

L'EMERGENCE DU RÔLE MANAGERIAL DES CADRES INFIRMIERS A L'HOPITAL

Didier MOTTAY

INTRODUCTION

La réforme actuelle de la protection sociale, comporte un important volet hospitalier. Elle vient à la suite de nombreuses réformes qui ont tenté, sans grand succès, de maîtriser les dépenses de santé. Jusqu'ici les réformes insistaient principalement sur une maîtrise budgétaire de ces dépenses. A la vue des résultats et à l'image de ce qui s'est passé dans d'autres pays, on voit s'imposer une tendance mettant l'accent sur une amélioration de la gestion des hôpitaux dans ses aspects fonctionnels (Roy, 1994 ; Masse, 1994). Ces dix dernières années on assiste à l'émergence d'un principe d'efficacité qui vient se superposer et non se substituer à une approche traditionnelle qui mettait l'accent essentiellement sur l'efficacité des soins, sans considération économique (Bartoli, 1997). Ce changement suppose une réorganisation de l'offre de soins qui se concrétise par la modernisation, le redéploiement ou bien encore la fermeture de certains services.

Au-delà du constat, pour que cette évolution réussisse, il faut se donner les moyens de la transformation, tant sur le plan structurel que dans l'accompagnement social. Cela suppose que soit identifiée la situation actuelle au sein de l'hôpital, le rôle de chacun des acteurs et les moyens pouvant être mis à leur disposition. Plusieurs populations semblent devoir jouer un rôle important dans la réussite de ces transformations au sein de la structure hospitalière. Traditionnellement l'accent est mis sur les directeurs d'hôpitaux et les médecins alors que la profession infirmière fait l'objet de moins de travaux. Pourtant, il s'agit d'un groupe professionnel dont le rôle s'affirme, principalement depuis les mouvements sociaux du début des années 90. De mieux en mieux formé, de nouvelles compétences lui sont reconnues, par exemple la notion de "diagnostic infirmier"¹. Nous nous sommes donc naturellement intéressé au personnel soignant dont le rôle s'affirme au sein des hôpitaux (Feroni, 1994).

Afin de mieux saisir la nature de ces évolutions, nous avons réalisé une première étude qui s'est intéressée aux infirmières confrontées aux changements. Les résultats de cette enquête mettent en évidence le rôle important que peuvent jouer les cadres infirmiers dans la réussite du processus de changement. Cela nous a amené à nous questionner à propos de l'encadrement intermédiaire "*chânon stratégique des services médicaux*" (Feroni, 1994, p.153). C'est la raison pour laquelle nous avons réalisé une deuxième série d'entretiens auprès de ces cadres² dans le but d'étudier l'émergence de leur rôle managérial. A cette occasion nous avons interviewé les cadres infirmiers de l'établissement afin de recueillir leur perception sur l'évolution de leur rôle managérial et la représentation qu'ont ces acteurs de leur rôle éventuel au sein du changement.

1. LA REFORME HOSPITALIERE ET SES CONSEQUENCES ORGANISATIONNELLES : ENQUETE EXPLORATOIRE AUPRES DES INFIRMIERES

L'établissement hospitalier faisant l'objet de cette étude était jusqu'à présent peu habitué aux changements organisationnels. En conséquence, la culture hospitalière concernant la conduite du changement s'était développée dans un contexte caractérisé par une expansion continue des services de soins et concurremment des effectifs. La notion de changement était présente dans cette culture, mais sous la forme d'améliorations techniques allant dans le sens d'une meilleure efficacité des soins. Certes, parfois les infirmières faisaient de manière impromptue quelques remplacements en dehors de leur secteur d'affectation mais cela était très ponctuel et de courte durée. En conséquence, chacun a été habitué à fonctionner dans son service souvent très spécialisé et cloisonné.

Afin de donner un aperçu du contexte général de la recherche, nous reprenons la conclusion d'une enquête interne menée auprès du personnel de cet établissement en 1992

¹ Notons par exemple la thèse de Roy "l'implication des médecins dans le contrôle des coûts hospitaliers" (Roy 1994).

² Décret n°93-345 du 15 mars 1993.

³ les cadres infirmiers sont encore couramment appelés "surveillants". (Montesinos, 1997).

: " Une image en noir et blanc de l'Hôpital, jugé à la fois performant dans ses prestations de soins et sa technologie, en qui on a confiance pour l'avenir et pour lequel on souhaite se mobiliser, et peu efficace dans sa politique de gestion, d'accueil, d'humanisation et de management. Un personnel soucieux cependant de le rendre plus efficace. Des valeurs fortes largement partagées, des critiques, pas de désespoir mais des attentes notamment dans le domaine de la gestion, de l'information, de la transparence et de la considération ". Cette enquête interne, résumant les sentiments du personnel de l'établissement envers l'institution, met en évidence des problèmes en ce qui concerne le management et plus particulièrement la gestion de l'information au sein de la structure. Bien qu'il faille tenir compte du contexte particulier de cette étude, il y a là un constat que l'on pourrait appliquer à la plupart des hôpitaux publics confrontés aux changements actuels.

Dans l'établissement étudié, une nouvelle politique est mise en œuvre dans le cadre d'un "projet d'établissement" qui est l'expression de la stratégie d'évolution de cette institution (Bartoli, 1997). Des transformations, vont modifier les techniques, les rôles, les métiers, les relations de travail et les habitudes. Parmi les changements introduits par la réforme hospitalière initiée en 1996, nous mettons l'accent dans ce travail sur les restructurations qui entraînent un redéploiement des personnels soignants au sein de la structure. Afin de saisir la réalité de ces changements au sein de l'hôpital, nous avons mené une enquête exploratoire auprès d'une population de soignants confrontée aux restructurations. En effet, bien que les licenciements soient exclus, la restructuration entraîne un redéploiement des acteurs qu'il faudra accompagner. Ce processus n'est pas sans conséquences sur le personnel. Ces conséquences ne portent pas sur l'emploi ni sur le salaire mais sur le rôle de chacun, les caractéristiques du travail, le contenu de celui-ci (Mottay, 1999). Les changements étudiés dans notre première étude, sont pro-actifs en ce sens qu'ils sont le résultat de démarches ayant pour but d'améliorer la performance des établissements hospitaliers (Bartoli et Anaut, 1996). Concrètement nous avons étudié trois types de changement.

Le premier type de changement, la rénovation d'un service, se concrétise par la réfection de locaux. Elle est le plus souvent accompagnée d'un projet de modification de l'hospitalisation pouvant entraîner une diminution du nombre de lits et, par voie de conséquence, une diminution de personnel dans le service concerné. Cette réfection des locaux implique un déplacement provisoire de ce service et du personnel vers une autre structure (opération tiroir) pour permettre la réalisation des travaux. Ce déplacement est généralement accompagné d'une promesse de retour de la part de la direction.

