9trie\\_d'information](http://fr.wikipedia.org/wiki/Asym%C3%A9trie_d'information), consulté le 13.01.2013.

organisée. Elle constitue une caractéristique centrale des organisations de santé<sup>32</sup> et est souvent utilisée entre les différents acteurs au sein du bloc opératoire lorsqu'un travail en équipe doit être réalisé.

Le professionnel qui détient l'information à un instant « T » a, à la fois, le choix du moment pour la transmettre et celui du choix de la personne à qui la transmettre. La façon dont il communiquera l'information peut aussi être le reflet d'une stratégie et dépendre des objectifs qu'il s'est fixé. Difficile alors pour le cadre de santé de « dénouer et débobiner l'écheveau », jusqu'à atteindre le cœur de l'action à envisager ou à mettre en place.

Dans la réalité organisationnelle quotidienne, une autre forme de stratégie de pouvoir est observée par de nombreux sociologues.

Il s'agit, d'une part, de l'utilisation des règles de l'organisation, de la maîtrise de leur connaissance et de leur utilisation, et d'autre part, des écarts observés entre les règles et les pratiques réelles des professionnels transformant une « organisation formelle » en une « organisation informelle ».

Les règles mises en place au sein du bloc opératoire, pouvant être représentées par la charte locale et les différents process organisationnels référencés, ne permettent pas toujours une bonne régulation des activités de l'unité. Règles et protocoles sont parfois inefficaces.

Pour Régine BERCOT, « *cette vertu des règles est en partie illusoire. Il est impossible de tout prévoir et de formaliser les procédures d'intervention pour tous les cas. Cette forte réglementation ne dispense donc pas les acteurs de faire œuvre d'inventivité pour produire de la souplesse et répondre à la diversité des cas et aux problèmes inédits* »<sup>33</sup>.

Les acteurs du bloc opératoire, et notamment le cadre de santé, doivent parfois intervenir, et adapter la règle, pour la rendre plus pertinente et efficace au regard des actions qu'ils doivent mener ou des événements qu'ils doivent gérer. Ils transforment alors une « organisation formelle » en « organisation informelle ».

Pour conclure sur ce thème des logiques et stratégies des acteurs au sein des structures organisationnelles, je m'interroge sur la notion d'objectifs communs.

Il peut y avoir des objectifs partagés au sein d'un bloc opératoire, mais ils ne sont valables que pour des actions ponctuelles et circonscrites dans le temps. La prise en charge et le déroulement de l'intervention d'un patient dans le cadre de son parcours de soins en est un bon exemple. Pour la réalisation de chaque étape de cette

---

<sup>32</sup> J.P. Dumond, ***cours sur la théorie de la contingence-théorie de l'action collective***, Master Management et Santé, UPEC, 2012/2013, p.25.

<sup>33</sup> R. Bercot, ***Hôpital : petits arrangements avec les règles***, Revue les Grands Dossiers des Sciences Humaines, Trimestriel n°12, 2008, p.45.

production de soins et d'actes chirurgicaux, les différents professionnels, en lien avec leurs savoir-faire et leur expérience poursuivront, pour un temps donné, le même objectif.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, « *il ne peut pas y avoir d'unicité des objectifs au sein d'une organisation* »<sup>34</sup>. « *Chacun hiérarchisera de façon différente les objectifs de l'organisation et ajustera son action en conséquence sur un plan général. Ensuite, parce que dans un univers de rareté où les bénéfices et avantages de toutes sortes créés par l'organisation sont limités, les individus et groupes sont de toute évidence en compétition les uns avec les autres pour leur distribution* »<sup>35</sup>.

La difficulté pour les pilotes de l'organisation, cadre de santé et médecin coordonnateur, est donc de maintenir un cap, de réunir et d'unifier autour d'un projet commun et de donner du sens et de la valeur aux actions entreprises quotidiennement.

### 2.2.3 Les premiers enseignements à retenir

Le premier axe de mon travail de recherche reposant sur une analyse de l'entité « bloc opératoire » est terminé. Il m'a permis de décrypter et décoder le mode d'organisation de cette structure très spécialisée.

Plusieurs enjeux s'y côtoient et s'y expriment au travers de l'importance de la démarche de certification engagée par les établissements de soins. Le bloc opératoire, du fait de sa complexité organisationnelle, représente un secteur interventionnel à risque pour le patient et justifie donc la mise en place d'une organisation réfléchie et adaptée aux activités s'y déroulant. Un portrait socioculturel a complété mon analyse.

Ainsi, le bloc opératoire peut être inscrit dans un type de communauté hospitalière, plutôt fermée et professionnelle. De la même façon, pour définir son mode de structure organisationnelle en faisant référence aux différentes configurations décrites par Henri MINTZBERG<sup>36</sup>, j'ai choisi, dans un premier temps, le modèle de « **bureaucratie professionnelle** ».

Certains autres modèles ne peuvent pourtant pas être tout à fait écartés. Suivant les événements se déroulant au bloc opératoire ou les attentes institutionnelles, le cadre de santé peut être confronté à la configuration « **arène politique** » caractérisée par l'absence de coordination entre les acteurs

---

<sup>34</sup> M. Crozier et E. Friedbers, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1977 p.95.

<sup>35</sup> Ibid., p.95.

<sup>36</sup> H. Mintzberg (1995), *Structure et Dynamique des organisations*, Paris Montréal, Edition d'Organisation, Edition Agence d'Arc- 2<sup>e</sup> tirage, Chapitre 19.

(affrontements entre professionnels), ou au modèle « **bureaucratie mécaniste** » axé sur la standardisation des processus de travail.

En fonction du travail d'organisation et d'articulation qu'il y effectue, le cadre de santé peut également utiliser le mécanisme de coordination informelle qu'Henri MINTZBERG nomme « **l'ajustement mutuel** ».

Pour poursuivre ma démarche et proposer un argumentaire en lien avec mes hypothèses de travail, je vais maintenant aborder le deuxième axe de mon cadre théorique et conceptuel, en vous proposant un parcours descriptif et réfléchi du « **travail de lien invisible du cadre de santé** ».

## ***2.3 Le cadre de santé : manager et articuler***

### **2.3.1 Les textes réglementaires de la profession de cadre de santé :**

#### ***D'hier....***

La profession de cadre de santé reste aujourd'hui encore marquée par l'héritage du passé. Elle a la particularité de s'être transformée conjointement avec l'évolution des établissements hospitaliers.

Avant la création des Ecoles de Cadres Infirmiers, les communautés religieuses assuraient l'« encadrement ». Elles effectuaient essentiellement des fonctions d'intendance.

A partir du début du 20<sup>ème</sup> siècle, après la laïcisation des hôpitaux, les infirmières ont pu prétendre occuper la fonction de surveillante de service de soins. Un premier décret du 18 février 1938 avait d'ailleurs prévu un diplôme supérieur d'infirmier. Mais, en raison de la déclaration de guerre, ce décret ne fut jamais appliqué.

Le décret du 17 avril 1943 reconnaît la fonction de surveillante, sans prévoir de formation spécifique. Les fonctions de cet encadrant de proximité consisteront alors essentiellement en un contrôle de l'activité de l'unité et des personnels de celle-ci, ainsi qu'une participation aux soins infirmiers.

La Croix Rouge Française fonde en 1951 la première Ecole de Cadres Infirmiers et propose deux programmes. L'un est plutôt centré sur la gestion, l'autre sur l'enseignement. En 1958, deux certificats seront créés : le Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (CAFIS) et le Certificat d'Aptitudes aux fonctions

d'Infirmière Monitrice (CAFIM). Ils seront remplacés en 1975 par un certificat unique de Cadre Infirmier<sup>37</sup> dont la formation se déroule sur neuf mois.

Au fil des années, la fonction d'encadrement s'est modernisée.

Des missions d'animation d'équipe et d'encadrement des ressources humaines viennent compléter les activités du cadre. Jusqu'alors, celles-ci étaient plutôt centrées sur la surveillance et l'application des directives médicales<sup>38</sup>.

Afin de réglementer ces évolutions, une circulaire est rédigée le 20 février 1990<sup>39</sup>. Elle ne fera pas l'objet d'une parution au journal officiel. Néanmoins, elle existe, et décrit les missions et activités principales des surveillants. Leurs participations à l'élaboration du projet de service et l'intensification de leurs activités de gestionnaires en sont des illustrations.

La profession du surveillant infirmier va poursuivre sa mutation. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière<sup>40</sup>, crée, dans chaque établissement de santé, un Service de Soins Infirmiers. L'implantation de celui-ci favorisera l'évolution de la carrière du « surveillant infirmier » qui se place désormais « *en pivot des logiques administratives, médicales et soignantes, et en partenaire du chef de service pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités* »<sup>41</sup>.

Le décret<sup>42</sup> du 18 août 1995 officialisera le terme de cadre de santé. L'expertise de la pratique professionnelle sera au cœur de la fonction. Les activités de ce responsable d'encadrement seront déclinées suivant 4 axes : technique, informatif, relation/communication et contribution économique.

Les fonctions ne seront plus réservées uniquement aux professionnels infirmiers, mais également aux professions médico-techniques. Les Ecoles de Cadres Infirmiers deviennent alors des Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS)

---

<sup>37</sup> **Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975, relatif à la création d'un certificat de cadre infirmier**, disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=01D0E4214A44C962F5DE7022BAF5EDC7.tpdjo03v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000307543&dateTexte=19950819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=01D0E4214A44C962F5DE7022BAF5EDC7.tpdjo03v_1?cidTexte=JORFTEXT000000307543&dateTexte=19950819), consulté le 03.02.2013.

<sup>38</sup> G. Desserprit, **Cours sur la responsabilité du cadre de santé, UE 5.5**, 25 septembre 2012.

<sup>39</sup> **Missions et fonctions principales des surveillants, annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990**, non parue au Journal Officiel, disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Circulaire-DH-8A-PK-CT-no-00030-du.html>, consulté le 03.02.2013.

<sup>40</sup> **Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant Réforme Hospitalière**, publiée au Journal Officiel le 02 août 1991, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&fastPos=1&fastReqId=1037061172&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>, consulté le 20.02.2013.

<sup>41</sup> G. Desserprit, **Cours sur la responsabilité du cadre de santé, UE 5.5**, 25 septembre 2012.

<sup>42</sup> **Décret n° 95-926 portant création d'un Diplôme de Cadre de Santé**, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000554484&fastPos=1&fastReqId=1294240235&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>, consulté le 03.02.2013.

Le but de cette petite rétrospective était d'illustrer le chemin parcouru depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle. L'évolution de la fonction d'encadrement au sein des établissements hospitaliers s'est faite pas à pas. L'ensemble des modalités de l'exercice professionnel s'est transformé, rendant aujourd'hui nécessaire l'engagement d'une réflexion sur une nouvelle approche du métier.

### **A aujourd'hui...**

Faisant suite aux travaux de réingénierie des diplômés du secteur sanitaire engagés depuis 2005, la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (DGOS) a pris la décision de poursuivre la démarche par la réingénierie de la formation des cadres de santé. Elle entend faire prévaloir « *une réflexion prospective sur l'évolution des métiers et des compétences* »<sup>43</sup>.

Ces travaux répondent à deux rapports d'importance pour la profession cadre : **le rapport de la mission cadres hospitaliers** de Chantal de SINGLY<sup>44</sup> paru en septembre 2009 et le rapport de Michel YAHIEL et Céline MOUNIER<sup>45</sup>, **quelles formations pour les cadres hospitaliers ?**, paru en novembre 2010.

Ils s'inscrivent également dans un contexte de renouvellement générationnel des cadres de santé.

Un « groupe de production » a pour mission l'élaboration d'un nouveau référentiel d'activités et de compétences, en lien avec l'ensemble des fonctions et des modalités d'exercice de la profession de cadre de santé (cadre de santé, responsable d'activités de soins ou cadre de santé, formateur des professionnels de santé). Un « groupe de réflexion pluridisciplinaire » est amené à réfléchir sur les métiers de cadres de santé et sur leur évolution.

Deux défis sont importants à relever :

➤ L'organisation des soins dans un environnement en profonde transformation, en manageant un collectif de travail autour d'objectifs de qualité et de sécurité des soins.

➤ La construction d'une ingénierie pédagogique renouvelée, en lien avec l'universitarisation de la formation des professions paramédicales

---

<sup>43</sup> Présentation de la démarche de réingénierie du diplôme de cadre de santé par Mme Lenoir-Salfati, DGOS, lors des rencontres annuelles des cadres organisées par la Fédération Hospitalière de France, le 22 janvier 2013.

<sup>44</sup>C. de Singly, **Rapport de la mission cadres hospitaliers**, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009.

<sup>45</sup>M.Yahiel et C. Mounier, rapport : « **quelles formations pour les cadres hospitaliers ?**, novembre 2010.

Parallèlement à ces travaux de réingénierie encore en cours d'élaboration, un nouveau statut du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière vient d'être créé le 26 décembre 2012<sup>46</sup>. Il met fin au corps des cadres de santé précédemment régi par le décret du 31 décembre 2001.

Mais, avant que nous puissions nous pencher plus en avant sur un nouveau référentiel d'activités et de compétences de la profession de cadre de santé, je vous propose aujourd'hui d'explorer l'existant, au travers des fiches métier et des fiches de poste « cadre de santé ».

