Communication et organisation

Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle

24 | 2004

Coexister dans les mondes organisationnels

Modes de communication des cadres de sante. Exigences de la relation et proximité des équipes

Paule Bourret

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/2904>

DOI : 10.4000/communicationorganisation.2904

ISSN : 1775-3546

Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2004

ISSN : 1168-5549

Référence électronique

Paule Bourret, « Modes de communication des cadres de sante. Exigences de la relation et proximité des équipes », *Communication et organisation* [En ligne], 24 | 2004, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 16 février 2023. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2904> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2904>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.

Tous droits réservés

Modes de communication des cadres de sante. Exigences de la relation et proximité des équipes

Paule Bourret

- 1 L'activité des cadres de santé des hôpitaux comporte une part importante consacrée à la communication. Les établissements de santé évoluent vers une normalisation du travail de soin : modernisation de l'architecture hospitalière et rationalisation des espaces, mise en œuvre de démarches qualité avec procédures d'accréditation des établissements (Setbon, 2000 : Robelet, 2001). Une organisation de type industriel a progressivement remplacé l'organisation artisanale des soins (Schweyer, 2000). Des modes de management en vigueur dans les entreprises du secteur industriel se généralisent dans les hôpitaux. Dans ce contexte les cadres, exerçant dans les lieux mêmes de la production des soins, sont particulièrement sollicités pour introduire les changements et conduire de nouveaux projets. En ce sens les cadres appartenant à cette hiérarchie dite « de proximité » partagent les conditions d'exercice des hiérarchies de premier niveau. Ils sont aujourd'hui confrontés, d'une part à de nouvelles formes rationalisées d'organisation, d'autre part au face à face avec des équipes de production et avec « des clients » utilisateurs de ces produits ou services.
- 2 À partir d'une approche ethnographique du travail des cadres de santé dans un centre hospitalier universitaire nous examinons les modes de communication déployés par cette hiérarchie en particulier vis-à-vis des subordonnés. Nous étudions les formes de communication, leur ancrage dans l'espace de travail, leur matérialité. Quel est le contexte des échanges ? Quels sont les formats de la communication ? A quelles situations de communication le cadre est-il confronté ? En conclusion nous présentons quelques conséquences sur son mode de présence et de disponibilité aux autres, sur ses façons de dire, ses façons de faire pour communiquer et pour dire.
- 3 L'analyse de cette communication située mérite d'être explorée, pour comprendre les composantes de ces conduites de communication¹ Il s'agit de repérer les exigences de ce travail de cadre, l'utilisation et l'engagement de soi requis pour exercer cette activité,

t'est à cette condition, en ouvrant la perspective, que l'on peut espérer dépasser une conception normative et volontariste de la coexistence de mondes sociaux à l'hôpital.

