

Quête identitaire des cadres intermédiaires hospitaliers

David Giaque

*Université de Lausanne, Institut d'études politiques et internationales (IEPI), Géopolis, bureau 4350, 1015
Lausanne, Suisse*

Cet article porte sur les tiraillements identitaires des cadres intermédiaires des hôpitaux romands. Face à des réformes hospitalières nombreuses et de grande ampleur, les cadres intermédiaires sont contraints d'endosser un rôle managérial remettant en cause leur attachement à leur groupe professionnel d'origine. De multiples tensions professionnelles les conduisent à accepter une managérialisation de leur rôle, d'une part, tout en continuant à défendre leur corporation professionnelle, d'autre part.

Mots-Clé: Identité professionnelle, cadres intermédiaires, hôpitaux, rôles

1 Introduction

Depuis plusieurs années, de nombreuses réformes ont touché le secteur de la santé dont la question des coûts est régulièrement mise à l'agenda politique et médiatique (Spirig et al., 2014). Face à cette problématique, le Parlement fédéral a entrepris de nombreuses révisions des politiques publiques en matière de santé afin de maîtriser l'augmentation constante des coûts. Parmi celles-ci, nous retrouvons la révision du financement hospitalier votée en 2007 et qui constitue le contexte principal de notre étude. Entrée en vigueur au 1er janvier 2012, cette réforme vise un double objectif: inciter les hôpitaux à plus de rigueur financière et ouvrir le marché de la santé suisse à plus de concurrence.

La mise en œuvre de cette réforme place les hôpitaux publics de Suisse face à de nombreux défis. 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. Les employés des hôpitaux sont ainsi confrontés à de nouvelles méthodes de management inspirées des pratiques du privé. Ces nouvelles méthodes et outils de gestion peuvent être perçus comme des instruments par lesquels la direction de ces organisations tente de contrôler à distance les pratiques des professionnels qu'elle emploie (Hibou, 2012). Si ces mécanismes de contrôle à distance touchent l'ensemble des collectifs de travail, le cas des cadres intermédiaires 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 (de Gaulejac et Mercier, 2012). Les ca-

dres 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.

Force est de constater que le monde académique suisse s'intéresse peu à la question de l'hybridation des identités professionnelles d'acteurs agissant à l'interface des sphères managériales et professionnelles (Emery et Giaque, 2014). Si des résultats de travaux internationaux sont disponibles (Evetts, 2009; Ferlie et Geraghty, 2007), les données suisses sont quant à elles quasiment inexistantes. Notre article vise ainsi un but principal: identifier quelques conséquences des réformes managériales sur l'identité professionnelle ¹ des cadres intermédiaires hospitaliers de Suisse romande.

Afin de répondre à cette question, 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. Nous poursuivons par un rapide détour théorique afin d'explicitier le cadre analytique dont nous nous servons dans cette étude. Puis nous revenons rapidement sur quelques éléments méthodologiques pour ensuite présenter les principaux résultats de recherche.

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 alors poursuivis: l'amélioration de la situation des assurés face au risque de la maladie et l'introduction d'instruments de maîtrise des coûts. Si l'introduction de la LAMal a effectivement permis d'atteindre le premier but visé par le législateur, elle n'a pas permis pour autant de maîtriser les coûts de la santé. C'est pourquoi depuis le début des années 2000, le Conseil fédéral a soumis au Parlement diverses mesures afin de réformer la LAMal et qui auront 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 au 1er 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. 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.

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

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, la gestion par mandats de prestations, le codage SwissDRG (codage des prestations fournies aux patients), ou encore les réorganisations médico-techniques. 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, 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 introduisent des bouleversements non négligeables dans les habitudes de fonctionnement des collectifs de travail (Staines, 2000; Staines, 2007).

Ainsi, ce type de réformes influence les comportements en organisation, c'est-à-dire le rapport entre l'individu et son travail (Osty, 2003; Sainsaulieu, 2000). Et toute modification de ce rapport est d'autant plus importante qu'il est un facteur constitutif à la fois de l'identité professionnelle (Garner et al., 2006; Giauque, 2013) et du positionnement social de l'individu.

