

**Robert HOLCMAN**Directeur-adjoint chargé des finances  
à l'hôpital Beaujon (AP-HP)

Une étude a été conduite<sup>(1)</sup> pour décomposer au plus fin l'activité de chaque type d'agent en un certain nombre de tâches, regroupées par genre afin de différencier tâches standardisées<sup>(2)</sup> et tâches spécifiques, et de vérifier si l'ensemble des tâches accomplies sont marquées ou non par l'imprévu.

Les observations tirées de cette enquête montrent que l'organisation du travail dans les services de soins est souvent archaïque et épuisante, et que les tâches des agents sont – pour l'essentiel – programmables et standardisées, ce qui conduit au final à se demander jusqu'à quel point les métiers hospitaliers sont des métiers non comparables aux autres.

### Une organisation archaïque et épuisante du travail

Les premières observations que peut faire l'observateur immergé dans un service de soins mettent en évidence les facteurs accroissant la charge mentale du travail, ainsi que les redondances et les chevauchements de tâches.

#### Les facteurs accroissant la charge mentale du travail

Après avoir interrogé la notion de charge mentale du travail, on évoquera les différents facteurs qui contribuent à l'accroître.

#### La notion de charge mentale du travail

La charge mentale introduite par l'exercice d'une activité professionnelle n'est pas spécifique à l'hôpital, elle s'observe dans tous les secteurs d'activité (Cézard, Hamon-Cholet, 1999). Le travail dans un service de soins introduit, toutefois, une dimension particulière liée à la nature du milieu hospitalier (Estryn-Béhar, 1991) : chaque agent est renvoyé à son histoire personnelle, au rapport intime qu'il entretient avec la souffrance, la dégradation, la mort.

Dans un service de soins, deux types de charges sont communément décrits : la charge cognitive et la charge psychique (Tonneau *et al*, 1996). La charge cognitive relève des informations et des connaissances que les personnels soignants doivent accu-

## Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services des soins ?

Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent

L'introduction des **35 heures à l'hôpital** conduit à se pencher sur l'organisation du travail dans les services de soins compte tenu de la **particularité de leur mission**. L'une des questions centrales est le lien qui existerait entre la **spécificité du travail** dans un service hospitalier et son organisation. En effet, les personnels (médecins et non-médecins) mettent fréquemment en avant le particularisme de leur travail, surdéterminé par l'urgence, l'état des malades, la **nécessité de la continuité du soin**, qui le rendrait – selon eux – difficilement accessible à toute réorganisation.

muler et tenir à jour dans un contexte de parcellisation de leur activité ; la charge psychique ressortit au volume et à l'urgence des tâches à accomplir, aux décisions à prendre dans un contexte de souffrance et de dégradation, à la promiscuité avec la maladie. Au fil des entretiens, une forme particulière de charge mentale a été décrite – explicitement ou non : la charge liée à l'incertitude concernant la fiabilité des informations transmises et recueillies. Plusieurs

### note

(1) Le texte qui suit est fondé sur un travail d'enquête mené dans plusieurs services de soins de l'hôpital Saint-Antoine (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). 51 agents ont été rencontrés – médecins et non-médecins – représentant l'ensemble des fonctions communément représentées dans un service

## notes

*hospitalier (quand les observations ne concernent qu'une seule catégorie d'agents, elle sera spécifiée en tant que telle).*

*36 appartenaient au service cardiologie, 15 exerçaient dans des services différents: urgences, réanimation médicale, psychiatrie, rhumatologie, médecine interne, ORL, radiologie, diététique, imagerie médicale, kinésithérapie.*

*Les observations formulées ont donc vocation à s'appliquer dans tout service hospitalier, et pas à telle ou telle spécialité médicale.*

*Le choix s'est porté sur un entretien semi-dirigé d'une heure environ, fondé sur un questionnaire commun soumis à tous les personnels rencontrés.*

**(2)** Par « tâches standardisées », on entend ici des tâches qui ne sont pas spécifiques au milieu hospitalier et que l'on retrouve dans d'autres secteurs d'activité; par exemple, remplir un dossier, accomplir des tâches de secrétariat, accueillir des patients...

**(3)** Ces métiers sont tenus aussi bien par des femmes que par des hommes; pour éviter des lourdeurs typographiques (infirmiers, aides-soignants...), et parce qu'ils sont majoritairement assurés par des femmes, ils seront écrits au féminin.

éléments y concourent: la parcellisation des tâches, l'imperméabilité entre organisation médicale et organisation soignante, la multiplicité des supports écrits et la prépondérance accordée à la transmission orale.

### La parcellisation des tâches

L'hôpital est une des structures de travail les plus anciennes qui existent; à l'époque où l'entreprise n'est pas encore un concept et où le travail s'organise sous forme de compagnonnage, se forment les fondements culturels de l'accueil des souffrants dont on peut encore aujourd'hui distinguer les traces dans les structures modernes de l'hôpital public. Héritières des sœurs dévouées aux indigents et aux nécessiteux, les infirmières et les aides-soignantes<sup>(3)</sup> ont façonné l'organisation de leur activité sur la prise en charge des malades au fil de leur arrivée dans le service. Cette gestion séquentielle – sans aucun doute indispensable dans de nombreux cas – a déteint sur les autres composantes du travail des soignants: de même qu'on accueille immédiatement un malade en situation d'urgence, on traite l'ensemble des aspects du travail qui, pourtant, pourrait faire l'objet d'une planification. À l'exception de l'urgence médicale, c'est trop fréquemment la règle de la file d'attente inversée qui prévaut dans un service hospitalier: chaque tâche qui se présente vient chasser celles qui étaient en attente de réalisation. Cette organisation séquentielle a pour corollaire une parcellisation des tâches.