Une approche ethnographique du travail des cadres

- 4 Notre approche vise à décrire le travail de communication des cadres tel qu'il se déroule en situation au quotidien. Sans jamais avoir exercé ce métier nous ne sommes pas complètement étrangère à ce monde du soin, nous travaillons actuellement en tant que formatrice dans un institut de formation des cadres de santé. Nous avons recueilli du matériau empirique à l'occasion de différents travaux d'analyse des pratiques auprès de futurs cadres en formation. De plus, pendant huit mois, nous avons passé plusieurs journées auprès de deux cadres de santé. Nous les avons suivis dans toutes leurs activités depuis leur arrivée dans le service jusqu'à leur départ avec prise de note. Certaines observations ont été faites de façon systématique. C'est le cas pour les chroniques d'activité : le comptage des personnes rencontrées et des temps de travail ou bien pour les cartes de déambulation permettant de mettre en évidence l'usage de l'espace. Ces relevés supposent une attention centrée et vigilante. À d'autres moments nous avons privilégié une forme d'attention flottante (Pinçon. Charlot. 1998) avec « *une suspension aussi complète que possible de tout ce qui focalise habituellement l'attention : inclinations personnelles, préjugés, présupposés théoriques même les mieux fondés* ». Ce va et vient, entre une observation précise ou au contraire distancée, a surtout été pratiqué au début de l'enquête pour nous permettre une ouverture et une découverte du terrain avec des idées « *mollement formulées* » (Winkin. 1996). Au fur et à mesure nous avons organisé ces données et tenu un journal. Ce travail nous a conduite vers de nouvelles questions plus précises et vers la recherche d'informations plus ciblées. Progressivement nous avons été repérée par les équipes de soins sur le terrain et les cadres se sont habitués à notre présence. Nous leur avons alors proposé de porter un micro cravate. Nous avons enregistré les interactions directes ou téléphoniques entre les cadres et leurs différents interlocuteurs ainsi que les commentaires spontanés au cours de l'activité et lors des réponses à nos sollicitations.
- 5 À travers ce dispositif nous avons tenté d'aborder le monde vécu des cadres de santé. Nous avons évité de nous rabattre sur les discours. Nous référant à une perspective de l'action située (Lacoste, Grosjean 2000 : Quéré. 1997) nous considérons que c'est sur le moment même que la perception d'indices dans l'environnement fait surgir « *des routines dont le propre est de faciliter l'exécution de l'action sans passer par des représentations* ». L'acteur n'est pas à même de les repérer et de les décrire tant elles sont incorporées et se réalisent à son insu. Le caractère indéterminé d'une situation conduit les acteurs à une régulation in situ. La relation présente un caractère déséquilibré avec des dissymétries qui ne sont, peut être, pas celles que l'on imaginait a priori. Nos matériaux ne proviennent pas seulement d'observations. Nous prenons aussi en compte des entretiens et des commentaires sur le travail. (Kaufmann. 1996) affirme, et nous adoptons ce point de vue. que l'entretien ne sert pas uniquement à repérer des représentations mais qu'il peut aussi être un instrument performant pour étudier les pratiques. Pour éviter les déformations il convient, précise-t-il, de ne pas s'en tenir à des descriptions générales ou encore de ne pas l'utiliser par rapport à certaines pratiques faisant l'objet d'une exploitation idéologique. Les commentaires faits sur le lieu de travail permettent d'obtenir des renseignements qui ne s'expriment qu'en situation de travail parce que ce discours est inintelligible en dehors

du contexte. En même temps (Jobert. 1998). au cours de ces périodes d'observation il se crée avec le chercheur, une forme de proximité et de complicité à vivre les mêmes situations, à partager des moments de fatigue ou de découragement face à des actions qui échouent. Cela permet au cadre de se donner à voir sans trop avoir à préserver la face.

- 6 L'activité des cadres est donc analysée ici en référence à la sociologie du travail et une approche interactionniste (Goffman. 1974). Ce cadre d'analyse permet de rendre compte des contraintes qui pèsent sur les cadres en situation, des ajustements nécessaires face à un individu ou à un groupe, des influences réciproques et d'une prise en charge interactionnelle plus large (différences dans les niveaux d'information et d'engagement).

La distance entre le modèle affiché et les situations à vivre

- 7 Les descriptions du métier de cadre à travers les fiches d'emploi type² présentent leurs activités selon quatre axes : technicité, information, relation communication et contribution économique (utilisation optimale des ressources). La technicité concerne l'organisation et la gestion des soins, du personnel et des stagiaires placés sous leur responsabilité. Les activités d'information et de relation ont trait à la circulation de l'information entre la direction et les personnels ainsi qu'aux relations de travail au sein de l'équipe. Ces descriptifs ou encore certaines formations en management et à la communication pourraient donner à penser que leur rôle en matière de communication est connu et codifié. Pour peu qu'il applique un certain nombre de méthodologies instrumentées, censées avoir fait leur preuve il devrait obtenir les performances requises dans l'exercice de sa fonction. L'hôpital, de ce point de vue, est le réceptacle d'un certain nombre de méthodes produites dans d'autres contextes culturels et dont l'emploi semble être la garantie de la réussite. Ces approches de la communication proposées comme modèle se réfèrent de façon très approximative à des recherches scientifiques (Le Goff. 2000).
- 8 L'observation du travail des cadres ruine la vision idéalisée (Le Goff. 2003) d'une communication sans failles et dans la transparence présentée aux cadres lors de ces formations. La mise en œuvre par le cadre, de techniques déclinées dans la littérature managériale ou dans les différentes chartes et outils d'évaluation, devrait permettre d'aplanir les difficultés rencontrées dans la circulation d'information et la conduite de projets de changement. Or ces recommandations évacuent la part d'interférence des sujets dans les situations de travail, tout en prétendant à la maîtrise des problèmes dans un contexte de rationalisation de l'activité. Elles contribuent à masquer la diversité, la complexité et l'incertitude des situations de travail des cadres de proximité.
- 9 De quoi sont faites les communications de travail des cadres de santé ? Si pour la plupart des soignants, médecins, infirmiers, les situations sans parole sont rares il n'en reste pas moins que l'activité de ces professionnels comprend des prestations qui sont autres que langagières, des soins, des gestes techniques avec parfois l'utilisation de matériel sophistiqué. En ce qui concerne le cadre de santé sa mission consiste à superviser et coordonner le travail des soignants sans toutefois réaliser des soins. Il est chargé de la gestion d'une unité et de l'encadrement des équipes de soins. L'activité du cadre est essentiellement de nature relationnelle. Elle comporte une assez forte indétermination que ne peut combler l'utilisation d'outils. Elle reste pour chacun à inventer et à construire

comme le précise ce jeune cadre : « *La seule chose que tu sais que tu dois faire en prenant ton poste c'est aller chercher les stupéfiants à la pharmacie, pour le reste il faut faire la place* ».

- 10 Le travail du cadre est inscrit dans un territoire proximal, tout en étant aujourd'hui, de plus en plus fortement orienté vers de préoccupations extérieures au service. Elles sont liées, d'une part à la dépendance accrue des unités locales envers la structure globale : d'autre part à la normalisation du travail des soignants (guides de bonnes pratiques, évaluation de l'efficacité et de la sécurité des soins...). L'exigence d'humanisation des hôpitaux et l'introduction de nouvelles techniques médicales ont nécessité la rénovation du parc hospitalier. Les nouveaux appareils médicaux d'investigation ou de traitement, les équipements lourds exigeaient de nouvelles surfaces. Du fait de leur coût, seule une utilisation partagée entre plusieurs services hospitaliers, voire plusieurs hôpitaux, permettait l'investissement nécessaire. La modernisation de l'architecture hospitalière s'est donc effectuée en privilégiant une rationalisation des espaces. La rationalisation a aussi porté-sur les services de logistique traditionnelle : lingerie, cuisine. Ils ont été modernisés selon un chaînage des activités et une organisation des process de travail similaires à ceux de l'industrie. Les processus de type industriel ont aussi été implantés dans les secteurs médico-techniques. Les laboratoires médicaux rattachés à des secteurs ou à de petits établissements disparaissent au profit de grands laboratoires dotés de matériel informatique et de robots. L'acheminement des différents produits (médicaments, linge, analyses biologiques) a été conçu selon des normes de standardisation et de-systématisation dans un contexte d'augmentation et d'accélération des flux de produits. La rationalisation de l'architecture et l'industrialisation des processus imposent des contraintes nouvelles à l'organisation du travail de soins. Ces nouvelles organisations rationalisées, avec leurs plates formes médico techniques et logistiques communes à plusieurs établissements, créent des situations d'interdépendance accrue entre tous les acteurs hospitaliers. La modification de l'espace de travail mais aussi l'imposition de-normes qualité pour l'action contribuent à la reconfiguration du travail des cadres et des équipes soignantes.
- 11 Pour les professionnels de santé la qualité constituait l'essence du métier. L'idée qu'elle puisse être mise en doute et contrôlée par des personnes étrangères au service a pu produire une forme « de désenchantement » pour certains. Elle a mis à mal (Setbon. 2000) « le postulat d'une compétence professionnelle statutaire ». Elle officialise, ainsi, la possibilité de multiples erreurs dans la chaîne des soins. Cette prétention de contrôle externe heurte la conception des soins basée sur le colloque singulier soignant, soigné et la rencontre dans ce qu'elle a d'imprévisible. Ces nouvelles organisations modifient les aspects techniques du travail mais aussi le système des relations dans les équipes. Elles rendent caduques les anciens équilibres. Au niveau des valeurs elles introduisent une rupture et entraînent des remaniements identitaires chez les soignants. Si les personnels infirmiers et aides soignants sont d'accord sur la recherche d'amélioration de la qualité des soins et l'optimisation des dépenses de santé, mais qui oserait s'y opposer, cela ne signifie en rien une vision homogène du travail. Ils emploient les mêmes termes mais bien souvent ils ne parlent pas de la même chose. En mettant en avant la notion d'équipe on finit par oublier que les agents n'ont pas tous la même perception des situations ni le même niveau d'engagement et d'implication.
- 12 D'autres caractéristiques pèsent sur l'activité de communication des cadres. Nous en retenons trois : le contexte des échanges, la diversité des régimes de parole, les relations construites dans le mouvement.

Le contexte des échanges, communiquer sur le territoire des autres

- 13 Dans une institution, le bureau est généralement le lieu où s'exprime la fonction. Or les cadres savent que l'activité réalisée dans ce lieu (renseignement des systèmes d'information pour la gestion des personnels, du matériel...) n'est valorisée ni par leurs supérieurs hiérarchiques, ni par leurs subordonnés. (Vega. 2000) Les cadres « sont jugés trop présents dans les bureaux, même s'il s'agit de libérer les infirmières d'une partie des paperasseries ». Pour les soignants confrontés quotidiennement à la souffrance, à la mort les préoccupations de rationalisation portées voire attribuées aux cadres de proximité, apparaissent secondaires en regard des enjeux auxquels ils l'ont face. L'activité de gestion est perçue au mieux comme dérisoire au pire comme une entrave par rapport à l'activité de soins estimée unanimement noble et essentielle.
- 14 Pour ces cadres de proximité le bureau perd donc sa qualité de légitimation de la fonction. C'est sur le territoire du service auprès des personnels prenant en charge les malades que le cadre va déployer ses activités. Cet espace rend improbable la survenue de conditions optimum d'échange. Il est très éclaté avec des zones réservées aux personnels, d'autres aux malades. Objet d'une répartition entre profanes et professionnels les lieux sont aussi l'emblème d'une différenciation sociale très importante entre les groupes professionnels. L'unité de soins censée être le lieu de travail d'une équipe, s'avère un lieu marqué par la séparation physique des personnes et des groupes. Les espaces sont fortement connotés comme étant les espaces des uns ou des autres. Ces cloisonnements témoignent des relations de pouvoir et des coupures radicales entre les différentes catégories de soignants. Chaque groupe est plus ou moins légitime dans certains lieux. L'office, salle où les aides-soignants préparent les repas et où le personnel effectue ses pauses, lieu de « la bouffe » est plutôt l'espace des « gens d'en bas ». La salle de soins, espace où les infirmières planifient et préparent les soins, où elles actualisent les dossiers des malades, rapproche de la sphère médicale. D'ailleurs les médecins y séjournent pour lire les dossiers et rédiger leurs prescriptions. Cette salle de soins est le lieu « des gens d'en haut ». Les groupes se sont répartis l'espace et le temps autour du malade (Arborio. 2001). La présence simultanée dans une salle de médecins et des catégories sociales situées au bas de la hiérarchie (aides-soignants) est exceptionnelle. La fréquentation du même service ne signifie pas forcément la rencontre. En cas de co-présence dans un même lieu les personnes peuvent agir comme si elles ne se voyaient pas, chacune restant centrée sur sa tâche. L'appartenance à un groupe professionnel se traduit par le contrôle permanent ou temporaire d'un espace. Le cadre doit donc opérer des incursions dans les territoires des différents groupes professionnels. Il peut être amené à faire irruption dans certains lieux s'immisçant ainsi dans une activité engagée par les soignants. Sa présence peut être vécue comme intrusive et dans le même temps elle est attendue.

La diversité des régimes de parole, l'absence de situations formelles de communication

- 15 Parmi les situations formelles de communication l'entretien est, bien sûr, pratiqué par les cadres en particulier l'entretien annuel d'évaluation mis en place depuis seulement

quelques années. En dehors de ces moments les communications très formalisées, type entretien ou réunions avec des tours de parole bien réglés, ne constituent qu'une part marginale. L'essentiel de la communication se caractérise par une absence de face à face classique au profit de formats de communication d'une grande diversité. Les échanges peuvent souvent se révéler incompréhensibles pour un observateur qui ne connaît pas les éléments du contexte comme le montre cet entretien qui dure quelques secondes entre un cadre et une infirmière.

- 16 Le chantier de rénovation d'une partie des chambres du service se termine. Nous sommes vendredi X heures. L'ouverture est prévue lundi matin : des hospitalisations d'enfants sont programmées à 9 heures. Ce jour des ouvriers sont encore sur les lieux. Le cadre a reprogrammé la livraison d'une armoire à pharmacie qui n'a pas été livrée comme prévu en début de semaine. Il a affecté spécialement 2 infirmières au rangement du matériel et des médicaments en vue de l'ouverture.
- 17 Le cadre est dans son bureau depuis quelques minutes, il est 11 heures : Une infirmière attend à la porte et entre dans le bureau du cadre alors que le mari d'une malade quitte la pièce. Il venait se renseigner car les lunettes de sa femme ont été égarées lors de son changement de service.
- 18 *Infirmière : Madame S... il paraît que vous avez des animaux à coller sur les portes ?*
- 19 *Cadre : Les ouvriers ont fini ?*
- 20 *I : Ils sont partis, ils ont dit qu'ils revenaient lundi.*
- 21 *C. : Pour quoi faire ?*
- 22 *I. : Pour mettre les clous pour accrocher les cadres.*
- 23 *C. : Vous avez trouvé l'emplacement ?*
- 24 *I. : Non, non mais l'ouvrier pouvait pas le faire aujourd'hui, il revient lundi.*
- 25 *C. : (Se lève, ouvre le placard de son bureau fermé à clef). Je les ai ces trucs. J'espère que cela ne va pas disparaître. Quand vous sortez : des locaux, il faut tout fermer à clef. Elle est arrivée l'armoire ?*
- 26 *I. : non.*
- 27 *C. : (sur un ton contrarié). C'est pas zéro défaut, c'est effort zéro.*
- 28 Les sollicitations viennent de maints endroits, des paroles, des signes elliptiques, codés, se superposent se croisent, se mêlent à l'activité. Les interactions sont le plus souvent très brèves, demande d'informations, commentaires d'un agent, transmission d'une décision. Elles peuvent être annoncées à la volée dans une atmosphère parfois bruyante au milieu des sonneries du téléphone ou des sonnettes d'appel de malades. Le cadre passe immédiatement d'un interlocuteur à un autre et entre d'emblée, dans la demande initiée. Il enchaîne les réponses sans paroles de transition pour régler des problèmes n'ayant aucun rapport entre eux. Il s'adapte ainsi au cours d'action de chacun avec une réactivité allant de soi pour tout le monde. Entre les paroles s'intercalent des actes (donner les tableaux pour la décoration du service) illustrant la relation étroite entre le dire et le faire et la référence à un réel non langagier (Lacoste. 2001). Les interactions supposent une intercompréhension s'appuyant sur des savoirs tacites et des expériences partagées. Elles sont adressées à une personne ou à un petit groupe stable ou mouvant. La communication ne se solde pas toujours par un échange verbal. Parfois la rencontre se limite à une observation, une écoute, le repérage d'indices à travers des regards mutuels sans obligation de justification. Dans certains cas « les blouses blanches » participant aux

échanges peuvent ne pas se connaître. Ces interactions se déroulent dans différents lieux, un couloir, sur le seuil d'une porte... mais une de leur particularité est de se déployer dans le mouvement.

Les relations construites au cours des déambulations, dire en marchant

- 29 Le cadre va circuler dans l'unité, passer d'une activité de lecture de dossier à la vérification de la présence de matériel, au « tour des malades » dans leur chambre. La communication est construite dans le mouvement, dans les aléas de la rencontre à travers des parcours dans l'unité. Inversement la communication génère de nouveaux mouvements. Même lorsqu'il est immobile lors d'une activité (staff, travail sur son poste informatique) il est potentiellement mobile, n'importe quelle personne pouvant venir le déranger. S'il le juge nécessaire il va se déplacer sans différer à plus tard ce trajet. Dans la salle de soins il reste le plus souvent debout. Ses déplacements vont se faire en apparence au gré des événements lui permettant de répondre aux demandes diverses de ses interlocuteurs, d'obtenir des informations... Leurs changements de place (mais où est leur place ?) semblent ajustés à la pression des événements qui adviennent. Ceci peut le détourner de sa trajectoire initialement prévue. Lui-même peut, sans être interrompu, décider de changer de cap. Il peut apparaître pris dans un engrenage, comme « dopé » par les événements. Une observation un peu rapide pourrait conduire à penser qu'il est baladé d'un endroit à un autre comme un joueur dans un jeu de piste, son activité consistant à découvrir de nouvelles flèches lui indiquant sa direction. Le milieu dans lequel les cadres évoluent contribue à définir les façons de faire, de dire, de se sentir attendu. En fait ce parcours comporte une part de construction, des microdécisions « y aller ou ne pas y aller » : « aller voir ou ne pas aller voir ». Dans le détail des déplacements et des activités se reflètent les choix du cadre et la manière dont il se définit la situation. Au quotidien le cadre va porter en permanence un regard à double focale : tenir compte de chaque personne et de sa singularité et dans le même temps se concentrer sur des objectifs généralisables.

Conséquences sur le mode de présence aux autres et les formes de disponibilité

- 30 Le travail des cadres nécessite des modes de présence et de disponibilité spécifiques. Ces « régimes de disponibilité » (Joseph, 1999) ne peuvent être assimilés « au métiers de la tournée » par exemple celle des facteurs. Certains cadres effectuent « le tour des malades » tous les jours. Ils se rendent au lit du patient et réalisent une observation et un court entretien avec le malade et éventuellement avec ses accompagnants présents dans la chambre. Certains cadres ne réalisent pas ce tour ou le réalisent en accompagnant le médecin qui effectue la visite des malades. D'autres le font en parallèle au médecin, avant ou après son passage. Leur vitesse de progression étant différente leur tour peut donner lieu à des croisements et des dépassements. Ces différentes formes de tour traduisent des divergences dans les conceptions du travail de tournée de cadre. De toute manière le travail du cadre ne se limite pas à la tournée et cette activité ne peut être comparée à celle du facteur tant dans les objectifs que dans la mise en scène de soi.

- 31 Le travail de cadre à la proximité ne peut être assimilé non plus à celui « des métiers de l'accueil » (Joseph. 1999). Ces derniers ont pour mission de renforcer l'hospitalité. Si le cadre partage avec certains d'entre eux, comme les agents d'accueil en gare ou à la RATP, l'exigence de mobilité dans l'espace son mode de présence l'oppose à eux sur plusieurs points notamment la présentation de soi et les modes de disponibilité. La présence du cadre de santé comme celle de tout supérieur hiérarchique s'engage sur fond de remise en cause par les professionnels réalisant la production des biens ou des services. Le cadre ne participe pas au travail entrepris mais l'observe en poursuivant ses propres objectifs. Le fait qu'il puisse arriver et partir alors que la personne qui effectue le soin est obligée de rester contribue à donner l'image de quelqu'un qui n'est pas engagé dans une tâche utile. Les soignants ne peuvent l'assimiler à quelqu'un qui est sur le terrain et partage leur condition. Il existe un saut incompressible entre parler sur le travail et faire le travail. Cette rupture reste vraie quand l'observateur est co-présent dans la situation. La division du travail n'est pas une abstraction, elle se vit et est incarnée. Les caractéristiques du travail de communication de cadre à la proximité supposent de développer une forme de génie pratique en situation pour régler son mode de présence aux autres tout en poursuivant son cours d'action.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKER. F., Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier, in CONEIN. B., THEVENOT., L., (Ed.). *Cognition et information en société*, Paris : Raisons Pratiques 8. 1997. p. 65-93
- ARBORIO. A.-M., *Un personnel invisible. Les aides soignantes à l'hôpital*, Paris : Anthropos. 2001. 334 p.
- FOUCAULT. M., *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard. 1975. 318 p.
- GOFFMAN. E., *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit. 1974. 230 p.
- GROSJEAN. M., LACOSTE. M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris : PUF. 1999. 225 p.
- JOBERT. G., *La compétence à vivre. Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches*. Université de Tours. 1998.
- JOSEPH. I. Action située et régime de responsabilité. In QUERE. L., De FORNEL. M., (Ed.). *La logique des situations*. Paris : EHESS. 1999. p. 157-172.
- KAUFMANN. J.-C., *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan. 1996. 127 p.
- LE GOFF J. - P., *Les illusions du management*. Paris : La découverte. 2000. 163 p.
- LE GOFF J.- P., Contre les illusions du management, revaloriser l'expérience et la culture générale. *Soins Cadres*
- LACOSTE, M., Peut-on travailler sans communiquer ? in BORZEIX. À.,
- FRAENKEL. B., *Langage et travail*, Paris : CNRS. 2001. p. 21-53
- PINÇON. M., PINÇON- CHARLOT. M., *Voyage en grande bourgeoisie* Paris : PUF. 1997. 180 p.

- QUERE. L., La situation toujours négligée. *Réseaux* n° 85. 1997.p. 163-192.
- ROBELET. M., La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences Sociales et Santé*. vol. 19. n° 2, Juin 2001, p. 73-97.
- SETBON. M., La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*. 2000. vol. 42. p. 51-68.
- 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. *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes : ENSP. 2000. p. 149-170.
- VEGA. A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines. 2000. 212 p.
- WINKIN. Y., *Anthropologie de la communication*, Paris : Seuil. 2001. 332 p.

NOTES

1. Médecins, gestionnaires, supérieurs hiérarchiques dénoncent « l'éloignement » des cadres par rapport aux unités de soins. Les injonctions managériales convergent pour renforcer la présence des cadres « sur le terrain »
 2. Lettre circulaire de la direction des hôpitaux du 20 février 1990 n°30 DH/8A/PK/ CT. Elle définit les missions et rôles des surveillants et surveillants chefs hospitaliers désignés depuis le 31 décembre 2001 respectivement par les ternies de cadres et cadres supérieurs de santé.
-

AUTEUR

PAULE BOURRET

Formatrice IFCS Montpellier. Doctorante en sociologie