

**CONVENTION LISE - CFDT SUR LES CADRES HOSPITALIERS 2006/2007**

*PROJET DE RECHERCHE SUR LES CADRES HOSPITALIERS :*

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

RAPPORT FINAL

# **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**

# SOMMAIRE

Introduction : L'hypothèse suspecte d'une mobilisation consensuelle

## 1) UNE VISION DOMINANTE MAIS HETEROGENE

11 - Le modèle dominant : un cadre animateur

12 - La différenciation des profils de cadres

121/ Des cadres consensuels

122/ Des cadres critiques

123/ Des cadres participatifs

124/ Des cadres hiérarchiques

13 - Des caractéristiques du cadre participatif

## 2) UNE VISION PRATIQUE ?

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

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

## 3) UNE SYNERGIE PROFESSIONNELLE ET ORGANISATIONNELLE

31 - Possibilités d'un collectif participatif

312 / Mythe et réalité de la communauté au travail

313 / L'ancrage du collectif à l'hôpital

32 - Logiques pratiques d'interdépendance

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

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

323 / Une dynamique interdépendante au nom du collectif

33 - Cadre animateur : une position légitime difficile à tenir

321 - Des profils éclatés

322 - Une double polarisation : épanouissement et protection

Conclusion : La mobilisation du collectif, un mythe actif

## L'hypothèse suspecte d'une mobilisation consensuelle

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, pour de bonnes raisons sur lesquelles nous devons nous arrêter en introduction.

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. Trois critiques majeures tournent autour de la question des opinions des cadres :

- la convergence des opinions est idéologique, c'est-à-dire que 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, comme les cadres ne se confondent pas avec les encadrés ;
- une enquête sur les cadres ne peut reposer exclusivement sur un questionnaire à l'intention de ces derniers.

Voyons ces trois points l'un après l'autre.

### *Représentations et idéologie*

La thèse d'un certain unanimisme chez les cadres est classique dans la littérature spécialisée. L'unanimisme des représentations est en quelque sorte constitutif de la catégorie. Luc Boltanski a montré comment la construction historique de la catégorie cadres est elle-même le produit d'un enjeu idéologique de faire exister à part du salariat un encadrement salarié (Boltanski, 1982). Perpétuer un univers de sens cohérent, notamment par l'usage de manuels de management, fait partie intégrante de l'univers des cadres qui, un peu comme les militants, vivent une seconde vie ou ont une seconde âme au travers du collectif organisé auquel ils appartiennent. Ainsi, Boltanski notait la difficulté de saisir la biographie individuelle des cadres interrogés, dans la mesure où leur autobiographie renvoyait sans cesse à une « personne collective d'où les personnalités individuelles tiraient le nom commun qui les désignaient » (*idem*).

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). Cette logique participative contredit cependant en partie la quête (non dite) du profit, d'où un constant « manque de réalisme » et une « forte tonalité morale » des cadres (*idem*).

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. Dans notre hypothèse, cette rencontre entre la gestion et le métier peut produire également des effets de mixage par une appropriation de tout ou partie de la gestion par les professionnels, comme on l'a vu chez des médecins (Castel, Merle, 2002). D'où la nécessité d'une différenciation des pratiques de gestion.

La problématique de la « gestionnarisation » suppose néanmoins davantage le divorce d'avec la profession d'origine, niée ou mise de côté, que le mariage réussi. A l'appui de cette thèse vient s'inscrire celle du malaise des cadres, vivant une « grande rupture » de confiance (Bouffartigue, 2001). Le thème de la crise de confiance des cadres <sup>2</sup> est devenu aussi célèbre que celui de la cohésion idéologique, même si leur contestation ne va pas jusqu'à l'action collective<sup>3</sup>, du moins en général (il y a eu des mouvements de cadre à l'hôpital ces dernières années).

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 managérial 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).

<sup>2</sup> Du fait de leur massification et du manque de distinction salariale, des risques accrus de chômage, de la promotion de l'expertise au détriment de la hiérarchie, de l'augmentation de la charge de travail et des servitudes à l'égard des clients...(Bouffartigue, 2001).

<sup>3</sup> Un article paru dans *Le Monde* s'inspirait d'un pronostic de François Dubet : les cadres contestataires mais incapables d'une action collective, manifestent leur malaise par la mobilité, sur internet ou par le vote protestataire (« Les cadres continuent à s'impliquer, mais contestent l'entreprise », Antoine Reverchon, 3/1/2006).

## *Représentations et pratiques*

Mais il reste l'argument de la pratique, de la nécessaire confrontation aux faits des opinions récoltées. Comme une longue tradition « réaliste » de la sociologie, aux contours d'ailleurs variés, nous pensons que les convergences de représentation ne peuvent suffire à lire le social. La question à poser est donc : jusqu'où des représentations communes inspirent-elles la pratique ? Même si les représentations ne sont pas absentes des pratiques des cadres (qui sont tout autant des paroles que des gestes...), on ne peut croire *sur parole* un acteur, surtout au sujet de sa pratique, *a fortiori* s'il s'agit d'un acteur à forte dimension collective (donc qui parle tantôt à titre personnel, tantôt au nom d'un acteur collectif plus abstrait).

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). Les deux actions doivent démêler les fils du pouvoir, mettent en jeu l'autorité du cadre, mais le premier versant réfère davantage à un *travail défensif de compromis, de maintien d'un équilibre* entre les pôles, tandis que le deuxième volet indique une *capacité pro-active, plus autonome, à éclairer l'action collective* en cours à sa manière, à tracer une voie à suivre.

Nous essayons pour notre part, en premier lieu, de lire les pratiques au travers des questions plus concrètes posées aux cadres (par exemple, sur le partage des tâches qu'ils effectuent, sur ce qu'ils font dans une situation donnée, etc.). Ceci est d'autant plus légitime qu'il s'agit le plus souvent de cadres intermédiaires (19% de cadres supérieurs). Pour autant, nous avons cherché à trouver un complément au questionnaire pour les cadres, pour ne pas être prisonniers de leur seul discours.

## *Une méthodologie comparative, qualitative et quantitative*

On pourrait, à ce stade, récuser l'accusation d'être prisonnier des représentations en disant que le réel échappe toujours à l'investigation, en particulier s'il s'agit du travail, dont une partie demeure toujours invisible (Dejours, 2003), qui plus est à propos des cadres<sup>4</sup>. Mais nous avons voulu nous rapprocher davantage des pratiques.

Nous nous appuyons sur deux questionnaires parallèles, faisant suite à une enquête qualitative (voir annexe 1). 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>5</sup>. Il existe des manuels techniques sur le management public en général et sur l'hôpital en particulier<sup>6</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>7</sup> et de quelques contributions sur des cadres hospitaliers<sup>8</sup>. Le raccord entre les deux perspectives générale et sectorielle était un autre enjeu de cette enquête.