Il est souvent tenu pour acquis que le nombre d'actions accomplies par les membres d'un service de soins relève de la nature même de leur activité, et qu'il est accentué par les interruptions et les actes imprévus. Vaichère (1980) a observé que le nombre de séquences continues de travail des aides-soignantes s'écarte de 74 à 117. Estryng-Béhar (1991) estime entre 200 et 300 le nombre d'actes réalisés chaque jour par les infirmières ou les aides-soignantes.

La question est de déterminer le sens de la causalité: est-ce l'atomisation de l'activité qui conduit à l'organisation du travail observée ou bien est-ce l'inorganisation du travail qui entraîne sa parcellisation? En d'autres termes, le nombre de tâches accomplies par les agents correspond-il à des activités distinctes ou est-ce – sous l'effet d'un manque de hiérarchisation des missions à accomplir – l'interruption des tâches qui conduit à leur multiplication?

Suivant leur nature, plusieurs tâches peuvent être accomplies les unes après les autres ou bien parallèlement. Les différentes tâches de chacun sont scindées en des « micro-tâches » qui sont alors alternées; en travaillant sur plusieurs tâches qui peuvent être interrompues, les agents mettent spontanément au

point une modalité d'organisation qui permet d'effacer les temps d'attente et de remplir les vides dans les plannings. Le problème est que toutes les tâches ne pouvant être interrompues, leur accumulation ne trouve plus alors qu'une seule variable d'ajustement: la durée du temps passé sur le lieu de travail. Par conséquent, plus le planning d'un agent est constitué de tâches non sécables, plus la durée de son travail doit s'allonger. C'est souvent l'imbrication de beaucoup de leurs tâches qui allonge la durée du travail des cadres, davantage que le volume global de travail qu'ils fournissent (Girard, Lautier, 1998).

La particularité du travail en milieu hospitalier vient de la difficulté à identifier les tâches sécables de celles qui ne le sont pas; la prise en compte séquentielle des activités conduit fréquemment les agents à se saisir des tâches à accomplir au fil de leur arrivée, sans opérer entre elles une hiérarchisation qui permettrait leur découpage et, partant, leur traitement au long de la journée. À ce constat, les agents opposent systématiquement la nature particulière de leur travail, l'obligation de répondre aux demandes du patient, la nécessité d'ajuster le volume et le rythme de leur activité aux exigences de l'état de santé de ceux qu'ils se doivent de soigner.

### L'imperméabilité entre l'organisation médicale et l'organisation soignante

Deux types d'organisation du travail cohabitent dans un service hospitalier: celle des médecins et celle des non-médecins – soignants, personnels médico-techniques et personnels administratifs. Les non-médecins ont une organisation du travail fondée sur un modèle horaire: plus l'agent se rapproche du soin et du travail des médecins, plus l'organisation de son travail est rigide. Le travail des infirmières et des aides-soignantes s'inscrit ainsi dans des plannings d'activité rigoureux et précis qui s'étalent sur vingt-quatre heures, alors que celui des secrétaires médicales et des secrétaires hospitalières est juste borné par une heure d'arrivée et une heure de départ. À l'inverse, l'organisation du travail des médecins est beaucoup moins encadrée, seules leurs gardes et les astreintes relèvent du modèle horaire; les médecins sont en mesure d'imposer leur propre rythme de travail aux personnels avec lesquels ils travaillent. L'organisation du travail des personnels non médicaux est donc contrainte et adaptable au rythme de dispensation des soins et de prescription des médecins; celle des médecins est davantage empreinte d'autonomie.

La rationalisation du travail dans les services hospitaliers dépend pour beaucoup de la coordination dans

le fonctionnement de ces deux organisations. Toute l'ambiguïté de l'organisation du service hospitalier provient de là : d'un côté, une organisation médicale – avec ses lignes hiérarchiques propres, son système d'évaluation et de notation, ses critères d'efficacité – qui ne relève en rien de l'autorité de l'administration de l'établissement ; de l'autre, l'organisation soignante, qui dépend organiquement de la direction de l'établissement, et fonctionnellement de l'organisation de l'équipe médicale du service. La restructuration du travail des soignants trouve donc ses limites dans l'organisation de l'équipe médicale, dont le rythme de travail s'impose.

La principale difficulté vient de ce que toute rationalisation du travail dans les services de soins passe par l'assujettissement de l'emploi du temps des médecins à celui des équipes de soins. Les médecins font face à un conflit d'objectif qui renvoie au caractère bicéphale de leur rôle : médecin praticien et cadre – quand bien même ils sont enclins à renvoyer cette fonction aux cadres infirmiers. Dans la réalité professionnelle du service, ce sont eux les cadres – cadres moyens (internes), cadres supérieurs (PH, CCA), cadres dirigeants (PUPH)<sup>(4)</sup> – qui exercent une autorité hiérarchique et ont un rôle d'animation d'équipe. Il y a donc contradiction entre l'autonomie revendiquée dans l'exercice de l'art médical et la vocation à diriger, déterminée par le type de structure dans laquelle s'exerce cet art.

