



CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

LES CADRES INTERMÉDIAIRES ENTRE CONTRAINTES MANAGÉRIALES ET DÉFENSE DES IDENTITÉS PROFESSIONNELLES : L'EXEMPLE DES HÔPITAUX DE SUISSE ROMANDE

Fabien Resenterra *et al.*

A.A.E.L.S.H.U.P | *Humanisme et Entreprise*

2013/5 - n° 315

pages 1 à 24

ISSN 0018-7372

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2013-5-page-1.htm>

Pour citer cet article :

Resenterra Fabien *et al.*, « Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande », *Humanisme et Entreprise*, 2013/5 n° 315, p. 1-24.

Distribution électronique Cairn.info pour A.A.E.L.S.H.U.P.

© A.A.E.L.S.H.U.P. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande

Fabien RESENTERRA,
Docteur en Science Politique, Université de Lausanne (IEPI)

Michaël SIGGEN,
Assistant-doctorant, Université de Lausanne (IEPI)

David GIAUQUE
Professeur associé, Université de Lausanne (IEPI)

Résumé Cet article porte sur les cadres intermédiaires des hôpitaux de Suisse romande. Nous proposons une double lecture : l'évolution de l'identité professionnelle et de la santé au travail des cadres intermédiaires confrontés à de multiples transformations managériales et organisationnelles de leur environnement de travail. Nous soulignons que les réformes hospitalières contemporaines ont des effets sur la manière dont les cadres perçoivent leur rôle et leur mission. Par ailleurs, leur situation au sein de la hiérarchie les place dans une position paradoxale : mettre en œuvre les décisions prises par les directions hospitalières tout en devant préserver les membres de leur corporation professionnelle des conséquences néfastes de ces décisions. De tels dilemmes provoquent un mal-être au travail. Au final, les cadres intermédiaires se plaignent du rôle impossible qui leur est attribué : encadrer sans autonomie ni ressources.

Mots clés Réformes hospitalières ; cadres intermédiaires ; identité professionnelle ; souffrance au travail ; injonctions contradictoires

Abstract This article focuses on middle managers working in hospitals in western Switzerland. We propose a double reading regarding this population: first, the evolution of their professional identity, and, secondly, the impact of managerial and organizational changes on middle managers, more specifically on their well-being. We emphasize that contemporary hospital reforms deploy several effects on how managers perceive their role and mission. Moreover, their position within the hierarchy places them in a paradoxical position: they have to implement the decisions taken by the direction of their hospital and, in the same time, they have also to preserve their subordinates from adverse consequences of those decisions. Such dilemmas cause ill-being at work. Finally, middle managers are placed in a very complex situation: they have to manage without autonomy and resources.

Keyword(s) Hospital reforms; middle managers; professional identity; health at work; contradictory injunctions.

HUMANISME & ENTREPRISE - <http://humanisme-et-entreprise.asso-web.com/>
N° 315 - Novembre/Décembre 2013 - Auteurs : Fabien RESENTERRA fabien.resenterra@unil.ch
Michaël SIGGEN michael.siggen@unil.ch - David GIAUQUE david.giauque@unil.ch

Toute reproduction et diffusion des articles et conférences publiés dans "Humanisme et Entreprise" -quels qu'en soient les supports- sont interdites sans la double autorisation des auteurs et éditeur.

1. INTRODUCTION

La Suisse, comme bon nombre de pays de l'OCDE, connaît de nombreuses transformations de son secteur public inspirées par les principes de la « Nouvelle Gestion Publique ». Ces transformations ont également touché le secteur de la santé dont la question des coûts est régulièrement mise à l'agenda politique et médiatique. Face à la permanence de cette problématique, le Parlement fédéral a entrepris de nombreuses révisions de ses politiques publiques de la santé en vue de maîtriser cette inflation des coûts. Parmi celles qui ont dépassé le stade de la votation populaire, nous retrouvons la révision du financement hospitalier votée en 2007 et sur laquelle se base notre contribution. Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012, cette réforme vise un double objectif : inciter les hôpitaux à plus de rigueur dans leur gestion financière et ouvrir le marché de la santé suisse à plus de concurrence interne.

La mise en œuvre de cette réforme place les hôpitaux publics de Suisse romande face à de nombreux défis d'envergure. Pour y répondre, les directions hospitalières sont amenées à entreprendre des changements organisationnels importants tant sur les plans stratégique, managérial, financier qu'en termes de gestion des ressources humaines. Dans cet environnement en changement, les employés des hôpitaux sont confrontés à de nouvelles méthodes de management inspirées des pratiques du privé. Ces nouvelles méthodes et outils de gestion peuvent être compris comme des instruments par lesquels la direction de ces organisations tente de contrôler à distance les pratiques des professionnels qu'elle emploie (Belorgey, 2010 ; Benninghoff, 2011 ; Milburn, 2010). Mais si ces mécanismes de contrôle à distance touchent l'ensemble des collectifs de travail, le cas des cadres intermédiaires au sein de ces collectifs nous paraît refléter de manière encore plus saillante cette tension entre d'une part la mise en œuvre des décisions prises par la hiérarchie et la défense des intérêts du groupe professionnel d'appartenance d'autre part (Gaulejac & Mercier, 2012). Les cadres intermédiaires semblent donc se trouver dans une posture organisationnelle qui les place au croisement de logiques sectorielles antagonistes qui sont vectrices, pour ces derniers, d'injonctions contradictoires. Ces dernières années, les hôpitaux suisses font face à de nombreuses réformes, lesquelles ont entraîné une série de démissions touchant principalement les cadres intermédiaires. Ceux-ci, dont la plupart sont issus de corps professionnels institués (médecins, infirmières, spécialistes, etc.), se trouvent dans une posture particulièrement délicate dans la mesure où, pour conserver une légitimité professionnelle et managériale, ils doivent à la fois se conformer aux us et coutumes de leur profession d'origine tout en revêtant les habits du manager d'équipe et donc se faire les porte-paroles de la direction de leur établissement hospitalier.

Cette situation « d'entre deux mondes » provoque ainsi des tensions qui s'exercent sur leur identité professionnelle ainsi que sur leur santé au travail. Ces tensions peuvent par ailleurs expliquer cette vague de démission que nous évoquions auparavant. Pourtant, nous constatons que le monde académique suisse s'est encore

peu intéressé à la question de l'hybridation des identités professionnelles des acteurs agissant à l'interface des sphères managériales et professionnelles. Si les résultats de travaux internationaux en lien avec cette question font l'objet de nombreuses publications (Evetts, 2011 ; Farrell & Morris, 2003 ; Ferlie & Geraghty, 2005 ; Feroni & Kober-Smith, 2005 ; Jarl, Fredriksson, & Persson, 2011), les données suisses sont quant à elles quasiment inexistantes. De la même manière, les travaux abordant la question de l'impact des réformes managériales sur la santé au travail en Suisse sont peu nombreux (Giauque, Resenterra, & Siggen, 2013). Notre article poursuit ainsi deux buts. Premièrement, mettre au jour les conséquences de ces « injonctions contradictoires » sur l'identité professionnelle¹ des cadres intermédiaires hospitaliers de Suisse romande. Deuxièmement, montrer de quelle manière ces pressions sur l'identité professionnelle peuvent avoir des conséquences sur la santé au travail des cadres intermédiaires hospitaliers. L'originalité de cette contribution, au-delà du fait qu'elle enrichit les données statistiques suisses, réside dans la démarche déployée évaluant, dans une même analyse, l'impact d'un changement institutionnel (ici la réforme du système hospitalier) sur les identités professionnelles des cadres intermédiaires et ses conséquences possibles sur leur santé au travail.

Afin de répondre à ces questions, nous décrivons brièvement la réforme du financement hospitalier pour en saisir le changement de logique managériale et ses conséquences sur le fonctionnement de l'organisation hospitalière. Le cadre théorique à partir duquel les changements sont analysés est ensuite présenté. Après quoi la méthodologie d'enquête est explicitée. S'ensuit une présentation de nos données d'enquête terrain. Nous concluons cet article par quelques réflexions et ouvertures.

2. LA RÉFORME DU FINANCEMENT HOSPITALIER ET SES CONSÉQUENCES

Lorsque la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après LAMal) est introduite en 1996, deux buts principaux sont poursuivis : l'amélioration de la situation des assurés face au risque de la maladie et l'introduction d'instruments de maîtrise des coûts. Si la LAMal a effectivement permis d'atteindre le premier but visé par le législateur, elle n'a pas permis de maîtriser les coûts de la santé. Le cadre institutionnel dans lequel s'insère la LAMal explique en bonne partie la non maîtrise des coûts, la Suisse comptant en effet 26 systèmes de santé semi-autonomes. Cette configuration institutionnelle particulière rend à la fois difficile la mise en place de marchés concurrentiels au niveau suisse et favorise également une densité hospitalière, laquelle génère des besoins en équipements particulièrement coûteux. C'est pourquoi depuis le début des années 2000, le Conseil fédéral a soumis au

¹ Nous définissons le concept d'« *identité professionnelle* » comme le résultat d'une socialisation secondaire de l'individu, qui lui permet d'acquérir un ensemble de dispositions nécessaires à l'exercice de sa profession : connaissances théoriques et techniques, comportements et attitudes prescrites au travail, acquisition de normes et de valeurs propres à son groupe professionnel. Ce processus de socialisation professionnelle va permettre ensuite à l'individu d'intégrer un groupe professionnel et de définir son rôle au sein d'une organisation (Boussard, 2008 ; Dubar, Tripiet, & Boussard, 2011 ; Riopel, 2006 : 32).