Le second type de changement est dénommé restructuration. Le centre hospitalier régional que nous avons étudié, possède plusieurs établissements éloignés de plusieurs kilomètres les uns des autres. C'est le cas des deux sites les plus importants qui représentent 80% des lits disponibles et qui possèdent souvent les mêmes services de soins en miroir. Dans ce cas, la restructuration consiste à regrouper sur un même site des unités dispersées dans plusieurs établissements de soins et traitant les mêmes pathologies. Le but poursuivi est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en regroupant les moyens. On assiste alors à des mouvements de personnel inter-services et inter-établissements. En effet, les personnes ont souvent le choix entre changer d'établissement et garder la même spécialité ou bien rester dans le même établissement et changer de spécialité.

Enfin, le dernier cas est représenté par la fermeture d'un service. Ce dernier cas fait encore partie des changements pro-actifs quand il s'effectue dans le cadre d'une décision d'optimisation des soins. Auparavant, il était plutôt lié au départ ou au décès d'un chef de service. Dans les trois cas précédents ces changements impliquent des redéploiements de personnel.

Notre population d'étude est constituée d'infirmières diplômées ayant été directement confrontés aux changements dans l'hôpital. Deux facteurs spécifiques de notre terrain d'enquête, sont susceptibles d'influencer les résultats. D'une part les hôpitaux publics sont le type même d'institution mixte et complexe (Kaes, 1987). Or, nous savons que la pluralité de l'institution complexifie les relations du personnel à celle-ci (Conseil, 1990). D'autre part, la population des infirmières présente un certain nombre de spécificité (Thévenet, 1992a, 1992b). Par exemple, l'implication organisationnelle des infirmières, telle qu'elle est mesurée par les instruments actuels, est faible. Thévenet attribue ces résultats principalement au fait que les infirmières sont des professionnelles, c'est-à-dire quelles possèdent une technicité et un savoir-faire qui les distinguent clairement des autres groupes présents au sein de l'hôpital. Il est vrai, qu'elles possèdent une hiérarchie qui leur est propre au sein de l'organisation : infirmière, cadre infirmier (surveillant), cadre infirmier supérieur (surveillant chef), infirmier général. Le fort

sentiment d'appartenance à un groupe, peut expliquer le fait que les infirmières entretiennent parfois des rapports distants avec l'organisation dans laquelle elles travaillent. Leur diplôme leur confère une reconnaissance sur le marché et leur qualification leur permet d'exercer leur profession en dehors de l'hôpital. De ce fait, elles ne sont pas liées de façon irrévocable à l'institution dans laquelle elles exercent. Si la notion de service comme groupe d'appartenance leur est familière, elles entretiennent des rapports plus lointains avec l'hôpital. D'une façon générale, le sentiment d'appartenance à un service public est supérieur au sentiment d'appartenance à un établissement de soins (Abraham, 1995).

1.1 Le déroulement de la première enquête

La première étape de ce travail s'intéresse à la perception des infirmières confrontées aux trois types de changement évoqués précédemment. C'est une étude exploratoire pour laquelle nous employons une démarche inductive. Les treize infirmières concernées par l'enquête ont été interrogées en juillet 1997 sur leurs lieux de travail selon la méthode des entretiens semi-directifs. Comme nous l'avons signalé plus haut, il s'agit d'infirmières ayant participé récemment à un changement de service. Nous avons recueilli des données concernant leur âge, leur situation familiale, leur ancienneté dans la profession et dans le service concerné de façon à contrôler les facteurs extérieurs à l'organisation susceptibles d'avoir des répercussions sur le travail (Lambert, 1991). Les infirmières interviewées ont une moyenne d'âge de 44,5 ans et elles sont dans l'Hôpital en moyenne depuis 21 ans. L'ensemble de ces caractéristiques est représentatif de la population totale des infirmières de l'établissement. Elles sont le résultat des recrutements massifs qui ont eu lieu lors de l'expansion de ce centre hospitalier universitaire dans les années 70.

Les thèmes inducteurs de la première enquête étaient introduits par deux questions volontairement très larges. Une première question portant sur la compréhension du changement : " Vous avez vécu une situation de changement organisationnel, quel sens donnez-vous à ces changements ? ". La seconde question s'intéressait plus particulièrement au ressenti des sujets concernant le changement : " Comment avez-vous vécu cela ? ". Les treize enregistrements ont pu être retenus et constituent un corpus dactylographié de soixante-cinq pages.

Les entretiens ont été réalisés directement sur le lieu de travail des cadres infirmiers. En conséquence, les conditions de l'entretien pouvaient varier d'un sujet à l'autre (aménagement physique de la situation, interruptions éventuelles). Bien qu'un entretien doive toujours être analysé en fonction du contexte dans lequel il se situe, il s'agit néanmoins d'une situation où apparaissent des interactions essentiellement verbales entre deux personnes en présence avec un objectif préalablement posé, au moins pour le chercheur. Compte tenu des conditions de réalisation des interviews, il n'était pas possible d'installer un appareillage complexe d'enregistrement (vidéo) permettant une analyse a posteriori du langage non verbal (attitudes, hésitations, mimiques...). De plus, ce type de dispositif est à son tour susceptible d'influer sur l'interaction s'opérant entre l'enquêteur et le sujet. L'auteur a donc décidé de ne retenir que le langage verbal dans la phase d'interprétation.

Ces entretiens ont été exploités à l'aide du logiciel d'analyse de données lexicales Alceste. Ce qui est important dans cette démarche, c'est la possibilité de recourir à un outil fidèle qui permette de conserver des critères et des procédures constantes. En conséquence, dans la phase initiale de traitement des données, les procédures sont relativement indépendantes de l'analyste ou du moment de l'analyse. Nous pensons que les logiciels d'analyse lexicale répondent à ces critères. Evidemment, ils ne peuvent se référer dans leur traitement qu'aux données verbales disponibles⁴. Marchand propose le terme d'Analyse du Discours Assistée par Ordinateur pour désigner les méthodes reposant sur l'utilisation de logiciels comme Alceste. Il s'agit donc bien d'une aide à l'interprétation qui reste influencée par l'analyste et ses hypothèses de recherche (Marchand, 1998). Les logiciels comme Alceste étant encore peu répandus dans la recherche en GRH nous allons brièvement décrire ses principes.

La méthodologie d'analyse des données textuelles Alceste, a été mise au point en interrelation avec un logiciel informatique du même nom (Reinert, 1983, 1990, 1993). Le logiciel Alceste est un outil d'aide à l'interprétation de données textuelles ayant pour objectif d'obtenir un classement des énoncés du corpus étudié en fonction des ressemblances ou dissemblances de leur vocabulaire, il s'agit d'une approche lexicométrique

⁴ Conformément à la déontologie, l'anonymat était garantie, ce qui est susceptible de minimiser le "non-dit".