#### **Multiplicité des supports écrits et prépondérance accordée à l'oral**

L'écrit est souvent ressenti par les personnels comme une obligation médico-légale ou comme une nécessité répondant à un souci d'archivage, et pas comme un vecteur privilégié de transmission de l'information. Ainsi une trentaine de supports écrits ont-ils été inventoriés dans le service cardiologie, cette surabondance stérilisant *de facto* leur utilisation comme moyen de transmission de l'information.

La transmission orale n'est pas sans vertu – « L'oral permet une richesse d'informations, une expression du vécu et du ressenti que ne peut contenir l'écrit » (Tonneau *et al*, 1996) –, mais à condition qu'elle complète un socle de renseignements objectivés, dont la diffusion est reproductible sans déformations. Tout le problème vient, en effet, de la primauté accordée à la transmission orale qui, par-delà sa richesse, est extrêmement subjective, sensible à l'état et à l'humeur des agents, et à leur disponibilité.

La prépondérance accordée à l'oral contraint les agents des services hospitaliers à reformuler périodiquement les informations qu'ils communiquent et/ou

à réitérer les demandes d'informations qu'ils formulent ; une bonne partie de leur temps d'activité professionnelle consiste ainsi à acquérir et, surtout, à vérifier les informations acquises ou transmises – l'information orale étant sujette à déformation et à interprétation. Ces modalités particulières de transmission font de la recherche et de la validation de l'information une quête épuisante.

#### **Recherche et validation de l'information : une quête épuisante**

L'inorganisation de la transmission de l'information et sa validation permanente constituent un facteur de stress et d'épuisement pour les agents qui y sont astreints – les personnels soignants se trouvant en l'occurrence en asymétrie d'information vis-à-vis des médecins qui ont l'initiative de la démarche thérapeutique.

Au fil des entretiens, des phénomènes d'incluse<sup>(5)</sup> ont été abondamment décrits. L'explication avancée par les personnels interrogés est le manque de personnel ; or, à l'observation, rien ne permet de la corroborer. C'est plutôt l'incertitude qui absorbe l'énergie des personnels, en grande partie en raison de l'archaïsme des modes d'acquisition et de transmission de l'information qui ont cours dans les services, et que l'importance de la ritualisation investie dans les transmissions orales (Tonneau *et al*, 1996) ne doit pas masquer.

#### **Redondances et chevauchements de tâches**

Dans les propositions de réorganisation de l'activité des services hospitaliers, ressort souvent l'idée de partage des activités, de « pool de polyvalences » entre les différents soignants (Clauzel, Sarraz, 1994). Or, lors des différents entretiens conduits, il est apparu que l'objectif principal d'une restructuration devait plutôt être de définir en premier lieu les tâches respectives de chacun des métiers : à quelques exceptions près, les personnels hospitaliers ont en effet une description non hiérarchisée de leur activité, et de nombreuses tâches sont revendiquées par des agents aux métiers différents (tableau 1).

On peut comprendre que certaines activités soient redondantes parce qu'elles s'exercent à plusieurs niveaux de compétences (activités de médecine, d'expertise...) ou dans des domaines d'activité différents (travail social, kinésithérapie...). Il semble plus difficile, en revanche, de trouver une justification organisationnelle au fait que les tâches de secrétariat, de prise de rendez-vous ou d'accueil du patient soient

**La principale difficulté vient de ce que toute rationalisation du travail passe par l'assujettissement de l'emploi du temps des médecins à celui des équipes de soins.**

## notes

- (4) Respectivement praticien hospitalier (PH), chef de clinique – assistant (CCA) et professeur des universités – praticien hospitalier (PUPH).  
(5) Définie par le psychiatre phénoménologue H. Tellenbach (1979) comme le sentiment d'une personne débordée par son travail, à la fois dans le sens de la masse des tâches à accomplir et dans la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser.

tableau

## Exemples de tâches redondantes accomplies par différents agents du service

Type de tâches	Personnels qui en revendiquent l'accomplissement	
Examens de routine (électrocardiogramme...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide-soignante de consultation</li> <li>Aide-soignante de salle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étudiant externe</li> <li>Infirmière</li> </ul>
Nettoyage	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agent hospitalier affecté au ménage</li> <li>Aide-soignante de consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide-soignante de salle</li> </ul>
Accueil des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide-soignante de consultation</li> <li>Aide-soignant de salle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Secrétaire hospitalière</li> <li>Secrétaire médicale</li> </ul>
Prises de rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide-soignante de consultation</li> <li>Cadre infirmier</li> <li>Infirmière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Secrétaire hospitalière</li> <li>Secrétaire médicale</li> </ul>
Secrétariat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide-soignante de consultation</li> <li>Aide-soignante de salle</li> <li>Assistante sociale</li> <li>Cadre infirmier</li> <li>Diététicienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étudiant externe</li> <li>Infirmière</li> <li>Secrétaire hospitalière</li> <li>Secrétaire médicale</li> </ul>
Nursing	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide-soignante de salle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmière</li> </ul>
Organisation de plannings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre infirmier</li> <li>Cadre supérieur infirmier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Secrétaire hospitalière</li> <li>Secrétaire médicale</li> </ul>
Relation avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide-soignante de consultation</li> <li>Aide-soignante de salle</li> <li>Assistante sociale</li> <li>Cadre infirmier</li> <li>Cadre supérieur infirmier</li> <li>Chef de clinique – assistant</li> <li>Diététicienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étudiant externe</li> <li>Infirmière</li> <li>Interne de médecine</li> <li>Kinésithérapeute</li> <li>Médecin attaché</li> <li>PH</li> <li>PUPH</li> </ul>
Animation d'équipes/Exercice d'une autorité hiérarchique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre infirmier</li> <li>Cadre supérieur infirmier</li> <li>Chef de clinique – assistant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interne de médecine</li> <li>PH</li> <li>PUPH</li> </ul>