Parlement diverses mesures afin de réformer la LAMal et qui ont connu des destins divers. Parmi celles qui ont passé le stade de la votation populaire, nous retrouvons la réforme sur le financement hospitalier, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, et dont les impacts sur les hôpitaux commencent à se faire sentir, notamment par les changements managériaux qu'elle contribue à instaurer. Cette réforme s'attaque aux deux axes principaux structurant le modèle de financement des hôpitaux, en passant d'une part d'un financement des coûts à un financement des prestations, et en harmonisant la structure tarifaire d'autre part. Cette révision du mode de financement hospitalier devrait aboutir, à terme, à une meilleure efficacité dans la gestion des coûts hospitaliers. La nouvelle structure tarifaire est censée amener également plus de transparence concernant les coûts des prestations fournies tout en systématisant les comparaisons entre les pratiques des différents hôpitaux. En d'autres termes, cette révision a pour finalité d'inciter les acteurs du milieu hospitalier à fournir des prestations qui satisfassent aux critères d'économicité et de concurrence prévus par le législateur.

Plus concrètement, la mise en œuvre de cette réforme a passablement bouleversé le mode de fonctionnement des hôpitaux suisses en introduisant de nouvelles pratiques et outils de gestion, comme la concurrence entre établissements hospitaliers, la gestion par mandats de prestations, le codage SwissDRG (codage des prestations fournies aux patients), ou encore les réorganisations médico-techniques. Ces différents changements dans le monde hospitalier ne vont cependant pas sans poser des problèmes. Les différents projets de réorganisation des structures et des processus au sein des hôpitaux romands, s'appuyant largement sur les principes de la nouvelle gestion publique, visent à optimiser les synergies entre départements, à favoriser la transversalité et l'échange entre les corps professionnels (particulièrement la collaboration soignants-médecins) et plus généralement à améliorer l'efficacité des processus de travail. Or des études montrent que la mise en œuvre de telles méthodes de gestion introduit des bouleversements dans les habitudes de fonctionnement des collectifs de travail (Staines, 2000, 2007 ; Feroni, 2005 ; Lessard, 2005) en exacerbant par exemple le sentiment de concurrence interne (Bolgiani, 2002), et parfois même une forme de pensée comptable nuisible à la collaboration (Hufty, 1998). Elles peuvent de plus introduire une perception « clientéliste » des patients (Maugeri, 2006), impropre à une médecine de qualité et contraire à l'idée de « bon travail » qu'ont les personnels de la base (Davezies, 1999 : 99).

En d'autres termes, ce type de réformes a des impacts sur les comportements des acteurs, sur la qualité de leurs interactions, de leur coordination et coopération, c'est-à-dire sur le rapport entre l'individu et son travail (Boussard, 2010 ; Feroni & Kober-Smith, 2005). Et toute modification de ce rapport est d'autant plus importante qu'il est un facteur constitutif à la fois de l'identité professionnelle (Lessard & Meirieu, 2005 ; Lessard, Tardif, & Levasseur, 2003) et du positionnement social de l'individu (Carpentier-Roy, 2001). En mettant l'accent sur la dimension humaine

du travail, nous situons clairement, à la suite de Dejours, le sujet au sein de l'activité de travail (Dejours, 2008). D'un côté, le travail peut être source d'identité, de plaisir et d'équilibre, alors que d'un autre côté, il peut être source de contraintes, cause de souffrances et de dérives vers la maladie.

L'identité professionnelle se construit ainsi par le travail, mais aussi par les interactions au sein du groupe professionnel. Certains auteurs ont montré que l'identité professionnelle est avant tout le produit d'une socialisation secondaire acquise au travers des relations de travail (Berger, Luckmann, & Taminioux, 1986 ; Dubar, 1992, 2000). Cette identité professionnelle² renvoie à des processus d'identification en lien avec la culture de la profession d'appartenance et ses valeurs, d'où résultent ensuite une adhésion et un soutien mutuel au sein du groupe. Mais selon Dubar (voir ci-dessus), l'identité professionnelle est avant tout contingente, dans le sens où elle dépend à la fois du contexte organisationnel dans lequel se trouve un individu et de son propre parcours biographique. C'est pourquoi la mise en œuvre de réformes de type NGP au sein des organisations publiques peut potentiellement modifier les processus d'identification des groupes professionnels, notamment en instaurant de nouvelles pratiques et de nouvelles valeurs au sein des organisations. Dans ce sens, le secteur de la santé est certainement celui qui a été le plus confronté à ces réformes de NGP et qui a vu son contexte organisationnel fortement évoluer au cours des dernières décennies en Europe (Kirkpatrick, Jespersen, Dent, & Neogy, 2009 ; Kuhlmann, Allsop, & Saks, 2009 ; Oomkens, 2010). Les groupes professionnels au sein des hôpitaux ont été exposés à des changements organisationnels qui ont fortement modifié les conditions d'exercice du travail et ont pu affecter l'identité professionnelle de leurs membres. Parmi ces derniers, les cadres intermédiaires sont certainement les plus exposés à ces changements, et donc les plus directement soumis à des pressions sur leur identité professionnelle, de par leur position au croisement de logiques sectorielles antagonistes.

3. CADRE THÉORIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

3.1 Les professions face à l'évolution de leur environnement

Comme le montrait Freidson (Freidson, 1994, 1986, 2001 ; Freidson & Lyotard-May, 1984), l'environnement des professions a subi de profonds changements depuis le milieu des années 1970. Des facteurs aussi divers que l'élévation du niveau d'instruction de la population, la standardisation de certaines procédures à l'intérieur des professions, l'apparition de nouvelles professions venant concurrencer les plus anciennes ou encore la mise en œuvre de nouvelles normes de gestion des organisations ont commencé à menacer la capacité d'autorégulation des

² Parmi les différents types d'identités définis par Dubar, nous parlons ici de l'identité catégorielle qui caractérise les groupes professionnels (Dubar, 2000).

professions (Freidson, 1986 : 109-133). Mais des phénomènes plus contemporains tels que la libre circulation des personnes, l'ouverture des marchés ou encore les nouvelles formes de gestion des organisations publiques augmentent eux aussi de plus en plus cette menace (Belorgey, 2010 ; Benninghoff, 2011 ; Boussard, 2010 ; Feroni & Kober-Smith, 2005 ; Milburn, 2010). Evetts montre, par exemple, que nous serions passés, au sein des professions, d'une régulation autonome par les pairs à une régulation « exogène », où les professions feraient l'objet de tentatives de régulation venant de l'extérieur, notamment par le pôle managérial de l'organisation (Evetts, 2003a, 2003b). On assisterait ainsi à la diffusion d'un discours gestionnaire sur les professions basé sur l'idée d'améliorer les pratiques des professionnels, à l'aide de méthodes de management nouvelles, afin d'augmenter la performance économique globale des institutions pour lesquelles elles travaillent, tout comme le degré de satisfaction de la clientèle (Evetts, 2003a : 409). On entre ici dans la problématique que certains auteurs ont appelé « l'injonction au professionnalisme » (Boussard, 2010 ; Evetts, 2009, 2011).

Mais pour que ces injonctions à plus de « professionnalisme » puissent se traduire par un contrôle réel sur les pratiques professionnelles, il est nécessaire que l'organisation se dote de relais. En effet, les organisations ont besoin de personnes jouant le rôle de « courroie de transmission » entre le monde de la gestion et celui du terrain des professionnels (Gaulejac & Mercier, 2012). On pourrait dire que ce sont les cadres intermédiaires qui jouent, au sein des professions et des organisations, le rôle de marginal sécant (Crozier & Friedberg, 1977). Ni totalement dans le monde managérial, ni totalement dans le monde professionnel, ces cadres intermédiaires semblent soumis à un processus d'hybridation de leur rôle et par conséquent de leur identité professionnelle au sein des organisations (Boussard, 2010 ; Ferlie & Geraghty, 2005 ; Lipsky, 2010 ; Schinkel & Noordegraaf, 2011 ; Sehested, 2002).

