

PARTIE 4. LES MÉTIERS HOSPITALIERS ? DES MÉTIERS COMME LES AUTRES ?

| | |
|--|----------|
| 1.1 Des spécificités irréductibles | 2 |
| 1.2 Une opposition culturelle à l'organisation du travail | 5 |

Si, comme on vient de le voir, les profils d'activité des agents d'un service hospitalier sont comparables à ce qu'on trouve dans d'autres secteurs d'activité, cela ne signifie pas pour autant qu'ils soient exempts de toute spécificité – spécificités qui expliquent l'opposition à l'organisation du travail que l'on peut percevoir, notamment l'opposition culturelle.

1.1 Des spécificités irréductibles

L'un des principaux enseignements de cette étude est que les métiers hospitaliers tirent leur principale spécificité de leur confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort, ils touchent à des aspects exceptionnels de la vie de tout un chacun. Ces métiers fondent leur originalité non par le biais d'un mode de raisonnement, d'un niveau de compétence ou d'une technicité particulière, la spécificité du travail dans un service de soins vient de la relation intime à la peur, à l'angoisse, à l'humanité. C'est cette relation au patient et à sa famille qui confère aux métiers hospitaliers leur originalité.

La part de travail relationnel et psychologique – qui semble pourtant fonder la spécificité de leur métier – est occultée par les agents, peut-être ignorée dans certains cas particuliers. Durant les entretiens, ils ont – dans leur immense majorité – été enclins à mettre l'accent sur les aspects de leur travail qui leur semblent les plus significatifs et/ou les plus valorisants, l'élément le plus exceptionnel de leur métier est peu ou pas cité. Quand on leur demande d'évoquer spontanément les différentes composantes de leur activité, la plupart d'entre eux citent des gestes techniques à accomplir, des procédures à respecter ; seuls le kinésithérapeute et l'assistante sociale décrivent explicitement la relation qu'ils entretiennent avec les patients comme un genre de tâche à accomplir au sein de leur activité

professionnelle, alors que presque tous les agents rencontrés déclarent pourtant entretenir une relation avec les patients¹.

La profusion des agents à être en contact avec les patients et le faible nombre d'entre eux à décrire ce contact comme une composante de leur activité est problématique, *a fortiori* quand on rapporte cette observation au nombre d'échanges parlés entre les personnels soignants et les malades recensés dans le tableau 4². En d'autres termes, les agents en contact parlent beaucoup avec les patients – 80 à 170 fois par jour pour les infirmières ; 70 à 120 fois par jour pour les aides-soignantes (Vaichère, 1980) – mais ne qualifient pas spontanément ces multiples contacts comme un genre de tâches à accomplir, partie intégrante de leur activité. Il peut y avoir deux explications à cet état de fait : soit la relation avec le patient est bien une composante de l'activité des agents, mais non déclarée comme telle ; soit, ils ne considèrent pas cette relation comme un genre de tâche à accomplir. L'ANPE cite fréquemment cette composante du travail dans les compétences de base nécessaires à plusieurs métiers (tableau 16). Très vraisemblablement, les agents sont tellement absorbés par les tâches – parfois surabondantes – qu'ils ont à accomplir, qu'ils en viennent à réduire le temps passé avec le patient, et à estomper la part relative qu'ils accordent à cette tâche dans leur propre représentation de leur travail

Tableau 1. Compétences de base ANPE relatives à la relation patient, par types de métiers

| Emploi/métier | N° de fiche ANPE | Compétences de base relative à la relation avec le patient |
|--|------------------|--|
| Aide-soignante | 24 111 | <ul style="list-style-type: none"> • Informer la personne des soins dispensés. • Donner des informations courantes à l'entourage. |
| Informateur social (<i>Assistante sociale</i>) (*) | 23 111 | <ul style="list-style-type: none"> • Donner des renseignements d'ordre juridique et administratif en réponse aux questions posées. |
| Intervenant d'action sociale (<i>Assistante sociale</i>) | 23 112 | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier, analyser la nature du besoin exprimé. • Informer sur les données administratives et législatives (cadre réglementaire, circuits administratifs, dispositifs mis en place...). • Conseiller et proposer les démarches, moyens et interlocuteurs les plus appropriés à la résolution du problème fixé. |
| Cadre des services paramédicaux (<i>Cadre infirmier et Cadre supérieur infirmier</i>) | 24 131 | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir des relations avec les différents partenaires de son équipe (usagers, médecins, administration, autres équipes...). |
| Diététicien | 24 317 | <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller les personnes sur le plan diététique et gastronomique (enquêtes alimentaires personnalisées). |
| Infirmier généraliste | 24 121 | <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la personne, son entourage et identifier ses besoins. |
| Infirmier de service spécialisé | 24 122 | <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir le patient et son entourage et établir une relation de confiance. • Informer et conseiller l'environnement du patient sur la conduite à tenir. |
| Technicien en imagerie médicale (<i>Manipulatrice radio</i>) | 24 211 | <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir le patient et le mettre en confiance. |

(*) En italique figurent les métiers hospitaliers auxquels correspondent les intitulés des fiches emploi/métiers de l'ANPE.