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 ». De plus en plus, les acteurs

---

<sup>4</sup> Olivier Cousin reproche ainsi au livre cité de Frédéric Mispelblom sur le fait pratique d'encadrer de manquer de détails à propos des... pratiques (compte rendu d'ouvrage, *Sociologie du Travail*, septembre 07, 49-3). A vrai dire, la critique du manque de restitution des pratiques peut devenir une nouvelle doxa. Elle est utile, mais ne doit pas devenir systématique voire obsessionnelle, étant donné le problème de la connaissance de la réalité est aussi un problème philosophique, donc relatif.

<sup>5</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 (Karvar 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>6</sup> Par exemple le livre de Josette Hart et Sylvie Lucas, *Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres*, Lamarre, 2004.

<sup>7</sup> Voir la liste des auteurs cités plus haut.

<sup>8</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.

réflexifs seraient capables de définir les conditions de leurs actions. Pourquoi dès lors faire exception pour les cadres ? Un balancement est nécessaire entre défiance et confiance, critique et compréhension.

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. Nous ne faisons pas grâce aux cadres de la critique, étayé par le point de vue de leurs subordonnés ; mais nous ne sur interprétons pas non plus leur discours en lui déniait tout réalisme, au nom d'une vérité absolue détenue par le sociologue critique (Gadea, 2003). 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).

D'autre part, 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?

## 1) 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 compétences professionnelles et des moyens suffisants<sup>9</sup>) et de la participation. Nous avons voulu tester leur adhésion et voir son lien avec la participation<sup>10</sup>.

### 11 - Le modèle dominant : un cadre animateur

Voyons les grands traits « objectifs » du profil dominant (construit par convergence des réponses majoritaires). 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>11</sup>. Le père était souvent ouvrier, ou cadre ; le conjoint ne travaille pas à l'hôpital, il est employé ou cadre. Les gros établissements sont un peu sur représentés (40% de l'échantillon au lieu d'un tiers), alors que la CFDT est sous représentée dans les gros établissements. Trois à quatre fois plus syndiquée que ses collègues soignants (40%, dont 35% à la CFDT), notre population répondante est soignante pour les deux tiers<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Sur la qualité, les commentaires libres envisagent « des prestations personnalisées adaptées », « du bon sens ! », « une mise à jour continue des connaissances »...

<sup>10</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>11</sup> L'âge joue sur les projets : on songe davantage à changer d'unité ou de secteur avant 50 ans.

<sup>12</sup> S'agissant des cadres soignants (70% de l'échantillon), les tris croisés font apparaître une plus grande tendance que les autres cadres hospitaliers à dénoncer l'individualisme (des personnels), la pénurie, la durée moyenne de séjour ou le manque de formation.



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 (12 %), ni les rythmes de travail (17 %), ni le statut cadre (4 %) ne jouent sensiblement sur les motivations. A l'inverse, ce sont des facteurs positifs qui sont explicatifs : le goût de faire changer les choses, 48 % ; de l'autonomie professionnelle plus grande, 56 % ; du management des personnes, 59 % ; de la vision d'ensemble, 61 %. 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. Il y a une acceptation *sui generis* de la contradiction, elle 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>13</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.

La **dimension locale et de proximité** est une composante forte de la satisfaction<sup>14</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

---

<sup>13</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).

<sup>14</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).

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>15</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>16</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>17</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.

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.

---

<sup>15</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>16</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>17</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.

## 12 - La différenciation des profils de cadres

L'analyse multifactorielle permet de projeter sur un graphique des réponses organisées autour de deux axes<sup>18</sup>. Nous avons pu dessiner ainsi quatre ensembles (à partir de « nuages de points ») grâce à la signification des deux axes structurants : l'un (Axe 1) oppose ceux qui sont pour et ceux qui sont contre l'organisation, l'autre (Axe 2) oppose ceux qui sont pour et ceux qui sont contre la participation.

### 121/ Des cadres consensuels

L'axe 1 du plan factoriel, celui 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>19</sup>. De même, de façon moins affirmée, le premier camp rassemble ceux pour qui la vie professionnelle passe avant la vie privée, du secteur sanitaire comme médico-social, avec un niveau licence, bac + 5 mais aussi BEPC, ont un engagement associatif et trouvent l'articulation de la vie professionnelle et familiale plutôt facile, sans avoir de personne à charge (dépendante) à la maison. Au contraire, les plus critiques sont à la fois célibataires et responsables d'une personne dépendante, ils n'ont pas d'engagement associatif et trouvent difficile l'articulation entre les deux dimensions professionnelles et personnelles. Pour eux, la vie de famille ou personnelle passe avant<sup>20</sup>. Ils ont le diplôme IDE (infirmier).

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. On s'inscrit pleinement dans les activités transversales et dans l'amélioration de la qualité de soins, que ne déflorent ni la quête de productivité, ni les contraintes budgétaires, ni l'existence de contraintes multiples, ni l'abondance de procédures, ni la suppression des lits. L'activité n'est pas routinière mais enrichissante, le bilan de l'action personnelle est satisfaisant. Les choix budgétaires obligent à « faire attention à ce que l'on fait ». De même, on ne critique pas la pénurie de personnels ni de matériel, ni le poids des plannings dans les tâches

---

<sup>18</sup> Voir note méthodologique en annexe.

<sup>19</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.

<sup>20</sup> Les tris croisés font apparaître que le choix prioritaire de la vie professionnelle est plus fort dans le cas des femmes, des célibataires et des tranches plus âgées ; à l'inverse, le choix prioritaire de la vie privée est plus important chez les hommes plus jeunes.

du cadre. On n'est d'ailleurs pas confrontés au manque de personnel (9%<sup>21</sup>). La gestion éloigne peu ou prou du soin. On est favorable à l'évaluation, aux protocoles, aux procédures qualité institutionnelles, à la gestion par pôle, on trouve que la gestion prévisionnelle domine, et non les imprévus.

Une impression de cohérence, *d'intégration de haut en bas* se dégage des réponses. On ressent peu ou prou l'isolement, on est consulté régulièrement par la direction et les missions sont clairement définies. Les réunions avec les instances référentes prennent une place importante. On a le sentiment d'appartenance au collectif au service des autres. On s'engage, on veut faire changer les choses, on croit dans les valeurs collectives, le projet de service, la formation continue ; la participation est possible, l'autonomie a progressé, la coopération entre cadres n'est pas rare. On se prononce pour la délégation de tâches aux personnels, la gestion des plannings et l'élaboration des protocoles (24 % et 34 %). Mais on ne retient pas l'initiative du personnel comme support de la qualité des prestations. Le niveau de formation du personnel est satisfaisant, même si l'on s'autorise une critique concernant le manque d'offre de formation par l'institution. On ne fait que peu appel à la négociation ou à la règle pour manager l'équipe. On lui préfère la participation et l'affirmation de valeurs collectives, c'est-à-dire que l'on prend les choses avec plus de distance, de façon plus impersonnelle, dans un cadre organisé avec notamment des réunions régulières et l'élaboration collective d'un projet de service. Dans ce cadre, on est plutôt favorable à prendre en compte l'avis de chacun et on trouve la coopération satisfaisante. Celle entre cadres est suffisante. La coopération avec les médecins est satisfaisante voire très satisfaisante. Parfois tendues, les relations sont vécues le plus souvent sur un mode égalitaire.