3.2 Cadres intermédiaires et réformes : l'hybridation des rôles et des identités

La managérialisation des groupes professionnels peut également s'interpréter, sous un angle foucauldien (Foucault, 1975 ; Townley, 1993), comme étant une tentative de « disciplinarisation ». Ferlie et Geraghty font l'hypothèse que les cadres intermédiaires vont participer à cette « managérialisation » qui consiste à implanter les nouveaux systèmes et outils de management au sein de leur groupe dans un premier temps, pour se positionner en défenseur du statut et des conditions de travail des professionnels et les protéger contre les excès managériaux dans un deuxième temps (Ferlie & Geraghty, 2005 : 437-438). Leur position leur facilite la mise en œuvre des réformes tout en pouvant préserver les intérêts du groupe face à la direction. Les professions peuvent donc se réformer d'elles-mêmes en introduisant des systèmes d'autorégulation qui les rendent moins dépendantes d'une régulation externe. Fitzgerald et Ferlie montrent que ces cadres intermédiaires vont ainsi « traduire » le langage managérial pour qu'il soit compris par les membres de leur groupe professionnel et par conséquent faciliter des changements d'attitude au sein

du groupe (Fitzgerald & Ferlie, 2000). Pour y parvenir, ces cadres intermédiaires vont développer un ensemble de tactiques afin de s'assurer le soutien de leur groupe professionnel en vue de faciliter le changement (Fitzgerald & Ferlie, 2000: 725). Leur rôle dans l'organisation prend donc ici la forme du « traducteur-négociateur ».

Cependant, l'encadrement intermédiaire se trouve pris dans un conflit de loyauté entre, d'un côté, la direction qui lui demande d'appliquer des directives, des outils de gestion et, de l'autre, la confrontation au terrain qui démontre tous les jours que ces nouveaux modes opératoires sont inapplicables (Gaulejac & Mercier, 2012). Le professionnel peut ainsi se retrouver dans une situation où il doit mettre en œuvre une réforme ou un nouveau règlement dont il sait par ailleurs reconnaître les effets négatifs sur les conditions de travail de son groupe professionnel d'appartenance. Face à cette dissonance, Sehested montre que le cadre intermédiaire peut progressivement modifier son attitude à l'égard de ces changements, soit parce qu'il se résigne à vivre avec ces réformes et cherche à en tirer des avantages, soit parce qu'avec le temps, ses valeurs s'arrangent des réformes (Sehested, 2002 : 1526-1527).

On peut dès lors légitimement s'interroger sur les motivations qui poussent certains professionnels à accepter une telle mission de management au sein de leur groupe professionnel. Celles-ci peuvent être de nature altruiste (améliorer les prestations offertes par leurs services), de nature défensive (préserver l'influence et le pouvoir de leur groupe), mais aussi de nature égoïste (intérêt personnel et soif de pouvoir) (Fitzgerald & Ferlie, 2000 : 729). Mais quelles que soient les raisons qui poussent les cadres intermédiaires à occuper une fonction managériale au sein de l'organisation, leurs nouvelles tâches les amènent à modifier leur attitude face à leur travail, ce qui peut entraîner une nouvelle vision de leur rôle au sein de l'organisation. En se référant à notre définition de l'identité professionnelle, si le rôle qu'un individu s'attribue au sein de l'organisation est directement lié à son identité professionnelle, alors tout changement de rôle au sein de l'organisation peut entraîner, si ce n'est une modification, du moins un ajustement de son identité professionnelle. Il serait dès lors possible de faire une première proposition interprétative de recherche stipulant que l'identité professionnelle des cadres intermédiaires des hôpitaux de Suisse romande évolue suite à la mise en place des réformes du financement hospitalier.

3.3 La santé en souffrance

Mais notre recherche fait un pas de plus, puisque de nombreux travaux ont également permis de mettre en évidence les incidences importantes des réformes gestionnaires contemporaines sur la santé des travailleurs. Plusieurs auteurs ont par exemple clarifié le lien existant entre cette problématique de l'identité et la santé au travail (Dejours, 1987a, 2008). C'est la raison pour laquelle il nous paraît pertinent d'élargir notre réflexion en s'intéressant à la littérature qui fait le lien entre la problématique de l'évolution identitaire des cadres intermédiaires et ses impacts possibles en termes de santé au travail (Monneuse, 2014).

Outre le fait d'être un lieu de production de soi, le travail est aussi un lieu de production de rapports sociaux, un lieu où l'identité et le positionnement social se construisent, essentiellement par l'entremise de la reconnaissance. Le sujet qui s'investit dans le travail espère en effet une rétribution, et c'est cette rétribution qui revêt la forme spécifique de la reconnaissance (Davezies, 1993 : 43-44). La reconnaissance est, à ce titre, un élément déterminant de l'accomplissement de soi et de la construction identitaire d'une personne (Dessors, 1995). Au sein d'un collectif, les règles, qui sont le résultat d'échanges formels ou informels entre les travailleurs, déterminent alors les manières acceptables de faire le travail, c'est-à-dire ce qu'il est juste ou bien de faire. La reconnaissance passe donc par la construction de jugements portant sur le travail accompli. Lorsque ce jugement est proféré par les pairs, il donne au sujet une rétribution en terme d'identité, en contrepartie de sa contribution à l'œuvre commune. En d'autres termes, il lui accorde l'appartenance à un métier, un collectif ou une communauté (Dejours, 2008 : 233-239). La reconnaissance, à travers le regard d'autrui, est ainsi génératrice de plaisir au travail. C'est elle qui donne sens aux difficultés rencontrées dans le travail, aux efforts fournis, et qui permet au travailleur de construire ou de consolider son identité. A contrario, le manque de reconnaissance s'exprime souvent par un refus d'autonomie et de pouvoir. Et c'est lorsque la reconnaissance de la réalité du travail est refusée que le travailleur va être menacé par la démobilisation subjective. La souffrance psychique peut alors devenir patente, et va se traduire par la perte de l'estime de soi, de la solidarité au travail, ou par des sentiments d'injustice.

Il est ainsi nécessaire de reconnaître l'investissement subjectif présent dans les pratiques de travail, en regard de la santé. De nombreux chercheurs font d'ailleurs de la question de l'investissement identitaire et de la reconnaissance le noyau central de la santé au travail (Dejours, 1987b, 1995, 2008). On peut ainsi dire que la conquête de l'identité et donc, la construction de la santé au travail, sont « vectorisées » par l'accomplissement de soi dans le champ social de la reconnaissance. Diverses facettes influencent le volet social de l'identité d'un individu, comme par exemple la place qu'il occupe au sein de l'organisation, la manière dont il est reconnu ou considéré, ou encore la part de pouvoir décisionnel détenu (Alderson, 2004 : 247-248).

Le travail devient ainsi une matrice où l'identité se produit, se conforte ou s'aliène. Ce qui se joue est de l'ordre de l'équilibre psychique entre des espoirs et des attentes, entre ce que le travail autorise ou non. En résumé, à travers la question de la souffrance psychique au travail, c'est l'organisation du travail qui est questionnée par le sujet. En fonction de ce qui précède nous formulons une deuxième proposition interprétative de recherche selon laquelle la position particulière des cadres intermédiaires, qui se trouvent au croisement de logiques sectorielles contradictoires, contribue à brouiller leurs repères identitaires et à diminuer la reconnaissance qu'ils reçoivent de leurs supérieurs et de leurs équipes, ce qui les installe dès lors dans une situation de souffrance au travail.

4. MÉTHODE D'ENQUÊTE

Si l'on ambitionne de mieux comprendre ce que vivent les individus dans le cadre de leur travail, il est de notre point de vue nécessaire de faire place aux disciplines qui ont fait du symbolique leur principal objet d'étude (Alvesson, Lee Ashcraft, & Thomas, 2008 ; Bouchard, 1990). L'approche qualitative apparaît dès lors comme étant celle qui permet de faire émerger la logique interne du phénomène étudié (Poupart, 1997). A ce titre, la méthode d'enquête que nous avons choisie est fondée sur la discussion contradictoire entre travailleurs, qui sont réunis dans ce que l'on appelle des collectifs d'enquête (Grawitz, 2000). Si notre démarche de recherche privilégie une approche méthodologique qualitative, c'est avant tout parce qu'il est difficile de quantifier des notions comme la perception identitaire des salariés ou le mal-être au travail. Certains concepts ne se laissent pas facilement cerner par des pourcentages ou des statistiques de fréquence. Il s'agit, pour le chercheur, de découvrir le sens que revêtent les expériences collectives de travail et ce à travers une technique d'interprétation intersubjective. Pour Dejours, la dimension subjective du travail ne peut être appréhendée qu'en passant par une écoute attentive de la parole des travailleurs (Dejours, 2000). Celle-ci fonctionne en effet comme un moyen de faire advenir à l'intelligibilité ce qui n'est pas encore conscient. Pour accéder à une plus grande intelligibilité des situations de travail, l'approche compréhensive apparaît donc comme étant la méthodologie la plus pertinente.

Comme cette étude vise l'analyse de l'expérience collective de travail, nous avons favorisé l'implication dans l'enquête de travailleurs constitués en collectifs ad hoc, nommés « collectifs d'enquête » (Van Campenhoudt, Chaumont, & Franssen, 2005). Cependant, la qualité de l'intervention est tributaire du respect d'une règle méthodologique essentielle : le volontariat des participants. Il n'y a d'ailleurs aucune exigence de constituer des échantillons représentatifs (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, etc.), puisque c'est l'engagement personnel qui importe dans la constitution du collectif d'enquête. Si le volontariat est aussi important, c'est que l'intervention n'a pas pour objectif d'établir un inventaire des plaintes, mais bien de mobiliser la capacité de penser des participants sur l'analyse des problèmes concrets qu'ils rencontrent, et sur les marges de manœuvre dont ils disposent pour résoudre les difficultés qui se présentent à eux. La question du nombre de travailleurs dans un groupe est à ce titre importante. Dans le but de favoriser des échanges fructueux, il ne faut, habituellement, pas plus de 10-15 participants par collectif d'enquête.

Dans le cadre de notre recherche, 11 différents collectifs d'enquête ont été constitués au sein de quatre établissements hospitaliers de Suisse romande, regroupant au total 61 cadres intermédiaires. Notons que plusieurs catégories de cadres intermédiaires sont représentées dans notre échantillon, que l'on peut décomposer comme suit : 20 cadres infirmiers, 22 médecins et 19 cadres technico-administratifs. Les collectifs d'enquête ainsi constitués se retrouvaient sur leur place de travail, dans un local prévu pour mener à bien notre discussion. Deux enquêteurs étaient systématiquement présents, l'un pour animer la discussion et procéder aux relances

si nécessaires, l'autre pour la prise de note et l'enregistrement des discussions, ce dernier pouvant également intervenir pour introduire un nouveau sujet en lien avec le guide d'entretien développé par l'équipe de recherche. Les principaux thèmes évoqués dans les entretiens furent : comment devient-on cadre intermédiaire ? quelles sont les activités d'un cadre intermédiaire ? quelles sont les difficultés propres à cette fonction ? comment les réformes hospitalières impactent-elles sur la fonction de cadre intermédiaire ? quelles sont les relations avec les supérieurs hiérarchiques et avec les membres de la corporation professionnelle ? Ces questions étaient évoquées selon un ordre aléatoire, les enquêteurs se contentant de gérer les évolutions des discussions entre les participants. Au cours des entrevues collectives, l'objectif des chercheurs a été de stimuler l'expression libre des participants, et de prospecter ce qui fait l'objet d'une discussion contradictoire entre les membres du groupe. Les positions contradictoires qui apparaissent au cours de l'enquête ne posent donc pas de problèmes majeurs pour les chercheurs, qui ne cherchent pas absolument à les réconcilier.

En effet, nous avons souhaité, dès le départ, prendre en considération les cadres intermédiaires de manière globale, c'est-à-dire comme une catégorie professionnelle en soi ou du moins « en voie de professionnalisation ». Bien que ces derniers soient issus d'univers professionnels différents, régis par des logiques et des valeurs professionnelles bien distinctes, leurs missions de management semblent, du moins a priori, les éloigner du terrain proprement professionnel et donc d'une identification exclusivement d'ordre corporatiste. Ce processus de migration du rôle de cadre intermédiaire vers la constitution d'une profession à part entière a d'ailleurs fait l'objet de différents travaux de recherche sur lesquels nous nous sommes basés pour formuler cette proposition de recherche (Bourgeault, 2004 ; Feroni & Kober-Smith, 2005). Nous sommes donc partis de l'idée générale que le fait de partager une position commune de cadre, d'affronter au quotidien des logiques sectorielles contradictoires ainsi que ses effets sur ses pratiques et son identité, en somme de vivre une même réalité organisationnelle, devait nous inciter à considérer les cadres intermédiaires comme faisant partie d'une seule et même catégorie professionnelle. Dès l'instant où ce choix a été entériné, nous avons conscience que la question de l'appartenance à une profession d'origine pouvait devenir problématique dans l'interprétation des données. Il devenait en effet difficile pour nous de distinguer clairement, dans nos résultats, l'influence que pouvait avoir cette appartenance à la profession d'origine sur le vécu et les perceptions des acteurs. En d'autres termes, nous craignons de ne pas pouvoir maîtriser totalement la variable « professionnelle » dans l'analyse des résultats, chose qui s'est vérifiée par la suite. Certes, il s'agit là d'une limite méthodologique forte, mais il nous paraît important de souligner par ailleurs que l'objectif premier de cette étude est de comprendre avant tout l'évolution du rôle des cadres intermédiaires, ainsi que ses répercussions en termes de santé. Notons, cependant, que la difficulté à laquelle nous nous référons ici est assez évidente : les acteurs ne peuvent scinder leur identité et

sont entiers, c'est pourquoi, dans leur discussion, ils évoquent à la fois leur identité de cadre intermédiaire et leur identité professionnelle d'origine (médecin, soignant, technicien, etc.). Soulignons également que les cadres intermédiaires ne constituent pas vraiment un corps professionnel reconnu dans les hôpitaux sur lesquels a porté notre enquête. Dès lors, la référence à la profession d'origine révèle l'importance de cette identité particulière pour nos interlocuteurs. Ceci nous donne à penser que les cadres intermédiaires ne constituent pas encore une catégorie professionnelle clairement définie, ni auprès des instances décisionnelles hospitalières, ni aux yeux des cadres intermédiaires eux-mêmes.

En ce qui concerne l'analyse des données, nous avons procédé de la façon suivante. Les discussions et débats au sein des 11 collectifs d'enquête ont été intégralement retranscrits. Les enquêteurs les ont écoutés plusieurs fois et ont procédé à une analyse thématique visant à identifier les répertoires et les registres d'action des participants. Plusieurs étapes sont réalisées : (1) faire ressortir les schèmes structurants relatifs aux répertoires interprétatifs ou registres d'action dont nous avons parlé précédemment ; (2) dégager les similarités et les différences ou les variations présentes au sein du discours et des registres d'action (Marshall, 1994). Ce procédé nous a permis de créer un tableau interprétatif pour chaque collectif d'enquête. C'est en comparant ces différents tableaux que nous avons pu mettre à jour les principaux résultats présentés ci-dessous.

5. RÉSULTATS

5.1 Pourquoi devenir « cadre intermédiaire » ?

5.1.1 *Un choix de carrière pour certains*

Les cadres intermédiaires soulignent que leur engagement relève avant tout d'un choix professionnel. Ces personnes motivent ce choix par la volonté d'évoluer dans leur carrière considérant ceci comme un nouveau défi professionnel, d'une part, et par la volonté d'acquérir de nouvelles compétences, d'autre part. La dimension « managériale » de la fonction de cadre intermédiaire est importante dans le choix d'une telle orientation, et c'est un élément essentiel de la motivation au travail. Mais cette orientation vers la gestion n'est pas vécue pour autant comme une conversion à un autre métier, à une autre profession. Nos interlocuteurs se perçoivent avant tout en professionnels ancrés dans la pratique, valorisant leur profession d'appartenance. Ils ont toutefois ressenti, à un certain moment de leur carrière, le besoin d'évoluer en prenant des responsabilités managériales. Le rapport au terrain, à la pratique professionnelle, reste donc un élément notable dans la description qu'ils dressent du métier de cadre intermédiaire.

Malgré une évolution manifeste vers des tâches de gestion, les cadres intermédiaires justifient cet attachement « au terrain » par une question de légitimité. En effet, si un cadre veut pouvoir gérer son équipe et mettre en œuvre

des directives potentiellement conflictuelles, il se doit de rester crédible aux yeux de ses subordonnés. Cette légitimité se crée en même temps que se maintiennent les pratiques professionnelles. Premièrement, le fait de maintenir une pratique professionnelle permet de gagner en crédibilité lorsqu'il s'agit de justifier et de légitimer des décisions parfois impopulaires. Deuxièmement, cela évite que le collectif ne perçoive une sorte de rupture ou de trahison entre le cadre et son groupe professionnel d'appartenance. Ce besoin de maintenir un lien avec son groupe d'origine à travers la pratique professionnelle est aussi un besoin d'identité. La majorité de nos répondants se définit avant tout par leur métier d'origine (ils sont infirmiers, médecins, techniciens, etc.), mais sans nier pour autant une évolution de leur parcours professionnel vers une fonction managériale.

Par contre, la carrière de cadre intermédiaire est parfois vécue par certains de nos répondants comme une vraie rupture avec leur profession d'origine. Ces individus vivent leur fonction de cadre comme une promotion professionnelle mais aussi sociale. Ils accèdent ainsi à un statut qu'ils valorisent, et qui les valorise aux yeux des autres. « Par rapport à l'identité professionnelle, moi je dis souvent que j'ai évolué dans ma profession. Je ne suis plus le technicien en radiologie que j'étais, je fais maintenant un autre métier. Je ne renie pas ma profession d'origine, loin de là, mais c'est un autre métier que j'exerce aujourd'hui. Pour moi, ça c'est clair. Par rapport à mon identité professionnelle, maintenant, je m'identifie au groupe « cadre » mais je ne m'identifie plus au groupe « technicien en radiologie » (cadre technicien en radiologie). Une telle perspective est plutôt défendue par des cadres exerçant des activités techniques ou administratives, comme par exemple des techniciens en radiologie ou des cadres administratifs. Mais elle révèle néanmoins le besoin pour certains de se différencier de leur profession de base.

5.1.2 Une obligation professionnelle pour d'autres

Si dans le monde des soins la fonction de cadre est relative à un choix professionnel, il en va autrement du monde de la médecine. Pour les médecins cadres, cette fonction est quasiment obligatoire s'ils veulent poursuivre leur carrière dans la médecine hospitalière. En somme, prendre des tâches de gestion est une suite logique dans leur formation et leur parcours professionnel au sein de l'hôpital. C'est pourquoi l'accès à un poste de cadre est souvent vécu, par les médecins interrogés, comme quelque chose de contraignant, comme une obligation liée à la structure hiérarchique du monde médical. C'est donc en partie contraint que ce groupe professionnel occupe de tels postes.

5.1.3 Une source importante de plaisir et de satisfaction au travail

Devenir cadre par choix de carrière ou par obligation professionnelle n'enlève rien au fait que cette promotion est vue comme une source potentielle importante de plaisir au travail. Nos entretiens nous ont conduit à comprendre que la fonction de cadre est bien souvent vécue comme un enrichissement professionnel

et personnel. Les médecins, les infirmières-chefs, les techniciens responsables, tous mettent en avant le rapport au « corps » de leur profession de base comme une grande source de satisfaction. Travailler en étroite relation avec une équipe apporte ainsi beaucoup de fierté aux différents cadres intermédiaires rencontrés. Cela leur permet, par exemple, de participer à la formation de la relève, mais également au développement et à la valorisation des compétences collectives (rôle de formateur). En tant que cadre, il faut avoir de l'empathie et le goût du travail bien fait, créant ainsi une bonne dynamique de groupe. De cette manière, les gens se sentent bien au travail et le cadre gagne la confiance de tout le monde. Il ressort donc de notre étude, une fois de plus, que le rapport du cadre à la pratique professionnelle est quelque chose d'essentiel pour se sentir bien dans son travail.

Ce soutien organisationnel dont le cadre a besoin ne dépend cependant pas uniquement de l'équipe de travail, mais également de la hiérarchie. Le supérieur hiérarchique est considéré, à ce titre, comme l'une des ressources les plus importantes par les cadres intermédiaires. Ces derniers se sentent reconnus professionnellement par leur hiérarchie, qui est décrite comme étant très à l'écoute, disponible et ouverte au partage. La formation continue est généralement encouragée, ce qui peut paraître paradoxal dans un contexte de réduction des coûts, et pourtant cette possibilité offerte aux cadres est une source importante de satisfaction au travail. Nos interlocuteurs soulignent d'ailleurs que leur responsabilité de cadres de proximité serait plus difficile à assumer si le soutien hiérarchique était plus faible.

5.2 Comment les cadres intermédiaires définissent-ils leur fonction au sein de l'organisation ?

5.2.1 Traduire et donner du sens pour mettre en œuvre le changement

Un cadre intermédiaire est également tenu de motiver ses troupes face aux injonctions de la hiérarchie. La principale mission du cadre intermédiaire est alors de mettre en sens le changement, c'est-à-dire d'explicitier au groupe professionnel d'appartenance les raisons qui justifient les changements organisationnels ou managériaux. Il leur faut donc traduire les décisions de la hiérarchie en les replaçant dans le contexte de la pratique professionnelle, afin de faciliter la mise en œuvre. Et cette tâche est devenue d'autant plus importante que les réformes actuelles exercent de plus en plus de pression sur les conditions de travail des acteurs hospitaliers. Le rôle de traducteur est devenu central pour les cadres intermédiaires, afin de maintenir un climat de travail relativement sain. A ce propos, une infirmière nous dit ceci : « Actuellement, on a des restrictions budgétaires, on obtient pas, par exemple, les demandes de réallocation de ressources, et il faut arriver à communiquer avec l'équipe pour savoir comment faire aussi bien, en tout cas assurer la sécurité des patients, avec ce que l'on a. Pour moi, cela s'appelle de l'efficacité. Et ça c'est un discours quotidien qui peut épuiser, et j'ai bien conscience que cela peut épuiser, mais qui est un rôle à mon avis majeur du cadre de proximité. (...) Il faut vraiment amener un discours où on embarque les troupes et recibler pourquoi on est là. Mais pas toujours le vivre comme une contrainte mais plutôt comment on va être créatif pour composer avec ça »

(cadre infirmier). Pourtant, des tensions peuvent naître. De par sa position à cheval entre deux mondes, le cadre intermédiaire est confronté à une double contrainte : sa fonction de cadre l'oblige à être loyal vis-à-vis de la hiérarchie, et son inscription dans un groupe professionnel le pousse à défendre ses pairs. Il doit donc mettre en œuvre les injonctions venant de la hiérarchie, tout en cherchant le soutien de la base. L'art du cadre intermédiaire revient, en somme, à légitimer aux yeux de son groupe ce qu'il a lui-même de la peine à trouver légitime. Traduire et donner du sens tout en gérant la dissonance cognitive constituent ainsi la principale mission de gestion des cadres intermédiaires, laquelle se renforce dans un contexte de réformes.

Mais la traduction et la mise en sens ne suffisent pas à vaincre toutes les tensions au sein des collectifs de travail. Les cadres intermédiaires subissent également les réactions du groupe face à ces injonctions. S'ils sont amenés à convaincre le collectif d'appliquer des décisions hiérarchiques, ils réceptionnent en retour les critiques du collectif vis-à-vis de ces décisions. En d'autres termes, ils sont ceux sur qui les employés vont se retourner pour exprimer leur souffrance. Et cette situation n'est pas facile à vivre, ce d'autant plus qu'ils partagent bien souvent la même souffrance que leurs collègues. « On vit au quotidien avec la souffrance des gens dans leur profession, on sait ce que ça va impliquer, et surtout on va le vivre avec eux » (cadre infirmier). Ce rôle de pivot entre le monde managérial et professionnel suscite donc également de la souffrance chez les cadres, en cela qu'ils réceptionnent les plaintes provenant de ces deux mondes.

5.2.2 Protéger son groupe professionnel d'appartenance

Un autre élément intéressant de notre étude concerne la posture du cadre intermédiaire face aux pairs. Le sentiment de loyauté face au groupe professionnel d'appartenance que nous avons décrit précédemment va se traduire par une posture de défense du groupe. Nombreux sont ceux, en effet, qui ont témoigné de l'obligation qui leur est faite, de par leur fonction de cadre, de défendre le groupe professionnel des pressions hiérarchiques ou des dysfonctionnements organisationnels. Cette défense du collectif est justifiée par le besoin de préserver la qualité du cadre de travail. Ils adoptent donc une vision altruiste de leur fonction de cadre : en qualité de manager et membre d'une profession, ils doivent utiliser leur marge de manœuvre pour protéger le groupe. Mais cette position altruiste n'est pas dénuée de tout intérêt pour autant, puisque les cadres intermédiaires sont nombreux à justifier la défense du groupe afin d'atteindre les objectifs fixés.

5.3 Les cadres intermédiaires dans un contexte de réformes : gérer les contradictions

5.3.1 Un professionnel sans pouvoir, ni autonomie managériale

La thématique de l'autonomie et du pouvoir des cadres intermédiaires est un enjeu important, qui a occupé une place centrale dans les collectifs d'enquête. Nos interlocuteurs, quelles que soient leurs catégories professionnelles, lient le pouvoir

discrétionnaire et l'autonomie avec la motivation au travail puisque selon eux, ces éléments sont essentiels pour mener à bien leur activité de cadre. Mais si beaucoup ont souhaité intervenir sur cette problématique, c'est bien parce que leur autonomie et leur pouvoir discrétionnaire ont fortement diminué depuis quelques années, en raison notamment des différentes réformes ayant touché le monde hospitalier.

Il s'agit cependant de bien saisir ce qui est réellement en jeu derrière cette perte de pouvoir et d'autonomie chez ces acteurs. Ils relèvent qu'à un niveau strictement professionnel, ils jouissent d'une marge de manœuvre importante. Ils font d'ailleurs une distinction claire entre le pouvoir et l'autonomie sur les pratiques professionnelles, et l'autonomie et le pouvoir sur le management de leur équipe. Les médecins cadres bénéficient par exemple d'une très large autonomie et d'un pouvoir important dans la pratique de la médecine, mais ils n'ont pas de pouvoir réel sur la gestion des équipes, comme nous l'indique le témoignage suivant : « En résumé, on est cadres médicaux, ce qui veut dire que l'on a tout loisir de décider pour les plans de traitement puisque l'on a la formation et les responsabilités pour ça, mais on n'est pas cadres hospitaliers. Ce qui veut dire que l'on n'a pas d'équipe à défendre, et on a pas de relais autres que nos supérieurs hiérarchiques pour faire valoir nos positions » (cadre médical). Les cadres intermédiaires ne se plaignent pas tant que le management envahisse leur sphère de compétence, mais plutôt que la sphère managériale de leur organisation ne leur fasse pas plus de place. En d'autres termes, ils regrettent de ne pas pouvoir intervenir dans la prise de décision des politiques de l'hôpital, alors qu'ils sont les plus à même d'apporter un avis argumenté sur la réalité du terrain. Cette non prise en compte de leur avis par la hiérarchie semble être à l'origine d'une grande source de frustration chez les cadres intermédiaires. A cet enjeu s'ajoute celui lié à la rigidité institutionnelle. Nos interlocuteurs relèvent qu'ils n'ont pas l'autonomie et le pouvoir suffisants pour prendre des décisions afin d'améliorer les conditions de travail du groupe dont ils ont la responsabilité managériale. Comme le souligne un cadre administratif, « ce qui est difficile, c'est que l'on n'a aucun pouvoir décisionnel. Parce que moi, j'ai déjà eu plein d'équipes avant, où je n'avais pas tout le pouvoir, mais j'avais une certaine marge de manœuvre qui me permettait justement d'être dans l'action, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Là, les seules choses que j'arrive à faire, c'est réorganiser certaines choses et essayer de me trouver à plein d'endroits pour être plus performant. Mais en réalité, on ne change rien ». La lenteur dans la prise de décision, le manque d'adaptabilité face aux évolutions de l'environnement sociodémographique des hôpitaux, une politique de gestion des ressources humaines en décalage avec les besoins du terrain sont autant d'éléments rendant difficile le travail du cadre et que ne peuvent compenser le pouvoir discrétionnaire et l'autonomie de type professionnel. C'est d'ailleurs une source importante de stress, car leurs activités les confrontent quotidiennement avec la réalité du terrain où ce manque de réactivité et le manque de moyens limitent leur marge de manœuvre et complexifient grandement la gestion de leur équipe. Un médecin cadre officiant dans un service de psychiatrie, et encadrant de ce fait une équipe de thérapeutes,

précisait d'ailleurs que l'autonomie est essentielle pour gérer la complexité de leur cadre de travail : « Le problème peut venir quand il y a beaucoup d'exigences et trop de contrôle et très peu d'autonomie. Quand vous avez un chef de service qui exige beaucoup mais qui ne vous laisse pas bouger d'un iota, et qu'à chaque fois que vous prenez une initiative, il vous audite, vous êtes coincé. (...) Il faut nous faire confiance ».

5.3.2 Faire face à la complexification des tâches

L'introduction des réformes dans le système hospitalier semble avoir pour conséquence l'augmentation et la complexification des tâches administratives. C'est notamment le cas dans le domaine des soins infirmiers où les réformes peuvent être difficiles à vivre, en cela qu'elles rajoutent des activités au sein des services, mais sans pour autant que du personnel ou des ressources supplémentaires soient octroyés. Cette situation crée des « zones d'inconfort » pour les cadres intermédiaires, qui sont amenés à gérer ces nouvelles contraintes administratives dans un contexte généralisé de pénurie de moyens humains et financiers. « Avec les SwissDRG, on nous demande de gérer encore plus d'indicateurs, d'alimenter des tableaux de bord. On complexifie les prises en charge (...). Alors là, je trouve que ce sont de vraies contraintes » (cadre infirmier). Ces contraintes administratives, ou red tape, semblent donc largement contribuer à une complexification du travail des cadres intermédiaires. C'est un constat que l'on peut faire pour l'ensemble des catégories professionnelles.

Mais l'augmentation de l'activité au cours de la dernière décennie peut également être due à d'autres facteurs. Ainsi, le nombre croissant de patients d'origine et de langue étrangères est susceptible d'entrer en contradiction avec le système de financement ordonné selon des forfaits par cas. En soi, cela ne devrait certes pas pénaliser l'hôpital, puisque tous ces nouveaux patients sont autant de forfaits à facturer. Or le système de facturation par cas ne prend pas en compte certains paramètres liés à ces profils de patients, tels la communication par exemple. En effet, pour soigner des personnes ne parlant pas une langue connue du personnel, il faut trouver des traducteurs. La qualité des soins et la sécurité du patient en dépendent très largement. Pourtant, le système de facturation ne prend pas en compte ce paramètre, et le temps consacré à la recherche de traducteurs ne peut donc pas être facturé alors qu'il a déjà été comptabilisé par le système des présences. Le management va le considérer comme du temps non productif. Et comme seules les statistiques font foi dans le calcul d'allocation des budgets, les ressources mises à disposition ne pourront jamais totalement pallier cette complexification des tâches. Finalement, cela augmente la charge de travail, notamment administrative, des cadres intermédiaires, et donc la pénibilité du travail. Aussi, les cadres intermédiaires font actuellement face à une augmentation de leur charge de travail, qui devient extrêmement complexe lorsqu'elle prend corps dans un environnement managérial de type nouvelle gestion publique.

5.3.3 Gérer les tensions organisationnelles

Nous avons vu qu'il est difficile pour un cadre intermédiaire de mettre en œuvre des politiques décidées par la direction hospitalière tout en devant, par la suite voire en même temps, être à l'écoute des subordonnés qui ne perçoivent pas ces décisions comme satisfaisantes en matière, notamment, de mise en œuvre. En effet, notre analyse nous permet de relever un autre aspect lié à ces tensions organisationnelles. Les luttes de pouvoir au sein de la hiérarchie hospitalière ont également des conséquences sur les collectifs de terrain que doivent gérer les cadres intermédiaires. Ces luttes de pouvoir se traduisent par des changements organisationnels fréquents, qu'il faut ensuite répercuter sur le terrain. Cela complique inévitablement le travail du cadre intermédiaire, qui doit alors justifier au reste du groupe les raisons de ces changements et donner du sens à ce qu'il considère n'être que le résultat de luttes de pouvoir. Le rôle de traduction du cadre intermédiaire devient difficile, et crée ce que beaucoup nomme des « zones d'inconfort ». A noter que les cadres intermédiaires qui ont témoigné de ces difficultés à assumer les tensions organisationnelles issues des luttes de pouvoir hiérarchiques proviennent essentiellement des soins infirmiers et de la médecine.

5.3.4 Affronter la pénurie de ressources financières

La mise en place des réformes hospitalières a aussi un impact important au niveau budgétaire. Certaines coupes financières se ressentent de manière très claire dans la gestion des services, les ressources se raréfiant. Leur marge de manœuvre en termes de gestion du personnel se réduit drastiquement, et ils sont dès lors dans l'obligation de composer avec des effectifs réduits. Dans ces conditions, le cadre doit fixer des priorités pour son équipe. Certains le vivent très mal, ayant l'impression que les valeurs de la profession de soignant sont sacrifiées sur l'autel des contraintes économiques. La logique économique supplante, en d'autres termes, la logique des soins, en diminuant les prestations : « Il y a des équipes qui s'épuisent, qui ne sont pas satisfaites de leur fonctionnement, ni des soins qu'elles donnent » (cadre infirmier). Cela entraîne, en conséquence, un turnover et un absentéisme importants au sein du personnel soignant, ce qui rend l'aspect de gestion des RH d'autant plus problématique. On se doute bien qu'il est alors très difficile pour un cadre intermédiaire de soutenir correctement son équipe. La seule chose qu'il peut concrètement faire, c'est d'être solidaire et de mettre également la main à la pâte, week-end compris, de manière à apporter son aide et à décharger quelque peu le collectif. Mais du coup, les cadres n'ont plus le temps de faire leur propre travail, engendrant une situation doublement frustrante pour eux. Les incidences en termes de santé se font clairement ressentir : perte de sommeil, perte d'appétit, stress, etc. Le principal malaise vient de l'incapacité qu'ils ont à pouvoir prendre soin de leurs collaborateurs et de leurs patients, par manque de temps et de moyens. Ce décalage entre l'obligation de mettre en œuvre des politiques décidées par la direction, d'une part, et les ressources financières qui s'amenuisent, d'autre part, entraîne ainsi une

situation très inconfortable pour nos interlocuteurs. Il provoque bien souvent une baisse du soutien du collectif vis-à-vis du cadre intermédiaire. Car cet aspect ingrat de la fonction n'est que trop rarement considéré par le groupe, qui va préférer se plaindre lorsque l'organisation du travail est déficiente. Pour ne rien arranger, le soutien hiérarchique qu'un cadre serait en droit d'attendre dans un tel contexte est défaillant. Certains de nos répondants nous ont avoué n'avoir aucun retour sur la mise en œuvre, ce qui engendre beaucoup de souffrance. « Ce qui est difficile, c'est les retours inexistantes » (cadre médecin). S'il est vrai, comme nous l'avons vu, que la plupart d'entre eux se sentent reconnus en tant que professionnels et dans leur fonction de cadre intermédiaire, ils ne reçoivent pas pour autant un soutien suffisant de la part de leur direction. Autrement dit, ils estiment aussi que leurs initiatives ne sont pas valorisées comme elles le mériteraient.

6. DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans notre cadre théorique nous soutenions l'idée générale selon laquelle l'identité professionnelle résulte d'une socialisation des valeurs et aux pratiques du groupe professionnel d'appartenance et qu'elle prend forme au travers du rôle qu'occupe un individu au sein de l'organisation. En ce sens, si le rôle de l'individu ainsi que les valeurs et les pratiques changent, alors l'identité professionnelle se trouve au cœur du tumulte. Partant de ce principe, nous avons également émis l'idée que les cadres intermédiaires sont susceptibles de voir leur identité professionnelle se transformer du fait de leur position au croisement de logiques sectorielles antagonistes, une position qui les confronte à de nouvelles valeurs et pratiques et qui modifie leur rôle au sein de l'organisation. Nous avons donc formulé une première proposition de recherche, à savoir que les réformes hospitalières en Suisse contribuent à modifier l'identité professionnelle des cadres intermédiaires. Nous l'avons complétée par une deuxième proposition de recherche stipulant que ces mêmes réformes contribuent à brouiller leurs repères identitaires, à diminuer la reconnaissance qu'ils reçoivent de leurs supérieurs et de leurs équipes, phénomènes les installant dès lors dans une situation de souffrance au travail.

A la lumière de nos résultats, il n'est guère possible de constater un changement de l'identité professionnelle des cadres intermédiaires comme nous le présumons dans notre première proposition interprétative de recherche. Ainsi, malgré l'instauration de nouvelles normes et pratiques managériales dans le secteur de la santé, les cadres intermédiaires des hôpitaux de Suisse romande se perçoivent toujours, dans leur grande majorité, comme des membres de leur groupe professionnel d'origine (médecin, infirmier-ière, technicien-ienne, etc.). Leur position de cadre et les pressions à l'efficacité et à l'efficience ne les ont pas amenés pour autant à adopter une autre identité professionnelle. Bien sûr, leur rôle a changé de par leurs tâches d'encadrement, mais ils ont accepté une telle fonction

afin d'évoluer et non pour rompre avec leur profession antérieure. Autrement dit, c'est l'idée de faire carrière au sein de leur profession qui les motive à occuper un poste de cadre intermédiaire, non celle de changer de profession et de revendiquer une identité nouvelle d'encadrant.

Ceci étant, nos résultats mettent en lumière une évolution dans les tâches que nos interlocuteurs occupent au sein de leur groupe. Les pressions économiques et managériales s'exerçant sur eux ont renforcé leur mission de traduction et de protection vis-à-vis de leur groupe professionnel d'origine. Leur rôle de pivot entre le management et le groupe professionnel d'appartenance s'est nettement renforcé depuis l'introduction des réformes. En cela, nos conclusions rejoignent celles formulées par Fitzgerald et Ferlie sur les activités de « traducteur-négociateur » des cadres intermédiaires (Fitzgerald & Ferlie, 2000) et la thèse formulée par Ferlie et Geraghty sur la managérialisation souple des cadres intermédiaires (Ferlie & Geraghty, 2005). Comme nous l'avons vu, les cadres intermédiaires acceptent, dans un premier temps, d'intégrer les nouveaux outils de gestion au sein de leur domaine d'activité, en essayant de les traduire et de leur donner du sens, tout en étant par ailleurs conscients des dysfonctionnements qu'ils peuvent causer. Dans un second temps, ils se positionnent en défenseurs du groupe professionnel d'appartenance face aux dérives du management. En définitive, nos résultats ne nous autorisent pas à parler d'un changement d'identité professionnelle chez les cadres intermédiaires, mais plutôt d'un renforcement de leur rôle de « traducteur-négociateur-protecteur ». Leur position à cheval les rend à la fois sensibles aux impératifs managériaux et soucieux de défendre les collègues face aux difficultés du travail de terrain. Pour autant, nos résultats ne déterminent pas dans quelle direction tendra cette hybridation. C'est d'ailleurs là l'une des principales limites de notre travail. Il semblerait néanmoins qu'à mesure que les réformes induisent une perte de sens au travail pour les collectifs, le rôle du cadre intermédiaire gagne en importance dans la mesure où il constitue un relais central en vue de réinstaller du sens et du symbolique dans les groupes et ainsi de s'assurer que les prestations de base attendues par le public soient livrées.

Au vu des résultats de nos enquêtes de terrain, les réformes du secteur hospitalier ont des incidences sur les cadres intermédiaires et contribuent à brouiller leurs repères identitaires. D'importantes contraintes pèsent en effet sur ces derniers : leur fonction de cadre les oblige à être loyaux vis-à-vis de la hiérarchie, mais leur inscription dans un groupe professionnel les pousse, en même temps, à défendre leurs collègues. Cette double contrainte constitue une pression pouvant devenir importante, surtout lorsqu'ils sont amenés à légitimer, auprès de leur groupe d'appartenance, des décisions provenant de la direction qu'eux-mêmes ne considèrent pas comme légitimes. A travers cette thématique de la « traduction » des injonctions hiérarchiques, c'est toute la question de l'autonomie et du pouvoir discrétionnaire qui se pose à nouveau. Et sur ce point, nos résultats confortent un certain nombre de conclusions émises par les chercheurs en sociologie des

professions, pour qui les réformes de type NGP ont pour but de mieux contrôler le travail des professionnels en limitant leur autonomie et leur pouvoir discrétionnaire (Bezes et al., 2011 ; Paradeise, 2011 ; Bruno, 2008 ; Abbott, 1988). En effet, nous avons été conduits à remarquer que les réformes ont diminué l'autonomie et le pouvoir discrétionnaire des cadres intermédiaires. Par contre, cette limitation ne touche pas principalement les pratiques professionnelles, mais bien les possibilités de gérer le collectif, c'est-à-dire les missions de management et d'encadrement dévolues aux cadres intermédiaires ce qui est pour le moins paradoxal. C'est sans doute pourquoi ces cadres intermédiaires se sentent toujours aussi proches de leur groupe professionnel d'origine et que leur identité professionnelle ne s'est pas transformée en une identité de type « manager ». Les directions hospitalières leur octroient donc une position de relais, mais ne les intègrent pour l'instant pas dans une position managériale clairement définie. Il serait intéressant de mener les mêmes observations dans un certain temps, lorsque ces pratiques néo-managériales se seront pleinement diffusées au sein des hôpitaux romands, pour constater si le rôle de ces cadres intermédiaires évolue finalement en direction de la sphère managériale de l'organisation ou s'ils sont restés proches de la sphère professionnelle.

Par ailleurs, relevons que les réformes du secteur hospitalier ont aussi des incidences sur le plaisir et la souffrance au travail des cadres intermédiaires. Nos interlocuteurs ont souligné à maintes reprises combien ils regrettent de ne pas pouvoir intervenir dans la prise de décision des politiques de l'hôpital, quand bien même ils se sentent parfaitement légitimes et bien équipés pour le faire. De par leur ancrage de terrain, ils sont les plus aptes à apporter des points de vue éclairés sur le travail au quotidien des salariés hospitaliers. Et pourtant ils ne jouissent pas de l'autonomie et du pouvoir qui devraient aller de pair avec leur fonction de cadre. La très nette diminution de leur pouvoir discrétionnaire au cours des dernières années est d'ailleurs à l'origine d'une grande source de frustration chez les cadres intermédiaires. Ils soulignent notamment que la trop grande rigidité institutionnelle les empêche de prendre des décisions pouvant améliorer les conditions de travail du groupe qu'ils encadrent, ce qui a un impact négatif sur leur motivation et leur plaisir au travail, constituant également une source de stress, en ce sens qu'ils sont confrontés quotidiennement à la réalité du terrain, sans pour autant bénéficier de la réactivité et des moyens nécessaires à la bonne gestion de leur équipe. La limitation de leur marge de manœuvre complexifie grandement leur travail et la régulation des collectifs de travail. Concernant ce dernier point, nos résultats de recherche viennent confirmer des recherches antérieures soulignant que la détérioration des conditions de travail dans les organisations contemporaines n'est pas prioritairement due au « trop de management », mais bien plutôt au « pas assez de management » (Detchessahar, 2011). Tout comme les salariés sont aujourd'hui « empêchés de faire du bon travail » (Clot, 2010), les cadres intermédiaires hospitaliers expriment l'idée selon laquelle ils seraient empêchés de bien « réguler leur(s) équipe(s) ». Nos interlocuteurs perçoivent l'importance de jouer un rôle de management, mais

constatent cependant la réticence organisationnelle à leur attribuer ce rôle avec toutes les ressources qui en découlent. Au final, les salariés des hôpitaux ainsi que les cadres intermédiaires, loin de souffrir des excès et de l'omniprésence du management, déplorent plutôt une absence de responsabilités managériales.

Un autre aspect difficile de ce rôle de pivot qu'exerce le cadre intermédiaire est en lien direct avec la situation que nous venons de décrire. Il est particulièrement inconfortable de devoir à la fois mettre en œuvre des politiques de la direction, et d'être soumis aux reproches du collectif portant sur lesdites politiques. Certaines décisions venant « du haut » rencontrent de l'hostilité et de la méfiance chez les acteurs de terrain, et c'est pourtant sur le cadre intermédiaire que pleuvent les critiques. Cette situation n'est pas facile à vivre et ils en souffrent beaucoup. Le plaisir au travail est aussi lié à la reconnaissance que l'on peut avoir de ses collègues quant au travail effectué. Pour les cadres intermédiaires hospitaliers, en lieu et place de cette reconnaissance ils rencontrent plutôt de la défiance et de l'hostilité. Du reste, les restrictions budgétaires qui font suite aux réformes hospitalières aggravent encore le manque de reconnaissance dont souffrent les cadres intermédiaires. Le décalage existant entre les objectifs des politiques décidées au niveau de la direction et le manque de ressources financières pour les mettre en œuvre crée une situation difficilement soutenable. Même s'ils essaient de faire du mieux possible avec des moyens limités, ils donnent finalement l'impression de ne rien pouvoir en vue d'améliorer les choses. Nos résultats, dans le cas présent, appuient la seconde proposition de recherche que nous avons formulée, puisque la mise en place des réformes au sein des hôpitaux de Suisse romande contribue à la fois à brouiller les repères des cadres intermédiaires, tout en les privant d'une reconnaissance professionnelle indispensable, phénomènes les conduisant à vivre des situations de travail dont la pénibilité tend à s'accroître. Ce résultat corroborant d'autres recherches récentes portant sur la place parfois peu enviable des cadres intermédiaires dans nos organisations contemporaines (Harding, Lee, & Ford, 2014 ; Monneuse, 2014 ; Thomas & Linstead, 2002).

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT A. (Ed.). (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago ; London: The Univ. of Chicago Press.
- ALDERSON M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260.
- ALVESSON M., L. Ashcraft, K. & T. Robyn. (2008). Identity Matters: Reflections on the Construction of Identity Scholarship in Organization Studies. *Organization*, 15(1), 5-28. doi: 10.1177/1350508407084426
- BELORGEY N. (Ed.). (2010). *L'hôpital sous pression : enquête sur le «nouveau management public»*. Paris: La Découverte.
- BENNINGHOFF M. (2011). « Publish or perish ! » : la fabrique du chercheur-entrepreneur. *Carnets de bord*, 17, 47-58.

- BERGER P. L., LUCKMANN T., & TAMINIAUX P. (Eds.). (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- BOUCHARD S. (1990). Simple symbole - De l'efficacité pratique des systèmes symboliques dans l'organisation. In J.-F. Chanlat (Ed.), *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées* (pp. 589-610). Ste-Foy/Paris : PUL/ESKA.
- BOURGEAULT I. L. (Ed.). (2004). *Reconceiving Midwifery*. Montréal: McGill-Queen's University Press.
- BOUSSARD V. (Ed.). (2008). *Sociologie de la gestion : les faiseurs de performance*. Paris : Belin.
- BOUSSARD V. (Ed.). (2010). *L'injonction au professionnalisme : analyses d'une dynamique plurielle*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- CARPENTIER-ROY M.-C. (2001). Etre reconnu au travail : nécessité ou privilège ? Actes du colloque « Travail, reconnaissance et dignité humaine », Québec, Université Laval.
- CLOT Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- CROZIER M. & ERHARD F. (Eds.). (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Ed. du Seuil.
- DAVEZIES P. (1993). Eléments de psychodynamique du travail. *Comprendre le travail. Education permanente*, 3 (116), 33-46.
- DEJOURS C. (1987a). Aspects psychopathologiques du travail. In C. Lévy-Leboyer (Ed.), *Traité de psychologie du travail* : Presses universitaires de France.
- DEJOURS C. (1987b). Souffrance et plaisir au travail : l'approche de la psychopathologie du travail. In C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail*, tome 1. Paris : CNRS.
- DEJOURS C. (1995). *Le Facteur humain*. Paris: PUF, Que sais-je ?
- DEJOURS C. (2000). Préface. In M.-C. Carpentier-Roy & M. Vézina (Eds.), *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- DEJOURS C. (2008). *Travail, usure mentale. Nouvelle édition augmentée*. Paris: Bayard.
- DESSORS D. (1995). Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail. *Archives des maladies professionnelles*, 56, 176-180.
- DETCHESSAHAR M. (2011). Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... *Revue française de gestion* (5 (no. 214)), 89-105.
- Dubar C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 33 (4), 505-529. doi : 10.2307/3322224
- DUBAR C. (Ed.). (2000). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* (3^e éd. revue ed.). Paris : A. Colin.
- DUBAR C., TRIPIER P. & BOUSSARD V. (Eds.). (2011). *Sociologie des professions* (3^e éd. revue et aug. ed.). Paris : Armand Colin.
- EVETTS J. (2003a). The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World. *International Sociology*, 18(2), 395-415. doi : 10.1177/0268580903018002005
- EVETTS J. (2003b). The Sociology of Professional Groups: new questions and different explanations. *Knowledge, Work & Society*, 1(1), 33-55.
- EVETTS J. (2009). New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology*, 8 (2), 247-266. doi : 10.1163/156913309x421655

- EVETTS J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59 (4), 406-422. doi : 10.1177/0011392111402585
- FARRELL C., & MORRIS J. (2003). The “Neo-Bureaucratic” State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work. *Organization*, 10 (1), 129-156. doi : 10.1177/1350508403010001380
- FERLIE E. & GERAGHTY K. J. (2005). Professional in Public Services Organizations. Implications for Public Sector « Reforming ». In C. Pollit, L. E. Lynn Jr. & E. Ferlie (Eds.), *The Oxford Book of Public Management*. Oxford : Oxford University Press.
- FERONI I. & KOBER-SMITH A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l’effet de l’action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, 46 (3), 469-494.
- FITZGERALD L. & FERLIE E. (2000). Professionals : Back to the Future? *Human Relations*, 53 (5), 713-739. doi : 10.1177/0018726700535005
- FOUCAULT M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- FREIDSON E. (1994). *Professionalism reborn : theory, prophecy, and policy* (University of Chicago Press ed.). Chicago.
- FREIDSON E. (Ed.). (1986). *Professional powers : a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago ; London : The University of Chicago Press.
- FREIDSON E. (Ed.). (2001). *Professionalism : the third logic*. Cambridge : Polity Press.
- FREIDSON E. & LYOTARD-MAY A. (Eds.). (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- DE GAULEJAC V., & MERCIER A. (Eds.). (2012). *Manifeste pour sortir du mal-être au travail*. Paris : Desclée de Brouwer.
- GIAUQUE D., RESENTERRA F. & SIGGEN M. (2013). Stress et satisfaction au travail des cadres intermédiaires dans les hôpitaux de Suisse romande dans un contexte de réformes. *@GRH* (9), 123-155. doi : 10.3917/grh.134.0123
- GRAWITZ M. (2000). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- HARDING N., HUGH L. & FORD J. (2014). Who is ‘the middle manager’? *Human Relations*. doi : 10.1177/0018726713516654
- JARL M, FREDRIKSSON A. & PERSSON S. (2011). New Public Management in Public Education : A Catalyst for the Professionalization of Swedish School Principals. *Public Administration*, no-no. doi : 10.1111/j.1467-9299.2011.01995.x
- KIRKPATRICK I, JESPERSEN, P. KRAGH DENT, M. & N. INDARETH. (2009). Medicine and management in a comparative perspective : the case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 31 (5), 642-658. doi : 10.1111/j.1467-9566.2009.01157.x
- KUHLMANN E., ALLSOP J. & SAKS M. (2009). Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany. *Current Sociology*, 57 (4), 511-528. doi : 10.1177/0011392109104352
- LESSARD C. & MEIRIEU P. (Eds.). (2005). *L’obligation de résultats en éducation : évolutions, perspectives et enjeux internationaux*. Bruxelles : De Boeck Université.
- LESSARD C., TARDIF M. & LEVASSEUR L. (Eds.). (2003). *Les identités enseignantes : analyse de facteurs de différenciation du corps enseignant québécois, 1960-1990*. Sherbrooke : Ed. du CRP Université de Sherbrooke Faculté d’éducation.
- LIPSKY M. (Ed.). (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*. New York : Russell Sage Foundation.

- MARSHALL H. (1994). Discourse Analysis in an Occupational Context. In C. Cassel & G. Symon (Eds.), *Qualitative Methods in Organizational Research* (pp. 91-106). London : Sage.
- MILBURN P. (2010). Les procureurs : entre efficacité du système pénal et autonomie de la magistrature. In V. Boussard, D. Demazière & P. Milburn (Eds.), *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle* (pp. 79-89). Paris : Presses Universitaires de Rennes.
- MONNEUSE D. (2014). *Le silence des cadres. Enquête sur un malaise*. Paris : Vuibert.
- OOMKENS R. (2010). Professionals under Supervision: Performance-based Contracting in Hospital Care and Home Care. Paper presented at the IRSPM, Berne, Switzerland.
- POUPART J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, A. Groulx, R. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 174-209). Québec : Gaëtan Morin.
- RIOPEL M.-C. (Ed.). (2006). *Apprendre à enseigner : une identité professionnelle à développer*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- SCHINKEL W., & NOORDEGRAAF M. (2011). Professionalism as Symbolic Capital: Materials for a Bourdieusian Theory of Professionalism. *Comparative Sociology*, 10 (1), 67-96. doi : 10.1163/156913310x514083
- SEHESTED K. (2002). How New Public Management Reforms Challenge the Roles of Professionals. *International Journal of Public Administration*, 25 (12), 1513-1537. doi : 10.1081/pad-120014259
- THOMAS R. & LINSTEAD A. (2002). Losing the Plot? Middle Managers and Identity. *Organization*, 9 (1), 71-93. doi : 10.1177/135050840291004
- TOWNLEY B. (1993). Foucault, power/knowledge, and its relevance for human resource management. *Academy of Management Review*, 18 (4), 518-545.
- VAN CAMPENHOUDT L., Chaumont J.-M. & FRANSSEN A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod.