WORKING PAPER

DES SERVICES SOUS CONTRAINTES

Enquête collective auprès de trois services d'urgences français

Stahl Eva[1, 2] ; **Bergeron** Henri[1, 2] ; **Borraz** Olivier[1, 3] ; **Castel** Patrick[1, 2] ; **Beaune** Sébastien[4] ; **Goulet** Hélène[5] ; **Wargon** Mathias[6, 7] ; pour la promotion 2023-2024 du Master de Sociologie de Sciences Po [1*]

1 : SciencesPo, Centre de Sociologie des Organisations (CSO), CNRS, Paris, France

2 : SciencesPo, Chaire Transformation des Organisations et du Travail, Paris, France

3 : SciencesPo, CrisisLab, Paris, France

4 : Hôpital Ambroise Paré, Service des urgences, APHP, Boulogne, France

5 : Hôpital Tenon, Service des urgences, APHP, Paris, France

6 : Hôpital Saint-Denis, Service des Urgences et SMUR, Saint-Denis, France

7 : Observatoire Régional des Soins Non Programmés d'Ile-de-France, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract : A partir d'une enquête empirique menée entre février et avril 2023 par des étudiants de Sciences Po, cet article analyse le fonctionnement de trois services d'urgences en France, dans un contexte marqué par des contraintes structurelles et organisationnelles importantes. Pour y faire face, les professionnels développent différentes stratégies informelles d'organisation par micro-ajustements, qui leur permettent de remplir leurs missions tout en limitant l'apparition de conflits internes. L'organisation des urgences dépend également fortement des relations avec les autres services de l'hôpital, en particulier lors des transferts de patients. Pour que ces échanges restent efficaces malgré les contraintes matérielles, un travail constant de négociation permet le maintien de la coopération. Enfin, les chefs de service jouent un rôle central en mettant en place des innovations organisationnelles et en soutenant leurs équipes, ce qui contribue à améliorer les conditions de travail et à contrer la menace d'une perte d'effectifs. En conclusion, les auteurs mettent en lumière le poids des contraintes dans la détérioration des conditions de travail, tout en insistant sur la dimension relationnelle comme levier essentiel pour préserver la coopération et le sens du travail au sein des urgences.

[1*] L'enquête a été réalisée par les étudiants et étudiantes du cours « Enquête collective » du master de sociologie de SciencesPo. Linh-Lan André, Jiahe Chen, Shainez Chikhaoui, Camille Descateaux, Lucas Lam, Claire Thabourey, Vinzent Wesselmann, Eva Stahl, Clara Benet-Burgaud, Lucile Brangé, Dana Mercieca, Emilie Renault, Zéo Richez, Benoît Bacher, Amalia Cueva, Jade Fournier, Adèle Isaac, Robin Pouvreau et Jianli Prone.

SciencesPo
CHAIRE TRANSFORMATIONS DES ORGANISATIONS ET DU TRAVAIL

cnrs

SciencesPo
CENTRE DE SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS

ORSNP Ile-de-France
Observatoire
Régional des Soins Non Programmés

Table des matières

Introduction 3
Présentation de l'enquête 4
I. Les relations au sein des services 6
1. Des contraintes diverses : du patient à l'organisation du travail 6
2. Une régulation par micro-ajustements 8
Glissement de tâches entre groupes professionnels 8
Polyvalence 10
Entraide et horizontalité 11
3. Des conflits mineurs 12
I. Les relations entre les urgences et les services aval 14
1. Négociation entre services et transfert de patients 14
2. Contournement du conflit 15
I. Le management des équipes 19
1. Recruter et fidéliser 19
2. Innovations organisationnelles et fonctions support 20
Conclusion 23
Bibliographie 25

INTRODUCTION

Du manque de lits au manque de personnel, la dégradation des conditions de travail et d'accueil au sein des services d'urgences français est particulièrement médiatisée depuis la crise de la Covid-19. Face à des professionnels appelant depuis de longues années à une réaction politique rapide et efficace, les chiffres les plus récents restent toujours aussi alarmants. En effet, le premier volet de l'étude Urgences réalisée par la Drees et publiée en mars 2025, dresse un portrait bien pessimiste de la situation française : depuis 10 ans, la hausse du nombre de patients aux urgences se cumule à un allongement des durées de passages. En 2023, la moitié des personnes prises en charge aux urgences y passe plus de 3 heures, soit 45 minutes de plus qu'en 2013. Parmi les patients qui rentrent à domicile sans être hospitalisés (80 % des cas), la moitié y a passé plus de 2 heures 30, contre 1 heure 50 en 2013 (Drees, 2023). Ainsi, le « désengorgement » des services d'urgences promis par Emmanuel Macron d'ici la fin de l'année 2024 ne semble pas avoir eu lieu, laissant les soignants assurer dans ces conditions un accès aux soins non programmés sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur l'ensemble du territoire (Le Monde, décembre 2024).

De ces contraintes structurelles liées au manque de moyens et de personnel, communes à l'ensemble des services d'urgences français faisant face à des injonctions de rationalisation de leurs ressources, découlent des contraintes organisationnelles, c'est-à-dire un ensemble de pressions exercées par la structure même de l'organisation, par ses règles internes et ses pratiques managériales, qui influencent la manière dont les individus agissent et interagissent au sein de leurs milieux professionnels (Crozier et Friedberg, 1977). La question qui nous intéresse ici est donc celle de savoir comment les professionnels des services d'urgences s'organisent pour prendre en charge leurs patients et exercer leur activité dans un contexte de ressources limitées et de contraintes multiples.

Pour y répondre, une enquête empirique a été menée dans trois services d'urgences français. Le cadre théorique qui sous-tend notre analyse est celui de la sociologie des organisations et des professions, qui propose d'accorder une attention particulière à la compréhension de la division du travail et des coopérations entre acteurs au sein de l'organisation, comme autant de manières de faire face à des ensembles de contraintes (Crozier et Friedberg, 1977 ; Bergeron et Castel, 2010). Nous émettons ici l'hypothèse de l'existence d'un ordre local, c'est-à-dire d'un environnement structuré par l'équilibre stratégique des acteurs qui ont « bricolé » des solutions originales pour répondre à un problème (Friedberg, 1993). Ces solutions tiennent autant compte des textes réglementaires qui structurent le fonctionnement de leurs institutions que des arrangements informels possibles au sein des services. Nous avons pour cela porté une attention particulière au fonctionnement interne des trois services (I), aux types de coopération pouvant émerger entre les urgences et les autres services de l'hôpital (III), ainsi qu'au management des équipes (III).

Présentation de l'enquête

L'enquête présentée ici a été réalisée par les étudiants et étudiantes du master de sociologie de l'école de la recherche de Sciences Po. De février à avril 2023, des observations de jour et de nuit ont été menées dans trois services d'urgences français[2]. Durant ces observations, une attention particulière a été portée aux réunions d'équipes appelées « STAFF » et représentant des moments privilégiés d'observation des interactions et négociations entre professionnels. Ces réunions ont lieu plusieurs fois par jour sous la supervision du chef de service et permettent à l'ensemble des membres de faire le point sur le nombre de patients pris en charge, de se répartir le travail et de fixer des priorités, de se partager des informations clés et de faire le choix de mobiliser les autres services pour certains patients quand cela est nécessaire. Au total, plus de 150 entretiens ont été réalisés auprès de l'ensemble des professions médicales, paramédicales et administratives des trois services d'urgences. À cela s'ajoutent plusieurs entretiens auprès de membres de la structure mobile d'urgence et de réanimation (dite SMUR) et de services de l'hôpital régulièrement amenés à coopérer avec les services d'urgences (médecine interne, réanimation et gériatrie notamment).

Les trois services d'urgences étudiés se trouvent en France métropolitaine dans des hôpitaux de tailles variées et dans des bassins de population très différents les uns des autres. Les modes de gouvernance, portés par trois chefs de service aux politiques managériales différentes, engendrent également une diversité de modes d'organisation interne face à l'afflux de prises en charge. Ces différents éléments se doivent d'être rapidement explicités pour comprendre l'atmosphère et les spécificités propres à chacun des trois services. Parce que cette enquête vise à produire des résultats pouvant nourrir une réflexion sociologique plus large - au-delà des seuls services étudiés - ceux-ci ont été nommés respectivement service A, B et C.

Le premier service - appelé service A - est composé de quatre-vingt personnes. Il se trouve dans un département en situation de forte vulnérabilité socio-économique, comptant l'un des taux de population immigrée les plus élevés du pays[3]. Le département est par ailleurs marqué par un manque de médecins généralistes, qui contribue à une double dynamique d'engorgement du service : l'accueil de patients dont l'état pathologique est particulièrement avancé, faute de suivi en amont, mais aussi de patients dont la prise en charge aurait pu relever de la médecine de ville. L'extrême précarité de la population et les problèmes de communication compliquent le travail des soignants et sont à l'origine d'un cadre global de travail décrit en entretien comme « tendu et épuisant » (Infirmière, Service A). Une moyenne de 175 patients sont accueillis chaque jour aux urgences, malgré un manque constant de lits disponibles. Ces différents éléments valent à l'hôpital une mauvaise réputation auprès des soignants de la région, qui présente des difficultés à recruter

[2] Les auteurs remercient chaleureusement les chefs des trois services ainsi que l'ensemble des équipes d'avoir accepté de participer à l'enquête.

[3] La zone géographique sur laquelle se situe le service A fait partie de la liste des quartiers prioritaires des politiques de la ville (QPV) établie par l'Agence nationale de la cohésion des territoires.

et fidéliser son personnel. Enfin, l'enquête débute deux ans après l'arrivée d'un nouveau chef de service à la personnalité affirmée, décidé à remettre « de la rigueur et de l'ordre » dans le fonctionnement de son service (Chef de service, Service A). Réorganisation spatiale des locaux, recomposition des équipes, modification des règles formelles d'organisation du service et du parcours patient sont autant d'éléments qui nous font intégrer le service à un moment clé de l'adaptation des professionnels face à une refonte managériale et structurelle de grande ampleur.

À l'extrême inverse, le service B accueille une population vieillissante et économiquement aisée. La commune de cet hôpital est composée d'environ 20% de retraités, 30% de cadres et professions intellectuelles supérieures et moins de 4% d'ouvriers. Si le nombre exact de professionnels au sein du service n'a pas été communiqué, nos observations estiment qu'il s'élèvent à environ 70 personnes au total pour une moyenne de 116 patients par jour. L'hôpital possède une bonne réputation, notamment auprès des internes qui recommandent facilement le lieu pour y effectuer un stage, ainsi qu'auprès de l'équipe soignante et des familles de patients. Bien que le discours concernant le manque de personnel persiste chez les acteurs, l'équipe du service B connaît un faible turnover et une bonne attractivité pour les professionnels de la région. D'une manière générale, il ressort des observations et des entretiens que l'atmosphère de travail au sein du service y est positive et que les relations entre la hiérarchie et l'équipe sont apaisées. Le chef de service nous explique rester volontairement en retrait des décisions médicales et laisser une large autonomie aux équipes, ce qui semble être vécu positivement par les acteurs, qui témoignent d'une communication fonctionnelle avec leurs supérieurs et d'un encadrement qu'ils estiment juste.

Enfin, contrairement au deux premiers hôpitaux, la situation géographique du service C est typique de ce que l'INSEE nomme un « quartier mixte ». Le bassin de population de cet hôpital est caractérisé par une grande diversité sociale, culturelle et économique, ce qui l'expose à une patientèle très diversifiée. Le service C emploie environ 100 personnes au total pour une moyenne de 120 patients accueillis chaque jour. Les observations et les entretiens témoignent d'une organisation fonctionnelle, d'un fort degré d'horizontalité au sein du service et de l'absence de conflit avec la direction. Le chef de service semble porter une attention particulière au bien être de son équipe, bien que les problématiques de manque de personnel et de moyens connues de l'ensemble des services d'urgences français s'y font également sentir.

I. Les relations au sein des services

1. Des contraintes diverses : du patient à l'organisation du travail

Le premier ensemble de contraintes soulignées par les soignants sont celles liées aux patients et à leurs profils variés. Cela a été évoqué plus haut, les services font face à un nombre très élevé de patients pour des équipes souvent restreintes. Ce premier élément varie toutefois selon les sites étudiés, tout comme les profils majoritaires de leur patientèle. En effet, les patients accueillis par chaque service présentent des caractéristiques plus ou moins valorisées par l'équipe médicale, qui composent ce que les médecins associent aux « bons » et aux « mauvais » patients[4] (Baszanger, 1986 ; Paillet, 2021). Directement liées aux caractéristiques socio-démographiques du territoire de l'hôpital, ces éléments diffèrent drastiquement entre les services. Ainsi, le service A souligne la prégnance de problèmes sociaux chez ses patients (précarité, personnes sans papiers, sans assurance ou ne maîtrisant pas le français). Les problématiques liées à la consommation de drogues et d'alcool y sont également surreprésentées, entraînant régulièrement un sentiment d'insécurité chez les soignants. Ce type de problèmes est très peu connu du service B, dont les soignants se plaignent plutôt de patients âgés et dépendants, présentant de multiples comorbidités. Malgré ces distinctions, plusieurs éléments semblent poser problème aux équipes des trois services étudiés : il s'agit notamment des patients venant aux urgences pour des motifs considérés par les équipes comme non-urgents et qui relèveraient plutôt des soins primaires[5], ainsi que des patients présentant de sévères troubles psychologiques et psychiatriques, ce qui complique leurs prises en charge[6]. Parce que les médecins estiment parfois que les problématiques soulevées par ces patients sortent de leur domaine d'expertise, ils peuvent exprimer une réticence à les prendre en charge.

> « Bien sûr qu'on a envie d'aider les gens, mais moi mon métier c'est être médecin et de soigner. Je ne suis pas assistante sociale, je ne suis pas policier, je ne suis pas plombier je ne suis pas toutes ces choses, et en fait on se retrouve à devoir gérer un

[4] Les catégories de « bons » et « mauvais » patients permettent de comprendre comment les soignants évaluent les patients selon des critères à la fois médicaux, moraux et sociaux. Le « bon » patient est celui qui se montre coopératif et respectueux des normes médicales, ce qui facilite le travail des soignants. À l'inverse, le « mauvais » patient dérange l'ordre du service en consultant pour des raisons jugées non valables ou en adoptant un comportement perçu comme inadapté. Ces catégories reflètent des jugements situés et peuvent renforcer les inégalités sociales dans l'accès au soin (Baszanger, 1986 ; Paillet, 2021).

[5] La prise en charge de problèmes mineurs aux urgences est appelée "bobologie" par les acteurs (Vassy, 2004).

[6] Nous verrons en effet dans la deuxième partie que les relations entre les services d'urgences générales et les services d'urgences psychiatriques sont souvent tendues.

> nombre de situations qui n'ont rien à voir avec la médecine et qui te prennent des heures et pendant tout ce temps-là, bah, c'est des gens qui attendent, c'est des gens qui s'aggravent, c'est des gens qu'on ne soigne pas. » (Médecin, Service C)

Cette classification informelle entre les « bons » et les « mauvais » patients est à replacer dans un contexte généralisé de manque de lits et de personnel. Au plus bas de la hiérarchie se retrouvent donc les patients dont la prise en charge nécessitera le plus de temps et de ressources, sans que leurs pathologies ne sollicitent d'actes médicaux complexes permettant de valoriser la technicité du soignant (Nurok et Henckes, 2008). Pour insister sur l'aspect handicapant de leur présence au sein de l'hôpital, ces patients sont nommés « bed blockers » par les trois services d'urgences ainsi que par les services d'aval interrogés durant l'enquête.

> « En gros, l'angoisse des gens qui acceptent ton patient, c'est que ça soit ce qu'on appelle un « bed blocker ». C'est qu'on t'emmène un patient qui est très lourd à prendre en charge, qui va prendre des jours et des jours, si ce n'est pas des mois d'hospitalisation et dont tu ne pourras rien faire derrière. Parce que tous les services, on leur met une pression sur ce qu'on appelle la DMS, c'est la durée moyenne de séjour. » (médecin, Service B)

Aux durées des prises en charge s'ajoute un autre ensemble de contraintes, liées cette fois à l'organisation du travail. Selon les sites, les équipes témoignent d'une difficulté à fidéliser les personnels et font face à un fort turnover, ce qui conduit au recours à des vacataires, lesquels peuvent désorganiser le travail. Le fonctionnement du service A est très dépendant des vacataires, puisqu'il compte environ un tiers d'intérimaires au sein des équipes paramédicales et du SMUR. Si les vacataires réguliers ne posent souvent pas de problème (il s'agit de personnes formées, habituées à travailler dans un service d'urgences et bien intégrées à l'équipe), l'enjeu pour les cadres est de réussir à les fidéliser pour fluidifier le service et éventuellement les inciter à prendre un poste fixe par la suite. Cependant, le manque de personnel force également les cadres du Service A à embaucher des vacataires non expérimentés, qui représentent une charge de travail supplémentaire pour le personnel qui doit les former, les encadrer et s'occuper de certaines tâches nécessitant des compétences particulières. Ainsi, dans certains cas, le manque de personnel administratif conduit les soignants à se consacrer à d'autres tâches que celles qui leur incombent (scanner des documents, commander des ambulances, etc).

Cette complainte, que l'on retrouve dans de nombreux services publics, est l'une des conséquences directes des politiques de rationalisation et de réduction des coûts qui affectent les conditions de travail des agents publics, jusqu'à provoquer un lourd sentiment de perte de sens dans leur mission, malgré un attachement initial fort aux valeurs du service public (Vezinat, 2024). Le même problème se pose au sein du service C, qui fait régulièrement appel aux intérimaires pour pallier les absences et les arrêts maladie du personnel fixe. Cette solution crée une forte instabilité dans la composition de l'équipe. Ainsi, le personnel paramédical a régulièrement fait part de son désir de voir le turnover baisser pour qu'un meilleur esprit d'équipe puisse émerger :

« l'intérim, il fait pas partie de l'équipe. Malgré toutes ses bonnes volontés, il ne fait pas partie du service. Il n'a pas ce supplément d'âme » (Infirmier, Service C). Cela est moins le cas dans le service B, qui ne recrute que très peu d'intérimaires et réussit à maintenir une certaine stabilité au sein de ses effectifs. Les cadres du service B interrogés en entretien rappellent par ailleurs qu'en cas de départ d'un membre du service « la négociation se fait grâce au montant de la rémunération des heures supplémentaires, qui peut être majoré jusqu'à des sommes vraiment importantes en période difficile » (Cadre, service B). Le manque de moyen identifié dans les services A et C limite fortement ce genre de négociations financières.

Si les soignants se plaignent du manque de temps qu'ils peuvent accorder aux patients et à leur famille, c'est aussi parce qu'ils constatent que l'efficacité de la prise en charge médicale (cure) peut se faire au détriment du soin (care). Face à une surcharge de travail et l'accumulation de tâches administrative supplémentaires, le temps du care est délaissé afin de préserver le temps du cure :

> « Et bah on fait du dégradé quoi. Mais vaut mieux faire du dégradé pour tout le monde que du très bien pour certains et du très moche pour d'autres. A ce moment-là, on fait du dégradé pour tout le monde. Bah désolé qu'ils gardent un mauvais souvenir de leur passage aux urgences. C'est hyper triste, mais en même temps, au moins, on lui aura mis les bons médicaments, parce qu'on se sera penché sur les bons médicaments, et que moi, mon rôle, en fait, c'est pas de faire faire pipi aux gens. C'est de leur mettre le bon traitement et de trouver la bonne maladie et de le guérir mais c'est pas forcément de l'emmener aux toilettes, même si je rêverais de prendre le temps de l'emmener aux toilettes. » (médecin, Service C)

Ces choix sapent le moral des soignants, qui témoignent d'une lourde usure psychologique - que l'on retrouve par ailleurs dans plusieurs enquêtes quantitatives sur le sujet (Gerrer et al., 2021 ; Dres et al., 2021). Face à des soignants épuisés qui ne peuvent plus prendre le temps du care, le risque de maltraitance des patients est élevé.

2. Une régulation par micro-ajustements

La gestion de ces différentes contraintes conduit les personnels à mettre en place des micro-ajustements plus ou moins explicités et institutionnalisés - voire même conscientisés - en vue de remplir leurs tâches et de garantir autant que possible la prise en charge des patients. La stabilité de ces ajustements est nécessaire au bon fonctionnement du service et à la gestion de la surcharge d'activité, mais, on l'a vu, celle-ci est régulièrement menacée par le turnover important et le recours à l'intérim. Ces dynamiques de micro-ajustements peuvent prendre des formes différentes selon les services. Nous reviendrons en détail sur quatre d'entre elles, qui ont été celles observées le plus régulièrement au sein des trois services.

Glissement de tâches entre groupes professionnels

La premier ajustement observé dans chacun des trois services est celui du glissement de tâches, bien connu des chercheurs en sociologie de la santé (Nurok et Henckes, 2008). En effet, certaines activités initialement confiées aux infirmiers se voient être déléguées aux aides soignants, sans que cela ne fasse partie des actes qu'ils sont formellement autorisés à pratiquer. À leur tour, les infirmiers anticipent les prescriptions médicales à la place des médecins. Ce glissement de tâches apparaît essentiel au bon fonctionnement du service, puisqu'il permet à chaque membre de la chaîne de soin de déléguer les actes les moins complexes au groupe professionnel hiérarchiquement inférieur. Lorsque certains membres de l'équipe refusent cette réorganisation, cela bloque la chaîne de soin et freine le groupe de médecins :

> « On a besoin de gens un peu autonomes qui savent aussi jouer un peu en dehors des règles parce que par exemple un infirmier ne peut rien faire qui n'est pas prescrit, sauf que dans la médecine d'urgence on a rien qui est prescrit, tu fais ça, parce qu'il faut que ça aille vite et il faut pas qu'on ait un infirmier intérimaire qui dise « non je le fais pas parce que tu me l'as pas prescrit », ça marche pas. Ils vont beaucoup te solliciter pour des trucs de merde où ils pourraient être autonomes genre « il a de la fièvre, est-ce que je donne un doliprane ? » « oui, bah oui, en fait ne demande pas » mais parce qu'on leur a appris que dans leur décret il faut demander aux médecins, nos infirmiers des urgences savent très bien gérer avec le doliprane. J'exagère avec le doliprane mais y a d'autres choses et ils savent être autonomes sur certains sujets, genre nous appeler après et dire « elle avait ça, j'ai fait ça, est-ce que tu es d'accord est-ce que tu peux me le prescrire à posteriori pour valider le truc ? » (médecin, Service C)

Si cette dynamique facilite le travail des médecins, elle représente aussi une possibilité pour les aides soignants et les infirmiers de monter en compétences en effectuant des actes plus complexes que ceux qui leur sont réglementairement attribués. Toutefois, et parce que cette organisation reste informelle, ce glissement de tâches n'engendre pas toujours une meilleure reconnaissance de leur travail.

> « Nous les AS, [dans les autres services] on nettoie, on donne à manger et puis c'est tout en fait [...] et ce qui est bien aux urgences, c'est qu'on fait beaucoup plus que ce que notre diplôme nous permet de faire. Et c'est pour ça que j'ai pris les urgences. » (AS, Service A) « Parce que c'est vrai on a tendance à... à être dénigrés alors qu'on fait pas mal de choses. [...] C'est vrai que c'est « AS » mais on fait plus qu'aider parce qu'on travaille en commun accord, en étroite collaboration entre les infirmières, on est là au service des médecins [...] donc voilà, notre métier en tant qu'AS est important. Donc, on ne devrait pas le dénigrer comme ça. » (Aide soignant, Service B)

Cette dynamique de micro-ajustements par glissement de tâches prend forme parce que l'interdépendance entre les professionnels du service est forte. Or l'interdépendance entre acteurs est l'un des facteurs premiers d'émergence de la coopération au sein d'un groupe (Bergeron et Castel, 2024). L'exemple le plus frappant retrouvé dans les trois services étudiés est celui du lien entre les infirmiers et les médecins. Parce que les infirmiers passent plus de temps que les médecins au chevet des patients, ils ont une meilleure connaissance de leur état général et peuvent donc détenir certaines informations décisives quant à la suite de leur prise en charge.

> « Voilà, c'est plus de l'information, après on travaille beaucoup avec les infirmières - vu que tout ce qu'on prescrit, c'est elles qui le font au final et elles nous donnent les résultats. C'est un binôme quoi. Et comme les infirmières aussi surveillent les patients, quand nous on est occupés avec d'autres patients, souvent elles viennent nous dire : « Ah mais je le sens moins bien » ou « il respire moins bien » ou « peut être faut lui augmenter l'oxygène ». (…) Parfois les patients disent des choses aux infirmières qu'ils ne disent pas au médecin. » (Interne, Service A)

Tout comme la relation médecins-infirmiers, le duo internes–infirmiers est marqué par la coopération, puisque les internes dépendent des informations recueillies par les infirmiers au chevet des patients. Les infirmiers peuvent par ailleurs jouer un rôle de mentors pour les internes, partageant non seulement des gestes techniques, mais aussi la connaissance du service, de l'organisation et des patients.

Polyvalence

Alors que de nombreux travaux sociologiques soulignent que les agents, dans d'autres organisations, résistent au développement de la polyvalence et valorisent la spécialisation afin de se rendre incontournables (Crozier et Friedberg, 1977), les urgences offrent une situation contrastée sur ce point. Les soignants du service C semblent valoriser la polyvalence, notamment parce que celle-ci leur permet d'acquérir de nombreuses compétences et de varier leurs activités quotidiennes.

> « En tant qu'urgentiste, nous, le choix de notre service en tout cas, c'est d'être sur tous les postes. Et c'est bien parce que ça permet un peu de connaître toutes les spécificités de chaque poste et de comprendre les contraintes de ses collègues quand on n'est pas au fameux poste. » (Médecin, Service B)

Si cela est vrai pour la mise en place d'une polyvalence au sein-même du service d'urgences, les avis sont bien plus nuancés lorsque la polyvalence vise à faire sortir les soignants du service. Cela est notamment le cas au sein du Service A, dans lequel une polyvalence a été mise en place entre le personnel soignant des urgences (médecins et paramédicaux) et celui du SMUR. L'objectif de ce projet, mis en œuvre par le chef de service, est de créer une polyvalence totale : toute l'équipe

du SMUR partage son temps de travail également entre le SMUR et les urgences. Au sein du service des urgences, cette polyvalence entraîne une gestion des plannings complexes et la mise en place de stratégies de la part des soignants pour optimiser leur temps dans leur service préféré (choix des moments où poser ses congés, où faire des heures supplémentaires). Si accéder au SMUR est vu comme une voie d'ascension par beaucoup d'infirmiers, les équipes originellement chargées du SMUR voient cette fusion d'un très mauvais œil.

> « Bon, les choses ont vraiment changé avec l'arrivée du [chef de service actuel]. Avant ça, on était relativement autonomes. Historiquement, ici comme ailleurs, le SMUR dépendait du service d'anesthésie-réanimation. Du fait de l'institutionnalisation de la spécialité de médecine d'urgence, maintenant les spécialistes sont regroupés. Donc les SMUR ont progressivement été rattachés aux services d'urgences. Quand [le chef de service actuel] est arrivé, il a voulu mixer les équipes. Et pour tout dire, ça ne s'est pas bien passé dans l'équipe. Il a voulu nous imposer d'aller aux urgences. Ce que globalement, on avait pas envie de faire. Ça a abouti au départ d'un grand nombre de personnes, qui étaient là pour certains depuis longtemps. Un peu dans toutes les catégories de personnel. » (Médecin SMUR, Service A)

Si les membres du SMUR refusent cette polyvalence, c'est notamment parce qu'ils veulent garder leur autonomie. Ils estiment que leurs missions ne sont pas les mêmes que celles des urgences, et que n'importe quel urgentiste ne pourra donc pas les mener à bien (un temps de formation est nécessaire mais n'est pas toujours imposé par le chef de service par manque de temps et de personnel). Il est par ailleurs possible d'émettre l'hypothèse que l'expression de cette résistance est liée au fait que les professionnels du SMUR, de par la substituabilité de leurs compétences et l'organisation interne de leur équipe, sont moins dépendants les uns des autres que ceux du service d'urgence. Lorsque ces soignants s'opposent à la polyvalence, ils préfèrent partager leur temps de travail entre deux SMUR de la même région, plutôt que de se soumettre à la volonté du chef de service actuel en intégrant le service des urgences.

Entraide et horizontalité

Certains médecins semblent donc refuser cet ordre imposé par le haut. Ainsi, valoriser la capacité d'adaptation des professionnels de santé et les laisser se répartir les patients et les tâches de manière autonome semble favoriser les bons rapports avec la hiérarchie. Cela s'exprime notamment lors de situations d'extrême urgence, durant lesquelles des changements de secteurs peuvent avoir lieu lorsque certains sont surchargés et d'autres plus tranquilles. Cela est également le cas entre les groupes professionnels, puisque l'aplanissement de la hiérarchie entre médecins, aides soignants et infirmiers semble être plébiscité par l'ensemble des soignants.

> « Et si tu vois bien, en plus on se tutoie tous. On s'appelle par nos prénoms, il n'y a pas de vous, vous même avec la cadre en fait. On se tutoie tous. Donc ouais, ça entraîne une certaine relation de confiance quand même. » (Infirmière, Service A)

> « J'ai été hyper étonnée ! (rires) La première fois que je suis venue, il n'y avait pas de hiérarchie. Ça ne m'arrive jamais dans les étages ! Je dois parfois justifier mes prescriptions, et ils refusent parfois. Ça fait des embrouilles. » (Interne, Service C)

Ainsi, les trois formes d'ajustement observées jusqu'ici - glissement de tâches, polyvalence et horizontalité - semblent toutes reposer sur une interdépendance horizontale forte entre les membres des services d'urgences. Ensemble, ces différents ajustements permettent le partage de normes communes, la création de règles informelles et la connaissance croisée des métiers et contraintes de chacun. Ces éléments se retrouvent dans les trois services observés malgré leurs disparités initiales et semblent indispensables à l'émergence de la coopération entre soignants, bien qu'ils ne soient pas toujours suffisants. En effet, l'interdépendance des acteurs ne peut exister pour l'ensemble des soins, puisque leurs niveaux de technicité engendre une substituabilité relative des personnels. Ainsi, si les relations d'échanges réciproques semblent constantes aux urgences, celles-ci restent déséquilibrées et n'empêchent donc pas la survenue de conflits mineurs.

3. Des conflits mineurs

Si ces différents ajustements semblent globalement fluidifier les relations au sein des services et faciliter l'exécution de nombreuses prises en charge, ils peuvent également engendrer des conflits - bien que mineurs - au sein des équipes. L'autonomie laissée aux soignants quant à la répartition interne des activités peut provoquer certains conflits liés au non-respect des règles locales (même lorsque celles-ci sont informelles). L'opposition classique entre des soignants « bosseurs » et d'autres « fainéants » qui ne travailleraient pas suffisamment vite ou qui prendraient des pauses jugées trop longues, apparaît clairement en entretien.

> « Malheureusement, vu que c'est un service où on a amené à faire beaucoup de choses différentes, on n'est pas toujours au même endroit, on peut vite se cacher, vite prendre la fuite, et il y en a qui prennent vite la fuite, qui en profitent et donc du coup, bah, les infirmiers ils ont besoin de nous, ils vont nous chercher. (…) Du coup, nous on accumule, on accumule et malheureusement, des fois, ça passe très bien. ». » (Aide soignante, Service C)

Par ailleurs, si le glissement de tâches augmente la coopération entre acteurs et permet d'aplanir la hiérarchie formelle, certains médecins ont du mal à accepter que les infirmiers puissent discuter leurs prescriptions, voire les remettre en question. Certains aides soignants sont également

réfractaires à ce glissement de tâches, qui semblent institutionnaliser une charge supplémentaire de travail pour ce groupe professionnel.

> « Par exemple, bah, après, maintenant, c'est devenu des pratiques un peu obligatoires, faire des ECG, des perfusions, des petites tâches qui peuvent rendre service, commander les ambulances. Ça, c'est des choses qu'ils ne faisaient pas avant, qui maintenant qui ont été instaurées, qu'on doit le faire, par exemple, faire le chariot d'urgence, plein de petits trucs comme ça en fait, qui peut porter main forte aux collègues infirmiers qu'ils ne faisaient pas avant, carrément quand il y avait des urgences vitales la réa ils descendaient avec leur équipe pour vous dire tellement le niveau était bas. Donc en fait, oui, des fois, il y a un peu cette petite guéguerre…» (Aide soignante, Service C)

Il en va de même pour les médecins qui ne maîtrisent pas l'exercice de la médecine d'urgence, bien qu'ils soient indispensables aux équipes des services A, B et C. L'un des exemples les plus flagrants à ce sujet est celui des médecins confinés à la traumatologie au sein du Service B, qui revendiquent leur autonomie, refusent la polyvalence et sont peu enclins à l'horizontalité et à l'entraide.

> « Parce que nous, ici, on a beaucoup de problèmes avec nos traumatos, qui sont désagréables à souhait, surtout la nuit. Ils sont très très doués pour le coup mais ils sont très désagréables. Quand ils vont se coucher, parce que souvent ils ont moins de travail, et bien si on les réveille et que c'est pour eux inintéressant ou pas urgent, ça va les faire carrément chier et du coup les patients peuvent attendre très très longtemps. Ça arrive très souvent que le patient soit vu au bout de trois heures.» (Infirmière, Service B)

Plus que l'expression d'un caractère individuel, c'est cette non-substituabilité de leurs fonctions qui permet aux médecins spécialisés en traumatologie de refuser l'horizontalité et la réalisation de certaines tâches moins valorisantes. Ils peuvent se permettre de ne pas jouer le jeu de la coopération car leurs compétences en chirurgie sont peu substituables et permettent de soulager une partie du service des urgences. Malgré leur manque de coopération, il apparaît dès lors impossible pour les urgences de revenir en arrière, au risque d'engorger le service. Ainsi, les conflits sont rendus possibles par l'existence d'acteurs plus autonomes et moins dépendants des autres pour fonctionner selon leurs contraintes et objectifs. À l'exemple de la traumatologie s'ajoute celui des intérimaires cités plus haut, puisqu'en sachant qu'ils ne resteront que très brièvement au sein du service, ces professionnels peuvent se permettre de peu s'engager dans les négociations collectives. Au contraire, les membres réguliers du service sont dépendants d'eux pour l'accomplissement de leurs rôles et tâches quotidiennes, mais ne semblent pas disposer de beaucoup de ressources à négocier dans l'échange.

I. Les relations entre les urgences et les services aval

1. Négociation entre services et transfert de patients

L'étude des modes de fonctionnement interne des services d'urgences ne suffit pas seule à expliquer la manière dont les soignants font face aux différentes contraintes explicitées plus haut. L'organisation des services est également fortement influencée par les relations que ses professionnels entretiennent avec les autres services de l'hôpital. Parce que les urgences sont les « portes d'entrée » de l'hôpital (Belorgey, 2010), certains patients accueillis nécessiteront ensuite une hospitalisation au sein d'autres services. L'organisation de leur transfert avec le reste de l'hôpital est la prérogative des médecins urgentistes. Nous nous penchons donc dans cette seconde partie sur l'aval des urgences, c'est-à-dire les relations entre les urgences et les autres services de l'hôpital. Dans le contexte généralisé de manque de lits et de soignants, cette négociation est primordiale puisqu'elle permet de libérer de la place et de prendre en charge de nouveaux patients au sein des services.

Mais ces mêmes contraintes se retrouvent également au sein des autres services de l'hôpital, ce qui complique les négociations et peut aller jusqu'à engendrer des tensions entre les différents services, en cas de refus de coopération. Ces difficultés varient selon les services (plus ou moins encombrés) et selon les médecins, qui disposent chacun de leurs propres ressources pour négocier (ancienneté, relations interpersonnelles, services rendus par le passé…).

> « Il y a des services avec lesquels ça se passe mieux que d'autres, ça c'est sûr. C'est un contact humain en fait. On peut tomber sur des gens qui sont là, qui sont motivés, qui veulent travailler et ça se passe très bien, d'autres non. » (Médecin, Service A)

Dans un contexte de ressources limitées, certains types de patients seront extrêmement difficiles à transférer. Il s'agit notamment des « bed blockers » ou des patients polypathologiques, qui nécessitent une hospitalisation longue durée. C'est ce qu'un médecin du service C explique lorsqu'il décrit la situation de patients âgés, socialement défavorisés et dont la prise en charge relèverait plutôt selon lui des prérogatives d'aides à domicile. Il explique que ce type de patients est « plus compliqué à vendre aux autres services » (Médecin, Service C). Avec l'expérience, les techniques de négociation des médecins s'affinent. Ils expliquent par exemple laisser le choix à leurs collègues entre plusieurs patients qu'ils estiment compliqués, pour qu'ils en acceptent au moins un. Ils peuvent parfois user de formes de chantage, en promettant de transférer des patients « plus simples » dans le futur, si celui-ci est accepté.

> « Moi j'y vais franco. J'appelle : « bon écoute c'est un malade qui est SDF, il a ça et ça comme critères d'hospitalisation ». Voilà, moi je mens pas je suis complètement, je suis frontale. Je mens pas sur le truc, je lui dis « bah là c'est un malade » .... Alors après si on me le refuse moi, globalement... Je pense qu'en vieillissant quand même dans les urgences, t'es très très fort en négociation hein ! Je pense que je serais capable de vendre n'importe quoi hein ! *rires* Enfin je pense que, on a acquis aussi de l'expérience... Moi ce que je fais en fait souvent aussi c'est que je dis : « ok ce malade-là, il est un peu complexe parce qu'il a ça et ça comme problème mais le prochain malade que j'hospitaliserai dans tes lits bah il sera plus simple ». Par exemple, c'est une stratégie que je peux avoir. Ou bien « Voilà, j'ai 3 malades à hospitaliser, les 3 ils sont compliqués, est ce que t'as une préférence sur un des 3 ? ». Donc voilà je pense qu'effectivement ça peut être des stratégies » (Médecin, Service C)

Cette activité de négociation est peu valorisée au sein des équipes médicales, car elle prend du temps au détriment du soin et risque de créer des tensions, voire des conflits, entre professionnels de services différents. Les échecs de négociation ne sont pas rares et sont mal vécus par les médecins, qui porteront la responsabilité de l'encombrement du service des urgences ou devront renvoyer à domicile des patients qui auraient nécessité une hospitalisation. Enfin, même lorsque la négociation aboutit à un accord, des difficultés peuvent survenir entre soignants au moment du transfert du patient. Les médecins censés l'accueillir négligent parfois son arrivée et laissent les soignants des urgences dans des situations qu'ils ne maîtrisent pas. Ces moments peuvent être révélateurs de difficultés à l'intérieur du service aval.

> « Y'a des services un peu délicats. Parce qu'ils préparent... pas vraiment la chambre. C'est-à-dire que quand t'arrives, y'a la table, y'a la table basse, faut déplacer les fauteuils, les trucs. Alors que normalement quand on arrive, faut que ça soit prêt. Le lit retourné, fin tout soit carré quoi. Et des fois, ça nous prend un peu de temps à ce niveau-là parce que c'est pas prêt. » (Brancardier nuit, Service A)

2. Contournement du conflit

Face à ces difficultés récurrentes, quelques stratégies de dépassement des conflits avec l'aval peuvent être mises en place. Le dialogue et l'anticipation des conflits est un point clé de la stratégie managériale au sein des trois services. Les services A et B ont par exemple invité certains spécialistes à participer au staff des urgences afin d'anticiper l'accueil de patients dans leur service tout au long de la journée. Toujours dans l'objectif d'anticiper la négociation, un médecin gériatre est présent dans le service des urgences B et permet de fluidifier l'adressage au service de gériatrie en ciblant les patients et en préparant les examens nécessaires en amont de l'hospitalisation. Bien sûr, ces bonnes relations sont aussi permises par le fait que les soignants des urgences rendent réciproquement service aux professionnels d'aval, comme l'explique un médecin en entretien :

> « Ca marche dans les deux sens, eux, en contrepartie, souvent ils nous appellent en disant « j'ai tel patient qui ne va pas bien, je lui ai réservé un lit mais j'aimerais qu'il passe par les urgences pour vérifier ça, ça, ça avant », tu vois, il y a une communication dans les deux sens sur ce jeu-là, on ne se pique pas les lits » (Médecin, Service B).

En acceptant d'assurer la surveillance de certains patients la nuit pour les services qui manquent de professionnels ou en acceptant d'examiner des patients suivis par d'autres services, les professionnels des urgences se rendent nécessaires et participent activement à la négociation. La coopération repose donc sur une interdépendance des services, puisqu'ils savent chacun se rendre utiles et disponibles à condition que cet échange soit réciproque - quitte à dévier des règles formelles de leur service. Si ce n'est pas le cas, chaque équipe dispose également d'un pouvoir de nuisance, qui pourra peser sur la négociation.

Si l'intégration des services aval aux activités quotidiennes des urgences semblent donc fluidifier les relations, cela ne fonctionne pas vis-à-vis de l'ensemble des services de l'hôpital. C'est par exemple le cas du service de psychiatrie au sein de l'hôpital A et C, qui partagent pourtant les locaux du service des urgences[7]. Malgré cette proximité, les relations sont présentées comme tendues, ce qui semble montrer que l'intégration n'est pas toujours une condition suffisante pour assurer la coopération.

> « Oui des fois ils appellent en disant il a des antécédents psy [rire], "ok, qu'est-ce qu'il a aujourd'hui", parfois ils disent juste ça "et oui il est psy", fin on se dit qu'il n'appellerait pas les cardio en disant il est cardio. Donc, sur le moment j'essaie de leur demander ce qu'il a, pourquoi il vient. De leur dire que ce n'est pas une demande de dire juste qu'il est psy, ça veut rien dire. Un peu d'éducation. » (Psychiatre, Service A)

La psychiatre interrogée regrette un manque de communication entre les deux services, et reproche aux urgentistes de ne pas comprendre les spécificités de sa spécialité. Par ailleurs, les infrastructures insuffisantes des hôpitaux sont également à l'origine de certaines tensions entre ces deux services. Parce qu'ils partagent leurs locaux et une partie des équipes paramédicales, leurs patients sont mélangés. Or les patients du secteur psychiatrique peuvent présenter une plus forte propension à l'agitation, voire à la violence.

> « En termes d'infrastructures, on est vraiment pas adapté à la prise en charge de ce genre de patient. […] c'est pas forcément très agréable à vivre. Il y a de l'animation dans tous les sens, des lumières et sans vraiment qu'on fasse attention à toi parce que

[7] Si cela était vrai au moment de l'enquête, le service A a désormais mis en place un service de crise (le CRUP) spécialisé dans l'accueil des urgences psychiatriques.

> finalement t'es un peu le patient psychiatrique quoi. Tu es étiqueté patient psychiatrique et donc du coup bon… Voilà, faut pas s'arrêter, vaut mieux pas l'écouter de toute façon, il va nous tenir la jambe sinon [...] et du coup, les patients psychiatriques sont rarement prioritaires sur les chambres [...] parce que tu vas préférer laisser un patient psychiatrique dans la grande salle d'attente parce que à priori il y aura pas besoin d'énormément de surveillance s'il est stabilisé avec ses médicaments. Et tu vas passer de la petite personne qui a la grippe, qui est assez faible et qui a besoin d'oxygène à ça... Tu vas pouvoir la mettre plutôt dans un box, tu vas préférer. (IDE, Service A)

La sécurité des soignants étant une priorité pour les chefs des services d'urgences, cette mise en danger supplémentaire freine les dynamiques de coopération. Cette très forte proximité imposée par des contraintes matérielles, malgré des dynamiques professionnelles et un type de patientèle bien différent, crée donc des tensions entre les soignants et bloque la mise en place d'une interdépendance progressive, comme cela est le cas avec d'autres services. Les problèmes de coopération entre ces deux spécialités hospitalières sont bien connus des chercheurs et ne semblent pourtant pas irrémédiables. Certaines solutions novatrices ont en effet été proposées au sein d'hôpitaux de La Réunion - généralisables à d'autres territoires - pour améliorer les relations entretenues entre les services d'urgences et de psychiatrie, notamment à travers le déploiement d'une démarche active de collaboration (Appavoupoullé, 2025)[8]. Les résultats de cette enquête, publiés en avril 2025, montrent une harmonisation des parcours patients sur le territoire et une augmentation de l'attractivité pour les postes de psychiatres aux urgences.

Toutefois, lorsque les stratégies collaboratives citées plus haut ne suffisent pas à faire accepter le transfert d'un patient, les soignants disposent d'autres stratégies plus conflictuelles pour atteindre leurs objectifs. Nous verrons que celles-ci ne peuvent fonctionner que parce qu'elles arrivent en dernière instance de négociation et ne concernent donc que des cas exceptionnels. En cas de blocage, les médecins des urgences peuvent par exemple faire appel à leur chef de service. Les médecins des services d'aval cherchant à éviter le coût psychologique de la confrontation avec un chef de service, la chance qu'ils cèdent à la demande est plus élevée.

> « Alors parfois, c'est un peu une guéguerre, tu peux faire du forcing. Mais voilà, parfois, ça se passe très mal. Et pour pouvoir imposer un patient, il faut passer par les cadres, par les administrateurs de garde, par les directrices de l'hôpital. Tu vois, ça peut monter très haut dans le forcing. » (médecin, AP)

Le chef du service A affirme d'ailleurs avoir fait de sa « ressource aboiement » une partie intégrante de son métier (Chef de service, Service A). Pour les les chefs de service et les cadres

[8] Plus concrètement, le projet a notamment consisté à institutionnaliser des temps de concertation entre chefs de service et au sein des communautés médicales et à déployer de nouvelles innovations organisationnelles.

d'aval, défendre leurs équipes en s'opposant au transfert d'un patient leur permet de conserver de bonnes relations avec leur personnel, en usant de leur autorité et ce, peu importe le nombre de lits réellement disponibles. D'autres stratégies plus rares peuvent également émerger selon les cas, comme celle de faire appel à un groupement hospitalier régional ou à l'aide des ARS lorsque la situation devient trop difficile à gérer et que tous les autres moyens de pression sur l'aval ont été tentés[9]. Des stratégies de politisation des personnels d'urgences peuvent également émerger pour faire pression sur la direction et les pouvoirs publics - en médiatisant par exemple certaines problématiques internes ou contraintes nationales.

Ainsi, la négociation entre les urgences et les services d'aval semble être une tâche cruciale du travail des médecins, sur qui peut reposer la pression de l'encombrement du service. Pour que ces négociations fonctionnent malgré des contraintes matérielles lourdes, le travail permanent d'entretien de la réciprocité des échanges constitue le socle de la coopération durable. En cas d'échec, des stratégies plus conflictuelles peuvent être mobilisées, à condition que cela n'arrive que rarement.

[9] Cela a notamment été le cas au sein de certains services au début de l'épidémie de COVID-19, avant que des plans régionaux et nationaux ne soient déployés à grande échelle.

I. Le management des équipes

1. Recruter et fidéliser

Dans les trois services, une même difficulté revient : attirer des médecins et des paramédicaux, puis les fidéliser. Rappelons que les trois services n'ont toutefois pas la même réputation - le service B jouit d'une bonne image, le service C est perçu comme un service relativement attractif malgré des difficultés persistantes, tandis que la mauvaise réputation du service A lui vaut une plus faible attractivité. Face à cela, chaque chef de service déploie des stratégies d'amélioration de l'attractivité du service auprès des médecins et des personnels paramédicaux pour remédier au manque d'effectifs.

Pour pallier le manque de médecins, la priorité du service B consiste à inciter les internes à rejoindre le service à l'issue de leur internat. Cela passe par un travail de valorisation - notamment discursive - des conditions de travail au sein de l'hôpital, souvent en les comparant à celles offertes dans d'autres structures hospitalières de la région. Au sein du service A, qui jouit d'une très faible attractivité auprès des médecins, le recrutement de nouveaux personnels et leur fidélisation est la priorité du chef de service depuis son arrivée. Ouvrir le recrutement à des médecins étrangers est le moyen qu'il a choisi pour faire face à cette difficulté.

> « Je ne recrute pas de Français. Les urgentistes ont du mal à recruter. Alors, ma technique a été d'embaucher les médecins étrangers et de faire comme si je ne voyais pas qu'on ne pouvait pas les prendre comme seniors, en fait. [...] Sur le plan pratique, de toute façon, entre un praticien hospitalier et plusieurs médecins étrangers, j'ai choisi le nombre. Mais aussi, enfin, les deux étaient mélangés. Et donc, j'ai eu raison. Moi, je ne fais pas... Tous les médecins ne se valent pas, tous les pays ne se valent pas. Donc, j'essaye d'être sélectif et de prendre des bons. Alors, je me trompe parfois, mais je pense que le niveau de mon équipe est plutôt bon et je suis assez fier d'être leur chef. (chef de service, Service A)

En effet, au moment de l'enquête, plus d'un tiers des médecins du service est originaire du Maghreb. Ils ont un statut de médecin associé, en attendant d'obtenir l'équivalence française de leur diplôme étranger. Concernant l'attractivité, le chef de service a mis en place un système de polyvalence entre le SMUR et les urgences, afin que les équipes des deux unités tournent chaque semaine. Comme cela a été explicité dans la première partie, cette stratégie ne convient pas toujours aux personnels du SMUR, qui y voient l'effacement de leurs spécificités professionnelles. Toutefois, du côté des urgences, la polyvalence est valorisée par les médecins, puisqu'elle représente une manière d'échapper à la routine et d'acquérir rapidement de nouvelles compétences. Enfin, au sein du service C, la direction valorise le temps hors clinique de ses

médecins, qui leur permet de s'investir dans des activités de recherche et d'enseignement ou dans des projets d'organisation pour améliorer les conditions de travail et la prise en charge des patients. Ce temps favorise l'interconnaissance des soignants et les invite à prendre part à la vie de la structure. Le chef de service a également mis en place une prime à l'ancienneté afin de valoriser le temps passé au sein du service.

Du côté des personnels paramédicaux cette fois, d'autres stratégies sont mises en œuvre par leurs hiérarchies pour améliorer leurs conditions de travail, toujours dans un double objectif d'amélioration de l'attractivité et de fidélisation. Au sein des services B et C, cela peut passer par des primes récompensant la participation à des groupes de travail visant l'amélioration du fonctionnement du service et de la prise en charge des patients. Les cadres paramédicaux de l'hôpital C vont jusqu'à récompenser financièrement les infirmiers et aides soignants les plus investis dans le service et ayant eu le moins d'arrêts maladies sur l'année. Enfin, le service A - qui dispose de moins de ressources financières que les deux autres - insiste sur les possibilités de formations offertes au personnel paramédical. C'est notamment le cas d'une formation permettant aux infirmiers de monter en grade en devenant IOA (Infirmier d'Accueil et d'Orientation[10]). Ces formations permettent la revalorisation du travail paramédical et peuvent attirer du personnel nouveau, issu notamment d'hôpitaux où cette option n'est pas une priorité de la hiérarchie. C'est ce qu'explique un logisticien en entretien, qui a choisi d'intégrer le service A notamment pour cette offre de formation : « On m'a dit d'ici deux ans, je peux devenir aide-soignant et après, au bout de deux ans, je peux devenir infirmier. Je ne dis pas non. » (Logisticien, SD).

Si ces questions de ressources humaines sont aussi importantes pour les services, c'est parce que celles-ci s'immiscent dans la fabrique du soin et impactent directement la prise en charge des patients. Les stratégies de fidélisation ont pour conséquence de diminuer le turnover, qui sape les conditions de la coopération et rend souvent vain l'apprentissage continu des soignants. En effet, les personnels plus stables renoncent à former les intérimaires, puisque cela leur demande un investissement important qui n'aura une efficacité que très limitée dans le temps. Or cette dynamique de repli crée les conditions d'une impossibilité managériale, puisqu'elle est source de dégradation de la coopération entre acteurs. Cela est d'autant plus sensible que la chaîne de prise en charge est sans cesse sous tension pour éviter des ruptures de flux.

2. Innovations organisationnelles et fonctions support

À ces stratégies managériales pour faire face aux difficultés de recrutement, d'autres innovations ont été mises en place au sein des services pour répondre à la contrainte structurelle du manque de lits - connue dans l'ensemble des services d'urgences français - et source première du dégradement des conditions de travail des équipes soignantes. C'est le cas de l'intégration d'une nouvelle fonction au sein de l'équipe : le « bed manager » ou « gestionnaire de lit », introduite en France au début des années 2010 pour optimiser la gestion des lits d'hospitalisation et fluidifier les

[10] Il s'agit d'un infirmier spécifiquement chargé d'accueillir, de réaliser un premier tri médical et d'orienter les patients vers la bonne filière de soins, dès leur arrivée aux urgences.

parcours patients (EHESP, 2019). La crise sanitaire liée au Covid-19 a ensuite renforcé la présence de cette fonction, contribuant à sa généralisation dans les hôpitaux français. Les trois services étudiés présentent des situations variables à ce sujet.

Au sein de l'hôpital B, les gestionnaires de lit sont au courant des hospitalisations programmées dans l'ensemble des services de l'hôpital et peuvent ainsi les réguler en fonction des sorties prévues. À presque tous les étages, dans les « rotondes » (espaces d'accueil des services), des secrétaires hospitalières saisissent les mouvements du service dans un logiciel deux fois par jour. Ces informations sont ensuite transmises aux gestionnaires de lit qui ont alors une vue d'ensemble de l'hôpital. La création de la cellule de gestion des lits semble avoir été déterminante dans le temps d'attente. Celle-ci a par ailleurs tenu sa promesse d'améliorer la fluidité des dialogues avec l'aval, en mettant en place ce qui ressemble à un « pathway », c'est-à-dire des règles universelles d'accès aux lits libres, pour que la force de conviction des soignants ne soit plus un élément déterminant des négociations (Martin, Graham P., et al., 2017). Des progrès restent toutefois nécessaires, comme l'explique la gestionnaire de lits du service B :

> « C'est des urgences. Donc là, on parle des urgences, effectivement, et puis à côté, il y a les convoqués. Donc là, je pense qu'il y a un travail à faire sur le volume, l'anticipation, le prévisionnel. C'est pas encore tout à fait au point : on convoque, on convoque, on convoque, et puis, bon, on se dit, en fonction du nombre de lits ouverts que j'ai..., voilà, donc ça coince quand même. Il y a une marge de progression par rapport à ça, il faudrait un peu travailler sur le prévisionnel. » (Cellule de gestion de lit, Service B)

La situation est assez proche au sein du service C, dont les équipes semblent globalement apprécier les changements engendrés par la mise en place d'une gestion des lits, bien que celle-ci n'ait pas permis d'effacer l'ensemble des problèmes liés au manque de place. Soulignons toutefois une avancée importante permise par cette innovation au sein de l'hôpital C : au-delà de faciliter les admissions de patients au sein des services de l'hôpital, la gestion de lit met en place des partenariats avec des cliniques privées dans le but de faciliter le transfert de patients des urgences vers ces cliniques. L'infirmière prévoit des rendez-vous avec les cliniques afin de mieux connaître leur pratique et de renforcer la collaboration entre les structures. De nouvelles coopérations prometteuses se développent donc avec des acteurs extérieurs grâce à la fonction de « bed manager »[11].

Enfin, les observations réalisées au sein du service A ont montré que cet outil n'est que très modérément utilisé par les équipes. La cellule de gestion des lits, dans son rôle de médiation, semble avant tout servir à objectiver l'information en cas de conflit. Elle est finalement davantage un outil de négociation utilisé par les médecins, qu'un véritable acteur de la négociation. Par

[11] Pour que ces nouvelles coopérations se développent de manière pérenne, des travaux futurs se devront de porter une attention aux différents intérêts que peuvent trouver les cliniques privées à participer à ces échanges.

ailleurs, la gestion des lits n'a absolument aucun pouvoir coercitif ou décisionnaire sur les services, ce qui ne favorise pas sa légitimité. Le service A a toutefois intégré d'autres fonctions supports à son service, que l'on ne retrouve pas dans les deux autres services. Le rôle du logisticien notamment, qui semble influencer positivement les relations entre soignants en soulageant les aides soignants de la gestion du matériel médical au sein du service. La dernière fonction novatrice est celle du médiateur, chargé des relations avec les familles et de la gestion de la violence en salle d'attente. Il a donc une fonction de prévention et de désamorçage de possibles tensions, autant du côté des soignants que des patients. Cette dernière favorise la mise en place d'une gestion efficiente des lits .

Ces différentes innovations - adossées à l'arrivée de nouvelles fonctions support dans les équipes - sont indissociables d'un travail permanent d'organisation et de réorganisation des fonctionnements globaux de chaque service. Cela passe notamment par la division des chaînes de soin entre le « circuit court » pour les patients les moins graves et le « circuit long » pour les activités de traumatologie par exemple[12]. À partir de cette base commune, chaque service a la possibilité d'innover et de mettre en place d'autres types d'organisation du parcours patient. Ainsi, le service A propose une organisation en cinq secteurs (consultation, traumatologie, médecine, SAS et UHCD) tandis que l'équipe du service B a mis en place depuis quelques mois un centre médical d'appui (consultation de médecine générale) sur la zone du service des urgences, situé dans la salle d'attente. Derrière ces différents types d'organisation se cache un travail constant de gestion de l'espace pour raccourcir les trajets des soignants, améliorer l'échange d'informations et optimiser ainsi la prise en charge des patients. Malgré ces efforts, des problématiques persistent dans les trois services étudiés, notamment les possibilités d'isolement de certains patients par manque de place.

Si les négociations au sein des services (partie I) et avec l'aval (partie II) sont plutôt l'affaire des équipes soignantes, cette troisième partie nous a montré que les chefs de service ne sont pas dénués de ressources et jouent un rôle très important quant au fonctionnement global des équipes soignantes et donc de leur service. En plus d'avoir une capacité à libérer des places en aval (en allant au conflit ou en menaçant de le faire ; en entretenant de bonnes relations avec les chefs de service aval), leur rôle est surtout celui d'organiser les espaces et de créer des moments formels et informels entre professionnels afin de maximiser l'émergence de comportements coopératifs au sein de leurs équipes. Il a par ailleurs un rôle qu'il est possible de qualifier de politique, puisqu'il représente ses équipes auprès de la direction et à l'extérieur de l'hôpital.

[12] Sur ce point, rappelons toutefois que pour que ce type de division organisationnelle fonctionne, il est crucial que les médecins gardent un rôle "captant", y compris dans le circuit court. Cela signifie que les médecins doivent pouvoir rester présents dans l'évaluation clinique, assurer la légitimité médicale du tri et maintenir un lien symbolique avec l'ensemble du service. Sans cette implication, la séparation des flux risque de devenir contre-productive, tant pour les équipes que pour les patients (Bergeron et Castel, 2010).

CONCLUSION

Des contraintes structurelles liées aux politiques de rationalisation mises en place au sein de l'hôpital public français depuis plusieurs décennies découlent deux ensembles de contraintes qui semblent structurer le travail des acteurs au sein des trois services étudiés, influençant inévitablement leurs rapports inter-personnels. Les premières contraintes sont liées aux patients et à leurs profils ; les secondes sont celles touchant à l'organisation du travail. Ces contraintes conduisent au développement de stratégies par micro-ajustements pour permettre aux différents personnels de remplir leurs missions en évitant l'émergence de conflits majeurs au sein de l'organisation. Par ailleurs, l'organisation des services est également fortement influencée par les relations que ses professionnels entretiennent avec les autres services de l'hôpital - notamment lorsqu'il s'agit de transférer des patients d'un service à l'autre. Pour que ces négociations fonctionnent malgré des contraintes matérielles lourdes, le travail permanent d'entretien de la réciprocité des échanges passe par différentes stratégies plus ou moins conscientisées par les acteurs et constitue le socle de la coopération durable. Enfin, et parce que le chef de service dispose de ressources importantes pour mener à bien les objectifs collectifs de ses équipes, celui-ci a la capacité de promouvoir certaines innovations organisationnelles pouvant influencer les conditions de travail des soignants et ainsi lutter contre la menace constante de la baisse des effectifs.

Entre problèmes d'attractivité, difficultés à recruter, perte de sens au travail, turnover, absentéisme et démissions, la santé est l'un des secteurs emblématiques pour lesquels les problèmes contemporains de ressources humaines sont les plus médiatisés. Les réponses promues de manière privilégiée par les employeurs ou les pouvoirs publics sont, pour la plupart, de quatre ordres. D'ordre symbolique d'abord, à travers la revalorisation de l'image des métiers, l'amélioration de la marque employeur, la réaffirmation des valeurs de l'organisation et de ses missions. D'ordre matériel ensuite, avec l'amélioration des conditions matérielles de travail, l'augmentation des salaires, l'aménagement du temps de travail au profit de la vie privée et de nombreuses autres actions relevant de ce que l'on entend traditionnellement par la Qualité de Vie au Travail (QVT). Ces réponses peuvent également être d'ordre fonctionnel, lorsqu'il s'agit de l'amélioration des fonctions occupées par les personnels, en assurant l'enrichissement des tâches et l'élargissement (ou au contraire la limitation) des responsabilités. Elles peuvent enfin être d'ordre managérial, à travers la promotion d'un nouveau style de management et de leadership (pluriel, empathique, inspirant, reconnaissant, humain, etc.). Ces éléments, évidemment importants, font partie de la panoplie des outils désormais classiques du management. Ils s'appuient toutefois sur un diagnostic principalement psychologique et/ou économique des causes de la crise du travail actuelle.

Une autre hypothèse complémentaire d'ordre sociologique sur les origines de cette crise et qui rappelle une dimension essentielle du travail, que tendent à oublier ou négliger les perspectives ci-dessus est celle de la dimension relationnelle (Bergeron et Castel, 2025). Toutes les stratégies

observées et décrites dans cette enquête (amont, aval, polyvalence, fidélisation, fonctions support, travail d'organisation permanent, etc.) visent à créer des conditions favorables à la coopération, qui apparaît comme un déterminant essentiel de la satisfaction au travail et de la performance. Mais jusqu'à quand ces stratégies seront-elles efficaces ? Le contexte actuel de rationalisation et d'accroissement de la compétition autour de ressources rares engendre la disparition du « slack » organisationnel et constitue une menace pour la coopération entre acteurs. Or si perte de sens au travail il y a, celle-ci est aussi liée aux difficultés de coopération nécessaire à la réalisation des tâches et activités qui ont du sens pour les agents et qui permettent l'accomplissement des missions de l'organisation.

BIBLIOGRAPHIE

Appavoupoullé F., (2025), « Coopération urgences-psychiatrie - un levier d'attractivité médicale à La Réunion », Revue hospitalière de France, n°623.

https://www.revue-hospitaliere.fr/article/cooperation-urgences-psychiatrie-un-levier-dattractivite-medicale-a-la-reunion/

Baszanger I., (1986) « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », Revue française de sociologie, vol. 27, n°1. www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280

Belorgey N., (2010), L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public », La Découverte.

Bergeron H., et Castel P., (2010) « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », Sociologie du travail, Vol.52, n°4.

http://journals.openedition.org/sdt/15179

Bergeron H., et Castel P., (2024), L'organocène. Du changement dans les sociétés surorganisées. Presses de Sciences Po.

Bergeron H., et Castel P., (2025) « La coopération au travail, prendre en compte le pouvoir », Revue hospitalière de France, n°623.

https://www.revue-hospitaliere.fr/article/la-cooperation-au-travail-prendre-en-compte-le-pouvoir/

Crozier M. et Friedberg E., (1977), L'acteur et le système, Seuil.

Dres M., Copin M., Cariou A., et al. (2023) « Job Strain, Burnout, and Suicidal Ideation in Tenured University Hospital Faculty Staff in France in 2021.», JAMA Netw Open. 6(3). https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2802817

DREES (2025), Enquête Urgences 2023. Études et résultats n°1334. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023

EHESP, (2019), « Module interprofessionnel de santé publique », Groupe n°6.

https://documentation.ehesp.fr/memoires/2019/mip/groupe%206.pdf?utm_source=chatgpt.com

Friedberg E., (1993), Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée., Seuil.

Gerrer P-A., Delignette M-C., Deberdt E. et Ray P., (2021), « Évaluation de l'épuisement professionnel chez les internes et jeunes médecins urgentistes. », Annales françaises de médecine d'urgence, Vol.11(5), 289-294. https://doi.org/10.3166/afmu-2021-0350

Le Monde, (décembre 2024) « Hôpital : aux urgences, le "désengorgement" promis par Emmanuel Macron n'a pas eu lieu ». Article de Mattea Battaglia.

https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/12/12/hopital-aux-urgences-le-desengorgement-promis-par-emmanuel-macron-n-a-pas-eu-lieu_6443360_3224.html

Martin, Graham P., Kocman D., Stephens T., Peden J. et Pearse R., (2017), « Pathways to professionalism? Quality improvement, care pathways, and the interplay of standardisation and clinical autonomy », Sociology of health and illness, Vol.39, n°8.

https://doi.org/10.1111/1467-9566.12585

Nurok M., et Henckes N., (2009) « Between professional values and the social valuation of patients: the fluctuating economy of pre-hospital emergency work » Social Science & Medicine, Vol.68, n°3. 10.1016/j.socscimed.2008.11.001

Paillet A., (2021) « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth. », Actes de la recherche en sciences sociales, 236-237(1). https://doi.org/10.3917/arss.236.0020.

Vassy C., (2004), « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. » Mouvements, 32(2), 67-74. https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067

Vezinat N., (2024), Le Service public empêché, Humensis.