Etre cadre, c'est avoir de bonnes *capacités d'organisation*. L'organisation prend plus de place que la relation aux patients, non citée comme facteur de qualité (contre 74% d'avis contraires). On préfère être dirigé par un homme. On n'attend pas la reconnaissance de la fiche de paie, mais des collègues cadres (18%). Le cadre est distancié de l'équipe pour mieux l'encadrer (32%). Il est aussi en capacité de prendre l'initiative, d'impulser une dynamique organisationnelle. On projette pour soi de faire une formation complémentaire, pas de changer de secteur. 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.

---

<sup>21</sup> Les pourcentages donnés entre parenthèses permettent de prendre la mesure de la représentativité de ce point de vue dans la population globale des répondants (exemple ici : 9% de l'échantillon répond de la même façon).

Pour les cadres critiques, l'isolement est la variable la plus distinctive (selon la valeur test : cf. annexe méthodologique). Il s'agit d'un profil à la fois *d'opposition basiste, attaché au métier de base et pessimiste sur les chances d'amélioration*. Il ne s'agit pas de faire changer les choses, en tant que cadres. La direction les consulte rarement, on est peu au courant de sa stratégie, tandis que la qualité se détériore. De ce point de vue, le cadre critique fait entendre un cri qui ne peut laisser insensible, comme certaines remarques rajoutées à la main sur les questionnaires<sup>22</sup>. Le budget pose problème, on critique l'idée que la restriction budgétaire puisse favoriser la qualité de soins, ou que la jonction entre qualité et productivité soit nécessaire ; on pense que la gestion éloigne souvent du soin. L'absence de moyens est une dimension structurante. La suppression des lits est sensible, ainsi que la pénurie de personnels. La reconnaissance est attendue de la fiche de paie. La qualité c'est d'abord la relation avec les patients (74%), le matériel de pointe (8%) et les moyens en personnel et en matériel (70%). On préfère être dirigé par une femme (4%), vraisemblablement dans la tradition du métier.

En même temps, le « *basisme* » est limité par l'attentisme du personnel, qui ne veut pas assez se former (11%). Le cadre fait partie de l'équipe, mais l'exercice de l'encadrement n'implique pas la prise en compte de l'avis de chacun. La participation est jugée impossible. On a au-dessus de tout le ministère qui est le niveau de décision pertinent dans l'activité quotidienne (2%). Ce qui prend le plus de temps, ce ne sont pas les réunions avec la direction mais la gestion de l'absentéisme et des plannings du personnel, qui empêchent notamment de partir en formation. Les initiatives du personnel sont appréciées pour la qualité des prestations de cadre, au détriment des procédures, de la formation continue, des projets de service ou transversaux. La négociation et la règle sont les deux moyens privilégiés pour manager l'équipe. 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. Les projets ne sont pas de se former en plus, mais de changer de secteur. Le travail de cadre est routinier, fait de sollicitations contradictoires et de contraintes multiples, défini par des missions pas claires, la gestion est débordée par les imprévus, la coopération entre cadres insuffisante ou très rare, même si l'on compte dessus (entre cadres, on forme une

---

<sup>22</sup> Véritable tribune, le questionnaire sert aussi à dénoncer des situations : « manque » ou « inadaptation des lits », notamment « en long et moyen séjour », « absence de connaissance du terrain par la direction », « absentéisme », « précarité des étudiants en IFSI », « diplôme IDE » ou « fonction cadre non reconnus », « relations difficiles avec le cadre supérieur », « améliorer les conditions de travail des soignants ». Il sert à exprimer parfois une grande anxiété : « accès aux soins de moins en moins vrai ! » ; « mon interrogation quant à l'avenir de la santé de nos concitoyens est 'à vif'. Que se passe-t-il ? Nous oublie-t-on ? Nous devenons les boucs émissaires de la politique de santé actuelle. Quel est notre avenir ? ».

équipe). Les pôles gestionnaires handicapent la coopération entre cadres de santé (4%) et celle entre cadres supérieurs (6%). Les relations sont souvent tendues avec les médecins, avec qui les relations ne sont « jamais » sur un mode égalitaire. La réussite du travail d'encadrement tient plus à la chance de tomber au bon endroit qu'à autre chose.

On voit donc comment la critique peut manquer de supports, de locomotive. Réaliste par bien des aspects, refusant radicalement d'avaloir 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 2 du plan factoriel, celui 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, ces derniers privilégiant leur vie personnelle et familiale et n'ayant pas une personne dépendante à la maison. Les non participatifs sont un peu mieux renseignés, ils sont plus dans la religion ou le sport que dans la politique ou la vie associative, ils ont plus de 60 ans et prennent rarement leurs journées de RTT. Ils considèrent que la vie professionnelle passe avant la vie personnelle. En somme, 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 (Q 29), 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 (Q27), à l'initiative du personnel, au projet de service et à l'affirmation de valeurs collectives (Q22)<sup>23</sup>. La qualité est polymorphe, aussi bien procédurale que participative, formelle qu'informelle : il accrédite aussi la

---

<sup>23</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 ».

traçabilité des actes (Q5) et les procédures qualité institutionnelles (Q6), sans frontière entre procédures d'amélioration de la qualité de soins et participation, au contraire. La différence avec le profil administratif ou hiérarchique est accrue par la place prise par le travail relationnel avec les familles et les patients (Q13), par les plannings du personnel et les méthodes de management (Q22) : la participation, la valorisation du travail effectué, la formation, voire les pressions amicales. Un management où l'on impulse soi-même une dynamique, où manager des personnes est ce qu'on apprécie le plus, sans vouloir changer d'unité. Encouragé par la hiérarchie à devenir cadre, ce cadre valorise la formation continue (il veut suivre une formation supplémentaire) et son équipe, qu'il trouve bien formée. Il se détermine positivement sur les questions et semble prêt à toutes les aventures, comme les activités transversales ou le partage des décisions. 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.

Cette confiance dans l'engagement professionnel et organisationnel ne va pas sans *critiques*. La question (Q19) sur l'organisation en pôles d'activités oppose par contre une position optimiste sur leur fonction globale, d'ailleurs très minoritaire (7%), et en même temps dubitative. Le profil participatif mentionne également la pénurie de personnels (Q37) comme difficulté rencontrée dans le travail, et coche également l'item « autres réponses ». On critique encore les missions peu claires (Q3), l'absence de matériel et de personnels en nombre suffisant (Q5), on regrette le manque d'évaluation permanente et l'insuffisance des coopérations entre cadres, **voire on nie catégoriquement l'existence d'un fonctionnement en équipe des cadres**. Minoritaire sur ce point, ce profil l'est également par sa très grande satisfaction d'avoir coopéré **avec les médecins pour l'évaluation du personnel soignant** (Q34). 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**. D'ailleurs, le service public évoque pour eux un engagement personnel auprès des personnes, autant que l'égalité d'accès aux soins et le statut de la fonction publique (Q20). De même, les différents items (Q36) sur la *reconnaissance* opposent les cadres participatifs, qui attendent de la reconnaissance (dans l'ordre : du personnel, des médecins, des patients, des pairs et de la direction) et ceux qui n'en attendent pas (le profil hiérarchique).