3 Le cadre d'analyse : les identités professionnelles des cadres intermédiaires en souffrance?

L'identité professionnelle d'un individu se construit par le travail, mais aussi au travers des interactions au sein de son 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 (Dubar et Tripier, 2005). Cette identité professionnelle² (Dubar, 2005) renvoie à des processus d'identification en lien avec la culture de la profession d'appartenance et ses valeurs, d'où résulte ensuite une adhésion et un soutien mutuel au sein du groupe. Mais selon Dubar, 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 administrations 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. 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 et al., 2009; Kuhlmann et al., 2009). Aussi, les professions sont de puissants vecteurs de socialisation et de

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

protection identitaire qui se trouvent aujourd'hui confrontées à une managérialisation progressive. Un débat académique est ouvert concernant une éventuelle «déprofessionnalisation» des organisations publiques sous l'impact des réformes managériales. La question de la «managérialisation» des professionnels est notamment thématisée par Ferlie et Geraghty, qui font l'hypothèse que les cadres intermédiaires vont dans un premier temps accepter cette «managérialisation» qui consiste à implanter les nouveaux systèmes et outils de management au sein de leur groupe pour, dans un deuxième temps, se positionner en défenseur du statut et des conditions de travail des professionnels et les protéger contre les excès managériaux (Ferlie et Geraghty, 2007). Leur position leur permet de faciliter la mise en place des réformes tout en pouvant préserver les intérêts du groupe face à la direction. 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. 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 et Ferlie, 2000: 725). Leur rôle dans l'organisation prend donc ici la forme du «traducteur-négociateur». 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 devrait entraîner, si ce n'est une modification, du moins un ajustement de son identité professionnelle. Il serait dès lors possible de définir une hypothèse de recherche générale selon laquelle l'identité professionnelle des cadres intermédiaires des hôpitaux de Suisse romande s'est modifiée suite à la mise en place des réformes du financement hospitalier.

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. L'approche qualitative apparaît dès lors comme étant celle qui permet de faire émerger la logique interne du phénomène étudié. 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. Si notre démarche de recherche privilégie une approche méthodologique qualitative, c'est avant tout parce qu'il est impossible de quantifier des notions comme la perception identitaire des salariés. Il s'agit, pour le chercheur, de découvrir le sens que revêtent les expériences collectives de travail, pour les sujets qui les vivent, et ce à travers une technique d'interprétation intersubjective. Notre étude porte sur l'analyse de l'expérience collective de travail, dès lors nous avons décidé d'impliquer dans l'enquête des ca-

dres intermédiaires constitués en collectifs ad hoc, nommés «collectifs d'enquête». 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. Pour 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.

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 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 Les principaux résultats

Après l'écoute et la retranscription des 11 focus groups, nous sommes donc en mesure de livrer quelques résultats. Pour nous conformer aux contraintes rédactionnelles, nous avons choisi de résumer les résultats les plus importants. Ces résultats se fondent sur la parole des acteurs, c'est pourquoi nous avons intégré quelques citations provenant de nos entretiens afin de rendre le texte plus vivant.

5.1 Cadre intermédiaire, une autre identité?

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. 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. Ce besoin de maintenir un lien avec son groupe d'origine à travers la pratique professionnelle est aussi un besoin d'identité. Aussi, nos répondants se définissent 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.

5.2 Cadre intermédiaire, quel rôle?

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. A ce propos, une infirmière nous dit ceci : «Actuellement, on a des restrictions budgétaires, on n'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). 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 inclusion 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. 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.

5.3 Cadre intermédiaire, quel pouvoir?

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. Si beaucoup ont souhaité intervenir sur cette problématique, c'est bien parce que selon eux leur autonomie et leur pouvoir discrétionnaire ont fortement diminué depuis quelques années, en raison notamment des différentes réformes ayant touché le monde hospitalier. Ils relèvent qu'à un niveau strictement professionnel, ils jouissent d'une marge de manœuvre importante. 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. 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» (cadre administratif). 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.

5.4 Cadre intermédiaire, quels défis face aux réformes?

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, sans que pour autant du personnel ou des ressources supplémentaires soient octroyés. «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 semblent 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.

Notre analyse nous permet de relever un autre aspect lié aux défis que doivent relever les cadres. Les luttes de pouvoir au sein de la hiérarchie hospitalière s'intensifient et ont 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. Compliquant 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. 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.

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. La marge de manœuvre en termes de gestion du personnel se réduit drastiquement, et les cadres sont dans l'obligation de composer avec des effectifs réduits. Certains le vivent très mal, ayant l'impression que les valeurs de la profession de soignant sont sacrifiées sur l'autel des contraintes économiques. «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. 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.

6 Discussion des résultats

Notre réflexion théorique partait de l'idée générale selon laquelle l'identité professionnelle résulte d'une socialisation aux 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. Dans ce sens, si le rôle de l'individu ainsi que les valeurs et les pratiques changent, c'est l'identité professionnelle qui est concernée et qui peut ainsi évoluer. De sorte que nous avons émis l'idée que l'identité professionnelle des cadres intermédiaires est en mutation 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 postulons donc que les réformes du système de financement hospitalier en Suisse ont contribué à modifier l'identité professionnelle des cadres intermédiaires. A la lumière de nos résultats, nous sommes amenés à relativiser la nature d'un tel changement identitaire. 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 comme des membres de leur groupe professionnel d'origine (médecins, infirmiers-ères, etc.). Leur rôle d'encadrants, de même que les pressions en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience économique de leur service ne constituent pas des leviers suffisamment forts pour engendrer un changement identitaire majeur. Bien sûr, leur rôle a changé, du fait des tâches d'encadrement, mais ils conçoivent ce rôle plutôt dans une optique de progression et non de rupture de trajectoire professionnelle.

Ceci étant, la recherche a permis de mieux comprendre le rôle de ces cadres intermédiaires. Les pressions qui s'exercent sur eux ont renforcé leur rôle de traducteur et de protecteur vis-à-vis de leur groupe professionnel d'origine. Ils occupent ainsi une position de pivot entre le management et le groupe professionnel d'appartenance, position renforcée suite à l'introduction des réformes. Face au décalage de valeurs entre logiques managériales et professionnelles, ils ont pour mission de permettre à ces deux mondes de dialoguer et de coexister. Nos conclusions rejoignent celles formulées par Fitzgerald et Ferlie sur le rôle de «traducteur-négociateur» des cadres intermédiaires (Fitzgerald et Ferlie, 2000) et la thèse formulée par Ferlie et Geraghty sur la managérialisation souple des cadres intermédiaires (Ferlie et Geraghty, 2007). Notons que la managérialisation progressive des hôpitaux induit une perte de sens pour les collectifs de travail, de

sorte que le rôle du cadre intermédiaire gagne en importance dans la mesure où il permet de maintenir ou recréer du sens pour les membres de ces collectifs et ainsi de s'assurer que les prestations de base attendues par le public soient délivrées.

Ceci étant, des contraintes pèsent sur eux: leur fonction 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 pairs. Cette double identité constitue une pression difficile à vivre notamment lorsqu'ils sont amenés à faire accepter à leur groupe professionnel d'appartenance des décisions managériales qu'ils ont parfois eux-mêmes de la peine à considérer 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. Et sur ce point, nos résultats viennent confirmer un certain nombre de constats proposés par les chercheurs en sociologie des professions, pour qui les réformes de type NGP ont pour but de mieux contrôler le travail des professionnels sur le terrain en limitant leur autonomie et leur pouvoir discrétionnaire (Buffat, 2009; Champy, 2009). Les réformes ont ainsi contribué à diminuer l'autonomie et le pouvoir discrétionnaire des cadres intermédiaires. Cette limitation ne porte pas principalement sur les pratiques professionnelles, mais bien sur les possibilités de gérer le collectif. Les cadres intermédiaires ont ainsi maintes fois souligné combien ils regrettent de ne pas pouvoir intervenir dans la prise de décision des politiques de l'hôpital. De par leur ancrage sur le terrain, ils s'estiment autorisés à apporter un avis éclairé 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.

Le décalage qui existe entre l'obligation de mettre en œuvre les politiques décidées au niveau de la direction et les ressources financières qui se tarissent entraînent une situation difficilement soutenable pour les cadres. Avec des moyens limités, ils estiment avoir peu d'influence concrète en vue d'améliorer les conditions de travail de leurs collaborateurs. Et cette situation est d'autant plus ingrate qu'elle provoque bien souvent une baisse du soutien du collectif vis-à-vis des cadres intermédiaires. Cette impossibilité à gérer concrètement les collectifs de travail entraîne du mal-être au travail, tant pour les cadres que pour leurs subordonnés (Detchessahar, 2011). Ceci souligne que la mise en œuvre des réformes au sein des hôpitaux de Suisse romande contribue non seulement à brouiller les repères des cadres intermédiaires, mais qu'elle les prive également d'une reconnaissance professionnelle indispensable, phénomènes les conduisant à vivre des situations de travail dont la pénibilité tend à s'accroître.