### **2.3.2 L'exploration des fiches métier « cadre de santé »**

La fiche métier (ou la fiche de poste) précise, pour chaque famille d'emploi, les missions et les activités adaptées au contexte spécifique dans lequel le titulaire du poste aura à exercer ses fonctions. Sa forme est variable et spécifique à chaque établissement. D'une manière générale, elle doit permettre de clarifier et de formaliser les attendus de la structure vis-à-vis du professionnel, ainsi que son positionnement, fonctionnel et hiérarchique au sein de cette dernière. Mais elle doit aussi, dans l'idéal, « *approcher le travail, tenter de mettre en évidence la façon dont les gens s'y prennent, l'intelligence qu'ils mobilisent pour atteindre la performance* »<sup>47</sup>.

La dimension du travail réalisé par le cadre de santé afin de mener à bien ses missions est également fonction de sa personnalité et de son « savoir-être ». Modéliser les tâches qu'il effectue au quotidien, sera d'autant plus difficile dans un contexte environnemental particulièrement imprévisible et mouvant.

Pour mettre en parallèle les fonctions et les activités des cadres de santé de service de soins et des cadres de santé de bloc opératoire, mon premier travail a consisté à rechercher une fiche métier spécifique à l'encadrement au sein d'un bloc opératoire. Au sein du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, il n'existe qu'une fiche « Cadre responsable d'unité de soins »<sup>48</sup>. Dans sa rubrique « information générale », il est mentionné que les activités du cadre peuvent

---

<sup>46</sup> **Décret n° 20-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière**, disponible sur : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3F61EA6E532801179D9DB65E38D82031.tpdjo03v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000026843750&dateTexte=20130203](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3F61EA6E532801179D9DB65E38D82031.tpdjo03v_1?cidTexte=JORFTEXT000026843750&dateTexte=20130203), consulté le 03.02.2013.

<sup>47</sup> P. Bourret, **Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible**, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, p.45.

<sup>48</sup> **Fiche Métier de la Fonction Publique Hospitalière, Cadre responsable d'unité de soins**, disponible sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>, consulté le 03.02.2013.

« s'effectuer dans un service de soins, médico-technique ou de rééducation ». Le bloc opératoire semble donc être concerné.

En poursuivant mes recherches, j'ai pris connaissance d'une autre fiche métier, éditée par le site internet « bossons futé »<sup>49</sup>. Cette dernière mentionne qu'un cadre de santé « peut avoir la gestion administrative d'un bloc opératoire », sans aucune autre précision plus explicite.

Au final, il n'existe pas de fiche métier spécifique aux fonctions managériales du cadre de santé de bloc opératoire. Chaque établissement hospitalier prendra la décision de rédiger ou pas un tel document, celui-ci explicitant alors ses attentes et les missions qu'il entend confier à ce professionnel. Définies pour des situations standardisées, l'ensemble des cas de figure et des situations que les cadres sont susceptibles de rencontrer dans l'exercice de leurs missions ne pourront pas y être toutes consignées.

Pour illustrer mes propos, je vous propose de découvrir la fiche de poste « cadre de santé IBODE » du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes<sup>50</sup>. Elle décline les tâches et les activités confiées au cadre de santé du bloc opératoire dans l'exercice de ses missions en tant que « coordonnateur paramédical du bloc opératoire ».

Cette fiche de poste est une ressource pour le professionnel car elle oriente l'action, mais en aucun cas elle ne rend compte de l'action effective.

Dans les établissements de santé, peuvent donc cohabiter des fiches de poste identifiant les fonctions de cadre de santé et des fiches de poste identifiant les fonctions de cadre de santé ou cadre IBODE de bloc opératoire.

Mais, qu'en est-il de ces activités d'encadrement ? En quoi consistent-elles ?

### **2.3.3 La conceptualisation des rôles professionnels du cadre de santé**

L'activité d'encadrement et les fonctions managériales sont partagées par différents mondes, l'industrie, les services et la fonction publique. Elles ne tiennent pas compte des frontières entre le secteur public et le secteur privé.

Frédéric MISPELBLOM BEYER, dans son ouvrage, « *Encadrer, un métier impossible ?* », nous apporte certaines pistes de réflexion transférables au travail effectué par les cadres de santé. « *L'activité d'encadrement est très peu prévisible,*

---

<sup>49</sup> **Fiche métier Cadre de santé d'unité de soins**, site « Bossons futé », disponible sur : [http://www.bossonsfute.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=315:fiche0087&catid=2:activites&Itemid=3](http://www.bossonsfute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=315:fiche0087&catid=2:activites&Itemid=3), consulté le 03.02.2013

<sup>50</sup> **Fiche métier Cadre de Santé de Bloc opératoire**, CHU de Nîmes, disponible sur : [http://www.chu-nimes.fr/offres\\_emploi\\_non\\_medical/sds6001a.pdf](http://www.chu-nimes.fr/offres_emploi_non_medical/sds6001a.pdf), consulté le 3.03.2013.

*standardisable, industrialisable, et constamment exposée aux multiples divergences d'opinion, aux débats tacites et ouverts, à la menace ou à la réalité des conflits. Tout ou presque peut devenir un problème dans la journée »<sup>51</sup>.*

Le cadre, quelque soit son secteur d'activité, est exposé à l'incertitude et à l'absence de « filet de sécurité ».

Pour le cadre de santé, l'emploi du terme « rôle », directement rattaché au vocabulaire théâtral, est particulièrement bien approprié pour personnaliser les activités menées par celui-ci au sein de son service ou de son unité.

Pour Henri MINTZBERG, le rôle se définit « *comme un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable* »<sup>52</sup>. Chaque professionnel d'encadrement interprétera et influencera donc ce rôle, en fonction de sa personnalité et de sa maîtrise de l'environnement.

Henri MINTZBERG a conceptualisé les rôles du cadre en les regroupant dans dix catégories, résultat d'une longue étude, faite d'observations et d'analyses de pratiques. Le cadre de santé est directement concerné par cette classification.

« *Qu'est-ce qu'un cadre de santé à l'hôpital fait en faisant son métier aujourd'hui ?* »<sup>53</sup>.

Henri MINTZBERG a rangé les dix rôles du cadre en trois catégories, chacune ayant une spécificité bien distincte.

La première concerne plus particulièrement les « *relations interpersonnelles* », la seconde « *le transfert d'information* » et la troisième « *la prise de décision* ». Chacune de ces catégories est elle-même ensuite divisée en rôles, illustrant parfaitement les activités et fonctions du cadre de santé au sein de son unité, en interaction avec son environnement. En voici la liste :

Le cadre comme « *symbole* », comme « *leader* », comme « *agent de liaison* », comme « *observateur actif* », comme « *diffuseur* », comme « *porte parole* », comme « *entrepreneur* », comme « *régulateur* », comme « *répartiteur de ressources* » et comme « *négociateur* ».

Tous ces rôles-clés, joués par le cadre conjointement ou successivement, ont une finalité : Réguler le flux du travail, maintenir la stabilité de l'organisation en optimisant les activités s'y déroulant, mais aussi, en répartissant les ressources humaines disponibles de façon à garantir un déroulement harmonieux des opérations.

---

<sup>51</sup> F. Mispelblom Beyer, **Encadrer, un métier impossible?** Paris : Editeur Armand Colin, 2010, p.269.

<sup>52</sup> H. Mintzberg, **le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre**, Edition d'Organisation Eyrolles, Paris 2009, p.65.

<sup>53</sup> P. Bourret, **Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible**, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, p.13.

Cette conceptualisation des rôles professionnels du cadre de santé est renforcée par la définition de ses objectifs fondamentaux.

Pour Henri MINTZBERG, le cadre « *doit prendre du recul, doit faire un travail non programmé et doit améliorer le fonctionnement du système là où le besoin s'en fait sentir* »<sup>54</sup>. Il mettra en œuvre les différents rôles qui lui sont assignés pour pouvoir répondre aux objectifs fixés par le sommet hiérarchique de son institution.

### 2.3.4 La théorie contingente du travail du cadre

En réponse à la diversité des organisations et structures soignantes, il existe un certain nombre de variables qui peuvent influencer le travail du cadre et la nature du poste qu'il occupe.

Henri MINTZBERG a élaboré une « *théorie contingente* »<sup>55</sup> du travail du cadre. Celui-ci serait déterminé par l'influence de quatre groupes de variables, imbriquées les unes dans les autres, intervenant à un moment donné, dans un contexte déterminé.

Il me semble intéressant d'introduire cette analyse théorique dans le cadre conceptuel de mon mémoire. Les facteurs développés et les caractéristiques schématisées sont les suivants :

➤ « *Le travail du cadre est influencé par l'organisation [...], et par d'autres facteurs de l'environnement* »<sup>56</sup>. Celui-ci doit gérer une incertitude structurelle et réajuster ses actions en fonction des situations, souvent non standardisées et non prévisibles.

➤ Il existe « *des différences dues au poste lui-même* », « *en fonction de son niveau dans l'organisation professionnelle et des fonctions qu'il supervise* »<sup>57</sup>.

➤ En fonction de la personnalité et du style du cadre, les modes de management liés à un poste de travail seront différents. En effet, manager, diriger, encadrer sont des activités qui consistent à faire travailler ensemble et à donner du sens à l'engagement de chacun.

➤ Pour le même poste, occupé par le même individu, on retrouvera des variations dues aux différentes situations pouvant exister.

Cette théorie met en avant l'articulation existante entre les quatre variables décrites précédemment. Elle démontre notamment que de nombreux facteurs liés à

---

<sup>54</sup> H. Mintzberg, *le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Edition d'Organisation Eyrolles, Paris 2009, p.105.

<sup>55</sup> Ibid., p.115.

<sup>56</sup> Ibid., p.116.

<sup>57</sup> Ibid., p.116.

l'environnement peuvent influencer le travail du cadre, taille de l'organisation ou du secteur, type d'activités effectuées, mode de fonctionnement. L'empreinte culturelle et historique est aussi un élément pouvant être déterminant dans la fluctuation des caractéristiques d'une organisation.

Cette « *théorie de la contingence* » du travail du cadre, applicable à tous les secteurs d'activité, peut expliquer la spécificité de certaines fonctions et missions remplies par le cadre de bloc opératoire, celles-ci étant liées à la particularité des modes de fonctionnement de ce secteur.

### **2.3.5 Les repères conceptuels et théoriques autour de la notion de travail**

Pour approfondir et enrichir les perspectives du cadre de mon mémoire, je vais poursuivre mon exploration des différents repères conceptuels et théoriques interrogeant la notion de travail.

#### ***2.3.5.1 La définition psycho dynamique du travail***

Dans l'article « *évaluation du travail et reconnaissance* », Isabelle GERNET et Christophe DEJOURS définissent le travail au travers d'une dimension psycho dynamique, à la fois collective et individuelle :

*« le travail désigne l'activité coordonnée déployée par celles et ceux qui travaillent pour faire face à ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail ». « En d'autres termes, l'exercice du travail s'accompagne inévitablement de la confrontation au réel, c'est-à-dire à ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance à la maîtrise, et pousse le sujet à penser et agir autrement que ce que l'organisation du travail a prévu »<sup>58</sup>.*

Les auteurs mettent en avant le caractère imprévisible du travail. Sa confrontation au réel, impose de mettre en place les ajustements et aménagements nécessaires afin de maintenir un axe fiable de l'activité de l'organisation. Ce travail d'articulation, souvent désarticulé par des incidents ou changements de trajectoire, est inhérent à la fonction de cadre de santé.

*« Les aménagements auxquels procède un sujet pour combler le décalage entre ce qui est prescrit et son activité effective ne peuvent jamais être intégralement anticipés, parce qu'ils sont réinventés quasiment à chaque fois »<sup>59</sup>.*

---

<sup>58</sup> I. Gernet et C. Dejourns, ***Evaluation du travail et reconnaissance***, Nouvelle revue de psychosociologie, 2009/2 n°8, p.28.

<sup>59</sup> Ibid., p.28.

Le cadre de santé, quotidiennement, procède à ces aménagements et à ces ajustements. Il réarticule et transforme le travail prescrit, institutionnalisé et formel, en un travail effectif et réel, souvent invisible. Cette invisibilité est néanmoins souvent le critère nécessaire à l'efficacité de certaines de ses activités.

*« Il existe toujours un décalage entre le prescrit et la réalité concrète de la situation »<sup>60</sup>.*

On peut donc considérer que travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et le réel, entre les missions et activités décrites dans les fiches de poste et les situations de travail ordinaires et inattendues vécues dans les unités de soins.

A ce caractère d'imprévisibilité du travail, Frédérik MISPELBLOM BEYER s'y attache également dans son ouvrage. Il nous dit, *« le travail de l'encadrement est très peu palpable, visible, traçable, mesurable. Difficile de le chronométrer, difficile de le quantifier, difficile d'en évaluer « les produits » : un mot par ci, un mot par là, une décision prise, mais aussi une décision pas prise. L'activité d'encadrement ne se mesure pas par des piles de dossiers traités »<sup>61</sup>.*

### **2.3.5.2 Le travail prescrit – le travail réel**

Le travail, dans notre société et dans le milieu de la santé est évoqué en termes de moyens, d'objectifs, de procédures, de rationalisation. On s'intéresse aux conditions de travail, aux troubles psychosociaux, au « burn out » des soignants.