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.

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 a des relations souvent tendues avec les médecins, contrairement au profil participatif (Q35), trouve peu satisfaisante la coopération avec les médecins sur l'évaluation des personnels soignants, trouve plus satisfaisante la coopération entre cadres, aime bien l'équipe des cadres (Q 33). En cas de manque de personnel, il ne peut pas faire grand chose, contrairement à l'autre profil, qui réclame des effectifs supplémentaires (Q38), et il pense que le cadre est distancié par rapport à l'équipe, contrairement à l'autre profil qui pense que le cadre fait partie intégrante de l'équipe. Par contre, il est au courant des projets stratégiques de la direction (Q9) et trouve les missions clairement définies au niveau national, contrairement à l'autre, majoritaire sur ce point (Q3). Il croit moins en son initiative individuelle ou collective qu'à la vertu de dispositifs contraignants. Sceptique sur la coopération effective des cadres supérieurs (16%), il a un avis très favorable sur la coopération entre cadres hospitaliers en général (11%), mais aussi sur la pression financière (36%). Il a un bilan plutôt négatif sur son activité de cadre et n'a pas été encouragé par ses proches pour devenir cadre, contrairement à l'autre (Q17, Q18). 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. Il considère que la qualité de soins stagne et que les contraintes budgétaires obligent à l'améliorer, alors que l'autre pense qu'elle se détériore (Q7), du fait du poids des choix budgétaires (Q10).

Ce profil incarne *l'autorité*. Le cadre hiérarchique ne pense pas qu'il faille prendre l'avis de chacun avant de prendre une décision (5%), ni ne croit à l'initiative des personnels, dont il critique l'individualisme (Q37). Il est parfois très critique aussi, comme sur les pôles gestionnaires, mais différemment : il y critique radicalement l'idée qu'ils favoriseraient la coopération entre cadres supérieurs (Q19). Il défend donc 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 (Q32).

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.

On voit donc la source des difficultés de la coopération des cadres entre eux (70% la trouvent insuffisante) : l'accent mis sur des composantes différentes. La direction de l'établissement peut en effet s'appuyer soit 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>24</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

---

<sup>24</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.

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>25</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.

---

<sup>25</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 ».

## 2) 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 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 (*cf. annexe 3*). 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.

Par contre, les tableaux présentés permettent de faire une comparaison systématique des réponses des cadres et des infirmiers aux questions communes (toutes les questions ne visaient pas en effet les deux populations, pour des raisons d'adaptation à chacune). On peut donc apprécier les différences et convergences de points de vue sur les mêmes sujets.

## 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 sont avant tout des femmes (86 % des infirmiers et 71 % des cadres<sup>26</sup>), de père ouvrier ou employé (50 % et 48 %) ; elles vivent en couple (62% et 73 %) mais peu avec un conjoint soignant (15 % et 17 % « seulement »). Elles travaillent essentiellement à l'hôpital public (89 % et 81 %), d'abord dans les grands établissements de plus de 1200 salariés (49 % et 43 %), avec une ancienneté certaine (soignantes depuis plus de dix ans : 55 % et 84 %).

Ces femmes donc peu célibataires, d'origine plutôt modeste, soignantes confirmées d'un secteur public concentré, ont des représentations convergentes : elles 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 (84 % des infirmières et 89 % des cadres), de la relation aux patients (86 % et 74 %), lié aux moyens en matériel et personnels (82 % et 70 %) et requérant une évaluation permanente (56 % et 64 %). On peut rapprocher ces tendances des réponses sur l'attente de *reconnaissance* : une homologie structurelle des deux catégories est visible de façon évidente dans l'attente de reconnaissance par les patients (43 % et 42 %), tandis que les attentes de reconnaissance par la fiche de paie (20 % et 26 %), par les cadres (18 % x 2) ou par les médecins (15 % et 18 %) sont parallèles mais moins fortes. 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 (50 % et 45 %). Dans le même ordre d'idées, *le service public* est un autre thème consensuel, à la fois dans ce qu'il représente et dans ce qu'il ne représente pas ou prou : s'il est un gage d'égalité d'accès aux soins (80 % et 73 %), il n'est pas d'abord ni surtout représenté par le statut de la fonction publique (seulement 19 % et 13 %), en dépit de la forte localisation des répondants dans le secteur public.

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 (médicale, paramédicale et encore moins celui de la direction) 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 (dans des proportions étonnamment proches : 56 % et 59 %). Leur motivation réside dans le management des personnes (63 % et 59 %), pour faire changer les choses (49 % et

---

<sup>26</sup> Les chiffres entre parenthèses renvoient toujours au pourcentage des personnes ayant répondu à la question indiquée dans le sens précisé.

50 %). Aussi les infirmiers sont-ils unilatéralement satisfaits des relations de travail avec les cadres (52 %), même s'ils préfèrent les relations de travail avec les médecins (59 %), sans doute jugés plus proches du travail effectué. Qu'il soit féminin ou masculin (le genre est indifférent pour la grande majorité), le cadre doit, par ordre de préférence : savoir écouter (89 % et 95 %), avoir des qualités d'organisation (81 % et 90 %), animer l'équipe (71 % et 63 %), invoquer le bien du malade (50 % et 54 %), rappeler le règlement (58 % et 46 %). L'expérience du cadre est également requise, en proportions inversées par rapport au règlement (46 % et 58 %). La *participation* réunit les deux catégories dans ses dimensions de la consultation préalable (s'informer de l'avis de chacun : 56 % et 90 %), du partage des décisions (53 % et 54 %) et de la diffusion de l'information (48 % et 72 %). On devine dans la différence de pourcentage que les priorités diffèrent quelque peu, annonçant les divergences traitées plus bas sur la participation. Cependant, la *délégation de tâches* aux infirmiers suit un cours parallèle : elle consiste d'abord à encadrer des stagiaires (92 % et 84 %) et à gérer du matériel (88 % et 68 %), l'élaboration des protocoles (de soins infirmiers) venant ensuite (44 % et 35 %), avant la gestion des plannings (25 % x 2).

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 convergence s'exprime donc logiquement aussi **au travers de critiques** contre ce qui menace l'intégrité de cette communauté idéale. Ainsi, des préventions fortes sont partagées contre la gestion, qui « éloigne du soin » (91 % et 84 %), ou les plannings qui éloignent de la formation (40 % et 37 %), tandis que l'institution n'offre pas toujours assez de formation (25 % et 24 %). Surtout, l'on déplore la pénurie de personnels (63 % et 55 %), l'abondance des procédures (50 % et 54 %), les relations parfois tendues entre cadres et médecins (56 % et 59 %) ou l'individualisme des professionnels (41 % et 47 %). Aussi le cadre ne peut-il pas exercer à temps partiel (60 % et 53 %) et l'articulation entre vie au travail et vie professionnelle est-elle jugée difficile (66 % et 52 %). La cellule familiale ou la communauté de travail, deux formes d'engagement rivaux...

