

CONVENTION LISE - CFDT SUR LES CADRES HOSPITALIERS 2006/2007

PROJET DE RECHERCHE SUR LES CADRES HOSPITALIERS :

*« La mission et la gestion : mariage ou divorce ? »*

**EXTRAITS DU RAPPORT FINAL DE  
IVAN SAINSAULIEU**

**LE CADRE ANIMATEUR**

*FIGURE FRAGILE*

*D'UNE CONCILIATION LEGITIME*

(BILAN DES TROIS ENQUETES  
PRE-ENQUETE QUALITATIVE, ENQUETES QUANTITATIVES DU  
QUESTIONNAIRE CADRE ET DU QUESTIONNAIRE INFIRMIER)

**SEPTEMBRE 2007**

## Introduction

La thèse qui court tout au long de ce rapport est celle de l'existence de passerelles entre le métier et la gestion, dans le cadre de la mobilisation (plus ou moins participative) des soignants pour l'amélioration de la qualité de soins. Or, supposer qu'il puisse y avoir une convergence entre l'encadrement et le personnel est éminemment suspect en sociologie. Le problème vient des difficultés de se fonder sur les opinions d'un acteur pour en faire l'analyse sociologique, en particulier quand il s'agit des cadres :

- les cadres ont tendance à être consensuels, du fait de leur position d'encadrant ;
- la représentation des cadres ne se confond pas avec leurs pratiques ;
- une enquête sur les cadres ne peut reposer exclusivement sur un questionnaire à l'intention de ces derniers.

## Représentations et idéologie

La difficulté est telle que l'on aboutit à une sorte d'incapacité sociologique à préciser la catégorie des « cadres ». On peut retenir de la littérature générale la difficulté de définition objective et subjective des cadres, construction historique aux contours flous (Boltanski, 1982), caractérisée par une relation à la fois salariale et de confiance (Bouffartigue, 2001), constituant toujours une véritable « énigme sociologique » (Gadea, 2003). Cette énigme s'accroît du fait d'une nouvelle idéologie managériale. Luc Boltanski et Eve Chiapello (parmi d'autres) ont développé la thèse de l'avènement de la nouvelle idéologie du management participatif « anti-autoritaire », citant notamment des manuels qui appellent à la « subversion du principe hiérarchique » (*Le nouvel esprit du capitalisme*, 2000).

Malgré la différence de contexte évidente à l'hôpital, bureaucratie professionnelle où le profit n'est pas l'objectif caché et où les pouvoirs sont pluriels<sup>1</sup>, on trouve néanmoins une montée des préoccupations gestionnaires motivées par des raisons budgétaires et financières (Bonnici, 1998). Pour les cadres infirmiers, trois modèles différents se seraient ainsi succédé depuis l'après-guerre : ceux de la « vocation », de la « profession » puis de la « gestion » (Ferroni, Kober Smith, 2005). Le but de cette enquête était précisément de savoir comment est ressentie par les cadres hospitaliers cette montée gestionnaire et comment leurs pratiques s'en trouvent modifiées.

Notre hypothèse de la cohérence devient donc doublement paradoxale : n'y a-t-il pas une tendance des cadres à biaiser leurs réponses en vertu d'une idéologie managériale ? Et n'y a-t-il pas chez les cadres hospitaliers des traces d'un malaise, comme il en existe un chez les infirmiers (Sainsaulieu, 2003) ? Nous montrerons dans la première partie que la convergence des représentations n'est pas unique. Il y a une dominante, mais avec des variantes, donc il ne s'agit pas d'un pur prêt à porter idéologique. De plus, cette dominante comprend une dimension critique. Ainsi, le malaise a sa part.

---

<sup>1</sup> La question du rapport entre administration et professions n'est pas nouvelle à l'hôpital, où coexistent des lignes hiérarchiques différentes, pouvoir managerial et pouvoir médical (Binst, 1990), voire pouvoir paramédical (Schweyer, 1993). En même temps, l'équilibre (inégal) est toujours sujet à caution. D'une manière générale, la question de la multiplicité des pouvoirs a nourri les doutes les plus forts sur la possibilité de la mise en place d'une « réforme hospitalière » (Stasse, 1999).

## Représentations et pratiques

La sociologie des cadres invite à privilégier les pratiques sur les représentations. Dans un ouvrage récent, Frédéric Mispelblom ne traite ainsi plus des cadres, mais du fait d'encadrer. Il ne s'agit plus de l'analyse documentaire des recommandations pour les cadres, telles qu'on les lit dans les manuels de management, mais « des pratiques qui ne ressemblent guère aux préconisations et idéalizations écrites » (Mispelblom, 2006). Cet auteur rappelle que la *polyactivité* des cadres a été mise en exergue depuis longtemps (sans d'ailleurs pouvoir hiérarchiser l'importance des tâches, car le pouvoir est concentré entre peu de mains, au lieu de se distribuer entre des activités).

De même, on a traité *ad nauseam* la question de leur autonomie. Là encore, les représentations diffèrent des pratiques, le cadre lui-même différenciant son autonomie en général et son pouvoir de décision en pratique (Cousin, in Kharvar, Rouban, 2004). On reviendra sur la question de l'autonomie dans la deuxième partie. Pour cerner en deux mots la pratique d'encadrement ou de « cadrage », on peut retenir deux axes structurant. D'une part, du fait de sa position charnière, le cadre passe des compromis sans cesse entre le haut et le bas, il doit « tenir une position » dans la bataille, sous des pressions contraires. Il doit aussi faire passer un message dans un environnement chaotique, « indiquer le sens au travail au cœur d'une bataille d'orientations », « formuler des cadres opérationnels pour l'action » (Mispelblom, 2006).

## Une méthodologie comparative, qualitative et quantitative

Nous nous appuyons sur deux questionnaires parallèles, faisant suite à une enquête qualitative. Commencées avec des études nombreuses sur la socialisation des salariés de l'hôpital en général et des personnels soignants en particulier, nos recherches ont trouvé un prolongement logique dans la focalisation sur le groupe des cadres à l'hôpital, pour lequel des données existent sans avoir été exploitées<sup>2</sup>. Il existe des manuels techniques sur le management public en général et sur l'hôpital en particulier<sup>3</sup>, mais les cadres hospitaliers n'ont pas fait l'objet jusqu'à présent d'une approche sociologique approfondie, ni de publications à la fois spécifiques et englobantes : on dispose maintenant d'un corpus important sur les cadres en général<sup>4</sup> et de quelques contributions sur des cadres hospitaliers<sup>5</sup>. Le raccord entre les deux perspectives générale et sectorielle était un autre enjeu de cette enquête.

---

<sup>2</sup> L'enquête CFDT sur les cadres au travail (qui a donné lieu à la publication récente du même nom) a couvert le secteur hospitalier mais les résultats n'ont pas été exploités avec les autres (Kharvar et Rouban dir, 2004). Un des objectifs de cette enquête est précisément d'utiliser les données existantes, de cette enquête et d'autres, en partant de l'idée que les questions générales, comme par exemple le degré de satisfaction des cadres au travail (objet de l'enquête CFDT), prend une configuration particulière dans un secteur comme la santé, où la mission (de service public) s'ajoute à des dimensions professionnelles uniques (médicales, paramédicales) et foisonnantes (spécialités médicales et paramédicales, techniques, technico-médicales, administratives...).

<sup>3</sup> Par exemple le livre de Josette Hart et Sylvie Lucas, *Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres*, Lamarre, 2004.

<sup>4</sup> Voir la liste des auteurs cités plus haut.

<sup>5</sup> Par exemple sur les cadres infirmiers : Ferroni, I., Kober-Smith, A., « La professionnalisation des cadres infirmiers », *Revue Française de Sociologie*, 46-3, 2005 ; ou encore sur les directeurs de soin : François-Xavier Schweyer, « L'infirmière qui devient Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics », in *La compétence en question*, Pierre Merle dir., PUR, 1993.

Faut-il croire les cadres ? Luc Boltanski nous met donc en garde contre le discours à la fois « collectif » et personnel des cadres (1982). D'un autre côté, il est bien établi que les acteurs détiennent une part de vérité, que Bourdieu nommait « sens pratique » et qu'Antony Giddens a nommé « réflexivité ».

C'est pourquoi nous avons pris une précaution méthodologique : faire contrepoids aux discours des uns (cadres soignants) par le discours des autres (infirmiers), de même que nous comparons le discours des cadres soignants et celui des cadres non soignants. Concrètement, les entretiens des cadres ne sont pas forcément moins réalistes que ceux des infirmiers : le réalisme et la défense des intérêts des uns font écho à ceux des autres, et leur pouvoir éclairant dépend du problème considéré (c'est-à-dire de leur degré de proximité avec sa réalisation pratique).

Il faut noter l'avantage méthodologique de l'analyse quantitative. C'est l'intérêt de la quantification des représentations (et de leurs pratiques induites) de pouvoir espérer sortir quelque peu du discours par l'interprétation des chiffres, ce que ne permet pas forcément une analyse même fine de l'idéologie. La force du numérique c'est d'augmenter les probabilités de connaître la « vraie valeur », c'est-à-dire qu'un échantillon important nous rapproche de la population mère (Martin, 2005). Avec 1500 réponses de cadres et 500 réponses d'infirmiers, nous avons des chances de connaître l'état d'esprit des cadres et d'évaluer son rapport avec la réalité de leurs pratiques, grâce notamment à l'utilisation de logiciels spécifiques permettant une analyse multifactorielle (voir annexes méthodologiques 1 et 2).

Pour vérifier l'existence d'une certaine convergence dans les fonctions de l'encadrement soignant et avec le personnel, nous traiterons successivement les trois questions suivantes :

- existe-t-il une représentation commune chez les cadres ?
- Cette représentation est-elle relayée par les encadrés ?
- A quels besoins la coopération entre cadres et infirmiers répond-t-elle et quel type de cadre peut-il l'orchestrer ?

## UNE VISION DOMINANTE HETEROGENE

Le point émergent de cette recherche sur les cadres hospitaliers est l'existence de passerelles entre le métier soignant et la gestion, notamment autour du thème de la qualité de soins, qui induit une méthode participative. On a l'image d'un corps soignant intégrant cadres et non cadres dans une mobilisation pour l'amélioration de la qualité de soins.

Il se dégage un **profil dominant**, si l'on cumule les items majoritaires. Il n'y a pas, comme chez les médecins, de points de vue « d'écoles » opposées. Il y a un modèle apparemment unique, plus ou moins partagé, mais *sans contre modèle*. C'est le résultat auquel nous conduit l'enquête spécifique menée sur les cadres hospitaliers. Les cadres sont le support d'une politique de la qualité qui passe par le management participatif. Dans notre enquête, les cadres de soin apparaissent assez convaincus du bien fondé de la qualité de soins (définie avant tout par des compé-

tences professionnelles et des moyens suffisants<sup>6</sup>) et de la participation. Nous avons voulu tester leur adhésion et voir son lien avec la participation<sup>7</sup>.

## 11 – Le modèle dominant : un cadre animateur

Une **courte majorité détient le diplôme cadres** (devenu obligatoire en 1996), la plupart ont été pressentis au rôle de cadre par la hiérarchie en commençant par « faisant fonction ». Il s'agit d'une population de **sexe féminin, avancée en âge** (plus de 50 ans), avec une famille à charge, vivant en couple avec deux ou trois enfants d'âge également avancé. D'où peut-être une mobilité réduite : 45% n'ont pas connu d'autre établissement, malgré leur expérience professionnelle, avec une ancienneté aussi bien dans la profession d'origine que dans la fonction de cadre (plus de dix ans dans les deux cas)<sup>8</sup>.

Cette **population d'âge mûr, expérimentée, syndiquée, féminine**, bien répartie sur le territoire national, apprécie d'avoir une vision d'ensemble, d'être autonome et dresse un bilan positif de son action. Le **« positivisme »** se fait particulièrement ressentir par l'absence de considérations matérielles dans la satisfaction apportée par la situation de cadre : ni le salaire, ni les rythmes de travail, ni le statut cadre ne jouent sensiblement sur les motivations. A l'inverse, ce sont des facteurs positifs qui sont explicatifs : le goût de faire changer les choses, l'autonomie professionnelle plus grande, le management des personnes, la vision d'ensemble. On est aussi plutôt optimiste sur l'amélioration de la qualité de soins, malgré les contraintes budgétaires, voire grâce à elles : elles obligent à *« faire attention à ce que l'on fait »*. La routine fait moins problème que l'excès de diversité, complexité et contradiction des missions allant de pair. La contradiction fait partie intégrante du travail, elle est même nécessaire, comme le couple productivité et amélioration de la qualité de soin. Conscient d'être en position-charnière, le cadre en général (comme le cadre hospitalier) est classiquement dans un entre-deux, ménageant la chèvre et le chou.

Il est important cependant de noter que le profil dominant n'est **pas entièrement consensuel**, comme l'est un des sous-types minoritaires que nous allons analyser ensuite. *La critique* existe dans le modèle dominant, elle porte sur la dénonciation de contraintes fortes, comme la pénurie de personnels<sup>9</sup> ou la menace de pression financière à l'occasion de la mise en place des pôles, et la volonté de défendre le service public, pour l'égalité des chances. Cette défense du service public est incarnée : elle passe par l'appartenance à un collectif avant d'être un engagement de conviction purement individuelle ou de simple défense du statut.

---

<sup>6</sup> Sur la qualité, les commentaires libres envisagent « des prestations personnalisées adaptées », « du bon sens ! », « une mise à jour continue des connaissances »...

<sup>7</sup> Dans l'enquête LISE / CFDT Santé-Sociaux, 10 000 questionnaires de huit pages ont été diffusés par des canaux militants (mais avec un effort de diffusion aux non syndiqués, qui représentent 60 % des réponses).

<sup>8</sup> L'âge joue sur les projets : on songe davantage à changer d'unité ou de secteur avant 50 ans.

<sup>9</sup> Les tris croisés permettent de préciser que la pénurie est plus dénoncée dans les gros établissements que dans les petits. Ceci peut être en rapport à la fois avec le cadre de vie personnelle (en province) et de collaboration au travail (interconnaissance plus forte dans les petits établissements), mais aussi avec l'existence d'un environnement moins facile dans les grands établissements urbains ou périurbains (pression du flux, agressivité ou mal être).

La **dimension locale et de proximité** est une composante forte de la satisfaction<sup>10</sup>. Les cadres considèrent leur rôle comme ayant une dimension spécifique, soit comme une profession à part entière, soit comme une compétence développée sur la base du métier d'origine, mais dans un flou réglementaire (aussi bien au niveau national que local). Ils connaissent les orientations de leur établissement, mais ils estiment qu'on ne les consulte pas régulièrement. Ils affirment leur professionnalisme plutôt dans le cadre du projet de service ou d'unité, c'est-à-dire au niveau de proximité immédiat. **La gestion des imprévus (locaux) compte plus** que la gestion prévisionnelle (plus générale). La gestion éloigne du soin, alors que l'animation de l'équipe, comprenant autant les plannings que l'ambiance dans le service, représente l'activité principale. Les plannings pèsent notamment contre la formation des personnels. La gestion des plannings est à mettre en relation avec la pénurie de personnels, première difficulté identifiée. Les cadres attendent d'abord la **reconnaissance de leur personnel**, avant tout autre acteur (direction, pairs, patients, médecins), et se sentent partie intégrante de l'équipe, plutôt qu'à distance pour l'encadrer.

Cet **attachement au collectif de proximité** se traduit par le **goût revendiqué de la participation**, fortement plébiscitée, et de la valorisation du travail effectué, avec le primat des qualités relationnelles et d'écoute du cadre (95 %), à côté des capacités d'organisation (90 %), puis de l'expérience (58 %) et la formation (36 %)<sup>11</sup>. Cependant, la participation reste pour l'essentiel limitée à la gestion du matériel et à l'encadrement des stagiaires. La conception du partage des décisions est minoritaire, même si les pourcentages d'implication du personnel dans les décisions sont assez élevés, la consultation des personnels recueillant 90 % d'avis favorables ou très favorables. Les moyens participatifs sont tous plébiscités à plus de 60 % en moyenne, l'entretien informel étant le moyen privilégié en cas de problème<sup>12</sup>. L'engagement du cadre au travail doit être entier, on ne peut pas le faire à temps partiel, même si la vie familiale ou privée passe tout de même avant, comme en témoigne la prise des journées RTT, avec une articulation difficile entre les deux. La majorité fait du sport, gage peut-être ou en tout cas corollaire de cet engagement actif<sup>13</sup>.

On voit donc ressortir l'image d'un **cadre engagé**, voire « missionnaire », dévoué au personnel et au patient. Ce qui n'empêche la formulation de critiques, on l'a vu, et un certain dépit sensible dans la formulation d'un sentiment de solitude ou de regrets sur le manque de coopération entre cadres ou avec les médecins, avec qui les relations sont parfois tendues.

---

<sup>10</sup> En cela, ils sont dans la droite ligne des nouvelles directives pour l'encadrement intermédiaire, qui doit se rapprocher de l'équipe, développer les compétences et la valorisation du travail des salariés et pratiquer un management participatif (Anousheh Karvar, « Pour une vraie reconnaissance », *Multiplés*, Mensuel des adhérents CFDT-Santé Sociaux, Janvier 2005).

<sup>11</sup> Dans les commentaires libres, les cadres interrogés ajoutent notamment des capacités de résistance (« ténacité », santé solide) et de hauteur de vue (« sens de la responsabilité », « prendre du recul »). Ils valorisent donc l'observation et l'expérience contre les recettes toutes faites du management (cf. Le Goff, 2000).

<sup>12</sup> L'engouement participatif s'apprécie aussi par la variété des suggestions dans la catégorie « autres » de la question sur les moyens participatifs. Citons pour mémoire : « travaux de groupe », « participation à des projets, élaboration d'outils », « projet de soin de l'unité », « retours positifs collectifs par affichage », et, de façon réitérée, « soutien dans un projet/formation » ou « responsabilisation »...

<sup>13</sup> Les non syndiqués font plus de sport et d'activités artistiques que les syndiqués, qui pour leur part sont davantage portés que les non syndiqués sur les activités associatives et, dans une moindre mesure, politiques. Les femmes font également plus de sport que les hommes, mais moins d'activités associatives.

Ce profil ne doit pas cacher des différenciations. Leur analyse est rendue possible par le recours aux tris croisés et à l'analyse multifactorielle des correspondances. Des tris à plats, il ressort un profil majoritaire confirmant l'existence, sinon de pratiques, du moins de représentations dominantes chez les cadres hospitaliers. L'analyse multifactorielle fait apparaître néanmoins des éléments de différenciation entre eux.

## 12 - La différenciation des profils de cadres

L'analyse multifactorielle permet de projeter sur un graphique des réponses organisées autour de deux axes<sup>14</sup>. Nous avons pu dessiner ainsi quatre ensembles (à partir de « nuages de points ») grâce à la signification des deux axes structurants : l'un oppose ceux qui sont pour et ceux qui sont contre l'organisation, l'autre oppose ceux qui sont pour et ceux qui sont contre la participation.

### 121/ Des cadres consensuels

L'axe de l'organisation différencie des sceptiques et des croyants dans l'organisation. Comment situer ces deux types de cadre du point de vue des variables passives (identité) ? On a peu de différenciation objectivante (selon l'âge, le sexe, etc.). Cependant, la variable cadre supérieur apparaît fortement dans le camp consensuel et celle de cadre de santé dans le camp critique<sup>15</sup>.

Pour les champions de l'organisation, tous les feux sont au vert, en tête desquels la qualité (qui s'améliore). Il s'agit d'un profil **optimiste et consensuel**, à dominante organisationnelle. Le cadre prend sa place dans une machine bien huilée, d'où sa confiance dans l'organisation.

Etre cadre, c'est avoir de bonnes *capacités d'organisation*. L'organisation prend plus de place que la relation aux patients. Le cadre est distancié de l'équipe pour mieux l'encadrer. Il est aussi en capacité de prendre l'initiative, d'impulser une dynamique organisationnelle. Il s'agit de faire fonctionner et d'améliorer l'organisation dans laquelle on prend toute sa place.

Finalement, la seule hésitation de ces cadres de l'organisation concerne l'initiative des professionnels de terrain... Le terrain tend à se venger par l'intermédiaire des cadres critiques.

### 122/ Des cadres critiques

Pour les cadres critiques, l'isolement est la variable la plus distinctive. Il s'agit d'un profil à la fois **d'opposition basiste, attaché au métier de base et pessimiste sur les chances d'amélioration**.

En même temps, le « basisme » est limité par l'attentisme du personnel. Le cadre fait partie de l'équipe, mais l'exercice de l'encadrement n'implique pas la prise en

---

<sup>14</sup> Voir note méthodologique en annexe.