¹ Seules les secrétaires médicales ne peuvent pas entretenir de contacts avec les patients. Voir tableau 5, p. **Erreur ! Signet non défini.**

² Page **Erreur ! Signet non défini.**

Source ANPE, 1999.

En revanche, dans sa description des compétences de base d'un médecin praticien³, l'ANPE ne cite aucunement la relation avec le patient, se contentant d'énumérer des actes techniques de médecine :

- s'informer sur les antécédents, les habitudes et hygiène de vie, les symptômes du consultant ;
- examiner le consultant (auscultation, prise de tension...) ;
- établir un diagnostic (y compris radiodiagnostic) ;
- dispenser des soins médicaux, chirurgicaux ou de radiothérapie ;
- prescrire des médicaments ou examens complémentaires (analyse biologique...) ;
- faire de la prévention (nourriture, hygiène...).

Il en est également ainsi du kinésithérapeute : alors que les personnels rencontrés dans le service ont défini la relation qu'ils entretiennent avec le patient comme un genre de tâches, l'ANPE ne cite que des gestes techniques comme compétences de base. S'agissant des agents chargés de l'accueil des patients, on constate que les personnels rencontrés dans le service évoquent la fonction d'écoute liée à cette fonction, mais que l'ANPE ne la cite pas comme compétence de base de l'agent d'accueil⁴ – ce qui est assez logique, du point de vue de l'ANPE, compte tenu du caractère standardisé de cette fonction.

Ce qui peut se concevoir pour l'agent de ménage, les secrétaires ou personnels faisant office de secrétaire, les cadres paramédicaux absorbés par des tâches de gestion, devient plus difficilement compréhensible pour des agents directement au contact des patients et dont le métier est de les soigner. C'est en particulier le cas des médecins – quel que soit leur grade –, investis du pouvoir de soigner et de guérir, et de l'autorité qui s'y rattache. Aucun, ou presque, de ceux rencontrés n'ont évoqué comme type de tâches à accomplir la relation qu'ils peuvent entretenir avec leurs patients. Il n'est pas question de dire ici que le patient est absent des préoccupations des médecins, ce n'est pas le cas ; mais il leur vient certainement à l'esprit en tant qu'une pathologie, un cas difficile, une résistance aux traitements... travers davantage marqué dans les hôpitaux universitaires où les médecins sont fréquemment tendus vers des activités de recherche.

Il reste que, revendiquée ou pas comme genre de tâches à accomplir, la relation avec le patient est un élément puissant de spécificité des métiers hospitaliers. Toute réorganisation/rationalisation du travail doit prendre en compte cet aspect du travail dans les services de soins – *a fortiori* quand il participe de l'opposition à la réorganisation du travail.

³ Fiche ANPE n° 31 111, p. **Erreur ! Signet non défini.**

⁴ Fiche ANPE n° 12 112, p. Erreur ! Signet non défini..

1.2 Une opposition culturelle à l'organisation du travail

Une des questions les plus préoccupantes qui se posent quand on réfléchit à l'application des 35 heures à l'hôpital est de savoir si le monde hospitalier – dans son versant médical et soignant tout du moins – n'est pas culturellement irréductible à toute velléité de transformation de l'organisation de son travail. En d'autres termes, l'organisation séquentielle du travail, modelée par l'urgence du soin qui a empreint toutes les composantes du travail hospitalier, n'est-elle pas trop puissamment ancrée dans les mentalités des personnels pour pouvoir être amendée ? ou bien, la nature même du travail hospitalier ne le rend-il pas imperméable à des formes d'organisation et de rationalisation du travail pourtant expérimentées avec succès dans d'autres secteurs d'activité ?

Pour Estryn-Behar (1991), les contraintes inhérentes au fonctionnement d'un service hospitalier conduisent à une reprogrammation constante et éprouvante de l'emploi du temps, qui accroît la charge de travail des personnels ; il faut choisir rapidement entre plusieurs possibilités, et choisir la plus prioritaire. Dans cette perspective, c'est la nature même du travail hospitalier qui surdétermine sa structure, les personnels n'ont fait que s'y adapter et y ont calqué leur organisation personnelle cognitive.