(Jenny, 1997). L'intérêt de l'analyse est d'étudier au travers de la distribution du vocabulaire des types de représentation. Par ailleurs, le traitement emploie la méthode d'analyse thématique qui s'affranchit du contexte lors de la phase des traitements. Cette méthode s'oppose à celle de l'analyse par entretien puisqu'elle découpe transversalement ce qui d'un entretien à l'autre se réfère aux mêmes thèmes (Blanchet et Gotman, 1992). Plus précisément, elle entre dans le cadre général de l'analyse des données en linguistique et consiste principalement en l'étude des lois de distribution du vocabulaire d'un corpus (Benzécri, 1981). Le logiciel met en œuvre des mécanismes d'analyse indépendants du sens (Ghiglione et al., 1998). L'objectif est d'obtenir un premier classement statistique des phrases du corpus étudiées en fonction de la distribution des mots dans ces phrases, ceci afin d'en dégager les principaux mondes lexicaux. Cependant l'étude de telles distributions suppose que soit précisé le contexte ou l'environnement d'un mot. Dans l'approche proposée, l'unité de contexte est définie de manière particulière : le texte à étudier est découpé en segments de quelques lignes, avec si possible, le respect des coupures proposées par la ponctuation. Ces segments de texte constituent les unités de contexte élémentaires (u.c.e.) (Reinert, 1990). Ce traitement va nous permettre de mettre en évidence des lignes de force sur lesquelles nous nous appuierons lors de la phase interprétative.

1.2 Le personnel soignant face au changement

Le traitement des données selon la procédure décrite, dégage trois classes issues d'un processus préliminaire de classification (Classification Hiérarchique Descendante ou CHD). Elles mettent en évidence l'existence de trois cadres référentiels au sein de l'analyse que nous noterons 1, 2, 3. Nous commencerons l'analyse de ces classes par la description de leur contenu qui sera suivie de leur interprétation. Ensuite, une Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) nous permettra d'analyser plus avant le contenu de ces trois classes.

1.2.1 Le contenu du travail des infirmières.

Les trois classes issues de la CHD isolent trois mondes sémantiques différents, représentatifs du discours des infirmières interrogées. L'ensemble des sujets participe à la construction de cette typologie, toutefois certains d'entre eux influencent plus particulièrement une classe (classe n°1 = 5 sujets, classe n°2 = 4 sujets et classe n°3 = 4 sujets).

La première classe met surtout en évidence le travail des infirmières dans son aspect relationnel. Cet aspect relationnel des soins, peut s'observer vis-à-vis de l'équipe de collègues ou des patients. Ainsi, les verbes caractéristiques de cette classe sont : *accompagner, adapter, apporter, débrouiller, essayer, gérer, investir, programmer, sortir, tenir, soigner*. Et, c'est dans cette classe que l'on retrouve le plus de vocables ayant un rapport avec des personnes : *malade, collègue, équipe, famille, gens, hiérarchie, médecin, personne*. Classiquement, nous constatons que le groupe de travail tient une place prépondérante chez les infirmières, ce résultat a souvent été mis en évidence dans des études précédentes (Paillé, 1996). Par ailleurs, les infirmières décrivent leur travail et parlent de la relation qu'elles ont avec le malade en tant que personne soignée. Cette personnalisation sera absente dans les autres classes, le malade sera seulement évoqué sous forme de *lui*. Or, la relation avec les personnes représente une partie importante du travail des infirmières et le contenu sémantique de la classe 1 met en évidence cet aspect de leur travail. Les infirmières s'expriment sur l'aspect personnel et intime de leur travail et de ce fait, le mot outil le plus significatif est *je*.

Dans la **seconde classe**, l'idée de choix est prépondérante. Ce qui est tout à fait caractéristique, c'est la présence de verbes modaux comme *devoir, dire, savoir, vouloir*. Les vocables en rapport avec des personnes sont aussi spécifiques : *fille, professeur, enfant*. Ces termes sont des indicateurs d'un management très affectif souvent constaté dans les hôpitaux (Hart et Muchielli, 1994). On remarque, par ailleurs, le nombre important de mots comme *endocrinologie, hémodialyse, diabète*, qui ont tous un rapport avec les aspects techniques du métier d'infirmière. Dans cette classe le changement est perçu comme un processus dynamique, une transition, des vocables comme *choix, vœux, choisir*, sont des indicateurs de cette participation active. La transition est vécue comme un processus auquel il faut participer dans le cadre d'une négociation où interviennent des facteurs comme la situation familiale mais aussi l'ensemble des personnes ayant un rapport avec les aspects techniques de la pratique médicale. Le mot outil le plus significatif est *nous* et la relation à l'emploi est moins personnalisée que dans la classe précédente. Nous sommes ici en présence d'un mode de régulation habituel à l'hôpital fondé sur une stricte hiérarchie semblable à la structure familiale. Pour illustrer cette relation, notons que les infirmières sont désignées sous le vocable *fille* alors qu'elles

parlent de *professeurs* en ce qui concerne les médecins. La logique prépondérante est une logique médicale traditionnelle dans laquelle la négociation fait souvent la part belle à l'arrangement.

La troisième et dernière classe illustre le changement d'un point de vue passif. Le mot outil le plus utilisé est un pronom indéfini "on", qui peut désigner d'une manière vague une ou plusieurs personnes, y compris celle qui parle. Le rapport à l'emploi dans cette classe est désincarné et lointain. Les mots les plus représentatifs (ceux ayant le chi² le plus élevé) sont *fermer, cadre, lit, diminuer, restructurer, économie, officiel*. Par ailleurs, les vocables *but, diminuer, diminution, officiel*, sont exclusivement présents dans cette classe. Cette troisième classe représente ce que les infirmières appellent la logique "économique". Les verbes comme *fermer, restructurer, diminuer* sont des indicateurs d'une situation dans laquelle les infirmières subissent la situation de changement sans y jouer un rôle actif. Elles se sentent exclues du changement qui relève pour elles d'une logique étrangère et nouvelle, la logique "économique". Une unité de contexte illustre bien cette classe : " ... *on va peut-être s'y retrouver du moment que l'on fait pareil dans le privé, cela dépend de la surveillance qui est là-bas aussi. Dans le cadre de la réforme hospitalière, je crois que c'était nécessaire quand même. Mais maintenant les lits étant diminués, on est obligé de faire un choix de patients malgré tout, certaines fois.* ". On discerne dans cet exemple le doute en ce qui concerne l'utilité du changement, même si la nécessité d'un changement n'est pas remise en cause. Par ailleurs, on constate que fondamentalement dans l'esprit de cette infirmière il est difficile de concilier les impératifs économiques avec l'efficacité des soins. Notons un résultat important : le seul terme désignant explicitement une personne est le mot *cadre*. Celui-ci est d'une utilisation relativement récente dans le monde hospitalier (par exemple les cadres infirmiers sont encore couramment appelés "surveillant"). En conséquence, l'analyse du contenu de cette dernière classe met en évidence le rôle important que les cadres infirmiers sont amenés à jouer dans la réussite du processus de changement en cours. Ils constituent la seule référence des infirmières dans cette classe.