<sup>15</sup> Cela ne signifie pas que les cadres supérieurs sont en majorité de ce côté-ci. Cela signifie que ce profil « consensuel » concerne plus les cadres supérieurs que les cadres de santé (et inversement pour le profil « critique »). En termes de proportions, il s'agit de toute façon de profils minoritaires, définis précisément par leur écart par rapport à la moyenne.

compte de l'avis de chacun. La participation est jugée impossible. On n'aime pas l'idée de la communauté, d'un collectif d'appartenance au service des autres.

**Le scepticisme** se manifeste donc à l'encontre des interactions horizontales comme verticales. On est sceptique sur la participation et la délégation des plannings, comme sur l'évaluation des personnels et sur l'encadrement du service, aussi bien du point de vue des soins que de la gestion de l'activité.

On voit donc comment la critique peut manquer de supports, de locomotive. Réaliste par bien des aspects, refusant radicalement d'avaler des couleuvres, ce profil peine pourtant à définir ce qu'il veut, notamment du fait de son scepticisme à l'égard de ce à quoi il est le plus attaché (le collectif soignant). L'interaction est donc gravement handicapée, et de fait l'avenir est sombre. Il s'agit d'une « *conscience malheureuse* » (Hegel).

On va voir que le seul projet existant à la fois critique et reposant sur une dynamique à la base, c'est le projet participatif. Il a pour particularité de ne pas être en opposition frontale avec les sommets, qui ne sont pas nécessairement pires que les personnels sur le terrain. Ce qui signifie aussi de sortir de l'opposition entre profession et organisation, conséquence il y a dix ans de la mise en place d'un modèle gestionnaire dans le management hospitalier, en France comme en Grande-Bretagne (Ferroni, Kober-Smith, 2005).

### 123/ Des cadres participatifs

L'axe de la participation, différencie des pro et des anti-participation, un engagement participatif pour la qualité et une distance hiérarchique pour encadrer. On distingue des soignants non participatifs et des non soignants participatifs. Le schéma de la vocation traditionnelle ne va pas de pair avec les méthodes participatives de cadres animateurs, sans doute un peu plus jeunes.

Le recours aux moyens participatifs est déterminant dans ce profil, que ce soit la reconnaissance du travail bien fait, la désignation d'agents référents, l'entretien avec les personnes en cas de nécessité, la diffusion large de l'information, ou la contribution du personnel à l'élaboration du projet de service.

Il s'agit d'*encadrement participatif*, ou qui croit à la participation, à l'initiative du personnel, au projet de service et à l'affirmation de valeurs collectives<sup>16</sup>. La différence avec le profil administratif ou hiérarchique est accrue par la place prise par le travail relationnel avec les familles et les patients, par les plannings du personnel et les méthodes de management où l'on impulse soi-même une dynamique, où manager des personnes est ce qu'on apprécie le plus. Il s'agit donc d'un pôle entreprenant, qui intègre beaucoup d'éléments de la gestion et de la profession, se distingue avant tout pour son **engagement relationnel** tous azimuts, avec les patients, les familles, les médecins, l'équipe, la seule réserve concernant les autres cadres, comme si se lancer dans une telle équipée innovante ne plaisait pas à tout le monde, d'où la difficulté de la coopération.

---

<sup>16</sup> Le nombre de rajouts concernant les méthodes participatives individuelles et collectives est révélateur de cet état d'esprit : « travaux de groupe », « participation à des projets, élaboration d'outils », « projet de soin de l'unité », « projets transversaux », « retours positifs collectifs par affichage », « responsabilisation », « accompagnement du projet de formation », « soutien dans son projet », « favoriser l'esprit d'équipe », « action du collectif interdisciplinaire », « comme une équipe de foot : le cadre est plutôt l'entraîneur que le capitaine », « gestion administrative utile mais lourde ».

Cette confiance dans l'engagement professionnel et organisationnel ne va pas sans *critiques*. Non seulement le cadre participatif ne se situe pas du côté de la direction, mais il n'hésite pas à critiquer bien des aspects de la gestion nouvelle, distinguant une bonne gestion au service de la qualité et une mauvaise gestion « financière » contre cette dernière. Ainsi, la qualité est un combat qui intègre bien des dimensions de la rationalisation mais qui en même temps doit s'inscrire dans **une éthique, dans laquelle prime la relation à autrui**. On voit donc ce qui distingue le profil participatif (minoritaire) du profil dominant, que nous nommons « animateur » : **le cadre participatif radicalise le profil animateur**, il se dissout dans l'équipe soignante, valorisant le personnel, le statut et la coopération avec les médecins, plutôt qu'avec les autres cadres ou la direction.

#### 124/ Des cadres hiérarchiques

Le pôle hiérarchique se distingue par la négative : il répond souvent qu'il ne sait pas ou il ne coche pas les items sur lesquels s'affirme le pôle participatif. Le cadre hiérarchique défend l'administration ou le côté *administratif* de la régulation. Il croit moins en son initiative individuelle ou collective qu'à la vertu de dispositifs contraignants. Paradoxalement, il n'a pas été pressenti cadre par sa hiérarchie, mais cela semble coïncider avec son manque de confiance dans les autres. Il n'a pas trop de projets, sinon de changer d'unité.

Ce profil incarne *l'autorité*. Il défend une répartition traditionnelle des rôles. Peu interactif, il ne s'intéresse pas aux fonctions transversales ni à une formation supplémentaire, il recherche peu la relation à autrui et c'est probablement la raison pour laquelle il ne se sent « jamais » isolé

Le cadre hiérarchique se distingue donc du cadre consensuel dans sa dimension relationnelle faible, sur laquelle il se rapproche davantage du profil critique que du profil consensuel, tout en étant à l'opposé du profil participatif.

La direction de l'établissement peut en effet s'appuyer soit sur un type de cadre hiérarchique traditionnel, d'accord pour faire des économies mais pas prêt à remettre en question ses pratiques ; soit sur un encadrement plus dynamique, assurant une meilleure cohésion du personnel, mais plus remuant et autonome ; soit sur un type de cadre très consensuel, approuvant un peu tout, plus « légaliste » « qu'innovateur » (Alter, 2000). Enfin, elle doit tenir compte d'un état d'esprit critique, pas vraiment virulent, mais attaché à la profession et qui se sent potentiellement exclu ou en voie de dépression.

### 13 – Des caractéristiques du cadre participatif

A ce stade, on peut s'interroger plus en détail sur le type de cadre participatif. Si notre hypothèse sur un modèle de cadre consensuel a dû en effet être nuancée du fait des critiques incluses dans le modèle dominant et de l'existence de types différenciés, le participatif reste cependant un trait prédominant sur l'ensemble des personnes interrogées. Comment mieux identifier cette option participative ? On note deux effets importants : ceux du *diplôme* et du *genre*.

D'une part, l'importance de la cohorte qui est passée par le diplôme cadre. Celui-ci opérerait un tournant : avec l'obtention du diplôme, on semble plus sensible à la question de la participation, ainsi qu'à la définition de la fonction cadre comme une profession à part entière. Cet **effet diplôme** est accru dans la tranche d'âge 45-50

ans, plus massivement diplômée et plus sensible aux initiatives et à la contribution du personnel, ayant plus de goût pour le management des personnes et la gestion des activités du service<sup>17</sup>. A la marge, l'effet diplôme fait également apparaître un fort engagement des moins diplômés (inférieurs au bac) pour une participation « démocratique » (association, encouragement et information larges du personnel).

D'autre part, les **femmes sont plus sensibles au participatif** que les hommes. Comme si elles étaient moins intéressées par le pouvoir (bien que plus présentes aux commandes de l'hôpital que les hommes), elles ont plus le sens de la délégation, pour l'élaboration des protocoles infirmiers ou pour la nomination d'agents référents, de la reconnaissance et de la valorisation du travail bien fait, du recours à l'entretien avec les personnes, de la formation professionnelle et de la diffusion de l'information. Il y aurait donc un management au féminin, plus soucieux de l'écoute et de l'efficacité professionnelles, d'où leur préférence participative plus accentuée que celle des hommes, dans les détails concrets de la participation.

Enfin, une précision doit être apportée sur la *différence entre les pratiques et les représentations*. D'une part, l'affichage ne correspond pas nécessairement à la pratique, même s'il suffit en lui-même à différencier des profils de cadre. D'autre part, les réponses se nuancent entre elles ou sont à double sens. Ainsi, l'affirmation dominante d'un management participatif est relativisée par le refus du partage des décisions ou la délégation massive de l'encadrement des stagiaires aux infirmiers. Cette « participation » des infirmiers à l'éducation des stagiaires montre en effet l'ambiguïté de la participation qui peut traduire aussi bien un engouement pour l'engagement de tous dans l'amélioration de la qualité de soins que le souci de se décharger de ses responsabilités sur d'autres. De même, le choix d'une réponse ne signifie pas toujours l'adhésion de la personne répondante, mais peut aussi exprimer une possibilité<sup>18</sup>.

On voit donc tout l'intérêt de comparer *in fine* les réponses des cadres à celles des infirmières, qu'une grande majorité d'entre eux encadrent directement. Ce n'est qu'à l'issue de cette comparaison que nous pourrons revenir sur la typologie des cadres soignants.

## UNE VISION PRATIQUE ?

Nous avons vu qu'il existe une vision dominante d'un cadre animateur chez les cadres. Comment établir un rapport entre cette vision et les pratiques de cadrage du travail soignant ?

Pour se rapprocher de la réalité des pratiques, il était important de contrebalancer les propos des cadres sur leurs pratiques de management par le point de vue de

---

<sup>17</sup> Les plus jeunes (- 40 ans) ne sont pas les plus favorables au participatif. Ils sont plus en demande de mobilité et de formation supplémentaire, ainsi que de temps partiel s'ils sont en couple. Ils sont également plus satisfaits d'avoir une vision d'ensemble depuis qu'ils sont cadres, surtout s'ils sont du niveau du bac.

<sup>18</sup> Un commentaire est à ce sujet éclairant : ne cochant pas la réponse « reconnaissance du travail bien fait », un cadre commente : « impossible. Rien ne nous permet de valoriser un membre du personnel dans les conditions attendues ».

leurs subordonnés, en particulier dans le secteur soignant, très majoritaire (et assez homogène) à l'hôpital.

Il est incontestable que, dans le domaine du soin, les troupes approuvent largement l'encadrement intermédiaire. Pour autant, la convergence est moins facile que ce que laisse croire le point de vue des cadres hospitaliers en général et des cadres infirmiers ou particulier.