*« Pourtant, si le travail est toujours une aventure,[...], c'est parce que le travail prescrit, tel qu'il est décrit dans les manuels, le travail tel qu'on l'a appris, prévu, organisé, est toujours différent du travail réel »<sup>62</sup>.*

Le travail prescrit, c'est tout ce qui est défini à l'avance, stipulé et fourni à un salarié pour comprendre, réaliser et organiser son activité professionnelle. Pour les cadres de santé, c'est au travers des fiches de poste, des procédures, des chartes de service que les différentes tâches et missions de leur fonction leur sont prescrites par le sommet hiérarchique de l'institution de santé dont ils dépendent.

Le travail réel, « le travail en train de se faire », comme Paule BOURRET le nomme, est le travail tel qu'il est effectivement réalisé au quotidien. C'est un travail mouvant, fuyant sans cesse réajusté et réadapté à chaque situation de travail.

---

<sup>60</sup> C. Dejours, **Subjectivité, Travail et Action**, mai 2001, p.2.

<sup>61</sup> F. Mispelblom Beyer, **Encadrer, un métier impossible** ?.Paris : Editeur Armand Colin, 2010, p.269.

<sup>62</sup> P. Davezies, **de l'épreuve à l'expérience du travail, identités et différences**, Intervention au colloque GRAPH-HCL : « le défi des identités professionnelles à l'hôpital. Etre soi avec les autres », 28 juin 1991, p.2.

Les indicateurs habituellement utilisés pour évaluer et décrire les activités de soins réalisées par les soignants ne sont pas adaptés pour comprendre et mesurer les pratiques quotidiennes des cadres de santé. Ils peuvent proposer des éléments de compréhension mais ne permettent pas d'identifier toutes les activités de lien et d'articulation qu'ils accomplissent en menant leurs missions. Comme, par exemple, prendre en compte « *les actions qui se font mais ne se disent pas, non pas pour les cacher, mais parce que personne n'est amené à s'en préoccuper* » ou bien s'intéresser à celles qui « *sont tellement incorporées que la personne les réalisant n'est pas à même de les dire* »<sup>63</sup>.

Le travail réel est difficilement repérable, puisqu'il ne ressemble pas à ce qui est décrit, définit par les normes bureaucratiques et hiérarchiques. Parfois, Il prend la forme de « *rattrapage de situations* », comme Paule BOURRET le souligne. Pour contourner l'apparition de conflits, de dysfonctionnements et maintenir de la cohérence dans l'organisation, les cadres mènent « *des actions qui visent à réparer, à colmater des brèches, à rattraper des situations qui sont en train d'échouer ou de se dégrader* »<sup>64</sup>. Il peut parfois se dégager, pour un observateur extérieur, une impression de travail haché, discontinu et construit au gré des événements. Petite touche par petite touche, les cadres réajustent, gèrent et réalignent les contextes et les axes de trajectoire le nécessitant.

Pour Pascale MOLINIER, ce travail peut aussi être représenté par « *le fruit des compromis entre les différentes logiques, notamment logique de soins, logique des coûts et de la performance, logique de l'animation des équipes* »<sup>65</sup>. Le cadre de santé devra alors réalisé un arbitrage entre des prescriptions élaborées en amont et un travail réel conduit en aval.

La science de l'Ergonomie est la première à avoir distingué deux dimensions cohabitant étroitement, le travail réel et le travail prescrit. L'adaptation du travail à l'homme, quelque soit la situation de travail décrite, ne peut être parfaite. Il existe toujours un écart entre le travail prescrit et le travail réel. L'Ergonomie rattache cet

---

<sup>63</sup> P. Bourret, Proposition de communication aux XIV ème journées d'étude du Groupement De Recherches Cadres, Décembre 2007,p.5.

<sup>64</sup> P. Bourret, **Encadrer dans la fonction publique : un travail de lien invisible**, Revue française d'administration publique, 2008/4 n° 128, p.735.

<sup>65</sup> P.Molinier, **Cadre de santé, une fonction possible dans un collectif de pairs**, revue Soins Cadres de Santé, n°65, février 2008, p.23.

intervalle à plusieurs paramètres, ainsi classifiés par l'Institut National de Recherche et de Sécurité en 2010<sup>66</sup>:

- Les aléas et les variations de la situation de travail.
- La variabilité des individus, en fonction de leurs aptitudes et de leurs capacités d'adaptation.
- La variabilité temporelle des capacités des individus.

Pour comprendre les pratiques quotidiennes des cadres de santé et s'intéresser « au travail en train de se faire », il est indispensable de s'interroger sur le caractère d'invisibilité de celui-ci et sur les actions que les professionnels imaginent et accomplissent afin de réaliser ce travail de lien et d'articulation.

### **2.3.5.3 Le travail de lien invisible**

La sociologie du travail et plus particulièrement la sociologie interactionniste relève plusieurs éléments décisifs dans les actions menées par les cadres.

Son analyse permet de mettre en évidence le caractère parfois improvisé et opportuniste des démarches de ces professionnels, le rôle joué par le contexte environnemental et les interactions sociales et hiérarchiques entre les acteurs. Le travail de lien invisible produit, se construit parfois dans le même temps que sa réalisation.

Paule BOURRET, dans son ouvrage déjà cité, reprend les théories de « action située » : « Celle-ci remet en question les théories qui considèrent l'action comme la réalisation de plans prédéfinis. Dans cette approche, le cours de l'action ne s'impose plus aux acteurs de l'extérieur et en amont de l'action ; il est construit en situation »<sup>67</sup>.

Pour Anselm STRAUSS, ce travail de construction de l'action, fait d'ajustements imaginés en fonction d'articulations informelles et souvent invisibles, est un véritable travail d'organisation. Il représente bien plus que « l'assemblage chaotique de fragments épars de travail »<sup>68</sup>. Cette trame, sans cesse « tricotée » et « détricotée », est précaire, mouvante et difficilement gérable. Sans les cadres de santé, ce « travail de trajectoire s'arrêterait dans un grincement »<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> **Aide mémoire sur l'ergonomie**, disponible sur : [https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.proconsec.com%2FIMG%2Fpdf%2Faide\\_memoire\\_ergonomie.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.proconsec.com%2FIMG%2Fpdf%2Faide_memoire_ergonomie.pdf), consulté le 08.03.2013.

<sup>67</sup> P. Bourret, **Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible**, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, p.46.

<sup>68</sup> A. Strauss, **la trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme**, Edition L'Harmattan, Paris, 1992, p.191.

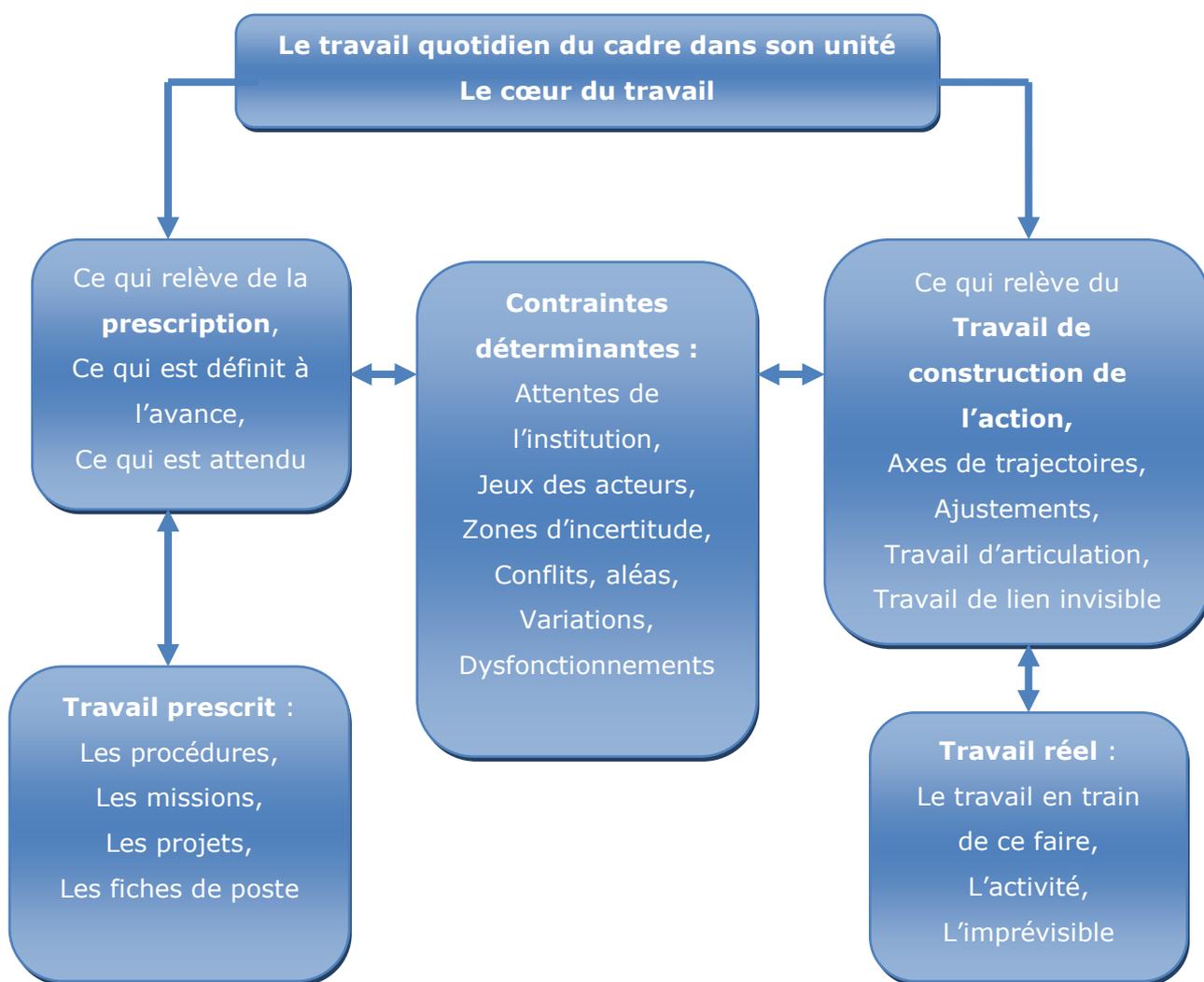
<sup>69</sup> Ibid., p.191.

Ce travail de lien invisible, envahit aujourd’hui le cœur de leurs activités managériales, qu’il s’inscrive dans un territoire de proximité ou bien qu’il soit plus particulièrement orienté vers des préoccupations extérieures au service. Il fait référence « *aux capacités du cadre à gérer son temps, à gérer de multiples activités dans un même moment, à discerner l’essentiel de l’accessoire* ». <sup>70</sup>

Pour Yves SCHWARTZ, philosophe et ergologue, « *construire la réalité du point de vue des opérateurs fait apparaître la part obscure, invisible qu’il y a dans tout travail* » <sup>71</sup>.

L’invisibilité est au cœur du travail.

**Dans quel schéma s’inscrit le travail du cadre de santé ?**



**Figure 2<sup>72</sup>** : le cœur du travail du cadre de santé.

<sup>70</sup> Institut de Formation des Cadres de Santé, AP-HP, Référentiel de compétences, aout 2003.

<sup>71</sup> Y. Schwartz. **Reconnaissance du travail, pour une approche ergologique**. Paris : Edition Presses Universitaires de France, 1997.

## 2.3.6 Le contexte environnemental et le travail invisible du cadre de santé

L'activité de lien des cadres de santé est configurée par les modes de fonctionnement des unités dans lesquelles ils exercent. L'observation ethnographique de leurs activités de manager, réalisée par Paule BOURRET dans le cadre de son ouvrage « Les cadres de santé à l'hôpital », illustre bien la pérennité de ce travail de lien. Celui-ci consiste en une véritable activité de mise en relation, de mise en cohérence, d'intermédiaire entre des logiques, des personnes et des groupes d'acteurs. Il est fortement imprégné du contexte environnemental dans lequel le cadre de santé évolue, mais également influencé par les liaisons fonctionnelles et hiérarchiques que celui-ci entretient avec l'institution. Sa configuration organisationnelle tiendra aux spécificités des parties à lier, sachant que ces parties sont multiples et variées.

*« Les cadres de santé arrangent les choses tantôt pour le malade, tantôt pour l'institution, tantôt pour l'équipe soignante ou l'un de ses membres, leur propre intérêt étant en jeu à chaque fois »<sup>73</sup>*

### 2.3.6.1 La vision contingente du travail du cadre de santé

Dans la « théorie contingente » du travail du cadre de santé, telle que décrite par Henri MINTZBERG, celui-ci affirme que de nombreux facteurs liés à la structure et à son mode de fonctionnement peuvent influencer son travail, notamment sa taille et le mode des activités s'y déroulant.