1.2.2 La mise en évidence du rôle des cadres infirmiers.

L'étape suivante doit nous permettre d'aller plus avant dans l'interprétation des résultats. Dans ce but, nous analyserons la projection de ces trois classes dans un espace à deux dimensions obtenu par l'intermédiaire d'une analyse factorielle des correspondances (AFC).

FIGURE 1:

REPRESENTATION DES TROIS CLASSES DANS LE PLAN FACTORIEL

20		venir.allée+ .angoiss+erinterress+er		
19		traditionn+e RESTRUC .fille+ .endocrinolog repartir.		
18		choixpartie+ aller.vacance+hemodialyse		
17		affecte+ etage+venue+		
16		choisi+pos+er Q2 partir.clair+endocrino		
15		heure+place+		
14		loca+l epoqe+suivre.		
13				
12				
11		problem<secteur+		
10		mois jour+travaux		
9		nuit+diabeto		fait
8		hematosemaine+		
7		rapid+proposer		
6		regroup+er		
5				
4				collegue+
3				
2		reunion+		passee
1		premier+		cote+impression+ truc+
0		+-rhumatologieposte+		-equipe+vrai+-

1				chose+petit+ gens
2		hospitali<		perdu+dur+
3		demand+er		arriv+eran+ adapt+er
4				vue+techn+16 Q1 famille+
5		fonctionn+er		essa+ychang+er vie+
6		nombre+		differ+ent
7		effectivemen		voir.
8				
9				dire+
10		mut+er		travail<lourd+
11		quitte+restructur+e		interessant+malade+
12		Q3 lit+promesse+		compte+sens
13		diminu+er ferm+ereconom+16		parl+er
14		ferme+ recuper+erdigest+ion		
15		raison+ mettre.cadre+		
16		besoin+		
17		meilleur+ import+antgastro		FERMETURE
18		fermeture+		faire.
19		prendre.		soin+
20		RENOVATION fois		

Nous retrouvons sur la projection les trois classes décrites précédemment. Sur la droite se trouve la classe 1 qui est isolée⁵. Sur la partie gauche du schéma nous trouvons les classes 2 et 3, respectivement en haut et en bas. Ces deux classes bien qu'opposées par rapport à l'axe horizontal sont du même côté de l'axe des abscisses ce qui est cohérent avec les résultats de la CHD. La disposition des classes, les unes par rapport aux autres, nous permet de nommer les axes.

L'axe horizontal représente le métier de l'infirmière dans ses deux composantes. Sur la droite du graphique, se trouve la composante relationnelle, comme nous l'avons noté lors de l'étude de la classe 1. Cette composante peut être rapprochée de la notion de "rôle propre" du soignant, qui est clairement identifiée dans les textes régissant la profession d'infirmière⁶. A l'opposé, sur la gauche, il existe une autre composante faisant référence au contenu technique du travail et à la situation de travail; ce que l'on peut désigner comme le "rôle prescrit" de l'infirmière. Le rôle prescrit, regroupe les activités de soins qu'elle exécute sous le contrôle du médecin mais aussi les activités qui lui sont imposées par l'organisation hospitalière (Dubois Fresney et Perrin, 1996). La richesse et la variété du vocabulaire présent sur l'axe "métier" reflète la difficulté de la tâche de l'infirmière. Les sentiments complexes vis-à-vis des soins (*dur, lourd, intéressant*) et la

⁵ C'est la classe la plus nombreuse et un certain nombre de mots caractéristiques n'apparaissent pas sur le graphique du fait du manque d'espace.

⁶ L'exercice de la profession d'infirmier est régi par le Décret n°93-345 du 15 mars 1993.

relation ambivalente qui unie le personnel infirmier à la personne soignée (*malade, lit*) peuvent être considérés comme des mécanismes permettant de composer avec le travail (Morgan, 1989). Dans la représentation issue de l'AFC, nous distinguons nettement sur l'axe "métier" ce qui se rapporte au "rôle propre". Il s'agit de la classe 1 où les infirmières parlent de leur travail, des collègues, des personnes soignées. Une phrase est particulièrement représentative de ce rapport à l'emploi : " ... moi je l'ai mal vécu parce que ça faisait deux ans, on était une équipe soudée, on faisait beaucoup d'accompagnement aux mourants, on avait fait énormément de travail à ce niveau là, mais je pense que mes collègues ça a été encore pire.". Cet exemple, confirme l'importance du lien unissant l'infirmière au patient. Ce dernier constitue un facteur de stress pouvant entraîner des réactions d'épuisement professionnel (Pronost & Tap, 1996).

En ce qui concerne l'axe vertical, il représente le changement au sens large. Le changement peut-être ressenti d'une façon positive (classe 2) ou négative (classe 3). Il est intéressant de noter la position des différents types de changement vécus par les infirmières interrogées (restructuration, fermeture définitive ou rénovation de service) par rapport à l'axe du changement. En effet, la restructuration est associée à ce que nous venons d'évoquer en terme de dynamisme alors que les changements de type fermeture et rénovation d'un service sont eux liés à la passivité. Il est vrai que dans le cadre des restructurations, les infirmières devaient effectuer un choix en fonction de leur projet professionnel et familial : changer de spécialité ou bien changer d'établissement.

En ce qui concerne l'attitude des infirmières vis-à-vis du changement, elle peut être positive ou négative. D'une part nous constatons qu'en haut du plan factoriel le changement est évoqué d'une façon positive et dynamique. Cette vision dans laquelle le changement est conçu comme une transition, est illustrée par le vocabulaire de la classe 2 évoqué plus haut. Les infirmières participent plus facilement à ce processus car il s'appuie sur les aspects techniques de leur emploi. Dans ce domaine, la communication est plus facile à établir entre les infirmières et l'organisation puisqu'il existe un langage commun entre la structure et les infirmières. D'autre part, nous trouvons à l'opposé de cette vision positive, le changement considéré d'une façon négative et passive. Ce résultat est déduit de la lecture du vocabulaire de la classe 3. Les infirmières voient dans ce changement une logique extérieure à la leur, exclusivement "économique" et dans lequel elles n'ont aucun rôle à jouer. Les cadres infirmiers seraient les seuls à pouvoir jouer un rôle de médiateur. En effet, ce sont les seuls intervenants représentés dans le vocabulaire de la classe 3 (cf. analyse précédente). C'est la raison pour laquelle nous pensons que les cadres infirmiers seraient particulièrement à même d'exercer un rôle managérial prépondérant dans la conduite du changement. Mais, la position des cadres infirmiers est elle-même ambiguë. Il leur est difficile de jouer le rôle de cadre intermédiaire entre l'administration et les infirmières car elles font partie d'un système hiérarchique infirmier qui était, jusqu'à présent, essentiellement orienté vers une logique d'efficacité des soins. Pourtant, les deux exemples suivant relatifs à la perception qu'ont les infirmières du changement, sont représentatifs des problèmes que les infirmières rencontrent au moment des restructurations.