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt die Probleme bezüglich der beruflichen Identität von mittleren Führungskräften in schweizerischen Krankenhäusern. Aufgrund zahlreicher und tiefgreifender Spitalreformen sind mittlere Führungspersonen gezwungen, sich mit ihrer neuen Führungsrolle, die ihre ursprüngliche berufliche Tätigkeit infrage stellt, auseinanderzusetzen. Die Akzeptanz der «Managerialisierung» ihrer Rolle sowie der Rückhalt für ihre eigentliche Berufsgruppe stellt Führungskräfte vor zahlreiche berufliche Spannungsfelder.

Schlagworte: Berufliche Identität, mittlere Führungskräfte, Spitäler, berufliche Rollen

Abstract

This article outlines the issues related to the professional identities of middle-range managers in Swiss public hospitals. Facing numerous and profound hospital reforms, middle-range managers have to cope with their new managerial role which challenges their belonging to their original occupational group. Accepting this «managerialisation» of their role while continuing to support their occupational group cause several professional tensions.

Keywords: Professional identity, middle-range employees, hospitals, professional roles

Références bibliographiques

- Buffat, A. (2009). Les réformes au prisme de l'autonomie et du contrôle des agents publics de base: le cas de la politique suisse du chômage. *Pyramides*, 17, 69 - 92.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris: PUF.
- de Gaulejac, V., et Mercier, A. (2012). *Manifeste pour sortir du mal-être au travail*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Detchessahar, M. (2011). Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution. *Revue française de gestion*, 214, 89 - 105.
- Dubar, C. (2005). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. 3e éd. Paris: A. Colin.
- Dubar, C., et Tripier, P. (2005). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.
- Emery, Y., et Giaque, D. (2014). The hybrid universe of public administration in the 21st century. *International Review of Administrative Sciences*, 80(1), 23 - 32.
- Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology*, 8, 247 - 266.
- Ferlie, E., and Geraghty, K. J. (2007). Professionals in Public Services Organizations. Implications for Public Sector «reforming» In E. Ferlie, L. E. Lynn and C. Pollitt (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Management* (pp. 422 - 445). Oxford: Oxford University Press.
- Fitzgerald, L., and Ferlie, E. (2000). Professionals: Back to the Future? *Human Relations*, 53(5), 713 - 739.
- Garner, H., Méda, D., and Senik, C. (2006). La place du travail dans les identités. *Economie et Statistiques*, 393 - 394, 21 - 40.
- Giaque, D. (2013). Motivations et identités des agents publics suisses. In A. Ladner, J.-L. Chappelet, Y. Emery, P. Knoepfel, L. Mader, N. Soguel and F. Varone (Eds.), *Manuel d'administration publique suisse* (pp. 523 - 540). Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes.
- Hibou, B. (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*. Paris: La Découverte.
- Kirkpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., and Neogy, I. (2009). Medicine and Management in a Comparative Perspective: The Case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 642 - 658.
- Kuhlmann, E., Allsop, J., and Saks, M. (2009). Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany. *Current Sociology*, 57(4), 511 - 528.
- Marshall, H. (1994). Discourse Analysis in an Occupational Context. In C. Cassel and G. Symon (Eds.), *Qualitative Methods in Organizational Research* (pp. 91 - 106). London: Sage.
- Osty, F. (2003). *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes: Presses de l'Université de Rennes.
- Sainsaulieu, R. (2000). *L'identité au travail*. 3e éd. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Spirig, R., Spichiger, E., Martin, J. S., Frei, I. A., Müller, M., and Kleinknecht, M. (2014). Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol. *German Medical Science*, 12, 1 - 13.

Staines, A. (2000). Benefits of an ISO 9001 certification – the case of a Swiss regional hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(1), 27 - 33.

Staines, A. (2007). La relation «programme qualité» / «résultats cliniques» Université Jean Moulin, Lyon 3, Lyon.