Source : entretiens conduits par l'auteur, juin 2001.

### notes

(6) Cette confusion des tâches s'est observée au sein d'un même service et a été confirmée au cours de nombreuses interviews; elle ne résulte donc pas d'une agrégation a posteriori des résultats des entretiens.

(7) Par « tâches non programmables », on entend des tâches qui, par nature, sont soumises à des fluctuations dont le contrôle échappe aux agents chargés de les accomplir – par exemple, la prise en charge d'une urgence médicale, le change d'un patient, la fourniture d'eau, l'accomplissement d'un examen urgent...

(8) L'analyse ne prend pas en compte les gardes et les astreintes qui ont, par définition, un caractère aléatoire; dans ce cas, l'imprévu est programmé puisque les agents sont présents pour y répondre.

partagées de la sorte. Cette atomisation – préjudiciable à l'efficacité des tâches accomplies – ne peut trouver son origine que dans une défaillance de l'organisation du travail. Le phénomène est encore plus préoccupant s'agissant des relations avec le patient. La pléthore de personnels déclarant communiquer des informations et répondre aux sollicitations des malades s'assimile à une dispersion de cette tâche pourtant essentielle; c'est là une source d'insécurité et d'angoisse pour les patients et leur famille, qui se plaignent souvent du manque d'interlocuteur dans les services<sup>(6)</sup>.

Le nombre important d'agents déclarant accomplir des tâches de secrétariat ne relève pas que d'une organisation défaillante; la sous-administration des services de soins est aussi un facteur explicatif. C'est pourquoi, pour appliquer les 35 heures dans un service hospitalier, l'action prioritaire est tout d'abord d'identifier et de décomposer les tâches des différents personnels qui composent un service hospitalier, de

vérifier si « rien dans l'activité de l'hôpital n'est réellement prévisible ». (Abauzit *et al*, 1988)

### Des tâches pour l'essentiel programmables et standardisées

Le travail d'observation conduit a permis de mettre en évidence que, dans leur grande majorité, les tâches accomplies par les différents agents qui composent un service hospitalier sont programmables et standardisées.

#### Des tâches pour la plupart programmables

Les tâches non programmables<sup>(7)</sup> accomplies par les agents d'un service hospitalier sont peu nombreuses<sup>(8)</sup>. Contrairement à ce qu'ils affirment, la plupart d'entre eux ont des activités sur lesquelles ils exercent un contrôle quant au moment de leur accomplissement. La situation des personnels varie, toutefois, suivant la proportion de tâches program-

mables au sein de leur travail ; certains accomplissent presque exclusivement des tâches programmables, quand d'autres ont un volant important d'imprévu dans leur activité.

#### **Les agents aux tâches programmables**

Parmi les agents qui ont une activité constituée quasi-exclusivement de tâches programmables, on trouve surtout des personnels médico-techniques. Au sein du service, l'activité du kinésithérapeute, de la diététicienne, de la manipulatrice radio et de l'agent hospitalier chargé du ménage, s'organisent selon le rythme déterminé par chacun de ces personnels – même s'ils prennent en compte les contraintes du service où ils interviennent. Ils sont peu, ou pas du tout, soumis à l'urgence ; s'ils interviennent auprès du patient, c'est en toute autonomie.

Il en est également ainsi des secrétaires médicales (dont l'activité, essentiellement programmable, se distingue peu du travail de secrétariat exercé dans d'autres structures de travail), des étudiants externes de médecine et des médecins attachés – quand bien même leurs tâches ne sont pas comparables. Les étudiants externes ont une participation programmée aux activités de médecine et, en aucun cas, ne prennent en charge les situations d'urgence et d'imprévu ; dans tous les cas, leur apport au fonctionnement du service est strictement encadré, et a comme objectif leur formation. La présence des médecins attachés répond à une mission bien précise, étroitement dépendante du planning dans laquelle elle s'inscrit. La mission du cadre supérieur infirmier, quant à elle, se fonde par définition sur des tâches programmables qui forment une action stratégique et d'anticipation : la gestion d'effectifs, de stocks, de commandes, la mise au point du budget et l'animation d'équipe sont des activités qui demandent une mise en perspective de l'action du service.

#### **Des tâches principalement programmables**

Les agents dont les tâches sont essentiellement programmables se divisent en deux groupes : les médecins et les non-médecins.

Parmi les non-médecins, les aides-soignantes de consultation, les secrétaires hospitalières et l'assistante sociale ont des emplois du temps qui, pour l'essentiel, sont prévisibles et reproductibles. Ils travaillent suivant un rythme de bureau détaché de celui des équipes de soins. L'emploi du temps de ces agents est donc programmable, comme ceux qu'on peut observer dans la plupart des structures de travail. Une part de leur travail, toutefois, demeure sujet à reprogrammation. Les aides-soignantes (de consul-

tation et de salle) font parfois office de garçon d'étage quand ce dernier est absent. À ce titre, elles sont amenées à porter ou à aller chercher des dossiers de patients, des prélèvements pour examens, des résultats d'examens...

Les médecins dont les tâches sont essentiellement programmables sont des cadres supérieurs ou des cadres dirigeants de médecine. Leurs tâches, ainsi que celles des internes, sont regroupées sous les mêmes intitulés mais s'accomplissent à des niveaux et en des proportions différents : l'activité de médecine, notamment, ne s'exerce pas au même niveau d'expertise et de responsabilité s'agissant d'un interne, d'un praticien hospitalier ou d'un professeur agrégé de médecine. Un PUPH, qu'il soit chef de service ou non, a un rôle polarisé sur la recherche, l'enseignement et l'expertise, son implication dans l'activité du service est ponctuelle et formée d'arbitrages et/ou de conseils. Les mêmes observations peuvent être formulées s'agissant du PH et du chef de clinique, avec une modification des parts relatives des tâches programmables et non programmables – au détriment des tâches programmables au fur et à mesure qu'on descend dans la hiérarchie médicale.

#### **Une part importante d'imprévus**

Cette dernière catégorie regroupe les agents dont les tâches sont consubstantiellement marquées par l'imprévu ou qui ne peuvent pas s'accomplir sans interruption. Le modèle type de ces agents est l'infirmière, dont les entretiens ont souligné à quel point elle était soumise aux aléas de l'activité du service en faisant office de variable d'ajustement des rythmes de travail. Une partie des tâches que les infirmières accomplissent est, certes, programmable : il en est ainsi des soins qu'elles prodiguent aux patients à heures fixes. Pour le reste, elles assurent un rôle d'interface entre les médecins et les non-médecins, elles participent autant que de besoin aux tâches de secrétariat (c'est particulièrement le cas pour les équipes d'après-midi, quand les secrétaires sont parties) et aux tâches de *nursing* des aides-soignantes de salle. Un nombre important de leurs tâches ressortissent explicitement à la gestion de situations urgentes et imprévues : le recours au centre anti-douleur, l'appel aux médecins en cas d'urgence et la mise en œuvre de leurs prescriptions, la prise en charge des appels des patients – en particulier pour les infirmières de nuit. L'aide-soignante de salle subit le même type de

**Les agents dont les tâches sont essentiellement programmables se divisent en deux groupes : les médecins et les non-médecins.**

## tableau Agents aux tâches exclusivement standardisées et agents aux tâches standardisées et spécifiques

Tâches exclusivement standardisées	Tâches standardisées et tâches spécifiques
Cadre supérieur infirmier (*)	PUPH
Cadre infirmier (*)	PH
Secrétaire hospitalière	Chef de clinique
Secrétaire médicale	Médecin attaché
Aide-soignante (de consultation) (**)	Interne
Aide-soignante (de salle) (**)	Étudiant externe
Agent hospitalier (de ménage)	Infirmière
Diététicienne	Manipulatrice radio Kinésithérapeute Assistante sociale

(\*) Il peut arriver que les cadres infirmiers et les cadres supérieurs infirmiers participent au soin, mais c'est en remplacement d'une infirmière manquante dont ils assument alors la tâche ; cette activité-là ne relève pas, ou plus, de leur mission.

(\*\*) La participation aux soins des aides-soignantes relève davantage de tâches techniques standardisées que d'une activité spécifique au milieu hospitalier.

Source: Entretiens conduits par l'auteur, juin 2001

contrainte, quoique dans une moindre mesure. Son rôle est davantage orienté vers la dispensation de repas et les actions de confort destinées au patient ; elle n'est pas engagée dans la chaîne du soin au même titre que l'infirmière. Il en est également ainsi du cadre infirmier, dont l'activité structurée a vocation à être régulièrement entrecoupée par les sollicitations diverses des membres du service, des médecins ou des patients.

L'interne, enfin, fait office de variable d'ajustement dans l'organisation médicale. C'est sur lui que reposent en grande partie les tâches médicales non programmées ; en particulier, la contre-visite de l'après-midi est l'occasion de réajuster les traitements en fonction de l'évolution de l'état des patients, de réclamer des examens complémentaires, de recevoir les patients arrivés l'après-midi ou *via* les urgences, de répondre aux situations d'urgence au sein du service en s'appuyant sur les infirmières présentes.

### Des tâches en grande partie standardisées

Si les tâches des agents d'un service hospitalier sont majoritairement programmables, une part importante – pour ne pas dire essentielle – d'entre elles sont également des tâches standardisées<sup>(9)</sup>. Les activités relevant du soin au sens large<sup>(10)</sup> sont accomplies par les

médecins et les personnels paramédicaux. En revanche, et toujours selon les propos recueillis pendant les entretiens, l'activité spécifique de relation avec le patient – définie comme tâche à accomplir par les agents eux-mêmes – n'est assumée que par l'assistante sociale et le kinésithérapeute, quand bien même de nombreux agents déclarent entretenir des contacts avec les patients. Le service se divise donc entre deux types d'agents : les personnels n'accomplissant que des tâches standardisées et ceux dont l'activité professionnelle mêle tâches standardisées et tâches relevant du soin (tableau 2).

Les agents qui n'accomplissent que des activités standardisées sont principalement les agents impliqués dans la gestion administrative du service (cadre infirmier et cadre supérieur infirmier), les agents accomplissant des tâches de secrétariat et/ou d'accueil (secrétaires et aides-soignantes) et ceux ayant une mission technique précise (diététicienne et agent hospitalier de ménage). Le second groupe, qui rassemble des personnels aux tâches standardisées et spécifiques, est surtout constitué des médecins, des agents qui pratiquent des gestes de soins (infirmière et manipulatrice radio) et des personnels qui participent aux soins par le biais d'une relation avec le patient (kinésithérapeute et assistante sociale).

Les tâches standardisées et les tâches de soins ne sont donc pas clairement réparties entre les différents types d'agents. En particulier, les personnels qui accomplissent des gestes de soins (infirmières et manipulatrice radio) ont un volant important de leur activité consacré à des tâches standardisées : travail technique d'imagerie médicale pour la manipulatrice radio, secrétariat, transmission d'information et *nursing* pour les infirmières. L'activité de médecine n'est qu'une des composantes du travail des médecins qui, au surplus, va en s'amenuisant au fur et à mesure qu'ils progressent dans la hiérarchie médicale. La recherche, l'enseignement, l'expertise, l'exercice d'une autorité hiérarchique ou du rôle de cadre dirigeant, sont autant de tâches standardisées qui forment une grande part du travail des médecins dans un service de soins.

### Des tâches comparables à d'autres secteurs d'activité

Si l'on s'attache à donner une définition aux fonctions des membres du service sur la base de la description de tâches effectuée lors des entretiens, six groupes d'agents se dégagent (tableau 3).

Le premier groupe est formé de personnels à la fonction bien définie – agent hospitalier de ménage, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute,

## notes

(9) Rappelons que par « tâches standardisées », on entend ici des tâches qui ne sont pas spécifiques au milieu hospitalier et que l'on retrouve dans d'autres secteurs d'activité : remplir un dossier, accomplir des tâches de secrétariat, accueillir des patients...

(10) Dans son sens générique, celui de soigner les patients, et pas dans le sens communément adopté à l'hôpital qui distingue les activités de soins des personnels paramédicaux relevant des « décrets de compétence », et les activités de médecine confiées à l'exercice exclusif des médecins.

manipulatrice radio – dont la participation au fonctionnement du service est ciblée; leur rythme de travail est diurne et s'assimile à des horaires de bureau. Ces types de métiers s'exercent bien entendu ailleurs qu'à l'hôpital: dans des structures privées, publiques ou associatives, et dans des secteurs où les 35 heures sont déjà appliquées. Les définitions de fonction qui les concernent sont peu éloignées des intitulés de poste en vigueur dans les services hospitaliers.

Le deuxième groupe rassemble les personnels exerçant des fonctions de secrétariat, d'accueil et de service hôtelier. On constate que la définition de fonction de ces agents s'éloigne notablement de l'intitulé de leur grade. C'est en particulier le cas des aides-soignantes de consultation qui font office de secrétaire médicale, alors que les secrétaires médicales tiennent un emploi de secrétaire de direction. Les aides-soignantes de salle rendent, de fait, un service hôtelier dans un cadre médicalisé; les secrétaires hospitalières, quant à elles, assurent un rôle d'agent d'accueil administratif. La redéfinition de fonction assimile en grande partie le métier de ces agents à ce qu'on trouve dans d'autres secteurs d'activité; la part des tâches médicalisées est très réduite et ne concerne que marginalement les aides-soignantes. Les infirmières, qui constituent à elles seules le troisième groupe, ont un métier qui a une très forte spé-

cificité au sein d'un service hospitalier. Pourtant, la définition qui en est proposée dans le tableau 3 – «agent de soins et de secrétariat médicalisé» – souligne que la partie spécifique de l'activité des infirmières se double de tâches standardisées qui ne relèvent pas de son rôle: le secrétariat et le *nursing*, par exemple. Le quatrième groupe est formé de deux métiers: cadre infirmier et cadre supérieur infirmier qui correspond à celui de «cadre des services paramédicaux» répertorié par l'ANPE (1999). Les entretiens ont mis en lumière une grande identité de tâches entre ces deux types de métiers, à tel point qu'on peut s'interroger sur la pertinence de cette double présence à la tête des personnels paramédicaux dans le service.