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, plannings), 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*

Les cadres diffèrent objectivement des infirmiers par **l'âge et le nombre d'enfants** : une courte majorité d'infirmiers a moins de 40 ans (53%), une écrasante majorité de cadres a plus de quarante ans (83%), tandis qu'une forte minorité des infirmiers n'a pas d'enfants (presque 40%), au contraire des cadres (17% sans enfants). Les infirmiers sont aussi moins syndiqués que les cadres (28 % contre 40 %) et d'origine sociale moins élevée (28 % ont un père cadre ou libéral, contre 37 % des cadres<sup>27</sup>).

On a donc, en résumé, une population plus jeune, moins familiale, moins syndiquée et d'origine un peu plus modeste. Le fait est notable, s'il n'est pas étonnant : l'âge et la famille étant des facteurs corrélés, de même que l'origine sociale est congruente avec les théories de la reproduction sociale, même si la proportion identique de parents ouvriers et employés (50 %, *cf. supra*) témoignait au contraire de la forte mobilité dans le cadre traditionnel de la fonction publique hospitalière.

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 (14 % des réponses des infirmiers contre 53 % de celles des cadres), voire l'activité du service (21 % contre 38 %). Les cadres sont jugés aussi plus hiérarchiques qu'ils ne se le représentent. En effet, on considère qu'ils exercent un commandement (13 % au lieu de 0,2 %), qu'ils affirment un principe hiérarchique (49 % contre 3 %) ou mettent en œuvre les consignes de la direction (30 % contre 3 %), et ne rechignent pas à exercer des pressions affectives (20 % contre 3 %). Au contraire, ils valorisent peu le travail effectué (17 % contre 81 % !), favorisent peu la participation (19 % contre 75 % !), la négociation (26 % contre 43 %), la formation (12 % contre 36 %) et devraient mieux assurer la coordination du service (67 % contre 20 %). L'entretien individuel en cas de besoin apparaît comme un recours plus fréquent, mais l'opinion à ce sujet diffère encore fortement (50 % contre 84 %). Le cadre ne fait pas vraiment partie intégrante de l'équipe (36 % contre 63 %), il est distancié pour mieux l'encadrer (57 % contre 33 %). Face au manque de personnels, il réclame moins des effectifs pour l'équipe (15 % contre 37 %) qu'il ne téléphone au domicile personnel pour rappeler des infirmiers (56 % contre 29 %). Une petite minorité considère même qu'il n'y a aucun moyen participatif dans le service (7,4 % contre

---

<sup>27</sup> On l'a vu, les cadres répondants sont plus âgés que les infirmières. Leurs pères étaient donc cadres à une période où ces derniers étaient moins nombreux dans la population active.

0,4%), tandis que 44 % des infirmiers trouvent au contraire que la participation est un moyen courant dans les services (contre 88 % des cadres qui la jugent possible).

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 (améliorer ou faciliter le travail qui se fait) qu'ils ne devraient l'être, selon eux.

C'est que le travail des cadres semble **différent par nature** aux infirmiers. Le contraste est net en ce qui concerne son intérêt : il est jugé enrichissant par la moitié des cadres (contre 13% des infirmiers) et plutôt routinier par le quart des infirmiers (contre 3% des cadres). Les motivations du cadre sont moins liées au contenu du travail que pour les infirmiers : ils recherchent moins l'autonomie professionnelle (25 % des réponses d'infirmiers contre 60 % des réponses des cadres) ou la vision d'ensemble (24 % contre 61 %) que la rémunération (39 % contre 12 %) et surtout le statut (52 % contre 4 %). Le cadre s'intéresse plus au projet de service (68 %), les infirmiers à l'entente dans l'équipe (73 %). La productivité semble à 72 % des cadres aussi nécessaire que la qualité de soins, contre 44 % des infirmiers interrogés. Pour ces derniers, la productivité est deux fois plus contradictoire avec la qualité de soins que pour les cadres (60 % contre 32 %). La qualité de soins stagne (32 %) ou se détériore (39,5%) pour les infirmiers, tandis qu'elle s'améliore pour près de 40 % des cadres (contre 22 % des infirmiers). Que font les cadres, d'ailleurs ? ils sont en réunion (82 % contre 44 %) ou font les plannings (76 % contre 52 %). Ils s'occupent très peu des familles ou des patients (11 % contre 30 %). La différence est aussi dans la relation au collectif. Paradoxalement, alors que les infirmiers se réfèrent à l'équipe dont ils éloignent les cadres, ils attachent moins d'importance à être reconnus du personnel (11 % contre 54 %) ou de la direction (12 % et 39 %) et vivent moins le service public comme un engagement, personnel (40 % contre 52 %) ou collectif (37 % contre 52 %). De même, ils ne trouvent pas que le niveau de formation soit satisfaisant (12 % contre 23 %), ou que la qualité du cadre réside dans la solidité de sa formation (20 % contre 36 %).

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 parler 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>28</sup>.

Pour autant, ce bilan analytique n'ébranche 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.

---

<sup>28</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.



### 3) 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*

La qualité n'a pas bonne presse, notamment dans une sociologie critique ou une lecture psycho-sociologique. « Lorsque l'on abandonne le mythe pour regarder les pratiques concrètes, lorsque l'idéal de la qualité ne sert plus à masquer la réalité, il ne subsiste en fait qu'un système de prescriptions (...), outil de pression pour renforcer la productivité de l'entreprise » (Bouffartigue, Bouteiller, in Livian dir, 2005).

Présentée comme un idéal (la qualité « totale ») que par définition on n'atteint pas, souvent fortement prescriptive mais abstraite, et donc facteur de frustration (Dujarier, 2006), elle 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 dictés 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 décourage 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).

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>29</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'ancre 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).

---

<sup>29</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.

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 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>30</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 personnes », « 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 diplômé », « 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

---

<sup>30</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*).

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 seuls, 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 conditions, 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'impopolarité 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** puissant 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 cimente 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 effective, 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**, signifiée 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 leurs distances 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.

### 331 - Des profils éclatés ?

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>31</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

---

<sup>31</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).

gestionnaire. Faute de l'apprivoiser au moins en partie, la défense du métier ressemble au dernier carré de Cambronne.

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 responsables 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 en 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 dominante, 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. Ecœurés 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.