En ce qui concerne la relation avec la hiérarchie :

" ... alors contre toute attente c'est l'UF2 qui a fermé avant nous, ce qui n'était pas prévu du tout au départ, la dessus il y a eu des promesses tout à fait officielles, comme quoi nous ne fermerions pas. "

En ce qui concerne la communication au sein de l'organisation :

" ...je sais très bien que l'on ne sera pas écouté, mais d'être informées honnêtement déjà. Pas apprendre les choses par les voisins c'est important. Quelques mois avant qu'on sache quoi que ce soit de la fermeture des lits de diabète, l'hémato voit les filles dans l'ascenseur et disent : alors on va venir s'installer à votre place, nous on tombait des nues. "

Ces exemples évoquent deux éléments importants en ce qui concerne la satisfaction vis-à-vis des conditions générales de travail et de l'environnement de travail des infirmières : la relation avec la hiérarchie et la communication (Thévenet, 1992a).

En conclusion de cette étude exploratoire sur les infirmières, il apparaît qu'elles adhèrent difficilement à ce qu'elles nomment la "logique économique" qu'elles perçoivent, le plus souvent, comme étrangère à la pratique des soins. En ce qui concerne la participation active des infirmières au processus de changement, il semble qu'elle puisse être favorisée par une meilleure information préalable des intéressées de la part de l'institution. Nous pensons que ces deux points pourraient être améliorés s'il existait une meilleure communication interne entre l'administration de l'hôpital et le personnel soignant. A travers l'analyse du discours des infirmières confrontées aux restructurations,

nous venons de voir que les cadres infirmiers pourraient jouer un rôle de relais plus important qu'ils ne le font actuellement⁷. Cela implique que ceux-ci puissent jouer pleinement leur rôle de cadre intermédiaire entre l'institution et le groupe des infirmières dont ils sont issus⁸. Les cadres infirmiers se trouvent en effet dans une position charnière au sein de l'organisation puisqu'ils interagissent avec plusieurs acteurs (médecins et administrateurs) situés à l'extérieur du sous-système auxquels ils appartiennent (le service infirmier). Il s'agit d'une situation inconfortable qui peut amener le cadre infirmier à être confronté à des demandes incompatibles ne facilitant pas la perception de leur rôle au sein de la structure hospitalière.

2. LE ROLE MANAGERIAL DES CADRES INFIRMIERS

La mise en évidence du rôle potentiel des cadres infirmiers dans la gestion du changement peut être rattachée, d'une façon générale, au problème du rôle managérial des cadres intermédiaires dans les organisations publiques dans un contexte de changement (Bartoli, 1995). De nos jours, dans la plupart des organisations publiques en mutation, le rôle de l'encadrement intermédiaire se révèle déterminant : ne sont-ils pas ceux qui vivent quotidiennement les défis de l'environnement et les besoins d'actes managériaux ? (Bartoli, 1997). Il en va de même à l'hôpital, le cadre infirmier est au centre de ces transformations, dans un service il est : *"le personnage central, celui dont rien ne dépend formellement mais dont le rôle d'intermédiaire est prépondérant pour la cohérence de l'action."* (De Chergé, 1992, p. 236). Sa situation de cadre intermédiaire entre les médecins, les soignants et les gestionnaires, le place au cœur des changements qu'il doit accompagner. Mais comment définir le cadre infirmier et plus exactement le cadre intermédiaire infirmier ? Quel est son rôle ? Comment celui-ci évolue-t-il dans le contexte des réformes hospitalières ?

Afin de répondre à ces questions nous nous appuyerons d'une part sur des travaux récents en sciences de gestion s'étant intéressés aux cadres infirmiers et d'autre part, sur une seconde enquête menée auprès de cadres de l'établissement concerné.

2.1 Du cadre infirmier au cadre intermédiaire

Dans le domaine de la GRH nous trouvons peu d'études récentes s'étant spécifiquement intéressées aux cadres infirmiers. Parmi celles-ci, il convient de distinguer l'enquête réalisée par Amar (1996) portant sur 38 surveillantes de deux hôpitaux généraux de 400 lits de court séjour, interrogées lors d'entretiens. Dans cette étude il apparaît que le développement de l'offre de soins avait déjà des conséquences sur le travail des soignants, en général et des cadres soignants, en particulier. Trois transformations majeures ont imprimé des modifications dans l'organisation des services : l'intensification des soins, l'introduction de nouvelles techniques et l'introduction de nouveaux moyens auxiliaires.

Dans son analyse prospective sur les métiers de soin à l'hôpital, Riondet constatait l'évolution de l'hôpital et émettait l'hypothèse d'une plus grande implication des cadres infirmiers dans la gestion du service : *"La gestion, y compris budgétaire, sera un tout dont les soignants plus que tout autre auront la capacité à en trouver la cohérence avec les soins ou le malade. La gestion et la gestion des soins nous conduiront à des emplois plus diversifiés que ceux des surveillantes aujourd'hui."* (Riondet, 1995, p.138). Afin de préciser la réalité de cette évolution nous avons mené une seconde enquête⁹ au sein du même centre hospitalier. A cette occasion nous avons demandé à des cadres infirmiers de décrire leur travail et l'évolution de leur rôle managérial. En dehors des activités directement liées aux soins, les cadres infirmiers remplissent un nouveau rôle d'animatrice et doivent intégrer tous les aspects de la prise en charge du malade. On assiste alors à la planification du travail avec l'introduction d'outils formels de programmation des soins. De plus, ces cadres doivent rendre compte à l'administration en assurant la collecte de données concernant le service et les transmettre à l'administration. On constate que la fonction d'encadrement évolue de la fonction de soins à la fonction d'organisation. Certains cadres constatent qu'ils ont progressivement abandonné toute activité de soins pour se consacrer exclusivement aux tâches d'organisation ; ils exercent en fait progressivement un autre métier, celui de cadre intermédiaire. Il apparaît que le cadre infirmier des services de soins, anime et guide une équipe autour d'un projet de soins pour

⁷ Id : *"il faudrait que les cadres ou les patrons donnent des informations claires."*

⁸ De Chergé, définit justement la surveillante comme "courroie de transmission intermédiaire" (De Chergé, 1992 p.236).

⁹ Cette seconde enquête, employant la méthode d'entretiens semi-directifs, s'est déroulée en 1998 au sein du même centre hospitalier universitaire.

satisfaire les besoins des malades. Traditionnellement, il assume de nombreuses tâches, mal définies, au sein de son service. A ce propos, un cadre infirmier a déclaré : *"Le cas est général, puisque dans le service où j'étais auparavant, j'avais 80 agents, toute seule cadre pour 80 agents et tout le reste. Donc la définition du travail du cadre là, c'est une charge de travail maximale, une superposition des tâches..."*. Alors que nous demandions à un cadre infirmier si sa fonction était suffisamment bien définie, elle nous a répondu : *"il y a une fiche de poste de faite. Moi, je me souviens avoir participé sur cette fiche de poste, mais après chacun y met, j'ai envie de dire, ce qu'il veut, ce qu'il peut aussi dessus, en fonction de ses priorités. C'est sûr qu'il y en aura une qui s'attachera plus à une gestion du personnel, une autre à autre chose en fonction de ses capacités à elle, en fonction des besoins du service aussi."*¹⁰. Nous pouvons dire en conclusion que les activités des cadres infirmiers restent souvent marqués par une certaine ambiguïté. Cette situation est liée à une difficulté de positionnement professionnel au sein de la structure hospitalière (Feroni, 1994).

Progressivement, la mobilisation et la motivation du personnel soignant devient une tâche essentielle du cadre. Dans sa démarche de gestion des activités de soins, le cadre infirmier soutient des changements importants en s'appuyant sur des pratiques de gestion au sein de l'équipe. Il est responsable de l'accueil et de l'insertion des nouveaux personnels soignants. Il s'assure de la continuité du service en gérant les effectifs disponibles en fonction des besoins. Cette fonction d'organisation des plannings, consomme une grande part de son temps et de son énergie¹¹. Mais, il a aussi un rôle de valorisation de la profession d'infirmière. Pour les infirmières du service, le cadre doit faire reconnaître l'ensemble du travail effectué dans le domaine du rôle propre infirmier. Il doit aussi valoriser la profession d'infirmière, en publiant des travaux sur les soins infirmiers dans les revues infirmières. De plus, le cadre représente l'ensemble des infirmières d'un service en face du médecin chef de service. Nous constatons que le cadre infirmier joue un rôle mal défini au sein de l'hôpital. Et pourtant, ce rôle est fondamental. Les cadres infirmiers sont, à la fois les représentants de leur propre corps vis-à-vis des autres hiérarchies (médicales, administratives), tout en étant un rouage fondamental de l'hôpital. Leur rôle est donc double, ce sont des "cadres infirmiers des services de soins" et des cadres intermédiaires. En tant que cadre infirmier, elles peuvent s'appuyer sur leurs compétences d'infirmières expertes (surveillantes). Parfois, et selon les services, c'est leur rôle essentiel. Un cadre infirmier nous signalait à ce sujet : *"Moi, j'ai été dans un service de psychiatrie où je n'avais pas réellement le rôle de cadre. J'étais une infirmière responsable, intégrée dans une équipe."*. Dans le rôle de cadre intermédiaire, leur compétence est moins affirmée (et moins légitime). Pourtant, ce dernier rôle tend à se renforcer du fait de la transition hospitalière¹². Les cadres doivent désormais gérer un budget (auparavant elles géraient des demandes) et accompagner les restructurations de services.

2.2 Le rôle des cadres intermédiaires dans le changement

Conscient de l'ensemble des problèmes que nous venons de décrire, les hôpitaux tentent d'introduire des méthodes modernes de GRH dont l'objet est une rationalisation dans l'utilisation de leurs ressources humaines, particulièrement en ce qui concerne le personnel soignant. Ils développent des responsabilités, donnent une plus grande autonomie aux unités de soins, introduisent de nouveaux systèmes d'évaluation, sensibilisent à la nécessité de techniques d'appréciation efficaces, réfléchissent à des systèmes de rémunération et de promotion différenciés. Ces changements ne se font pas sans heurts.

Parmi les obstacles s'opposant à la modernisation hospitalière nous distinguons trois raisons principales (Abraham, 1995). Premièrement, il faut bien constater l'absence d'une culture de la mesure des performances due à l'absence "historique" de pressions concurrentielles directement perceptibles. Par exemple, lors d'un entretien avec un cadre infirmier, nous lui avons demandé son avis concernant l'importance de la gestion dans son travail, voici sa réponse : *"Moi, franchement, c'est pas un truc qui me passionne. Je fais,*

¹⁰ Aucune de ses collègues présentes n'a éprouvé le besoin de compléter la réponse. Au cours de ma recherche, j'ai souvent entendu, spontanément, des références à des textes de Loi, jamais à une fiche de poste. Cette réponse suivait une question directe sur ce sujet.

¹¹ Au sujet de l'organisation des plannings : *"Quand vous croyiez que ça y est, et non, il y a un arrêt maladie ou quelqu'un qui n'aime pas faire la nuit, et on passe le temps à ça. Je crois que dans tous les gros services, c'est plus de 70% de l'activité."*

¹² Notons à ce sujet cette remarque émanant d'un cadre : *"...c'est à dire que au niveau des services, on a mis en place les centres de responsabilité. Les centres de responsabilité donc, nous demandent de gérer d'une façon beaucoup plus scrupuleuse notre gestion purement administrative."*

mais je ne cherche pas les chiffres, ça m'intéresse pas vraiment. Deuxièmement, il existe une forte culture de métier au sein des hôpitaux. Elle est historiquement fondée sur le dévouement et s'oriente vers la qualité des soins, la compétence et le travail d'équipe. Le discours des infirmières de notre première enquête en est l'illustration. Enfin, il faut noter que la culture managériale des dirigeants est encore à un stade embryonnaire car la pratique managériale est récente à l'hôpital (Tonneau, 1994 ; Cauvin, 1997). Avant l'instauration de la pratique du budget global de fonctionnement au milieu des années 80, la gestion était limitée aux demandes d'investissement et de fonctionnement émanant des services. Le courant actuel tendant vers la maîtrise des dépenses de santé ne peut que renforcer cette évolution vers la gestion qui concerne l'ensemble du personnel administratif, médical et soignant des établissements publics de soins. Cela nécessite une meilleure articulation entre les sphères administratives et médicales afin de dépasser l'important clivage entre gestion de la structure par les équipes administratives et gestion des soins par les médecins et le personnel soignant. De ce point de vue, les médecins et le personnel soignant ne sont pas en opposition. Nous relevons à ce sujet : *"Si tu utilises 4 paquets de bandelettes, le patron ne te dira rien. Tout à fait, tu peux bien en utiliser 10. Si tu lui dis, j'ai besoin de 10, jamais il ne te demandera des comptes. Non, mais il y a quand même... euh..., le système de dotations qui est un garde fou, quand même."*

Pour remédier à ces trois problèmes, l'hôpital ne peut faire l'économie de l'implication de ses décideurs, cadres-infirmiers, médecins et administratifs (Abraham, 1995). Cet engagement accru devrait être accompagné d'un effort de formation. Il s'agit d'initier un changement culturel. Ses chances de réussite seront accrues par l'introduction dans l'organisation hospitalière d'une classe de managers dotés d'une formation de gestionnaire, du sens de la communication, ainsi que d'un réel pouvoir de décision et d'action (avec bien entendu la double compétence gestion/soins). En ce qui concerne le personnel de soins, nous avons vu que les cadres infirmiers sont certainement concernés par cette évolution. Mais, cette prise de conscience dépend de leur expérience pratique, qui est fonction de l'activité de leur service. Si on interroge des cadres infirmiers sur l'importance de la gestion dans leur travail, des différences importantes apparaissent dans les réponses : *"Enfin moi, ça ne me prend pas la tête. Enfin bon, théoriquement, ça me suffit les réunions de Centre de Responsabilités trois fois par an. Ça me suffit pour cet aspect là. L'aspect gestion..."*. Une collègue lui répond : *"Parce que toi, tu n'as pas de matériel. Moi, je vois, j'ai énormément de matériel et c'est vrai que c'est important, c'est un gros budget. Donc je crois que c'est fonction de la spécialité, entre un service de médecine et un service de chirurgie, un service de réa et un service de consultations, tu n'as pas du tout la même approche"*. Nous constatons que le contenu du travail des cadres infirmiers dépend fortement de la structure et des activités de son service. Néanmoins, les moyens mis à la disposition des cadres tiennent rarement compte de ces aspects contingents.

De plus en plus d'organisations publiques insistent sur la nécessité d'impliquer tous les niveaux d'encadrement dans une même dynamique managériale pour affronter les défis et changements actuels. Plusieurs études ont abordé cette question (Abraham 1995 ; Bartoli, 1995). Ces études ont pour point commun de décrire des acteurs déstabilisés par un double référentiel : d'un côté celui de l'administration bureaucratique avec ces avantages et ses inconvénients ; de l'autre celui du management participatif avec ses caractéristiques de communication, concertation, autonomie et souplesse. Cette ambiguïté (que l'on peut assimiler à une perte de repères) risque d'être accrue dans les organisations publiques qui se contentent souvent d'impulser l'approche managériale auprès des cadres supérieurs. Dès lors, les niveaux intermédiaires d'encadrement ne vivent les transformations du fonctionnement que de façon déformée et partielle, ce qui les amènent à s'en méfier, tout en constatant ponctuellement certains bienfaits qu'ils ne relient pas obligatoirement à une approche générale¹³. Or, si l'institution ne parvient pas à mobiliser ces relais que constituent au sein de l'entreprise les cadres intermédiaires, comment parviendra-t-elle à assurer la cohérence de l'action en son sein ?

¹³ Un cadre infirmier nous indiquait à la suite d'une question concernant le soutien dont il pouvait faire l'objet de la part de l'institution : *"J'ai pu avoir une formation par rapport à une animation de cours que je fais à des patients. Je voulais faire un cours sur une méthode un petit peu particulière, j'ai demandé et j'ai pu faire la formation que je voulais. On arrive quand même toujours par trouver quelqu'un, c'est pas vraiment formalisé."*

CONCLUSION

La transition à laquelle nous assistons au sein des hôpitaux, entraîne des restructurations dont la logique n'est pas toujours comprise de la part des personnels soignants. Nous avons noté à l'occasion de la première étude, combien la partie du métier relevant de l'aspect relationnel joue un rôle important chez les infirmières. Or, lors de l'arrivée dans le nouveau service, les infirmières doivent remettre à jour leurs connaissances du fait de la spécialisation actuelle de la médecine. Ceci entraîne deux conséquences. D'une part, les infirmières ne peuvent pas pratiquer d'une façon autonome, alors qu'elles revendiquent fortement cette autonomie : *"Il n'est pas rare qu'au lieu de revendiquer une participation technique plus poussée à l'acte médical, l'infirmière en médecine générale préfère valoriser son rôle psychologique et trouver en celui-ci la justification de son autonomie professionnelle"* (Chauvenet, 1972, p.150). D'autre part, cela remet en cause leur qualification technique qui est à la base de leur statut de professionnel¹⁴. Il s'ensuit des difficultés d'insertion dans la nouvelle équipe médicale aussi bien vis-à-vis des collègues que des médecins¹⁵. Cela a aussi un impact sur la relation avec le malade, puisque ce manque d'autonomie dans la pratique, diminue d'autant leur rôle propre¹⁶. Il serait sûrement possible de diminuer cette phase d'adaptation par une action de formation adaptée.

En ce qui concerne la participation active des infirmières au processus de changement, il semble qu'elle puisse être favorisée par une meilleure information préalable des intéressées de la part de l'institution. Selon nous, les cadres infirmiers pourraient jouer un rôle de relais plus important qu'ils ne le font actuellement¹⁷. Cela implique que ceux-ci puissent jouer pleinement leur rôle de cadre intermédiaire entre l'institution et le groupe des infirmières dont ils sont issus.

Dans ce contexte, nous pensons que les cadres infirmiers ont un rôle prépondérant à jouer en ce qui concerne l'accompagnement et la réussite de ces changements. Il semble que ce soit les seuls qui soient à même de faciliter la transition qui s'opère actuellement dans les établissements de soins. Ils possèdent une légitimité vis-à-vis du personnel soignant et de ce fait ils peuvent accompagner les changements et faciliter l'adaptation des comportements au cours de la transition. Mais, pour cela, il faut que le contenu de leur métier évolue, ils doivent définitivement abandonner le rôle traditionnel de surveillant pour celui de cadre intermédiaire au sein de la structure. Il s'agit ici d'un enrichissement de leur travail qui doit s'accompagner d'une modification de contenu de leur travail.

Nous pouvons discerner plusieurs points permettant d'agir dans ce sens. Par exemple, leur fonction devrait être plus valorisée au sein de l'hôpital (abandon définitif du titre de surveillant et de la pratique des "faisant fonction"). Cela passe selon nous par une meilleure définition de leurs tâches, qui sont multiples et souvent imprécises. Il paraît nécessaire de permettre à ces cadres infirmiers d'acquérir une double compétence en matière de soins et de gestion. Si leur compétence et partant de là leur légitimité en matière de soins ne peuvent être mises en doute du fait de leur origine professionnelle, il n'en va pas de même en ce qui concerne la gestion. Cela implique donc la mise en place de formations de gestion destinées aux cadres infirmiers et sanctionnées par des diplômes reconnus au sein de l'institution. Par ailleurs, il est nécessaire de leur apporter de l'aide afin de leur permettre d'assurer ce rôle de gestion dans leur service de façon satisfaisante. Parfois, les cadres infirmiers n'ont pas le sentiment que l'institution cherche réellement à les impliquer dans la gestion de leur service. Voici la réponse d'un cadre infirmier, alors que nous lui demandions si elle avait les moyens d'évaluer la qualité de sa gestion : *"Ce n'est pas intégré dans notre emploi du temps, il faut faire une demande particulière, parce qu'on a besoin de voir sur tels thèmes, sur telles catégories de matériel ou autres. Ce n'est pas dans les pratiques que le cadre il ait Holos¹⁸. C'est pas dans les pratiques que tous les comptes rendus de séance soient rendus au cadre. Enfin, je veux dire que si on veut, si on n'est pas quelqu'un qui veut aller de l'avant... on peut rester dans son service de soins sans jamais savoir ce qu'on a acheté ni dépensé quoi."*

¹⁴ Quelques exemples : "Repartir à zéro"... "redevenir stagiaire"... "il a fallu chercher dans les livres".