## Méthodologie

Nous nous appuyons ici sur des tableaux comparant les réponses aux deux questionnaires. Le profil majoritaire des infirmiers apparaît avec de fortes similitudes et également de forts contrastes. Il nous a semblé plus judicieux de traiter successivement les deux aspects en comparant avec les réponses des cadres, plutôt que de dresser un profil infirmier autonome. A cela, deux raisons fortes : d'une part, l'étude est centrée sur les cadres, l'enquête sur les infirmiers devant donner des éléments d'interprétation supplémentaires ; d'autre part, le panel infirmier représente le tiers des réponses du panel cadre, ce qui limite l'opportunité d'une comparaison systématique entre deux profils autonomes.

## 21 – Convergences sur les valeurs du travail et de l'organisation

Voyons tout d'abord les **caractéristiques objectives** partagées par les répondants. Infirmiers et cadres se retrouvent sur un premier volet qu'on peut appeler un **contenu commun du travail**. La convergence s'exprime en des termes assez nets sur les questions de *la qualité de soins*. C'est là que les chiffres sont les plus élevés. La qualité de soins est un thème fortement plébiscité, comme vecteur des compétences professionnelles, lié aux moyens en matériel et requérant une évaluation permanente. On peut rapprocher ces tendances des réponses sur l'attente de *reconnaissance* : une homologie structurelle des deux catégories est. L'idée du *métier* est également rassembleuse, puisque les deux catégories s'accordent à caractériser l'activité du cadre comme une compétence en plus du métier. Dans le même ordre d'idées, le *service public* est un autre thème consensuel, dans ce qu'il représente.

On voit donc comment, dans ce premier volet, s'exprime le **souci du contenu plutôt que du contenant**. Moins bureaucratique que professionnelle, l'activité de soins commune suppose, au cœur des compétences, le souci de la qualité et de la performance (à évaluer), la mission égalitaire de service public et des moyens adéquats. La paie, le statut et l'avis de l'autorité hiérarchique importent moins que ce que l'on fait pour le patient.

Le deuxième volet consensuel regroupe des réponses portant sur les cadres comme **vecteur d'organisation**. Les cadres sont *utiles*, ils améliorent plutôt les choses. Leur motivation réside dans le management des personnes pour faire changer les choses. Aussi les infirmiers sont-ils unilatéralement satisfaits des relations de travail avec les cadres, même s'ils préfèrent les relations de travail avec les médecins, sans doute jugés plus proches du travail effectué. Qu'il soit féminin ou masculin, le cadre doit, par ordre de préférence : savoir écouter, avoir des qualités d'organisation, animer l'équipe, invoquer le bien du malade, rappeler le règlement. La *participation* réunit les deux catégories dans ses dimensions de la consultation préalable, du partage des décisions et de la diffusion de l'information.

Conformément à l'identité « non bureaucratique » décelée dans le premier volet, les cadres sont moins là pour contrôler que pour leur utilité à la collectivité de travail. On retrouve là l'idée du contenu, à la différence que, dans l'organisation, le souci du contenu se traduit par le **partage du pouvoir**. Il faut que tous soient consultés, voire associés aux décisions. L'exemple de l'encadrement des stagiaires est illustratif. Alors que l'on pourrait s'attendre à un rejet franc du travail supplémentaire qu'il représente, sa présence massive dans les réponses suggère un accord réciproque fondé sur le respect mutuel et le partage du pouvoir entre cadres et infirmiers. On s'exprime donc dans un idéal démocratique rassemblant les membres d'une **communauté soignante**, soudée par les mêmes valeurs égalitaires.

La variété des sujets abordés dans la critique commune suggère qu'il n'y a pas d'ennemi clairement identifié. Si la gestion est la plus suspecte et pèse sur l'activité, elle est assez impersonnelle. Il y a des effets systémiques pesants (procédures, planings), voire empiétant sur la vie privée, mais la direction de l'hôpital, l'institution ou la hiérarchie ne sont pas plus clairement désignés du doigt que les médecins ou les collègues professionnels. Il y a donc l'idée d'un **système sous tensions** plutôt que d'une domination particulière, ce qui va dans le sens du rejet d'une bureaucratie, à tendance productiviste, pour la préservation du collectif soignant.

## **22 - La mise à distance des cadres : des équipes jalouses de leurs prérogatives**

La perception du travail des cadres par ces infirmiers diffère à plus d'un titre avec la vision par les cadres de leur travail. Au fond, si tous deux convergent sur le primat de la pratique ou du contenu du travail, les infirmiers refusent son partage aux cadres. **Ils distancient les cadres de l'équipe de soins**, ces derniers étant jugés plus loin de l'équipe qu'ils ne le pensent. Pour les infirmiers, les cadres ne gèrent que peu les relations dans l'équipe, voire l'activité du service. Les cadres sont jugés aussi plus hiérarchiques qu'ils ne se le représentent.

Autrement dit, on trouve ici de quoi nuancer la convergence de principe exprimée plus haut. Le parallélisme de leurs points de vue sur les valeurs, le contenu du travail qu'il convient de faire ou d'attendre (la qualité de soins, l'égalité du service public, l'importance du métier, des moyens, de la reconnaissance des patients) cesse devant **l'exposé des pratiques**. Les infirmiers trouvent les cadres moins attelés à la tâche qu'ils ne devraient l'être, selon eux.

Les jugements directs des infirmiers sur les cadres peuvent donc être assez sévères. La question n'est pas tant qu'ils soient la pierre de touche du travail « réel » des cadres, car ils ont leur part de fantasme, imaginant des cadres motivés par le statut ou la rémunération, ou passant leur temps en réunion... et où commence et finit le fait de s'occuper des patients ou des familles ? En vérité, l'importance du statut (ou la rémunération) des cadres apparaît certainement davantage à ceux qui ne l'ont pas (les infirmiers). A l'inverse, les cadres ont probablement tendance à exagérer certains dispositifs, comme ceux de la participation, ou à juger de la compatibilité de la productivité et de la qualité de soins sur le plan logique des principes plutôt que dans la concrétisation quotidienne dans la pratique soignante.

La question n'est donc pas de savoir qui a raison dans l'absolu que de se rendre compte que **la différenciation se fait à l'aune de sa pratique** particulière : chacun voit l'autre au travers de son activité. Le cadre pense l'infirmier dans la participation qu'il met en place, l'infirmier ne voit pas le cadre dans le travail qu'il réalise. La question de la recherche sera donc, à la limite, de savoir qui est le mieux placé pour par-

ler de chaque question, et aussi de rendre compte à quel point une partie de l'activité de chacun est opaque pour l'autre, alors qu'ils se côtoient tous les jours<sup>19</sup>.

Pour autant, ce bilan analytique n'éteint pas complètement notre soif de pratiques. Si nous avons vu que la vision des cadres et des infirmiers éclaire de façon convergente un domaine des pratiques, comment éviter le relativisme et dépasser les oppositions liées à des visions particulières et divergentes, voire opposées ? Dans la troisième partie, nous allons réfléchir aux notions de collectif, de qualité, de participation et de communauté en les confrontant à d'autres études, sans cesser de revenir à notre terrain en utilisant d'autres ressources de notre matériau.

## **UNE SYNERGIE PROFESSIONNELLE ET ORGANISATIONNELLE**

Le management participatif pour la qualité apparaît bien comme un élément de convergence de principe entre cadres et infirmiers. Pourtant, il rencontre des contradictions en pratique. La contradiction est visible dans le décalage entre les réponses des cadres et des infirmiers sur l'intérêt du travail de l'encadrement : enrichissant pour les uns, il est vu comme routinier par les autres. De même, la perception du management participatif n'est pas confirmée en pratique par les infirmiers, qui le jugent moins présent que ne le voient les cadres. Enfin, les cadres eux-mêmes trouvent leur travail contradictoire, indiquant par là que la participation n'est pas la panacée résolvant tous les problèmes. De leur côté, les infirmiers trouvent également que les cadres peuvent parfois améliorer le fonctionnement du service.

D'où la question : comment identifier un management contraignant, enveloppé d'un brouillage idéologique, et un management « arrangeant », ancré dans une démarche participative ? Pour faire le tri, il nous faut au préalable approfondir la question en passant par la sociologie des démarches « qualité » et participatives.

### **31 - Possibilités d'un collectif participatif**

Présentée comme un idéal, la qualité « totale » que par définition on n'atteint pas, souvent fortement prescriptive mais abstraite, et donc facteur de frustration (Dujarrier, 2006), tend à discipliner les agents aux impératifs productivistes par le biais de leur engagement subjectif (De Gaulejac, 2006). L'autonomie, gage d'engagement et donc de qualité, se transforme donc en piège suprême : on n'est plus dans un défaut d'autonomie au travail mais dans un trop plein manipulateur.

#### 311 / Le besoin d'engagement

L'autonomie du cadre est ambiguë. Les cadres sont autant dépendants qu'autonomes (Cousin, 2004). L'autonomie est aussi une illusion nourrie par les cadres du fait de leur position de responsabilité. L'activité du cadre ne vérifie pas l'impression d'autonomie qu'il attache à son poste, car « son autonomie ne porte que sur un certain nombre de procédures, pas sur les objectifs et les orientations dic-

---

<sup>19</sup> Nous avons dû renoncer à traiter les réponses des infirmiers concernant les cadres supérieurs, tant le nombre de sans réponses était élevé. Ils sont trop loin pour juger, nous disent-ils en substance, sans se rendre compte que c'est aussi le cas, dans une moindre mesure, pour les cadres infirmiers. Mais il est vrai que la proximité de ceux-ci en fait des interlocuteurs en vis-à-vis, dont la présence oblige à se positionner, par principe de réalité.

tés par les directions ». L'autonomie peut être en pratique du côté de la résistance à la direction : « ceux qui se croient les plus autonomes sont en fait les plus obéissants » (Bouffartigue, Bouteiller, in Livian dir, 2005).

Ambiguë, l'autonomie n'est pourtant pas un vain mot ; c'est moins l'autonomie qui est en cause que ses limites, ses conditions d'exercice. Béatrice Appay développe par exemple le thème de « l'autonomie contrôlée » (Appay, 2005). L'idée est moins que l'autonomie et la responsabilité équivalent à leur contraire (la contrainte), mais que l'absence de protection, de solidarité et de garantie qui l'accompagnent en font une source de souffrance au travail (Dejours, 1998), de dépression sociale (Ehrenberg, 1998), de précarité qui, elle, est synonyme de soumission (Appay, 2005). Le défaut de droits politiques et sociaux notamment, mais plus largement le *défaut de socialisation* ont pour résultat de créer une « autonomie démunie », dans laquelle l'individu est exposé, vulnérable, il se responsabilise tout en se soumettant aux injonctions dominantes faute de pouvoir y résister.