En réalité, cette approche inverse la cause de la conséquence : ce n'est pas parce que l'emploi du temps est contraint que la rationalisation du travail est délicate, c'est en grande partie l'inorganisation du travail qui contraint les emplois du temps. Il n'est pas question ici d'affirmer qu'un service de soins s'organise comme un restaurant ou une entreprise industrielle : l'urgence, les examens complémentaires, l'évolution de l'état des malades introduisent davantage d'incertitude qu'ailleurs. Mais, l'étude menée dans le service de cardiologie a montré qu'une part extrêmement importante de l'activité des agents n'est pas spécifique à l'hôpital. Remplir un dossier, prendre des rendez-vous, organiser un planning de présence – pour ne prendre que quelques exemples – ne sont pas des activités propres aux personnels des services de soins ; dès lors, pourquoi ne répondraient-elles pas, dans un service hospitalier, aux mêmes critères d'ordre et d'organisation qu'ailleurs ?

Selon Strauss (1992, a), il y a à l'hôpital une renégociation permanente et au cas par cas des règles générales, l'organisation des services de soins ne serait donc que l'agrégation des différentes solutions apportées à des cas singuliers. A l'instar de toutes les structures de travail, l'hôpital est un « *Monde social*⁵ », un réseau d'acteurs en coopération et en conflit, mais singularisé par la nature même de l'activité médicale, cristallisée sur le fondement du « colloque singulier » entre le médecin et son patient. Par conséquent, toute tentative de

⁵ Terminologie tirée de Strauss (1992, a).

réorganisation du travail dans les services de soins viendrait buter sur cet « *Ordre négocié*⁵ ». Pour Schweyer (2000) : « *Les acteurs de l'unité de soins se réfèrent à des repères pour mettre en mouvement les règles de travail dans leur action quotidienne.* » Ces repères renvoient à la notion de « *Mondes d'action* » (Dodier, 1993), c'est-à-dire : « *Un corpus de règles et de comportements des membres de l'unité de soins qui donne un sens acceptable et opératoire à l'action.* »

On peut opposer à cette vision la nécessité de réorganisation introduite à la fois par la contrainte budgétaire et par la réduction du temps de travail. L'immixtion de la rareté – rareté des moyens matériels et des moyens humains – dans un univers qui l'ignorait en grande partie jusqu'à très récemment, a modifié profondément les mentalités des directions des services de soins. De même que le contrôle accru des moyens budgétaires accordés aux services a conduit à leur meilleure utilisation, la raréfaction des personnels qualifiés, conjuguée au bouleversement induit par l'application prochaine de la loi Aubry à l'hôpital a provoqué une prise de conscience quant à l'exigence d'une organisation plus rationnelle du travail.

Toutefois, l'organisation du travail n'est pas fondée exclusivement sur la rationalité, elle se nourrit aussi d'imaginaire, de subjectivité. On peut ainsi opposer deux modèles de valorisation du travail accompli par chaque agent : la valorisation par la conformité à l'organisation mise en place, et la valorisation par la transgression de l'organisation existante. Les deux types d'organisation du travail – celle des médecins et celle des non-médecins – renvoient à deux modèles de valorisation du travail : pour les non-médecins, la valorisation par la conformité à l'organisation ; pour les médecins, la valorisation par sa transgression. Souvent, l'attitude à l'égard de l'organisation prescrite dans les services relève d'un effet de mimétisme et d'assimilation aux médecins ; la captation de l'inorganisation médicale, ou plutôt de son organisation désordonnée, est – pour les soignants – un des moyens de capter une partie du prestige médical, sinon de son pouvoir.

L'attitude à l'égard de l'organisation du travail s'articule elle-même autour de deux effets : l'effet « pouvoir » et l'effet « recrutement ». L'autonomie dans le travail est une des marques du pouvoir médical, de la déférence que l'on accorde aux médecins. Cette liberté empreint de façon très marquée l'organisation du travail dans les services puisque le médecin en est le « producteur » principal en tant que prescripteur de soins. Cette autonomie a entraîné de surcroît un effet « recrutement » : la nature de « l'organisation » du travail dans les services de soins fait mécaniquement venir des personnalités qui s'y adaptent ; jusqu'à l'agrégation, le travail en milieu hospitalier est, pour les médecins, un long processus de recrutement et de cooptation. Par conséquent, toute tentative d'organisation et de rationalisation du travail des médecins risque d'être pris pour une tentative de banalisation et de délégitimation de

leur pouvoir et de leur rôle – *a fortiori* si c'est l'administration et/ou sa tutelle qui pilotent cette réorganisation.

Même si les tâches des agents qui travaillent dans un service hospitalier sont en grande partie programmables et standardisées, celles qui ne le sont pas présentent un caractère éminemment spécifique ; l'interrogation quant à la méthode à adopter pour appliquer les 35 heures dans un service hospitalier se pose donc avec encore plus d'acuité.