¹⁵ Id. : "Difficile de se réintégrer dans une autre équipe, il faut refaire ses preuves, les médecins ne nous connaissent pas."

¹⁶ Id. : "Je me sentais incompétente pour éduquer les patients qui me demandaient des précisions sur les examens, j'étais incapable de les informer."

¹⁷ Id. : "il faudrait que les cadres ou les patrons donnent des informations claires."

¹⁸ Il s'agit un outil de reporting informatique.

La réussite du processus de changement engagé dans cet établissement, nécessite une modification de la conception et des pratiques de gestion des ressources humaines. L'hôpital concerné par cette étude, conscient de l'importance du rôle que doivent jouer les cadres infirmiers dans la réussite de la transition, a d'ores et déjà initié certaines de ces modifications dans le contenu de leur emploi. Par exemple, on assiste à la mise en place d'outil de gestion leur permettant de gérer un budget de fonctionnement de façon autonome. Le rôle de l'encadrement intermédiaire se révèle déterminant puisqu'il s'agit de faire en sorte que les établissements continuent à mobiliser les ressources humaines en vue de réaliser les meilleures conditions de travail et de soins possibles.

REFERENCES

- Abraham J. (1995). "Les obstacles à la modernisation de la GRH hospitalière." *Actes du 6^{ème} congrès de l'AGRH, Poitiers*, 291-299.
- Amar L. (1996). La modernisation de deux hôpitaux généraux vécue par ses cadres soignants. In A.P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand (Eds.) *L'hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins*. Paris, Editions John Libbey Eurotext, 214-233.
- Bartoli A. (1995). "Quel rôle managérial pour l'encadrement dans les organisations publiques? Le cas d'une DDE." *Actes du 6^{ème} congrès de l'AGRH, Poitiers*, 268-283.
- Bartoli A. (1997). *Le management dans les organisations publiques*. Dunod.
- Bartoli A. et Anaut, M. (1996). "Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteurs de pérennité ou de fragilité ?" in *L'Hôpital stratège dynamique de l'offre de soins* A.P. Contandriopoulos, Souteyrand Y. John Libbey Eurotext.
- Benzécri J.P. (1981). *Pratique de l'analyse des données : linguistique et lexicologie*. Paris, Dunod.
- Blanchet A. et Gotman A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris, Ed. Nathan.
- Cauvin C. (1997). Etablissements de santé : spécificité de la gestion et particularité du management. In *Encyclopédie de Gestion* T.1 2^{ème} édition, 1179-1205.
- Chauvenet A. (1972). "Profession hospitalières et division du travail". *Sociologie du Travail*, n°2, p.150.
- Conseil I. (1990). *La personnalité de l'infirmière*. Ed. Lamarre-Pointat.
- De Chergé H. (1992). Servir et gérer dans le domaine socio-sanitaire : comment les professionnels de la prise en charge apprennent-ils à rendre des comptes ? *Thèse de Gestion*, CRG Ecole Polytechnique.
- Dubois Fresney C. et Perrin G. (1996). *Le métier d'infirmière en France*. PUF Que-sais-je ? Paris, 41-52.
- Feroni, I. (1994). Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel. Thèse de Sociologie. Université de Sophia Antipolis.
- Glighione, R., Landre, A., Bromberg, M., Molette, P. (1998). *L'analyse automatique des contenus*. Paris Dunod
- Hart J. et Mucchielli A. (1994). "Les racines de la culture affective des établissements de santé". *Gestions Hospitalières*, n°332, janvier.
- Jenny, J. (1997). "Méthodes et pratiques formalisées d'analyse de contenu et de discours dans le recherche sociologiques française contemporaine. Etat des lieux et essai de classification." *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, n°54.
- Kaes R. (1987). *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*. In L'institution et les institutions: Etudes psychanalytiques. Coll. "inconscient et culture". Dunod, 1-46.
- Lambert S. (1991). "The combined effects of job and family characteristics on job satisfaction, job involvement, and intrinsic motivation of men and women workers." *Journal of Organizational Behavior*, vol. 12, 344-363.
- Marchand, P. (1998). *L'Analyse du Discours Assistée par Ordinateur*. Armand Colin.
- Masse M.C. (1994). Le Contrôle de Gestion dans une Bureaucratie Professionnelle : Contribution à la Modélisation du cas de l'Hôpital Public. *Thèse*, Université de Lille.
- Montesinos, A. (1997). *Surveillante une fonction à reconsidérer*. *Encyclopédie des soins infirmiers*. Arnette. 4^{ème} édition.
- Mottay, D. (1999). Analyse longitudinale des caractéristiques du travail. Les cadres infirmiers dans un contexte de transition hospitalière. *Thèse en Sciences de Gestion*, Université de Toulouse I.
- Morgan G. (1989). *Images de l'organisation*. Les presses universitaires de Laval. Ed. Eska.
- Pronost, A.M., Tap, P. (1996). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping. *Psychologie française*, vol.41, n°2, 165-172.
- Pailhé P. (1996). Implication, comportement de retrait et satisfaction des acteurs. Le cas d'un centre hospitalier d'une ville de province. *Congrès AGRH, Paris 1996*, 360-367.
- Reinert M. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique application à l'analyse lexicale par contexte. *Les Cahiers de l'Analyse de Données*, VIII, 2, 187-198.
- Reinert M. (1990). ALCESTE une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application : "Aurelia" de G. de Nerval. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 26, 24-54.
- Reinert M. (1993). Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et société*, 5-19.
- Riondet, I. (1995). Prospective sur les métiers de soin à l'hôpital. In *ISEOR Management innovant de l'hôpital et des organisations sociales*. Economica.
- Roy C. (1994). L'implication des médecins dans le contrôle des coûts hospitaliers. *Thèse*, Université de Montpellier II.
- Thévenet M. (1992b). *Impliquer les personnes dans l'entreprise*. Ed. Liaisons.

- Thévenet M. (1992a) . " Les professionnels peuvent-ils s'impliquer ? " *Annales du management T2*, Nancy 1992, 487-496.
- Tonneau, D. (1994). Les outils de gestion et l'hôpital. Bilan d'une greffe sur un service public à soigner. *Doctorat ingénierie et gestion*, Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris.