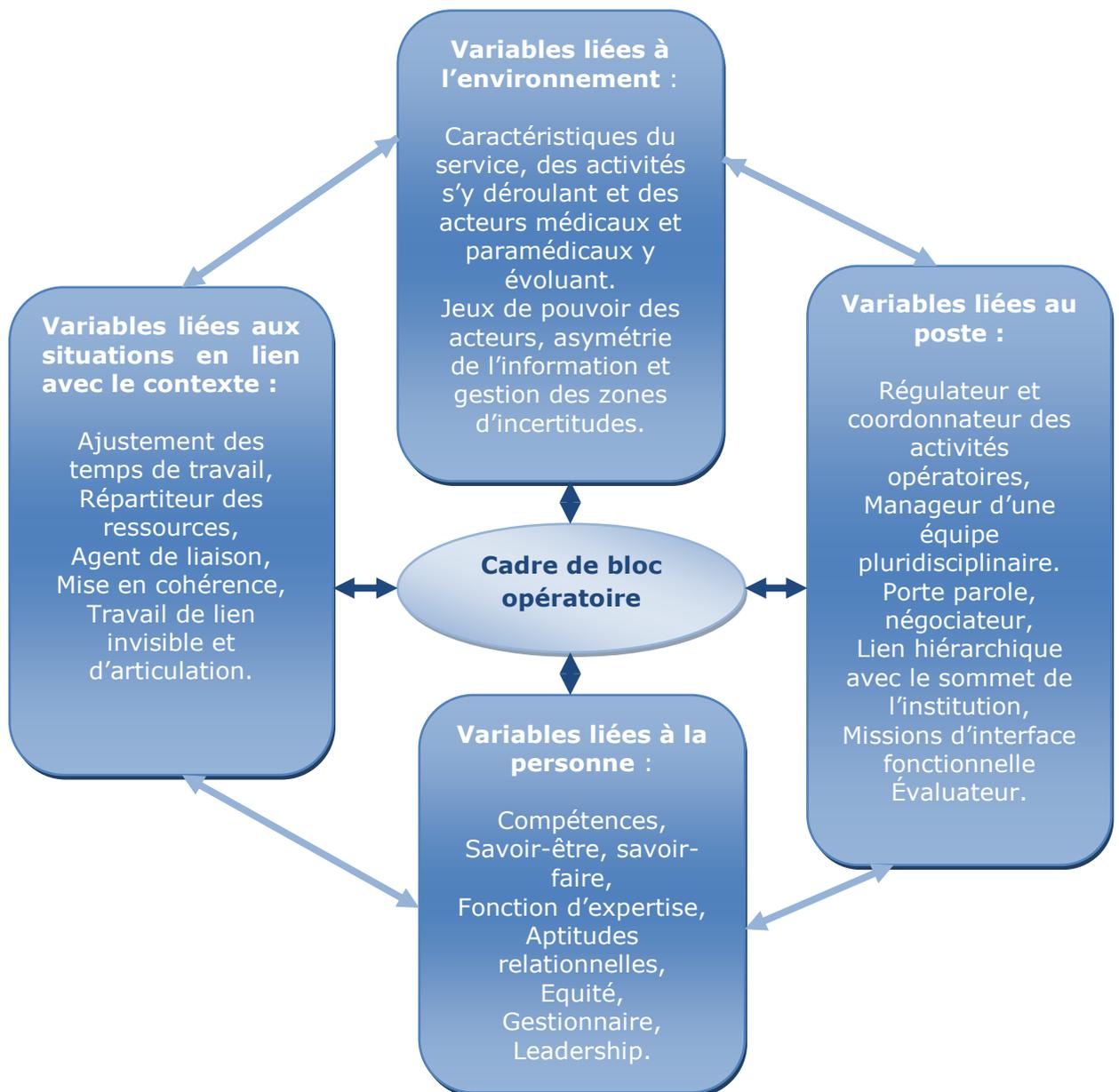
Le schéma suivant, inspiré de son ouvrage, « Le manager au quotidien »<sup>74</sup>, présente une vision contingente du travail du cadre de bloc opératoire. Cette modélisation permet d'effectuer un cadrage de son travail d'articulation et d'ajustements quotidiens.

---

<sup>72</sup> Schéma conçu et réalisé par moi-même.

<sup>73</sup> P. Bourret, *Encadrer dans la fonction publique : un travail de lien invisible*, Revue française d'administration publique, 2008/4 n° 128, p.733.

<sup>74</sup> H. Mintzberg, *le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Edition d'Organisation Eyrolles, Paris 2009, p 116.



**Figure 3<sup>75</sup>** : schéma descriptif du travail d'articulation et de lien du cadre de bloc opératoire.

### **2.3.6.2 Le bloc opératoire et le travail invisible du cadre de santé**

« *L'essentiel est invisible pour les yeux* », nous disait Antoine de SAINT EXUPERY.

<sup>75</sup> Schéma conçu et réalisé par moi-même.

Parler de ce travail de lien invisible, c'est déjà affirmer son existence, alors même que nous le qualifions d'invisible et d'impalpable... Mais ce n'est pas forcément le reconnaître pour ce qu'il est vraiment.

Utilisant la métaphore du théâtre, Erwing GOFFMAN envisage le lieu de vie sociale et professionnelle comme une scène (le bloc opératoire), avec ses acteurs et ses coulisses. Imaginons un professionnel (le cadre de santé) face à plusieurs autres. Dans cette situation, Erwing GOFFMAN nous propose de considérer que « *l'on a à faire à un acteur qui mène une représentation face à un public et adopte des expressions, en vue de contrôler les impressions de ce public* »<sup>76</sup>. Il identifie ces expressions comme des gestes, des postures corporelles ou un langage verbal explicite.

Le cadre de bloc opératoire a chaque jour un nouveau rôle à jouer. Bien souvent, il s'agit d'un rôle de composition. L'appropriation et l'interprétation qu'il en fera, sera conditionnée par l'enchaînement et la diversité des situations rythmant sa journée de travail et les attitudes adoptées. Chaque matin, le fil de l'histoire sera à réécrire, les rôles à redistribuer et chaque soir la fin à réinventer.

Comme l'analyse ergonomique du travail l'a démontré, il existe toujours un décalage entre travail prescrit et travail réel. La différence entre ces deux entités est représentée par le travail de lien, le travail d'articulation dont l'invisibilité est souvent de mise avec son efficacité.

Pour Pascale MOLINIER, ce travail invisible « *consiste à construire des compromis, à inventer des astuces pour concilier au mieux avec les aléas ou les contradictions entre les différentes prescriptions* »<sup>77</sup>.

**Dans le quotidien de ses activités au bloc opératoire, peut-on dire que le cadre de santé de bloc opératoire, plus qu'un cadre de service de soins, réalise ce travail d'articulation, de mise en cohérence de trajectoire et d'ajustement invisible ?**

Le prochain chapitre de mon mémoire, l'enquête de terrain, va me permettre de tester ce modèle de recherche documentaire auprès des cadres de services de soins et de bloc opératoire que j'ai choisi de rencontrer. Il devient nécessaire pour moi d'être au plus près de ces professionnels.

---

<sup>76</sup> J. Nizet, N. Rigaux, *la sociologie d'Erwing Goffman*, Edition La Découverte, Paris, 2005, p.19.

<sup>77</sup> M. Molinier, *Cadres de santé, une fonction possible dans un collectif de pairs*, Revue Soins Cadres de Santé, n° 65, Février 2008, p.28.

## 3 L'enquête de terrain

### 3.1 La méthodologie de recherche

Dans ce mémoire, clôturant mon année de formation au sein de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris, j'ai exposé certains concepts théoriques qu'il me faut maintenant confronter à la réalité du terrain. Cette étape essentielle dans toute recherche va me permettre de comparer mes hypothèses et mon raisonnement à des données observables.

Cette rencontre, avec le vécu professionnel des acteurs au travers du recueil de leurs impressions, de leurs expériences et de leurs réflexions, ne pouvait se faire qu'à l'aide d'un outil d'enquête adapté, laissant libre cours à leurs expressions. Mon choix s'est porté sur l'entretien et plus particulièrement sur l'entretien semi-directif, privilégiant ainsi une démarche qualitative plutôt que quantitative. Cette technique de recueil d'information permet une relation directe avec les personnes interviewées, favorisant ainsi l'émergence d'attitudes non verbales.

*« Les silences et les expressions du visage, les intonations de voix, sont de multiples facteurs environnementaux qui prennent une importance considérable au cours d'une discussion »<sup>78</sup>.*

Comme le laisse entendre Alexandre MUCCHIELLI, j'espère que la relation ainsi instaurée entre le cadre de santé interviewé et moi-même sera propice à l'émergence de « non-dits ». Les faits, les opinions, les images et les sentiments verbalisés par mon interlocuteur viendront enrichir et structurer ma future analyse.

#### 3.1.1 Les populations enquêtées

J'ai choisi d'effectuer ces rencontres auprès de cadres de santé, population directement concernée par le thème de mon mémoire. Pour confronter mes hypothèses et mon analyse conceptuelle à leur réalité quotidienne, j'ai souhaité interroger, d'une part, des cadres de santé assurant leurs missions et leurs activités dans des services de soins et d'autre part, des cadres de santé assurant la gestion et l'organisation d'un bloc opératoire.

Je n'ai pas retenu de critères spécifiques dans le choix qualitatif des personnes que j'ai pu rencontrer. L'échantillon ne sera pas représentatif de l'ensemble de la population des cadres de santé, mais en sera une composante caractéristique.

---

<sup>78</sup> A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, 1996, p.109-110.

Les cadres interviewés ont tous des expériences diverses. Pour les cadres de bloc opératoire, ils sont cadre supérieur IBODE, cadre IADE ou faisant fonction de cadre IBO. Pour les cadres de service de soins, ils sont tous cadres de santé.

Tous réalisent leur première expérience d'encadrement, faisant suite à des missions en tant que « faisant fonction de cadre de santé ». Les âges sont variables, la moyenne est au alentour de 45 ans. Le genre masculin est peu représenté, puisque mon échantillon ne comprend qu'un seul homme, cadre supérieur de bloc opératoire.

### **3.1.2 Les lieux d'enquêtes**

Les lieux retenus pour réaliser ces entretiens sont principalement des bureaux. Pour les cadres de service de soins, il s'agit de leur propre bureau, dans le service. Les interviews se sont déroulés au calme, sans interruption intempestive

Pour les cadres de bloc opératoire, les entretiens se sont déroulés dans différents lieux : dans leur bureau de bloc, au secrétariat (en présence d'une tierce personne) et dans une réserve de matériels. Les conditions étaient donc moins propices pour la réalisation d'un entretien et certains biais n'ont pas pu être évités.

### **3.1.3 L'outil de recherche**

Pour réaliser ce travail de recueil des informations, j'ai opté pour l'entretien semi-directif. *« Il est semi-dirigé en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. [...] Autant que possible, il laissera venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient »*<sup>79</sup>.

J'ai laissé la parole libre aux cadres interviewés, m'efforçant simplement de recentrer l'entretien lorsque je le jugeais nécessaire. L'ordre préétabli des questions n'a pas toujours été respecté ainsi que la formulation prévue. L'essentiel, pour moi, était de saisir la signification de la relation de la personne à la problématique.

Pour comprendre le point de vue des cadres de santé interviewés et saisir la façon dont ils se trouvent impliqués dans le sujet traité, j'ai dû développer une grande disponibilité d'écoute, en reformulant des questions si nécessaire. Ce principe est difficile à tenir, car il demande à l'intervieweur de prendre de la distance avec sa propre représentation du problème posé. Il doit être prêt à appréhender une autre compréhension, une autre hiérarchisation des éléments situationnels, à travers d'autres objectifs ou d'autres valeurs...

---

<sup>79</sup> R.Quivy et L. Van Campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales, Edition Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, 2006, p.174.

### **3.1.4 L'élaboration de la grille d'entretien<sup>80</sup>**

Conformément à la méthodologie de l'entretien, j'ai utilisé la même grille pour réaliser mes interviews, avec les cadres de santé de service de soins et les cadres de santé de bloc opératoire. Ainsi, je pourrai analyser ultérieurement les données recueillies en les croisant et en les confrontant, en lien avec les secteurs d'activité respectifs.

Ce guide, réalisé en concertation avec mon directeur de mémoire, comprend une dizaine de questions, destinées à tester mes hypothèses de travail. Le cadre conceptuel et théorique rédigé en amont étayera mes interventions et mes relances afin que les éléments d'analyse produits soient aussi féconds que possible.

### **3.1.5 Le déroulement des entretiens**

Devant rencontrer une population de cadres de santé en poste dans des services de soins, j'ai choisi d'utiliser mon réseau professionnel. Après accord de la Coordinatrice Générale des Soins d'un Centre Hospitalier des Yvelines et prise de rendez-vous par courriels, j'ai rencontré quatre cadres de santé, en poste en médecine, stérilisation / chirurgie ambulatoire, EHPAD et chirurgie orthopédique.

Pour réaliser les entretiens auprès des cadres de santé de bloc opératoire, j'ai pris contact avec la Direction des Soins d'un Centre Hospitalier de la région Centre et du département des Yvelines. Un formateur de l'École Supérieure Montsouris m'a orienté vers un Hôpital Privé situé à Paris. J'ai également mis à profit mon stage de Module 4 auprès du cadre supérieur du bloc opératoire d'un Centre Hospitalier du département de l'Essonne.

Ces différentes démarches m'ont permis de rencontrer quatre cadres de bloc opératoire.

Ainsi, un panel diversifié s'est constitué, devant enrichir mon analyse.