Le cinquième groupe, composé des médecins, est très certainement le plus disparate. Si l'on met à part le cas des étudiants externes de médecine, dont la fonction principale est de valider un stage en situation professionnelle, et celui des médecins attachés, dont la participation à l'activité du service se limite à des actes précis et/ou à des consultations, il est assez difficile de distinguer les différences entre les fonctions des différents praticiens. La différence d'activité entre ces quatre types de médecin se fait principalement via la proportion relative des différents genres de tâches qu'ils accomplissent et par le niveau de com-

tableau 3  
Définition de fonction par type d'agent

N°	Type d'agent	Proposition de définition de fonction
1	Agent hospitalier (de ménage)	Nettoyeur de locaux et de surface
	Assistante sociale	Intervenante d'action sociale
	Diététicienne	Diététicienne
	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute
	Manipulatrice radio	Technicien en imagerie médicale
2	Aide-soignante (de consultation)	Secrétaire médicale
	Aide-soignante (de salle)	Agent de service hôtelier médicalisé
	Secrétaire hospitalière	Agent administratif d'accueil
	Secrétaire médicale	Secrétaire de direction
3	Infirmière	Agent de soins et de secrétariat médicalisé
4	Cadre infirmier	Cadre des services paramédicaux
	Cadre supérieur infirmier	Cadre des services paramédicaux
5	PUPH	Médecin praticien, professeur d'université, directeur de recherche, cadre dirigeant de médecine
	PH	Médecin praticien, cadre supérieur de médecine
	CCA	Médecin praticien, enseignant/chercheur, cadre de médecine
	Médecin attaché	Médecin praticien
	Interne	Cadre de médecine en formation continue
	Externe	Stagiaire en médecine

Source: Entretiens conduits par l'auteur, juin 2001.

pétence qui y est investi. L'exercice d'une autorité hiérarchique, la direction de recherche et la recherche sont des genres de tâches prépondérants pour un PUPH, alors qu'un interne aura surtout une activité de médecine, enrichie par la participation à des activités de recherche et d'enseignement au pied du lit destinées aux étudiants externes. De même, la pratique médicale est une pratique quotidienne de base, de « débroussaillage », s'agissant des internes; elle s'affine pour les chefs de clinique, pour passer au stade de l'expertise en ce qui concerne les PH et, principalement, les PUPH.

Les médecins ont une activité professionnelle fortement empreinte de tâches standardisées: rien dans l'exercice d'une autorité hiérarchique, de l'enseignement, de la recherche ou de la direction de recherche ne permet de distinguer les médecins d'un enseignant-chercheur, d'un cadre technique d'études scientifiques et de recherche fondamentale ou d'un cadre des services paramédicaux (ANPE, 1999) – quand bien même la nature des activités n'est pas compa-

De même, la dispensation d'une expertise relève d'un type d'activité qui n'est par corrélé à la matière qui en relève. Seule la pratique médicale apparaît comme un genre de tâches spécifiques – bien qu'elle s'exerce dans d'autres types de structures (écoles, lycées, entreprises, dispensaires...) et sous d'autres statuts, libéral en particulier.

Les métiers hospitaliers sont donc, en grande partie, constitués de genres de tâches programmables et standardisées;

rien ne permet d'affirmer pour autant que ce sont des métiers comme les autres.

**Les métiers hospitaliers fondent leur originalité au travers de la relation intime à la peur, l'angoisse, l'humanité.**

### Les métiers hospitaliers, des métiers comme les autres ?

Ce sont les spécificités des métiers hospitaliers qui expliquent l'opposition à l'organisation du travail que l'on peut percevoir, notamment l'opposition culturelle. L'une des plus importantes d'entre elles est le décalage entre représentation et réalité du travail.

#### Des spécificités irréductibles

Les métiers hospitaliers fondent leur originalité non pas par le biais d'un mode de raisonnement, d'un niveau de compétence ou d'une technicité particulière, mais au travers de la relation intime à la peur, à l'angoisse, à l'humanité. Pourtant, quand on demande aux agents 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 tâches à accomplir au sein de leur activité professionnelle, alors que presque tous les agents rencontrés déclarent pourtant entretenir une relation avec les patients.

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. En d'autres termes, les agents 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 tâches à accomplir.

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'a évoqué comme type de tâches à accomplir la relation avec le patient; ce dernier n'est pas absent des préoccupations, mais en tant que pathologie, cas difficile, résistance aux traitements..., travers davantage marqué dans les hôpitaux universitaires où les médecins sont fréquemment tendus vers des activités de recherche.

#### Une opposition culturelle à l'organisation du travail

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 expérimentée 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, mais 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-ils pas, dans un service de soins, aux mêmes critères d'ordre et d'organisation qu'ailleurs?

Selon Strauss (1992), 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. À l'instar de toutes les structures de travail, l'hôpital est un « monde social<sup>(11)</sup> », 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 réorganisation du travail dans les services de soins viendrait butter sur cet « ordre négocié<sup>(11)</sup> ». C'est la raison pour laquelle il est illusoire d'imaginer imposer une nouvelle organisation du travail dans les services de soins; comme l'a souligné Strauss (1992), les membres des services de soins sont enclins à faire évoluer au cas par cas les règles générales. L'imaginaire accolé au travail de chacun, l'investissement personnel mis dans l'activité professionnelle, la valorisation issue de l'autonomie de l'emploi du temps chez les médecins... tout concourt à tendre les énergies des différents types de personnels vers le maintien du *statu quo ante*, la préservation de l'organisation actuelle du travail; d'une façon ou d'une autre, tous les personnels ont découvert un intérêt à cette organisation défailante. 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 ».