## BIBLIOGRAPHIE

- Alter, N., 2000, *L'innovation ordinaire*, PUF.
- Appay, B., 2005, *La dictature du succès. Le paradoxe de l'autonomie contrôlée et de la précarisation*, L'Harmattan.
- Bidou-Zachariasen, C., 2000, « Les classes moyennes dans la sociologie britannique », *Revue Française de Sociologie*, Vol. 41, N° 4 (Oct. - Dec.), pp. 777-796.
- Binst, M., *Du mandarin au manager hospitalier*, L'Harmattan, 1990.
- Boltanski, L., 1982, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Editions de Minuit.
- Boltanski, L., Chiapello, E., 2000, *Le nouvel esprit du capitalisme*, NRF-Gallimard.
- Bonnici, B., 1998, *L'hôpital: enjeux politiques et réalités économiques*, La Documentation Française.
- Bouffartigue, P., Gadea, C., 2001, *Les cadres*, Repères, La Découverte.
- Bouffartigue, P., dir., 2001, *Cadres. La grande rupture*, La Découverte.
- Bouquet, B., Jaeger, M., Sainsaulieu I., dir, 2007, *L'évaluation en action sanitaire et sociale*, Dunod.
- Bourret, P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Ed. Seli Arsan.
- Briand, Y., 1993, « Cadres infirmiers, quelles identités professionnelles ? », Laurent Visier dir, *Mémoire de maîtrise*, Université de Rennes 2.
- Castel P., Merle I., 2002, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, 337-355.
- CFDT, 2001, *Le travail en questions*, Syros.
- Cousin, O., 2004, *Les cadres, grandeur et incertitude*, L'Harmattan.
- De Gaulejac, V., 2005, *La société malade de la gestion*, Seuil.
- Dejours, C., 1998, *Souffrance en France*, Seuil.
- Dejours, C., 2003, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, INRA Editions.
- Dujarrier, M-A, 2006, *L'idéal au travail*, PUF.
- Ehrenberg, A., 1991, *Le culte de la performance*, Calman-Lévy.
- Fayaud, A., 2007, "Le contrôle par la qualité au sein des organisations publiques", 28<sup>ème</sup> Congrès AFC, mai.
- Ferroni, I., Kober-Smith, A., 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers », *Revue Française de Sociologie*, 46-3.
- Flamant, N., 2002, *Une anthropologie des managers*, PUF.
- Freidson, E., 2004, *Professionalism Reborn Theory, Prophecy and Policy*, Polity Press, Oxford.
- Gadea, C., 2006, *Les cadres en France, une énigme sociologique*, Belin.
- Grelon, A., 2007, *Les ingénieurs de la Crise*, Editions de l'EHESS.
- Groux, G., 2004, « Les nouveaux enjeux du syndicalisme », *in Les cadres au travail*, Karvar, A., Rouban, L., dir, La Découverte.
- Hart J., Lucas S., 2004, *Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres*, Lamarre.
- Karvar, A, Rouban, L., 2004, *Les cadres au travail*, La Découverte.
- Kervasdoué (De), J., 2004, *L'hôpital, Que sais-je ?*, PUF.
- Lallement, M., 2007, *Sociologie du travail*, Gallimard.

- Le Goff, J-P., 2000, *Les illusions du management*, La Découverte.
- Livian, Y-F., dir., 2006, *Etre cadre, quel travail ?*, Editions ANACT.
- Martin, O., 2005, *L'enquête et ses méthodes*, Armand Colin.
- Mispelblom Beyer (F), dir., 1999, *Au-delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros.
- Mispelblom\_Beyer, F., 2006, *Encadrer, un métier impossible ?*, Armand Colin.
- Sainsaulieu, I., 2003, *Le malaise des soignants*, L'Harmattan.
- Sainsaulieu, I., 2006, *La communauté de soin en question*, Lamarre.
- Sainsaulieu, I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs*, Belin.
- Salmon, A., 2006, *La tentation éthique du capitalisme*, La Découverte.
- Schweyer, F-X., 1993, « L'infirmière qui devient Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics », in *La compétence en question*, Pierre Merle dir., PUR.
- Sennett, R., 2005, *La culture du nouveau capitalisme*, Albin Michel.
- Sorel, G., 1908, *Réflexions sur la violence*, Pages libres.
- Stasse, F., 1999, « Les acteurs de la politique de santé », *Pouvoirs*, n°89.
- Strauss, A., 1992, *La trame de la négociation*, L'Harmattan.

# ANNEXE N°1

## METHODOLOGIE DE L'ENQUETE SUR LES CADRES HOSPITALIERS

### *L'enquête qualitative*

L'enquête qualitative a consisté en 31 entretiens semi-directifs (avec grille d'entretien) réalisés auprès de cadres du secteur hospitalier public (en principe homogénéisés par le diplôme obligatoire mais nous avons découvert le poids des faisant fonction en pratique) qui varient selon :

- Le grade (cadres sup, cadres de santé, faisant fonction ; nous avons interrogé aussi quelques cadres dirigeants pour situer la politique de l'établissement) ;
- l'établissement (CH-CHU), le lieu (Paris-Provence, soit trois sites : AP-HP, dont Saint-Louis, Pitié, Gustave Roussy, CH Berck ; CHU Toulouse sur trois sites ; CH Châteauroux), le passage à la réforme des pôles (avant-après) ;
- le service (soignant, médico-technique et technique, soit de nombreux services de médecine et chirurgie, restauration, service technique, laboratoires, radiologie) ;
- le sexe, l'âge et l'ancienneté dans la fonction cadre,
- la syndicalisation (syndiqués surtout CFDT mais aussi CGT et Sud et une majorité de non syndiqués).

Ils ont tous été réalisés au printemps 2006, dans la foulée pour beaucoup, puis quelques-uns pour corriger l'impression et approfondir certains points. Ces entretiens nous ont été fournis pour l'essentiel par l'intermédiaire de la CFDT et aussi par nos réseaux propres pour complément et contrepoids. Malgré ce correctif, notre enquête paraît biaisée d'une part par la bonne volonté inévitable de ceux qui veulent participer, population qu'on peut dire plus « éveillée » bien souvent au bien commun (quelque soit le type d'enquête qualitative et quantitative), d'autre part et surtout, en ce qui concerne l'enquête qualitative, par l'appartenance au réseau CFDT. Nous comptons corriger en partie ces biais par l'enquête quantitative.

### *L'enquête quantitative*

Il s'agit à l'aide des entretiens qualitatifs de réaliser un questionnaire adressé à un échantillon représentatif de cadres hospitaliers (selon les variables définies plus haut) et de personnels soignants, majoritaires dans les hôpitaux.

Les résultats du questionnaire sont interprétés selon une méthodologie quantitative classique (traitements à plat et corrélations ; analyses multi-variées et classifications ; régression logistique, modélisation, graphiques avec SPAD).

On espère ainsi parvenir à une typologie qui mêle représentations, pratiques et positions (variables explicatives) et quantifier des tendances.

Le questionnaire auprès des cadres a permis de cumuler différents résultats :

- des résultats des tris à plat et des tris croisés suite à l'élaboration et au traitement des données par les services de la CFDT ;
- ceux de l'analyse multifactorielle suite au traitement par le logiciel SPAD de ces données par nos propres ressources (voir annexe)<sup>32</sup> ;
- la prise en considération des rajouts manuels des personnes enquêtés dans l'item « Autres réponses. Précisez »<sup>33</sup>.

Le questionnaire infirmier a permis de recueillir 499 réponses. Envoyé dans une sélection d'hôpitaux dans la liste dressée pour le premier questionnaire, il a donc été rempli par les infirmiers dans le même type d'établissement que les cadres. Le questionnaire reposait essentiellement sur le premier, d'où un certain nombre de questions ont été retranchées à la fois pour faire plus court (pour ne pas dissuader de le remplir) et par adaptation au personnel (questions orientées vers les infirmiers). Là encore des rajouts manuels étaient possibles à différents endroits. Par contre, l'utilisation n'a pas donné lieu à d'autre traitement que les tris à plats, à la fois pour des raisons méthodologiques (l'objet central étant les cadres et non les profils d'infirmiers) et de lourdeur (un an et demi se sont écoulés entre la confection du premier questionnaire et le traitement des résultats du second).

---

<sup>32</sup> Nous remercions vivement Josianne Confais, ingénieur et formatrice à l'ISUP/UPMC, à l'Université de Paris 6, pour la réalisation de l'analyse des correspondances. Elle est l'auteur principal de la note en annexe. Par ailleurs, Geneviève Picot, sociologue et infirmière, a contribué à l'élaboration du questionnaire et son analyse sur les aspects du genre est en cours. Nous remercions enfin Sophie Gaudeul, du service statistique de la CFDT, pour sa disponibilité et ses explications techniques sur le traitement des données, ainsi qu'Emmanuel Le Hureaux et Yolande Briand, de la fédération Santé-Sociaux, pour les rencontres et échanges stimulants.

<sup>33</sup> Nous avons dépouillé pour l'heure une centaine de questionnaires. C'est assez pour voir revenir des commentaires avec une certaine régularité, notamment une abondance de réponses supplémentaires à la question sur les méthodes de la participation (voir plus loin). Les rajouts servent aussi à nuancer des réponses (« avec des limites », « ça dépend des situations », « on ne sait pas tout... »), à combler des trous (comme dans la rubrique profession du cadre : « ingénieur », ou des parents : « militaire », « pêcheur », « viticulteur », « douane »), voire à critiquer le questionnaire (« non adapté à la fonction car le cadre social est seul dans l'établissement », « non adapté à l'encadrement technique », « vous réduisez la définition du cadre à une phrase. En fait, la définition est un ensemble de tout. Tout est là, la difficulté. Qu'on se le dise ! »).

## ANNEXE N°2

### L'ANALYSE MULTIFACTORIELLE : ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

#### *Méthodologie générale*

L'analyse des correspondances multiples (ACM) permet d'étudier et de représenter, en utilisant des fonctions graphiques, les associations deux à deux de plusieurs variables qualitatives recueillies sur des individus. Ici les individus sont des cadres sanitaires et sociaux, et les variables les questions posées. Les réponses proposées à une question s'appellent « modalités » : celles-ci s'excluent mutuellement (un individu ne peut répondre qu'à une seule modalité d'une même question).

L'analyse permet de représenter graphiquement le tableau créé par les croisements (tris croisés) des questions. La méthode vise à rassembler sur un ou plusieurs graphiques (plan factoriel, ou mapping) la plus grande partie possible de l'information contenue dans le tableau, en s'attachant non pas aux valeurs absolues mais aux **correspondances** entre leurs caractéristiques, c'est-à-dire aux valeurs relatives. Ces correspondances font ressortir des « facteurs latents » indépendants dont l'interprétation est à la charge de l'analyste des données.

L'ACM bâtit ces facteurs latents, qui sont portés par des axes : l'analyse classe ces axes par leur ordre d'importance dans la restitution de l'information (pourcentages d'inertie). Donc le plan apportant le plus d'information sera le plan où l'axe 1 est en abscisse et l'axe 2 en ordonnée.

Pour aider à interpréter les axes, l'analyse classe également les importances des modalités de réponse dans la formation de ces axes : ce sont les « valeurs-test ». Pour une modalité donnée, c'est un « compromis » entre son effectif et sa spécificité (particularité des individus ayant pris cette modalité de réponse).

L'analyse des correspondances multiples permet de représenter sur le même « mapping » les modalités de réponses des questions. La proximité des points renseigne, *a priori*, sur leurs associations. La disposition des modalités de chaque question les unes par rapport aux autres, aide à donner un sens à chaque axe. Cela n'est pas toujours évident, à la seule observation du graphique : d'où l'importance de l'examen des valeurs-tests.

#### *Interprétations des graphiques*

- deux points modalités de questions différentes sont proches si leur distance est faible : ce sont les mêmes individus qui prennent simultanément ces modalités, donc ici qui ont répondu de la même façon sur les 2 questions ;

- théoriquement les modalités de la même question sont éloignées l'une de l'autre car elles s'excluent mutuellement. Sur le graphique elles peuvent être proches si les individus qui prennent l'une ou l'autre de ces modalités sont indistinguables pour les autres questions : ils forment un groupe et la distance impliquée par la distinction de ces deux modalités ne perturbe pas la cohésion du groupe.

*Remarques méthodologiques situées*

- Seules les 40 premières questions ont été utilisées pour bâtir les facteurs. Mais l'ACM permet de représenter aussi les autres questions, dites « passives » (questions 41 et suivantes). Elles ont été rajoutées dans un deuxième temps ;
- L'interprétation des modalités « sans réponse » étant très délicate, l'analyse a porté sur les 311 cadres ayant répondu explicitement aux 40 premières questions (pas de « sans réponse »). Le même problème s'est présenté lors du rajout des variables passives, d'où la faible différenciation par ces dernières. Aussi l'apport des tris croisés est-il important pour identifier les répondants à certaines questions.

## ANNEXE N°3

### TABLEAUX DES RÉSULTATS COMPARÉS DES DEUX QUESTIONNAIRES

#### Contrastes et convergences entre cadres et infirmiers<sup>34</sup>

| CONTRASTES (en %)  | INFIRMIERS | CADRES     |
|--|------------|------------|
| <b>Travail cadres est enrichissant</b>                   | <b>13</b>  | <b>51</b>  |
| <b>Routinier</b>   | <b>26</b>  | <b>3</b>   |
| QS = projet de service                                   | 53         | 68         |
| QS= entente dans l'équipe                                | 73         | -          |
| <b>Productivité contre qualité soins</b>                 | <b>60</b>  | <b>32</b>  |
| Productivité et qualité nécessaires                      | 44         | 72         |
| QS s'améliore  | 22         | 39         |
| <b>Les cadres sont en réunion</b>                        | <b>82</b>  | <b>44</b>  |
| Les cadres font les plannings                            | 76         | 52         |
| <b>Les cadres gèrent relations dans équipe</b>           | <b>14</b>  | <b>53</b>  |
| Les cadres gèrent l'activité du service                  | 21         | 38         |
| <b>Motivation= + d'autonomie profess.</b>                | <b>25</b>  | <b>60</b>  |
| <b>Motivation= avoir vision d'ensemble</b>               | <b>24</b>  | <b>61</b>  |
| Motivation= rémunération                                 | 39         | 12         |
| <b>Motivation= avoir le statut cadre</b>                 | <b>52</b>  | <b>4</b>   |
| Niveau de formation est satisfaisant                     | 12         | 23         |
| SP= appartenance à un collectif au service des personnes | 37         | 52         |
| SP= un engagement personnel d service                    | 40         | 52         |
| Rôle du cadre= faciliter la coordination                 | 67         | 20         |
| <b>Exercer un commandement</b>                           | <b>13</b>  | <b>0,2</b> |
| <b>Mettre en œuvre consignes direction</b>               | <b>30</b>  | <b>3</b>   |
| <b>Méthode= valorisation travail effectué</b>            | <b>17</b>  | <b>81</b>  |
| <b>Méthode= participation</b>                            | <b>19</b>  | <b>75</b>  |
| Méthode= pression amicale                                | 20         | 3          |
| <b>Méthode= affirmation hiérarchique</b>                 | <b>49</b>  | <b>3</b>   |

<sup>34</sup> Sur l'appréciation des quantités, quelques commentaires sont nécessaires :

- on a surligné en gras, côté contrastes, soit les écarts de 1 à 4 ou plus sur tous les chiffres, soit les écarts de 1 à 2 sur des chiffres élevés ; côté convergences, on a surligné soit les chiffres très proches, soit les chiffres très élevés dans les deux cas.

- le fait que les cadres et les infirmiers aient le même avis ne signifie pas qu'il s'agit d'un jugement important pour eux. Par exemple, 25 % trouvent qu'il n'y a pas assez de formations offertes par l'institution, mais ce n'est pas la première réponse des cadres comme des infirmiers sur la formation. Certaines réponses expriment un décalage entre les deux acteurs, mais en fait il s'agit dans les deux cas de leur première réponse à la question posée (exemple : diffusion de l'information, 48 et 72%). Enfin, le fait que ce soit la première réponse ne signifie pas forcément que la question soit importante pour eux (exemple des moyens participatifs, comme la diffusion de l'information, qui recueille des suffrages en moyenne beaucoup plus importants chez les cadres que chez les infirmiers).

|   |                   |               |
|---|-------------------|---------------|
| Méthode= la négociation                         | 26                | 43            |
| Méthode= la formation                           | 12                | 36            |
| Qualité du cadre= formation solide              | 20                | 36            |
| Participation est possible ds les services      |                   | 88            |
| Participation moyen courant ds les services     | 42                |               |
| Moyen participatif= entretien si besoin         | 50                | 84            |
| Aucun moyen participatif dans le service        | 7,4               | 0,4           |
| Reconnu par les patients                        | 72                |               |
| Reconnu du personnel                            | 32                |               |
| Reconnu par la direction                        | 0,8               |               |
| Reconnu de la fiche de paie                     | 4                 |               |
| Reconnu par les cadres                          | 8                 |               |
| <b>Attente de reconnaissance du personnel</b>   | <b>11</b>         | <b>54</b>     |
| Reconnaissance par la direction                 | 12                | 39            |
| Face au manque= tel au domicile perso.          | 56                | 29            |
| Face au manque= réclame effectifs sup.          | 15                | 37            |
| Le cadre partie intégrante de l'équipe          | 36                | 63            |
| Le cadre distancié pour mieux encadrer          | 57                | 33            |
| <b>Entre 20 et 40 ans</b>                       | <b>53</b>         | <b>13</b>     |
| <b>Entre 40 et 60 ans</b>                       | <b>44</b>         | <b>83</b>     |
| Aucun enfant                                    | 39                | 17            |
| Père cadre ou libéral                           | 28                | 37            |
| Syndiqué  | 28                | 40            |
|   |                   |               |
|   |                   |               |
| <b>CONVERGENCES (en %)</b>                      | <b>INFIRMIERS</b> | <b>CADRES</b> |
| Travail contradictoire                          | 44                | 59            |
| Compétence en plus du métier                    | 50                | 45            |
| <b>QS= compétences professionnelles</b>         | <b>84</b>         | <b>89</b>     |
| <i>QS= relations patients</i>                   | <b>86</b>         | <b>74</b>     |
| <b>QS= évaluation permanente</b>                | <b>56</b>         | <b>64</b>     |
| <b>QS= matériel et personnels</b>               | <b>82</b>         | <b>70</b>     |
| QS se détériore                                 | 39                | 31            |
| La gestion éloigne du soin ++ ou +              | 91                | 84            |
| <b>Motivation=management personnes</b>          | <b>63</b>         | <b>59</b>     |
| <b>Motivation= faire changer les choses</b>     | <b>50</b>         | <b>49</b>     |
| <b>Plannings empêchent formation</b>            | <b>40</b>         | <b>37</b>     |
| <b>L'institution n'offre pas bcp formations</b> | <b>25</b>         | <b>24</b>     |
| <b>Les cadres améliorent +tôt les choses</b>    | <b>56</b>         | <b>59</b>     |
| Le service public c'est l'égalité d'accès       | 80                | 73            |
| SP= statut de la fonction publique              | 19                | 13            |
| Rôle du cadre= animer une équipe                | 71                | 63            |
| Méthode= rappel du règlement                    | 58                | 46            |
| <b>Méthode= valeurs collectives, le malade</b>  | <b>50</b>         | <b>54</b>     |
| Préférence pour des cadres masculins            | 14                | 10            |



|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| Indifférence au genre                             | 74        | 84        |
| <b>Qualité du cadre= savoir écouter</b>           | <b>89</b> | <b>95</b> |
| <b>QC= capacités d'organisation</b>               | <b>81</b> | <b>90</b> |
| Qualité du cadre= avoir de l'expérience           | 46        | 58        |
| <b>Délégations infirmiers= gestion matériel</b>   | <b>88</b> | <b>68</b> |
| <b>DI= encadrement-formation stagiaires</b>       | <b>92</b> | <b>84</b> |
| DI= élaboration protocoles                        | 44        | 35        |
| <b>DI= gestion plannings</b>                      | <b>25</b> | <b>25</b> |
| <b>Pour le partage des décisions</b>              | <b>53</b> | <b>54</b> |
| S'informer de l'avis de chacun                    | 56        | 90        |
| Moyen participatif= diffusion information         | 48        | 72        |
| <b>Relations parfois tendues avec médecins</b>    | <b>56</b> | <b>59</b> |
| <b>Attente reconnaissance par les patients</b>    | <b>43</b> | <b>42</b> |
| Reconnaissance de la fiche de paie                | 20        | 26        |
| <b>Reconnaissance par les cadres</b>              | <b>18</b> | <b>18</b> |
| <b>Attente reconnaissance des médecins</b>        | <b>15</b> | <b>18</b> |
| Attente reconnaissance de personne                | 15        | 25        |
| Difficultés= pénurie personnels                   | 63        | 55        |
| <b>Difficultés= abondance procédures</b>          | <b>50</b> | <b>54</b> |
| Difficultés= individualisme ds professions        | 41        | 47        |
| <b>Le cadre ne peut pas exercer à tps partiel</b> | <b>60</b> | <b>53</b> |
| Articulation +tôt difficile famille-travail       | 66        | 52        |
| Satisfaction relations de travail avec cadres     | 52        |           |
| Satisfaction relations travail avec médecins      | 59        |           |
| <b>Sexe féminin</b>                               | <b>86</b> | <b>71</b> |
| <b>Vie en couple</b>                              | <b>62</b> | <b>73</b> |
| Conjoint travail à l'hôpital                      | 15        | 17        |
| <b>Travail depuis plus de 10 ans soignant</b>     | <b>55</b> | <b>84</b> |
| <b>Etablissement public actuel</b>                | <b>89</b> | <b>83</b> |
| Plus de 1200 salariés                             | 49        | 43        |
| Syndiqué CFDT                                     | 24        | 34        |
| <b>Père ouvrier ou employé</b>                    | <b>50</b> | <b>48</b> |