Les entretiens ont duré chacun entre 30 et 45 minutes. Afin de favoriser l'expression de chacun, le caractère anonyme de la démarche a été précisé. Tous les interviews furent enregistrés, l'accord de l'interlocuteur ayant été recueilli.

### **3.1.6 Les limites de l'étude**

Ce travail d'initiation à la recherche présente pour moi un caractère de nouveauté. En tant que tel, il m'a fait m'interroger et réfléchir lors de sa mise en œuvre.

---

<sup>80</sup> Annexe I : **Grille d'entretien.**

La sélection des champs d'analyse et de l'échantillon choisi pour la tenue des entretiens s'est imposée rapidement à moi. Ensuite, l'organisation nécessaire à son élaboration a mis en avant quelques difficultés : Trouver un nombre suffisant d'interlocuteurs, obtenir des rendez-vous, rédiger une grille d'entretien, toutes ces étapes étant réalisées sous une contrainte temporelle.

L'échantillon de la catégorie professionnelle interrogée est restreint. En effet, j'ai réalisé huit entretiens. Il est donc une limite à l'exploitation plus générale des résultats obtenus et ne peut en rien prétendre avoir une valeur statistique.

Le sujet abordé, au cœur de leurs pratiques quotidiennes, a intéressé les différents cadres de santé interrogés. Les entretiens ont engendré une réflexion que je vais vous faire partager.

## **3.2 La présentation des données**

### **3.2.1 Le traitement des données**

Au retour de chaque entretien, j'ai retranscrit en intégralité les entretiens réalisés auprès des cadres de santé de service de soins et de bloc opératoire. Ce travail long et parfois fastidieux m'a permis, à chaud, de revenir sur les propos échangés précédemment, en les mettant en lien avec les différents thèmes évoqués par la grille d'entretien. Les différentes questions n'ayant pas toujours été posées dans le même ordre, il m'a fallu également effectuer un travail d'ordonnancement.

Cette méthodologie m'a contrainte à rester fidèle aux propos des personnes interrogées et de repérer rapidement les divergences ou concordances entre les éléments des différentes réponses.

### **3.2.2 La méthodologie de présentation des résultats**

Grâce à ce travail de décryptage des données, j'ai donc pu dégager plusieurs thématiques. Les propos relevés durant les interviews seront cités « stricto sensu » dans l'analyse des données recueillies. Afin de leur conserver un caractère anonyme, un numéro sera attribué à chaque cadre.

Le **cadre n°1** est responsable de l'encadrement d'un service de chirurgie orthopédique de 25 lits depuis huit ans. Il est diplômé depuis huit ans. Avant d'intégrer l'IFCS, il fut « faisant fonction » pendant trois ans dans un service de long séjour.

Le **cadre n° 2** a une expérience d'encadrement de 2 ans. Il est responsable du service de stérilisation et de l'unité de chirurgie ambulatoire, ouvert de 7h à 19h du

lundi au vendredi. Ce service accueille les patients d'une vingtaine d'opérateurs par semaine, avec une moyenne de six opérateurs différents par jour.

Etant IBODE de formation, avant de rentrer à l'IFCS, il a assuré quelques remplacements ponctuels d'un précédent cadre de bloc opératoire.

Le **cadre n°3**, responsable de l'encadrement d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est cadre de santé depuis un an. Précédemment, il a été responsable pendant dix mois d'un service de stérilisation et de chirurgie ambulatoire.

Le **cadre n°4** exerce depuis cinq ans dans un service de médecine générale. Il a une expérience d'une quinzaine d'années en tant que « faisant fonction », dans différents services. Il réalise cette année une deuxième année de master

Le **cadre n° 5** est infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE). Il est cadre de santé depuis trois ans, responsable de l'hémovigilance et de l'organisation d'un bloc opératoire de sept salles, conjointement avec un collègue cadre IBODE.

Le **cadre n° 6** est infirmier de bloc opératoire (IBO) depuis 25 ans. Il est responsable de l'encadrement au sein d'un bloc opératoire polyvalent de huit salles depuis un an.

Le **cadre n° 7** est cadre supérieur IBODE, responsable de l'organisation et du fonctionnement de deux blocs opératoires situés chacun dans deux établissements hospitaliers ayant fusionné. Le premier bloc opératoire, polyvalent, possède trois salles. Il est ouvert 24heures sur 24, réalisant ainsi la continuité et la permanence des soins. Le second bloc, est composé également de trois salles (dont une salle pour les urgences obstétricales). Il est ouvert de 8 heures à 17 heures, quatre jours sur sept. En dehors de ces horaires, il assure la continuité des soins et la prise en charge des urgences obstétricales.

Le **cadre n° 8** est IBO, chef de bloc depuis 5 ans dans un Hôpital privé parisien.

Les durées des expériences d'encadrement sont variées. Certains cadres rencontrés n'ont pas suivi une formation de cadre de santé au sein d'un IFCS.

### **3.2.3 1<sup>ère</sup> thématique : la fiche de poste. La concordance entre les activités réalisées et la prescription**

*« La fiche de poste est une ressource pour le professionnel car elle oriente l'action, mais en aucun cas elle ne rend compte de l'action effective »<sup>81</sup>.*

---

<sup>81</sup> Mémoire, p. 27.

Parmi la population des **cadres de santé de services de soins**, à la question : possédez-vous une fiche de poste spécifique ?, les réponses ont été majoritairement négatives.

Seule le cadre n°1 possède une fiche de poste spécifique à ses fonctions d'encadrement dans un service de chirurgie orthopédique, remaniée en 2010 avec la DDS. Ce cadre est en poste dans cette unité depuis huit ans. Il a acquis, au cours de ces années, une expérience et une expertise reconnue par les chirurgiens et l'équipe paramédicale. Il a donc été plus à même de me répondre « *que oui, les activités de la fiche de poste concordent plutôt avec les tâches réalisées quotidiennement* »

Pour les trois autres cadres de service de soins, pas de fiche de poste. Pour le cadre n° 3, le travail de rédaction est en cours de réalisation avec le cadre de pôle. Pour le cadre n° 4, « *l'administration veut que nous fassions nous-mêmes nos fiches de postes, mais ne s'engage pas ensuite à les respecter* ».

Deux des quatre **cadres de bloc opératoire** possèdent une fiche de poste.

Le cadre n° 5 a rédigé récemment un document spécifique et complet. Il reprend l'ensemble de ses activités (anesthésie, SSPI et bloc opératoire eu lien avec sa collègue cadre IBODE). Cette rédaction a été faite à la demande de l'administration. Mais, pour ce dernier, « *si ce document liste à peu près ses activités journalières, il ne donne aucune approximation du temps nécessaire pour les accomplir. C'est une fiche qualitative et non quantitative, et même, peut-on quantifier le travail quotidien du cadre ?* ». Sa réponse au critère « concordance » est très claire. « *Dans un bloc opératoire, la grande diversité des acteurs, des tâches à accomplir, des événements fluctuants et imprévisibles pouvant bousculer l'organisation ne sont pas en faveur d'un travail protocolisé au travers d'une fiche de poste. La concordance entre la fiche de poste et les activités réalisées au quotidien est donc très aléatoire* ».

Pour le cadre n° 7, qui n'a pas précisément de fiche de poste et qui œuvre sur deux sites, « *ce document est essentiellement indicatif et ne présage en aucun cas de la réalité du terrain* ».

Pour le cadre n° 8, « *il faut savoir lire entre les lignes d'une fiche de poste. En général, celle-ci est suffisamment vague pour que, cadre et direction, chacun lui attribue un sens différent* ».

### 3.2.4 2<sup>ème</sup> thématique : le travail prescrit, le travail réel, le travail invisible du cadre

Dans un premier temps, les **cadres de service de soins et les cadres de bloc opératoire**, relient spontanément les notions de travail prescrit et travail réel à la fiche de poste (même s'ils n'en possèdent pas). « *Tout ce que l'on fait dans une journée et qui n'est pas notifié dans la fiche de poste* », pour le cadre n°1.

« *Les indicateurs habituellement utilisés pour évaluer et décrire les activités de soins réalisées par les soignants ne sont pas adaptés pour comprendre et évaluer les pratiques quotidiennes des cadres de santé* »<sup>82</sup>. La notion de prescription est justifiée et cohérente avec le travail « sur prescription médicale » réalisé par les infirmières dans les unités. Mais est-elle conciliable avec le travail du cadre ?

Pour le cadre n°1, « *le travail de production de soins est quantifiable. Par contre, le travail réel du cadre est plus difficilement quantifié et mesurable. Une part des activités professionnelles des IDE relève aussi d'un travail invisible, mais pas de la même nature que celui des cadres* ».

#### **Les cadres interrogés peuvent-ils relier ces expressions à leur travail quotidien ?**

Oui, certainement. Ce lien se concrétise dans les réponses apportées aux questions posées lors de mes interviews.

Cette notion d'invisibilité est très prégnante dans leurs réflexions. « *Nous avons conscience de l'existence de ce travail invisible. De tout temps il a existé, même s'il est désigné par ces termes depuis peu. Ce travail est inhérent à notre fonction de cadre* ».

Pour le cadre n°2, « *il y a des journées où j'ai l'impression de ne rien avoir fait de palpable, de concret, alors que je n'ai pas arrêté de courir* ». Ce cadre va plus loin dans son analyse. Il rajoute : « *parfois, mon travail a été tellement invisible qu'en fin de journée, je ne me souviens plus de sa teneur* ».

Les cadres rencontrés ne peuvent pas estimer la part de travail invisible contenu dans leurs tâches journalières. La fourchette d'estimation serait trop approximative et sans valeur. De part sa nature, faite de « *fractionnements* », de « *hachures* », et de « *morcellements* », ce travail invisible est effectivement aujourd'hui difficilement repérable. Pour la cadre n°3, il représente « *toutes les petites tâches qui concourent à nos missions, mais qui ne sont pas forcément quantifiables ni nommables à la fin de la journée* ». Les professionnels interrogés souffrent de ce

---

<sup>82</sup> Mémoire p. 31.

manque de clarté. Ils ont conscience du caractère « *fuyant* » mais aussi « *indispensable* » de ce travail de lien dans l'exercice de leurs fonctions.

Le cadre n°5 préfère l'expression « *travail silencieux du cadre* ». C'est un travail qui « *n'est pas forcément reconnaissable d'emblée, qui s'exprime souvent au travers de l'empathie avec les acteurs et les patients. Souvent entrecoupé et parfois réalisé en sous marin, il constitue le fil conducteur permettant aux journées opératoires de se dérouler à peu près normalement* ».

Le cadre n°7 poursuit et qualifie ce travail réel de « *transparent* ». Transparent, car sa teneur parfois n'est faite que de presque rien, alors que le résultat obtenu, lui, sera très visible et intéressant pour l'organisation du service.

La réalisation du travail invisible demande au cadre de santé une grande disponibilité. « *On ne peut pas fermer la porte au travail invisible* ». Que ce soit avec les familles et les résidents dans un EHPAD, avec les patients dans un service de chirurgie, avec les chirurgiens dans un bloc opératoire, avec les soignants dans une unité..., le cadre réajuste, écoute, communique, articule, négocie, concrétise.

« *On met en phase, on gère, on organise, en interface souvent avec les autres services. Le travail invisible permet la régulation des écarts, car l'invisible est dans l'écart* » nous dit le cadre n°4.

### **Pour approfondir mon observation auprès des cadres de santé, j'ai souhaité recueillir leur ressenti à la fin de leur journée de travail.**

Celui-ci peut prendre plusieurs formes. Il peut être lié à la personnalité du cadre, à son expérience de manager et à la connaissance de son unité et de son mode de fonctionnement. Pour la cadre n°1, « *avec l'expérience, on apprend à prendre du recul, on prend garde à ne pas se planifier trop de choses sur la journée pour pouvoir y intégrer l'imprévu et l'informel* ».

Pour les cadres n°5 et 6, le constat est plus négatif. L'un parle de « *surdose d'interlocuteurs, de bruits, de sollicitations et de négociations manifestée par une sensation d'épuisement en fin de journée* ». Le second, « *3 jours sur 5, se sent désabusé et démotivé* ».

Pour le cadre n°2, responsable d'un service de stérilisation, le constat est un peu différent. « *Le facteur humain est moins pesant dans cette unité et les actions plus protocolisées* ». Il lui est donc plus facile de s'isoler pour réaliser ses tâches administratives.

Globalement, les cadres interrogés reconnaissent « *courir après le temps* » et dépasser leurs horaires de travail : « *la fiche de poste énumère ce que l'on doit faire, mais pas comment on peut ou on doit le faire et le temps que cela prend pour le faire* ».

Le facteur temps est donc intimement lié au travail invisible du cadre de santé.

### **3.2.5 3<sup>ème</sup> thématique : le travail invisible et le contexte environnemental et organisationnel**

Pour tous les cadres, le travail invisible, exprimé principalement au travers « *du lien et de l'articulation* » est primordial pour le bon fonctionnement des services. Dans ces derniers cohabitent différentes logiques, différents axes de trajectoire dont le point d'intersection est représenté par le patient.