L'un des paradoxes de l'organisation actuelle du travail dans les services de soins est qu'elle génère, au sein de son inefficience, les remèdes aux maux qu'elle provoque chez les agents; du fait de son relâchement, elle offre aux personnels le loisir d'y intercaler, à leur rythme et quasiment à leur convenance, des moments de récupération. Toute la difficulté vient de l'identification des déterminants de ces moments de repos: ressortissent-ils à l'épuisement provoqué par les défauts de l'organisation actuelle ou bien sont-ils le corollaire de la difficulté intrinsèque de travailler dans un service hospitalier? Quelles que soient les évolutions de l'organisation du travail dans les services de soins, travailler au contact de la douleur, du désespoir, de l'angoisse, parfois de la mort, continuera d'atteindre les personnels qui y sont confrontés en les renvoyant à leur propre histoire, à leur attitude face à la maladie et à la souffrance. L'organisation du travail dans les services de soins ne peut ignorer cette spécificité du travail hospitalier: tel moment de détente, de ralentissement de l'activité, tel bavardage apparemment inutile peut faire office de dérivatif à une situation vécue difficilement au préalable.

#### Réalité et représentation du travail à l'hôpital

L'une des difficultés majeures à surmonter est le grand décalage entre la réalité du travail constatée dans les services de soins et sa représentation par les personnels, les agents se font une image de leur travail qui ne correspond pas à sa réalité. Cet effet d'embellissement n'est pas propre à l'hôpital, mais il semble qu'il soit davantage marqué dans les services de soins où la séparation entre les métiers est très marquée et l'aspiration à capter une part du prestige des métiers hiérarchiquement plus élevés très puissante. Les agents ont tendance à « s'approprier » des tâches dévolues à d'autres métiers: les aides-soignantes vis-à-vis des infirmières, les infirmières avec les médecins, les médecins non universitaires avec les médecins universitaires...

Le principal obstacle auquel se heurte toute réorganisation/rationalisation est l'opposition régnant entre

**L'un des paradoxes de l'organisation actuelle du travail dans les services de soins est qu'elle génère les remèdes aux maux qu'elle provoque chez les agents.**

**note**

(11) Terminologie tirée de Strauss (1992).

la rationalité du métier et sa vision fantasmée : organiser le travail des personnels peut être pris pour une tentative d'ôter ce qui le valorise à leurs yeux. Assujettir l'emploi du temps des médecins à celui du service où ils travaillent restreindrait l'autonomie dont ils disposent, gage de pouvoir pour une profession en voie de banalisation ; sérier l'activité des infirmières ou des aides-soignantes à leur champ propre d'action viderait leur travail de toute identification au travail médical, facteur d'investissement professionnel et personnel.

Il en est également ainsi s'agissant du regard que portent les agents sur leur propre activité. À l'hôpital, on peut opposer deux modèles de valorisation du travail : 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 ces 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 ; pour les soignants, la captation de l'organisation médicale, ou plutôt de son organisation désordonnée, est 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 prise pour une tentative de banalisation et de délégitima-

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

C'est tout autant la représentation du travail qu'il faut faire évoluer que sa réalité ; en d'autres termes, il faut que les personnels trouvent une compensation subjective à la perte d'autonomie et de mythe que la rationalisation du travail ne pourra manquer de provoquer. C'est là tout l'enjeu d'une négociation, même s'il relève du non-dit. ●

## bibliographie

Agence nationale pour l'emploi (ANPE), *Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME)*, La Documentation française, Paris, édition 1999 actualisée.

Abauzit B., Biriotti A., Guémy M., Siegemund B., *Audit des expériences d'aménagement du temps de travail du personnel non médical*, Bossard Consultants, direction des hôpitaux, Paris, 1988.

Cézarid M., Hamon-Cholet S., « Travail et charge mentale », *Premières synthèses*, n° 27.1, 99.07.

Clauzel I., Sarraz J.-P., « Et si l'aménagement du temps de travail n'était pas qu'une question d'horaire? », *Gestions hospitalières*, n° 338, août-septembre 1994.

Dodier N., *L'Expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice de jugement*, éditions Métailié, Paris, 1993.

Estryn-Béhar M., *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*, éditions Lamarre, Paris, 1991.

Girard B., Lautier G., *Réussir les 35 heures. Guide de la mise en œuvre pratique et juridique*, Maxima, Paris, 1998.

Leroy C., « Le temps mort n'est pas que du temps perdu », *Liaisons sociales magazine*, mars 1999.

Schweyer F.-X., « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins? »,

in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), *Professions et institutions face à l'organisation du travail*, éditions de l'École nationale de la santé publique (ENSP), Rennes, 2000.

Strauss A.-L., « L'hôpital et son ordre négocié », *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris, 1992.

Tellenbach H., *La Mélancolie*, coll. Psychiatrie ouverte, Presses universitaires de France, Paris, 1979.

Tonneau D., Bohnoure S., Gallet A.-M., Pépin M., *L'Organisation du travail dans les services de soins, coll. Outils et méthodes*, éditions de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), Lyon, 1996.

Vaichère E., *Charge de travail du personnel de soins à l'hôpital. Analyse et conséquences sur la santé*, Mémoire présenté en vue d'obtenir le diplôme d'ergonome, Conservatoire national des arts et métiers, Paris, 24 octobre 1980.