Or cette instabilité appelle un besoin de stabilité. Richard Sennett exprime en des termes plus généraux l'instabilité concernant le travail, sa durée (mobilité forcée), le talent qui s'y exerce (on célèbre le potentiel plutôt que le bilan, alors que « l'idéal du métier consiste à apprendre à faire une seule chose vraiment bien »), le moi qui s'y forge, abandonnant l'expérience passée pour se projeter vers l'avenir (Sennett, 2005). Or, nous dit Sennett, la plupart des gens ne sont pas ainsi : « ils ont besoin d'un récit de vie durable, ils s'enorgueillissent de bien faire quelque chose de précis et ils prisent les expériences qu'ils ont vécues ».

D'où l'importance du métier pour ceux qui l'exercent : « le métier possède une vertu cardinale qui manque (...) dans la nouvelle culture : *l'attachement* ». Le métier suppose, indépendamment des défauts qui l'accompagnent (côté obsessionnel, compétition féroce, etc.), une capacité d'objectivation « hors de ses désirs » et des « gratifications reçues des autres » ; il appelle « une forme d'engagement désintéressé » qui est de nature à « remonter les gens ; sans quoi, ils succombent dans la lutte pour survivre » (*ibid*, conclusion). L'auteur pense que ce qu'il appelle la culture du nouveau capitalisme ne favorise pas *l'engagement*, car le temps court dominant et le manque de prodigalité de l'institution envers ses membres découragent l'engagement – ou le déçoivent. Un siècle après Simmel et la découverte de la superficialité mondaine comme mode de vie nécessaire du fait de l'accélération des interactions au cœur de la modernité urbaine, Richard Sennett décrit un « homme sans qualités » dominé par une culture superficielle où l'engagement n'est pas possible. Mais il plaide a contrario pour l'engagement dans le métier, ou se recrée une forme de communauté perdue. Resserrant le lien social, la profession est de nature à ressourcer l'éthique : Eliot Freidson plaide ainsi également pour un néo-professionnalisme éthique, à renforcer face à l'appauvrissement de la qualité de service sous la double pression du bureaucratisme et du marché (Freidson, 2004).

### **312 / Mythe et réalité de la communauté au travail**

La communauté d'entreprise est souvent idéologique. Alain Ehrenberg dénonçait il n'y a pas si longtemps l'appartenance à une pseudo communauté d'entreprise, nouvelle forme d'aliénation du sujet. Cependant, le culte de la performance signifiait chez lui une quête égalitaire dans la compétition, où se joue dans la comparaison l'autonomisation et la réalisation de soi. C'est-à-dire qu'il s'agit d'un processus

ambigu où justice, concurrence et accomplissement personnel sont mêlés. La société de la concurrence s'ouvre à tous, donc elle peut profiter de l'apport de n'importe qui. Il montre comment l'implication participative a remplacé l'engagement au sens de la vocation, la transcendance en moins : « participer n'est idéalement pas autre chose qu'agir sur soi-même en n'ayant d'autre représentant que soi-même » (Ehrenberg, 1991).

Ce nouveau paradigme de la vie sociale n'est plus que marginalement contesté par les acteurs. Seules des retraits communautaires disputent le succès du nouvel individualisme, pour les déçus de la concurrence et de la performance. La communauté d'entreprise consiste au contraire en une adhésion au projet de l'entreprise, et non en un repli communautaire tribal ou contestataire, en marge de la société. La gestion des ressources humaines passe du commandement à celle de l'animation qui vise non l'éradication de l'autonomie, mais sa stimulation en quelque sorte à l'intérieur du sujet pour qu'il agisse par lui-même. « Ce leadership fluide ne constitue en aucune manière une libération a priori de l'individu (que le management bureaucratique protège) mais une transformation des formes de gouvernement sur la frange non précarisée du salariat » (Ehrenberg, *ibid.*).

On peut se demander si à l'hôpital, lieu d'emploi protégé, l'injonction à la performance individuelle, l'idéal à atteindre ne constituent pas un exercice privilégié de réalisation de soi, malgré le stress et l'épuisement ? La question est : l'épuisement à la tâche vient-il de l'autonomie et des ressources que l'on puise en soi pour s'adapter ou bien de la trop forte exposition au changement ? Les conditions de travail, le degré de sollicitation du professionnel autonome sont un problème plus que l'autonomie. Surtout si en plus les efforts prodigués par ces professionnels autonomes ne sont pas reconnus. Trouver une forme de reconnaissance, c'est trouver un baume à la surexposition individuelle, un complément social à l'autonomie, une socialisation qui manquent au héros solitaire de la performance. D'où l'importance du thème de la communauté au travail.

A condition qu'elle soit réelle. Plus récemment, Nicolas Flamant montre comment elle est l'apanage politique de la direction qui cherche à fabriquer une cohésion au sein de laquelle elle assoit son autorité légitime d'une part, elle crée le cadre d'action cohérent pour effacer les contradictions d'autre part. Il constate des différences de fonctionnement des divisions de l'entreprise, qu'il attribue à des appartenances extérieures à l'entreprise, récusant le terme de « culture » interne. La culture d'entreprise est d'autant plus fortement contraignante et normative que le pouvoir traditionnel fondé sur l'autorité hiérarchique est moins fort. Le nouveau pouvoir managérial consiste à « agir sur les représentations », à « fournir à autrui une lecture de lui-même et de son environnement qui assigne le sens de sa présence, de son statut et de son action dans l'entreprise, et qui présente comme socialement acceptable, voire désirable, ce que l'on attend de lui » (Flamant, 2002). On peut donc manipuler la question de la communauté comme on manipule le thème de l'autonomie.

Comme le note Anne Salmon, la situation dans les services publics est un peu différente, du fait « d'un bien commun comme horizon de sens » (Salmon, 2006). Il faut signaler l'importance de la transcendance éthique dans ce cadre, qu'il s'agisse d'EDF (Salmon, 2006), du travail social (Bouquet, 2007) ou des hôpitaux (Sainsaulieu, 2007). En ce qui concerne le service public, la dimension d'équité ou d'égalité

d'accès est en effet particulièrement importante, même si le contenu varie<sup>20</sup>. Mais l'affaiblissement des groupes de socialisation au travail rend cette culture moins offensive, moins propre à stimuler l'action collective. Et sa transcription officielle dans une charte éthique de l'entreprise ne remplace pas, aux yeux des salariés, cet ancrage au sein du travail. Ainsi la culture d'entreprise est une nouvelle fois prise pour cible, comme substitut idéologique à un ciment collectif voulant « combler le déficit de coopération » et tempérer la compétition, mais qui ne « s'ancore pas véritablement dans l'organisation du travail » (Salmon 2006). Dans une logique durkheimienne, le désir de croire s'évanouit avec la vitalité de la communauté : « la morale, comme l'école durkheimienne l'a souligné, est bien essentiellement l'émanation d'un groupement » (Flamant, 2002).

### 313 / L'ancrage du collectif à l'hôpital

La qualité a une place à part à l'hôpital. Alors que dans le privé les salariés ne remarquent pas la mise en place de dispositifs qualité et moins encore celle de la participation (surtout dans la durée) qui lui est associée, la métallurgie (automobile) et les établissements hospitaliers font notamment exception (CFDT, 2001). Le travail s'est enrichi dans l'automobile, mais l'autonomie accrue s'accompagne d'une plus grande charge de travail et d'un stress plus élevé. Dans les établissements hospitaliers, c'est davantage la qualité et la participation collective qui sont visées par l'enquête, avec comme résultat majeur que la moitié des personnes remarquent l'existence d'un projet de soin et qu'un tiers disent y avoir participé. Il est à noter cependant que les démarches participatives ne sont pas indépendantes des aménagements productifs. Autre particularité des professions de soin, partagée cette fois avec le travail social et enseignant, le sentiment de faire œuvre utile, de réaliser un projet et dans l'autre sens de ne pas définir leur travail comme une « stricte obligation subie ». Le sentiment de remplir une mission est donc corrélé à celui d'avoir choisi son métier et/ou de se trouver dans une situation d'emploi protégé par le statut - qui n'exclut pas ensuite le sentiment d'y faire œuvre utile (CFDT, 2001).

Si l'on suit la logique durkheimienne de la préexistence du collectif à la morale, on doit donc trouver à l'hôpital un fondement sociologique à la participation. L'enquête récente nous montre des collectifs locaux non pas par résistance politique aux politiques du rendement (ce qui dans l'acception sociologique du collectif paraît secondaire) mais du fait simplement des conditions de la coopération dans l'activité de soins. Bien sûr, la charge de travail rend les rapports sociaux plus tendus et nous ne connaissons pas, par exemple, de travaux qui vantent la solidarité entre infirmières au quotidien, hors mouvements sociaux exceptionnels... Mais ces rapports tendus sont sinon compensés du moins contrebalancés par l'existence ou la persistance de rapports d'équipe, particulièrement dans certains services, qui servent d'exemple et de référents aux autres personnels hospitaliers, au point de justifier les départs ou les arrivées de la mobilité professionnelle des infirmiers. La pratique collective de l'équipe se comprend comme **un territoire**, au sens de la délimitation de l'espace du service comme au sens de la pluralité des acteurs qui y interviennent, soignants divers plus ou moins présents, patients et familles, intervenants techniques et logistiques occasionnels ou permanents. L'intensité des appartenances qui s'en

---

<sup>20</sup> Par exemple, la dimension nationale est plus ou moins forte, selon la proximité aux fonctions régaliennes ou stratégiques, depuis l'armée jusqu'aux hôpitaux en passant par EDF.

dégagent en fait parfois de véritables faits communautaires, au sens sociologique de la densité du lien social, exprimé dans le sentiment d'appartenance collectif (Sainsaulieu, 2006).

Le collectif reste donc une valeur ancrée à l'hôpital, sur la base d'exemples locaux. Pour autant, cette dimension locale ne peut rendre compte de la situation générale des personnels soignants. Comment le besoin du collectif peut-il s'exprimer plus largement, si les collectifs réels sont réduits ?

## 32 – Logiques pratiques interdépendantes

De ce qui précède, il découle la possibilité d'une synergie à l'hôpital entre cadres et infirmiers, dans une quête commune de collectif. Comment l'établir plus largement à partir des logiques d'action au travail ? Comment passe-t-on de solidarités locales à l'aspiration de chaque équipe à l'existence d'un collectif ?

### 321/ Le collectif de l'équipe a besoin d'aide

Pour fournir d'autres pièces au dossier et asseoir notre démonstration, nous allons recourir ici à une forme de matériau complémentaire. Nous nous appuyons sur les commentaires libres des infirmiers interrogés par notre questionnaire. L'avantage de ce matériau est de permettre des réactions plus spontanées des personnes que dans les questions directives (orientant les réponses).