Pour rendre mon observation plus pertinente, j'ai souhaité interroger les cadres de santé sur le lien entre le contexte environnemental (chirurgie orthopédique, EHPAD, stérilisation, chirurgie ambulatoire, bloc opératoire, médecine) et leur perception du travail invisible effectué. **Certains facteurs de leur structure organisationnelle sont-ils plus contraignants que d'autres ?**

Le facteur humain, notamment au travers de la communication, peut être vécu comme une contrainte par les cadres de santé.

Pour le cadre n°7, une grande part du travail d'articulation du cadre se déroule dans les couloirs de l'établissement, au hasard et grâce aux rencontres effectuées. « *Il suffit parfois que deux personnes se croisent, discutent 5 minutes, pour qu'un problème d'organisation ou de logistique récurrent puisse se régler rapidement* ». Ce travail de lien invisible est un travail de proximité, de contact. Il nécessite de l'observation directe et de la communication.

Cette communication, et la dimension relationnelle qui la caractérise, peuvent être identifiées comme un travail invisible. Les relations avec les familles, surtout dans des unités « lieux de vie » comme les EHPAD sont chronophages. « *Le cadre doit toujours pouvoir répondre aux attentes des familles. C'est une dimension contraignante pour le cadre, sa disponibilité pouvant contrarier son travail prescrit* ».

Pour la majorité des cadres de bloc opératoire interrogés, plusieurs facteurs de l'organisation peuvent être vécus comme contraignants et amplifier la part du travail de lien invisible dans leurs activités journalières.

Pour les cadre n°5 et 6, « *le travail de lien invisible au bloc opératoire consiste, en partie, à faire le tampon entre les chirurgiens et les médecins anesthésistes qui ne se parlent pas. Ce travail d'articulation est très chronophage, car même si tout est correctement planifié, il existe toujours le petit grain de sable qui fait s'enrayer la machine* ».

La cadre n°8 est encore plus pessimiste : « *Etant là dès 7 h 30, elle doit répondre aux diverses sollicitations, récriminations et mouvements de mauvaise*

*humeur de la part des chirurgiens. Elle éteint des feux, met de l'huile dans les rouages, réalise des rattrapages de situations, en ayant souvent la sensation d'être maltraitée ».*

La multitude des acteurs, des logiques, des stratégies et des enjeux rythmant la vie des blocs opératoires complexifie les activités « invisibles, silencieuses, transparentes » des cadres. « *On est tellement imprégné par ce travail, que l'on a du mal à l'exprimer avec des mots* », nous fait remarquer le cadre n°5.

Le cadre n°7 a une approche différente de son travail de lien au sein du bloc opératoire. Il donne une autre dimension au trio « cadre, chirurgien, médecin anesthésiste ». « *Tout travail de lien et d'articulation relevant de la responsabilité et de la prise en charge médicale doit être mis en œuvre et réalisé par les acteurs concernés eux-mêmes. Le cadre se trouve ainsi repositionné dans son rôle et ses fonctions* ». Effectivement, plus il y aura de liens directs et visibles construits entre les différents acteurs, moins le cadre aura de travail de lien invisible à fournir.

En dehors des trois thématiques énoncées, il me semble important de relever une constatation, émergeant de mon enquête de terrain :

Les cadres interrogés ne se sentent pas compris et soutenus par leur supérieur hiérarchique direct, le coordonnateur général des soins ou le directeur des ressources humaines. La notion de « travail invisible » et toute la charge de production qu'elle engendre n'est pas reconnue.

### **3.3 L'analyse des résultats**

Avant de débiter cette analyse, je souhaite rappeler l'objet de recherche au travers de la question de départ :

***En quoi le travail de « lien invisible » du cadre de santé aurait une spécificité particulière au bloc opératoire?***

Deux hypothèses ont été retenues, comme réponses provisoires à cette question :

**1<sup>ère</sup> hypothèse : il existe bien une particularité du travail de « lien invisible » du cadre de santé, en lien avec le contexte environnemental et organisationnel du bloc opératoire.**

**2<sup>ème</sup> hypothèse : le travail de « lien invisible » du cadre de santé est le même, quelque soit la nature du contexte environnemental.**

Plusieurs variables « qualitatives », correspondant aux termes des hypothèses, ont été décrites au travers de la préparation des données, effectuée précédemment :

➤ **La fiche de poste du cadre de santé**, au travers de son existence ou pas dans les unités visitées et de sa concordance entre les activités réalisées et la prescription institutionnelle.

➤ **Le travail de « lien invisible » et d'articulation** réalisé par le cadre de santé, sa description, son interprétation et le sens que les professionnels lui donnent.

➤ **L'incidence du contexte environnemental et organisationnel** sur le travail de « lien invisible » réalisé par le cadre de santé.

Ces caractéristiques doivent maintenant être analysées, à la lumière des concepts et théories abordés dans mon cadre conceptuel. Un examen des relations entre ces variables complétera cette première étape. Je terminerai en confrontant le recueil des données aux termes de mes hypothèses.

### **3.3.1 La concordance entre le travail du cadre prescrit par l'institution et les activités réalisées sur le terrain**

Pour donner du sens à mon analyse des situations professionnelles de terrain, il me semble important de rappeler certaines notions théoriques très représentatives du vécu quotidien des cadres de santé.

Comme les ergonomes nous l'ont démontré, le travail fluctue entre deux dimensions, le travail réalisé et le travail prescrit. Ce dernier, correspondant à la fiche de poste, est défini pour des situations standardisées. « *C'est l'ensemble des savoirs dont la mise en œuvre est censée permettre un résultat* »<sup>83</sup>.

Cette formalisation correspond à l'évolution des structures organisationnelles des établissements de santé. La rareté des ressources financières et l'augmentation des coûts des activités hospitalières ont entraîné la réorganisation de nos institutions. Historiquement, celles-ci répondaient à la configuration dénommée bureaucratie professionnelle. Aujourd'hui, leurs modes de fonctionnement s'orientent plutôt vers un modèle de bureaucratie mécaniste.

Mes différents entretiens avec les cadres de santé m'ont permis de mettre en évidence que cette standardisation des processus et des activités managériales, comme voudrait le faire croire le contenu des fiches de poste, est loin d'être la réalité.

---

<sup>83</sup> P. Bourret, **Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible**, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, p.45.

D'ailleurs, les professionnels rencontrés, quelque soit leur secteur d'activité, ne se font guère d'illusion sur le caractère prédictif et descriptif de la fiche de poste.

Rosette et Jacques BONNET, propose un autre modèle de lecture de la complexité du travail des cadres. Ils ne limitent pas l'analyse de celui-ci uniquement à une lecture de la prescription en tant que commande institutionnelle (fiche de poste). Ils y intègrent l'activité réelle des managers en situation professionnelle, en tenant compte « *de l'intervention des acteurs, de leur potentiel d'interprétation, de traduction et d'expression au regard de la prescription et de l'activité* »<sup>84</sup>.

Ils nous proposent de passer d'une modélisation binaire « *Prescription de travail/Activités* » à une modélisation ternaire « *Prescription de travail/Activités/Représentations et logiques des managers* ». De cette façon, les acteurs de terrain, troisième pôle, sont intégrés dans le modèle d'analyse, au même titre que la prescription et l'activité.

Ce modèle, construit par les deux chercheurs précédemment cités, serait une réponse plus adaptée aux interrogations formulées par les cadres, au sujet des fiches de poste, lors des entretiens.

Rappelons que pour les cadres de bloc opératoire, ces fiches sont essentiellement indicatives et ne présagent en rien de la réalité du terrain. La grande diversité des acteurs, des tâches à accomplir, des événements fluctuants et imprévisibles peuvent à tout moment bousculer l'organisation et l'ordonnement prévus des activités du manager.

Les cadres de service de soins interrogés, pour la plupart, n'ont pas à leur disposition un tel document. Son absence ne semble pas être un facteur préoccupant pour eux. Ils sont persuadés que, même si cette fiche était rédigée, elle ne rendrait pas compte de toutes leurs actions d'analyses de situation effectivement mises en œuvre au sein de leurs unités.

La fiche de poste est un outil institutionnel qui doit évoluer.

Plus qu'un document formalisé, listant les missions et activités de l'agent et clarifiant les attendus hiérarchiques et fonctionnels de la structure vis-à-vis de celui-ci, elle doit, « *approcher le travail, tenter de mettre en évidence la façon dont les gens s'y prennent, l'intelligence qu'ils mobilisent pour atteindre la performance* »<sup>85</sup>.

En effet, chaque événement ou situation de travail, possède toujours une part plus ou moins importante de nouveauté et d'imprévu. Le cadre, pour y répondre ou y

---

<sup>84</sup> R. Bonnet et J. Bonnet, ***L'analyse du travail des managers. Au-delà de l'analyse de la prescription et de l'activité, comprendre « l'effet manager » comme production de sens.*** Revue.org Communication et organisation, accessible sur : <http://communicationorganisation.revues.org/224>.

<sup>85</sup> P. Bourret, ***Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible***, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, p.45.

faire face, devra mobiliser des ressources, des savoirs et adopter une attitude réflexive. En cela, son action sera au-delà des missions et objectifs affichés par la prescription institutionnelle.

### 3.3.2 Le travail de lien invisible du cadre de santé

Le travail de lien invisible est présent dans nos organisations depuis de nombreuses années. Ce travail d'articulation, de mise en cohérence et d'assemblage, « *ce travail en train de se faire* » est au cœur des activités professionnelles des managers. Les cadres interrogés y sont très sensibles. Ils le jugent indissociable et intimement lié aux tâches et activités qu'ils réalisent quotidiennement.

Complétant son caractère d'invisibilité, le cadre n°5 le qualifie de « *travail silencieux* ». Cette expression en est une bonne illustration. Elle renforce le caractère souvent impalpable, incernable et fuyant de ce travail d'articulation. Le cadre n°7, qu'en à lui, le nomme « *travail transparent du cadre* », insistant ainsi sur son intemporalité et son insaisissabilité.

Au travers de mon cadre conceptuel, Christophe DEJOURS<sup>86</sup>, désigne le travail comme une activité coordonnée par des individus, pour faire face aux réalités concrètes des situations organisationnelles. Frédéric MISPELBLOM BEYER<sup>87</sup> lui emboîte le pas et nous affirme que le travail du manager est très peu palpable, visible, traçable et mesurable. « *L'activité d'encadrement ne se mesure pas à des piles de dossiers traités* ».

La teneur des propos récoltés auprès des cadres de santé lors de mes entretiens coïncide avec les analyses des sociologues, interrogés dans le cadre de l'édification de mes concepts. Les situations vécues ne seront pas toujours mises en « mots » de la même façon, mais le sens et la valeur attribués aux actions invisibles seront toujours partagés par tous.

Le parcours de travail du cadre le conduit, d'un événement imprévu à prendre en charge, à une situation conflictuelle entre deux agents à démêler. Une grande partie de son cheminement obéit à des aléas, répond à des écarts et semble totalement imprévisible. Les actions produites se construisent souvent dans le même temps que leur réalisation. Du fait de l'importance de la part relationnelle et humaine dans les interventions des cadres, « *les situations vécues échappent en permanence aux scénarios anticipés* »<sup>88</sup>.

---

<sup>86</sup> Mémoire, p. 30.

<sup>87</sup> Mémoire, p. 31.

<sup>88</sup> P. Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Edition Seli Arslan, Paris, 2006, p.161.

Les propos de Paule BOURRET, comme ceux d'Anselm STRAUSS<sup>89</sup>, répondent parfaitement aux constatations fréquemment évoquées par les managers de proximité lors de nos rencontres. Le véritable travail d'ajustement et de mise en cohérence que ceux-ci réalisent, se substitue parfois aux tâches qu'ils avaient initialement prévues d'accomplir et implique donc de leur part ajustement et régulation des écarts.

Pour conclure sur ce thème, et « faire du lien » avec la variable décrite dans le paragraphe précédent, je vous propose la définition du travail invisible du cadre n°1 : « *Tout ce que l'on fait dans une journée et qui n'est pas notifié dans la fiche de poste* ». Je complète cette perception personnelle par les « mots » de Philippe DAVEZIES<sup>90</sup>, dont la définition du travail fait écho aux paroles des différents professionnels rencontrés :

*« Pourtant, si le travail est toujours une aventure,[...], c'est parce que le travail prescrit, tel qu'il est décrit dans les manuels, le travail tel qu'on l'a appris, prévu, organisé, est toujours différent du travail réel »<sup>91</sup>.*

Tout concorde également à relier contexte environnemental et travail invisible du cadre de santé. Ce dernier, représenté comme « un marginal sécant », est à l'interface de différentes logiques, différents enjeux qu'il ne maîtrise pas mais dont il doit tenir compte.

### **3.3.3 Le travail invisible du cadre de santé et le contexte environnemental et organisationnel**

Le paramètre variable entre les deux hypothèses de mon travail de recherche est déterminé par le contexte environnemental et organisationnel dans lequel évolue le cadre de santé.

En effet, je cherche, au travers de l'analyse des réponses apportées par les différents professionnels interrogés, à associer l'organisation et la nature de leur lieu d'exercice avec les caractéristiques du travail de lien invisible qu'ils y accomplissent quotidiennement. Ma démarche est à mettre en lien avec mon questionnement de départ : **En quoi le travail de lien invisible du cadre de santé aurait une spécificité particulière au bloc opératoire ?**

---

<sup>89</sup> Mémoire, p. 33.

<sup>90</sup> Mémoire, p. 31.

<sup>91</sup> P. Davezies, *de l'épreuve à l'expérience du travail, identités et différences*, Intervention au colloque GRAPH-HCL : « le défi des identités professionnelles à l'hôpital. Etre soi avec les autres », 28 juin 1991, p.2.

Dans le quotidien de ses activités, peut-on dire que le cadre de santé de bloc opératoire, plus qu'un cadre de service de soins, réalise ce travail d'articulation, de mise en cohérence de trajectoires et d'ajustements invisibles ?

La première étape, avant de me focaliser sur la possible existence d'une spécificité des rôles du cadre au sein d'un bloc opératoire, est de croiser les propos recueillis lors des entretiens avec les théories développées par les sociologues dans mon cadre conceptuel.

Paule BOURRET<sup>92</sup> nous rappelle que le travail de lien du cadre de santé est fortement imprégné du contexte environnemental dans lequel il évolue et des liaisons fonctionnelles et hiérarchiques que celui-ci entretient avec l'institution.

Dans sa « théorie contingente » des activités du cadre de santé, Henri MINTZBERG<sup>93</sup> nous affirme que de nombreux facteurs liés à la structure et à son mode de fonctionnement peuvent influencer son travail, notamment sa taille et les activités s'y déroulant.

Au vu des réponses apportées par les cadres de service de soins, je ne perçois pas la nature des activités médicales, gériatriques, chirurgicales ou techniques se déroulant dans leur unité, comme un facteur déterminant l'intensité et la forme prise par leur travail de lien invisible.

Le schéma, inscrivant le travail du cadre de santé au cœur de son unité<sup>94</sup>, nous retrace d'une part, ses activités et missions relevant de la prescription, et d'autre part son quotidien, illustré par son travail de construction de l'action, représenté par « *le travail en train de ce faire* », c'est-à-dire le travail réel. Certaines contraintes sont déterminantes : la gestion des familles, la gestion des lits, la gestion économique, la gestion des équipes, la gestion de la qualité des soins et la gestion des attentes institutionnelles.

Pour la majorité des cadres de bloc opératoires interrogés, de nombreux facteurs liés au contexte environnemental et organisationnel sont « *vécus comme contraignants, perturbants et amplifiants la part du travail de lien invisible dans leurs activités journalières* »<sup>95</sup>. La multitude des acteurs, des logiques, des stratégies et des enjeux rythmant la vie des blocs opératoires complexifie et renforce les activités invisibles, silencieuses, et transparentes des managers<sup>96</sup>.

---

<sup>92</sup> Mémoire, page 35.

<sup>93</sup> Mémoire, page 35.

<sup>94</sup> Mémoire, page 34.

<sup>95</sup> Mémoire, page 47.

<sup>96</sup> Mémoire, page 48.

Je vous invite à vous référer au schéma descriptif du travail d'articulation et de lien du cadre de santé de bloc opératoire<sup>97</sup> présenté dans ce mémoire. Il nous montre très clairement l'importance des variables environnementales, contextuelles et organisationnelles pesant sur les activités de ce professionnel.

Au travers de concepts et de théories décrivant les organisations, les stratégies et les jeux de pouvoir des acteurs médicaux et paramédicaux gravitant au sein des blocs, je pense avoir dressé un portrait socioculturel de ce microcosme très proche de la réalité.

La plupart des propos des cadres de bloc opératoire interrogés illustrent ma présentation théorique : « *le travail de lien invisible au bloc opératoire consiste, en partie, à faire le tampon entre les chirurgiens et les médecins anesthésistes qui ne communiquent pas* »<sup>98</sup>.

La cadre n°8 « *éteint des feux, met de l'huile dans les rouages, réalise des rattrapages de situations* »<sup>99</sup>.

La cadre n°5 nous fait remarquer qu'elle est tellement imprégnée par ce travail de lien invisible qu'elle peine à l'exprimer avec des mots. Ce costume de « *chef d'orchestre* », qu'il lui est demandé d'endosser est lourd à porter. « *Le travail d'articulation est très chronophage, car même si tout est correctement planifié, il existe toujours le petit grain de sable qui fait s'enrayer la machine* »<sup>100</sup>.

Au travers de mes entretiens avec des cadres de bloc opératoire, J'ai pu constater qu'une des difficultés qu'ils rencontraient, était d'articuler et de mettre de la cohérence entre les logiques des différents acteurs travaillant au sein de leur unité. L'harmonisation de la cohabitation entre ces fortes personnalités ne pourrait pas être réalisée sans ce travail de « *lien invisible* », obscure, impalpable, mais pourtant primordial afin que les patients pris en charge reçoivent des soins de qualité.

### **3.3.4 La conclusion de l'analyse**

En introduction de mon analyse, j'ai décrit trois variables « *qualitatives* », correspondant aux termes des deux hypothèses retenues.

Après les avoir confronté au cadre conceptuel et aux informations recueillies lors des entretiens, je dois maintenant comparer les relations mise en évidence avec les relations théoriquement attendues par l'une ou l'autre de mes hypothèses<sup>101</sup>.

---

<sup>97</sup> Mémoire, page 36.

<sup>98</sup> Mémoire, page 47.

<sup>99</sup> Mémoire, page 48.

<sup>100</sup> Mémoire, page 47.

<sup>101</sup> R. QUIVY et L. VAN CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Editions Dunod, Paris, 2006, P. 211.

Le nombre de mes interviews, et donc L'échantillon de la catégorie professionnelle interrogée est restreint. Sans vouloir donner une valeur prédictive à mon travail, je pense néanmoins que ma première hypothèse est vérifiée par les résultats de mon analyse de contenu.

**Il existe donc une particularité du travail de « lien invisible » du cadre de santé, en lien avec le contexte environnemental et organisationnel du bloc opératoire.**

## 4 Les pistes de réflexion

La rédaction de ce mémoire a fait naître en moi de nombreuses réflexions. Mes lectures et mes entretiens avec les cadres de santé m'ont fait prendre conscience de leur malaise face aux manœuvres et aux contournements qu'ils doivent mettre en place pour respecter les consignes.

Le travail réel reste une énigme. Sa représentation tient compte de nombreux facteurs, en lien avec la personnalité du manager, le cadre de son exercice et les attentes institutionnelles. Les entretiens avec les professionnels montrent la pérennité de ce travail d'articulation et de tissage de liens, directement au cœur de leurs activités.

Aujourd'hui, de plus en plus de personnalités s'interrogent. Sociologues, ethnographes, cadres de santé, tous vont dans le même sens : **faire sortir de l'ombre le travail réel.**

En tant que futur cadre de santé, je m'associe à leurs réflexions. Le travail réel, en plus d'être une énigme, n'est pas comptabilisé, n'est pas tracé. Ce travail de lien est bien plus qu'un simple ajustement de l'écart entre le travail réel et le travail prescrit. Tous sont d'ailleurs unanimes à reconnaître que le travail des cadres auprès des équipes soignantes et des hiérarchies hospitalières est indispensable au bon fonctionnement de nos institutions de santé.

Comment lever le voile de l'invisibilité du travail des cadres de santé?

Comment réécrire le travail prescrit pour qu'il cadre avec la réalité?

Mes lectures m'ont fait réfléchir et envisager plusieurs pistes.

Comme Rosette et Jacques BONNET nous l'ont proposé, je trouve intéressant d'analyser la prescription, en tenant compte, à la fois de la commande institutionnelle exprimée au travers de la fiche de poste, et du « travail-événement » réalisé par le cadre de santé en fonction des situations professionnelles qu'il doit gérer et interpréter. Cette nouvelle forme de lecture permet de caractériser son travail effectué au quotidien, en fonction de la réalité telle qu'elle s'impose à lui.

L'activité réelle résultant de l'intervention pertinente du manager, comme les « *savoirs d'action* » que celui-ci déploie pour maintenir de la cohérence et du sens dans son travail d'articulation doivent être pris en compte par la hiérarchie institutionnelle. Les constructions de compromis avec les règles prescrites, les astuces inventées pour concilier au mieux avec les aléas de l'organisation isolent les cadres et les fragilisent. La création de groupes de discussion, de collectifs de pairs, comme le suggère Pascale MOLINIER, devrait leur permettre de créer de la cohésion et de la solidarité entre eux.

« Faire comprendre aux directions les difficultés rencontrées par l'encadrement ne peut pas être l'objet d'une démarche individuelle »<sup>102</sup>.

Les notions de groupes et de collectifs peuvent s'exprimer au travers de rencontres conviviales et informelles. La « libre parole », les échanges avec des pairs, sans se sentir jugé ou décrédibilisé sont indispensables aujourd'hui pour faire vivre et progresser nos pratiques.

Ces dix mois de formation au sein de l'IFCS Montsouris ont été denses et riches en enseignements. L'équipe de formateurs et d'universitaires m'a accompagné vers une nouvelle profession, Cadre de Santé. J'espère, lors de mon retour dans mon établissement d'origine, poursuivre le travail de réflexion amorcé cette année.

La création d'un collectif de pairs au sein de mon centre hospitalier serait pour moi une belle réussite. Il faut favoriser les échanges entre collègues à propos du travail invisible. Chacun doit pouvoir s'exprimer sans préjugé et sans appréhension, afin de prendre du recul sur les situations de travail vécues au quotidien et reprendre confiance.

---

<sup>102</sup> P. MOLINIER, *Cadre de santé, une fonction possible dans un collectif de pairs*, Revue Soins Cadres de Santé, n° 65, Février 2008, p.28, 29 et 30.

## Conclusion

Tout au long de mon cheminement professionnel, comme IDE, comme IBODE et enfin comme faisant fonction de cadre de santé de bloc opératoire, j'ai vécu de belles histoires, j'ai acquis des compétences, des savoir-faire et du savoir-être. Les rencontres et les échanges, tout au long de ma carrière, m'ont aidé à me forger une identité professionnelle en tant que soignante.

Au cours de cette année de formation et au travers de la rédaction de ce mémoire, il nous est demandé de prendre de la distance avec notre ancienne enveloppe, afin de permettre l'émergence d'une nouvelle posture de cadre de santé. C'est en partie grâce à ce travail d'écriture que j'ai pu réaliser ce « bond en avant ».

Le postulat de départ était le suivant : en tant qu'IBODE puis comme faisant fonction de cadre de santé, j'étais confrontée au caractère spécifique et très particulier de l'activité d'encadrement en bloc opératoire. Mon quotidien professionnel était rythmé et construit à partir d'activités d'articulation et de lien invisible. Mon but était d'accompagner au mieux l'équipe pluri professionnelle, médicale et paramédicale, afin que les patients pris en charge reçoivent des soins sécurisés et de qualité.

Le premier axe de mon travail d'écriture et de recherche a donc reposé sur une analyse du bloc opératoire. Le cadre réglementaire spécifique fixé est directement en lien avec les contraintes institutionnelles et budgétaires en matière d'efficacité des organisations et d'optimisation des résultats. Il m'a servi de support.

J'ai poursuivi en décrivant l'organisation de cette communauté, en m'appuyant sur les caractéristiques sociologiques, culturelles et psychodynamiques des différents professionnels la composant. La grande diversité des acteurs occupant ce lieu mythique induit souvent une cohabitation difficile. Les jeux, les luttes de pouvoir ou les alliances sont autant de paramètres que le cadre de santé ne doit pas omettre de prendre en compte dans sa gestion quotidienne.

La fonction d'encadrement, au travers des transformations identitaires et réglementaires qui ont jalonné son histoire, m'a permis d'ouvrir le deuxième axe de mon travail de recherche. Pour enrichir ma réflexion, je me suis également intéressée aux différentes fiches métier et fiches de poste illustrant les fonctions de cadre de santé. J'ai poursuivi en proposant une approche conceptuelle des rôles du cadre de santé, en m'aidant de l'analyse de la théorie contingente du travail du cadre réalisée par Henri MINTZBERG.

J'ai complété ma conceptualisation en m'interrogeant sur le sens donné à la notion « travail » et aux différentes interprétations que l'on peut lui prêter dans l'exercice de la profession de cadre de santé : travail prescrit, travail réel, travail

invisible, travail d'articulation... j'ai également confronté l'invisibilité du travail du cadre de santé à son environnement structurel et organisationnel, en retenant plus particulièrement le bloc opératoire, cœur de mon exercice professionnel.

Au regard des concepts et théories développés, une enquête de terrain a ensuite été réalisée auprès de cadres de santé de service de soins et de bloc opératoire. Cette étape, essentielle dans toute recherche, a favorisé la confrontation de mes hypothèses et de mon raisonnement à des données observables. Comme outil, j'ai choisi l'entretien semi-directif.

L'analyse des résultats recueillis a donné lieu à une réponse positive à la question suivante, véritable fil rouge de mon travail de réflexion et de recherche : Dans le quotidien de ses activités d'encadrement, le cadre de santé de bloc opératoire, plus qu'un cadre de service de soins, réalise-t-il ce travail réel de lien invisible?

Cette notion de travail de lien invisible doit être partagée par les cadres de santé et les coordonnateurs des soins. Ce que vivent ou ne peuvent pas vivre les managers, dans leurs unités, avec leurs équipes, ne doit pas être occulté, minimisé.

Pour Mathieu DETCHESSAHAR<sup>103</sup>, une bonne santé au travail pour tous les acteurs de soins, passe par une réappropriation par les cadres de leurs lieux d'exercice. Celle-ci nécessite que les directions institutionnelles permettent aux encadrants de proximité de retrouver la scène du travail qu'ils ont, malgré eux, déserté. Les sollicitations en matière d'activités de gestion administrative et économique, d'animation et de participation à des groupes projets sont nombreuses et chronophages. Les consignes et les prescriptions se multiplient, obligeant le cadre à faire des arbitrages parfois douloureux. L'expression de « *travail empêché* », popularisée par Yves CLOT et reprise par Mathieu DETCHESSAHAR, résume parfaitement ce sentiment que vivent aujourd'hui bien des cadres de santé, obligés de laisser de côté « *le travail qu'il faudrait faire et qu'ils ne peuvent plus faire* »<sup>104</sup>.

---

<sup>103</sup> M. DETCHESSAHAR, ***Santé au travail : Quand le management n'est pas le problème, mais la solution...***, Revue française de gestion, 2011/5 n° 214, p. 89-105.

<sup>104</sup> L. CARON *et al.*, « ***Devant l'impossibilité de faire le travail prescrit*** », Revue Projet, 2011/4 n° 323, p. 53-60.

# Sources et Bibliographie

## Textes législatifs et réglementaires

- **Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant Réforme Hospitalière**, publiée au Journal Officiel le 02 août 1991, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750&astPos=1&fastReqId=1440816442&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>, consulté le 03.02.2013.
- **Décret n° 20-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière**, disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A7F83BCFF4262D2ECA61B778FED6CB14.tpdjo05v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=20130203](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A7F83BCFF4262D2ECA61B778FED6CB14.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=20130203), consulté le 03.02.2013.
- **Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975, relatif à la création d'un certificat de cadre infirmier**, disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=01D0E4214A44C962F5DE7022BAF5EDC7.tpdjo03v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000307543&dateTexte=19950819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=01D0E4214A44C962F5DE7022BAF5EDC7.tpdjo03v_1?cidTexte=JORFTEXT000000307543&dateTexte=19950819), consulté le 03.02.2013.
- **Décret n° 95-926 du 18 août 1995, paru au Journal Officiel le 20 août 1995, portant création d'un Diplôme de Cadre de Santé**, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&astPos=1&fastReqId=1037061172&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>, consulté le 20.02.2013.
- **Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé.** Texte paru au Journal Officiel. Date d'application : immédiate. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231614.htm>, consulté le 12.01.2013.

- **Missions et fonctions principales des surveillants, annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990**, non parue au Journal Officiel, disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Circulaire-DH-8A-PK-CT-no-00030-du.html>, consulté le 03.02.2013.

## Ouvrages

- BERNOUX Philippe. *La sociologie des organisations*. Paris : Editions du Seuil, 2009, 466 pages.
- BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Paris : Editions Seli Arslan, 2006, 288 pages.
- CROZIER Michel et Erhard FRIEDBERG. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977, 478 pages.
- MINTZBERG Henri. *Structure et Dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisation, 1995, 2<sup>e</sup> tirage, Chapitre 19.
- MINTZBERG Henri. *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*. Paris : Editions d'Organisation Eyrolles, 2009, 283 pages.
- MISPELBLOM BEYER Frédéric. *Encadrer, un métier impossible ?*. Paris : Editions Armand Colin, 2010, 298 pages.
- MUCHIELLI Alex. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Editions Armand Colin, 1996, 280 pages.
- NIZET Jean, RIGAUX Nathalie. *La sociologie d'Erwing Goffman*. Paris : Edition La Découverte, 2005, 108 pages.
- POUCHELLE Marie Christine. *L'hôpital ou le théâtre des opérations*. Paris : Editions Seli Arslan, 2008, 192 pages.
- QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Editions Dunod, 2006, 253 pages.
- SAINSAULIEU Ivan. *La communauté de soins en question*. Paris : Editions Lamarre, 2006, 251 pages
- STRAUSS Anselm. *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : Editions l'Harmattan, 1992, 311 pages.

## Rapports

- DE SINGLY Chantal, Rapport de la mission cadres hospitaliers, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009.

- Rapport de l'Institut de Formation des Cadres de Santé, AP-HP, Référentiel de compétences, aout 2003.

## Sources internet

- **Manuel de certification des établissements de santé V2010**, p. 7-64-65, disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217\\_manuel\\_v2010\\_nouvelle\\_maquette.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf), consulté le 12.01.2013.
- **Fiche Métier de la Fonction Publique Hospitalière, Cadre responsable d'unité de soins**, disponible sur <http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>, consulté le 03.02.2013.
- **Fiche métier Cadre de santé d'unité de soins**, site « Bossons futé », disponible sur [http://www.bossonsfute.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=315:fiche0087&catid=2:activites&Itemid=3](http://www.bossonsfute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=315:fiche0087&catid=2:activites&Itemid=3), consulté le 03.02.2013.
- **Fiche métier Cadre de Santé de Bloc opératoire**, CHU de Nîmes, disponible sur [http://www.chu-nimes.fr/offres\\_emploi\\_non\\_medical/sds6001a.pdf](http://www.chu-nimes.fr/offres_emploi_non_medical/sds6001a.pdf), consulté le 3.03.2013.
- **L'asymétrie d'information**, disponible sur [http://fr.wikipedia.org/wiki/Asym%C3%A9trie\\_d'information](http://fr.wikipedia.org/wiki/Asym%C3%A9trie_d'information), consulté le 13.01.2013.
- **Aide mémoire sur l'ergonomie**, disponible sur [https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.proconsec.com%2FIMG%2Fpdf%2Faide\\_memoire\\_ergonomie.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.proconsec.com%2FIMG%2Fpdf%2Faide_memoire_ergonomie.pdf), consulté le 08.03.2013.
- Rosette Bonnet et Jacques Bonnet, **L'analyse du travail des managers. Au-delà de l'analyse de la prescription et de l'activité, comprendre « l'effet manager » comme production de sens**. Revue.org Communication et organisation, disponible sur : <http://communicationorganisation.revues.org/224>, consulté le 13.04.2013.

## Articles de périodiques

- BERCOT Régine, Hôpital : petits arrangements avec les règles, Revue les Grands Dossiers des Sciences Humaines, Trimestriel n°12, 2008.
- BOURRET Paule. Encadrer dans la fonction publique : un travail de lien invisible, Revue française d'administration publique, 2008/4 n° 128, p.729-740.
- BOURRET Paule. Proposition de communication aux XVI<sup>ème</sup> journées d'études du Groupement De Recherches Cadres. Décembre 2007.
- CARON Laurent et al., « Devant l'impossibilité de faire le travail prescrit », Revue Projet, 2011/4 n° 323, p. 53-60.
- CEPISUL Michel, Respect des compétences et communication au sein du bloc opératoire, Revue Interbloc, n°3, Septembre 2008.
- DAVEZIES Philippe, de l'épreuve à l'expérience du travail, identités et différences, Intervention au colloque GRAPH-HCL : « le défi des identités professionnelles à l'hôpital. Etre soi avec les autres », 28 juin 1991.
- DEJOURS Christophe, Subjectivité, Travail et Action, mai 2001, 13 pages.
- DETCHESSAHAR Mathieu, Santé au travail : Quand le management n'est pas le problème, mais la solution..., Revue française de gestion, 2011/5 n° 214, p. 89-105.
- GERNET Isabelle et DEJOURS Christophe, Evaluation du travail et reconnaissance, Nouvelle revue de psychosociologie, 2009/2 n°8, pages 27-36.
- MOLINIER Pascale, Cadre de santé, une fonction possible dans un collectif de pairs, Revue Soins Cadres de Santé, n° 65, Février 2008, p.28, 29 et 30.
- PENEFF Jean, Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert, Revue Sociologie du Travail, n°3/97.
- WEINBERG Achille, Travail : la créativité cachée, Revue Sciences Humaines, n°221, décembre 2010.

## Mémoire

- Jean LOUIS (2008-2009), Bloc opératoire et secteur de chirurgie : enjeux de communication, Mémoire Cadre de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Psychothérapique de Nancy.

## **Document l'École Supérieure Montsouris, année 2012/2013**

- Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2012-2013, Institut de Formation des Cadres de Santé, École Supérieure Montsouris.

## **Cours du Master 1 « Management et Santé », Université Paris Est Créteil, année 2012/2013**

- Jean Paul DUMOND, Les principales essences organisationnelles, Cours sur la théorie de l'action collective et sur la théorie de la contingence, U.E.3 : Management des Établissements, 2012/2013.
- Gilles DESSERPRIT, Cours sur la responsabilité du cadre de santé, UE 5.5, 25 septembre 2012.

# Annexes

**Annexe I** : Grille d'entretien semi-directif à l'intention des Cadres de Santé.



## Annexe I

### Grille d'entretien à l'intention des Cadres de Santé

Dans le cadre de ma formation de Cadre de Santé de l'École Supérieure Montsouris, je réalise un mémoire sur le travail de « lien invisible » du cadre de santé de bloc opératoire.

Pour pouvoir effectuer mon analyse, votre avis et vos expériences sur ce thème me seront très utiles. Cet entretien durera 30 à 45 minutes. Je vous remercie par avance de votre participation et de votre aide à l'élaboration de ce travail de recherche.

- ❖ Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé ou faisant fonction?
- ❖ Est-ce votre première expérience en tant que cadre de santé ou faisant fonction ?
- ❖ avez-vous une fiche de poste ?
- ❖ est ce que vos activités en tant que cadre correspondent à votre fiche de poste ?
  
- ❖ Que veut dire pour vous l'expression « travail de lien invisible »?
- ❖ Quels sens ont pour vous les expressions (la part dans votre activité) :
  - ❖ « travail prescrit », « travail réel »,
  - ❖ « travail empêché »,
  - ❖ « travail d'articulation »,
  - ❖ « travail formel/informel ».
- ❖ vous sentez vous concernés par ces expressions ?
- ❖ pouvez-vous relier ces expressions à votre travail quotidien au sein de votre unité ? si oui, de quelle façon ? pouvez-vous me donner des exemples ?
  
- ❖ selon vous, la nature des activités et de l'organisation de votre unité (chirurgie, médecine, bloc opératoire, EHPAD...) influence-t-elle votre travail de cadre de santé? si oui de quelle façon ?
- ❖ quels sont les facteurs de l'organisation de votre service les plus perturbants pour vous ?

- ❖ que ressentez vous à la fin de votre journée de travail : la satisfaction d'avoir pu remplir toutes les tâches que vous aviez programmées ou plutôt l'impression d'avoir « couru » toute la journée après le temps
- ❖ Le travail que vous effectuez n'est pas un travail évaluable en production de soins, donc plus difficilement quantifiable et reconnaissable. **Mais doit-il pour autant rester invisible ?**

Merci de votre collaboration.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé  
DCS@11-12**

**TITRE DU MEMOIRE**

Structure organisationnelle et travail invisible du cadre de santé sont-ils liés ? une enquête au cœur d'un bloc opératoire.

**AUTEUR**

Frédérique SEVESTRE

**MOTS-CLES**

Cadre de santé, bloc opératoire, travail prescrit, travail réel, travail de lien invisible.

**KEYWORDS**

Nurse manager, operating room, prescribed work, real work, invisible link.

**RESUME**

« *Que fait aujourd'hui un cadre de santé en faisant son métier ?* » Quelle est la nature de ses activités, au cœur de son service?

Au sein d'un bloc opératoire, le travail de « lien invisible » réalisé par le cadre de santé est de plus en plus important. Une multitude d'acteurs, aux identités professionnelles fortes et aux intérêts parfois divergents, occupe cet espace clos et secret. Le cadre de santé doit composer avec le mode de fonctionnement particulier de cette communauté. Il effectue un travail d'articulation et de lien, indispensable à la mise en cohérence d'actions parfois éclatées.

Les concepts de « travail prescrit » et « travail réel », décrits par la science de l'ergonomie et la notion de « travail d'articulation », explorée à travers la sociologie ont donné du sens à mon travail de recherche.

Le quotidien du travail des cadres de santé est parfois difficilement imaginable. Il peut sembler éloigné des définitions théoriques et prescrites de leur métier, données par les « fiches de poste ».

Le travail de lien invisible réalisé par le cadre de santé prend-il une forme spécifique au sein d'un bloc opératoire ?

Des entretiens seront réalisés avec des cadres de service de soins et des cadres de bloc opératoire. L'analyse des données recueillies permettra d'apporter un éclairage sur cette question.

"*What does a nurse manager working today do when doing her job?*". How can her activities within her department be defined?

Within the operating theater, that manager is assuming an increasing key role as an "invisible link". A multitude of actors with various jobs, strong personalities and with sometimes different interests work in this secret and tight space. The nurse manager has to deal daily with that special community. She creates the cohesion critical for the coordination of actions.

The concepts of "prescribed work" and "real work", described by the science of Ergonomy and the notion of "articulation work", explored through sociology has offered more sense to my research work.

The daily work of healthcare professionals is sometimes difficult to imagine. It seems so far away from the job's description and their theoretical contents.

Has the invisible linking job, accomplished by the nurse manager, a specific template within an operating theater?

The interviews will be run with nurse managers in care units and with others from operating rooms.

The assessment of the informations should bring light on this question.

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM.



Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM.