



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UEC 13 Sociologie et Anthropologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Sociologie des organisations hospitalières

I. Introduction

En sociologie des organisations, on identifie les **acteurs de l'organisation** et leurs différents rôles qu'ils soient des acteurs internes ou externes à l'organisation.

Une **organisation hospitalière** est tout établissement de santé fonctionnant avec des personnels professionnels de santé et d'autres professionnels qui ne sont pas de santé (administratifs, agents de service...).

La sociologie des organisations hospitalières analyse le **rôle de tout acteur** qui n'est **pas un professionnel de l'établissement** mais qui **interagit** avec le fonctionnement et l'organisation de l'établissement : patients et proches, associations de patients, ARS, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), Agence Nationale d'Appui à la Performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), Assurance Maladie, Elus au conseil d'administration, Fédérations hospitalières et de santé, Directions générales de santé (DGS) ou d'offres de soins (DGOS) au Ministère de la santé...

Les établissements de santé hospitaliers ont des **tailles diverses** (CH, CHR, CHU, institut de lutte contre le cancer, cliniques, services de Soins de Suite et de Réadaptation + médico-social) et des **statuts différents** (publics, privés, lucratifs, ESPIC (privé d'intérêt collectif).

Il existe également des **établissements de santé non hospitaliers** tels que les structures de soins de proximité de type Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) créées en 2007 :

- Structures de soins de proximité avec un exercice professionnel collectif et coordonné développé pour répondre au besoin de "Travailler ensemble" et aux problématiques de santé actuelles (prise en charge des maladies chroniques, vieillissement de la population, déserts médicaux)
- Y sont développés coordination et horaires dédiés aux soins non programmés
- **Nouveau métier** : coordinateur en centre de santé ou en maison de santé pluriprofessionnelle

Les organisations hospitalières et établissements de santé non hospitaliers renvoient à des **professions diverses**, à des institutions de gouvernance, à des produits de santé et à des valeurs, des normes et des cultures spécifiques.

II. L'organisation hospitalière et son ordre négocié

Les **méthodes interactionnistes et ethnographiques** permettent de réaliser des observations in situ des échanges entre professionnels.

Avec ces méthodes, on peut étudier les **rapports** entre les rôles et les statuts.

Le **statut** est la position occupée dans la structure sociale de l'organisation.

Le **rôle** est l'ensemble des comportements attendus de la part des individus qui occupent cette position :

- **Rôle prescrit** : Description idéale et formelle de ce que doit faire la personne occupant ce statut
- **Rôle subjectif** : attitudes, valeurs, croyances de la personne qui orientent ses conduites en lien avec ce statut
- **Rôle en actes** : Pratiques concrètes mises en œuvre par la personne

1. Le modèle de l'ordre négocié

L'**ordre négocié** est une **théorie** qui met en avant les caractéristiques fluides et changeantes des organisations (fluide et changeante car les rôles et statuts peuvent évoluer au cours du temps), l'importance des interactions et le fait que les membres de l'organisation mettent en ordre l'organisation via leurs interactions.

Exemple concret d'ordre négocié : Texte de Régine BERCOT (sur Moodle) ordre négocié entre cadres et chirurgiens dans la gestion des blocs opératoires

Les malades et l'ordre négocié : **Se repositionner** comme personne à part entière (au-delà de l'unique identité « malade »).

L'ordre négocié permet de **maintenir une part d'ordre** face aux changements inévitables (internes et externes). Il reflète un ordre changeant, qui demande beaucoup d'adaptations entre les personnes et auquel tous les acteurs participent, y compris les malades. La **notion de négociation** est à percevoir dans les services hospitaliers comme des « **ajustements** » des professionnels entre eux.

2. La division du travail et l'ordre négocié

Les études sur l'ordre négocié mettent un focus d'observation sur le **travail en train de se faire**, concrètement, in situ, plutôt que l'organigramme.

Les **processus de production des tâches** (le travail en train de se faire) mettent implicitement en ordre les divisions du travail et non l'inverse.

On retrouve de nombreux types de travail sous-jacents aux tâches formelles chez les professionnels et chez les malades et leurs proches :

- Travail de **confort**
- Travail **émotionnel**
- Travail **d'information**
- Travail de **négociation**
- Travail **d'articulation**

3. Le travail émotionnel

Du **côté des malades**, le corps malade est un corps « frappé par l'irruption des manifestations du corps dans la vie collective ».

Ce qui se fait en toute intimité et discrétion avec son corps habituellement (excrétion des déchets), **se fait à l'hôpital aux yeux des soignants** et parfois des autres malades.

Ceci représente un des aspects du travail émotionnel que doivent faire les malades, en plus de la dégradation, la douleur, l'angoisse.

Du **côté des soignants**, et du point de vue anthropologique, le corps malade renvoie à un « **entre-deux** » :

- Corps malade-corps tabou
- Un danger de contamination symbolique
- Rites de séparation entre malade et soignants
- Sentiments de répulsion qui peut expliquer certaines pratiques de maltraitance ordinaire. On retourne la violence de la situation envers le malade

4. Le travail d'articulation

Le **travail d'articulation** correspond au travail de coordination que font les équipes soignantes et les différents personnels d'un établissement de santé et de ville autour de la **trajectoire de maladie** d'un patient.

Les **facteurs favorisants** le renforcement d'un travail d'articulation sont :

- L'imprévisibilité du cours de la maladie
- Trajectoires multiples et à différentes phases, diversité de situations pour une même pathologie, ont une incidence sur l'arrêt de travail
- Changement de service d'un malade et obligation de coopération avec un service antérieur

III. L'ordre négocié aux prises avec les transformations de l'hôpital contemporain

Il existe des **politiques de maîtrise** de l'augmentation des dépenses de santé/Organisation du temps d'hospitalisation du malade.

L'augmentation des dépenses de santé est liée à une **augmentation des prises en charge** :

- Davantage d'actes techniques en un temps réduit
- Une spécialisation croissante
- Accélération des rythmes de travail, fragmentation des temps d'hospitalisation (ambulatoire temps partiel) / à un besoin de coordination accrue

De **nombreuses modifications structurelles** ont été mises en place : Réformes de l'hôpital, mise en place des pôles hospitaliers de soins (Plan hôpital 2007), T2A, Loi HPST 2009 et création des ARS, Groupement Hospitalier de Territoire en 2016... ces réformes répondent à l'augmentation des prises en charge.

1. Historique du financement hospitalier en France

Jusqu'en 1983 il y avait une **rémunération au prix journée**. Néanmoins, sur suspicion d'effet inflationniste sur la sur prescription de jours d'hospitalisation, en 1983 cette tarification au prix journée est remplacé par une rémunération par **dotation annuelle de financement** (DAF). Néanmoins, ce budget annuel est différent en fonction des activités de soin des établissements sur un territoire.

Depuis 1996, **PMSI** (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) géré par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière ATIH (en 2000) pour **ventiler les dotations** en fonction de l'activité réelle des hôpitaux.

Depuis la **réforme de l'assurance maladie en 2004** (entérinée par la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007), il y a la création des **GHM** (groupes homogènes de malades) qui permet de nomenclaturer une **dotation à l'activité** par GHM et par actes. Les GHM donnent naissance à la T2A (tarification à l'activité). Celle-ci s'applique encore à ce jour en MCO (établissements publics et établissements privés lucratifs) et dans les SSR (mars 2017) sur presque toutes les activités.

En **psychiatrie**, la tarification se fait par **DAF** jusqu'en 2022 en secteur public, et en prix de journée en secteur privé. Depuis le 1er janvier 2022, il existe des dotations à l'activité en tenant compte des territoires et des populations :

- **% du budget alloué** en fonction des taux de pauvreté, taille des ménages, densité médicale et offre médico-sociale

- **% du budget** en fonction de la « file active » (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année)
- Une **rémunération aux actes**.

IV. L'intensification au travail comme fait social

L'intensification au travail est une caractéristique forte des **évolutions actuelles** de l'organisation du travail. Cette évolution est souvent en contradiction avec les effets bénéfiques des progrès techniques sur la qualité de vie au travail.

Le trait dominant de l'intensification est l'accumulation, dans une même situation de travail, de contraintes temporelles de nature différente (Serge Volkoff) :

- 1) Des **volumes de production par personne et par unité de temps**, des impératifs de délais, des cadences de machine qu'il faut suivre. S'y ajoutent, de plus en plus, des protocoles opératoires très stricts décrits par des normes d'assurance-qualité (la plupart des secteurs d'activité étant concernés)
- 2) Des **contraintes** relatives à un **modèle plus "commercial" ou "marchand"**, dans lequel l'objectif prioritaire est la réponse rapide - mais, en même temps, satisfaisante - à la demande d'un client (opérateurs téléphoniques, restauration rapide, grande distribution)
- 3) Un troisième registre de contraintes relève des **relations interpersonnelles**, qui peuvent se révéler **fortement contraignantes** au sein de petits collectifs. Chacun se trouve tenu de fournir un maximum d'efforts pour ne pas pénaliser les collègues, ou pour leur venir en aide, ou simplement pour échapper à des jugements défavorables de leur part (tertiaire, établissements de santé, restauration rapide)

Si ces contraintes ne sont pas nouvelles, ce qui est nouveau est **l'enchevêtrement** de ces contraintes.

Il existe une **pression temporelle** présente comme trait majeur des sociétés modernes contemporaines. Elle provient en partie de la **multiplication des offres d'activités** : les temps de loisirs se sont greffés sur les activités domestiques en plus du temps de travail et il y a une sollicitation importante de l'individu pour répondre à la diversité d'offres. Cette contrainte serait spécifique d'une **classe sociale supérieure**, en l'occurrence les cadres ; la pression temporelle acquerrait ainsi une valeur de **symbole social** et serait donc rapportée à outrance. (Stéphanie COEUGNET) :

- **Clock time culture/ Event time culture** (Luc BONNEVILLE « Le cas du travail infirmier, stratégies contre l'hyper-productivisme », Université de Laval, Québec)
- La pression temporelle, sous ses diverses formes (y compris les horaires de travail de plus en plus décalés ou bousculés), nourrit **pénibilité** et **contraintes au travail**.
- Un **travail contaminé par l'urgence**, plus entendue comme valeur que comme nécessité (S. Volkoff « une civilisation de la hâte »)

D'autres notions de **l'intensification du travail** :

- **Surcharge cognitive** : gérer de plus en plus d'informations en un temps restreint
- **Dispersion** au travail : faire plusieurs tâches de nature différentes dans un même espace-temps
- **Intensité boîte-noire** (pression émotionnelle, effets de contagion, incertitudes)
- **Intensité-débit** (sur le mode industriel)
- **Intensité événementielle** (notion d'impréparation, d'imprévisibilité)