Peu de questions ont été commentées. Il s'agit de trois questions lourdes (« les principales difficultés au travail », « le sens de la qualité de soins », « les moyens de l'autorité du cadre »), où le cadre du questionnaire n'épuise pas les possibilités de réponses, voire suggère de passer outre (avec la case : « autre réponse, précisez »). Sur ces questions, on trouve des dizaines de commentaires dans la marge. Cinq questions en tout ont été l'occasion de plusieurs commentaires libres, sur l'autorité du cadre (40), les difficultés dans le travail (56), le sens de la qualité de soins (28) et, dans une moindre mesure, la mise en œuvre de la participation dans les services (7 commentaires écrits)<sup>21</sup>.

Ces commentaires éclairent la représentation des cadres par les infirmiers. Ceux-ci ne sont pas toujours la cible directe, les problèmes d'encadrement pouvant renvoyer soit à des **problèmes de structure**, soit à des questions de relations entre les personnels (on y reviendra). Pour cette raison, le ton n'est pas toujours critique envers les cadres, le personnel comprend aussi que le cadre jongle avec les possibilités (appel aux intérimaires, aux bonnes volontés, arrangement avec d'autres services). Dans la question sur les difficultés rencontrées, plus d'un tiers des réponses portent sur la structure : « le budget », « la durée d'hospitalisation », « l'augmentation des patients lourds », « le rendement », « les locaux vétustes et insalubres », « le manque de matériel », « la pénurie de personnel », « le trop plein de travail pour moins de per-

---

<sup>21</sup> Nous laissons de côté la question moins exploitable de la localisation du service, qui a donné lieu au plus grand nombre d'écritures (77 !) pour préciser la nature du service ou de l'activité exercée (« oncologie et neurologie », « réadaptation », etc.). Ceci souligne l'importance pour les infirmiers de la situation « géo-technique » de leur travail - le type de service et d'activité exercée - bref, de ce qu'on l'a nommé leur **territoire** (cf. *supra*).

sonnes », « la charge morale et matérielle du travail », « la charge importante de travail », « la surcharge de papiers » et de « tâches administratives ».

Néanmoins, la plupart des réponses mettent en cause **l'incurie des cadres**. Il est clair que l'on rejette un cadre autoritaire ou trop interventionniste, qui revoit sans cesse l'organisation. Ainsi, on dénonce « le changement des plannings » (cité 13 fois), « les rappels au travail », « la suppression des repos », « les relances », « la modification du roulement »... A une autre question sur les difficultés importantes rencontrées dans le travail, le cadre est mis en cause encore plus directement : « manque de gestion par le cadre », « autoritarisme du cadre », absence d'écoute », « non respect du personnel », « refus d'entendre les difficultés », « laxisme du cadre », « manque de compétences », « pas de cadres diplômés », « manque de rigueur et d'organisation », « le trop plein de référents ». Le cadre est ici jugé directement responsable dans plus de la moitié des difficultés évoquées. S'il n'agit pas toujours à bon escient, on lui reproche aussi parfois de ne pas agir : il lui faut aussi de ne pas être laxiste. Quatre personnes ont répondu rageusement à la question « que fait le cadre... ? » : « RIEN ! ». C'est donc autant l'autoritarisme que l'incompétence qui sont critiqués, le manque de compréhension du personnel, de ses besoins, le manque de lucidité organisationnelle, la passivité comme les interventions mal venues, qui désorganisent au lieu d'aider le personnel.

Le thème de l'incurie du cadre, comme celui d'une contrainte ou d'un déficit structurel, constitue donc parfois un handicap de l'environnement du travail infirmier. La réponse du collectif infirmier est suggérée par les commentaires où se dévoile l'importance de la **coopération entre les seuls agents** : « les agents gèrent eux-mêmes », « l'équipe se débrouille seule », « l'équipe modifie ses horaires ou jours », « les infirmières s'arrangent », bref, « le personnel s'arrange » (cité 5 fois). On sent une autonomie, une responsabilité des « agents » (notion plus large que la profession d'infirmier) pour s'organiser eux-mêmes. En même temps, leur capacité collective, pluri professionnelle (agents, aides-soignants, infirmiers, etc.) n'est pas toujours suffisante. Il n'est pas rare que les infirmiers se mettent en cause eux-mêmes et là encore la frontière est mince entre l'inconvénient de se débrouiller tout seul, parce que le cadre ou la structure font défaut, et l'avantage de se responsabiliser collectivement.

Les critiques visent en effet aussi (moins souvent) « la motivation du personnel », « le manque d'investissement », « la baisse de motivation des équipes », « la non solidarité des équipes », « le peu de collaborations », « les mauvaises transmissions », « le manque de dialogue avec les patients », « la prise en charge globale du patient », « la conscience professionnelle ». Ces manquements, ajoutés aux autres, sont en rapport direct avec l'évocation du « sentiment de malaise permanent », « source de conflit » et générateur de crises comportementales (« SOS psychiatrie ! »). La coopération d'équipe comme dernier rempart de la prestation soignante, ou avant-dernier : la reconnaissance des patients constitue, on va y revenir, un carburant essentiel, qui heureusement ne fait quant à elle pas défaut.

On l'a vu, le cadre n'est pas étranger à cette dynamique, qu'il peut et doit favoriser. Un type de **cadre animateur** se dégage en creux de ces critiques. Il doit être juste, à l'écoute, actif (« des actes, pas des mots ! ») et disponible avec l'équipe, sorte de capitaine ou de chef d'orchestre, à la fois distant et présent, dont la compétence et la formation doivent être hors de question. Il doit sentir sa place, entre l'assistance à l'équipe et le respect de l'autonomie des professionnels. On sent qu'à ces condi-

tions, il peut se montrer exigeant avec un personnel qualifié, exigeant de son côté envers les collègues. Le registre est professionnel, dans son volet *technique* (compétence personnelle, efficacité organisationnelle, acuité du regard) et dans son volet *relationnel*, de maîtrise de l'intersubjectivité individuelle et collective (écoute, confiance, reconnaissance).

En résumé, on critique l'incurie du cadre, mais on admet ses tâches organisationnelles, pour autant qu'elles contribuent au bon fonctionnement des équipes. Pour les infirmiers, **le cadre se doit à son équipe autant que l'équipe se doit à ses patients.**

Nous avons montré en quoi les infirmiers ont besoin du cadre pour animer le collectif. Mais le cadre lui-même est-il tenté par la logique de mobilisation collective, la mise en œuvre de la participation par l'intermédiaire de démarches qualité ?

### **322 / L'impopularité de la qualité imposée et le besoin de socialisation**

On pourrait penser que l'engagement du cadre pour la participation est fonctionnel : la direction demandant aux cadres d'impliquer davantage les équipes dans la productivité, le cadre « manipulateur » tente de les impliquer davantage dans la prise en charge des responsabilités. Pourtant, quand on regarde les pratiques nommées, on s'aperçoit que les responsabilités déléguées aux infirmiers ne sont pas vraiment nouvelles (formation des stagiaires, gestion du matériel), elles évoquent plutôt la tradition de métier. Et l'on a vu comment les cadres tendent à grossir la responsabilité prise par les infirmiers, si l'on compare avec ce qu'en disent les infirmiers eux-mêmes.

Mais peut-être en va-t-il autrement de la qualité ? Les cadres sont-ils plus favorables en pratique à des mesures techniques de la qualité qu'à la participation ? La littérature n'évoque pas un engouement général des cadres pour la qualité, y compris dans la fonction publique. La hiérarchie intermédiaire ne fait pas toujours du zèle. Ainsi, dans la fonction publique territoriale, alors que la hiérarchie supérieure s'engage généralement fortement en faveur de la démarche, la hiérarchie intermédiaire est, elle, beaucoup plus réticente (Fayaud, 2005). Dans la fonction publique d'état, les hauts fonctionnaires assimilent souvent les démarches qualité à des tâches relevant de l'intendance et refusent de s'investir dans des activités considérées comme viles. La réticence de la hiérarchie intermédiaire résulterait, en premier lieu, de la nécessité de devoir ajouter le volet qualité à un agenda particulièrement chargé, la mise en œuvre d'une démarche qualité étant, tout au moins dans sa phase de démarrage, puissamment chronophage. Les chefs de service dans la fonction publique considèrent donc qu'il est préférable de se consacrer au service des usagers plutôt que de mettre en œuvre une politique qualité dont l'utilité ne leur apparaît pas toujours très nettement (Fayaud, 2005).

Un second facteur de résistance provient du *peu de reconnaissance* qui échoit à celui qui s'est investi dans la qualité. Le propos était courant dans les hôpitaux qui avaient passé avec succès le test de l'accréditation sans voir venir de « récompense » (Sainsaulieu, 2006). La majorité des élus considère de même la qualité comme partie intégrante du travail de base d'un chef de service ou d'un agent et donc qu'il n'y a pas à récompenser quelqu'un pour la réalisation d'un travail qui lui incombe de par ses fonctions (Fayaud, *ibid.*). L'opposition de la hiérarchie intermédiaire peut enfin provenir de la remise en cause par la démarche qualité, du rôle qui

lui est traditionnellement imparti. Un des volets essentiels de la démarche est l'écriture des procédures, c'est-à-dire la demande faite aux agents et responsables de poser par écrit leurs fonctions. Cette activité peut contribuer à rendre un subordonné moins dépendant de son supérieur hiérarchique. En effet, en cas de doute quant à une tâche à réaliser, il aura tendance à se référer à la procédure écrite davantage qu'à son supérieur. La qualité contribue donc à l'institution d'une nouvelle forme du contrôle managérial qui substitue au contrôle direct de la hiérarchie, celui indirect et mutualisé de la procédure écrite (Mispelblom-Beyer, 1999). La remise en cause de la hiérarchie intermédiaire est plus sensible encore quand la direction décide d'un renouvellement pour faire accepter une démarche innovante et fortement mutagène. Ce renouvellement provient de l'inadaptation à un fonctionnement transversal de cadres emprunts de la logique hiérarchique en vigueur au sein de l'administration. Ainsi, peu de cadres acceptent de **troquer leur habit de chef contre celui d'animateur**, ainsi que le pose la qualité.

Le poids des contraintes sur le management intermédiaire hospitalier est un facteur de frein spécifique à la mise en place de démarches qualité. Dans un ouvrage récent, Paule Bourret (2006) donne trois éléments de contraintes structurant le travail de l'encadrement (que nous renommons, pour plus de clarté) :

- la *contrainte productiviste* (Sainsaulieu, 2003), qu'elle identifie à l'accélération des rythmes du travail soignant pour suivre le rythme de la rotation des malades dans les lits. Ce rythme a progressé en même temps que la diminution de la durée de séjour et l'augmentation de l'activité hospitalière.
- la *supra normalisation des pratiques*. Elle montre comment le travail soignant est normalisé de l'extérieur (ou par au-dessus, d'où le préfixe supra), la source étant « les concepteurs de logiciels, les fabricants d'appareils médicaux industriels, nationaux et internationaux ». Protocoles et règles normalisent les pratiques de façon pressante et quotidienne, la contrainte ne venant pas de la hiérarchie mais d'un ensemble d'informations et de communications (« tous les jours en ouvrant la messagerie électronique ils découvrent des normes »). Ces normes sont incontournables, elles ont un caractère abstrait, impersonnel.
- Le *suivi du personnel et des malades* : contrairement à ce que l'on pourrait croire, le soutien aux équipes est lui aussi contraignant car il est « orienté vers les exigences de l'institution et du système de santé ». Il consiste à « faire entrer les patients dans des trajectoires et dans des prises en charge définies par l'institution », avec la conséquence d'éloigner les agents de leur « propre travail de soignant » (Bourret, 2006).

On comprend *a contrario* l'importance de l'engagement pour les cadres hospitaliers. Par le biais de l'affirmation du métier (celui de soignant, celui de cadre comme responsable du collectif soignant), les cadres hospitaliers **trouvent une issue positive aux multiples pressions** et changements dont ils font l'objet. Cette adhésion n'est pas seulement le fait d'une idéologie au service de leur direction car les démarches qualitatives et participatives ont des inconvénients pour la hiérarchie, y compris intermédiaire.

Si le consensus et l'esprit de fusion imprègnent leur discours, s'ils se vivent membres d'une communauté de travail, c'est aussi et surtout parce qu'ils y trouvent **une compensation symbolique** puissante pour continuer à vivre l'instabilité de leur position. La preuve en est qu'ils ne sont pas sans critiques à l'égard de l'institution, notamment contre ce qui menace le cœur de l'exercice de la profession (la pénurie

de moyens, etc.). Bien entendu, une part de cet équilibre symbolique est rêvée, mythique, comme en témoignent les réponses des infirmiers.

### 323 / Une dynamique interdépendante au nom du collectif

Face à leurs difficultés, les infirmiers ont la même réaction de se centrer sur le métier et le collectif. La différence avec les cadres vient de ce qu'ils sont sensibles, comme eux, à ce qui les touche, et ce ne sont pas les mêmes aspects. Ainsi, la productivité a des conséquences pour eux tandis que les cadres ne la vivent pas vraiment. Chacun dénonce les inconvénients de sa pratique, et ils en dénoncent ensemble certains. Mais les infirmiers comme les cadres se fabriquent des représentations : ainsi, ils pensent que les cadres sont en réunion ou plutôt que les réunions n'ont rien à voir avec leur bien-être étant donné qu'eux-mêmes n'y participent pas. Ils voient les cadres plus éloignés qu'ils ne le sont comme les cadres se voient plus proches qu'ils ne le sont. Par contre, la fragilité du collectif de travail, de ce territoire de service générant attachements et sentiments d'appartenance (dans le meilleur des cas), les conduit à chercher eux aussi un élément de **continuité**. Et ils le trouvent dans le *deus ex machina* du cadre, qui devrait aider ou animer le collectif pour résoudre ses problèmes, lui faciliter la tâche. Ils ont besoin de croire au cadre parce qu'ils ont besoin de faire vivre un collectif, surtout quand ce dernier est faible.

Ici, le collectif devient un mythe en même temps qu'une ressource symbolique, car le cadre n'est pas là seulement là pour aider le collectif. Par contre, ce collectif rêvé n'est pas irrationnel, on voit comment c'est l'intérêt des infirmiers interrogés (comme sans doute des autres personnels présents) que le cadre soit plus autonome à l'égard de sa direction et plus impliqué dans le travail de l'équipe, qu'il la soulage plutôt qu'il ne la soumette à des impératifs de rentabilité. Ils refusent aux cadres la pratique d'une profession qui n'est pas la leur, mais ils demandent aux cadres de les aider à pratiquer leur profession, au nom d'un collectif qui représente leurs intérêts mais aussi la stabilité nécessaire à l'activité de soin qui intéresse la collectivité. D'où le besoin de s'accrocher à l'idée d'un collectif permanent grâce à la béquille que représente le cadre.

Les infirmiers ne « jouent » pas forcément très collectif, dans le sens où il s'agit de défendre leur intérêt de salarié et de professionnel. Mais un autre élément du métier est l'objectivation de son activité dans la société. Ce qui fait tenir, c'est aussi le sentiment d'utilité (*cf. supra*). C'est pourquoi le drapeau de l'amélioration de la qualité de soin, via l'évaluation permanente, est rassembleur, même si cela tient aussi à ses ambiguïtés. Non seulement on croit à l'idéologie (du service public), non seulement cela correspond à l'intérêt des parties, mais il y a encore la question de la socialisation, de l'inscription dans un rapport concret de travail d'une continuité de la prise en charge collective. La fragilité du lien social rend incertaine la rétribution symbolique de l'activité socialement utile, comme on le voit avec l'attitude des directions qui considèrent normal l'engagement pour la qualité. Il faut donc trouver un moyen de s'assurer de la reconnaissance de son travail, thème fortement corrélé pour le cadre à celui de la participation. L'engagement de métier et dans le collectif ne vaut rien s'il ne reçoit pas de sanction sociale, s'il n'est pas reconnu. Cet aspect importe aux deux catégories étudiées, mais il est notable que les infirmiers sentent une reconnaissance sociale forte de la part des patients, qui les conforte et cimenter leur engagement : les patients sont en effet la première cible de leur attente de reconnaissance, avec 43 % des réponses, et la première source de reconnaissance effec-

tive, pour 72 % d'entre eux. Les cadres se sentent davantage isolés dans leur travail et ils ne peuvent prétendre à la même reconnaissance des patients, d'où la **quête logique d'attachement au collectif**, signifié puissamment dans leur demande de reconnaissance de la part du personnel (54 %), bien plus forte que celle des infirmiers (11%).

Ainsi, en résumé, on peut dire que le collectif correspond à un besoin, mélange d'intérêts et de représentations de l'intérêt collectif qui se coagulent. Ce besoin est partagé par les cadres et les infirmiers. Il est un besoin pour des cadres isolés, en mal de coopération avec leurs pairs, sans dialogue avec la direction et coupés le plus souvent du patient et des familles. La recherche de reconnaissance par le personnel exprime combien le cadre cherche à se socialiser au sein de l'équipe soignante dont il veut être reconnu.

Parallèlement, les infirmiers vivent des tensions fortes du fait de la charge de travail. Le collectif des pairs n'est là non plus pas très satisfaisant, sauf exceptions locales exemplaires et rêvées par les autres. Ils ont certes la reconnaissance des patients, mais ont une attente de reconnaissance plus générale, moins ciblée. Leur malaise s'accompagne de la **recherche d'une sorte de béquille pour l'équipe que le cadre leur semble pouvoir constituer malgré sa distance**, qui en quelque sorte regrettable, et en même temps qui fait son intérêt comme recours : il est suffisamment loin pour n'être pas pris dans les problèmes de l'équipe et suffisamment proche pour l'aider à trouver son équilibre.

### **33 – Cadre animateur : une position légitime difficile à tenir**

On a donc pu étayer au fil de ces pages la thèse d'un cadre animateur, ancré dans la profession et dans l'organisation. Certes, ce cadre n'est sans doute pas « parfait », au sens d'un dévouement sans bornes et d'un sens de la « subversion hiérarchique » (Boltanski, Chiapello, 2001) qui appelle à disparaître en tant que chef pour laisser les salariés déployer tous leurs talents et leur sens des responsabilités. Pour sa défense, on peut dire que les encadrés eux-mêmes ne sont pas « parfaits », ils réclament un arbitre et un guide (un chef !) pour bien des situations de travail... Par contre, il n'est pas pour autant le pur produit des logiques managériales qui voudraient mettre en place des cadres pour orienter l'action dans un sens contraire aux intérêts des encadrés. Ce cadre animateur ne rejoint pas celui du cadre consensuel qu'on a vu plus haut, en ce qu'il n'est pas avare de critiques contre l'organisation.

On a donc une révision de la dichotomie profession – gestion antérieure (Ferroni, Kober-Smith, A., 2005.), qui décrit l'éviction du modèle professionnel par un modèle gestionnaire. Sans doute faut-il comprendre que l'opposition entre gestion et profession s'est décantée à son tour : d'un côté, les professionnels les plus motivés intègrent des dimensions de la gestion comme composante du métier, au premier chef les dispositifs d'amélioration de la qualité de soins. De l'autre, des cadres gardent leur distance à l'égard de ce qui « éloigne du soin », qu'on peut comprendre comme une logique trop comptable et non professionnelle de l'organisation. C'est probablement ce type de compromis qui rend possible des passerelles entre les deux dimensions.

Le cadre animateur ne fusionne pas avec la profession, qui garde des critiques à l'aune de sa pratique infirmière, comme le montrent les divergences des réponses entre infirmiers et cadres infirmiers. Et nous ne pouvons pas exclure que les dimensions organisation et profession se séparent à nouveau au moment de crises sociales, comme cela a été observé au moment du conflit de 1989<sup>22</sup>. En même temps, les éléments de convergence entre infirmiers et cadres montrent que le quotidien des équipes réclame un tel type de cadre.

Cependant, s'il apparaît majoritaire ou dominant dans le champ, ce type de cadre animateur n'est pas unique. Il faut donc lui adjoindre d'autres types pour être plus proche de la réalité. Et tout d'abord, un **type bureaucratique**, purement gestionnaire ou « administratif », soit par idéologie (c'est le type de cadre consensuel avec la direction, par conviction et/ou intérêt, dans une position hiérarchique plus élevée), par contrainte (impossibilité de maîtriser des problèmes tels que la gestion des effectifs), soit par disposition particulière (incapacité à gérer les problèmes relationnels). La difficulté de ce cadre routinier, qui ne fait pas de vagues, c'est qu'il ne répond pas forcément aux questionnaires (pas plus qu'aux questions)... Mais on peut avoir des renseignements partiels sur son existence, par exemple au travers de l'attachement aux règles, de sa conception de l'autorité (non discutée), récusant toutes formes de délégation ou de participation, voire de coopération, pour une recherche de reconnaissance exclusivement par en haut.

Ensuite, on ne peut éradiquer la présence d'un type professionnel classique, dit « **super infirmier** », concentrant l'essentiel de son investissement dans le suivi régulier du travail productif. Ce type correspondrait néanmoins davantage à la mise en place de la gestion à l'hôpital opposant plus frontalement gestion et profession (Ferroni, Kober Smith, 2005). Pour lui, la profession est celle d'origine (soignante, notamment). Le lien avec les médecins pourrait être un facteur identifiant de ces professionnels, à l'écart de la gestion. L'animation devient partielle, correspondant à des logiques professionnelles d'origine (notamment infirmières) plus qu'à une logique de responsabilité collective. Le positionnement face à la gestion serait plus antagoniste, de même que les positions sur les thèmes plus généraux (T2A, pôles, service public et privé, économies...), tandis que la reconnaissance recherchée serait davantage par en bas. On peut cependant supposer, à la lumière de nos résultats (voir notamment l'analyse multifactorielle), que ce profil infirmier pur tend au scepticisme, devant l'impossibilité croissante d'être tenu à l'écart de toute logique gestionnaire. Faute de l'appriivoiser au moins en partie, la défense du métier ressemble au dernier carré de Camborne.

Les **cadres en crise**, désaxés : il s'agit ici d'une catégorie de cadres qui n'arrive pas à suivre, à s'adapter, à se situer, à comprendre, soit par manque d'expérience ou de diplôme, soit par découragement. Usés par le travail, certains cadres regrettent de ne pas être restés infirmiers, ou ne comprennent plus leur travail du fait de leur placement au cœur des réformes, comme des cadres supérieurs devenus responsa-

---

<sup>22</sup> Yolande Briand notait une double identité des cadres infirmiers : cadres-managers de l'organisation, dans une logique administrative, ou cadres experts, dans une logique soignante en tant qu'anciens professionnels infirmiers. Cette double identité trouva son expression dans le mouvement infirmier de 1989. Elle se décline en quatre types identitaires : manager, super infirmière, animatrice, maîtresse de maison (Briand, 1993).

bles de pôle ou rétrogradés. On peut en trouver la trace dans le nombre important de non réponses, associé à des réponses critiques ou défaitistes.

Comment comprendre, au-delà d'une stricte distinction analytique, la dynamique des profils, ce qui fait que l'on peut passer d'un type à un autre ? Revenons sur la figure du cadre animateur, pour en pointer la dimension stratégique.

### **332 – Une double polarisation : épanouissement et protection**

Sans être unique donc, le cadre animateur est par contre la figure la plus légitime et la plus visible d'un type de cadre engagé qui veut bien faire pour le collectif et dont le collectif a besoin dans sa pratique. Il anime l'équipe, n'hésite pas à « mouiller sa chemise » en faisant des remplacements. Sa présence active n'est pas pour autant permanente, il critique ceux qui font « de la présence », de même qu'il n'aime pas l'autorité gratuite, à laquelle il préfère l'argumentation ; l'ardeur de sa mobilisation et de ses efforts est caractéristique, il lutte pour la cohérence malgré la segmentation et la perturbation des activités, il redouble d'efforts face à la pénurie, ne se laisse pas dominer par les plannings et trouve que les économies peuvent (en partie) contribuer à améliorer la qualité de soins, qui est au cœur de ses préoccupations. Cette perspective réclame cependant encore sa mobilisation vigilante pour faire évoluer les choses dans le bon sens. Si l'on ajoute qu'il aime monter des projets collectifs, veut faire « bouger » les choses, quitte à rencontrer l'obstacle de cadres moins dynamiques, plus légitimistes qu'innovateurs, on comprend qu'une telle mobilisation comporte des risques de break down sévères, de sensation accrue d'isolement, de découragement face aux obstacles administratifs ou au manque de répondant (ou de capacités) du personnel. La direction de l'établissement peut s'avérer un soutien essentiel. Mais il n'est pas sûr qu'elle-même requiert toujours ce type de cadre, qui peut se montrer assez indépendant et trop proche du collectif soignant.

Autrement dit, la légitimité de l'encadrement est usante. Comment donc éviter la déprime du cadre en crise ? On comprend la possibilité d'un passage de cette posture à d'autres, qui, sans avoir la même ambition éthico-organisationnelle, présentent l'avantage de mieux protéger l'individu encadrant. Le cadre fatigué peut chercher à être protégé par la direction en étant aux ordres, sans plus, mais avec une possible promotion récompensant son obéissance (cadre hiérarchique et bureaucratique) ; il peut trouver aussi des alliés dans les infirmiers et les médecins, dans le cadre d'une position de retrait dans le collectif soignant, lui garantissant une socialisation réconfortante, à défaut d'une promotion (jamais garantie). On retrouve ici le cadre participatif, version positive du local, et le cadre « super infirmier », sur une position plutôt défensive, du fait du manque de croyance (ni dans le participatif, ni dans les personnels).

On est frappés du manque de contenu positif de ces différentes postures (si l'on excepte le cadre participatif, version plus radicale du cadre animateur) : qu'il soit en crise, hiérarchique ou professionnel, **le cadre se projette moins comme cadre**, comme en témoignent les items négatifs du scepticisme, du carriérisme, de l'attentisme voire du corporatisme qui sont associés. La figure du cadre animateur est donc la seule figure légitime qui se dégage de cette enquête, sans doute parce qu'elle correspond le mieux à une mission de soin professionnelle et organisationnelle du métier de cadre soignant. Il ne correspond pas pour autant à une idéologie

dominatrice, car c'est une position exigeante et de compromis entre les intérêts des personnels et de l'encadrement. La direction peut pour cette raison avoir une attitude ambivalente à l'égard des cadres animateurs. Il permet au mieux d'orchestrer l'énergie soignante, carburant avec lequel, et grâce auquel, il peut réconcilier la gestion et la mission.

Cette figure ne renvoie pas pour autant entièrement à une réalité tangible. Le besoin qui émane de la pratique n'est pas seulement matériel : il est aussi un besoin de repères. Tantôt instrumentalisé comme une béquille, tantôt adulé comme une figure tutélaire (pour ne parler que des représentations positives qui définissent un besoin) par les personnels, le cadre animateur traduit également pour les cadres une tentation bien humaine de ne pas rester isolé pour faire partie de l'équipe.

## **Conclusion**

### **LA MOBILISATION DU COLLECTIF, UN MYTHE ACTIF**

Nous sommes partis d'une figure outrancière du cadre (celle de la domination pure) pour réhabiliter une figure plus ancrée du cadre intermédiaire. Ce faisant néanmoins, nous n'avons pas perdu complètement la dimension de la représentation pour lui substituer un univers de la pratique. En fait, l'importance du collectif pour ses membres découle moins d'une pratique participative que du besoin de se penser ensemble. On rêve à l'équipe soudée du bloc opératoire, on rêve d'une « intervention divine » soulageant des problèmes de coopération permanents, bref, on rêve d'une cohésion nécessaire au travail soignant. Il ne s'agit pas d'un rêve gratuit, sans racines. Il est ancré dans les besoins du travail. Mais les besoins du travail sont des besoins humains et en tant que tels ils ne sont pas purement matériels. Il est vrai par ailleurs que l'on peut utiliser, instrumentaliser le besoin du collectif à des fins de management moins participatif que propagandiste. Mais il importe de souligner que la synergie des efforts est un besoin de la coopération, d'autant plus qu'elle existe moins. Dans le travail soignant, et sans doute au-delà, l'idéal n'est pas qu'une norme prescrite par en haut, contraignante par son abstraction déconnectée des réalités du terrain (Dujarier, 2006). L'idéal du collectif est un besoin humain émanant de la pratique. Au lieu de critiquer la religion comme une idéologie contraignante, Marx a utilisé en son temps cette formulation si poétique (et si peu « critique ») du « soupir de la créature opprimée ». Il a voulu enraciner l'idéologie dans la pratique sociale, mais il a trouvé dans le besoin social le rêve d'une humanité perdue, en sus d'intérêts de classe.

A la différence de la religion (telle que l'entendait Marx au moins), la figure du cadre animateur est cependant un mythe actif. Plus proche en ce sens des mythes de Georges Sorel, comme celui de la « grève générale » (Sorel, 1908), la mobilisation de tous pour la qualité de soins permet de concilier les intérêts, les points de vue pratiques, les représentations et les besoins des acteurs dans un travail sinon collectif du moins de convergence des efforts vers un même but. Elle est sans doute le complément indispensable de la finalité trop lointaine, trop générale, trop « vague » du simple but que les gens ressortent en meilleur état de l'hôpital (Strauss, 1992). Elle est la médiation mi réelle mi rêvée mais pratique entre la mission de service public et l'action au quotidien. Le cadre est l'instrument de cette qualité de soin participative,

de cette mobilisation à la fois rêve et réalité, sorte de religion pratique qui comprendrait elle aussi une trilogie : le cadre animateur, la participation, l'amélioration de la qualité de soins.

La gestion est positive pour autant qu'elle sert cette dimension, le cadre est légitime pour autant qu'il met en œuvre cette qualité de soins. Et, dans la mesure où il est ancré au collectif de travail, il ne peut s'émanciper de cette qualité qui a l'avantage pour lui aussi de faire le lien avec les mesures de gain productif qu'on lui demande et dont il ne voit pas comme l'infirmier les effets sur le travail.

Au fond, la question posée dans tout cela, c'est un peu l'inverse de celle posée au départ. Et si, au lieu d'être un obstacle à la connaissance des faits, la représentation était un instrument puissant de la mobilisation au travail ? On rejoint la dimension active du mythe dans l'action. A demi aveuglés par leurs représentations les hommes agissent. Ecoeurés par les fausses interprétations, les hommes n'agissent plus, comme ces cadres sceptiques aux figures multiples, en crise, en repli, en retrait...

Jusqu'où les représentations peuvent-elles se déconnecter des réalités du terrain ? Nous avons vu qu'en tant qu'elles répondent à un besoin, elles sont ancrées dans cette réalité, même si le besoin n'est pas que matériel et comprend des rêves bien humains. C'est la différence avec l'idéologie, venue d'en haut : le mythe du collectif découle ou dérive de la pratique sur laquelle il mobilise en retour, c'est un mythe actif pour « acteurs sociaux », ou de terrain (Sainsaulieu, 2007).

Autrement dit, il existe un besoin réciproque de soutien des équipes et des cadres de proximité qui demande moins de contrôle social ou de formation individuelle que de construction et de formation du collectif. C'est ce à quoi doit répondre de manière active l'espérance ou la croyance en un collectif, croyance partagée, née du manque et devant agir sur lui en retour.