



HAL
open science

Role tensions versus public governance tensions: the example of the first line manager and the nursing team in French public hospitals

Laetitia Murrin Ceccato

► To cite this version:

Laetitia Murrin Ceccato. Role tensions versus public governance tensions: the example of the first line manager and the nursing team in French public hospitals. Gestion et management. ClerMa - Clermont Recherche Management, 2019. Français. NNT: . tel-03623345

HAL Id: tel-03623345

<https://uca.hal.science/tel-03623345>

Submitted on 29 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Clermont Auvergne

Ecole Doctorale des Sciences Économiques, Juridiques, Politiques et de
Gestion (EDSEJPG – ED 245)

Tensions de rôle versus tensions de gouvernance publique : l'exemple du manager de proximité et de l'équipe infirmière dans les hôpitaux publics français.

TOME 1

Thèse

Présentée et soutenue publiquement **le 13 novembre 2019**

en vue de l'obtention du Doctorat en sciences de Gestion

par

Laetitia Murrin CECCATO

JURY

Directrice de recherche :

Corinne ROCHETTE

Professeure en sciences de gestion

Université Clermont Auvergne

Sophie RODIER (Co-encadrante)

Maître de Conférences

Université Clermont Auvergne

Rapporteurs :

Corinne GRENIER

Professeure -HDR

Kedge Business School Marseille

Christophe BARET

Professeur en sciences de gestion

Université Aix Marseille

Suffragants :

Irène GEORGESCU

Professeure en sciences de gestion

Montpellier Management Université de Montpellier

Damien TALBOT

Professeur en sciences de gestion

Université Clermont Auvergne

Jean-François TIREFORT

Directeur des Ressources Humaines

CHRU Clermont Ferrand

L'université Clermont Auvergne n'entend donner ni approbation, ni improbation, aux opinions émises dans cette thèse, ces opinions devant être considérées comme propres à leur auteur.

À Mattéo et Nora

REMERCIEMENTS

Si la démarche de soutenir une thèse est individuelle, de nombreuses personnes méritent toutefois d'être remerciées pour son aboutissement.

La primeur est donnée à Corinne ROCHETTE, ma directrice de thèse qui m'a accompagnée, encadrée et soutenue dans cette aventure avant tout humaine et auprès de qui j'ai très souvent retrouvé de l'espoir dans les situations complexes. Aux côtés de Sophie RODIER, ma Co-encadrante, elle a su m'aiguiller durant ce travail doctoral, en prenant le soin de respecter les choix réalisés, le tout dans un climat de bienveillance. Je remercie donc ces deux dames d'abord pour m'avoir donné l'opportunité de découvrir un métier fabuleux en me recrutant dans le cadre de cette bourse de thèse, ensuite pour leurs disponibilités, patiences et soutiens inconditionnels tout au long de ces années écoulées.

Ce travail doctoral a bénéficié d'un financement de l'ex région Auvergne¹ durant trois années et s'inscrit dans le cadre des activités de la Chaire de recherche Santé et Territoires de l'Université Clermont Auvergne. À ce titre, je tiens à adresser toute ma gratitude à ces acteurs qui ont accordé leur confiance à ce projet et l'ont soutenu financièrement.

Je remercie très sincèrement les membres de mon jury. Les professeurs Corinne GRENIER et Christophe BARET qui ont accepté de rapporter ce travail. Les professeurs Irène GEORGESCU, Damien TALBOT et François TIREFORT, directeur des Ressources Humaines au CHRU de Clermont Ferrand, de prendre part à ce jury. Mes remerciements leur sont adressés pour avoir accepté de partager leurs expertises respectives autour des thématiques traitées dans cette thèse.

Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude envers le professeur Bachir MAZOUZ, auprès de qui, j'ai trouvé une oreille attentive et des conseils exceptionnels m'ayant permis d'améliorer ma connaissance des tensions propres aux organisations publiques. Dans cette perspective, je suis aussi reconnaissante envers Laurent MERIADE et Pascal LIEVRE, qui à travers leurs divers questionnements et recommandations ont contribué au perfectionnement de ce travail doctoral. De même, je souhaite témoigner de ma profonde gratitude envers François CASSIERE, Annie Paule BOUKANDOU et Coralie TEYSSONNEYRE, qui ont bien voulu mettre à contribution leurs savoirs respectifs utiles à l'achèvement de cette thèse.

Je dis un grand merci aux membres de notre laboratoire de recherche Clermont Recherche Management (CleRMa), spécialement à Sylvain MARSAT (directeur actuel) et Yves MARD (ancien directeur), qui ne cessent de se mobiliser afin que les doctorants et les enseignants chercheurs puissent réaliser de belles recherches et monter des projets inédits dans des conditions dignes de ce nom. J'ai également une pensée

¹ Le projet de recherche réunissait deux laboratoires de recherche : le Laboratoire d'Informatique, de Modélisation et d'Optimisation des Systèmes (LIMOS) et le CleRMa.

pour Ntxhee LY, qui en qualité de secrétaire du laboratoire contribue quotidiennement au confort des doctorants et des enseignants à travers une multitude d'actions déployées. Je tiens également à remercier l'ensemble des enseignants chercheurs pour leurs conseils avisés mais aussi des doctorants, pour leur bonne humeur et solidarité.

Il est également légitime d'avoir une pensée envers les personnels des établissements qui m'ont accueilli lors de ma recherche empirique et à qui je dis tout simplement merci. La confiance que les cadres de santé, les infirmiers, les directeurs de soins, les médecins et les directeurs d'établissement m'ont témoigné a été mon leitmotiv tout au long de ce travail.

Je ne peux oublier mon mari, qui m'a encouragé vers cette voie nouvelle. Sa patience sans cesse renouvelée, sa compréhension et sa disponibilité quotidiennes m'ont fortifié, favorisant ainsi mon engouement pour ce travail doctoral. Un grand merci à mes parents, qui peuvent aujourd'hui jouir des sacrifices financiers qu'ils ont réalisés pour me permettre de faire des études supérieures. Malgré la distance qui nous sépare, j'ose espérer qu'ils jouissent des graines qu'ils ont semées et qu'ils sont fiers de les voir germer. Pour finir, je suis reconnaissante envers ma belle-famille, mes frères, sœurs et amis, qui ont respecté les cycles de disponibilité et d'indisponibilité ayant rythmé ces années de thèse et auxquels ils se sont adaptés.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
I. Les enjeux et intérêts de la recherche	3
II. La problématique.....	5
III. Le cadre théorique mobilisé et les questions de recherche.	7
IV. Les organisations hospitalières comme terrains d'étude.....	9
V. Le positionnement épistémologique et la méthodologie déployée.....	11
VI. La structure de la thèse.	12
CHAPITRE 1 : ENTRE UNE PLURALITÉ DE MODÈLES DE GESTION ET LE RÔLE DU FONCTIONNAIRE EN QUESTIONNEMENT.	15
Introduction du chapitre un.	17
I. Mutation des modèles de gestion et questionnements sur la place des fonctionnaires :	19
II. Le fonctionnaire : une notion évolutive.....	38
III. Le manager de proximité, catégorie distincte, rôles peu investigués et tensions :	66
Conclusion du chapitre un.....	79
CHAPITRE 2 : POUR UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DES TENSIONS ET LEURS GESTIONS DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES.	81
Introduction du chapitre deux.....	83
I. La tension : une notion à explorer dans l'univers public.....	85
II. Des tensions de rôle anciennes et revisitées.	99
III. Des tensions de gouvernance publiques nouvelles et à explorer.....	114
Conclusion du chapitre deux.	135
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODE D'INVESTIGATION DES TENSIONS, LEURS NATURES ET GESTIONS DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES HOSPITALIÈRES.....	137
Introduction du chapitre trois.	139
I. Les tensions de rôle et de gouvernance publique : un modèle conceptuel conjoint.	141
II. Le positionnement épistémologique.....	146

III. Le terrain d'études et la méthodologie de recherche.	157
Conclusion du chapitre trois.	202
CHAPITRE 4 : POUR UN ÉCLAIRAGE DE LA NATURE DES TENSIONS ET DU RÔLE DU MANAGER DE PROXIMITÉ DANS LEUR GESTION.	204
Introduction du chapitre quatre.	206
I. Les résultats :.....	207
II. La discussion et les recommandations :	252
Conclusion du chapitre quatre.	266
CONCLUSION GÉNÉRALE	268
I. Les principaux résultats et leurs apports.	270
II. Les limites et les perspectives futures de recherche.	275
BIBLIOGRAPHIE	278
INDEX DES TABLEAUX	306
INDEX DES FIGURES	308
INDEX DES SCHÉMAS ET DES ENCADRÉS.....	308
TABLE DES MATIÈRES.....	310
RÉSUMÉ.....	316
ABSTRACT	316

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ACE** : Acéso
- ANGP** : Après Nouvelle Gestion Publique
- APO** : Apollon
- CH** : Centre Hospitalier
- CHP** : Centre Hospitalier de Proximité
- CHT** : Communauté Hospitalière de Territoire
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CNFPT** : Centre National de la Fonction Publique Territoriale
- CNRTL** : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
- COGERT** : Coordination Gérontologique par Télé médecine
- CREF** : Contrat de Retour à l'Équilibre Financier
- CS** : Cadre de santé
- CSP** : Centre de Service Partagé
- CSS** : Cadre Supérieure de Santé
- DS** : Directeurs de Soins
- DIO** : Dionysos
- EGL** : Eglé
- EHPAD** : Établissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes
- EPIO** : Epione
- FPE** : Fonction Publique d'État
- FPF** : Fonction Publique Française
- FPH** : Fonction Publique Hospitalière
- FPT** : Fonction Publique Territoriale
- GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- INF** : Infirmier
- LET** : Léo
- LOLF** : La Loi Organique sur les Lois de Finance
- NGP** : Nouvelle Gestion Publique
- NGoP** : Nouvelle Gouvernance Publique
- NOTRE** : Nouvelle Organisation Territoriale de la République
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- OPH** : Organisation Publique Hospitalière.
- PAN** : Panacée
- RESF** : Réseau des Écoles de Service Public.
- T2A** : Tarification À l'Activité

TGP : Tensions de Gouvernance Publique

TR : Tensions de rôle

INTRODUCTION GÉNÉRALE

"*Sous pression, les professionnels de santé souffrent de leur travail*" (Le Figaro, décembre 2018) ou encore "*Le CHU sous tension*" (La Montagne, septembre 2019). Tels sont les exemples de sujets qui occupent largement les colonnes des journaux et l'espace médiatique. Ces exemples traduisent la situation actuelle des hôpitaux publics français. Le récent « Pacte de refondation des urgences » annoncé par la Ministre de la santé, Agnès Buzyn a ravivé les tensions. Depuis mars 2019, le personnel paramédical (infirmiers, aide soignants...) de plusieurs services d'urgences des hôpitaux publics français a décidé de se mettre en grève pour mettre au jour la dégradation des conditions de travail. Pour les professionnels, cette dégradation des conditions de travail provient d'un manque de ressources matérielles, financières et humaines et le sentiment de ne plus administrer des soins de qualité. Ils se questionnent sur leur sécurité et celle des patients comme en témoigne un aide-soignant syndiqué : « *Ce qui se passe à l'hôpital est grave. Il y a des burn-out, il va y avoir des morts, et pas seulement chez les patients dont on ne peut pas s'occuper décemment* » (Bourges, 2019). Nombreuses sont les revendications portant sur les moyens humains et l'octroi de matériels supplémentaires. Ces mouvements se sont intensifiés depuis mars 2019 et traduisent clairement le malaise qui règne dans les hôpitaux publics français. Un malaise et une souffrance au travail des personnels qui est reconnu par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône Alpes : « *le délai moyen d'attente d'un patient avant la première rencontre d'un soignant aux urgences du CHU Montpied de Clermont, est de 20 minutes. Pas si mal, sauf qu'ensuite l'attente peut se prolonger à 6 ou 7 heures dans les couloirs saturés aux pics d'affluence. Et encore plus lorsqu'on ne trouve pas les lits d'hospitalisation nécessaires au désengorgement en sortie d'urgences. Il faut gérer l'afflux, le stress, de nouvelles détresses médicales ou psychologique, parfois la violence* ». La souffrance, le stress, le burn-out ou le mal-être révèlent des tensions qui trouvent probablement leurs racines dans la transformation des activités et des métiers. Les mesures annoncées tel que le Pacte de refondation des urgences ne semblent pas atténuer les mécontentements. Ainsi cette situation révélerait les difficultés à transformer nos organisations dont le fonctionnement est probablement de moins en moins adapté aux mutations de notre société et aux nouveaux défis qu'elle doit relever : transformation des exigences des patients, évolution des métiers, renforcement des contraintes économiques.

I. Les enjeux et intérêts de la recherche.

C'est sous forme de tensions que s'exprime la difficulté voire la rigidité de nos organisations à s'adapter. La tension se définit comme « *des inconforts résultant de conflits d'idées, de principes ou d'actions* » (Michaud, 2013). Elle naît du changement (modernisation des services, modification des conditions de travail...). La transformation des organisations est généralement peu admise par les individus qui sont de plus en plus nombreux à s'y opposer. Elle engendre une remise en question de l'ordre établi, une

redéfinition des professions et conditions d'exercice professionnel. C'est particulièrement le cas dans les organisations publiques françaises où les transformations même à faible portée génèrent des incompréhensions menant à des conflits (Bezes et al. 2011). Ces derniers mois, des mouvements de grève ont été observés dans ces organisations où les fonctionnaires contestent entre autres, le projet de loi sur la transformation de la fonction publique, annoncé le 14 février 2019. Pour le gouvernement à l'initiative de cette future loi, il s'agit d'offrir un nouveau visage à la fonction publique actuelle, en la rendant plus agile, ouverte et attractive, avec des services plus efficaces, proches des territoires. Pour ses agents, cette loi engendre une précarisation du statut du fonctionnaire. En attendant que cette dernière soit adoptée par le sénat, les débats sont ouverts et les conflits d'idées et d'actions ne cessent d'être médiatisés. Ce contexte atteste de la difficulté à réinventer nos organisations et leur fonctionnement et questionne sur le rôle des professionnels dans ce défi.

Depuis plus de 30 ans, les organisations publiques sont marquées par des vagues de rationalisations, qui traduisent la mise en place de nouveaux modèles de gestion, inspirés des entreprises privées. La NGP, connue sous l'appellation de *New Public Management* (Hood, 1995 ; Pollitt, 2011 ; Pollitt et Bouckaert, 2004) a été la référence en matière de gestion des organisations publiques ces dernières années et s'ancre dans la nécessité de renouer avec la performance. Par le biais d'une approche de marché, elle a transformé les organisations publiques, proches auparavant du modèle bureaucratique, où l'État avait une responsabilité forte sur ses administrations à travers une obligation de moyens. Depuis l'instauration des principes de la NGP, les mots tels que performance, efficacité et efficience ne sont plus uniquement l'apanage des organisations privées (Baret, 2012). Des expressions qui vont de pair avec la reconfiguration des rôles et des fonctions des agents, qui doivent dorénavant composer avec différentes logiques : logique managériale, logique bureaucratique, logique administrative (Fortier 2010a ; Banoun et Rochette, 2017). Ces nouveaux principes suscitent des réactions vives chez les fonctionnaires, en raison de leur capacité à réinterroger la mission du service public (Bartoli et al. 2011). Ces réactions prennent forme à travers les mouvements de contestations dans ces organisations publiques. La nouvelle façon de concevoir la machine publique impacte les conditions de travail des agents. Au-delà de faire évoluer les métiers, elle altère les conditions de travail avec l'introduction des notions de performance. La NGP, envisagée comme la solution pour faire face aux déficits publics, est devenue contre performante pour ces organisations où les agents font état de souffrance (présence de stress professionnel) (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 ; Codo et Cintas, 2013) et la perte de sens au travail gagne du terrain (Divay, 2018). Cela questionne la motivation de ces agents (Dahmani, 2015 ; Chanlat et Duvillier, 2003). Les agents publics, devenus managers évoluent dans un contexte d'injonctions (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 ; Valette et Burellier, 2014) de plus en plus paradoxales (De Pouvourville, 2010 ; Alis et Fergelot, 2012 ; Bollecker et Nobre, 2016 ; Albert-

Cromarias et al. 2018) entre les objectifs de performance et ceux de service public ou entre l'obligation de faire plus avec moins de ressources (financières, humaines et techniques) ou encore entre les impératifs de qualité pour l'utilisateur et la nécessité de les servir tous (Fortier, 2010). Ces situations sont sources de tensions chez les agents du service public (Alis et Fergelot, 2012 ; Codo et Cintas, 2013 ; Rochette, 2015 ; Bollecker et Nobre, 2016). Ainsi, la gestion des tensions est une des préoccupations majeures à l'intérieur de nos sociétés contemporaines et de nos organisations, soumises à transformations pour s'adapter à un monde en perpétuelle transformation mais aussi pour sauvegarder des modèles qui parvenaient malgré tout à répondre jusqu'alors à la demande des usagers.

La tension peut être positive dans certains cas et négative dans d'autres. Dans le contexte des organisations publiques, ce sont plutôt ses effets négatifs sur les agents qui sont mis en évidence, dans les études et recherches (Bezes et al. 2011 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Même si celles-ci comportent une dimension positive, elles marquent la vitalité de nos organisations et leurs capacités à réinterroger leur place dans la société. Ainsi, qu'il s'agisse des tensions observées dans la société ou celles que connaissent nos organisations, nous ne pouvons y échapper. Elles révèlent les divergences d'opinion et d'intérêts sur la manière de penser l'activité et l'action. Dans cette optique, éradiquer la tension serait un leurre car elle fait partie de nous, il convient donc plutôt de la gérer. Au préalable, il peut être intéressant d'identifier les acteurs qui y sont les plus soumis dans le contexte des organisations publiques et évaluer leurs capacités à s'adapter ou agir sur ces tensions.

II. La problématique.

Aussi bien dans les organisations privées que publiques, tous les échelons hiérarchiques peuvent être touchés par les tensions à la suite des transformations diverses. Bien que la littérature portant sur le changement organisationnel, fait état d'un échelon plus exposé. Celui en position intermédiaire (le manager intermédiaire ou de proximité) reste peu étudié. La position « *entre deux* » de ces personnels, entre le marteau et l'enclume ou entre la direction et les opérationnels, les expose davantage aux tensions. Avec l'instauration du *managérialisme* (Desmarais et Jameux, 2001) dans les organisations publiques, un échelon intermédiaire est apparu afin d'accompagner le changement dans ces organisations. Cet échelon n'est pas seulement la courroie de transmission (Dumas et Ruiller, 2011), il est également un acteur pertinent pour gérer ces situations ambiguës et complexes. Le manager intermédiaire ou de proximité est donc considéré comme un acteur incontournable. Il a souvent évolué de simple agent de la fonction publique vers un poste de manager intermédiaire et se trouve généralement démuné face aux situations à gérer. La dimension managériale acquise sur le terrain ou à

acquérir génère un malaise professionnel chez ces professionnels soumis à tensions. La littérature en sociologie regorge de nombreux articles faisant état des tensions chez les managers intermédiaires ou de proximité suite à la transformation de leurs organisations et qui se traduit par une mutation de leurs professions (Bezes et al. 2011). Un changement imposé par les réformes, générant de nouveaux rôles prescrits, tels que celui de traduction des directives de la direction aux agents du terrain (Durand 2007 ; Thevenet, 2015). Malgré un rôle clairement déterminé dans la conduite du changement, le rôle stratégique de ce professionnel (Côté et Denis, 2018) est peu traité, en particulier en ce qui concerne la réduction des tensions. À la lecture des articles s'intéressant au rôle du manager de proximité, nous pouvons croire que son rôle se limite à celui de facilitateur du changement et d'exécutant des tâches administratives quotidiennes niant toutes les dimensions associées à la fonction au rang desquelles figurent la gestion des tensions. Au préalable, il peut être urgent d'approfondir le concept de tensions afin de mieux repérer l'existence de véritables stratégies chez ce cadre.

La tension est un concept difficile à opérationnaliser du fait entre autres de sa familiarité avec d'autres notions telles que le paradoxe ou la contradiction. Lewis (2000) définit le paradoxe comme « *des éléments contradictoires mais interdépendants qui existent simultanément et persistent dans le temps. Cette définition met en évidence deux composantes du paradoxe: (1) les tensions sous-jacentes ce sont des éléments qui semblent logiques individuellement mais incohérents et même absurdes quand juxtaposés - et (2) des réponses qui embrassent des tensions simultanément* (Lewis, 2000). Cette définition souligne le lien existant entre la tension et le paradoxe. La tension renvoie à la tentative de résolution de la contradiction. Des travaux en sociologie portés respectivement par Weber (1964), puis Boltanski et Thevenot, (1991) l'assimilent à des mondes opposés où le compromis est important. Guedri et al, (2014) identifient deux perspectives de recherche en sciences de gestion pour observer les tensions : une perspective inter-organisationnelle et une intra-organisationnelle, où nous retrouvons les tensions entre les individus, entre les niveaux hiérarchiques et entre les services. Smith et Lewis (2011)² reconnaissent la présence de tensions à différents niveaux : au niveau de l'individu, du groupe ou de l'organisation. Malgré la richesse des travaux, ceux-ci s'inscrivent essentiellement autour de l'identification des tensions et non leur nature, le concept ne bénéficie pas d'un cadre théorique. Aussi,

² Dans une revue de la littérature autour des tensions Smith et Lewis (2011) identifient quatre typologies de tensions : les tensions organisationnelles, de performance d'appartenance et d'apprentissage. Les tensions organisationnelles résultent de la coexistence de structures, cultures, pratiques et processus organisationnels contradictoires et en compétition. Les tensions de performance apparaissent lorsque les organisations cherchent à atteindre des buts variés et en conflits. Les tensions d'appartenance reposent sur des conflits entre les identités plurielles. Enfin, les tensions d'apprentissage sont liées aux efforts mis en œuvre pour s'ajuster, se renouveler, changer ou innover.

il paraît important de s'emparer de la question des tensions en cherchant à combler l'insuffisance de travaux sur l'identification des tensions et leur gestion. Pour ce faire, nous faisons appel à deux traditions de recherche sur les tensions : la psychologie sociale avec les tensions de rôle (Katz et Kahn, 1967) et le management public qui s'intéresse aux tensions de gouvernance publique (Hudon et Mazouz, 2014 ; Mazouz et al. 2015).

III. Le cadre théorique mobilisé et les questions de recherche.

Les tensions de rôle sont issues de la théorie des rôles, conceptualisée par Katz et Kahn (1967). Le développement de la théorie des rôles est attribué à l'étude du comportement des acteurs organisationnels, du processus d'institutionnalisation de ces comportements et de la stabilité des organisations (Royal, 2007). À travers leur modèle Katz et Kahn (1967) cherchent à comprendre le comportement des individus dans un contexte fortement formalisé. En situation de travail, l'individu est au cœur d'un système d'attentes plus ou moins explicites : les siennes et celles émises par l'organisation en provenance de son supérieur hiérarchique, de ses collègues, de ses collaborateurs (Djabi et Perrot, 2016). Aussi, la tension de rôle représente l'état de cet individu se trouvant dans une situation l'empêchant de répondre de façon satisfaisante aux attentes venant d'une pluralité d'interlocuteurs (une personne ou un groupe tiers). Les travaux séminaux repèrent trois typologies de tensions de rôle susceptibles d'affecter les individus en situation de travail dans un contexte de transformation de leur organisation : la surcharge, le conflit et l'ambiguïté (Kahn et al. 1964). Des travaux anglo-saxons (House et Rizzo, 1972 ; Kahn et al. 1964 ; Rizzo et al. 1970) ont amélioré le modèle proposé par Katz et Kahn (1967) en créant des échelles de mesure, qui ont conduit par la suite les chercheurs à proposer de nouvelles typologies de tensions. À partir des années 1990, les gestionnaires (Brunel et Grima, 2010 ; Commeiras et al. 2009 ; Grima, 2000, 2004 ; Rivière et al. 2013 ; Royal et Brassard, 2010 ; Bollecker et Nobre, 2011, 2016) se sont emparés du cadre conceptuel de la théorie des rôles pour identifier cette tension chez les acteurs organisationnels qui évoluent dans un contexte de transformation de leurs organisations. L'approche conceptuelle des tensions de rôle, caractérisée par les conflits de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle fait l'objet de nombreux désaccords. Ceux-ci portent entre autres sur l'échelle de mesure (Rizzo et al. 1970) utilisée dans la grande majorité des recherches (Van Sell et al. 1981 ; Jackson et Schuler, 1985) qui est jugée unidimensionnelle et ne permet pas de rendre compte des fondements conceptuels dont elle est issue (Jackson et Schuler, 1985 ; Perrot, 2001). Cela est dû au fait que la grande majorité des recherches portant sur les tensions de rôle ne prend pas en considération les différentes formes que peuvent revêtir les tensions de rôle chez les individus qui y sont soumis (Djabi et Perrot, 2016). C'est dans cette optique que Royal (2007) puis Royal et Brassard (2010)

proposent de revisiter la théorie des rôles en mettant en évidence une nouvelle grille conceptuelle des tensions de rôle. Ces auteurs, en étudiant les tensions de rôle chez les directeurs adjoints conçoivent une nouvelle grille conceptuelle des tensions de rôle, en complément de celle proposée dans les travaux de Katz et Kahn (1967). Dans la continuité des travaux de Katz et Kahn (1967), Royal (2007) identifie quatre explications à la tension de rôles. Il y a tension de rôles lorsqu'un individu est en situation de stress tant sur le plan professionnel que sur le plan mental ou émotionnel (surcharge quantitative ou qualitative) ; lorsqu'il a l'impression que les attentes formulées à son égard sont conflictuelles (conflits entre les rôles) ; lorsqu'il constate une insuffisance de ressources pour faire face à ces attentes (incapacité de remplir les rôles) ; lorsqu'il a le sentiment que les attentes sont floues (ambiguïté des rôles). Nous utiliserons dans notre recherche la grille conceptuelle de Royal (2007) en vue d'identifier la nature des tensions chez les managers de proximité. Cette grille conceptuelle est jointe à celle proposée par Mazouz et al. (2015) et Hudon et Mazouz, (2014) portant sur les tensions de gouvernance publique.

Les tensions de gouvernance publique subviennent lorsque les dirigeants des organisations publiques tentent de reconfigurer leurs rôles et fonctions pour s'adapter aux nouvelles exigences de leurs organisations impulsées par les réformes. Spécifiquement utilisée dans les travaux sur les organisations publiques, cette grille comprend quatre formes de tensions : les tensions éthiques, structurelles, managériales et artefactuelles. Chacune de ces tensions repose sur des niveaux d'analyse spécifiques. La tension éthique s'évalue au niveau des institutions, elle repose sur la difficulté pour ces dirigeants à faire cohabiter les objectifs de performance et les valeurs publiques. La tension structurelle se repère au niveau des organisations par exemple, l'hôpital. Elle naît de la difficulté pour ces dirigeants à faire coexister une vision managériale imposée et une vision bureaucratique traditionnelle. S'observant au niveau des cadres officiels de gestion (règles, normes, pratiques...), la tension managériale repose sur la difficulté à avoisiner des pratiques managériales et des pratiques bureaucratiques. Enfin, la tension artefactuelle s'analyse au niveau des outils et des instruments. Elle porte sur la difficulté à faire cohabiter les outils de contrôle de l'activité et les outils fondés sur les moyens. Les tensions de gouvernance publique peuvent s'analyser selon une perspective macro (au niveau du législateur et des réformes mises en place dans les institutions publiques), une perspective méso (au niveau des organisations publiques par exemple l'hôpital et son directeur) et une micro (au niveau d'un service hospitalier par exemple, tenu par un manager intermédiaire ou de proximité), contrairement aux tensions de rôle, qui ne s'analysent que dans une perspective micro (l'individu au sein de son service).

Les similarités entre ces deux formes de tensions sont d'abord, qu'elles surviennent lorsqu'il y a une transformation des rôles suite à des changements internes et/ou externes à l'organisation. Ensuite, qu'elles peuvent s'analyser toutes les deux au niveau micro, à savoir en prenant l'individu au sein de

son service. Bien que les perspectives macro et méso puissent influencer la perspective micro, leurs liens ont peu été explorés. En d'autres termes, la tension perçue par l'individu au sein de son service pourrait trouver son origine aux niveaux méso (la transformation des organisations publiques hospitalières par exemple) et macro (la transformation institutionnelle des organisations publiques). Toutefois, le cadre conceptuel des tensions de gouvernance publique étant relativement nouveau, les travaux empiriques sont peu nombreux (Mériade et al. 2019), contrairement aux tensions de rôle. De plus, les travaux de recherche qui s'intéressent aux tensions de gouvernance publique l'ont identifié en grande majorité chez les dirigeants d'organisations publiques ou les élus, très peu de travaux ont porté sur les managers intermédiaires de proximité ou les agents, comme c'est le cas pour les tensions de rôle. Enfin, les travaux de recherche qui se sont appuyés sur les tensions de rôle ou les tensions de gouvernance publique, invitent aujourd'hui à s'intéresser aux stratégies de gestion (Smith et Lewis, 2011 ; Bollecker et Nobre, 2016 ; Mazouz et al. 2015 ; Hudon et Mazouz, 2014) en vue d'aider les acteurs qui sont soumis à mieux tenir leurs rôles et atténuer les ambiguïtés qu'ils connaissent.

Dans cette perspective, nous souhaitons répondre aux questions suivantes : « *si des tensions de rôle et de gouvernance publique sont identifiables, comment s'articulent-elles ? Comment les managers de proximité, contribuent-ils à les réduire au sein des organisations publiques françaises ?* ». À travers celles-ci, nous souhaitons au préalable repérer la nature des tensions, leurs liens chez les managers de proximité qui y sont soumis, puis par la suite les actions déployées par ces derniers, en se focalisant par les aspects stratégiques de leur action. En jumelant ainsi les tensions de rôle et celles de gouvernance publique, nous proposons un cadre conceptuel original à l'étude des tensions dans les organisations publiques (identification et stratégies mises en œuvre) en particulier chez les managers de proximité. De cette manière, nous souhaitons contribuer à enrichir la connaissance des tensions de gouvernance publique en émettant la possibilité que celles-ci peuvent être identifiées chez les managers de proximité. En repérant les liens entre les tensions de rôle (perspective micro) et les tensions de gouvernance publique (perspective macro, méso et micro), nous postulons que les tensions de rôle trouvent leurs origines dans les tensions de gouvernance publique. Notre cadre conceptuel est déployé spécifiquement sur le terrain hospitalier public français, un domaine où ces tensions s'expriment fortement.

IV. Les organisations hospitalières comme terrains d'étude.

De la T2A à la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé en passant par la Loi HPST, le secteur sanitaire français est marqué par des réformes (Detchessahar et Grevin, 2009 ; Bezes et al. 2011 ; Bernardini-Perinciolo et Bertolucci, 2018) afin de répondre aux nouvelles exigences de la société telle

que le vieillissement de la population et d'y faire face. Dans ce secteur, les principes de la NGP se sont également installés, transformant ces organisations particulières où le patient est devenu un client avec des attentes et des besoins particuliers (Albert-Cromarias et al. 2018; Rochette et al., 2017). Les transformations des organisations publiques hospitalières ne sont pas près de s'arrêter comme l'annonçait le président de la république Emmanuel Macron, en dévoilant le plan santé, le 18 septembre 2018. Selon ce dernier « *nous devons restructurer notre organisation pour les cinquante années à venir (...) notre système de santé a été conçu pour une société où on ne vivait pas aussi vieux qu'aujourd'hui, il a été conçu pour traiter des pathologies aiguës et il a été conçu à une époque avec une offre de soins qui correspondait aux besoins de la société. Et progressivement ces dernières années, plusieurs évolutions, certaines de notre fait, d'autres liées à l'évolution plus large de notre société, l'ont mis en tension* ». Comme, il l'exprime, les transformations actuelles et à venir des organisations publiques hospitalières les mettent sous tensions. Il distingue diverses dimensions : « *des tensions en termes d'accès aux soins, des tensions en termes de conditions d'exercice des professionnels de santé (beaucoup ont le sentiment de perdre le sens même de leur métier, de leur vocation en raison des contraintes administratives et financières qu'ils subissent) et des tensions financières liées aux défis du vieillissement, du développement des pathologies chroniques (les coûts des innovations thérapeutiques qui mettent à l'épreuve la capacité à préserver dans la durée notre modèle de santé solidaire)* ». Les mutations de ces organisations impactent les conditions de travail des personnels qui y officient. Les différentes réformes introduisant une vision managériale pour venir à bout des déficits budgétaires et dans un souci de performance des services ont transformé certains métiers tels que celui de cadre de santé de proximité. La Nouvelle Gouvernance Hospitalière a élargi les missions des cadres de santé de proximité (Dumas et Ruiller, 2011 ; Divay et Gadéa , 2008, 2015 ; Rivière, 2012). Auparavant proche du patient et des équipes soignantes, ses missions ont pris une dimension managériale forte, l'éloignant de ce patient et parfois de ses équipes (Feroni et Kober-Smith, 2005 ; Arborio et Divay, 2018). De plus, il exerce ses nouvelles fonctions managériales prescrites dans un contexte peu stabilisé. Les injonctions paradoxales marquent les organisations publiques hospitalières, et en complexifient le fonctionnement et la situation de travail des agents. Le président de la République y fait référence dans son discours : « *votre travail, je le sais est aujourd'hui parfois malmené par des injonctions contradictoires, des réformes vécues comme permanentes et je le sais aussi ce sont des impatiences, parfois des doutes qui peuvent vous animer* ». Les tensions qui naissent concernent particulièrement les personnels occupant des fonctions managériales en position intermédiaire tels que les cadres de santé de proximité. Ainsi, le cadre de santé dans le contexte des organisations publiques hospitalières se mue en manager de proximité. De nombreuses recherches s'intéressent aux tensions chez les cadres de santé de proximité (Boltecker et Nobre, 2011, 2016 ; Bouret, 2008 ; Dumas et Ruiller, 2011 ; Divay et Gadéa, 2008 ; Gadéa, 2013 ; Divay, 2018). La grande majorité des travaux est issue des travaux en sociologie des professions.

Ils concluent à la difficulté pour ces acteurs à identifier leur rôle tant ceux qui leur sont prescrits sont flous et ambigus. Dans de telles conditions, il est difficile d'identifier leurs capacités à réduire les tensions et la nature des tensions les plus fortes avec lesquelles ils doivent composer. S'agit-il de tensions de rôle ou de tensions de gouvernance publique, ou les deux formes de tensions simultanément? De plus, nous nous attacherons à identifier s'ils parviennent à réduire ces tensions et les leviers qu'ils activent.

V. Le positionnement épistémologique et la méthodologie déployée.

Les recherches autour des tensions dans l'univers de la santé adoptent trois types de postures épistémologiques : le constructivisme, le réalisme critique et l'interprétativisme. Les chercheurs qui se sont inscrits dans les positionnements constructivisme ou réalisme critique (Albert-Cromarias et al. 2018 ; Baret et al. 2011) visaient à identifier non seulement les tensions mais aussi les mécanismes générant ces tensions. La méthodologie qui a été déployée dans les recherches conduites était soit une méthodologie qualitative, soit une méthode mixte, combinant des données qualitatives et quantitatives. Nous retrouvons la posture interprétativiste dans les recherches (Bouret, 2008 ; Divay, 2018) qui visent à comprendre les processus d'interprétation, de construction de sens et d'engagement dans les situations. Ces recherches utilisent des méthodologies qualitatives avec ou sans triangulation des données, au sein desquelles, les séances d'observation sont le plus souvent privilégiées. Nous inscrivons cette recherche dans un positionnement interprétativiste. À travers une méthodologie qualitative et une démarche abductive, nous allons recueillir les propos de cadres de santé, infirmiers et directeurs de soins officiant dans 7 hôpitaux faisant partie d'un GHT³. Ces hôpitaux sont marqués par des politiques de restrictions budgétaires pouvant impacter les pratiques des cadres de santé hospitaliers et leurs équipes soignantes. La triangulation des données retenu comprend une collecte documentaire, des séances d'observation et des entretiens semi-directifs (43). Les documents collectés nous ont servi à comprendre le fonctionnement des hôpitaux. Les séances d'observation nous ont permis d'identifier les activités de chaque professionnel de santé ainsi que les injonctions paradoxales auxquelles ils sont confrontés dans l'exercice de leurs activités. L'objectif des entretiens étaient de recueillir les perceptions des cadres de santé sur les évolutions de leurs métiers et celles des hôpitaux, leurs nouvelles activités et les tensions ressenties dans l'exercice de leurs activités. Nous les avons interrogés sur leurs rôles dans l'atténuation des tensions. Nous avons également interrogé les infirmiers et les directeurs de soins, sur leurs perceptions du rôle du cadre de santé dans l'atténuation des tensions. Les personnes interrogées sont en poste dans divers services hospitaliers, ce qui confère une certaine richesse aux données. Nous

³ Pour des raisons de confidentialité, les noms des hôpitaux et leurs localisations seront anonymés.

avons choisi une méthode comparative (Ragin, 1987 ; Chanson et al. 2005) des données qualitatives en vue de repérer des similitudes et des différences entre les cas présentés.

VI. La structure de la thèse.

Ce travail doctoral se structure en quatre chapitres. Dans le premier chapitre, nous présentons les principaux modèles de gestion qui ont marqué et marquent les organisations publiques à l'échelle mondiale. La bureaucratie wébérienne a été le socle de gestion des organisations publiques. L'État y avait une importance capitale aux yeux de ses administrés. La NGP, l'a remplacé. Elle se concentre sur la performance et l'efficacité de ces organisations. De nouveaux modèles alternatifs tels que la Nouvelle Gouvernance Publique et l'Après Nouvelle Gestion Publique apparaissent, où l'accent va être porté sur la participation des citoyens à la décision publique et, en interne sur les valeurs publiques pour redonner du sens aux actions des gestionnaires publics. Puis nous discutons des effets de ces changements sur le fonctionnaire, ses rôles et ses missions. Ce fonctionnaire devient un encadrant public pour être en accord avec les nouvelles prérogatives de son administration. Il gère les ressources humaines, financières et techniques dans un contexte de rationalisations. Le rôle de gestionnaire est au cœur de son activité, mais ce rôle est source de difficultés. C'est d'autant plus vrai chez les encadrants en position intermédiaire. C'est dans ce contexte que nous terminerons le chapitre un par la caractérisation du manager public en position intermédiaire, et les difficultés qu'il rencontre. Ces dernières comme nous savons sont sources de tensions.

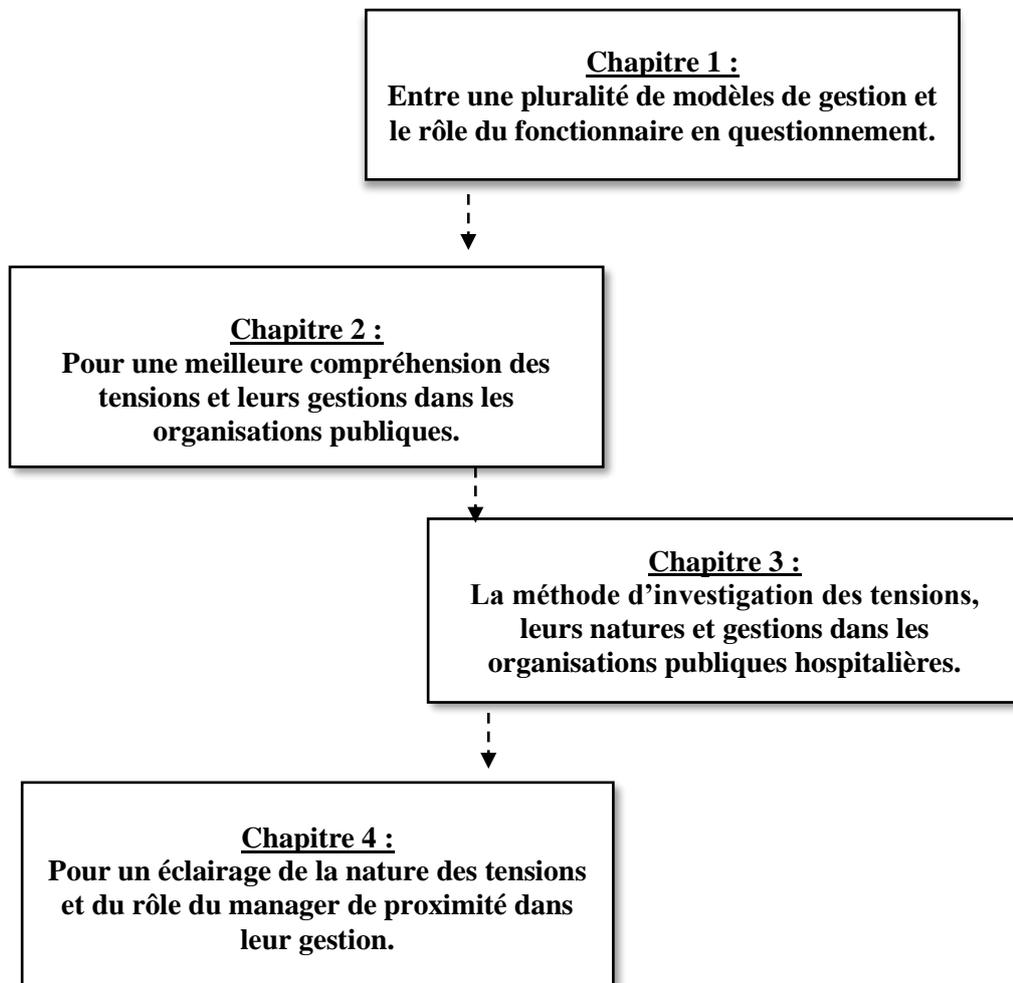
Le deuxième chapitre porte sur le concept de tension. Il s'agit d'apporter des éléments d'éclairage au concept par le biais de la littérature en sciences sociales et en sciences de gestion à travers une présentation des disciplines où il est le plus étudié. Nous y présentons également la variété des tensions, les caractéristiques et les dimensions qui leur sont associées. Nous focalisons par la suite notre attention sur la manifestation des tensions dans les organisations publiques en présentant le cadre conceptuel que nous avons choisi : les tensions de rôle et les tensions de gouvernance publique. Nous achevons ce chapitre par un état de l'art des tensions de rôle et des tensions de gouvernance publique dans la littérature en sciences de l'éducation, en sciences de gestion et en sciences politiques. Des domaines qui ont investi les deux formes de tensions.

Le troisième chapitre est consacré à la présentation du cadre conceptuel que nous mobilisons dans cette recherche. Il s'agit ici d'éclairer l'articulation entre les tensions de rôle et les tensions de gouvernance publique mais aussi de préciser les niveaux d'analyse de notre recherche. Nous énonçons dans cette partie les propositions de recherche retenues. Nous développons la posture épistémologique retenue et

celles utilisées dans les travaux de recherche traitant des tensions dans le domaine de la santé. Nous exposons également la méthodologie de recherche qualitative et présentons le terrain d'étude hospitalier. Nous clôturons ce chapitre en décrivant la méthode de collecte et de traitement de données.

Le dernier chapitre de cette thèse vise à présenter les cas retenus et les mettre en perspective en accord avec la démarche d'analyse comparative en vue d'en ressortir des résultats pertinents. Nous discutons ensuite des résultats obtenus en les lisant au regard d'autres travaux de recherche conduits précédemment. Nous clôturons ce chapitre en proposant des actions concrètes sur la manière de gérer les tensions dans les organisations pour le manager de proximité. **Le schéma n°1** ci-après reprend la structure de la thèse.

Schéma 1 : La structure globale de la thèse.



Source : Auteur

CHAPITRE 1 :
ENTRE UNE PLURALITÉ DE MODÈLES DE GESTION
ET LE RÔLE DU FONCTIONNAIRE EN QUESTIONNEMENT.

Chapitre 2 :
Pour une meilleure compréhension des tensions et leurs gestions dans les organisations publiques.

Chapitre 3 :
La méthode d'investigation des tensions, leurs natures et gestions dans les organisations publiques hospitalières.

Chapitre 4 :
Pour un éclairage de la nature des tensions et du rôle du manager de proximité dans leur gestion.

Introduction du chapitre un.

Après plusieurs constats de déficits budgétaires au sein des organisations publiques mondiales, le modèle de gestion bureaucratique, appliqué dans ces organisations publiques et considéré comme un idéal de gestion est abandonné au profit d'un autre. La NGP a relayé à la gestion bureaucratique à travers une série de réformes mises en place dans les pays de l'OCDE l'ayant adoptée. Son principe phare est la performance et l'efficacité des administrations publiques (Ferlie et al. 2003 ; Kinder, 2012), en se calquant sur le mode de fonctionnement des entreprises privées. Cependant peu d'administrations et d'auteurs aujourd'hui lui fait des éloges, tant le modèle est critiqué (Reiter et Klenk, 2019).

Il lui est entre autre reproché d'avoir un impact négatif sur les conditions de travail (Detchessahar et Grevin, 2009 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2012) des fonctionnaires (stress professionnel, baisse de la motivation, arrêts maladies... autant d'effets allant à l'encontre d'une quelconque performance. À cela, se rajoute de nouvelles fonctions qui sont attribuées aux fonctionnaires, qui doivent désormais les exercer en ayant plusieurs logiques (Fortier, 2013 ; Banoun et Rochette, 2017). C'est d'autant plus vrai chez les fonctionnaires occupant des postes d'encadrant, imposant une posture d'intermédiaire, tels que les managers intermédiaires et les managers de proximité. Ces derniers ne se retrouvent plus dans cette fonction publique, empruntant les codes, coutumes et normes des organisations privées (Divay et Gadéa, 2015). Pourtant en étant manager de proximité, il est à la fois celui par qui le changement se met en œuvre et le gestionnaire du service (équipe et ressources allouées...) (Nonaka, 1988). Mais aussi celui qui travaille dans un environnement manquant de ressources financières et à qui la hiérarchie fournit peu ou pas d'informations suite aux changements (Arborio et Divay, 2018). Enfin celui à qui, la hiérarchie demande de rendre compte à travers un contrôle accru. Ce contrôle sert à optimiser les ressources et fournir un service de qualité aux usagers. L'usager non plus ne se reconnaît pas dans cette nouvelle logique gestionnaire, ayant le sentiment d'être relayé au second plan. C'est dans ce contexte que de nouveaux modèles alternatifs à la NGP sont observables dans ces organisations publiques, telles que la NGoP (Osborne, 2006, 2009) et l'ANGP (Christensen et Fan, 2018 ; Reiter et Klenk, 2019). Dans le premier, il s'agit de réintégrer le citoyen dans la prise de décision publique, en recueillant son avis sur les décisions de changement. Il prend la forme d'une démocratie participative où le citoyen est considéré comme un membre à part entière. Le second intègre une multitude de concepts en son sein dont la gouvernance démocratique, la performance ou encore l'éthique ou la valeur publique. Par exemple, l'éthique publique vise à remotiver les fonctionnaires, en leur redonnant le sens dans l'action publique.

Ainsi, dans ce premier chapitre, nous présentons les différents modèles de gestion présents dans les administrations publiques actuelles, leurs principes et l'état d'avancement des recherches sur chacun d'entre eux. Nous apportons également un éclairage sur le fonctionnaire, son évolution au gré des différents modes de gestion mis en place. Dans cette même partie, nous reviendrons sur les enjeux autour de la carrière d'un fonctionnaire et l'impact du virage gestionnaire sur cette carrière. Nous achevons ce chapitre par la présentation de la fonction de manager de proximité, tenue par certains fonctionnaires dans les organisations publiques. Les enjeux autour de la fonction de manager de proximité tournent principalement autour de la question du rôle de ce dernier à l'intérieur de ces administrations qui se transforment et la difficulté pour lui de répondre de manière satisfaisante à toutes les attentes venant de différents et multiples interlocuteurs. Ce dernier évolue dans un contexte d'injonctions paradoxales, étant sources de tensions.

I. Mutation des modèles de gestion et questionnements sur la place des fonctionnaires :

En une décennie, les organisations publiques sont passées successivement d'un modèle de gestion à un autre, renouvelant ainsi l'image du fonctionnaire et ses différents rôles. Dans cette première partie, nous proposons de caractériser dans une première partie les modèles de gestion, étant au cœur des administrations publiques : la bureaucratie traditionnelle, la Nouvelle Gestion Publique (NGP) et les nouvelles approches alternatives aux deux précédentes : la Nouvelle Gouvernance Publique (NGoP) et l'Après Nouvelle Gestion Publique (ANGP). Dans une deuxième partie, nous faisons un état des lieux de l'évolution de la figure du fonctionnaire au fil des différents modèles de gestion et leurs impacts sur son rôle et sa perception du métier. Puis pour clore cette partie, une attention particulière sera accordée au fonctionnaire, endossant la fonction de manager ou de cadre de proximité, une catégorie professionnelle, véritablement née avec la NGP, qui peine à trouver un équilibre entre ses rôles traditionnels et ses nouvelles fonctions dans les administrations publiques actuelles.

1.1. Une évolution de la gestion publique suite aux différents modèles.

1.1.1. Un modèle bureaucratique contesté.

La gestion traditionnelle des organisations publiques a longtemps reposé sur une gestion de la conformité à des règles universelles : conformité des dépenses au budget, conformité de la gestion des personnels au statut, conformité des actes à la réglementation (Abate, 2014). Ce modèle de gestion datant des années 1920, insiste sur le caractère de l'État, comme acteur principal dans le financement et l'organisation de ses administrations. Cet acteur privilégié poursuit plusieurs rôles dont le contrôle des budgets, les autorisations d'emploi et l'encadrement des activités des services par le biais de lois, de décrets et de circulaires. Cette façon de penser les administrations publiques est issue de la bureaucratie wébérienne.

La bureaucratie est une forme d'organisation qui a marqué les 19^{ème} et 20^{ème} siècles. Les principes de cette organisation ont été définis par Max Weber, ayant été témoin des changements de l'État prussien et de la société allemande. Dans son ouvrage « Économie et Société », Weber (1921) décrit la rationalisation de toutes les sphères d'activité, y compris celle de l'administration. La bureaucratie a été initialement introduite dans le cadre de vastes réformes au Royaume-Uni et en Prusse à la fin du 19^{ème} siècle pour surmonter les systèmes d'administration patrimoniaux où le patronat et le favoritisme ont dominé les décisions gouvernementales et les nominations publiques (Robinson, 2015).

1.1.1.1. Les principes de la bureaucratie, une inspiration wébérienne.

En effet, c'est Max Weber, qui introduit en quelque sorte le ver organisationnel dans le fruit institutionnel (Nioche, 1982). En définissant les modes de fonctionnement, d'organisation, de commandement et de contrôle des bureaucraties administratives, ce dernier peut être considéré comme l'un des premiers théoriciens du management public (Bartoli et Blatrix, 2015). De son étude fine des administrations publiques prussiennes, ce sociologue et historien allemand tire un parallèle entre les modes d'administration et de « domination » (ou de pouvoir) et dégage les principes phares de la bureaucratie. Ces principes reposent notamment sur les éléments suivants :

– ***une division du travail fixée et officialisée*** ; il y a une division fonctionnelle du travail et une hiérarchie des tâches et des personnes.

– ***une hiérarchie des statuts et des fonctions clairement définies***. La bureaucratie constitue un système comportant des fonctions supérieures et des fonctions subalternes, avec un contrôle possible des secondes par les premières, sous la forme par exemple de l'inspection, mais aussi avec la possibilité pour le fonctionnaire subalterne de faire appel devant l'instance supérieure. Toutefois, dans ce système, les fonctionnaires supérieurs ne peuvent pas agir à leur guise, par exemple instaurer ou supprimer à leur gré un poste créé officiellement. L'obéissance au supérieur hiérarchique est la pierre angulaire de ce système (Crozet et Desmarais, 2005). La hiérarchie des statuts et des fonctions permet ainsi le respect de l'exercice du pouvoir par une autorité politiquement responsable (Loschak, 1976). Les fonctionnaires sont des opérationnels dont la mission est de transmettre et de mettre en œuvre la volonté des élus politiques sans la trahir. Dans le modèle bureaucratique, le rôle de l'encadrement public est très clairement occulté, car soumis à la domination légale, obéissant aux règles et lois universelles. Seul le bureaucrate assure la gestion interne des organisations publiques.

– ***Un système de règles stables et explicites impliquant une subordination à l'autorité***. La bureaucratie suppose une autorité qui définit les compétences selon des règles fixes, ce qui veut dire que les attributions des divers fonctionnaires sont arrêtées officiellement par des lois ou des règlements.

– ***Une séparation entre des droits et moyens personnels et des droits et moyens officiels***. La bureaucratie opère une distinction entre la propriété des moyens techniques et le personnel. Les ressources appartiennent à l'organisation et non aux personnes qui y travaillent. Une organisation qui est observable aussi bien dans les administrations publiques que dans les sociétés privées et les associations.

– ***Une sélection et une carrière du personnel sur le critère des qualifications techniques***. La bureaucratie est une organisation hiérarchique au sein de laquelle chaque fonctionnaire est recruté en

raison de son expertise attestée par un examen. Ce dernier obéit aux devoirs objectifs de sa fonction, voit s'ouvrir une carrière professionnelle. Il est payé par des appointements fixes correspondant à son rang hiérarchique. L'administration bureaucratique se caractérise par « sa précision, sa permanence, sa discipline, son rigorisme, la confiance qu'elle inspire, en raison de son caractère de prévisibilité pour le détenteur du pouvoir comme pour les intéressés » (Weber, 1921 ; p.229), c'est-à-dire les fonctionnaires eux-mêmes (Dreyfus, 2000). L'accomplissement d'une fonction se fait chaque fois dans un cadre technique particulier, par exemple l'administration préfectorale, l'administration judiciaire, l'administration scolaire, l'administration privée, etc. Les administrateurs sont nommés sur la base de leurs qualifications et sont donc des professionnels formés. Chacune de ces administrations détient ses règles propres qu'il faut connaître pour pouvoir exercer ses fonctions. Il en résulte une impersonnalité et une abstraction dans les rapports bureaucratiques.

- Une séparation entre la politique et les politiciens élus d'une part, et l'administration et les administrateurs nommés d'autre part. La bureaucratie est le mode de gouvernance des organisations publiques. La bureaucratie s'appuyait sur un contrôle centralisé, établissait des règles et des directives, séparait l'élaboration des politiques de la mise en œuvre et utilisait une structure organisationnelle hiérarchique (Osborne, 2006). Ce modèle organisationnel repose sur un pouvoir « légal rationnel » par opposition aux deux autres types qu'il évoque : le pouvoir « traditionnel » et le pouvoir « charismatique » (Bartoli et Blatrix, 2015). Du point de vue politique, le principe de la hiérarchie est le moyen le plus efficace pour maintenir le contrôle politique sur les administrations et les organisations publiques, mais aussi pour garantir l'accomplissement des missions pour lesquelles elles ont été créées, et cela de manière adéquate et responsable. La hiérarchie implique une chaîne de commandement et de contrôle de l'exécution des décisions. L'existence de règles légales interdit pour sa part le règne de l'arbitraire. Du point de vue des usagers, le modèle bureaucratique fournit la garantie d'un traitement égal des usagers conformément à des principes légaux clairement établis, transparents et applicables à tous sans discrimination.

Un autre avantage de l'administration hiérarchique-wébérienne est la possibilité d'un double contrôle hiérarchique et judiciaire (Merrien, 1999). La rationalité défendue par Weber, (1921) a engendré le développement de la hiérarchie et l'appréhension de la domination légale (Huron et Spieth, 2013).

Toutefois les principes fondateurs de la bureaucratie ne sont pas déconnectés de l'État. En effet, les réformes et changements ont conduit à l'instauration d'une fonction publique dite bureaucratique. Ils ont marqué un tournant décisif dans la conception du service de l'État. La bureaucratie naît ainsi avec le développement de l'État. Weber (1971) définit l'État comme une « *institution politique ayant une*

"constitution" écrite, un droit rationnellement établi et une administration orientée par des règles rationnelles ou "lois", des fonctionnaires compétents ». Le mode de domination légale est spécifiquement moderne. Il tire sa légitimité de « son caractère rationnel reposant sur la croyance en la légalité des règlements arrêtés et du droit de donner des directives qu'ont ceux qui sont appelés à exercer la domination par ces moyens » (Weber, cité par Dreyfus 2000 ; p.12). De ce fait, quelles que soient les réticences envers l'élaboration de règles impersonnelles qui fixent les conditions permettant d'accéder à la fonction publique et d'y faire carrière, il est désormais admis que les fonctionnaires servent l'État. L'État apparaît comme une entité abstraite qui ne saurait être confondue avec les individus (Dreyfus, 2000). La bureaucratie est fondamentalement un appareil au service de l'État et des autorités politiques. Par essence centralisée, la bureaucratie consacre un mode d'administration par des experts. Les "bureaucrates" doivent exécuter les ordres même si les finalités ultimes de la politique à laquelle ils concourent leur échappent (Boudon et Bourricaud, 1994). Ainsi, à partir du milieu des années 1920, la bureaucratie wébérienne forme globalement l'armature de la fonction publique en Grande Bretagne, aux Etats-Unis et en France (Dreyfus, 2000). Dans le cas de la France, l'administration publique a été caractérisée par une forte centralisation des décisions depuis la Révolution jusqu'aux années 1980. Comme le soulignent (Bartoli et Blatrix, 2015), le secteur public français est avant tout «bureaucratique».

À ses débuts, le terme de « bureaucratie » avait une connotation positive, comme le souligne Hegel, (1940), qui voyait en l'État bureaucratique, un accomplissement de la raison, alors que la société civile était dominée par l'irrationalité et les intérêts corporatistes. Les propos de ce dernier rejoignent ceux de Weber (1971) pour qui la bureaucratie était l'expression de la rationalité. Weber (1971) mit en avant les bienfaits de l'organisation bureaucratique, essentiellement monocratique (basée sur une unité de commandement), reposant sur le principe de la règle et de la hiérarchie, et représentant des avantages en termes de précision, de rapidité d'exécution et de stabilité (Bartoli et Blatrix, 2015). Ainsi, la bureaucratie au 20^{ème} siècle était synonyme de bonne gouvernance et d'efficacité des organisations qui l'adoptaient, précisément les organisations publiques. Pourtant dans les années 1940, un vent de protestation et de remise en cause de la bureaucratie souffle du côté des Etats-Unis (Merton, 1957 ; Gouldner, 1954 ; March et Simon, 1958). Ce courant gagne la France avec les travaux de Crozier (1963). L'organisation bureaucratique prend une toute nouvelle connotation, plutôt négative.

1.1.1.2 Une organisation bureaucratique critiquée.

Pour Merton (1957), les règlements ne sont plus considérés comme une fin en soi. Ils sont accusés de provoquer une rigidité croissante et le mécontentement du public. Gouldner (1954) énonce que les règles bureaucratiques censées réduire les conflits créés par la subordination et le contrôle, provoquent en

réalité des effets secondaires et des dysfonctionnements, qui finissent par accroître la démotivation. Simon (1945) lui, se penche sur l'inefficacité des décisions prises au sein des structures bureaucratiques. Il analyse particulièrement, des situations où l'application inefficace de règles trop générales peut conduire à spécifier des règles, les rendre plus nombreuses et plus contraignantes. Cela crée d'une part une complexité accrue pour le décideur public, et d'autre part il se heurte à des contradictions. Ce phénomène risque alors de déboucher sur des blocages ou des comportements visant à détourner les règles.

Du côté des travaux francophones, la littérature retient les travaux de Crozier (1963), qui en s'inspirant de ceux portés par ses confrères anglo-saxons s'est intéressé aux administrations françaises. Son ouvrage, « *le phénomène bureaucratique* » recense les conclusions d'observations réalisées au sein de deux institutions publiques françaises : les PTT et la Seita. Il décrit le mécanisme de la bureaucratie. Il identifie la bureaucratie comme une forme d'encadrement de la hiérarchie par le biais de règles impersonnelles et de routines, ayant pour fonction de protéger les individus des conflits. Crozier (1963) affirme qu'elle engendre une certaine déshumanisation du travail. Ce dernier souligne toutefois que cette organisation, jugée rigide peut être perçue comme une fonction de protection. Elle assure le minimum de sécurité indispensable à l'individu dans ses rapports avec ses semblables à l'occasion des activités coopératives coordonnées nécessaires à la réalisation de ses buts » (*Le phénomène bureaucratique*). En étudiant ces deux structures, l'auteur montre l'existence de zones non couvertes par l'organisation formelle, dites « zones d'incertitude », marquées par des luttes de pouvoir malgré l'existence de règles. À la Seita, par exemple, les pannes de machine constituent une zone d'incertitude pour la maîtrise de laquelle s'opposent les ouvriers de production et les ouvriers d'entretien. Cela renvoie à des enjeux organisationnels – où pèsent tout particulièrement l'expérience et l'ancienneté – et favorise les négociations informelles. Les acteurs escomptent la mise en place de nouvelles règles leur permettant d'étendre leurs propres zones d'incertitude aux dépens de celles des acteurs concurrents dans l'organisation. Maîtriser sa zone d'incertitude pour l'individu devient un enjeu fort. Cela confère une marge de manœuvre, permet de recourir à des ressources stratégiques individuelles et augmente ainsi son pouvoir et son autonomie. Pour Crozier (1963), l'individu garde une autonomie par rapport à l'organisation même dans les organisations les plus bureaucratiques, dans lesquelles les contraintes en matière de décision sont très fortes. Il développe une stratégie visant essentiellement à défendre ou à améliorer sa position dans le système. Dès lors, le fonctionnement d'une organisation, perçu comme trop contraignant par ses acteurs, va être détourné de sa conformité théorique et va évoluer, en fonction notamment des stratégies individuelles face à la règle (Bartoli et Blatrix, 2015). C'est en ce sens qu'il réfute l'idée de Max Weber selon laquelle le développement de la bureaucratie servirait la progression

de la rationalité et de l'efficacité. En étudiant, les dysfonctionnements de la bureaucratie, les analyses de Michel Crozier mettent l'accent sur la dimension humaine du fonctionnement organisationnel.

Les dysfonctionnements du modèle vont également être soulignés par son fondateur Max Weber, sous forme de limite de la bureaucratie. D'après Weber, la bureaucratie serait dangereuse pour la liberté de deux façons. D'une part, elle nuit à la liberté individuelle, car les individus ont de moins en moins de marge d'autonomie, d'autre part, elle réduirait la liberté politique en augmentant le rôle politique des fonctionnaires au détriment de celui de ses dirigeants. Elle serait comme un outil de domination tendant vers une instance de pouvoir autonome. De ce fait, le pouvoir se trouverait entre les mains de la bureaucratie. Weber, opte donc pour deux solutions pratiques : la mise en place de systèmes politiques susceptibles de sélectionner des hommes politiques de qualité et il propose la création d'une institution ayant pour fonction le contrôle de la bureaucratie.

En dépit de ce début très prometteur, la bureaucratie devient au fil du temps, un mode d'organisation très controversé. Il lui est reproché sa rigidité hiérarchique, la lourdeur de ses procédures décisionnelles, et la déshumanisation de son personnel. Au cours des années 1970, la bureaucratie Wébérienne a fini par atteindre ses limites aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des organisations publiques. La norme universelle qui a régi l'ensemble des organisations publiques, marquée par l'impersonnalité a été confrontée aux changements économiques et socio-démographiques, nécessitant des singularités. La bureaucratie traditionnelle ne s'est pas adaptée aux changements (Pollitt et Bouckaert, 2004). Les citoyens dans un souci de prise en compte de leurs besoins ont exprimé leur désir de participation à la gouvernance publique. Il a été demandé à l'État de démontrer son efficacité par une adaptation plus fine aux situations locales en mettant en place des actions de pilotage et de suivi de ces actions (Abate, 2014), remettant ainsi en cause le principe de conformité des fonctionnaires. Ainsi, les vertus de la bureaucratie sont remises en cause et ce principalement à cause du décalage qui s'est instauré entre elle et la société actuelle (Gangloff, 2009). Cela redonne à l'individu un pouvoir de décision et d'action.

1.1.2. La NGP ou la critique du modèle wébérien.

Dans les années 1970, les grands principes de la bureaucratie wébérienne sont remis en cause à l'intérieur des administrations publiques. Avec la crise économique de cette décennie, l'ensemble des croyances qui cimentent le paradigme pro-État providence commence à être sérieusement ébranlé avec le mouvement « Néo-libéral » (Merrien, 1999). Les avantages de l'organisation bureaucratique deviennent des inconvénients dans une société post-industrielle caractérisée par la globalisation, et une économie des savoirs, où la demande en termes de qualité et de choix a changé (Osborne et Gaebler, 1993). Le modèle bureaucratique, en diffusant une vision alternative fondée sur une redéfinition des

sphères d'action du politique et de l'administration, caractérisée par une dépendance accrue des fonctionnaires vis-à-vis du politique (Alis et Fergelot, 2012) est réinterrogé.

Dans les années 1980, un nouveau principe de gestion des administrations publiques émerge : la NGP. À travers son appellation familière « le New Public Management », ce mouvement se développe dans les pays anglo-saxons et prend racine dans le modèle de l'entreprise. Celle-ci apparaît comme idéal pour combattre les dysfonctionnements de la bureaucratie et pour donner un nouveau souffle au secteur public, en période de profondes mutations (Bartoli et Blatrix, 2015). Faisant suite à cette nouvelle façon de concevoir la machine publique, de nombreuses réformes ont été lancées dans la plupart des administrations publiques nationales et des domaines d'intervention de l'État à la fin des années 1980 (Pollitt et Bouckaert, 2004). De la Grande Bretagne tchatcherienne, aux gouvernements de Reagan puis Clinton, en passant par la Hollande démocrate-chrétienne de Lubbers ainsi que sous les gouvernements travaillistes de Suède et de la Nouvelle Zélande, les réformes sont nombreuses au cours de cette décennie (Hood, 1995). L'Allemagne, la France et le Québec connaissent également des réformes inspirées par ce courant d'idées. En comparaison de pays comme la Grande-Bretagne, les États-Unis, l'Australie ou la Nouvelle- Zélande, qui ont eu massivement recours à des outils managériaux et des mécanismes de marché pour réformer leurs administrations, la France a longtemps été considérée réfractaire aux principes de la NGP. Outre le fait que l'introduction de logiques managériales a été plus tardive que dans d'autres pays, les processus de réforme y ont été plus graduels, en procédant par des sédimentations et des ajouts institutionnels successifs plutôt que par des remaniements radicaux (Bezes, 2009; Pollitt et Bouckaert, 2011). **Le tableau n°1** fournit quelques repères sur la mise en place des réformes dans le cadre de ce nouveau principe de gestion des administrations publiques. L'intérêt principal de ces réformes est de moderniser les administrations publiques, en introduisant des marchés ou des quasi-marchés au sein des institutions de l'État-providence de manière à renforcer l'efficacité (Merrien, 1999). Les mutations sont donc dans la plupart des cas liées à une composante de nature budgétaire. La mesure de l'action publique par les résultats et plus seulement pas les moyens se diffuse.

C'est dans ce contexte que des vagues de réformes ont émergé dans la plupart des pays de l'OCDE principalement, en réponse aux défauts de l'administration publique, à la crise, au manque de confiance entre les dirigeants politiques et administratifs (Aberbach et Christensen, 2001). La première vague des réformes entre les années 1980 et 1990 était orientée spécifiquement vers une modification des outils de gestion. La deuxième vague a débuté à la fin des années 1990 et se poursuit. Elle s'est concentrée sur l'efficacité des organisations publiques. Elle se traduit par l'introduction des principes marchands à l'intérieur des administrations. Ces réformes remettent en question l'ordre établi (Mazouz et al. 2015).

Au modèle traditionnel de l'administration publique (modèle wébérien) s'ajoute un nouveau référentiel marchand, mettant en évidence des notions de compétitivité et de productivité.

Ainsi, la démarche de la NGoP part d'une critique de l'administration publique pour aboutir à la nécessité d'introduire du marché au sein même des organisations de l'État-providence (Merrien, 1999). Selon Merrien (1999), elle résulterait de quatre phénomènes de nature différente : des problèmes vécus sous un mode dramatique (dette publique, déficit commercial, délocalisation de la production), l'hégémonie progressive d'un corpus d'idées néo-libérales et managériales, des réseaux d'experts offrant des solutions toutes prêtes à vendre (Saint-Martin, 1998), et enfin des responsables politiques qui trouvent là une opportunité à exploiter.

Tableau 1: Quelques repères sur la mise en place de réformes dans le cadre de la NGP.

Australie	1983 : Modification de la loi sur le service public. 1987, 1993, 1995 : Lignes directrices sur la conduite officielle des fonctionnaires du Commonwealth. 1990 : Lignes directrices sur l'évaluation de la performance du personnel de la haute direction. 1999 : Loi sur la fonction publique.
Belgique	1994 : Nouveau statut de la fonction publique 1997 : Introduction d'un système d'évaluation du personnel 2000 : Plan de réforme Copernic, intégrant plusieurs aspects sur la gestion du personnel
Canada	1989 : Nouveau manuel de gestion du personnel, Initiative Fonction publique 2000, le livre blanc de la fonction publique 1992 : Loi sur la réforme de la fonction publique
France	1989 : Circulaire du premier ministre sur le renouveau de la fonction publique incluant quelques réformes du personnel.
Allemagne	1989 : Loi modifiant les dispositions de travail pour les fonctionnaires. 1994 : Loi sur la réforme de la fonction publique 1996 : Modifications de la loi relative aux fonctionnaires fédéraux
Italie	1993 et 1997 : Réformes du droit public de l'emploi.
Nouvelle-Zélande	1988 : Loi sur le secteur de l'État 1991 : Loi sur les contrats de travail
Suède	1990 : Modification de la loi sur l'emploi public
Royaume Uni	1992 : Loi sur la fonction publique 1993 : Code de gestion de la fonction Publique ; « Le livre blanc de la gestion publique : continuité et changement » (1994) et « Fonction Publique : faire avancer la continuité et le changement » (1995)
Etats-Unis	1978 : Loi sur la réforme de la fonction publique 1994 : Loi fédérale sur la restructuration du personnel

Source : Auteur adapté de Pollitt et Bouckaert (2004: p.75).

La NGP s'appuie sur des sources théoriques hétérogènes : la sociologie des organisations, la théorie économique de la bureaucratie ou la théorie des choix publics et les modèles de gestion des entreprises de l'époque. La sociologie des organisations représente une part infime des principes régissant la NGP bien que présente. Les auteurs tels que Gouldner (1954), Merton (1957) et Crozier (1963) qui se sont

insurgés dans la décennie précédente contre l'organisation bureaucratique posent certaines bases théoriques à la NGP. Celles-ci reposent sur de nombreuses réflexions autour de la notion de contrôle à l'intérieur des organisations bureaucratique (Merton, 1957 ; Gouldner, 1954) mais aussi la mise en évidence de l'autonomie des personnes, qui détiennent des marges de manœuvre dans ces organisations (Crozier, 1963). La théorie économique de la bureaucratie part d'une critique de l'administration publique. Elle condamne le rôle de l'État dans la vie économique et insiste sur l'offre, l'affirmation de la supériorité du marché. Les idées néo-libéralismes sont le fondement de ce courant de pensées et les chercheurs anglo-saxons tels que Buchanan et Tullock (1962), Buchanan (1968), Downs (1997) s'inscrivent dans ce courant de pensées. Du point de vue de la théorie économique des choix collectifs, la NGP repose sur le postulat que les agents économiques cherchent à maximiser leur utilité. Les théories de l'agence et des coûts de transaction illustrent cela. L'État-providence est donc détourné de ses buts. Dans cette perception de l'administration publique, les agents publics ont besoin de surveillance et de supervision pour limiter les comportements privilégiant leur intérêt personnel, et prévenir ainsi l'inefficacité et la corruption (Robinson, 2015). En l'état, il serait impossible d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services en l'absence d'indicateurs de performance et de mécanismes de marché. Cette idée est également perceptible dans la théorie des choix publics, influençant également la NGP. Les théories du choix public mettent l'accent sur les effets pervers de l'intervention publique et considèrent que la solution aux problèmes sociaux réside plutôt dans le marché. Ce mouvement a pris des formes très différentes d'un pays à l'autre. Dans le cadre de la NGP, la théorie des choix publics, couplée à la théorie de l'agence prétend que l'intérêt personnel individuel entraîne un comportement bureaucratique. La concurrence, la délégation et la performance qu'offrent les mécanismes de marché, permettent de réguler ce comportement bureaucratique et génèrent de meilleurs résultats (Dunleavy et Hood, 2009 ; Manning et McCourt, 2013).

La NGP est née en réaction aux limites de l'ancienne administration publique. Elle s'adapte aux exigences d'une économie de marché compétitive. Elle fait donc référence à une série d'approches novatrices en matière d'administration et de gestion publique (Robinson, 2015). Ce courant se caractérise par un certain nombre de principes, présents dans la littérature en management public.

1.1.2.1 La NGP ou la quête des résultats.

Les partisans de la NGP des trente dernières années misaient sur une plus grande responsabilisation des fonctionnaires, la décentralisation des décisions de gestion, l'innovation organisationnelle, la rapidité des ajustements des prestataires de services publics, l'allègement des procédures et des règles et le leadership collaboratif (Agranoff, 2006). Plusieurs principes renvoient à l'établissement et la mise en place de la NGP. Ces principes varient cependant d'un pays à un autre et d'un auteur à un autre. Hays

et Kearney (1997) identifient huit, Pollitt (1995) en reconnaît cinq, Hood (1995) propose les sept éléments que nous reprenons ici :

- ✓ la décomposition du secteur public en unités stratégiques organisées par produit, « manageables » ;
- ✓ l'introduction d'une compétition entre organisations publiques mais aussi entre organisations publiques et privées ;
- ✓ une plus grande utilisation des techniques managériales issues du secteur privé ;
- ✓ une utilisation des ressources plus disciplinée et parcimonieuse et une recherche active de moyens alternatifs de production à moindre coût ;
- ✓ un mouvement vers un contrôle des organisations publiques par des managers visibles exerçant un pouvoir discrétionnaire ;
- ✓ un mouvement vers l'adoption de standards de performance plus explicites et mesurables (ou plus contrôlables),
- ✓ la mise en avant de la mesure du résultat (notamment en termes de rémunération des performances).

Dans la même perspective, Osborne (2006) mentionne les six éléments suivants comme essentiels dans la NGP :

- ✓ une attention particulière donnée aux leçons de la gestion du secteur privé ;
- ✓ la croissance à la fois de la « gestion » pratique des organisations « indépendantes », où la mise en œuvre des politiques est distancée des décideurs (par opposition aux relations « interpersonnelles ») distanciation de la répartition politique / administrative ;
- ✓ le leadership entrepreneurial au sein des organisations de service public ;
- ✓ le contrôle et d'évaluation des intrants et des extrants et sur la gestion et l'audit des performances ;
- ✓ la désagrégation des services publics par rapport à leurs unités les plus élémentaires et la focalisation sur la gestion des coûts ;
- ✓ la croissance de l'utilisation des marchés, de la concurrence et des contrats pour l'allocation des ressources et la prestation de services dans les services publics.

Plus récemment, Abord de Chatillon et Desmarais (2012) recensent trois composantes majeures dont la recherche de la performance constituerait un dénominateur commun : le managérialisme, la responsabilisation et la contractualisation. Le managérialisme est lié à la recherche d'une maîtrise du coût des actions publiques à travers une réduction considérable des moyens. La recherche de performance est associée à la responsabilisation des acteurs et des structures, qui se caractérise par la création de structures autonomes, redevables de leurs actions et de leurs coûts. La responsabilisation

repose ainsi sur deux éléments principaux : la décentralisation des structures de gestion et l'autonomie relative des acteurs (Desmarais et Jameux, 2001). Être responsable dans ce contexte, n'est plus associé à une autorité sur des personnes mais consiste à s'engager sur des résultats (Desmarais et Jameux, 2001). La recherche de performance engendre également une remise en question des configurations organisationnelles grâce à une forte insertion des organisations publiques dans des réseaux d'acteurs multiples au moyen des partenariats privés. Dans la même idée et en se concentrant sur les valeurs, Park et Joaquin (2012) observent trois catégories de valeurs enclenchées par la NGP :

- ✓ *les valeurs axées sur les performances et les résultats* (ou managérialisme et débureaucratisation),
- ✓ *les valeurs axées sur le marché et le client* (réduction des effectifs, privatisation et décentralisation),
- ✓ *les objectifs et les valeurs axées sur la stratégie* (gestion de la planification stratégique et des effectifs).

Ces principes introduisent de nouvelles mesures dans la gestion des administrations publiques, qui sont les suivantes (Hoggett, 1996) :

- ✓ la séparation entre les fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles de mise en œuvre et d'exécution ;
- ✓ la fragmentation des bureaucraties verticales par création d'unités administratives autonomes (des agences), par décentralisation ou par empowerment de groupes d'utilisateurs ;
- ✓ le recours systématique aux mécanismes de marché (concurrence entre acteurs publics et avec le secteur privé, individualisation des incitations, externalisation de l'offre) ;
- ✓ la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'État et enfin,
- ✓ la mise en place d'une gestion par les résultats, fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation.

Il s'agit ainsi d'assurer une plus grande flexibilité de l'organisation du travail administratif, par opposition aux hiérarchies bureaucratiques, et d'accorder plus de poids aux clients de l'administration (leur satisfaction précisément) (de Visscher et Varone, 2004). La NGP diffuse des valeurs liées à la recherche de performance, et plus particulièrement d'efficacité, au sein des organisations publiques (Chanut et al. 2015), surfant sur la vague opposée à la bureaucratie wébérienne, jugée non efficace. Passer d'une gestion orientée vers les moyens vers une gestion axée sur les résultats souligne la nécessité

de passer d'un service public standardisé à un service personnalisé, tout en concentrant l'attention sur les résultats à atteindre plus que sur l'application des règles à observer.

Ces changements ont pris des formes différentes d'un pays à un autre pour renforcer l'efficacité. Pollitt et Bouckaert (2004) identifient deux groupes de pays aux ambitions et objectifs différents : les « *marketiser* » appliquant les principes de rationalisations radicales et les « *modernisator* », qui continuent à affirmer la suprématie de l'État dans l'action publique. L'Australie, la Nouvelle Zélande et le Royaume Uni, les pays du premier groupe valorisent l'importance des formes et techniques du secteur privé dans le processus de restructuration du secteur public. Tant la Belgique, la France, les Pays Bas, l'Italie et la Suisse, eux mettent encore à l'honneur l'État et son fonctionnement hiérarchique. Ainsi les mesures prises dans le cadre de la NGP peuvent paraître plus hétéroclites que ne le laisse croire cette expression (Bartoli et Blatrix, 2015). Selon les auteurs, la NGP a généré une lutte verbale et instrumentale entre les promoteurs de ces nouveaux idéaux et des opposants à l'introduction des mécanismes de marché dans la sphère publique.

La NGP continue à se diffuser mondialement sous diverses formes hors des pays précurseurs de l'OCDE (Diefenbach, 2009). Par exemple, Manning et McCourt (2013) cités par Robinson (2015) soulignent l'utilisation de chartes de citoyens en Inde, introduites en 1997, dans le contexte de mise en place d'un plan d'action pour un gouvernement efficace et réactif, un exemple d'application de la NGP pour améliorer l'efficacité du gouvernement. Ainsi en 2001, 68 chartes citoyennes ont été formulées par les agences gouvernementales indiennes et 318 au niveau régional.

Dans les administrations publiques, un certain nombre d'indicateurs comptables sont mis en place. Ils donnent lieu à de nouvelles pratiques et façons de faire. Les réformes de modernisation, la généralisation de l'évaluation de l'action publique, les contraintes budgétaires conduisent à la diffusion de pratiques managériales et contribuent à faire émerger de nouveaux modèles organisationnels (Banoun et Rochette, 2017). La NGP a des effets dans le fonctionnement des organisations publiques actuelles.

1.1.2.2 Des effets contrastés dans les organisations publiques.

En se focalisant davantage sur les résultats, la NGP a entraîné d'importants changements dans la philosophie et l'approche du secteur public. On peut citer entre autres, la mise en place de nouvelles pratiques de gestion, la commercialisation et la sous-traitance des services de base aux entreprises privées et aux organisations à but non lucratif, responsables de la mise en œuvre.

Du point de vue des organisations internes, ce modèle de gestion favorise la personnalisation de l'action en établissant l'initiative et la responsabilité individuelle des fonctionnaires en remplacement de la règle. La décentralisation des prises de décisions devient primordiale car les administrations tendent à donner aux échelons subordonnés plus de liberté dans la prise de décisions. En introduisant de nouveaux outils de pilotage, la NGP impacte le fonctionnement des organisations internes, sa gouvernance, la prise de décision stratégique, la gestion comptable et financière et enfin la gestion du personnel. **Le tableau n° 2**, adapté de de Visscher et Varone (2004) résumant les effets de la NGP sur le fonctionnement interne des organisations publiques.

Tableau 2 : Les effets de la NGP dans le fonctionnement interne des organisations publiques.

	Actions	Outils déployés
Gouvernance interne et prise de décisions	Séparer la prise de décision stratégique, qui relève du pouvoir politique, de la gestion opérationnelle, qui est sous la responsabilité de l'administration.	Négociation de contrat de prestations, qui fixent des indicateurs de performance à atteindre dans un délai imparti, entre les autorités politiques (parlement, gouvernement et les responsables des services administratifs).
Gestion comptable et financière	Introduire les mécanismes de type marché dans la production des biens et des services d'intérêt général (y compris en créant des quasi-marchés).	Mise au concours pour la fourniture de certaines prestations (marchés publics), déréglementation des monopoles publics et introduction de bons aux usagers qui choisissent librement leurs fournisseurs
	Créer de la transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives. Utiliser de manière efficiente les ressources publiques.	Calcul et comparaison des coûts grâce à une comptabilité analytique (par groupe de produits administratifs) et comparaison de différents prestataires.
Gestion du personnel	Réduire la hiérarchie, « amincir » les bureaucraties, décentraliser certaines tâches administratives et déléguer la gestion au niveau le plus bas (selon le principe de subsidiarité).	Créations d'agences exécutives et de structures organisationnelles plus flexibles ainsi que déréglementation de certains statuts de la fonction publique en introduisant des mandats individualisés et le salaire au mérite.
	Orienter les activités administratives en fonction des produits à fournir (plutôt que les règles procédurales à suivre, en matière d'affectation des ressources notamment).	Attribution des budgets globaux aux gestionnaires publics qui disposent d'une large marge de manœuvre pour satisfaire à leurs critères de rendement.

Source : Auteur, adapté de de Visscher et Varone (2004: p180).

La sociologie des professions a souligné d'autres effets positifs (Bezes et al. 2011). En observant les groupes professionnels dans la fonction publique, Bezes et al. (2011) constatent que la NGP, en élargissant les compétences de certaines professions tels que les infirmiers, les travailleurs sociaux,

permet une plus grande reconnaissance de ces métiers. Ces professions s'affranchissent de la domination exercée par d'autres, en accédant à des fonctions plus valorisantes dans des emplois d'encadrement intermédiaire, de supervision ou de coordination (Bezes et al., 2011). Toutefois, cette reconnaissance s'apprécierait davantage si ces professionnels bénéficiaient de plus de marges de manœuvres. Les critiques récentes concernant la NGP mettent en évidence le manque d'autonomie et de marges de manœuvre chez certains agents, rentrant en contradiction avec ses principes phares (Crozet et Desmarais, 2005). L'individualisme, la production (la productivité et la performance) la rationalité et le matérialisme (Park et Joaquin, 2012) en sont des exemples. Des valeurs qui sont semblables à celles de la bureaucratie, hormis la notion de productivité.

Le début du 21^{ème} siècle s'accompagne de toute une série de critiques à l'égard de l'introduction de la NGP à l'intérieur des organisations publiques (Reiter et Klenk, 2019). Plusieurs reproches lui sont adressés. Du point de vue des citoyens, la NGP a également été critiquée pour l'altération de la qualité des services publics et l'augmentation des inégalités sociales (Fountain, 2001). Elle s'est concentrée sur la question de la performance des administrations au détriment de la relation entre le citoyen et la communauté, les valeurs démocratiques et le service public (Perry, 1996). Du point de vue des dirigeants politiques, elle a accentué leur contrôle hiérarchique (Pollitt, 2011), générant chez eux, davantage de pressions (Robinson, 2015). D'autres travaux remettent en cause le fait que les agences gouvernementales soient intrinsèquement moins efficaces que les entreprises privées dans l'exécution des services publics (Boyne, 1998; Lowery, 1998 ; Savas et Savas, 1999 ; Sclar, 2001). Du point de vue du fonctionnement interne, le modèle de marché a modifié les processus de sélection et les systèmes d'incitation, ce qui a eu une incidence négative sur les attitudes et la performance des employés (Moynihan et al. 2008a). Concernant les fonctionnaires, des critiques font état aujourd'hui d'une perte de la finalité de l'action publique, axée traditionnellement sur la neutralité ou encore l'égalité de traitements, au profit de dimensions économiques et financières. Elles soulignent des conséquences négatives sur la qualité du service public et les conditions de travail dans le secteur public (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). La question des effets sur la santé au travail est traitée dans la littérature portant sur les conséquences négatives associées à la NGP (Pollitt, 2001). Dans ce contexte de nombreux chercheurs remettent en cause l'efficacité réelle des dispositifs mis en place (Boyne, 2003; Diefenbach, 2009). L'amélioration de l'efficacité de l'action administrative est fréquemment contestée et la performance sociale est controversée.

Ainsi, il semblerait que la NGP n'a pas rempli sa promesse centrale d'efficacité (Boyne et Gould-Williams, 2003). L'une des critiques les plus importantes concerne l'importance accordée à la production et à l'efficacité, ce qui amène à négliger l'importance d'autres valeurs publiques comme

l'équité et les valeurs démocratiques (Reiter et Klenk, 2019). De plus, un monde économique et social de plus en plus incertain (déficits budgétaires, catastrophes naturelles, terrorisme...) a augmenté le besoin de contrôle, allant ainsi à l'encontre de la philosophie de la NGP, de l'autonomie et de la responsabilisation. En réaction à la philosophie de la NGP, de nouvelles conceptions de la gestion dans les administrations publiques émergent au début du 21^{ème} siècle. Elles s'appuient sur les valeurs de développement organisationnel (Denhardt et Denhardt, 2003 ; Frederickson et Smith, 2003).

1.1.3.L'apparition de modèles alternatifs : la NGoP et l'ANGP.

Face aux problèmes rencontrés avec l'ancienne administration publique et les nouvelles approches de gestion publique, un certain nombre de théoriciens ont développé de nouvelles conceptualisations de la gestion publique qui s'écartent des schémas précédents. Il y a une tendance croissante à considérer que la NGP est « morte » et à revendiquer l'apparition d'une nouvelle tendance de réforme, appelée « post-NMP » (Reiter et Klenk, 2019) et de nouvelles formes de gouvernances « la NGoP » (Osborne, 2006). Ces nouvelles approches ne forment pas encore un paradigme cohérent. Elles ont des cadres de référence variés, mais des points communs sont identifiables. Ils les distinguent des traditions antérieures et fournissent la base d'une alternative cohérente (Robinson, 2015). Ici, nous nous concentrons sur deux nouveaux modèles de gestion des organisations publiques, qui apparaissent dans la littérature en management public : la NGoP et l'ANGP.

1.1.3.1 La NGoP ou la prise en compte du citoyen.

À la fin du 21^{ème} siècle, de vigoureux débats autour des façons d'améliorer les résultats de l'action publique, l'efficacité et l'efficience des systèmes de gouvernance publique ont émergé (Facal et Mazouz, 2013). Une nouvelle ère de gestion publique voit le jour, réunit sous le courant de la NGoP (Osborne, 2006). L'approche de la NGoP proposée par Osborne (2006, 2009) adopte un point de départ très différent des deux anciennes traditions de gestion publique. Elle tente de promouvoir le bien public en complément de la seule recherche d'efficience en mettant en évidence des espaces de confrontation entre les valeurs traditionnelles et les valeurs marchandes. Elle place les citoyens plutôt que le gouvernement au centre de son cadre de référence. La centralité des citoyens en tant que coproducteurs de politique et de prestation de services distingue fondamentalement l'approche de la NGoP d'approches statistiques associées à une vision considérée comme dépassée de l'administration publique et des mécanismes de marché (Robinson, 2015).

Dans la NGoP, l'État est pluriel car la prestation de services publics est assurée par de multiples acteurs interdépendants et pluralistes. De multiples processus et contributions façonnent l'élaboration des politiques (Robinson, 2015). Le gouvernement est traité comme un acteur aux côtés d'autres acteurs

engagés dans la délivrance de la prestation de services et n'est plus supposé être la force unique ou prédominante qui façonne la politique publique et sa mise en œuvre (Weber et Khademian, 2008). Ainsi, l'approche de la NGoP met-elle l'accent sur les relations inter-organisationnelles et la gouvernance des processus, dans lesquelles la confiance, le capital relationnel et les contrats relationnels servent de mécanismes de gouvernance de base, plutôt que de forme et de fonctions organisationnelles (Osborne, 2006). En réalité, la NGoP ne représente pas un corpus théorique homogène. Il existe plusieurs courants distincts qui, par leurs principes d'intégration du citoyen dans la chose publique, mettent l'accent sur les mécanismes de gouvernance essentiels (Robinson, 2015).

1.1.3.2 L'ANGP à la jonction entre la performance et l'éthique.

Ce qui est qualifié d'ANGP constitue une réponse aux dysfonctionnements de la NGP, dont l'origine théorique est commune aux travaux de Chester Barnard (1938), (McGregor, 1960) et les humanistes organisationnels tels que Roethlisberger et Dickson (1939). Dans son ouvrage « *The Functions of executive* », Chester Barnard s'intéresse aux comportements coopératifs dans les organisations formelles. En questionnant sa propre fonction de cadre dans une entreprise américaine, il met en évidence plusieurs mécanismes essentiels, influençant le développement des organisations et leur efficacité : la spécialisation, les incitations financières ou non, l'autorité, les décisions et les phénomènes d'opportuniste. Cet auteur fut l'un des premiers à admettre l'importance du fonctionnement informel au sein des organisations formelles, de telle sorte que l'organisation informelle contribuerait à créer les conditions par lesquelles, l'organisation formelle se développe. C'est en ce sens, que les idées de Barnard (1938) rejoignent celles de Roethlisberger et Dickson (1939) des auteurs qui se sont intéressés largement au fonctionnement informel et leurs effets dans les organisations.

L'introduction de l'ANGP s'est également accompagnée de réformes. Des réformes qui poursuivent l'antithèse des approches des sciences sociales basées sur la post-rationalité. Ces réformes partagent des perspectives communes avec l'humanisme organisationnel, l'administration publique postmoderne, les valeurs de développement organisationnel et même l'ancienne notion de nouvelle administration publique (Park et Joaquin, 2012). Cette nouvelle approche de gestion dans les administrations publiques souligne ainsi les limites du rationnel et des modèles de choix publics (Barley et Kunda, 1992). Elle expose les contradictions internes du mouvement de la NGP dans les organismes publics (Fox, 1996). Les réformes mises en œuvre dans le cadre de l'ANGP visent soit à atténuer les conséquences négatives de la NGP, comme la fragmentation accrue ou le contrôle politique insuffisant des agents de l'État, soit à remplacer ces réformes antérieures (Reiter et Klenk, 2019). Autour de ces réformes apparaissent des éléments tels que l'amélioration de la coordination, le renforcement des capacités de pilotage du centre politique ou politico-administratif, l'amélioration des capacités de gestion des réseaux des gestionnaires

publics ainsi que le renforcement de la réactivité et de l'imputabilité démocratique des organisations du secteur public (Christensen et Lægreid, 2007 ; Lodge et Gill, 2011).

L'approche de l'ANGP est observable dans plusieurs institutions publiques au sein des pays de l'OCDE mais aussi des pays n'en faisant pas partie (pays africains et asiatiques). C'est ce que démontre l'étude de Reiter et Klenk (2019) qui fait un état des lieux de la littérature portant sur l'ANGP, en distinguant les multiples acceptations autour de cette approche. En analysant 84 articles publiés dans des revues classées entre 2000 et 2016, ces auteurs soulignent que cette nouvelle forme de gestion des organisations publiques s'applique à différents secteurs tels que les transports, les infrastructures, la santé et les services aux aînés, bien qu'elle revêt une importance particulière pour le secteur des services sociaux (Reiter et Klenk, 2019). Cela est dû au fait que dans ce secteur, une attention particulière est portée aux normes professionnelles, à la coopération/coordination et à des valeurs comme la participation des utilisateurs et des parties prenantes, qui sont très importantes pour ce secteur (Wollmann et al. 2016). L'ANGP détient plusieurs caractéristiques et ainsi prend plusieurs formes dans les travaux en management public.

Dans le cadre de la gouvernance publique (organisation territoriale et fonctionnelle), l'ANGP opte pour une (re)centralisation sur la dimension verticale et l'intégration fonctionnelle dans le partage et la prise de décisions (Zafra-Gómez et al., 2013 ; Egeberg et Trondal, 2016). La recentralisation et l'intégration fonctionnelle sont considérées comme des alternatives aux idées classiques de « décentralisation structurelle » et de « spécialisation verticale » propres au NGP (Christensen et Lægreid, 2011b). Cette intégration fonctionnelle se manifeste également à l'extérieur des organisations publiques à travers l'établissement de partenariats au moyen de contrats ou de réseaux inclusifs qui stimulent la coopération entre les agences ou des unités sectorielles différentes et entre des organisations publiques et des organisations privées (Egeberg et Trondal, 2016). Il s'agit à travers cette recentralisation de favoriser ainsi la coordination entre les administrations publiques, leurs agents et les organisations privées. La coordination est une caractéristique phare de l'ANGP.

L'approche de l'ANGP permet également d'éclairer sur la nature de la relation entre la sphère administrative et la sphère politique et la manière de coordonner les deux univers. Des univers qui ont été impactés avec les réformes de la NGP. Avec la privatisation des services publics et la fragmentation fonctionnelle, les politiciens et les hauts fonctionnaires ont été privés de leur capacité à contrôler le personnel. Dans cette perspective, l'approche de l'ANGP permet au centre politique de reprendre le contrôle de l'action administrative (Reiter et Klenk, 2019). Les réformes introduites dans ce cadre permettent de réimposer un contrôle hiérarchique des politiciens sur les fonctionnaires en tant

qu'élément des réformes de l'ANGP (Christensen et Lægreid, 2011a) en vue d'améliorer la communication entre les sphères et entre les niveaux et pour combler les lacunes des relations purement commerciales (Addicott et al. 2007). L'ANGP cherche des moyens d'accroître la liberté individuelle tout en créant un climat ouvert de résolution de problèmes à travers l'organisation (Denhardt et Denhardt, 2003).

De nombreuses recherches en management public lient cette approche de gestion des organisations publiques avec les valeurs publiques (Bryson et al. 2014). Cette question des valeurs publiques est floue, tant elle prend diverses formes d'un gouvernement à un autre, d'une recherche à une autre. Ainsi, il n'y a pas de vision cohérente en ce qui concerne les valeurs publiques types dans les réformes de l'ANGP (Reiter et Klenk, 2019). Certains auteurs perçoivent l'ANGP comme un concept qui encourage les « valeurs constitutionnelles » (Bumgarner et Newswander, 2012) telles que l'égalité de traitement de tous les citoyens devant la loi. Alors que d'autres parlent des valeurs éthiques, comme des conditions de travail ou sociales équitables, comme la solidarité (Park et Joaquin, 2012). Dans cette dernière perspective, l'ANGP suscite des attentes pour une meilleure qualité de vie au travail dans les organisations et d'autres grands changements sociaux. Les futures formes de gouvernance, associant plus les usagers et les personnels nécessitent de dépasser la dichotomie entre les valeurs d'efficacité et les valeurs plus normatives, afin de résoudre efficacement les nouveaux problèmes de l'administration publique (Park et Joaquin, 2012). Il s'agit ainsi de promouvoir les valeurs et les normes culturelles collectives au sein des administrations publiques, en insistant sur le fait que les gens sont dans « un même bateau culturel », car ils ont un héritage culturel commun et un avenir (Christensen et Fan, 2018). La prise en compte de ces valeurs pourrait favoriser la motivation des agents, nombreux à ressentir une perte de sens, portant encore les stigmates de la NGP. Ainsi au niveau de l'organisation interne des administrations, l'ANGP prône la motivation des agents en les incitant à focaliser leur attention sur les valeurs et autres mécanismes qui régissent les comportements et la performance dans leurs administrations. La question de la motivation des agents publics a donné lieu à une littérature volumineuse visant à expliquer en quoi les récompenses et les sanctions ont une influence déterminante sur la motivation et, en retour, sur la performance organisationnelle (Robinson, 2015).

La question de la performance des administrations publiques est aussi traitée dans les recherches actuelles sur l'ANGP, plus précisément celle de l'évaluation de cette performance. Les critères traditionnels mis en œuvre et adoptés dans le cadre de la NGP tels que l'efficacité, les économies, l'efficacité et l'élaboration des politiques et la qualité des services, sont présents dans les réformes de l'ANGP. Ces derniers demeurent les principaux critères d'évaluation de la performance administrative dans le modèle de l'ANGP (Bumgarner et Newswander, 2012), bien qu'apparaissent d'autres critères

tels que l'imputabilité (Reiter et Klenk, 2019). Ce dernier concept soulève de nombreuses controverses dans les travaux de recherche en management public. Des controverses sont visibles dans la distinction entre imputabilité « politique » et celle « administrative » (Byrkjeflot et al. 2014). L'imputabilité politique souligne le point de vue des usagers en tant que citoyen. L'imputabilité administrative est liée à l'action de rendre compte d'un subordonné vis-à-vis de son supérieur hiérarchique en ce qui concerne l'exécution des tâches (Byrkjeflot et al. 2014). Ainsi, ce dernier s'intéresse au point de vue des gestionnaires des services publics. De plus, le débat portant sur les conséquences de l'ANGP sur l'imputabilité n'est pas encore résolu (Reiter et Klenk, 2019). Certains auteurs souligneraient que l'ANGP pourrait réduire l'imputabilité du management public (Christensen et Læg Reid, 2007).

L'approche de l'ANGP balaye une pluralité de concepts, allant de la gouvernance démocratique à la performance en passant par les valeurs publiques dans les travaux de recherche en management public. Lorsqu'elle s'intéresse aux questions de gouvernance et la place du citoyen à l'intérieur des administrations publiques, elle devient similaire à celle de la NGoP. De plus, les travaux portant sur l'ANGP mettent en exergue l'idée selon laquelle les réformes mises en œuvre contribuent à renforcer les droits démocratiques des usagers des services publics (Reiter et Klenk, 2019). L'ANGP s'est imposée comme la nouvelle référence en matière de gestion publique en mettant en évidence les carences et les limites aux travers des expériences négatives et insatisfaisantes à l'égard du modèle de la NGP (Kolltveit, 2015). L'ANGP est considéré non seulement comme le modèle qui succède à la période de la NGP, mais aussi comme un « schéma d'amélioration » de la NGP, parfois même comme un « modèle anti-NGP » (Reiter et Klenk, 2019). Loin d'être stabilisé comme modèles de gestion, l'ANGP et la NGoP indiquent toutefois une crise de modèle de gestion publique (Reiter et Klenk, 2019) en clamant comme de nombreuses recherches la mort de la NGP. Et ce malgré le fait que les réformes de l'ANGP ont été combinées avec des caractéristiques de la NGP (Christensen et Læg Reid, 2008). De nombreux travaux de recherches en management public interrogent les dynamiques existantes entre la NGP et l'ANGP dans les systèmes politico-administratifs occidentaux (Christensen et Fan, 2018). Par exemple Christensen et Fan (2018) se sont intéressés à l'introduction successive des mesures de NGP et par la suite d'ANGP au sein des administrations chinoises. Ils ont identifié comment ces réformes se manifestent et leurs caractéristiques communes.

Le tableau n° 3 résume les modèles de gestions qui se succèdent dans les organisations publiques et leurs principes fondamentaux.

Tableau 3 : Les modèles de gestion et leurs principes.

	Bureaucratie	NGP	NGoP	ANGP
Principes fondamentaux	L'État, acteur central définit le fonctionnement des administrations. Il fournit les moyens, fixe les lois et règles par le biais des décrets.	Perte de la suprématie de l'État et introduction des mécanismes de marché à travers les notions d'efficacité et de performance des administrations publiques. Incitation à l'ouverture des administrations aux partenariats avec des entreprises privées.	Promotion du bien public et intégration du citoyen (ses besoins) dans la prise de décisions en vue de favoriser l'efficacité et la performance des administrations.	Promotion de la gouvernance (intégration d'une diversité des parties prenantes dans la prise de décision), des valeurs publiques en complément de la performance.

Source : Auteur.

Les changements opérés à l'intérieur des organisations publiques (du modèle bureaucratique à ANGP, en passant par la NGP et l'approche de la NGoP) ont redéfini les contours du métier de fonctionnaire. Dans la plupart des cas, ses missions ont été élargies, générant de nouvelles aptitudes à acquérir, dont celles managériales, pour mieux tenir son rôle. Nous assistons donc à une transformation de la gestion des ressources humaines, qui se rapproche massivement des organisations privées, alors même que les organisations publiques répondent à d'autres mécanismes de gestion à travers les critères de grade ou d'échelons par exemple. Nous nous proposons dans la partie suivante d'interroger ce que recouvre désormais la figure du fonctionnaire ainsi que les différents rôles qu'il doit appréhender.

II. Le fonctionnaire : une notion évolutive.

Nous ne pouvons poursuivre notre développement sans nous arrêter un moment sur le terme de « fonctionnaire » et son emploi public. Dans le contexte français, les premières traces du fonctionnaire remontent à la seconde moitié du 18^{ème} siècle. Pratiquement tous élus au suffrage censitaire (vote réservé aux personnes qui s'acquittaient d'un impôt) sous la Révolution française, les fonctionnaires ne désignaient qu'une partie du personnel administratif, par opposition au mot « employé » (Bihan, 2008). Les fonctionnaires étaient donc considérés comme des agents de la souveraineté. Dans l'acception révolutionnaire, le fonctionnaire est un délégué de la Nation dont l'honorabilité doit être garantie (Aubin, 2015). Il est celui qui exerce une fonction par ordre du gouvernement, sur sa nomination et qui en est le

salarié (Aubin, 2015). Sous le régime de Napoléon, une nouvelle conception du fonctionnaire émerge, lui conférant un pouvoir exécutif. Dans la seconde moitié du 18^{ème} siècle le mot fonctionnaire en vient à désigner, selon la Grande Encyclopédie du 19^{ème} siècle, « *toutes les personnes qui sont chargées d'assurer la marche des services publics* ». Aujourd'hui, sont fonctionnaires au sens de la loi, les personnes « *qui régies par les dispositions du titre 1^{er} du Statut général, ont été nommées dans un emploi permanent à temps complet et titularisées dans un grade de la hiérarchie de l'administration de l'État, des services extérieurs en dépendant ou des établissements publics de l'État* » (art. 2 du titre II du Statut général). La FPF est hiérarchisée et le fonctionnaire, est discipliné et au service de l'intérêt général (Aubin, 2015). L'approche du fonctionnaire n'est pas homogène en Europe. C'est ainsi que nous proposons dans les paragraphes qui suivent de présenter les conditions d'emploi dans le secteur public ainsi que l'image du fonctionnaire au sein de quatre pays européens.

2.1. Le fonctionnariat : un tour d'horizon européen.

Dans la continuité des travaux menés par Emery et Giauque (2005) sur la modernisation des administrations publiques en Europe, Huguée et al. (2015)⁴ dressent une cartographie du fonctionnement de l'administration au sein de quatre pays européens : l'Allemagne, la Grande-Bretagne, la Suède et la France. En nous focalisant uniquement sur les fonctionnaires statutaires, nous trouvons des disparités entre ces pays. La fonction publique allemande, dont le statut émerge au 18^{ème} siècle, est plus ancienne que celle de France et remonte à l'État Prussien. Les fonctionnaires allemands sont au service de l'État et sont tenus au devoir de neutralité et de loyauté envers la Constitution, ils ne peuvent pas faire grève mais bénéficient d'un emploi garanti à vie (Huguée et al. 2015). En Suède, 31% de la population active occupent un emploi dans le secteur public (Huguée et al. 2015) mais seulement 1% de ces travailleurs a le statut de fonctionnaire (Demke, 2005). Contrairement à la France, le concours n'est pas le mode de recrutement majoritaire. La fonction publique en Grande Bretagne se conçoit comme une instance de médiation entre les intérêts des différents groupes sociaux (Knill, 2001) s'écartant d'une machine administrative au service de l'État. En 2003, les fonctionnaires statutaires britanniques étaient encore 1,7 millions, ce qui représentait environ 40 % de l'emploi dans le secteur public (Demke et Bossaert, 2005). Suite à l'absence de statut unique de la fonction publique, les modalités de recrutement et d'avancement correspondent à un système d'emploi et non de carrière contrairement à la France et à l'Allemagne. Les civils servants (fonctionnaires statutaires) ne représentent que 10% de l'emploi dans

⁴ Les auteurs se sont concentrés sur deux types d'agents : les fonctionnaires statutaires et les agents dont l'emploi remplit des fonctions d'intérêt public. Les premiers se définissent par deux critères : l'exercice de pouvoirs conférés par le droit public et la responsabilité de défendre l'intérêt général de l'État ou de la société civile (Demke, 2004). Les seconds représentent ceux qui assurent des missions de service public et ne bénéficient pas d'un statut garanti à vie selon les auteurs.

le secteur public, soit approximativement 550 000 agents (Demke et Bossaert, 2005). L'administration est organisée en deux niveaux : le gouvernement central qui comprend les ministères et les forces armées, et le gouvernement local qui englobe l'enseignement, les services sociaux et la police. Les civils servants peuvent être démis de leur fonction sur décision politique mais leur carrière est relativement protégée par le législateur qui leur a octroyé des droits spécifiques (Hugrée et al. 2015).

En somme, bien que s'appuyant sur des régimes juridiques différenciés, le salariat public des pays européens s'est constitué en dehors des règles du marché du travail, notamment sur le principe d'une plus grande sécurité des emplois – envisagée d'abord comme une protection vis-à-vis des responsables politiques à la tête des administrations – et d'un système de rémunération en fonction du statut et de la qualification des agents et non des richesses qu'ils produisent ou du travail qu'ils accomplissent (Weber, 1921). Toutefois, ce salarié public dans l'ensemble des pays étudiés par les auteurs tend de plus en plus à se rapprocher des entreprises privées du point de vue des conditions d'emploi et des rémunérations, la modernisation des administrations publiques n'est pas étrangère à ce renversement de tendance. Le constat est clairement souligné en ce qui concerne les conditions d'emploi des agents publics en Grande Bretagne, en Suède et en Allemagne, qui se rapprochent des modèles d'embauche du privé à tel point que le mode d'emploi public tend à disparaître. Seule la France opte encore pour une gestion mixte de ces agents publics non-titulaires. La gestion publique des ressources humaines *stricto sensu* tire ses lettres de noblesse à l'intérieur des pays étudiés. Après avoir dressé un portrait succinct de l'emploi public, nous nous focalisons davantage sur le cas français, qui présente des particularités non négligeables étant au cœur de notre recherche.

2.2. Le fonctionnaire français et la modernisation des administrations publiques.

La conception de la FPF plonge ses racines dans l'histoire institutionnelle et politique. Au départ, autoritaire sous le Consulat et l'Empire, la fonction publique va se libérer au fil des régimes politiques à travers l'octroi de règles protectrices pour les fonctionnaires (Aubin, 2015). Toutefois, le concept de fonction publique apparaît dans le jargon juridique au début du 20^{ème} siècle. La FPF, comme en Suède, en Grande Bretagne et en Allemagne se caractérise par une diversité de personnels. Nous y retrouvons des fonctionnaires statutaires, qui sont des agents nommés sur un emploi permanent, titularisés dans un grade de la fonction publique et placés dans une situation légale réglementaire. Ils se distinguent des personnes élues, des vacataires, des contractuels (de droit public et de droit privé) et des stagiaires (Aubin, 2015). Le secteur public français comprend des agents publics non titulaires assimilés à des fonctionnaires car ayant vocation à le devenir (stagiaires) ou qui sont désireux de le devenir (auxiliaires). À l'instar d'autres pays dits de « tradition napoléonienne » (Ongaro, 2008), l'administration française se caractérise, entre autres, par une forte centralisation, un haut degré d'autonomie vis-à-vis de la société

civile, et la prégnance d'une culture juridique dans la formation et la pensée des fonctionnaires (Dreyfus, 2000).

2.2.1. Une fonction publique obéissant à des critères de gestion spécifiques.

Au 31 décembre 2017, la FPF employait 5,66 millions de salariés (INSEE⁵, 2018), répartis au sein des trois fonctions publiques suivantes : fonction publique d'État (FPE), fonction publique territoriale (FPT) et fonction publique hospitalière (FPH). On observe une baisse des effectifs par rapport à l'année 2016. **Le tableau n° 4** recense les effectifs au sein de chaque fonction publique, les métiers faisant référence ainsi que les domaines concernés.

Tableau 4 : L'emploi dans la FPF.

	FPE	FPT	FPH
Socle juridique	Décret n°94-874 du 7 octobre 1994	Décret n°92 du 4 novembre 1992	Décret n° 97-487 du 12 mai 1997
Effectifs en millions au 31 décembre 2017	2,5049	1,9700	1,1898
Catégorie d'emplois	261 métiers repartis en 26 domaines fonctionnels.	280 métiers différents et plusieurs filières correspondant à différents secteurs d'activité (administrative, technique, médico-sociale, animation, culturelle, sportive, sapeur-pompiers, police municipale).	Différentes filières (soignante, de rééducation, médicotechnique, administrative, technique, ouvrière et socio-éducative).
Périmètre d'action	Éducation nationale, Économie, Finances et Intérieur Équipement et logement, Agriculture Défense Travail et Emploi Deux entités : les services centraux et les services extérieurs.	Collectivités territoriales (communes, départements, régions), des structures intercommunales (communautés d'agglomération, de communes, métropoles) et des établissements publics locaux (Offices HLM...)	Hôpitaux publics, maisons de retraites publiques, les établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, les établissements publics pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés ; les centres d'hébergement et de réadaptation sociale publics ou à caractère public.

Source : Auteur.

⁵ Données provisoires sorties en décembre 2018, ne prenant en compte que les postes principaux des agents au 31 décembre 2017.

La FPE représente 46% des effectifs de la fonction publique (Zarka, 2017). Entre 2007 et 2012, les effectifs étaient en baisse suite à la suppression des emplois, ayant suivi le non remplacement d'un fonctionnaire sur deux, allant à la retraite. En 2017, la FPE rassemble le plus d'agents du public par rapport aux autres fonctions publiques (2,5 millions contre 1,9 millions et 1,18 millions pour respectivement la FPT et la FPH). Les effectifs sont quasiment stables en 2017 après une hausse de 1% en 2016. Selon le Répertoire Interministériel des Métiers de l'État (2010), elle regroupe 261 métiers, repartis au sein de 26 domaines fonctionnels. Les agents de la FPE travaillent au sein des administrations centrales et des services déconcentrés de l'État. Les administrations centrales ou services centraux coordonnent les actions des ministères et définissent les grandes orientations. Les services déconcentrés sont désignés par les unités territoriales, directions régionales ou départementales présentes au niveau local. Ils déploient sur l'échelon local, la stratégie nationale.

La FPT est la plus ancienne FPF (décret du 4 Novembre 1992). Ses effectifs sont en baisse depuis 2016. La baisse de l'emploi amorcée en 2016 se poursuit au même rythme (-0,4 %) (INSEE, 2018). La FPT embauche environ 34% des agents publics, repartis au sein de 280 métiers différents. On y identifie plusieurs filières métiers correspondants à différents secteurs d'activité (administrative, technique, médico-sociale, animation, culturelle, sportive, sapeur-pompiers, police municipale...). Par exemple, la filière administrative est regroupée au niveau de quatre cadres d'emplois, à savoir les administrateurs, les attachés, les rédacteurs et les adjoints administratifs territoriaux. Ce paysage de la France décentralisée, instaurée dans les années 1980 est aujourd'hui en pleine reconfiguration. La clause de compétence générale est mise en cause par des réformes en cours visant à la fois à simplifier « le millefeuille territorial » (Bartoli et Blatrix, 2015) et diminuer le nombre de collectivités. La loi NOTRE est l'exemple typique. Promulguée en 2015, elle a recomposé les régions à travers une fusion. Elle redéfinit clairement de nouvelles compétences des régions et des collectivités territoriales depuis 2016.

La FPH est la plus jeune des trois fonctions publiques et embauchait plus d'un million d'agents en décembre 2017. En 2017, les effectifs se sont stabilisés, après un ralentissement les années précédentes (Le Goff et Friez, 2018). On identifie différentes filières (soignante, de rééducation, médico-technique, administrative, technique et ouvrière, socio-éducative). La filière soignante représente environ 70 % des effectifs. Le personnel médical (médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes), qui dispose d'un statut spécifique, ne relève pas de la FPH.

Ce sont les statuts particuliers (FPE, FPT et FPH) qui fixent la hiérarchie des grades dans chaque cadre d'emploi ou corps, le nombre d'échelons dans chaque grade, les règles spécifiques d'avancement

d'échelon et de promotion au grade supérieur. Les grades et classes sont subdivisés en échelons, qui correspondent à différents niveaux de rémunération et permettent de moduler l'avancement en fonction de l'ancienneté et de la valeur des fonctionnaires. Étant hiérarchisée, la FPF est organisée selon le système de la carrière, opposé au système de l'emploi. Dans le premier système, le fonctionnaire est recruté dans un corps dans lequel il va progresser et faire carrière. Ce dernier « *peut ou doit parfois, changer d'emploi tout en conservant son grade et sans subir de conséquences sur le déroulement de sa carrière* » (Pêcheur, 2013). Le grade est le titre qui « *confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent* » (art. 12, L. n° 83-634, 13 juill. 1983). Si le fonctionnaire est titulaire de son grade, il n'est pas détenteur de son emploi, qui demeure à la disposition de l'administration et qui correspond au poste de travail auquel il est affecté. « *En cas de suppression d'emploi, le fonctionnaire est affecté dans un nouvel emploi dans les conditions prévues par les dispositions statutaires régissant la fonction publique à laquelle il appartient* » (art. 12, L. n° 83-634, 13 juill. 1983). Dans le système de l'emploi, qui est le modèle anglo-saxon, l'agent est en revanche recruté pour un poste déterminé, et n'a pas vocation à faire carrière au sein de la fonction publique (Zarka, 2017). Le système de carrière repose sur une distinction entre le grade et l'emploi. L'emploi n'est pas défini dans les textes relatifs à la fonction publique, même si celui-ci est très invoqué dans la gestion des ressources humaines publiques et particulièrement dans la FPT avec l'expression « cadre d'emploi ». La notion d'emploi fait référence à la fois à une fonction administrative ou financière, la notion d'emploi. Elle prend une nouvelle forme avec la loi LOLF (2006). Celle-ci l'assimile à une mesure d'effectifs à travers l'expression « *l'emploi équivalent temps plein travaillé* » (ETPT). Ainsi, la France reste emblématique d'une fonction publique de carrière qui se caractérise par la centralité du concours et la garantie d'un emploi à vie (Hugrée et al. 2015). En plus du grade, le corps est un élément structurant essentiel dans la carrière des fonctionnaires publics français.

2.2.2. Le corps : un autre élément de gestion pertinent.

La gestion de la carrière au moyen du corps est issue de la période révolutionnaire au moment où Napoléon réorganise la fonction publique. Le but est de mettre en place des administrations pyramidales, soumises à un pouvoir hiérarchique central fort. La FPE, la plus ancienne a donc été divisée en corps, avec des statuts particuliers, ayant pour but de rassembler les fonctionnaires soumis au même statut et, issus du même grade. La FPF est ainsi constituée de corps (fonction publique d'État et hospitalière, ville de Paris) ou de cadres d'emplois (FPT). Le corps représente une structure juridique d'accueil et de gestion des fonctionnaires. Chaque corps ou cadre d'emplois est divisé en grades comportant un certain nombre d'échelons. Les corps sont eux-mêmes classés en trois grandes catégories hiérarchiques correspondant à divers métiers. Les catégories ont été créées en 1946 mais intégrées explicitement dans le statut général seulement par la loi du 20 avril 2016. Identifiées au nombre de trois (A, B et C), les

catégories hiérarchiques sont accessibles par concours. Les fonctionnaires intégrés dans des corps ou des cadres d'emplois sont classés dans l'une des trois catégories dont l'existence reflète, d'une part, la nature des fonctions et des responsabilités du poste occupé par le fonctionnaire et, d'autre part, le niveau de qualification et de compétences (Aubin, 2015).

2.2.2.1. Des catégories ne reflétant pas les niveaux d'encadrement.

La catégorie A, composée des grands corps de la fonction publique, rassemble les fonctions de conception, de direction et d'encadrement. Le recrutement s'effectue à partir du niveau de second cycle d'enseignement supérieur ; allant du Bac + 3 au Bac + 5 selon les fonctions exercées. C'est le cas du corps des attachés, administrateurs et enseignants. Une dynamique de « *mastérisation* » s'est développée ces dernières années, rehaussant par exemple les exigences des concours externes dans l'Éducation nationale, ou les études liées à la profession d'infirmière (que leur statut particulier place désormais en catégorie A (Aubin, 2015). Il existe une catégorie A + (ou A supérieure) comprenant les agents de l'État ou des corps ayant vocation à pourvoir aux emplois de direction et l'encadrement supérieur, non mentionné dans le statut général. Cette catégorie représente environ 58 500 agents tels que les Professeurs d'Université, les magistrats ou encore les commissaires de police.

La catégorie B, exige le Baccalauréat. Elle exige aussi un diplôme sanctionnant une formation après le Baccalauréat telle qu'un diplôme de fin de 1er cycle d'enseignement supérieur (diplôme d'État d'infirmier, d'assistant de service social, BTS ou DUT). Elle recense les fonctions d'application et de rédaction. Elle correspond à des fonctions d'encadrement intermédiaire. Dans la fonction publique, il s'agit par exemple de cadres moyens, disposant d'une certaine prise d'initiative comme les corps d'emploi des contrôleurs des impôts, des Douanes ou du Trésor. La catégorie B a été réformée par plusieurs décrets (décrets du 11 et 15 Novembre 2009, décret du 16 février 2012) qui fixent un nouveau cadre statutaire et indiciaire. Le décret de 2012 consistait en la fusion de deux corps d'emplois : celui d'une part des techniciens des services culturels et des Bâtiments et d'autre part, des vérificateurs des monuments historiques afin de les faire entrer dans le cadre de la réforme sur le Nouvel Espace Statutaire⁶ au sein des trois fonctions publiques. Enfin, la catégorie C désigne les fonctions d'exécution spécialisées et non spécialisées. Le recrutement s'y fait aux niveaux CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) ou BEP (Brevet d'Étude Professionnelle), bien qu'on constate, ces dernières années, une évolution favorable au recrutement sans concours des agents classés dans la dernière catégorie qui requiert une qualification professionnelle (Aubin, 2015). Nous résumons les différentes catégories présentes dans la FPF et leurs niveaux de recrutement dans **le tableau n°5**.

Tableau 5 : Les catégories de la fonction publique et leurs niveaux de recrutement.

	Niveau de recrutement	Type d'emplois/fonctions	Exemples
A+/ A supérieure	3ème cycle universitaire, Diplômes de l'ENA	Emplois de direction et/ou encadrement supérieur	Grands corps de la fonction publique
A	2nd cycle universitaire : de Bac + 3 à Bac + 5	Direction, conception et d'encadrement	Corps des attachés, administrateurs et enseignants
B	1 ^{er} cycle universitaire : de Bac à Bac +2	Application et rédaction	Corps d'emploi des contrôleurs des impôts, des douanes ou du Trésor
C	CAP, BEP ou expérience professionnelle	Exécution (spécialisée ou non spécialisée)	Corps des Agents Territoriaux Spécialisés en École Maternelle (ATSEM).

Source : Auteur.

Ces catégories permettent d'élaborer un système unique de rémunération : dans chaque catégorie, les rémunérations doivent se situer entre un minimum et un maximum (Colin, 2018). Toutefois définissant des niveaux de responsabilité, les trois catégories ne renvoient pas à la notion d'encadrement. La responsabilité de conception (corps de catégorie A) ne renvoie pas nécessairement à l'encadrement, et inversement, l'exécution (corps de catégorie C) à l'absence d'encadrement (Kletz et Lenay, 2008).

2.2.2.2. Des corps s'opposant à la vision managériale des administrations actuelles.

Les corps jusqu'à présent avaient pour objectif l'établissement d'une culture singulière propre à l'univers public, à travers la promulgation des valeurs spécifiques aux agents tels que la continuité, l'adaptation, la neutralité. Tout comme le statut, ils ont longtemps reflété l'identité même de l'agent public. Aujourd'hui, l'introduction des valeurs marchandes au sein des administrations publiques, remet en cause la gestion des carrières des agents et l'organisation en corps. Elle conduit à la mise en place d'automatismes dans la gestion des agents (dans l'avancement), qui ne peuvent bénéficier d'une individualisation réelle de leur gestion. Cela contribue à leur démotivation (Colin, 2018).

D'un atout, le corps est devenu, avec le temps, une contrainte rigidifiant la gestion des personnels empêchant par exemple la mobilité interne (Colin, 2018). Dans ce contexte, au sein de la FPE, en raison d'un nombre très élevé de corps (plus de 1100 corps), un programme de fusion de corps a été mis en place. Cela permet d'ouvrir les carrières et faciliter la gestion individuelle des agents, indépendamment des statuts. Les fusions reposent sur trois axes complémentaires : la fusion et la réduction de corps à faibles effectifs ; la fusion de corps d'un même périmètre ministériel et la proposition d'une approche

« métier », proche de l'approche par compétences dans les organisations privées. L'approche métier valorisée, pourrait permettre de fournir des éléments de réponse à la nature du travail des agents. Celle-ci est largement occultée du fait des mécanismes (corps, catégories...) de gestion du personnel instaurés dans la FPF.

En effet, les grades, les corps et ses catégories ainsi que les échelons n'informent pas suffisamment sur la nature du travail des agents, ce qui ne manque pas de générer de nombreuses difficultés pour gérer les recrutements, la mobilité, les négociations budgétaires (chartes d'objectifs), la « gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des carrières » (GPEEC) (Kletz et Lenay, 2008). Dans ce contexte, il est difficile de situer le travail à la fois de l'encadrement dans la fonction publique. Il est, comme les autres emplois du secteur public, dans une zone d'ombre de la connaissance questionnant le recrutement, leur formation. Il est lui-même confronté à l'insuffisance des appareils de gestion de son administration d'appartenance pour l'aider dans la gestion de ses propres équipes, ou, comme on le verra par la suite, pour appréhender son propre rôle (Kletz et Lenay, 2008). Ceux-ci font le constat de cette difficulté au sein du ministère de la culture. Il y est difficile de connaître le contenu des fonctions d'encadrement exercées, pour les emplois de catégorie C, tels que chef d'équipe chez les agents d'accueil et de surveillance, ou ceux de catégories B, voire A, tels que chef d'atelier pour les métiers d'art. Au ministère de la culture par exemple, les différents acteurs en charge des ressources humaines avouent ne pas disposer d'une connaissance satisfaisante des activités réalisées par les agents (Kletz et Lenay, 2008). Au niveau local, lorsque la connaissance existe, il n'existe aucun moyen de la formaliser afin qu'elle soit utile à d'autres niveaux (Kletz et Lenay, 2008).

De plus avec la modernisation des administrations publiques françaises, la gestion publique de l'emploi est soumise à des injonctions qui s'accommodent mal du faible niveau de connaissance des activités concrètement réalisées et des compétences déployées : le développement des plans de « gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des carrières », la réforme de la notation des agents, la professionnalisation de la gestion du personnel (Kletz et Lenay, 2008). La gestion traditionnelle du personnel dans la FPF est structurée en deux axes :

- (1) une gestion individuelle centrée essentiellement sur l'enregistrement et la formalisation des événements marquant la carrière des agents ;
- (2) une gestion collective, reposant sur des dispositifs de gestion paritaire, centrée sur les corps et, de ce fait, organisée autour de catégories administrativement définies.

Aujourd'hui, l'enjeu majeur dans les organisations publiques serait de faire évoluer la gestion des ressources humaines à l'heure des transformations de ce secteur (Noguera et Lartigau, 2009). L'image

du fonctionnaire, dévoué à l'État s'est estompée au fil des mutations. De nouveaux rôles et compétences lui sont attribués.

2.3. Du bureaucrate au cadre public : de nouveaux rôles.

L'approche traditionnelle de l'administration publique reposait sur une approche descendante et élitiste dans laquelle les fonctionnaires sont éduqués à des valeurs de hiérarchie, d'indépendance et d'intégrité. Ils sont à l'abri des politiciens et des citoyens (Robinson, 2015). À l'intérieur des organisations bureaucratiques deux catégories de fonctionnaires y étaient clairement présentes : les fonctionnaires supérieurs et les fonctionnaires subalternes. Les premiers avaient pour mission la mise en conformité du budget et des actions, et servaient de courroie de transmission entre l'État et les opérateurs. Les seconds, les employés avaient la mission de mise en œuvre des actions au sein du service. L'encadrement n'est pas clairement défini dans le modèle bureaucratique. Des bribes de cet encadrement public apparaissent sous le modèle de la NGP suite à l'introduction de nouveaux outils. Cela implique le déploiement d'une ligne d'encadrants, utile pour le contrôle et le suivi (Crozet et Desmarais, 2005). Cet encadrement nécessite une recomposition des rôles que doivent assumer les fonctionnaires.

2.3.1. Pluralité de modèles et reconfiguration des rôles.

Desmarais (2002) en comparant les modèles traditionnels et managériaux, identifie trois rôles principaux : un rôle d'expert, un rôle de gestionnaire et un rôle managérial et leurs évolutions à travers les deux modèles de gestion de la fonction publique : le modèle traditionnel et le mode managérial, représentant la NGP. Le rôle d'expert se traduit par une expertise individuelle centrale. Un rôle qui évolue vers celui de gestionnaire, à travers une mission d'organisation et d'allocation des ressources entre les différents services. Le rôle managérial consiste en la mise en œuvre des processus de gestion que sont la finalisation, l'animation et le contrôle des actions et des moyens alloués. Ces rôles prennent des formes différentes d'un modèle de gestion public à un autre :

- ✓ *dans la gestion bureaucratique* ; le rôle d'expert représente l'expertise pour laquelle, le fonctionnaire a été recruté, en lien donc avec son grade et son corps d'appartenance. En évoluant vers un rôle de gestionnaire, le fonctionnaire prend la responsabilité de la centralisation des décisions à l'intérieur des services autonomes. En endossant le rôle managérial, le fonctionnaire exécute les objectifs reçus et contrôle les budgets, tout en ayant des fonctions faibles en ce qui concerne l'animation et le commandement des équipes. Ils disposent des marges de manœuvre faibles en termes de ressources et moyens pour superviser avec efficacité leurs équipes ;
- ✓ *dans la NGP* ; le rôle d'expert individuel, prend une dimension plus collective. Les encadrants obtiennent plus d'autonomie et des marges de manœuvre. Le rôle de gestionnaire

se caractérise à la fois par une responsabilisation dans la gestion financière et des ressources humaines mais aussi une décentralisation des décisions. Dans le rôle managérial, le fonctionnaire devenu manager, acquiert des capacités de transformation du service. Ce dernier met en place un processus de co-construction des objectifs et instaure un management participatif. Ce rôle managérial dans la NGP est également observable dans les autres modèles de la gestion des organisations publiques, à savoir la NGoP et l'ANGP.

Lorsqu'apparaissent les modèles de la NGoP et de l'ANGP, nous assistons déjà à une transformation du fonctionnaire vers celui de manager public. La NGP a posé les bases de cette transformation radicale. Désormais devenu manager, le fonctionnaire dans les deux derniers modèles répond aux mêmes prérogatives que celui de la NGP, hormis le fait qu'il doit endosser un ultime rôle celui de leader ou de stratège (Maltais et Mazouz, 2004). En effet, avec les transformations actuelles au sein des administrations publiques (réformes, réductions de budgets, gels des emplois), le gestionnaire public a le devoir de stratège et doit faire preuve de leadership pour remonter les défis. Les deux modèles de gestion précités engendrent de nouvelles façons de concevoir la gestion dans les organisations publiques, s'éloignant du modèle bureaucratique et conciliable avec la NGP, à condition d'y intégrer de nouvelles valeurs telles que l'éthique et le respect aussi bien des citoyens que des fonctionnaires. Le défi pour l'encadrant sera de faire accepter ce discours aux agents et aux citoyens, plus habitués à une vision traditionnelle de leur administration. Ainsi, nous proposons d'adosser un nouveau rôle à la classification de Desmarais (2002), rôle de leader-stratège. Nous résumons les différents rôles endossés par le fonctionnaire au fil des modèles de gestion identifiés ainsi que leurs caractéristiques phares dans le **tableau n°6**. Le rôle de leader-stratège est celui vers lequel tend les fonctionnaires publics actuels, endossant des fonctions managériales et positionnés précisément en encadrement intermédiaire. Ces derniers, exerçant leurs fonctions soit au sein d'une petite unité, soit d'un service ou d'une direction, doivent user de stratégie pour faire accepter le changement à leurs équipes. D'une part, ils sont en perpétuelle négociation de ressources et moyens avec leur hiérarchie. D'autre part, ils doivent concevoir les outils de contrôles des budgets, les faire accepter aux équipes supervisées, tout en les formant à leur opérationnalisation. C'est une véritable opération de gymnastique intellectuelle à laquelle ils se livrent.

Tableau 6 : Les différents rôles du fonctionnaire et leurs caractéristiques.

	Expert	Gestionnaire	Manager	Leader-stratège
Définition	Le fonctionnaire se définit par son grade et son corps d'appartenance, tels que mentionnés lors de son recrutement.	Le gestionnaire est un fonctionnaire public monté en grade qui a en charge d'une équipe.	Le manager est un gestionnaire public qui est responsable de plusieurs équipes au sein de services autonomes	Le leader/stratège est un manager public détenant les capacités stratégiques pour faire accepter le changement à l'intérieur de l'organisation.
Missions	Exécution des tâches et missions définies lors de son recrutement	Organisation et allocation des ressources	Finalisation, animation, contrôle des actions et des moyens	Négociation des ressources et des moyens Conception des outils de contrôle Formation et supervision des équipes. Responsabilisation des services
Périmètre d'action	Une unité	Un service	Une direction	Une unité Un service Une direction

Source : Auteur, adapté de Desmarais (2002).

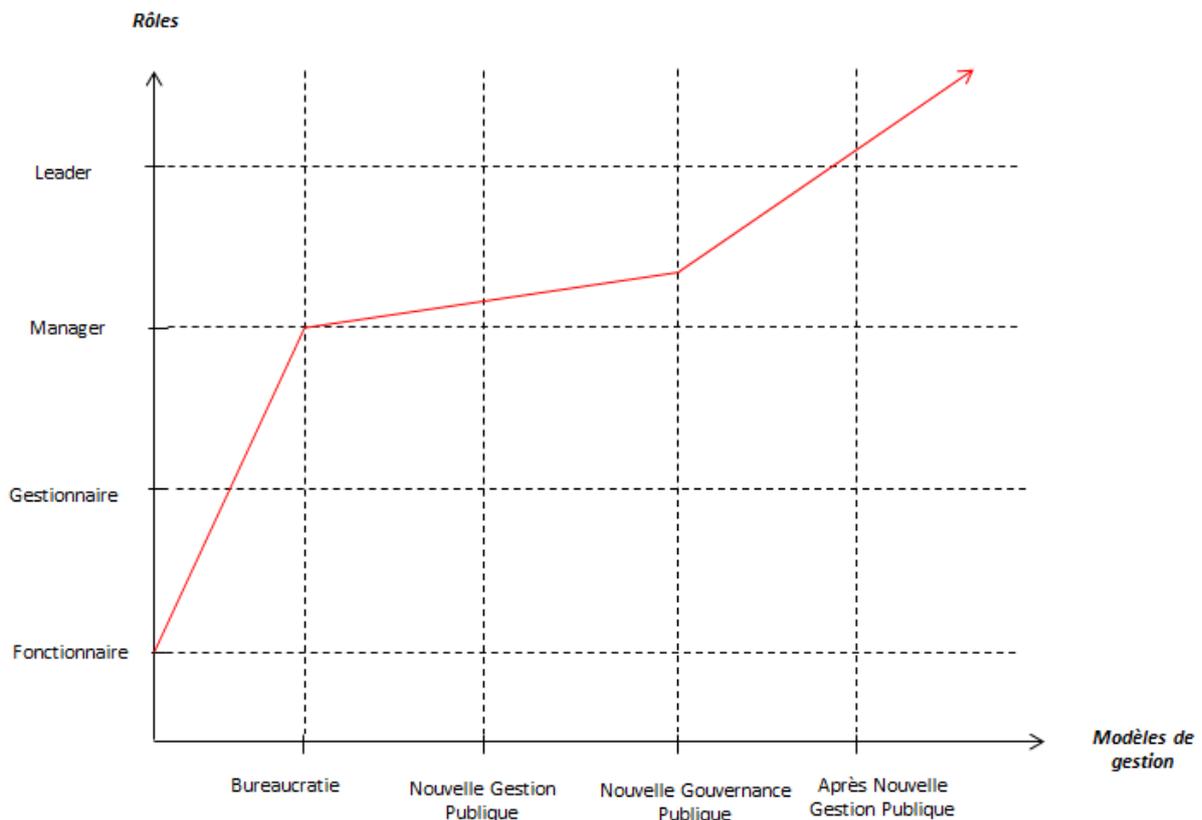
En somme, deux orientations fortes sous-tendent ainsi l'évolution prescriptive des rôles des cadres publics :

- 1) la responsabilisation avec l'objectif d'une gestion publique davantage centrée sur les résultats,
- 2) la logique participative renforce le rôle de communication et d'interface du cadre entre supérieurs et collaborateurs, et vis-à-vis de l'utilisateur (Alis et Fergelot, 2012).

La figure n°1, adaptée de Desmarais (2002) se propose de résumer les différentes étapes de transformation des rôles du fonctionnaire au fil des différents modèles de gestion introduits dans les administrations publiques. Sous le modèle de la bureaucratie (modèle 1), nous assistons à l'émergence de l'agent public ou du fonctionnaire. Ce dernier migre progressivement vers la fonction de gestionnaire puis manager vers la fin de la bureaucratie, période où cette dernière est contestée du fait de son fonctionnement rigide et la nécessité de contrôles des ressources et des moyens. C'est dans ce contexte qu'apparaît la NGP (modèle 2) où la priorité est donnée à la performance et l'efficacité des services et le besoin de contrôler les résultats. D'où l'importance d'introduire des dimensions gestionnaire et managériale aux missions du fonctionnaire, qui transforment son environnement de travail. Une quête à la performance imposée par la hiérarchie et subit par les managers, qui sont chargés d'accompagner le changement, en contexte de transformations de leurs organisations publiques. Une diversité de rôles apparaît autour du manager public dont celui de traduction des directives venant de la hiérarchie aux agents, dont il encadre les missions. Des directives parfois contradictoires qu'il doit faire accepter à son équipe. C'est en ce

sens, que ce manager évolue vers un rôle de leader dans les modèles alternatifs de gestion (modèle 3) des organisations publiques : la NGoP et l'ANGP. Dans ces modèles plus récents, il doit faire preuve d'agilité pour faire accepter les opinions des diverses parties prenantes.

Figure 1: Du fonctionnaire à l'encadrant public sous les trois modèles de gestion.



Source : Auteur, adapté de Desmarais (2002).

Ces nouveaux rôles exigent des fonctionnaires l'acquisition de nouvelles aptitudes et compétences. Elles s'éloignent du fonctionnaire bureaucrate et se rapprochent des compétences requises pour un emploi dans le secteur privé.

2.3.2. Le fonctionnaire public au cœur de compétences managériales

Suite aux réformes dans le cadre de la NGP, (Laforte et Godin, 2001) dressent un éventail de nouvelles compétences dont doivent s'acquitter les fonctionnaires, devenus managers. Leur analyse qui porte sur quatre pays de l'OCDE - l'Australie, le Canada, le Royaume Uni et la France – identifie les réformes les plus marquantes au sein de ces pays, et l'impact de celles-ci sur le fonctionnaire, en termes de valeurs acquises ou à acquérir.

En Australie, le « *Public Service Act* » promulgué en 1999, énonce les valeurs nouvelles de la fonction publique et trace de cette manière, le profil que le gouvernement veut voir adopter par ses fonctionnaires. Ces derniers incluent les cadres et les directeurs d'agences. Il est demandé aux fonctionnaires australiens d'intégrer les six valeurs suivantes :

- (1) le professionnalisme, l'intégrité et l'ouverture aux minorités ; par le biais d'une fonction publique non politique, impartiale, exempte de discrimination et basée sur le mérite ;
- (2) l'éthique et la valorisation personnelle ;
- (3) le sens de la responsabilité des fonctionnaires, responsables de leur action devant le gouvernement, le Parlement et le public australien ;
- (4) le leadership car les fonctionnaires doivent faire face d'un leadership élevé ;
- (5) le partenariat en incitant les fonctionnaires à développer des relations de partenariat dans le milieu du travail à travers la communication, la consultation, la coopération et l'écoute de leurs collègues, enfin,
- (6) la performance, étant donné l'accent qui est mis sur l'atteinte des résultats et une gestion performante.

Dans le contexte Canadien, c'est à travers les réformes « *la Relève* » (1997) et « *Initiative Fonction Publique* » (2000) qu'apparaissent la culture gestionnaire dans la fonction publique, impactant les fonctionnaires canadiens. A ces derniers, il est demandé un panel de compétences, connaissances et de qualités. En effet, ces réformes impliquent pour les fonctionnaires, non seulement une nouvelle interprétation de leurs environnements de travail et des capacités à anticiper les événements futurs mais aussi des compétences en gestion (organisation des plannings, travail et animation d'équipe et coopération) et des compétences en relations humaines (entretenir des bons rapports avec les citoyens, les responsables hiérarchiques et les collègues). En termes de connaissances, il s'agit d'acquérir des connaissances sur l'environnement institutionnel, juridique et administratif de la fonction publique canadienne. Enfin, le fonctionnaire canadien devra savoir résister au stress et respecter les valeurs et l'éthique publique afin de traiter de manière égale et équitable les citoyens et les collègues.

Au Royaume-Uni, cinq caractéristiques déterminent le nouveau profil du cadre dans l'administration publique britannique : le leadership, la communication, la polyvalence, la diversité et une prise en compte des valeurs publiques. Le leadership se caractérise par la faculté du gestionnaire public à donner non seulement une orientation, avoir un impact personnel sur l'organisation, à obtenir le meilleur des employés, tout étant en situation d'apprentissage et d'amélioration. La communication consiste en la capacité du manager à paraître en public et répondre de sa gestion devant les médias et/ou les comités auxquels il est convoqué. La polyvalence se traduit par l'habileté avec laquelle le gestionnaire agira dans

des contextes particuliers car ce dernier doit être préparé pour faire face aux environnements différents de celui de la fonction publique, lors des partenariats avec les entreprises privées par exemple. La diversité implique une meilleure répartition de la population à l'intérieur des services publics. Enfin, les valeurs signifient pour le fonctionnaire britannique d'œuvrer avec intégrité et impartialité, fournir au public des produits et services de qualité et faire preuve de leadership et de responsabilité. Ces caractéristiques sont exprimées dans les documents du *Cabinet Office*, et découlent d'objectifs à atteindre pour le *Civil Service Reform* (Laforte et Godin, 2001).

De la *Charte des Services publics* (1996) à la *Loi LOLF* (2006) en passant par la création du *CIRE* (Comité Interministériel pour la Réforme de l'État) en 1998, toutes les grandes réformes introduites dans le contexte français avaient pour axes principaux de rapprocher l'État du Citoyen et par la même occasion, de rendre l'État plus efficace. Les chantiers de modernisation qui ont suivi portaient donc sur la simplification administrative, l'amélioration des services de proximité, la facilité de l'accès des citoyens à l'administration via les Technologies de l'Information, la rénovation de la gestion des ressources humaines, la responsabilisation des services opérationnels (Laforte et Godin, 2001). En ce qui concerne la transformation de la gestion des ressources humaines, elle se fait sur deux niveaux : celui de la formation et des compétences. La formation des fonctionnaires, plus précisément des cadres dirigeants – « l'élite des hauts fonctionnaires » se construit au niveau de l'École Nationale d'Administration (ENA) et de l'École Polytechnique avec la possibilité d'accéder à des cursus de formation présents dans des universités ou écoles privées. En ce qui concerne les compétences, l'État français mise sur des compétences intellectuelles et administratives pour favoriser le développement de l'initiative et la prise de responsabilités chez les fonctionnaires. **Le tableau n°7** recense les nouvelles attentes chez les fonctionnaires après les réformes de la NGP axées principalement sur la modernisation dans la gestion du personnel en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et en France.

Tableau 7 : Les attentes à l'égard des fonctionnaires dans les quatre pays.

	Lois impactant les rôles du fonctionnaire	Nouvelles attentes vis-à-vis du fonctionnaire
Australie	Loi sur la fonction publique ou « Public Service Act (1999).	-Professionnalisme, intégrité et ouverture aux minorités -Éthique et valorisation personnelle -Sens de la responsabilité -Leadership -Partenariat -Performance
Canada	La Relève, lancée (1997) L'Initiative Fonction publique (2000)	Les compétences intellectuelles Les compétences en gestion Les compétences en relations humaines Les qualités personnelles et les connaissances

(Suite Tableau n°7)

	Lois impactant les rôles du fonctionnaire	Nouvelles attentes vis-à-vis du fonctionnaire
Royaume-Uni	Civil Service Reform (1996)	Leadership Communication Polyvalence Diversité Valeurs
France	Charte des Services publics (1996) CIRE (1998) LOFL (2006)	La formation Les compétences intellectuelles et administratives

Source : Auteur, adapté de Laforte et Godin (2001).

Les transformations des organisations publiques s'accompagnent d'une reconfiguration du rôle du fonctionnaire, devenu gestionnaire public, tout en lui imposant de nouvelles compétences. Ainsi, la gestion du personnel dans le contexte des organisations publiques se complexifie, à tel point qu'il devient difficile au manager public d'identifier son rôle et de servir ces nouvelles attentes (Desmarais, 2003). Ces mutations engendrent une nouvelle façon de gérer les hommes dans les organisations publiques, et l'idée d'une gestion des ressources humaines plus moderne, adaptée aux spécificités de ces organisations, se confirme davantage. De nombreux travaux en management public (Bonnenfant et al. 2011; Winicki, 2006 ; Noguera et Lartigau, 2009 ; Dumas et Ruiller, 2013 ; Lamrani, 2016), à l'instar de ceux portés par (Kletz et Lenay, 2008) énoncent une nouvelle approche des ressources humaines à l'intérieur des organisations publiques. Celle-ci est basée sur une démarche métier dans la gestion de ses agents, plus précisément de ses encadrants publics, en vue de s'accorder avec la démarche de la gestion par les compétences, prisée dans les organisations privées. La conception statutaire de la FPF ne permet guère de rendre compte de la nature et des enjeux propres aux activités d'encadrement (Kletz et Lenay, 2008), impulsées suite aux réformes de la NGP. Ces auteurs, participant à la mise en œuvre d'une démarche métier à l'intérieur du ministère français de la culture. Ils identifient les activités liées à l'encadrement, observent que ce ministère, comme toutes les organisations publiques est au milieu du gué. L'encadrement se trouve dans une position centrale pour faciliter la démarche métier mais aussi pour procéder à un équilibrage entre la logique statutaire et la logique métier.

En outre, cette NGP a permis de mettre en lumière de façon précise des échelons de fonctionnaires à l'intérieur des administrations publiques françaises. Un échelon intermédiaire d'encadrant public trouve sa place bien qu'il soit difficile de le caractériser du point de vue des catégories de la fonction publique (A, B et C). Comme énoncé plus haut, ces catégories précisent les niveaux de responsabilités, mais ne reflètent pas pour autant des niveaux d'encadrement. Cela complexifie l'identification du cadre intermédiaire dans les organisations publiques, les différents rôles qu'ils doivent jouer lors des transformations en cours ainsi que la nature même de leur activité. Cet encadrement intermédiaire voit également son rôle se transformer avec le passage d'un modèle de gestion à un autre. Ces cadres

intermédiaires, composés d'anciens fonctionnaires, ne sont pas en marge des démarches de responsabilisation et d'autonomie. Ils se trouvent à l'interface entre la hiérarchie et les subordonnés. Ils doivent se soumettre comme tout encadrant au rôle de traduction pour améliorer le fonctionnement des services. Ils sont ainsi invités à transformer radicalement leurs rôles et leurs comportements bien qu'il soit difficile pour eux d'endosser ces nouveaux rôles (Crozet et Desmarais, 2005).

2.4. L'encadrement intermédiaire dans la FPF : un échelon complexe.

La notion d'« encadrant ou cadre intermédiaire » relève *a priori* davantage du vocabulaire de l'administration que de celui des sciences sociales (Barrier et al. 2015). Dans les sciences sociales, l'expression « cadre » est le produit historique de luttes visant à constituer un groupe statutaire et à imposer une représentation du monde social (Boltanski, 1982 ; Gadéa, 2013). Dans le contexte des organisations publiques, « *la catégorie de cadres représente l'ensemble des agents qui supervisent et/ou organisent le travail d'autres agents* » (Wolff, 2005 : p.72). En ne retenant que le seul critère de coordination du travail d'autres agents par une supervision directement et/ou en structurant des règles, cette définition a le mérite de ne pas exclure de cette fonction, les agents situés à des niveaux statutaires élevés ne remplissant pas – ou peu – de responsabilités de supervision directe de subordonnés. Le terme « intermédiaire » poursuit la même identité symbolique que l'expression « cadre ». Il a également été mobilisé dans des débats autour de la construction, de l'assignation et de la reconnaissance de statuts sociaux (Barrier et al. 2015). Ce terme renvoie à ce qui se situe entre deux objets, personnes ou groupes et qui assure une liaison ou une transition entre ceux-ci. L'intermédialité tend souvent à être appréhendée « en creux » ou sur le registre du « ni-ni » (Barrier et al. 2015).

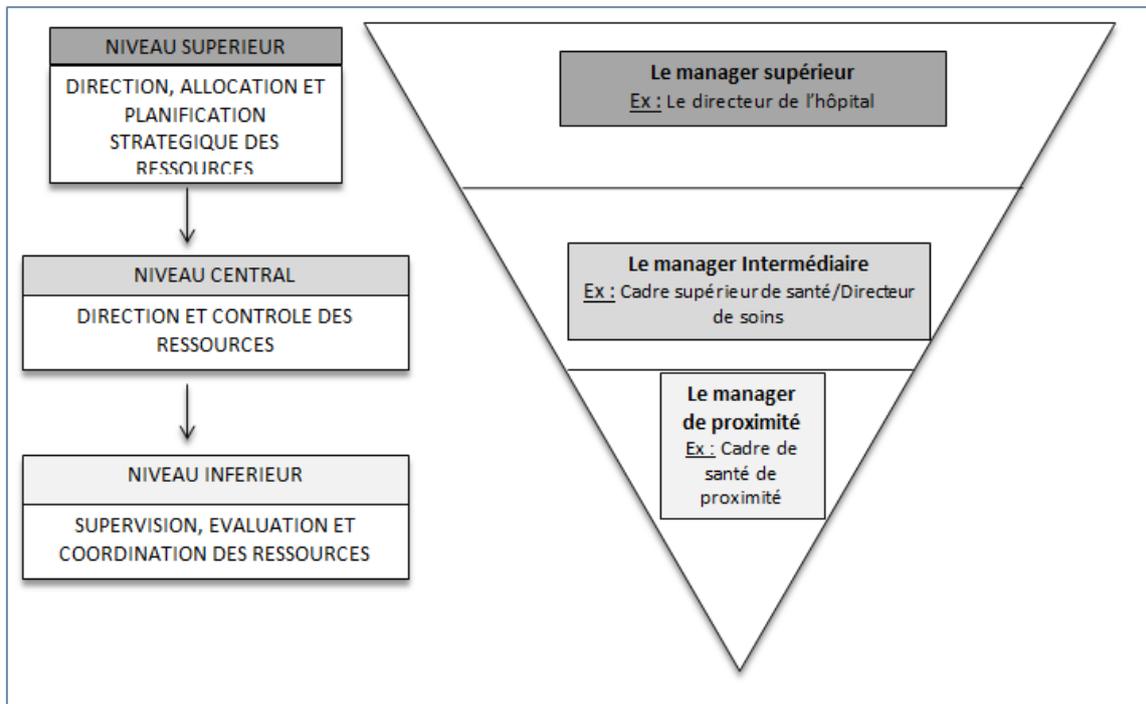
Dans le contexte des organisations publiques, ces cadres intermédiaires sont présentés comme les moteurs du changement. En effet, ils sont capables de traduire des orientations politico-administratives de portée générale dans des règles, des outils, des plans d'action, des routines ou des schémas organisationnels particuliers. Ceux-ci sont destinés à structurer et réguler le travail des professionnels de première ligne (Barrier et al. 2015). Dans un contexte de changement, il est indispensable, d'écouter le retour d'informations des échelons intermédiaires non pour bloquer les évolutions, mais pour les utiliser comme une ressource indispensable au pilotage (Ford et Ford, 2009). Ces échelons intermédiaires sont au cœur des opérations. Ils peuvent concevoir et mettre en œuvre de nouvelles idées et de nouveaux modes d'organisation et contribuer au développement de leurs organisations. Les cadres intermédiaires prennent en charge tout un ensemble d'activités, qui véhiculent des valeurs et des représentations. Ils diffusent des normes destinées à réguler les fonctionnements et les comportements du milieu administratif (Barrier et al. 2015). Ces agents en raison de leur position hiérarchique exercent des responsabilités et le rôle qui leur est prescrit. Ils peuplent les « terres du milieu » des hiérarchies

administratives (Bihan, 2008b). Ils sont amenés à donner du sens, à mettre en forme et à stabiliser des procédures et des règles dans un contexte incertain, marqué par de multiples réformes.

Toutefois, la catégorie des cadres intermédiaires n'est pas une population homogène. Au niveau inférieur de cette catégorie, nous retrouvons l'encadrement dit « de proximité ». L'encadrement de proximité désigne des agents exerçant des fonctions de supervision d'une équipe de travailleurs de première ligne, dont ils planifient, coordonnent et évaluent les activités (Barrier et al. 2015). Tel est le cas par exemple des cadres de santé hospitaliers (Gadéa, 2013) ou des receveurs de postes (Bezes et Join-Lambert, 2010). Au-dessus de l'encadrement de proximité, nous retrouvons le « cœur » de la catégorie de cadres intermédiaires. Celle-ci est représentée par des agents prenant en charge des tâches de coordination un peu plus étendues. Ils peuvent même diriger un service ou une structure au sein d'une entité administrative plus vaste. Les directeurs de service des collectivités territoriales (Gardon et Verdier, 2015) ou les responsables d'agences locales de Pôle emploi (Pillon, 2014) en font partie. À cet échelon, plusieurs fonctions sont identifiées telles que les managers opérationnels, qui sont directement inscrits dans une ligne de commandement hiérarchique et des cadres dits « fonctionnels » ou des services de support, comme les ressources humaines, les finances et la comptabilité, le contrôle de gestion ou encore les systèmes d'information (Barrier et al. 2015). L'encadrement supérieur est composé, des hauts fonctionnaires, plus largement des « *élites programmatiques* » des politiques publiques (Genieys, 2008), qui exercent une influence forte sur l'élaboration des orientations et des objectifs des politiques publiques. C'est le cœur stratégique de la fonction publique. Caractérisés par leur proximité avec le pouvoir politique, ces derniers disposent d'un pouvoir d'initiative et des marges de manœuvre étendues. Ils injectent leurs propres préférences dans le design des règles constitutives, des instruments et des architectures globales de l'administration (Bezes, 2005). La limite haute de la catégorie de cadre intermédiaire nous semble atteinte au niveau de la direction de structures organisationnelles dotées d'une certaine autonomie d'action et de décision (comme les collectivités territoriales, les opérateurs de l'État, les établissements publics administratifs ou bien les services déconcentrés de l'État) (Barrier et al. 2015).

La figure n° 2, résume les strates hautes qui bornent l'encadrement intermédiaire dans la fonction publique ainsi que les fonctions liées. Le niveau supérieur, représenté par le manager supérieur est destiné à la direction, l'allocation et la planification stratégique des ressources de l'organisation ou du service. Le niveau central représente le manager intermédiaire, cœur de l'encadrement intermédiaire. Ce dernier a en charge la direction du service et le contrôle des ressources allouées par le manager supérieur. Le manager de proximité apparaît au niveau inférieur. Ce dernier est en charge de la supervision, l'évaluation et la coordination des ressources humaines, financières et techniques.

Figure 2 : Les strates supérieures et inférieures entourant l'encadrement intermédiaire.



Source : Auteur, adapté de Barrier et al. (2015).

Ces caractéristiques de l'encadrement intermédiaire sont présentes dans les trois fonctions publiques françaises (FPE, FPT et FPH) mais avec des spécificités en termes de dénomination et de mission. Nous proposons dans les points suivants de préciser les spécificités de l'encadrement intermédiaire à l'intérieur de chacune des fonctions publiques françaises.

2.4.1. Les managers intermédiaires dans la FPE.

C'est au 1^{er} Janvier 2006 par le biais de la LOLF que la FPE opère un virage managérial radical en ce qui concerne ses agents. Deux axes forts soutenaient cette loi visant l'administration centrale de l'État : la réforme du cadre de la gestion publique, orientée vers le résultat et la recherche d'efficacité, et le renforcement de la transparence des informations comptables et budgétaires. La LOLF induit une évolution du métier du manager public de telle sorte que les grands programmes publics ne sont plus « administrés », mais « gérés » (Bonnenfant et al. 2011). Les gestionnaires doivent s'engager sur des objectifs, rendre compte des résultats obtenus, et proposer des axes d'amélioration (Bonnenfant et al. 2011). En 2007, la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) relaie les intentions de la LOLF. Les politiques menées ont pour but de s'adapter aux besoins des citoyens et ainsi de valoriser le potentiel humain et financier de l'administration pour plus de flexibilité. La RGPP intensifie le métier et le rôle

de manager public. En effet, les responsables de l'action publique sont à présent comptables, au sens anglo-saxon du terme (*accountability*), c'est-à-dire tenus de rendre compte du bon fonctionnement de leurs missions et d'en assumer la responsabilité opérationnelle (Bonnenfant et al. 2011).

En 2011, la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique élabore un référentiel de formation relative aux fonctions managériales transverses du cadre intermédiaire. Elle clarifie les fonctions et le rôle de l'encadrement au sein de cette administration. Il s'agit à travers ce référentiel de présenter les thèmes de formation et les objectifs associés en vue d'acquérir ou de développer les compétences propres à l'exercice des fonctions managériales transverses pour le cadre intermédiaire dans la FPE. Ce document en rassemblant les activités et compétences liées à la fonction d'encadrement intermédiaire, fournit des informations sur le contenu des fonctions managériales. Le référentiel identifie également trois échelons d'encadrement dans la FPE : un niveau stratégique, un niveau fonctionnel ou intermédiaire et un niveau opérationnel ou de proximité.

Le premier niveau est représenté par un manager stratégique, dont la mission est d'assister et conseiller les autorités politiques et institutionnelles dans la définition et le déploiement des politiques publiques. Ce manager définit la stratégie et les orientations selon les objectifs fixés en mettant en cohérence les différentes composantes et en gérant les ressources allouées. À la tête du second niveau, dit fonctionnel ou intermédiaire, le référentiel identifie le manager intermédiaire. Il est placé sous la direction du manager stratégique, conçoit, met en œuvre, contrôle et évalue les plans d'action en fonction des objectifs fixés. Il dirige les services de son périmètre de compétences. Il encadre une équipe de managers opérationnels. Le manager intermédiaire participe également à la définition de la stratégie du secteur où il est affilié. Le manager opérationnel ou de proximité constitue le dernier niveau. Il est placé sous la responsabilité du manager intermédiaire. Il organise, contrôle et évalue la réalisation et la qualité du travail d'une équipe d'agents. Le manager opérationnel pilote les processus administratifs et techniques pris en charge par l'équipe pour atteindre des objectifs opérationnels. Il assure un encadrement dit de proximité.

2.4.2. Les managers intermédiaires territoriaux.

Les collectivités locales qui forment en majorité la FPT ont connu plusieurs mouvements. Ceux-ci inscrivent la gestion et le management au centre de leurs stratégies et préoccupations (Dupuis, 2015). Ce dernier identifie trois mouvements de *managérialisme* dans les collectivités territoriales. Le premier

mouvement est introduit avec les lois de décentralisation de 1982⁷ et 1983⁸. Il se manifeste par l'introduction des outils de gestion du privé pour gérer les communes comme des entreprises privées. Le deuxième mouvement en lien avec la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, vise à la fois les mairies et les conseils généraux. Il s'attache à améliorer la délivrance des prestations et services rendus en combinant logiques et méthodes du secteur public (processus administratifs garants de l'égalité et de l'intérêt général) et de l'économie des services marchands (qualité, relation « client », marketing). Le troisième mouvement, datant de 2007, s'applique à toutes les institutions locales. Il assoit l'introduction des différentes dimensions de la performance dans ces institutions à travers plusieurs leviers : financiers, qualité de vie au travail, valorisation des interventions publiques, qualité des services rendus, compétitivité et cohésion territoriales. Tous ces mouvements structurent à la fois la gouvernance des collectivités territoriales et le fonctionnaire territorial. Aujourd'hui un nouveau management territorial (Dupuis, 2015) apparaît en référence à la NGP dans cette fonction publique, où évoluent les rôles et les responsabilités des fonctionnaires, et plus précisément de l'encadrement territorial.

Un encadrement territorial est répertorié dans un référentiel élaboré en 2013. Ce dernier s'inspire de celui de la FPE. Il met en lumière également trois niveaux d'encadrement au sein des collectivités territoriales. Ledit référentiel vient compléter le référentiel publié par le Centre National de la FPT sorti en 2012 en ce qui concerne la dénomination des encadrants mais aussi les niveaux d'encadrement intermédiaire. Le CNFPT distingue trois types d'encadrement : les managers supérieurs, les managers intermédiaires et les managers de proximité. Les managers supérieurs, issus de la catégorie A+, sont en relation avec les décideurs (élus et autres responsables). Ils dirigent des structures où se prennent des décisions stratégiques. Leurs activités visent non seulement à superviser, arbitrer et organiser les moyens et les ressources, mais aussi à piloter et adapter le projet d'organisation de la collectivité en déclinant les objectifs par direction et services. Les managers intermédiaires, appelés également cadres moyens, rassemblés dans les catégories A et B, assurent la direction des unités (services fonctionnels ou opérationnels). Ils mettent en application les décisions prises par les managers supérieurs. Ils ont pour missions d'optimiser les procédures, contrôler et évaluer l'emploi des ressources, mobiliser et faire évoluer sur un plan collectif les compétences professionnelles des agents. Ils sont issus de la catégorie C et désignent des agents de maîtrise, les managers de proximité. Ils sont les garants de la qualité des

⁷ Loi n° 82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et précisant les nouvelles conditions d'exercice du contrôle administratif sur les actes des autorités communales, départementales et régionales.

⁸ Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

tâches réalisées par les agents. Ces derniers conduisent des équipes opérationnelles et exécutent des tâches et des processus techniques (Codo et Cintas, 2013). Leurs activités consistent à conduire et à contrôler conformément à une commande, à des prescriptions techniques, aux règles de santé et de sécurité au travail, un processus technique de réalisation d'une opération ou d'une procédure. Dans ce contexte tout comme celui de la FPE, le manager de proximité assure essentiellement des missions techniques ou opérationnelles. Il ne participe pas aux décisions stratégiques. De façon plus précise, les missions du manager de proximité dans les collectivités locales sont les suivantes : l'organisation et la conduite de programme ou de chantier, l'encadrement d'équipes, la gestion administrative (l'instruction des dossiers et l'application des procédures), l'exécution d'opérations budgétaires, la participation à la gestion des ressources humaines, le contrôle de la qualité des services rendus, le contrôle des règles d'hygiène, de santé et de sécurité au travail. Dans les collectivités territoriales, les managers de proximité sont considérés comme des non-cadres chargés d'exécuter des directives tandis que les managers intermédiaires sont perçus comme des cadres dont la mission est d'appliquer les orientations (Codo et Cintas, 2013).

2.4.3. Les cadres intermédiaires dans la FPH.

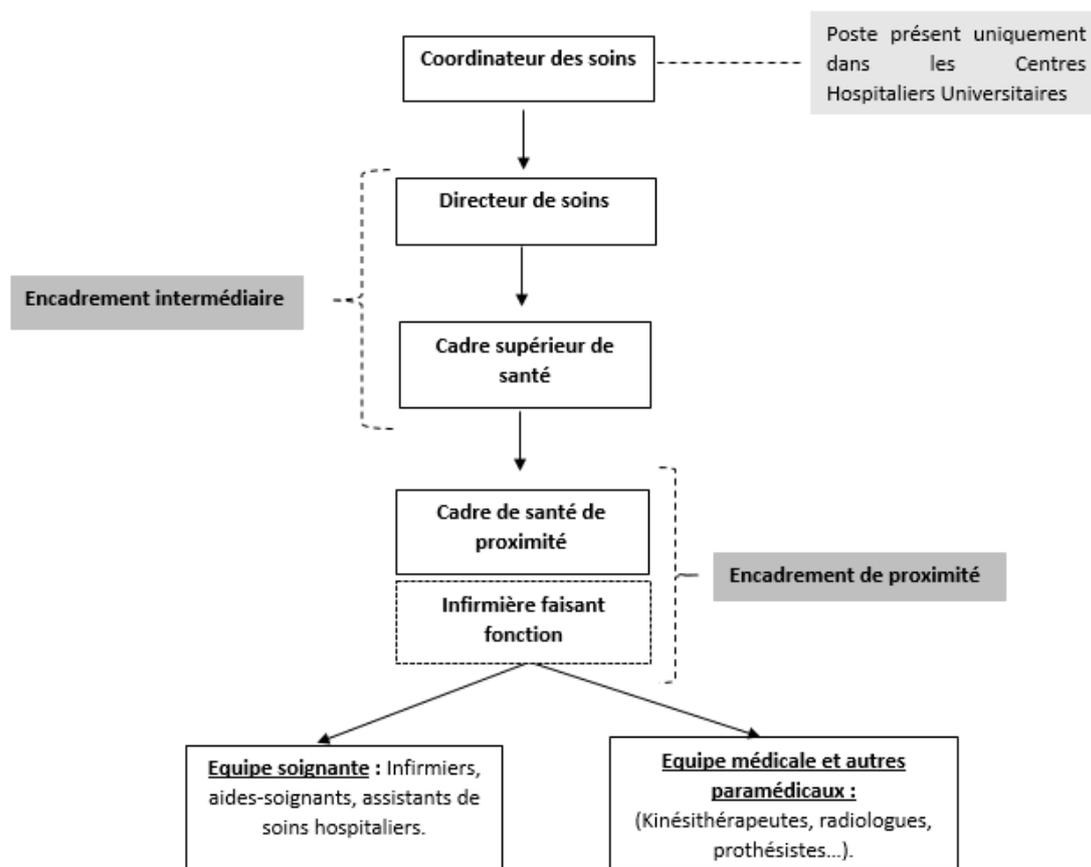
La réforme de la T2A (Tarification à l'activité), introduit un lien direct entre les ressources financières et l'activité (Damart et Kletz, 2014). Trois lois forment l'approche managériale et stratégique à l'intérieur de la FPT : l'ordonnance du 2 mai 2005 portant Nouvelle Gouvernance Hospitalière, la loi « Hôpital Patients, Santé et Territoires » de 2009 et la loi de Modernisation de Notre Système de Santé de 2016. La Nouvelle Gouvernance Hospitalière a pour objectif de donner aux établissements « souplesse, reconnaissance et responsabilisation » afin de repenser leur organisation et d'assurer une gestion déconcentrée (Georgescu, 2009). Elle réorganise le fonctionnement interne des hôpitaux par le biais de la mise en place d'une organisation en pôles d'activités formés par des regroupements de services. Chaque pôle dispose d'une autonomie de gestion. Sous la direction de médecins nommés, ces pôles doivent faciliter les synergies dans la prise en charge médicale et dans l'utilisation des ressources. Cette réforme implique la responsabilisation de nouveaux corps professionnels tels que médecins et les cadres de santé hospitaliers en termes de gestion et de contrôle des ressources. La loi HPST de 2009 accentue les pouvoirs des directeurs d'hôpital. Elle montre que nous passons dans une ère de *managérialisme* (Takagi, 2006). Cette loi attribue davantage de pouvoir au directeur. Elle permet à ce dernier de définir une politique stratégique pour l'établissement, de se projeter en tenant compte de l'environnement technologique et concurrentiel. Le conseil d'administration, la direction et le conseil exécutif sont remplacés par un conseil de surveillance, directeur et directoire. De plus, cette loi institue une territorialisation des politiques de santé à travers la création d'outils permettant l'articulation sans rupture des soins pour le patient, des actions de prévention, des soins de premier et de second recours et

les prises en charge médico-sociales. La loi de Modernisation de Notre Système de Santé de 2016 inscrit les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins. Elle organise au mieux les prises en charge, territoire par territoire à travers une stratégie commune des ressources. Étant dans la même perspective que la loi HPST de 2009, la loi de 2016 apporte une vision stratégique et managériale des organisations hospitalières publiques françaises à travers la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire. Leurs objectifs sont une mutualisation des ressources financières et une homogénéisation du parcours patient. Les changements institutionnels et organisationnels énoncés, notamment la Nouvelle Gouvernance hospitalière impactent les rôles et les fonctions de l'encadrement à l'intérieur du cadre hospitalier. Ils renforcent le rôle managérial de l'encadrement intermédiaire.

Cet encadrement intermédiaire est répertorié dans le guide des carrières des personnels de la FPH paru en 2009 et édité par le Ministère de la Jeunesse et des sports. Ce guide rassemble la catégorie d'encadrement autour de la catégorie A. Dans cette catégorie gravite une diversité de filières telles que les directeurs de soins, les cadres de santé et cadres supérieurs de santé, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire et de puériculture, les sages-femmes, les psychologues, les cadres socio-éducatifs, les directeurs d'hôpitaux, les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, et enfin les ingénieurs hospitaliers. Les échelons d'encadrement sont larges dans le contexte hospitalier comme dans les autres fonctions publiques. Pour les besoins de notre recherche, nous nous concentrerons sur le corps des personnels des services de soins et médicotechniques, au sein duquel, sont identifiés les directeurs de soins, les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé de proximité. Dans les établissements publics de santé, les différents niveaux hiérarchiques paramédicaux se déclinent de la façon suivante: cadres de santé, cadres supérieur(e)s de santé, directrices-eurs des soins (dans les gros établissements un(e) des directrices-eurs des soins peuvent être nommé(e) : coordonnatrices-eurs des soins et superviser l'équipe des directrices-eurs des soins) (Divay et Gadéa, 2015). Le directeur de soins est en charge de la gestion des ressources et fixe les grandes orientations stratégiques du service en accord avec le directeur de l'établissement. Il supervise le travail des cadres supérieurs de santé, dont il en contrôle l'activité et le bon fonctionnement du service. Le cadre supérieur de santé a en charge les cadres de santé de proximité dont il en coordonne les missions et les activités. Il s'assure de la bonne maîtrise des ressources. Situés entre les cadres supérieurs de santé et les subordonnés (Martin, 2012), les cadres de santé de proximité encadrent les équipes de soignants composés d'infirmiers et d'aides-soignants. Ils sont en contact direct avec les équipes, situés juste au-dessus d'eux sur la ligne hiérarchique et amenés à organiser et superviser leur travail (Divay et Gadéa, 2015). Étant pour la plupart d'entre elles (la proportion de femmes dans cette fonction est élevée), d'anciennes infirmières, elles n'effectuent plus elles-mêmes les soins, mais les coordonnent et les organisent. Le Répertoire des métiers de la fonction publique identifie quatre grandes dimensions d'activité en ce qui concerne les

missions du cadre de santé de proximité : la gestion de ressources humaines (organisation des services, coordination, suivi des personnels), la gestion des moyens matériels et financiers (contrôle, reporting, tableaux de bord, etc.), la conduite de projets (rapports d'activités, veille, etc.), la garantie de la qualité des soins (sécurité, hygiène, protocoles, etc.). Certaines infirmières peuvent également être comptabilisées dans la catégorie des cadres de santé de proximité : ce sont les infirmières « *faisant fonction* ». Ces dernières exercent les mêmes missions qu'un cadre de santé de proximité, à l'exception du soin. Cependant, elles continuent à réaliser des soins et elles font partie de la catégorie B. Ce sont des infirmières qui feront l'école des cadres de santé pour en obtenir le diplôme. Les cadres de santé de proximité peuvent accéder sous certaines conditions à l'échelon supérieur, c'est-à-dire celui de « cadres supérieurs de santé ». Mais seul un petit nombre parviendra au poste de directeur de soins. La composition de l'encadrement au sein de la direction des soins est résumée dans **la figure n°3**.

Figure 3 : La composition de l'encadrement au sein de la direction des soins.



Source : Auteur.

La perception du manager intermédiaire reste similaire au sein des organisations publiques, avec un niveau inférieur (les managers de proximité), un niveau supérieur (les managers supérieurs). Toutefois d'une fonction publique à une autre, nous assistons à un glissement sémantique dans sa dénomination. Alors que la FPE, le désigne en tant que manager, la FPT oscille entre manager et encadrant de proximité. Du côté de la FPH, les textes officiels se cantonnent à l'expression de cadre, se référant à l'intitulé du diplôme de « cadre de santé ». Nous caractérisons le manager intermédiaire à l'intérieur des trois fonctions publiques françaises dans **le tableau n°8**.

Tableau 8 : Les échelons intermédiaires à l'intérieur des trois fonctions publiques françaises.

	Encadrement supérieur		Encadrement intermédiaire		Encadrement de proximité	
FPE	Manager stratégique	Définition de la stratégie et organisation et gestion des ressources.	Manager fonctionnel ou intermédiaire	Participation à la définition de la stratégie. Conception, mise en œuvre, contrôle et évaluation des plans d'actions. Direction d'un service	Manager opérationnel ou de proximité	Pilotage des processus administratifs et techniques. Organisation, contrôle et évaluation de la réalisation et la qualité du travail d'une équipe d'agents.
FPT	Manager supérieur	Supervision, organisation, pilotage et déclinaison des objectifs fixés par direction et services.	Manager intermédiaire ou cadres moyens	Optimisation des procédures, contrôle et évaluation des ressources. Direction d'une unité fonctionnelle ou opérationnelle	Manager de proximité ou agents de maîtrise	Supervision d'équipes et exécution des tâches et des processus techniques. Encadrement d'équipes opérationnelles.
FPH*	Directeur d'établissement et/ou Coordonnateur des soins	Gestion des ressources et définition des orientations stratégiques. Contrôle et supervision du travail des cadres supérieurs de santé.	Directeur de soins/ Cadre supérieur de santé	Contrôle de la bonne maîtrise des ressources et supervision de l'activité des cadres supérieurs/ cadres de santé de proximité	Cadre de santé de proximité	Organisation et supervision du travail des équipes soignantes.

*En considérant principalement le corps des personnels des services de soins et médicotechniques.

Source : Auteur.

Toutefois alors que les personnels de l'encadrement intermédiaire, appelés par les anglo-saxons « *middle manager* » ont été largement étudiés aussi bien dans les organisations privées que publiques,

les managers de proximité, encore appelés managers de première ligne ou encore « *first line manager* » l'ont moins été (Autissier et Derumez 2007 ; Barrier et al. 2015) dans le contexte des organisations publiques.

2.5. Le *middle manager* et le *first line manager* : une catégorie homogène chez les Anglo-saxons.

Les anglo-saxons ont été les premiers à s'intéresser aux rôles des middle managers en contexte de changement avec les travaux par exemple de Mintzberg (1982). Ils sont présentés comme la courroie de transmission entre la définition de la stratégie et son déploiement de manière opérationnelle au sein d'une organisation. Décrit par Kanter (1982) comme des « *change masters* » grâce à leur position de pivot et leurs qualités individuelles (persévérance, sens de la persuasion...), les managers intermédiaires peuvent détecter les nouvelles idées et apporter des solutions novatrices dans la réalisation du changement (Vignal, 2013). D'autres travaux en management stratégique vont au-delà de ce simple rôle de relai, selon Nonaka (1988), les managers intermédiaires ne sont pas de simples relais d'informations mais participent à la création de nouvelles connaissances indispensables au renouvellement stratégique et donc au déploiement des changements. Les managers intermédiaires contribuent à la construction des orientations stratégiques des firmes (Floyd et Wooldridge, 1994) et c'est à travers leur influence auprès de la Direction qu'ils peuvent assumer ce rôle (Schilit, 1987). Au fil des années, un ensemble de travaux toujours anglo-saxons va s'intéresser à la position intermédiaire de cette fonction et le rôle joué par ces cadres dans l'interprétation et la mise en cohérence des actions – souvent ambiguës, voire contradictoires – diligentées par les managers supérieurs ou « *top managers* » (Balogun et Johnson, 2004 ; Rouleau, 2005 ; Rouleau et Balogun, 2011). Aujourd'hui, une dynamique importante de travaux de recherche portant sur les managers intermédiaires, les étudie comme un ensemble d'agents soumis à des contraintes organisationnelles similaires, ayant une influence sur la construction et la mise en œuvre de la stratégie (Barrier et al. 2015). Réunis autour du courant Strategy-as-Practice et depuis la fin des années 1990, de nombreux auteurs (Balogun, 2003, 2006 ; Balogun et Johnson, 2004 ; Balogun et Johnson, 2004, 2005 ; Autissier et Vandangeon-Derumez, 2004 ; Rouleau, 2005 ; Rouleau et Balogun, 2011 ; Guilmot et Vas, 2012) s'efforcent de montrer le rôle du manager intermédiaire dans la construction de la stratégie, intensifiant ainsi l'intérêt sur cette catégorie. Ce courant de recherche, relativement récent conçoit la stratégie non pas comme étant décidée et imposée par les dirigeants des organisations mais plutôt comme étant construite par les collaborateurs de ces organisations à travers leurs pratiques quotidiennes (Jarzabkowski, 2004 ; Whittington, 2006). Selon ce courant, la stratégie s'élabore par tous les acteurs organisationnels. En examinant les activités, les routines, les discours et les conversations quotidiennes des managers intermédiaires, ces auteurs nous ont renseigné davantage sur les rôles de ces managers en contexte de changement (Vignal, 2013).

Toutefois, dans les travaux anglo-saxons portant sur le changement organisationnel, il est rare de voir une distinction entre les *middle managers* et les *first line managers*. La population des managers de proximité a pourtant des caractéristiques différentes. Elle est positionnée entre la hiérarchie et les subordonnés. Elle fait partie intégrante de celle des middle manager dans la grande majorité des études. En définissant les middle managers comme des managers situés entre la sphère stratégique de l'entreprise et la base opérationnelle, Balogun considère la hiérarchie intermédiaire comme homogène (Balogun, 2006). Ainsi, les travaux anglo-saxons portant sur le changement s'intéressent aux rôles des managers intermédiaires dans la construction de la stratégie. Ces travaux présentent deux limites ; soit ils confondent les différents niveaux composant la hiérarchie intermédiaire, soit ils isolent un niveau en particulier du reste de cette population (Vignal, 2013). Une partie dominante des travaux repose sur une « hypothèse » implicite d'homogénéité de ces managers situés entre la sphère stratégique de l'organisation et la base opérationnelle (Vignal, 2013). Ce manque de distinction entre les deux populations dans les travaux anglo-saxons pourrait en partie expliquer le faible intérêt portant sur le rôle de cette population spécifique au sein des organisations.

Dans la littérature francophone, une distinction est opérée entre les managers intermédiaires et les managers de proximité, en vue d'identifier le rôle propre de chaque catégorie, plus spécifiquement celui des managers de proximité dans la conduite du changement. C'est par exemple le cas des travaux portés par (Autissier et Derumez, 2007) qui se sont intéressés aux managers de proximité. Selon les auteurs précités, les managers de proximité ne sont pas que de simples vecteurs et prescripteurs naturels du changement en direction des opérationnels. Ils ont également des rôles « *d'impulseurs créatifs* » consistant à faciliter le développement d'initiatives au sein de l'équipe. Ils font remonter les opportunités stratégiques qui émergent de la base opérationnelle, les vendent à leur hiérarchie directe et supérieure, qui se chargera non seulement de les sélectionner, et s'investissent eux-mêmes dans le développement d'innovations. Ce rôle identifié par les auteurs chez les managers de proximité ne peut être assumés que dans le cas de changements dit participatifs, par opposition aux changements imposés (Autissier et Derumez, 2007). La limite présentée à cette étude d'Autissier et Derumez (2007) est plus une focalisation sur les comportements des managers de proximité que leurs rôles dans les projets de changement. Le rôle des managers de proximité demande à être éclairci dans la conduite du changement. Cela est nécessaire dans le contexte des organisations publiques soumises à de nombreux changements du fait de l'introduction des mécanismes de marché dans ses administrations, car ceux-ci modifient les missions du fonctionnaire. En imposant des fonctions managériales au fonctionnaire lambda, la NGP implique une reconfiguration des rôles du fonctionnaire au sein des organisations publiques. Des managers prennent la place de fonctionnaires au sein des équipes de gestion à tel point qu'apparaissent des

échelons d'encadrement, où nous retrouvons bien le manager ou le cadre de proximité (dont nous venons de parler) selon les institutions. Toutefois cet encadrement est amené à se rapprocher de celui des organisations privées. Cela implique également une mutation dans la gestion des ressources humaines dans les organisations publiques. Les mécanismes régisseurs de la fonction publique fondés sur la carrière, le grade, le corps et ses catégories s'accordent mal à ceux du privé, fondés sur le métier et l'évolution des compétences. Ces changements engendrent des difficultés pour identifier l'activité réelle du fonctionnaire, devenu manager. Comment alors éclairer le rôle de ces encadrants plus précisément ceux du cadre de proximité, alors même que l'activité réelle peine à être identifiée car soumise à de nombreuses contradictions et ambiguïtés.

En effet, les quelques travaux de recherche s'étant intéressés aux rôles des managers de proximité dans le contexte des organisations publiques soulignent une activité d'encadrement soumise à des ambiguïtés (Bellini, 2005) et des injonctions paradoxales venant de la hiérarchie (Bollecker et Nobre, 2016). De par leur position « entre deux », « entre le marteau et l'enclume » (Bellini, 2005), les managers de proximité sont tirillés entre les supérieurs, les agents qu'ils encadrent et les usagers aussi dans le contexte des collectivités territoriales et des autres formes d'organisations publiques. Des acteurs multiples gravitent autour du manager de proximité et ne partageant pas les mêmes intérêts que lui. Par exemple dans le contexte des organisations publiques hospitalières, l'intérêt du patient ou l'utilisateur est de retrouver un état de santé acceptable, celui des organisations sous tutelle telles que l'Agence Régionale de Santé sera de réduire les ressources, et celui du directeur de l'hôpital sera de réduire les ressources tout en conservant un niveau élevé de qualité. Le manager de proximité se retrouve bien souvent entre ces injonctions et il peine à identifier les orientations de son travail : assurer la qualité ou jouer l'équilibriste avec les équipes d'agents dont il a la responsabilité. C'est dans ce contexte d'ambiguïtés que des tensions émergent, générant un malaise des managers de proximité (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 ; Codo et Cintas, 2013). En effet, il règne un malaise chez les managers de proximité dont les origines sont les transformations de leurs administrations respectives.

Ainsi, nous proposons dans la dernière partie de ce chapitre d'investiguer les rôles du manager de proximité en situation de travail (sont-ils prescrits ou détient-il de marges de manœuvre suffisantes ?). Éclairer sur ses rôles, nous permettra de cerner les enjeux actuels autour de cette catégorie professionnelle dans le contexte de transformation des organisations publiques.

III. Le manager de proximité, catégorie distincte, rôles peu investigués et tensions :

Selon Barlett et Ghoshal (1994), il existe trois niveaux de management : *operating level*, *senior level* et *top level*, tout en montrant que ces différents niveaux de management assument tous des rôles différents. Partant de ce constat nous pouvons affirmer que le manager de proximité, détient un rôle propre qui lui est spécifique et qui est différent de celui du manager intermédiaire. Avant de développer ce point, il est nécessaire de s'arrêter un instant sur la notion de proximité, apposée à celle de manager.

3.1. De diverses approches de la proximité au manager de proximité.

Selon le CNRTL, la proximité, issue du latin « *proximus* » revêt deux sens. Au sens premier, il signifie le voisinage d'une chose à l'égard d'une autre. Dans le second sens, il traduit la parenté est entre deux personnes. À cet effet, la proximité est envisagée sous trois dimensions : (1) une proximité géographique ou la situation d'une chose qui est à peu de distance d'une autre, (2) une proximité affective, définit comme le « *caractère de ce qui est proche* » ou les liens de parenté, et (3) une proximité temporelle, soit le caractère de ce qui est rapproché dans le temps passé ou futur. Le terme proximité est utilisé avec le mot management, dès les années 1960 au Canada puis au cours des années 1980 en France. Après avoir envahi, la sphère managériale, il est l'un des termes les plus couramment utilisés dans les discours journalistique et politique à travers les expressions « *justice de proximité* », « *police de proximité* » ou « *hôpital de proximité* ». Il est de tradition française de recourir à des habillages de langage pour peut-être atténuer des connotations péjoratives en rendant des situations ou des comportements acceptables par tous. C'est le cas avec le terme proximité. La perte de proximité est connotée négativement. Lorsqu'elle est utilisée pour discuter de la fermeture de commissariats de police ou d'hôpitaux, en vue de mutualiser les ressources, la perte de proximité prend une forme négative aux yeux des usagers, qui ont le sentiment d'être spoliés de leurs services. La proximité est du coup un concept ambivalent qui renvoie à la fois à ce qui nous relie et nous rapproche, mais aussi à ce qui nous enferme et nous isole. Dans la littérature académique deux grandes approches fournissent le socle théorique du terme proximité : l'approche des relations humaines et celle de l'économie régionale, dont s'inspirent les sciences de gestion aujourd'hui. En effet, l'école de la proximité (Guilly et Torre, 2000 ; Rallet, 2002 ; Pecqueur et Zimmermann, 2004 ; Torre et Rallet, 2005 ; Torre et Zuindeau, 2006 ; Talbot 2008, 2018) issue de l'économie régionale est de plus en plus mobilisée en sciences de gestion.

3.1.1. « L'entre-deux » ou la vision intermédiaire de la proximité dans les sciences humaines.

Une diversité de notions entoure le terme proximité dans les sciences humaines. D'abord l'idée d'« entre - deux » apparaît inhérente à la proximité comme s'activant dans un espace intermédiaire, dans un intervalle entre deux ou plusieurs éléments tout en supposant ainsi une prise de distance, un écart minimal entre au moins deux objets ou deux personnes (Huynen, 1997). Dans cette perspective, la proximité n'est pas figée, elle est en mouvement. Elle opère un va-et-vient entre des couples de termes contraires. La proximité géographique gère une tension entre les termes dichotomiques « proche/lointain », la proximité affective gère une tension entre les termes « familier/étranger » et la proximité temporelle gère une tension entre « imminent/éloigné » (Huynen, 1997). La proximité peut se définir comme une position en l'occurrence intermédiaire, visant à la réduction des distances entre des couples de termes opposés. Dans cette optique, la proximité pourrait intégrer dans sa définition, les composantes de distance, de mouvement et d'opposition.

Le sociologue allemand (Simmel 1979) dans son ouvrage « *Digression sur l'Étranger* » paru en 1979, s'intéresse à la dualité « proche/lointain » pour définir la proximité. Selon cet auteur, l'homme a tendance naturellement à se substituer à un autrui lointain, tel que l'étranger ou le marginal. Cet étranger est à la fois celui qui est proche et celui qui est loin. Le terme lointain signifie qu'il y a un passage de frontière et pas nécessairement une distance géographique ou culturelle. Ce qui renvoie aussi à une proximité culturelle. L'étranger dispose d'un statut particulier car il n'intervient à aucun moment dans les débats et les conflits et ne participe pas de façon permanente à la vie de la communauté. Il prend en revanche de la distance pour mieux observer les situations dont il n'a pas la responsabilité de façon durable. De cette distance non géographique naît une proximité, conférant à l'étranger une position de confesseur car l'être humain a tendance à se confier plus volontiers à l'étranger plutôt qu'à ses proches. Le jugement de Simmel concernant l'étranger met en évidence deux dimensions dans le rapport à l'autre : être à la fois loin et près. En ce sens, la proximité n'est pas un état fixe, exclusivement confiné dans le domaine du proche ou de l'immédiat mais peut être conçue comme une situation intermédiaire qui, loin d'être statique, fluctue entre des dimensions proches et lointaines (Huynen, 1997).

3.1.2. Entre proximité géographique et proximité organisée : l'approche de la proximité pour l'économie régionale ou spatiale.

Les questionnements autour de la proximité sont au cœur de travaux de l'économie industrielle et l'économie spatiale à partir du milieu des années 1990. Elle contribue au renouvellement certain des réflexions dans le champ de l'économie régionale ou spatiale (Torre, 2009). Le fruit de ces réflexions a été rassemblé autour de l'école de proximité, qui réunit une multitude de travaux (Guilly et Torre, 2000

; Rallet, 2002 ; Pecqueur et Zimmermann, 2004 ; Torre et Rallet, 2005 ; Torre et Zuindeau, 2006 ; Talbot, 2018) portant sur les dynamiques productives récentes sur les territoires. La grande majorité des travaux, dont ceux portés par Torre et Rallet (2005) distingue deux types de proximité : la proximité géographique et la proximité organisée. La proximité géographique s'apprécie à travers la distance kilométrique entre deux entités (individus, organisations, villes...) pondérée par le coût temporel et monétaire de son franchissement. Elle repose sur deux caractéristiques phares : distance et temps. Elle a pour objectif in fine de savoir si l'on se trouve « loin de » ou « près de », la distance géographique qui fonde le partage entre proximité et éloignement, est relative aux moyens de transports. La distance kilométrique est alors pondérée par le temps et/ou le coût de transport. Deuxièmement, la proximité procède d'un jugement porté par les individus ou groupes sur la nature de la distance géographique, qui les sépare. Il existe ainsi plusieurs niveaux d'analyses. Plusieurs paramètres sont pris en compte dans ce jugement tels que les données objectives (kilomètres, temps, prix) mais aussi la perception que les individus ont de la distance selon l'âge, le groupe social, le sexe, la profession. La proximité géographique fait office de donnée physique. Elle représente en somme une contrainte qui s'impose aux individus pour développer leurs actions. Non géographique, la proximité organisée est de nature relationnelle. Elle renvoie à la capacité qu'a une organisation à faire interagir ses membres, en facilitant les interactions et les actions. Contrairement à la première, la proximité organisée ne se définit pas par une distance physique entre deux points mais selon les relations susceptibles d'exister entre les membres d'une organisation. Celle-ci implique une logique d'appartenance et de similitude à l'organisation. Au nom de cette logique d'appartenance, deux membres d'une organisation sont proches l'un de l'autre parce qu'ils interagissent et que leurs interactions sont facilitées par les règles ou les routines de comportement (formelles ou informelles) qu'ils suivent. La logique d'appartenance se définit comme des relations qui se nouent naturellement au sein d'une organisation. La logique de similitude repose sur le fait que les membres d'une organisation peuvent partager un même système de représentations, ou un ensemble de croyances, et les mêmes savoirs. Autrement dit, deux individus sont dits proches parce qu'ils « se ressemblent », parce qu'ils partagent un même système de représentations, ce qui facilite leur capacité à interagir. C'est le cas de deux personnes militant pour le même syndicat professionnel, qui échangeront plus facilement, même s'ils sont éloignés géographiquement.

Les travaux de l'économie régionale et spatiale sont souvent repris dans les recherches en sciences de gestion cherchant à comprendre les relations entre les individus à l'intérieur d'une organisation donnée, au sein d'un même service ou de services différents. Le but est d'identifier les synergies possibles.

Ce tour d'horizon sur la proximité confirme qu'elle n'est pas détachée de la position intermédiaire. Au travers de ces deux approches (proximité géographique et proximité organisée), la proximité ne se

détache pas de ses fondements étymologiques. Ces approches fournissent des éclaircissements à notre recherche consacrée à l'identification de l'encadrement intermédiaire, plus précisément au manager de proximité dans le contexte des organisations publiques, à son rôle et ses activités. Du point de vue de notre recherche, la vision des sciences humaines confirme l'hypothèse selon laquelle la catégorie de manager de proximité ferait partie intégrante de la catégorie intermédiaire. Elle rejoint l'idée développée plus haut selon laquelle, le manager intermédiaire inclut la catégorie représentée par le manager de proximité.

En utilisant la grille de lecture de l'école de la proximité, la proximité chez les managers s'apprécie à plusieurs niveaux : physique ou géographique, technique ou fonctionnel, et enfin socio-culturelle (Srajek, 2003). La proximité géographique pourrait désigner l'ensemble des managers de proximité affectés à un même site géographique, département ou service. En ce sens, ces managers de proximité sont proches physiquement de leurs équipes. Ils sont aussi concernés par la proximité technique ou fonctionnelle. Les managers de proximité occupent le même métier ou la même fonction que leur équipe dans le cadre des organisations publiques, c'est-à-dire qu'ils détiennent le même statut ou sont affiliés à la même catégorie professionnelle. C'est le cas par exemple dans le contexte hospitalier, du corps des personnels des services de soins et médicotechniques, représentés par les directeurs de soins, les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé de proximité. Ils sont tous regroupés au sein de la catégorie A de la fonction publique. À travers cet exemple, une certaine logique d'appartenance à l'organisation apparaît, en l'occurrence une appartenance à un corps de la fonction publique. La proximité cognitive intervient lorsque les managers et leurs équipes évoluent dans le même univers professionnel. Ils partagent ainsi un même langage, une même façon de concevoir le métier, voire des valeurs (Srajek, 2003). C'est le cas par exemple des cadres de santé de proximité, qui pour la plupart sont issus de la filière soignante. Ils partagent donc la même culture professionnelle et les mêmes valeurs que les soignants, qu'ils encadrent. C'est au niveau de la proximité socio-culturelle, que nous pouvons voir apparaître la logique de similitude, à travers le partage de mêmes valeurs et cultures professionnelles. De ce point de vue, la grille de Boschma (2005) présente une bonne synthèse des différentes dimensions de la proximité sur lesquelles, nous pouvons nous appuyer.

3.1.3. Une approche intégrée de la proximité : la grille de Boschma (2005).

Dans la même idée que les travaux de Torre et Rallet (2005), Boschma (2005) identifient cinq dimensions de la proximité, dont quatre non géographiques : cognitive, organisationnelle, sociale, institutionnelle. Nécessaire pour acquérir de nouvelles connaissances, la proximité cognitive fait allusion au partage de connaissances similaires ou complémentaires entre acteurs. La proximité organisationnelle vise à analyser le degré d'autonomie (juridique et économique) chez des acteurs inter

organisationnels ou intra organisationnels. La proximité sociale vise à identifier l'appartenance d'un individu à un même réseau social. Enfin, la proximité institutionnelle repose sur le partage au sein d'une ou plusieurs institutions de lois, de règles, de coutumes ou de valeurs communes. Les dimensions de la proximité selon Boschma (2005) ont largement été utilisées dans de nombreux travaux en économie régionale et spatiale ainsi que dans les sciences de gestion. **Le tableau n°9** résume ses dimensions que nous utilisons par la suite pour identifier l'activité réelle des cadres de santé hospitaliers.

Tableau 9 : Les dimensions de la proximité selon Boschma (2005).

Caractéristiques	
Géographique	Données objectives telles que la distance, le temps et le prix
Cognitive	Acquisitions de connaissances similaires et/ou complémentaires
Organisationnelle	Lois qui régissent les membres dans une organisation et entre organisations.
Sociale	Appartenance à un même réseau social
Institutionnelle	Lois, règles, coutumes ou valeurs communes.

Source : Auteur, adapté de Boschma (2005).

Toutefois, la catégorie des managers de proximité est sujette à de nombreux défis exprimés dans les organisations publiques suite aux mutations institutionnelles au sein de celles-ci. La définition du travail réel et par la même occasion de son rôle face à ses transformations est une question de plus en plus pertinente, mais peu traitée car ce dernier a longtemps été mis de côté au profit de la catégorie intermédiaire ou des agents qu'il supervise dans les recherches anglo-saxonnes et francophones.

3.2. Le manager de proximité ; acteur aux multiples rôles.

Le manager de proximité est celui qui est en « *première ligne* ». Il est le lien final entre la hiérarchie et les opérationnels (Autissier et Derumez, 2007). Il est en charge de la supervision directe d'une équipe dont il doit être garant de la performance auprès de la hiérarchie. La littérature en gestion attribue une diversité de rôles aux managers de proximité : la gestion de production et celle des hommes (Jolivet, 1991), la gestion économique de l'unité de travail, des ressources humaines, l'organisation du travail (Loubes, 1997). Ces rôles tendent à évoluer au gré des changements que connaissent les organisations, plus précisément celles publiques. Les managers de proximité dans le contexte des organisations publiques tendent à endosser de nouvelles responsabilités, de nouveaux rôles auxquels ils ne sont pas habitués, fonction jusqu'alors qui n'était pas définie auparavant. Dans ces périodes troubles, ils doivent à la fois prendre en compte les besoins des opérationnels, satisfaire les attentes des clients et négocier les moyens nécessaires auprès de la direction pour atteindre les objectifs qui leur ont été fixés (Balogun,

2006). Avant de préciser les rôles du manager de proximité, il peut être pertinent de situer ou d'assoir théoriquement la notion de rôle.

3.2.1. La notion de rôles : une dualité entre comportements et activités.

Étymologiquement, le rôle revêt plusieurs dimensions. Alors qu'au 19^{ème} siècle, il désignait un « *parchemin* » ou un « *registre officiel* », au 20^{ème} siècle il faisait allusion à la vision théâtrale. Dans ce contexte, il a désigné « *ce que doit réciter un acteur dans une pièce de théâtre* ». Au 21^{ème} siècle, dans le domaine professionnel et managérial, le rôle fait allusion à une fonction sociale ou une profession (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Les rôles sont présentés à la fois comme des rôles sociaux, assumés dans différents groupes, mais interprétés par des acteurs (Royal, 2007). La notion de rôle ne fait pas nécessairement consensus. Elle renvoie à un foisonnement d'approches. Bien que les précurseurs aient été français (Bergson, 1989) et américains (James, 1890), c'est aux États Unis que la notion se développe à partir des années 1930 (Perrot 1999; 2001). Aujourd'hui, de nombreux travaux en sciences de gestion, font appel au concept de rôle (Loubes, 1997 ; Perrot, 1999 ; Grima, 2004 ; Royal, 2007; Rivière, 2012 ; Randon, 2015 ; Bollecker et Nobre, 2016 ; Commeiras et al. 2009) car ce dernier permet d'envisager les conséquences des structures organisationnelles et sociales sur les comportements individuels (Bellini, 2005). Malgré la diversité des influences théoriques (sociologie, psychologie et psychosociologie), deux perspectives structurent la conception du rôle dans les travaux de recherche : la perspective fonctionnaliste (Katz et Kahn, 1967) et la perspective interactionniste (Mead, 1934).

3.2.1.1. Le rôle prescrit à travers la perspective fonctionnaliste.

Les travaux de Linton (1945) se trouvent à l'origine de la perspective fonctionnaliste. Linton conçoit les rôles comme une émanation de la structure formelle. Biddle (1986) définit le rôle selon les attentes exprimées à l'égard d'un individu. Les attentes sont liées à des normes sociales prescrites et partagées par l'ensemble du groupe. Elles expliquent le comportement adopté par les individus occupant une même position à l'intérieur d'un groupe (Royal, 2007). Les rôles sont prescrits hiérarchiquement et analysés à partir des concepts de structures, de normes sociales, de statuts, de modèles culturels, etc. Cette vision du rôle rattache les comportements au statut et les positions professionnelles aux finalités globales de l'organisation (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Dans la sphère managériale, la conception fonctionnaliste a été initiée par (Fayol, 1916) et elle a permis de définir les principes de la fonction managériale. Les auteurs s'inscrivant dans cette perspective tels que Katz et Kahn (1967) considèrent que les rôles individuels sont les fidèles reflets du système social dans lequel ils sont insérés. Les rôles de chacun seraient l'émanation directe du système de statuts définissant des droits et obligations morales autant que réglementaires (Bellini, 2005). Les rôles prescrivent aux individus comment ils doivent se comporter (Parsons, 1951). Selon Royal (2007), le « scénario » détermine les

rôles. Il laisse peu de place à l'interprétation personnelle du rôle assumé par l'individu. Les individus sont prisonniers des rôles qui leur sont prescrits, leur niant ainsi toute marge de manœuvre (Mintzberg, 1973 ; Perrot, 2001). D'autres critiques lui ont valu la confusion entre le rôle prescrit et le rôle réel (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Deux notions émergent de cette perception du rôle : le comportement de l'individu et les attentes qui pèsent sur lui et qui influencent son comportement.

3.2.1.2. Le rôle comme construit social dans la perspective interactionniste.

La perspective *interactionniste*, développée par Silverman (1973), vise à expliquer comment l'individu interprète son rôle et comment se modifient les rôles à travers les interactions (Biddle, 1986). Le groupe est considéré comme un faisceau d'interactions entre des individus agissant selon le sens qu'ils accordent aux événements. L'individu possède une marge de manœuvre certaine face aux comportements à adopter. Ainsi face à des attentes semblables, des individus différents adoptent des comportements tout aussi différents (Silverman, 1973). Cette approche du rôle est similaire à celle de (Mead, 1934) dont les travaux portent sur l'interactionnisme symbolique. Les travaux de Mead ont été prolongés par Blumer (1969) selon lequel toutes les activités d'une personne sont modelées au travers des processus d'interaction symbolique avec les autres (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Dans cette perspective, les rôles sont ainsi un construit social issu de l'interaction entre les personnes dans des situations d'action particulières (Rocheblave-Spenlé, 1969). Influencés par la structure sociale sans en être déterminés, les rôles s'actualisent dans des situations concrètes de relation, en intégrant les contraintes sociales et intérêts individuels (Bellini, 2005). Cette vision est conforme à celle de Mintzberg (1973) qui s'intéresse aux activités de l'encadrement. Le manager est vu comme un homme de communication, actif et volontaire (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012), dont les actions ne sont pas prédéterminées. Le contenu des activités d'encadrement repose sur un ensemble d'échanges informels. L'une des limites apportées à cette approche du rôle est son manque de fondements théoriques (Hales, 1986). Selon Biddle (1986), l'actionnisme explique mal la stabilité des comportements à l'intérieur des groupes et les contraintes sociales, les attentes des membres du groupe en interaction. De même les contraintes sociales sur l'individu semblent négligées.

Ces différentes approches du rôle et la diversité de définitions permettent d'identifier deux caractéristiques phares au concept du rôle : les comportements des individus et les activités. En effet, les activités constituent le rôle à effectuer par chaque personne dans une position spécifique. Le rôle constitue « *un assemblage d'activités accomplies en vue de répondre à un objectif* » (Teston et Bienayme, 1971). Dans le cadre de leurs activités, les acteurs sont en interaction avec d'autres individus eux-mêmes détenteurs de rôles œuvrant dans un objectif précis (Loubes, 1997). Les activités sont toujours orientées vers un objet, un motif (Engeström, 2001). Le rôle définit donc pour chaque individu

un comportement de rôle (rôle joué), ou série d'actions récurrentes, reliées à celles d'autres individus. **Le tableau n° 10** reprend les définitions du rôle issues de la sociologie, de la psychologie et des sciences de gestion. Les définitions inscrites amènent à constater que le rôle met en scène une diversité de concepts tels que la position, qui peut renvoyer à sa conception actuelle dans les travaux en management. Le rôle s'identifie au moyen des activités et des comportements prescrits ou non, qui ont lieu au cours des interactions entre des individus au sein d'une organisation ou un groupe social donné.

Tableau 10 : Les définitions et concepts autour du rôle.

Auteurs	Définitions	Concepts-clés
Katz et Kahn (1967)	« <u>Un ensemble d'activités ou de comportements attendus</u> » (pp 173-174).	Activités et comportements prescrits
Rocheblave-Spenlé (1969)	« <u>Un modèle organisé de conduites, relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel</u> ». Il distingue trois niveaux d'analyse des définitions proposées, « celles qui considèrent le rôle au niveau du groupe et adoptent un point de vue sociologique...celles qui le situent essentiellement dans un contexte intersubjectif, et celles qui l'emprisonnent dans un cadre psychologique » (p. 112).	Position sociale
Biddle (1986)	« <u>Le rôle organisationnel s'articule autour de deux éléments clés, qui sont les attentes réciproques relatives aux activités et comportements relationnels, exercés par un individu dans un contexte organisationnel donné</u> ».	Activités/comportements relationnels
Loubes (1997)	« <u>Le rôle organisationnel est la conduite d'un sujet face à une ou plusieurs missions et ses activités</u> ».	Position/activités
Perrot (1999)	« <u>Le rôle est l'ensemble des activités exercées et de comportements joués par l'individu au sein de son ensemble de rôle</u> ».	Activités/comportements non prescrits
Allard-Poesi, 2006)	« <u>Un ensemble de comportements attendus du responsable par les autres personnes. Des attentes qui peuvent être induites par la position du responsable dans la structure (...) les procédures et les règles édictées</u> » (p.412).	Comportements prescrits/Position

Source : Auteur.

3.2.2. Le manager de proximité : entre prescriptions de rôles et adaptations.

Les managers de proximité sont des acteurs clés dans la ligne hiérarchique de toute organisation. Ils constituent, de par leur position tampon entre le sommet et la base, une source de résistance ou de levier importante. Ils ont un impact stratégique sur l'évolution de l'entreprise (Bollecker et Nobre, 2011, 2016). C'est l'une des raisons pour laquelle, ils sont souvent qualifiés de courroie de transmission (Dumas et Ruiller, 2011), de rouage essentiel au bon fonctionnement des organisations, de cheville ouvrière des

structures changeantes, de maillon fort (Thévenet et al. 2009). En contexte de mutation, les managers de proximité sont des acteurs incontournables et indispensables, avec des rôles et des missions variés.

Les rôles du manager de proximité sont au départ prescrits par leur fonction et émanent de leur hiérarchie. En contexte de changement, de nouveaux rôles apparaissent d'autant plus qu'il leur est demandé de conduire le changement auprès des subordonnés en mettant en place des actions spécifiques. Ainsi, endossent-ils de nouveaux rôles. Thévenet et al. (2009) identifient quatre rôles que les managers de proximité doivent endosser en situation de transformations de leurs organisations : un « *interprète-traducteur* », un « *bidouilleur* », un « *bricoleur* », un « *adaptateur* » et un « *régulateur d'émotions* ». Ces rôles sont repris et définis dans le **tableau n°11**.

Tableau 11 : Les rôles du manager de proximité selon Thévenet et al. (2009).

Les rôles	Les caractéristiques
Le rôle d'interprète-traducteur	Le manager de proximité explique les programmes de changement mis en place par la direction, en vulgarisant le discours en ce qui concerne la stratégie énoncée
Le rôle de bidouilleur	Le manager de proximité adapte le programme de changement aux réalités du terrain
Le rôle de bricoleur	Il joue à l'équilibriste en conformant les pratiques imposées aux attentes de l'environnement. Dans ce contexte, ces managers sont capables de manipuler les matériaux dont ils disposent, de percevoir et tirer parti de leurs contradictions afin de construire une pratique adaptée à leurs finalités (Allard-Poesi, 2006).
Le rôle d'adaptateur	Il adapte les objectifs et projets de changement à sa propre entité
Le rôle de régulateur d'émotions	Il aide les équipes à appréhender le changement sans trop de difficultés en prenant sur lui les incertitudes et les pressions en lien

Source : Auteur, adapté de Thévenet et al. (2009).

Les managers de proximité se trouvent à l'interface entre la hiérarchie et les subordonnés. Ils doivent se soumettre comme tout encadrant au rôle de traduction pour améliorer le fonctionnement des services en contexte de transformation des organisations. Ils doivent améliorer le fonctionnement en évitant toute dégradation du service et faire accepter le changement aux subordonnés. Ce sont là de nouvelles prérogatives liées à sa fonction de manager de proximité. Ils sont conduits à transformer radicalement leurs comportements pour satisfaire les différentes parties car ils sont le point d'intersection entre l'individu et l'organisation dans le processus de changement (Alis et Fergelot, 2012). Un processus qui ne se fait ni par le haut, ni par le bas, mais dans la zone du milieu (Nonaka, 1988). D'après Barabel et

Meier (2006), le contexte d'exercice du métier de manager a fortement évolué depuis le milieu des années 1970 se traduisant par une augmentation des activités à réaliser (élargissement des tâches avec l'apparition de missions ressources humaines, marketing, stratégique et en finance), une diminution des fonctions supports pouvant l'aider, un contrôle permanent de leurs résultats (reporting, objectifs à court terme), des changements de cap fréquents et une gestion dans l'urgence. À tout cela se rajoute une modification du rapport d'autorité (le manager ne peut plus s'appuyer sur son statut et son niveau hiérarchique pour être écouté).

Étant en première ligne, il leur revient de mobiliser les agents et d'optimiser les ressources allouées pour obtenir des résultats (Lamarzelle, 1999). Ils sont tiraillés entre les supérieurs, les agents qu'ils encadrent et les usagers aussi bien dans le contexte des collectivités territoriales ou des organisations publiques hospitalières. Leurs activités deviennent non seulement hétéroclites mais aussi se complexifient pour ne pas dire deviennent floues. Dans les collectivités territoriales, les managers territoriaux de proximité sont en première ligne lorsque l'organisation s'engage dans un processus de changement de modernisation ou de restructuration. Ils ont une position particulière puisqu'ils sont à la fois acteurs et victimes des changements (Codo et Cintas, 2013). Plusieurs métaphores illustrent bien les difficultés liées à la fonction : les managers pris « entre le marteau et l'enclume, en sandwich, en tenaille, entre deux feux » (Deye, 1999 ; Rouleau, 1999 ; Bourion, 2006). Dans les organisations hospitalières, les sociologues qui se sont intéressés à l'activité des cadres de santé de proximité observent une activité floue avec une diversité de rôles fluctuant au gré des changements (Bouret, 2008). Le cadre de santé de proximité est à la jonction entre la direction, le corps médical, les équipes et la personne soignée et compose pour permettre à l'organisation de fonctionner au mieux. Comme le montre les travaux, son activité est souvent définie par défaut de tout ce que les autres ne feront pas plutôt que par référence aux responsabilités réelles de la fonction. Elle peut comprendre des tâches aussi variées que faire l'inventaire des prises informatiques, réceptionner le mobilier, conduire le suivi des travaux de rénovation du service, faire le point des lits vacants, justifier sa commande de rouleaux de papier hygiénique, faire un énième rapport expliquant la nécessaire obligation de réparer l'ampoule, évaluer les pratiques de l'équipe, organiser le désordre mis en place par le médecin dans le domaine des entrées programmées, rencontrer une famille mécontente, laisser tout tomber pour se rendre en courant à une réunion extraordinaire et indispensable (..) (Durand, 2007). Il y a un écart entre le rôle prescrit et le rôle réel, confirmant la présence d'une diversité de rôles à endosser autour de cette fonction. De plus, ce dernier est concerné par toutes les transformations, qui concernent l'unité de soins, dont il a la responsabilité après le directeur de soins. Ces modifications initiées par l'institution engendrent de nouvelles pratiques professionnelles que les soignants et les médicaux doivent intégrer mais aussi que le cadre de santé doit organiser. Ceci leur confère, un statut privilégié dans les situations de changement. Les transformations

modifient la situation de travail de ces cadres de santé de proximité. Un travail marqué par des injonctions paradoxales, qui engendrent des tensions auprès de cette population. Cela impacte le climat de travail.

3.3. Le manager de proximité, chef d'orchestre des tensions.

Les transformations actuelles dans les organisations publiques se traduisent pas des encadrants sous tensions. Cependant les managers de proximité sont plus atteints par ces tensions que les managers intermédiaires ou les managers supérieurs. Dans la grande majorité des recherches en sciences de gestion, la position ambivalente qui est celle des managers de proximité est mise en avant. La position « *entre deux* » dont ils font l'objet est complexe. Celle-ci active les tensions à la fois chez les managers intermédiaires et les managers de proximité (Codo et Cintas, 2013).

Tous les chercheurs qui se sont intéressés aux managers de proximité sont unanimes sur sa position duale (Bellini et Labit, 2005). Celle-ci est évoquée sous différentes terminologies : « *position charnière* » (Louart et Benmedhi, 1984), « *Homme du milieu, pris entre deux feux* » (Roethlisberg, 1976), « *rôle d'interface* » vu comme le lieu de confrontations de logiques contradictoires (Srajek, 2003), d'individu pris « *entre le marteau et l'enclume* » (Bellini, 2005). Cette position « *entre deux* » engendre de nombreuses difficultés sur l'activité professionnelle. L'activité s'est intensifiée avec les nouvelles exigences managériales contemporaines (Barabel et Meier, 2006 ; Bellini, 2005 ; Bellini et Labit, 2005 ; Dejoux et Dietrich, 2005 ; O'donnell et al. 2011 ; Thévenet et al. 2009). Ces exigences ne concernent plus seulement l'utilisation des outils ou l'atteinte des objectifs mais aussi l'attente de comportements particuliers (Bellini, 2005). La position ambivalente (Le Saout et Saulnier, 2002), aujourd'hui clairement identifiée et confirmée (Letondal, 1997 ; Loubes, 1997 ; Trouvé, 1997 ; Le Saout et Saulnier, 2002 ; Srajek, 2003 ; Bellini, 2005). Les transformations de l'exercice du métier sont sources de conflits et de malaise chez les salariés occupant cette fonction. Ils sont soumis aux pressions venant des deux côtés : hiérarchie et équipe de production ou d'exécution, à des injonctions paradoxales et des contradictions (Letondal, 1997) dans l'exercice de leurs fonctions. Selon Letondal (1997), si le manager de proximité cristallise les dysfonctionnements ou les carences de l'organisation et de son management, il constitue aussi un amortisseur des contradictions et des turbulences vécues (Letondal, 1997).

Vu comme le lieu de confrontations de logiques contradictoires (Srajek, 2003), la fonction de managers de proximité est une combinaison d'injonctions difficilement compatibles, voire contradictoires. Bellini et Labit (2005) évoquent les « *ambiguïtés des demandes* » adressées aux managers de proximité, recensées dans la liste suivante par les auteurs :

- ***un mode de gestion imprécis soumis à de multiples interprétations.*** Les discours de la Direction sur les modes de management attendus des managers de proximité sont généralement très vagues et laissent ces derniers « dans le flou ». Il revient à chaque manager d'interpréter les directives selon sa propre conception du management. Cet exercice d'interprétation peut être potentiellement source d'erreur et peut les mettre en porte à faux vis-à-vis de la direction.

- ***Une conception souvent illusoire de la gestion des hommes.*** Nombreux sont les discours managériaux faisant échos à une « vision intégrée » de la gestion des ressources humaines (concilier performances économiques et préoccupations humaines voire humanistes) alors que dans la réalité, ce sont très souvent les performances économiques qui priment. Ce travail de retranscription de la réalité revient aux managers de proximité qui doivent alors rompre avec le « discours illusoire » tenu par leur Direction pour ne pas se mettre en difficulté avec les « demandes et attentes réelles » de leur hiérarchie.

- ***Obligation de moyens ou de résultats.*** Les managers de proximité doivent répondre à une double obligation (Jolivet, 2001 ; Bellini et Labit, 2005). La première renvoie à la gestion de la production et à l'atteinte des objectifs fixés (obligation de résultats) alors que la seconde fait référence à la gestion des Hommes et à l'animation de l'équipe dans le cadre de la gestion de la production (obligation de moyens). Toute la difficulté pour le manager de proximité est d'arriver à aligner l'obligation de moyens et la réalisation des résultats.

- ***Entre persuasion et contrainte.*** Les managers ne sont pas toujours contraints de faire telle ou telle action, d'adopter tel ou tel type de management mais ils ressentent une certaine pression qui les pousse à effectuer telle action plutôt que telle autre, à adopter tel type de management plutôt que tel autre.

- ***Valorisation de la dimension personnelle du management.*** Le savoir être, le « leadership » sont des qualités que l'on attend des managers de proximité. Le manager de proximité type est celui qui arrive à motiver son équipe ou encore à établir de bonnes relations interpersonnelles. Ces dimensions sont très subjectives et ne peuvent pas être imputées au seul manager de proximité. De ce fait, les managers de proximité peuvent « souffrir » d'être évalués sur des dimensions à la fois subjectives qui ne dépendent pas uniquement de leur seule personne. Selon Bellini (2005), la majorité des situations présentées, génère des tensions qui ne sont pas uniquement d'ordre gestionnaire et managérial. Ils sont surtout d'ordre cognitif et dépendent en grande partie de la perception qu'ont les managers de leurs rôles et des tensions de la situation.

Alors que les organisations privées se sont organisées pour réduire les tensions chez les managers de proximité, elles génèrent dans la plupart des cas un mal-être professionnel. Les organisations publiques où la notion d'encadrement public est plus récente, peinent à mettre en place des actions pour réduire ces tensions pour les managers de proximité. Dans les organisations publiques, les tensions ont été identifiées dans la grande majorité des travaux mais rares sont ceux qui proposent des solutions pour

gérer ces tensions. Et pourtant le grand défi du manager public et plus précisément du manager de proximité est de maintenir le fonctionnement optimal de son service, dans un climat apaisé. Un défi qu'il ne pourra sans doute relever qu'en ayant mis en place une stratégie de gestion des tensions, à la mesure de son rôle.

Conclusion du chapitre un.

Les différents modèles de gestion présentés ont redessiné les contours de la fonction publique aussi bien sur le contexte français qu'étranger. Cette reconfiguration des systèmes de gestion marquée progressivement par une incitation à la performance des administrations (NGP), puis par la responsabilisation du citoyen (NGoP) et enfin par une reconsidération de la valeur publique par opposition à celle marchande (ANGP) a malheureusement eu un impact sur le fonctionnaire. Ses conditions de travail ont considérablement changé, opérant un virage managérial et gestionnaire lourd de conséquences.

Désormais, ce fonctionnaire est amené à exercer ses nouvelles fonctions managériales dans un climat de réduction de moyens et d'implication à la performance. Devenu manager, il est également aux premières loges des transformations et est présenté comme un facilitateur de changement. C'est particulièrement le cas des managers se trouvant en position intermédiaire, tels que les managers de proximité. Le manager de proximité est la courroie de transmission entre la hiérarchie et les équipes. C'est à lui que revient le rôle d'informer les équipes en situation de changement et de faire remonter vers la hiérarchie les doléances des équipes. Toutefois, ses rôles prescrits ne s'arrêtent pas uniquement à celui d'informateur car il lui ait demandé aujourd'hui de veiller également à la bonne répartition des ressources dans un climat de restrictions budgétaires tout en fournissant un service aux usagers de qualité. Son contexte de travail est soumis à de nombreuses ordonnances contradictoires, à l'origine de son mal-être. Un malaise qui prend bien souvent la forme de tensions. Des tensions qui sont avérées et apparues dans la littérature en sciences de gestion, dont nous connaissons leurs effets sur l'encadrement intermédiaire mais nous savons peu de choses sur la manière dont cet acteur à part entière les gère.

D'où l'objet de notre travail doctoral, à savoir les stratégies de gestion de tensions observables chez les managers de proximité en contexte de transformation des organisations plus précisément publiques. Il s'agit à travers cette recherche d'éclairer sur les actions, comportements et adaptations des managers de proximité, des acteurs ayant été peu étudiés en sciences de gestion car souvent confondus dans les travaux de recherche avec les managers intermédiaires (Vignal, 2013). Pour ce faire, il est au préalable important d'identifier les différentes formes de tensions auxquelles sont soumis particulièrement ces managers, en vue par la suite d'y déceler les actions mises en œuvre ou les stratégies déployées. Ainsi dans le chapitre suivant, nous proposons une revue de la littérature sur le concept de tensions, ainsi que ces différentes formes qu'elles prennent en passant en revue les travaux de recherche tournant autour de ce concept.

Chapitre 1 : Entre une pluralité de modèles de gestion et le rôle du fonctionnaire en questionnement.

CHAPITRE 2 :
**POUR UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION
DES TENSIONS ET LEURS GESTIONS DANS LES
ORGANISATIONS PUBLIQUES.**

Chapitre 3 : La méthode d'investigation des tensions, leurs natures et gestions dans les organisations publiques hospitalières.

Chapitre 4 : Pour un éclairage de la nature des tensions et du rôle du manager de proximité dans leur gestion.

Introduction du chapitre deux.

Définies comme « *des inconforts résultant de conflits d'idées, de principes ou d'actions* » (Stohl et Cheney 2001 : p.353-354), les tensions sont inhérentes aux organisations, qu'elles soient privées ou publiques. À ce titre, certains acteurs seraient plus exposés que d'autres dans la sphère organisationnelle. C'est le cas des managers de proximité, présentés précédemment. Les managers de proximité sont soumis à des tensions, plus précisément dans les organisations en transformation, comme les organisations publiques. Aux rôles multiples, ils évoquent des difficultés dans leur quotidien de travail qui prennent la forme de tensions. Cela amplifie leur mal-être professionnel et engendre une perte de sens dans leur fonction et dans les missions de leur administration publique. C'est dans ce contexte que ce chapitre traite du concept de tensions.

Le concept de tension est investi par l'ensemble des disciplines en sciences de gestion, qui malgré la richesse des développements fournis, peinent à le conceptualiser. Souvent confondue avec d'autres tels que la contradiction ou le paradoxe, la tension manque d'éclairage théorique. Cela pourrait être un frein à son opérationnalisation. Dans cet essai d'éclairage théorique, le courant sociologique porté par Boltanski et Thevenot (1991) en propose une explication vue sous l'angle du compromis. Les sciences de gestion pour leur part se sont attachées à d'abord identifier les tensions dans les organisations à partir d'une multitude de travaux, puis d'en dégager les effets positifs et négatifs de leur apparition dans les organisations. Dans ces travaux, Guedri et al. (2014) identifient plusieurs dimensions des tensions. Les tensions y sont analysées selon deux perspectives : une perspective inter-organisationnelle et une perspective intra-organisationnelle. Dans la première, les travaux de recherche se sont focalisés sur l'identification des tensions dans des organisations implantées sur un même territoire. La deuxième se scinde en trois parties. Pendant que l'une rassemble les travaux s'intéressant aux tensions interservices ou inter-unités, les deux autres visent respectivement à la recherche des tensions entre les différents niveaux hiérarchiques, puis entre les individus d'une même équipe, présentant des modes d'exécution du travail et des objectifs différents. Dans ces différents travaux, les tensions peuvent à la fois être bénéfiques pour les organisations ou les nuire. Elles peuvent donc tout autant encourager ou entraver les dynamiques organisationnelles (Maignan et al. 2018).

Toutefois dans les différents travaux, la tension est identifiée à partir d'une multitude de cadres théoriques, rejoignant la difficulté aujourd'hui pour l'opérationnaliser. C'est dans ce contexte que nous proposons d'apporter un éclairage supplémentaire au concept de tensions en proposant de l'approfondir

grâce aux travaux de la psychologie sociale autour de la tension des rôles (Katz et Kahn, 1967) et ceux du management public, par le biais des TGP (Mazouz et al. 2015 ; Hudon et Mazouz, 2014).

Définie comme le « *sentiment qu'éprouve une personne dans une situation où il lui est difficile, voire impossible, de répondre à toutes ces attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui les formulent* » (Royal et Brassard, 2010 : p.27), la tension des rôles s'ancre dans la psychologie sociale. Opérationnalisée par Katz et Kahn (1967) et Kahn et al. (1964) dans la théorie des rôles, cette approche des tensions est émergente en sciences de gestion. Les gestionnaires l'utilisent depuis la fin des années 1990 pour identifier principalement les effets du changement des organisations sur les comportements et les activités des acteurs organisationnels. Les TGP plus récentes que les tensions de rôle, s'enracinent dans les travaux en management public, principalement ceux portés par Mazouz et al. (2015) et Hudon et Mazouz (2014). Elles reposent sur la difficulté pour les dirigeants des administrations publiques de reconfigurer leurs rôles et fonctions en vue de s'adapter aux exigences des réformes instituées par la NGP. Ces deux formes de tensions s'analysent sur différents niveaux : macro, méso et micro en ce qui concerne les TGP et micro uniquement pour les tensions de rôle. Ainsi, ces deux cadres théoriques que nous jumelons pour les besoins de notre recherche s'ancrent dans les deux perspectives de travaux de recherche mises en évidence par Guedri et al. (2014). Par le biais des TGP et des rôles, nous souhaitons contribuer à un éclairage théorique du concept de tensions.

Ainsi dans la première partie de ce chapitre, nous faisons état du concept de tensions en présentant les travaux de recherche ayant essayé de le conceptualiser issus de la sociologie. Dans cette même partie, nous évoquerons des travaux en sciences de gestion l'ayant évoqué ainsi que les contextes, pour en décrypter en fin de partie les effets positifs et négatifs des tensions au sein des organisations. Les deux dernières parties du chapitre sont consacrées à l'état des recherches en ce qui concerne les tensions de rôle et de gouvernance publique, que nous présentons au préalable en termes de caractéristiques et modes d'expression de chacune.

I. La tension : une notion à explorer dans l'univers public.

Nos organisations actuelles sont marquées par de nombreuses tensions. Au carrefour de plusieurs disciplines, c'est d'abord en psychologie sociale (Rocheblave-Spenlé, 1969 ; Katz et Kahn, 1967) que la tension s'est constituée comme une notion à étudier en l'associant avec le concept de rôle, comme présenté dans le chapitre 1. Plus récemment, d'autres disciplines se sont emparées de la notion, telles que la sociologie du travail (Bouret, 2008 ; Bezes et al. 2011) ou les sciences de gestion. La sociologie du travail met en évidence les tensions existantes dans certaines professions en raison des transformations qu'elles connaissent. L'augmentation du contrôle par les pairs, l'incertitude dans l'action, la mutation des métiers sont des catalyseurs de tension.

Les sciences de gestion pour leur part ont investi les recherches sur la notion sous divers angles. La grande majorité des travaux provient du champ des ressources humaines où les principaux questionnements portent sur les conflits générés par une forte pression au travail suite à l'introduction d'objectifs de performance dans les organisations publiques. Les changements introduits par les réformes conduisent à une reconfiguration des rôles et la nécessité de développer de nouvelles compétences (Ben Hassine et al. 2012 ; Bonnenfant et al. 2011 ; Maltais et Mazouz, 2004). Ces réformes engendrent des tensions et une souffrance au travail (Bollecker et Nobre, 2011, 2016 ; Codo et Cintas, 2013 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Dans une étude menée au sein d'une administration publique tunisienne, Ben Hassine et al. (2012) montrent que l'introduction des réformes génère une tension entre les compétences bureaucratiques (tendance à la verticalité des relations et au respect des procédures) et les compétences managériales (meilleur partage des informations, développement des capacités de gestion et pilotage des politiques publiques), révélatrice de leur délicat voire difficile alignement. Ces tensions reconfigurent le portefeuille de compétences du gestionnaire public et ses rôles. En France, Bonnenfant et al. (2011) en s'intéressant aux effets de la LOLF à travers notamment la Révision Générale des Politiques Publiques sur les agents publics devenus managers, constatent un décalage entre les compétences requises et les profils disponibles, cela génère des difficultés chez ces derniers. Selon ces auteurs, les filières de recrutement traditionnelles de la FPE sont marquées par le principe républicain du concours et s'adressent prioritairement à des profils de formation généraliste et l'expérience professionnelle nécessaire. Elles n'offrent pas d'emblée aux organismes publics un vivier de compétences répondant aux exigences de conduite de la réforme (Bonnenfant et al. 2011). Maltais et Mazouz (2004) mettent l'accent sur les nouveaux rôles du gestionnaire public en contexte de transformation de leur administration. Ces derniers se questionnent sur les capacités des gestionnaires publics à reconfigurer leurs rôles en développant de nouvelles compétences. Ainsi, ils éclairent les compétences clés et identifient 14 compétences de gestion, que doivent acquérir les gestionnaires publics

pour relever les défis en lien avec la transformation de leurs organisations. Ces compétences sont réparties en deux catégories. La première catégorie recense les compétences en lien avec la gestion stratégique de l'organisation en interdépendance avec d'autres organisations ou la société. La deuxième s'appuie sur la gestion interne des structures à travers l'optimisation des ressources humaines, matérielles et financières. Les conséquences de l'introduction de mécanismes de marché à l'intérieur des organisations publiques sont observables dans les travaux de Bollecker et Nobre (2011, 2016). D'après ces derniers, le changement au sein des organisations publiques engendre des situations de paradoxes se manifestant par des pressions contradictoires. Celles-ci s'exercent sur les acteurs de l'organisation, spécialement chez les managers de proximité et génèrent des conflits. En s'intéressant aux sources des conflits, principalement les conflits de rôles, chez les managers de proximité exerçant dans un organisme de formation professionnelle pour adultes, les auteurs mettent en évidence la dégradation des conditions de travail, qui s'intensifie avec les stratégies mises en place par les managers de proximité. Les conflits observés perturbent les relations de travail, dégradent la performance des équipes et conduisent entre autres à un moindre investissement dans la vie organisationnelle selon les auteurs. Dans une perspective similaire, Codo et Cintas (2013) étudient le stress perçu par les managers intermédiaires et les managers de proximité des collectivités territoriales françaises. Ils identifient des conditions de travail difficiles et dégradées pour ces acteurs et une exposition au stress qui s'intensifie selon le niveau hiérarchique. En plus de confirmer que le stress professionnel n'épargne pas les managers territoriaux (17% déclarent être stressés), l'analyse menée montre entre autres que les managers intermédiaires sont plus exposés au stress et la surcharge de rôle que les managers de proximité. C'est également en vue de souligner l'impact négatif des mesures de la NGP sur le travail des fonctionnaires qu'Abord de Chatillon et Desmarais (2012) proposent de s'intéresser à l'épuisement professionnel au sein d'une collectivité territoriale française, comptant 2723 agents (analyse sur 1118 agents). Ils confirment l'impact négatif sur la santé au travail de l'introduction des mesures de la NGP. Leur étude montre que l'épuisement professionnel est lié à la charge de travail et l'existence d'un climat de violence psychologique.

La conduite du changement suite aux tensions ressenties est également une thématique des ressources humaines récurrente. Elle institue les encadrants publics comme des acteurs du changement, capables de stratégie et de leadership pour mener avec efficacité les mutations actuelles (Alis et Fergelot, 2012 ; Autissier et Derumez, 2007 ; Habib et Derumez, 2015). C'est dans ce contexte qu'Alis et Fergelot (2012) éclairent sur les mutations à l'intérieur du paysage administratif français, et les effets de celles-ci sur les organisations et leur personnel. Ils s'intéressent aux déterminants de la capacité de changement dans les organisations publiques territoriales et aux rôles des cadres intermédiaires. Leur analyse, issue d'une démarche interprétative, montre que le manager intermédiaire se considère comme un traducteur de

sens, qui suppose une démarche d'interprétation. Le contenu de son rôle est lié au processus de construction de sens (*sensemaking*) (Alis et Fergelot, 2012). En prenant en exemple la situation des managers intermédiaires et leurs nouveaux rôles, l'objectif est de mieux comprendre ces rôles, les conflits, les ambiguïtés et les transitions de rôles des managers ainsi que les mécanismes de *sensemaking* et *sensegiving* dans le secteur public (Weick, 1979). Le changement est également abordé chez Autissier et Derumez (2007), dont les analyses visent à identifier le comportement des managers de proximité dans les projets de transformation. En identifiant les managers de proximité, comme une catégorie professionnelle proche de celle des managers intermédiaires, les chercheurs observent les comportements de 15 managers de proximité au sein de deux projets de transformation. Ils mettent ainsi en évidence des processus cognitifs auxquels les managers de proximité sont sensibles en situation de changement :

- ✓ la représentation du projet de changement avec le processus de référencement ;
- ✓ la représentation de ce que l'on attend d'eux au cours du changement avec le processus de positionnement ;
- ✓ la représentation des enjeux individuels et collectifs avec le processus de projection ;
- ✓ la représentation de l'effort demandé.

D'autres travaux en ressources humaines, invoquent la notion de tensions et la mettent en lien avec le concept de leadership (Habib et Derumez, 2015) ou de motivation (Dahmani, 2015). Certains s'intéressent à l'influence du leader dans les espaces collectifs. Les espaces collectifs contribuent à réduire les tensions et facilitent la mise en place des actions de coordination. D'autres repèrent les déterminants de la motivation chez les agents publics suite à la modification de leur organisation de travail. Dahmani (2015) montre que coupler la motivation des agents avec les valeurs publiques telles que le sens du devoir, le service de l'intérêt général, le prestige de la fonction publique et la sécurité de l'emploi permettent d'augmenter la motivation. Les valeurs publiques sont sources de motivation pour les agents publics.

Des travaux en finances et en comptabilité font appel également à la notion de tensions pour souligner celles ressenties suite à l'utilisation des indicateurs comptables ou financiers et la manière dont ces indicateurs impactent le comportement des fonctionnaires (Georgescu, 2009 ; Meriade, 2016). Dans sa thèse de doctorat en sciences de gestion, Georgescu (2009) s'est intéressée à l'analyse des conséquences du contrôle par les résultats dans le secteur hospitalier public, suite à l'instauration des mécanismes de contrôle avec la mise en place de la T2A. Elle identifie les déterminants et les conséquences des pressions financières perçues par les praticiens hospitaliers. En questionnant 578 praticiens répartis dans 14 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires, sur leurs perceptions des mécanismes de contrôles dans leurs activités quotidiennes, elle montre que ses instruments suscitent des tensions qui

engendrent des stratégies d'adaptation conduisant à une manipulation des données. Elle montre aussi à travers cette étude que la pression financière interne pouvait accroître l'implication dans l'organisation et dans le service mais diminuer l'implication dans la profession. Dans la même veine, Meriade (2016) en s'intéressant à l'introduction des indicateurs de performance dans les universités publiques françaises et leurs effets contradictoires sur les pratiques, telles que la simplification des processus administratifs, met à jour des processus de simplification. Deux formes de simplifications se dégagent : administratives et de sens. Ces formes de simplifications autour des indicateurs de performance, en cohérence avec l'approche de l'hypocrisie organisationnelle de Brunsson (2002) permettent de réduire les contradictions selon lui. L'hypocrisie organisationnelle représente les tensions identifiées au sein des organisations. Celle-ci est issue de trois types de contradictions : (1) les contradictions interindividuelles issues des conflits entre les individus et imposant des négociations permanentes ; (2) les contradictions entre les idées et les actions et (3) les contradictions entre les décisions et les actions (Brunsson, 1993, 2002). Dans une autre perspective, pourtant complémentaire à cette vision, l'introduction d'instruments dans un contexte en transformation, génère des comportements adaptatifs et des manipulations d'instruments. Grimand et al. (2014) étudient l'implantation d'une norme ISO 26000 et soulignent les contradictions autour de la mise en place d'une démarche de Responsabilité Sociale de d'Entreprise (RSE) dans une entreprise familiale. En interrogeant neuf personnes occupant des fonctions d'encadrement, les auteurs montrent la dynamique d'appropriation à travers le déploiement de la norme ISO 26000, qui génère des contradictions. Celles-ci ne doivent pas être perçues comme l'indice d'un dysfonctionnement mais elles témoignent simplement de la mise en œuvre du processus d'appropriation. C'est en ce sens que les auteurs qualifient les contradictions identifiées dans la démarche RSE de constructions sociales, issues d'une vision sociocognitive de la RSE. Ils envisagent les tensions comme source d'un processus d'apprentissage organisationnel.

Un axe de recherche en management public traite des tensions publiques (Bartoli et al. 2011 ; Dupuis, 2015 ; Mazouz et al. 2015 ; Banoun et Rochette, 2017). Il s'intéresse à la fois à leur identification et montre leurs impacts sur les pratiques organisationnelles. En questionnant les effets pervers ou les conséquences négatives de l'introduction des indicateurs quantitatifs dans le secteur public ou non-marchand, Bartoli et al. (2001), dégagent au sein des universités (françaises et américaines) des comportements déviants, contre-éthiques, discréditant la légitimité et dégradant la confiance entre les acteurs. C'est en s'intéressant aux tensions chez les dirigeants territoriaux que Dupuis (2015) observe une hybridation des rôles chez ces dirigeants. Cette hybridation des rôles professionnels peut être la solution pour concilier des rôles antagonistes, sources de tensions. Mazouz et al. (2015) et Hudon et Mazouz (2014) questionnent les échecs dans la mise en œuvre des réformes au sein de certains pays de l'OCDE. Ils constatent que ces derniers sont dus à des difficultés lorsque les dirigeants des organisations

publiques tentent de reconfigurer leurs rôles et responsabilités pour s'ajuster aux nouveaux référentiels en vigueur dans les organisations publiques. Selon ces chercheurs, les tensions sont observables à divers niveaux : institutions, organisations, management et des instruments. Banoun et Rochette (2017) dans une recherche consacrée à l'introduction de deux centres de services partagés (HMPS et La Poste), constatent que les nouvelles formes organisationnelles qui se diffusent génèrent des tensions, dont l'origine est l'apparition de logiques de gestion contradictoires. Ils invitent ainsi les gestionnaires au cœur de ces logiques à les concilier en dépassant les désaccords et en mettant un place un dialogue transparent et permanent.

Dans d'autres champs des sciences de gestion tels qu'en management stratégique et en marketing, la notion de tension est peu traitée. La notion est abordée à partir des comportements et des stratégies de gestion de ces tensions par les acteurs concernés (Rivière, 2012 ; Royal et Brassard, 2010). D'autres travaux mettent en évidence les tensions générées par le changement de valeurs et d'identité chez les fonctionnaires (Rochette, 2015 ; Emery et Giauque, 2005 ; Fortier, 2010). **Le tableau n°12** recense les champs disciplinaires de sciences de gestion qui traitent des tensions et les thèmes abordés.

Tableau 12 : Les tensions dans les sciences de gestion.

	Thèmes abordés
Ressources humaines	<p>Tensions, conflits et souffrance au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>NGP et souffrance au travail</i> : Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 ; Codo et Cintas, 2013 ; Bollecker et Nobre, 2011, 2016. ✓ <i>Conduite du changement et rôles</i> : Autissier et Vandangeon-Derumez, 2007 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 ; Alis et Fergelot, 2012. ✓ <i>Nouveaux rôles et compétences</i> : Maltais et Mazouz, 2004 ; Lartigau et Nogueira, 2009 ; Bonnenfant et al., 2011 ; Ben Hassine et al., 2012 ; Dumas et Ruiller, 2013. ✓ <i>Leadership</i> : Habib et Vandangeon-Derumez, 2015. ✓ <i>Motivation et perte de sens</i> : Dahmani, 2015, Fortier, 2013.
Finance/ Comptabilité-gestion	<p>Tensions financières (indicateurs) et impact sur le comportement :</p> <p>Georgescu, 2009 ; Grima, 2010 ; Commeiras et Georgescu, 2011 ; Grimand et al., 2014 ; Mériade, 2016.</p>
Management public	<p>Tensions suite aux logiques contradictoires et leurs effets :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Tensions dans les organisations publiques</i> : Bartoli et al. 2011 ; Mazouz et al. 2012 ; Facal et Mazouz., 2013 ; Hudon et Mazouz, 2014 ; Franchistéguy-Couloume, 2015 ; Mazouz et al. 2015 ; Dupuis, 2015 ; Banoun et Rochette, 2017 ; Bernardini-Perinciolo et Bertolucci, 2018.
Management stratégique	<p>Tensions et stratégies de gestion :</p> <p>Brassard et Royal, 2010 ; Rivière, 2012 ; Burellier et Valette, 2014</p>
Marketing	<p>Tensions et représentations des organisations publiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Valeurs publiques et identité</i> : Emery et Martin, 2005 ; Fortier, 2010 ; Rochette, 2015.

Source : Auteur.

Nous constatons à travers ce tableau que la notion de tension est questionnée dans divers champs disciplinaires avec des approches diverses. Cependant la conduite du changement en ressources humaines et le management public sont les champs qui explorent le plus la notion. Celle-ci malgré les travaux reste floue. Elle est souvent confondue avec d'autres notions telles que la contradiction ou le paradoxe. C'est dans ce contexte que nous proposons de l'investiguer pour clarifier sa définition.

1.1. La tension : une notion vague aux multiples associations conceptuelles.

Les rares recherches qui visent à présenter la tension comme concept proviennent de la sociologie. Les travaux d'auteurs tels que Boltanski et Thevenot (1991) apportent un aperçu conceptuel enrichissant. Toutefois, leurs travaux sont très rarement utilisés dans les travaux en sciences de gestion. Dans ces derniers, on note le flou théorique autour de la tension, en la confondant avec d'autres termes tels que le paradoxe ou la contradiction. Ainsi, il paraît nécessaire de dégager le socle théorique de la tension à travers les travaux en sociologie et de l'éclairer au moyen des travaux en sciences de gestion le nuanciant.

1.1.1. La tension en sociologie ou le compromis.

Selon Boltanski et Thevenot (1991), il existe plusieurs légitimités qui s'affrontent dans une entreprise et qui sont à l'origine d'actions avec des logiques diverses ou contradictoires. Les auteurs expriment la diversité des logiques autour de principes, appelés cités et en dégagent six :

- ✓ *la cité inspirée* : elle désigne le principe de créativité, l'action est alors guidée par la volonté d'innover ;
- ✓ *la cité domestique* : elle renvoie au respect de la tradition et à l'attachement aux règles d'un collectif de travail ;
- ✓ *la cité du renom* : elle vise à la reconnaissance sociale par un système de relations publiques ;
- ✓ *la cité civique* : elle justifie une action par la recherche de l'intérêt général ;
- ✓ *la cité marchande* : elle justifie le recours au contrat commercial ;
- ✓ *la cité industrielle* : elle correspond à une logique de productivité et de performance.

Selon les auteurs, lorsqu'au sein d'une organisation, diverses logiques d'action existent mais se contredisent. Il est nécessaire, pour maintenir la cohésion du collectif, de trouver des accords reposant sur des compromis. Ces derniers introduisent la notion de tension, quand il s'agit d'examiner les disputes, qui impliquent deux protagonistes, à qui il est demandé de se justifier, dans une situation où différents principes d'action se heurtent. Chez ces auteurs, la tension sert à désigner les rapports entre les différentes « cités ». Par exemple, il existe une tension fondamentale entre les « *grandeurs marchandes et industrielles* » que le compromis va atténuer. Il est donc nécessaire de trouver les

modalités de dépassement de l'épreuve au travers de la mise en place d'un « *bien commun qui dépasserait les deux formes de grandeurs confrontées en les comprenant toutes deux* ». Les auteurs font le lien entre la tension et le compromis en affirmant que « *les compromis sont le lieu d'une tension entre les composantes hybrides qui les constituent* (p. 342) *ce qui fragilisent les compromis en raison de la facilité avec laquelle ces derniers peuvent être dénoncés* (p. 345) ». Dans une vision complémentaire à Boltanski et Thevenot (1991) Weber définit la tension comme « *les rapports d'opposition qu'engendrent la rencontre entre des sphères différentes de la vie, ou « ordres de vie* » (M. Weber 1996 : p.411). Dans les travaux des auteurs en sciences sociales, la tension est toujours appréhendée comme une notion car elle manque de soubassements théoriques nécessaires au statut de concept (Steiner, 2017). Il en est de même dans les sciences de gestion.

1.1.2. La tension en sciences de gestion : un concept à éclaircir.

La notion de tension est toujours associée à celles de contradictions et de paradoxes. Ford et Ford (1994) avancent qu'un phénomène peut être considéré comme une contradiction dès lors que des dynamiques et des principes opposés coexistent. Les contradictions font référence à un ensemble de ruptures et d'incohérences parmi ou entre différents arrangements sociaux (Seo et Creed, 2002). Le paradoxe « *denotes contradictory yet inter-related elements-elements that seem logical in isolation but absurd and irrational when appearing simultaneously* » (Lewis 2000 : p.760). Un paradoxe est une contradiction, une situation dans laquelle la contradiction ne peut pas être résolue par le choix d'une option plutôt qu'une autre. Les solutions se rejettent l'une de l'autre. Cela conduit à un raisonnement circulaire sans fin (Perret et Josserand, 2003). La tension est la conséquence à la fois des contradictions et des tentatives de résolution de ces contradictions (Das et Teng, 2000). Les contradictions dans les organisations génèrent parfois des paradoxes, mais dans tous les cas des tensions, peuvent à leur tour éviter aux organisations de disparaître. Les tensions peuvent être définies comme des inconforts résultant de conflits d'idées, de principes ou d'actions (Michaud, 2013). Les contradictions, les paradoxes et les dilemmes sont des phénomènes à la fois liés et distincts qui appartiennent tous à la plus grande famille des « tensions », la tension étant ainsi le terme le plus englobant (Michaud, 2013). Comme le suggèrent Smith et Tushman (2005) « *Organizing inherently involves contradictions. The act of organizing creates distinctions of roles and responsibilities, which must be coordinated and integrated to achieve an overall goal. These distinctions result in contradictions within firms.* » Il est nécessaire d'organiser l'action collective, à travers une cohésion et une coordination des actions pour atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Cela implique de mettre en place des règles de fonctionnement communes, au sein desquelles, les acteurs tentent toujours de développer des stratégies propres en vue de les concilier avec ses propres intérêts (Crozier et Friedberg, 1977). Cette recherche perpétuelle d'une forme d'équilibre entre des forces individuelles et collectives, cette gestion des tensions internes entre les individus et les

groupes soumis à une forme d'autorité constituent le quotidien des organisations (Guedri et al. 2014). Les tensions sont ainsi inévitables et sont donc inhérentes aux organisations. En s'inspirant des travaux de Guedri et al. (2014) qui proposent une clarification des terminologies, Rochette (2016) les illustre d'exemples marquants empruntés au secteur de la santé dans le **tableau n°13**. Qu'il s'agisse de *tensions – paradoxes – contradictions*, nous retrouvons toujours l'idée sous-jacente de forces qui s'opposent, d'acteurs (ou de groupes d'acteurs) se heurtant ou luttant pour des ressources, valeurs ou objectifs (Guedri et al. 2014). Les tensions naissent ainsi d'une opposition entre forces, valeurs, objectifs et principes ainsi que de confrontations entre acteurs organisationnels (Guedri et al. 2014).

Tableau 13 : Clarification conceptuelle sur les tensions.

Termes	Définitions	Application au domaine hospitalier.
Contradictions	Un phénomène est une contradiction lorsque des dynamiques et principes opposés coexistent alors que chacun a un effet opposé. Elles engendrent parfois des paradoxes mais dans tous les cas des tensions.	Les nouvelles pratiques instaurées dans le cadre de la NGP, s'opposant au fonctionnement des OP, qui impliquent d'une part, la responsabilisation et l'autonomie des gestionnaires publics, et d'autre part, un fort contrôle de la hiérarchie.
Paradoxe	Des éléments logiques pris isolément mais devenant absurdes et irrationnels lorsqu'ils apparaissent simultanément. Il est une situation de contradiction présentant un caractère irréconciliable, les solutions se rejetant l'une, l'autre.	La recherche de la rentabilité présente une logique en soi. La plus grande variété possible d'offres de soins pour un hôpital public destinée à offrir sur un territoire donné la prise en charge médicale la plus complète présente aussi une logique de service public. En revanche la rentabilité de l'offre de soins est aberrante et paradoxale, elle repose sur deux logiques s'excluant.
Tension	Elle renvoie à la tentative de résolution des contradictions.	Parvenir à réduire les coûts de prise en charge des patients tout en maintenant une offre de prise en charge la plus complète possible.

Source : Rochette (2016), adapté de Guedri et al. (2014).

La tension s'inscrit dans une perspective dynamique alors que la contradiction et le paradoxe relèvent plus d'une approche statique, du constat d'une incohérence (Rochette, 2016). Les domaines d'expression des tensions sont essentiellement les organisations (intra/inter organisationnelles) aux individus (inter/ individuelles et hiérarchiques). Les tensions s'observent ainsi à travers plusieurs dimensions. Ainsi, les tensions peuvent être observées à travers différents niveaux d'analyse : l'individu, le groupe, le projet ou encore l'organisation (Smith et Lewis, 2011).

1.2. La tension : un concept multidimensionnel.

Guedri et al. (2014) identifient deux perspectives dans les travaux de recherches portant sur les tensions, les contradictions et les paradoxes : une perspective inter-organisationnelle et une intra-organisationnelle.

La perspective inter-organisationnelle rassemble les travaux qui s'intéressent aux tensions issues de la cohabitation d'organisations agissant sur un même territoire. Les tensions inter-organisationnelles ont été identifiées dans l'étude de Balas (2014) qui s'intéresse aux controverses en l'occurrence stratégique (au travers du discours stratégique) autour d'un projet de délocalisation d'un pôle de compétitivité grenoblois. La recherche est issue de son travail doctoral. Balas (2014) tout en identifiant les situations de controverses, démontre à travers son analyse que la controverse est à l'origine de la création d'une pluralité d'interprétations et de récits sur les déterminants de la délocalisation. Le compromis qui émerge de ces débats autour de la logique financière dépend des agencements discursifs et relationnels des acteurs. Dans une situation similaire, Roulet (2015) questionne les paradoxes au sein des banques d'investissement américaines, où des pratiques telles que les bonus ou la prise de risque extrême sont pointées du doigt malgré leur acceptation par une majorité de la profession (Roulet, 2015). Dans les banques d'investissements américaines, l'auteur identifie le paradoxe selon lequel certaines pratiques au niveau du champ institutionnel peuvent être à la fois perçues comme une violation de normes à l'extérieur de ce champ (l'illégalité), et comme un signe d'adhésion pour les autres membres de ce champ (légitimité). En questionnant ainsi les notions de légitimité et d'illégitimité, pouvant générer des tensions, l'auteur prouve que paradoxalement, plus les banques d'investissement sont attaquées par la presse écrite, plus leur légitimité à l'intérieur du champ institutionnel (évaluée par leurs pairs) est renforcée. De cette manière, Roulet (2015) note une contradiction entre les normes sociétales et les normes du champ.

Les travaux portant sur les tensions inter-organisationnelles se scindent en trois parties. Une première partie est consacrée aux tensions entre les unités d'une même organisation. La deuxième partie rassemble les travaux se consacrant aux tensions inter individuelles et hiérarchiques (les opérationnels et les managers). La troisième partie regroupe les travaux portant sur les tensions interindividuelles au sein d'une équipe constituée d'individus avec une culture, des référentiels métiers et des objectifs différents. L'étude de Maclouf et De Fabregues (2015) illustre les tensions au sein d'unité d'une même organisation. Elle questionne la capacité des managers publics à gérer les contradictions issues de logiques de changement sur lesquelles s'appuient les projets de CSP du ministère de la justice. En mettant en évidence les paradoxes autour des projets de Centre de Service Partagés, l'analyse des auteurs a permis de mieux cerner la posture des managers publics et leurs rôles dans la modernisation de l'action

publique. L'étude des auteurs offre un éclairage sur la situation des cadres publics, la manière dont ils vivent et s'approprient les changements. Elle dégage leurs difficultés à faire confiance aux formes émergentes organisationnelles telles que les CSP. Reyes (2013) en se focalisant sur le pharmacien d'officine et sa double identité professionnelle (savoir professionnel de santé et entrepreneur), témoigne également de la présence de tensions inter-individuelles au sein de cette profession. La double identité professionnelle engendre des tensions entre l'obligation d'assumer un rôle commercial pour générer du bénéfice et celle de l'image de professionnel de santé, entraînant une dualité identitaire (Reyes, 2013). Les pharmaciens d'officine décident de passer outre ces tensions en essayant de concilier les deux rôles. Mais dans la plupart des cas, un rôle prend le dessus sur l'autre. Les tensions entre les membres d'une même équipe avec des logiques différentes sont observables dans la recherche de Jacob et Rouzies (2014). Ces auteurs en interrogeant les membres d'une équipe composite, dont les statuts varient et recrutés pour pallier la pénurie de main d'œuvre, observent des tensions inter individus. Celles-ci sont liées à des différences de statuts d'emploi et à l'impératif de coopérer dans l'entreprise. Dans **le tableau n°14**, nous répertorions les deux grandes perspectives de travaux portant sur les paradoxes, les tensions et les contradictions en science de gestion ainsi que des travaux de recherche en lien.

Les travaux énoncés confirment que la question des tensions est large et touche aussi bien les organisations privées que celles publiques. De plus, tous les secteurs d'activité sont concernés. L'analyse des perspectives de recherche fait également ressortir la complémentarité des perspectives. En d'autres termes, les tensions inter-organisationnelles, se situent au niveau macro et méso des organisations (États, institutions et dirigeants au sein d'un même territoire). Elles ne sont pas détachées des tensions intra-organisationnelles (entre unités d'une même organisation, entre individus et niveaux hiérarchiques différents).

Tableau 14 : Les deux perspectives des recherches sur les tensions.

Les perspectives	Les auteurs
Intra-organisationnelles	Balas (2014) ; Noireaux et Poirel (2014) ; Gardet et Gandia (2014) ; Roulet (2015) ; Reyes (2015).
Inter-organisationnelles	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entre unités/ services d'une même organisation</i> 	Bastianutti (2014) ; Maclouf et De Fabregues (2015) ; Cousineau et Damart (2014).
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entre les opérationnels et les managers d'une même organisation</i> 	Legalais et Morales (2014)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entre les individus d'une même équipe avec des logiques différentes</i> 	Jacob et Rouzies (2014)

Source : Auteur, adapté de Guedri et al. (2014).

1.3. Des tensions plus néfastes que bénéfiques dans les organisations actuelles.

Les recherches portant sur les tensions se sont intéressées ces dernières années à identifier l'impact des tensions sur les comportements et les organisations. De ces recherches, nous notons deux tendances : une tendance négative, fortement dominante et une tendance positive, peu majoritaire dans les travaux de recherches.

1.3.1. Des tensions dévastatrices.

La grande majorité des travaux fait état des effets négatifs des tensions sur les organisations et sur les acteurs organisationnels (Surana et Singh, 2013). Selon Jackson et Schuler (1985), les tensions perturbent les relations de travail, dégradent la performance des équipes, conduisent à un moindre investissement dans la vie organisationnelle, amènent à une perception négative du comportement des managers, réduisent la confiance dans l'organisation et génèrent des attitudes défavorables à l'encontre de ceux qui émettent ces attentes contradictoires. En étudiant l'entrée des jeunes diplômés dans l'entreprise, Perrot (1999) montre que la gestion de l'entrée dans les organisations exige de gérer des tensions. En s'intéressant au stress professionnel, Hollet (2002) a étudié les différentes théories organisationnelles du stress au travail. Il souligne la difficulté de l'acteur frontalier ou l'acteur en position intermédiaire à gérer des attentes conflictuelles (entre les attentes de la hiérarchie par exemple le respect des règles et l'atteinte des objectifs et les attentes personnelles) et la difficulté à identifier la façon dont il doit remplir son rôle. Les répercussions du stress engendré par les tensions sont coûteuses à la fois pour le salarié (risques psychosociaux, pathologies de la surcharge), pour l'organisation (pertes de production, coûts de remplacement, accidents professionnels, absentéisme...) et pour la société (arrêts maladies répétés, départs anticipés à la retraite...) (Trentzsch-Joye, 2011). Les tensions perçues ont ainsi des effets négatifs à la fois sur les individus et sur les organisations. Si elles peuvent être potentiellement déstabilisatrices pour les organisations (Jay, 2012), les tensions ne sont pas systématiquement négatives (Lewis, 2000).

1.3.2. Des tensions à l'origine de l'innovation.

D'autres travaux récents en management mettent en évidence les effets positifs des tensions, en s'inspirant des modèles de l'apprentissage et du changement organisationnel. Ils développent l'idée selon laquelle les tensions principalement de rôles peuvent offrir aux managers des opportunités d'augmenter en compétences et en connaissances (Crozet et Desmarais, 2005 ; Mispelblom, 2010). Elles sont indispensables au bon fonctionnement de l'organisation, dans la mesure où elles permettent d'atteindre des objectifs stratégiques multiples (Malo et al. 2013). Dans le cadre de la théorie de

l'activité⁹, Engeström (2001) montre que la division du travail génère des points de vue et des intérêts différents. Ceux-ci génèrent des tensions et des contradictions. Ces contradictions sont entendues comme une source d'apprentissage et de changement pour l'organisation. Confrontés à des divergences d'opinion, les acteurs vont chercher à les dépasser en créant des solutions alternatives, par exemple des groupes de discussions ou d'échanges de pratiques. On retrouve ce point dans les travaux de Boltanski et Thevenot (1991). La divergence des demandes ouvre la voie du choix des moyens d'action et offre l'opportunité d'être acteurs de sa vie professionnelle (Codo et Cintas, 2013) tout en construisant des solutions, qui permettent de gérer ces perturbations.

1.4. La gestion des tensions : une perspective à approfondir dans l'univers public.

La littérature sur les contradictions, tensions, dilemmes et paradoxes a cherché à identifier, caractériser, justifier l'existence de tensions dans les organisations (Guedri et al. 2014). Les recherches oscillent entre l'acceptation et la suppression des tensions. L'acceptation encourage les acteurs à vivre avec cette tension (Clegg et al. 2002 ; Lewis, 2000). Cette dernière est la plus réaliste d'autant plus que les tensions sont inhérentes aux organisations. De ce point de vue, il n'y a point d'organisations sans tensions. C'est dans cette optique que (Poole et van de Ven, 1989) identifient trois modalités de gestion : (1) la séparation, dans le temps ou dans l'espace, des événements ou principes à l'origine de la tension ; (2) l'acceptation, qui passe par un équilibrage des forces en présence et (3) la transcendance, qui vise à synthétiser et ainsi à résoudre la tension. Dans une perspective similaire à la précédente, Lazarus et Folkman, (1984) repèrent les stratégies d'ajustement, qui permettent à l'individu de gérer, maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes menaçant ou dépassant ses ressources. Ces auteurs en distinguent deux types : celles centrées sur le problème (« *problem focused coping* ») et tournées vers l'action pour atténuer les exigences et/ou augmenter ses ressources, et celles centrées sur l'émotion (« *emotion focused support* ») pour tenter de gérer la tension émotionnelle liée à la situation. Dans une perspective d'acceptation de la tension, Bollecker et Nobre (2016) identifient dans les travaux de Poole

⁹ La théorie de l'activité est issue de l'école de la psychologie russe et s'inscrit dans le champ de la théorie culturelle et historique de l'activité, conçue dès les années 1920-1930. En tant que chef de file du courant, Vygotsky (1896-1934) a entraîné dans son sillage plusieurs disciples : Léontiev, Luria et Engeström. Les écrits de Vygotski ont façonné la théorie de l'activité en mettant en évidence le rôle de « médiation » joué par les instruments entre le sujet et l'objet. Engeström (1987) modélisera cette perspective collective de la théorie de l'activité. L'activité, pour Engeström, est un système collectif tendu vers un objet (lui aussi collectif) et guidé par des motivations humaines. L'activité ne se réalise qu'au travers des actions des individus et des groupes qui eux, ont des buts concrets à atteindre et qui sont tournés vers l'action.

et van de Ven (1989), des réactions défensives. Au nombre de six¹⁰, ces réactions correspondent à des comportements, généralement inconscients. Elles ont pour objectif d'échapper aux effets perturbateurs des paradoxes, bien qu'elles n'apportent qu'une réponse à court terme aux tensions contradictoires (Bollecker et Nobre, 2016). Bollecker et Nobre (2016) s'intéressent aux injonctions paradoxales chez les managers de proximité au sein d'organismes de formations publics. Ils mettent en évidence trois stratégies de réduction des paradoxes : l'acceptation, la confrontation et la transcendance. Nous synthétisons ces stratégies dans le **tableau n°15**. Les exemples pour illustrer chacune des stratégies déployées sont issus des situations de travail concrètes dans un service de soins hospitaliers français.

Tableau 15 : Les stratégies de gestion des paradoxes.

Stratégies	Caractéristiques	Exemples
L'acceptation	Il s'agit d'apprendre à vivre avec le paradoxe dans le but d'éviter d'affronter les répercussions en lieu, par peur d'être confronté aux débats, pouvant déboucher sur de nouvelles relations conflictuelles.	À la demande de sa hiérarchie, une cadre de santé hospitalier met en place un indicateur portant sur la durée des transmissions écrites (reporting dans les dossiers patients) or la priorité pour l'équipe soignante est le temps passé au chevet du patient.
La confrontation	Il s'agit de laisser s'exprimer les pôles opposés, dans le but par contre d'encourager les débats et arriver par la suite à une meilleure compréhension du paradoxe.	Ici, il s'agira de recueillir les avis de l'équipe soignante et de la hiérarchie.
La transcendance	Ce mécanisme consiste à considérer les pôles du paradoxe comme interdépendants, plutôt que divergents (Lüscher et Lewis 2008: p229).	Dans ce contexte, il s'agit d'identifier un indicateur qui prend en compte les réalités des deux logiques : gestionnaire et infirmière, en considérant que les deux logiques peuvent cohabiter.

Source : Adapté de Bollecker et Nobre, 2016.

Face à l'ampleur des tensions au sein des organisations publiques, on peut s'étonner que les stratégies de gestion y soient encore peu étudiées. Les recherches en management public se sont massivement intéressées aux effets de la NGP sur les organisations, mais en investissant peu la manière de les gérer. L'identification des habiletés ou des compétences des fonctionnaires, nouveaux managers pour les

¹⁰ **La séparation**, consistant à séparer les deux pôles pour empêcher l'interaction qui est à l'origine de la tension. **La projection**, qui vise à faire porter la responsabilité des tensions liées au paradoxe à un bouc-émissaire. **La répression** est le déni ou le refus de faire reconnaître l'existence du paradoxe. **La régression**, consiste à se replacer dans les expériences passées, trouvées sécurisantes car sans paradoxe. **La hiérarchisation** vise à privilégier l'un des pôles du paradoxe, au détriment de l'autre. **Le compromis** correspond à un équilibre trouvé entre les forces en présence, résultat de concessions.

réduire reste à explorer. Le rôle des managers de proximité dans l'amenuisement de ces tensions constitue un champ de recherche à développer. Cela exige de se questionner non seulement sur les tensions auxquelles ils sont soumis mais aussi leurs habilités à maintenir un certain climat de stabilité à l'intérieur des services dont ils sont gestionnaires. C'est d'autant plus important car les activités du manager de proximité sont soumises à des tensions aussi bien dans les organisations publiques que privées. Celles-ci semblent décuplées dans les organisations publiques.

L'encadrement de proximité est révélateur des tensions liées à la multiplication et à l'augmentation des activités que connaissent les professions intermédiaires dans les organisations publiques. Les mutations internes et externes des organisations publiques font évoluer les activités et accentuent les contraintes des managers de proximité. Chez les cadres de santé hospitaliers par exemple, (Gadéa, 2013) souligne une lourdeur de tâches traditionnelles, due à l'ampleur de leur « *travail d'articulation, de mise en relation entre les logiques des groupes et des personnes* » (Bouret, 2008) : médecins, soignantes, patients, familles, personnels techniques et administratif, travailleurs sociaux, membres de la direction, etc. Leur tâche principale est la gestion des plannings des personnels (infirmières, aides-soignantes, agents de services hospitaliers), mais avec les restrictions budgétaires que connaissent les établissements de santé. La gestion du manque de main d'œuvre devient une tâche ardue et prioritaire pour assurer une certaine qualité de service. Dans la même idée, ces cadres sont contraints de "*jongler*" avec les effectifs, de faire avec "*toujours moins de moyens*" et de "*bricoler*" des solutions pour remplacer les agents absents (Divay, 2010). Aux tâches administratives du cadre de santé hospitalier, s'ajoutent des tâches de gestion, liées aux nouveaux modes de gouvernance en vigueur dans les hôpitaux publics français. Les missions gestionnaires consistent donc en la gestion des entrées et des sorties des patients (taux d'occupation des lits), au suivi de la rentabilité de l'activité du service (durée moyenne de séjour), à l'enregistrement des actes médicaux réalisés (tarification à l'activité), ou encore à la réalisation et au suivi d'enquêtes émanant des ministères ou des agences de tutelles (qualité des soins) (Gadéa, 2013). Enfin, les cadres de santé hospitaliers doivent également représenter l'établissement lors de rencontres, de réunions de travail ou encore de journées d'étude organisées par des partenaires du milieu social et sanitaire. Absorbés par des activités administratives de vérification du respect de standards, de planification d'activité des soignants, les cadres de santé hospitaliers s'éloignent de plus en plus du terrain et de la technique et des équipes, du travail de régulation, des activités essentielles au bon fonctionnement des équipes et du service. Le rôle de relais du discours de la direction est difficile à tenir auprès des équipes lorsqu'ils sont en désaccord avec la politique stratégique et financière (réductions des moyens imposée par la direction). C'est dans ce contexte que les cadres de santé hospitaliers ou managers de proximité sont soumis à des tensions dans l'exercice de leurs activités. Des activités marquées par la diversité et la complexité.

Une gestion optimale de ces tensions permettrait aux cadres de santé hospitaliers de mieux comprendre leur rôle et d'avoir une vision claire de leurs activités. L'identification des divers types de tensions est utile pour repérer les moyens de les gérer. La littérature en sciences de gestion et en sciences de l'éducation apporte des éléments de réponse sur les formes de tensions. Nous mobilisons cette littérature pour déceler les principales caractéristiques de la tension de rôle dans la partie qui suit.

II. Des tensions de rôle anciennes et revisitées.

Se définissant comme le « *sentiment qu'éprouve une personne dans une situation où il lui est difficile, voire impossible, de répondre à toutes ces attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui les formulent* » (Royal et Brassard, 2010; p.27), la tension des rôles provient des travaux de (Kahn et al. 1964) qui se proposent d'étudier les comportements des individus à l'intérieur des organisations, en vue d'avoir une vision globale des relations et des comportements humains en contexte de travail. Issue d'une littérature abondante et ancienne, les travaux séminaux (House et Rizzo, 1972 ; Kahn et al. 1964 ; Rizzo et al. 1970) autour de la notion de TR s'enracinent dans la psychologie sociale. La tension des rôles a pris un fort regain dans les années 1990 dans les travaux francophones (Brunel et Grima, 2010 ; Commeiras et al. 2009 ; Grima, 2000, 2004 ; Loubes, 1997 ; Rivière et al. 2013 ; Royal et Brassard, 2010) et s'intensifie dans les travaux actuels (Djabi, 2014 ; Bollecker et Nobre, 2016) en raison des transformations des organisations, et de l'émergence de nouvelles pratiques managériales. La pression économique et les restrictions budgétaires dans les organisations, non seulement ravivent les tensions chez les salariés mais elles ont également des conséquences négatives sur eux (Jackson et Schuler, 1985 ; Van et al. 1981). La notion de TR est donc de nouveau sur le devant de la scène car elle permet de comprendre les comportements des individus. Cela est utile aux réflexions managériales sur le bien-être des salariés et l'amélioration du fonctionnement des organisations sous tensions. Le modèle de Katz et Kahn (1967) connu également sous la forme de théorie des rôles est de plus en plus sollicité dans les travaux en sciences de gestion et en sciences de l'éducation à la fois anglo-saxons et francophones.

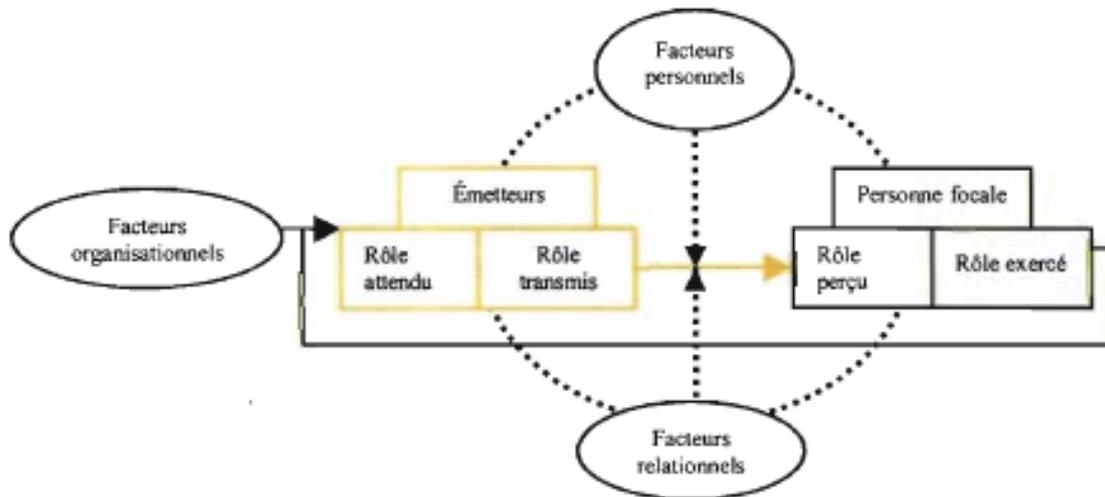
2.1. La TR : une approche prescriptive du rôle.

Katz et Kahn (1967) développent un modèle pour comprendre le comportement des individus dans un contexte fortement formalisé. Ce modèle est une référence lorsqu'il s'agit de s'intéresser à la manière dont les individus se comportent dans des organisations en transformation (Loubes, 1997 ; Perrot, 2001 ; Grima, 2004 ; Bellini, 2005 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 ; Royal, 2007 ; Commeiras, 2009 ; Bollecker et Nobre, 2016 ; Djabi, 2014). Le point de départ de ce modèle est le rôle. La théorie des

rôles (Katz et Kahn, 1967) s'inscrit dans une approche fonctionnaliste du rôle, qui définit le rôle selon deux visions : (1) « *un ensemble des comportements récurrents adoptés par un individu* » et qui s'observe par les activités réalisées ; (2) « *un ensemble d'attentes de rôle : celles émises par les émetteurs au sein d'un groupe interactionnel d'un côté, de l'autre, les attentes de la personne focale vis-à-vis de son propre rôle* ».

Dans la théorie des rôles, un titulaire de rôle ou « *personne focale* » (récepteur) se situe au cœur d'un ensemble d'attentes exprimées par divers émetteurs (attentes de la hiérarchie, des clients, des collaborateurs, des collègues, etc.). Celles-ci sont souvent peu explicites et parfois contradictoires. Il doit s'y adapter (Katz et Kahn, 1967). Ces émetteurs attendent du récepteur des comportements qui constituent des attentes de rôle. Ces attentes de rôle sont communiquées d'une façon comportementale explicite par un émetteur vers un récepteur et constituent le « *rôle transmis* ». Le rôle est toujours associé à une position dans la hiérarchie et il s'observe à travers un ensemble de comportements récurrents, en vue d'atteindre un but prédéterminé. La contribution de chaque membre du groupe est nécessaire à la réalisation du but. Elle entraîne l'expression d'attentes de manière explicite ou diffuse sous la forme de prescriptions, de préférences ou d'interdictions (Katz et Kahn, 1967). Cependant, la personne focale ne subit pas simplement les attentes émises par la hiérarchie et d'autres donneurs d'ordre, elle peut influencer à son tour, le rôle qu'elle doit assumer à travers ses actions. Katz et Kahn (1967) ont développé la notion d'épisode de rôles à travers **le schéma n°2**. Ce dernier schématise les facteurs personnels et relationnels qui agissent et influencent la personne focale et les émetteurs. Les facteurs organisationnels façonnent le rôle au moyen d'attentes formelles et de la socialisation. Ainsi, l'organisation structure les comportements en imposant, de manière explicite et implicite, des normes auxquelles les individus doivent se conformer (Royal, 2007).

Schéma 2 : Le modèle d'épisode de rôle chez Katz et Khan (1967).



Source : Katz et Kahn (1978 : p.196).

Le modèle de Katz et Kahn (1967) distingue plusieurs composantes du rôle chez la personne focale : les rôles exercé, attendu, perçu, transmis, prescrit et préféré. Quatre rôles sont mis en avant :

- ✓ **le rôle attendu** correspond à la définition des tâches prescrites de manière formelle ou véhiculées par le supérieur. Il concerne aussi l'idée que se fait chacun des membres de l'organisation, de ce que doit ou ne doit pas faire la personne focale.
- ✓ **Le rôle transmis** désigne l'émission des attentes, dont la particularité est de varier dans sa forme ou son intensité selon les divers membres de l'organisation. À travers les signaux envoyés, il va créer une pression à la conformité (Royal 2007).
- ✓ **Le rôle perçu** correspond à l'adhésion aux signaux par la personne focale. Dans cette posture, la personne focale juge les attentes d'une part, selon leur légitimité, leur pertinence ainsi que les sanctions ou récompenses qui y sont associées. Elle développe sa propre conception du rôle.
- ✓ **Les rôles exercés** sont des comportements que la personne focale adopte. Ils constituent un retour des attentes émises.

Les rôles mentionnés fonctionnent de façon épisodique et se caractérisent en fonction des différentes situations de travail de l'individu et des attentes qui y sont liées. Ce sont les difficultés dans la transmission ou l'interprétation des différents rôles qui conduisent aux TR. Kahn et al. (1964) identifient trois typologies de TR : les conflits, l'ambiguïté et la surcharge de rôle.

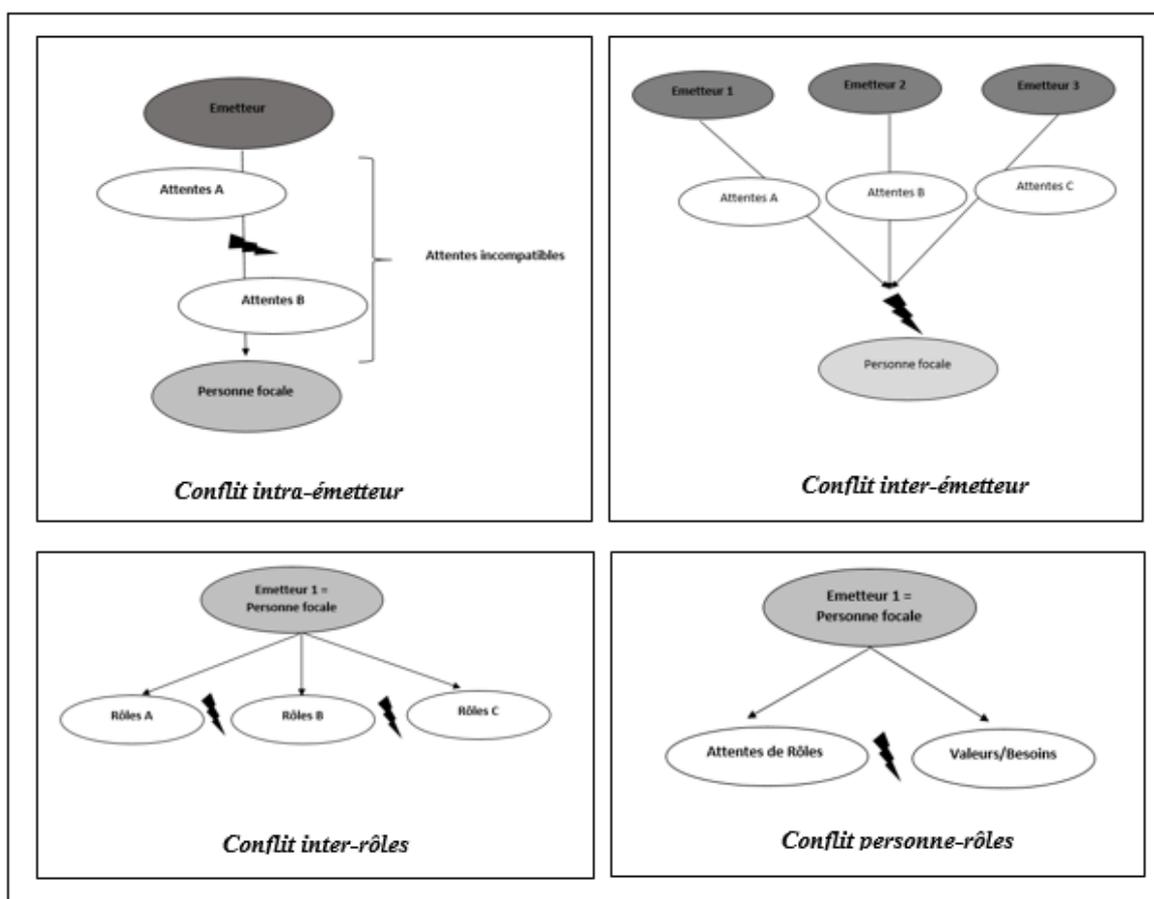
2.1.1. Les conflits de rôle.

Le conflit de rôle est la « *perception de la présence de deux ou plusieurs ensembles de pressions et/ou d'attentes relatives au travail, telle que l'adaptation de l'une entrave celle des autres* » (Loubes 1997 ; p.132). Les conflits de rôle sont « *l'occurrence simultanée d'au moins deux demandes incompatibles relatives au travail demandé* » (Kahn et al. 1964 ; Katz et Kahn, 1967). Les auteurs précités identifient quatre types de conflits de rôle : les conflits intra-émetteurs, inter-émetteurs, inter-rôles et les conflits personne-rôle.

- ✓ **Le conflit intra-émetteur** se produit lorsqu'un même émetteur exprime des attentes qui sont incompatibles entre elles (Kahn et al. 1964), mettant la personne focale dans une situation l'empêchant d'exercer son rôle de manière à satisfaire l'ensemble des attentes à son égard.
- ✓ **Il y a conflit inter-émetteur** lorsque les attentes exprimées par différents membres sont incompatibles entre elles et génèrent comme dans le cas précédent un conflit, une impossibilité de répondre à toutes les attentes de façon satisfaisante. Les individus, qui sont la cible d'attentes issues de groupes internes et externes à l'organisation sont le plus soumis à ce type de conflit.
- ✓ **Le conflit inter-rôles** apparaît lorsqu'un même individu doit tenir plusieurs rôles et perçoit des demandes incompatibles associées à ces différents rôles. Ce type de conflit est présent dans les carrières féminines, où les femmes éprouvent la plupart du temps des difficultés à répondre aux exigences de leur rôle professionnel et à celles de rôle de mère ou de femme.
- ✓ **Le dernier conflit « personne-rôle »** intervient lorsque la personne focale est soumise à des attentes de rôle qui entrent en contradiction avec ses besoins ou ses valeurs personnelles. L'écart entre le rôle exercé et le rôle souhaité est une forme de conflit personne-rôle (Royal, 2007).

Ces conflits sont schématisés dans la **figure n° 4** ci-dessous :

Figure 4 : Les conflits de rôle.



Source : Auteur, adapté de Kahn et al. (1964) ; Royal (2007).

2.1.2.L'ambiguïté de rôle.

L'ambiguïté de rôle se définit comme : « la résultante directe d'un décalage entre l'information disponible et l'information requise pour l'exercice du rôle par la personne focale » (Kahn et al. 1964). Les auteurs identifient deux formes d'ambiguïté de rôle : (1) l'ambiguïté de rôle concernant la tâche et (2) celle associée à la dimension socio-émotionnelle.

L'ambiguïté de rôle concernant la tâche est définie comme : « une incertitude pour la personne focale par rapport aux comportements attendus par les membres de l'organisation » (Katz et Kahn, 1967 ; Perrot, 2001). Il peut s'agir d'un « manque d'information concernant les définitions de l'emploi, ses objectifs et les moyens autorisés pour sa mise en œuvre » (Kahn et al. 1964 : p.94). C'est le sentiment ressenti par un individu qui ne sait pas clairement ce qu'il doit faire, ni comment il doit s'y prendre. L'ambiguïté concerne la tâche de rôles. Elle se subdivise en trois dimensions :

- ✓ *l'ambiguïté concernant ce qui est requis* – il s'agit de l'incertitude relative à l'étendue des responsabilités (cela inclue les droits, les devoirs associés à la position) ;
- ✓ *l'ambiguïté concernant la manière dont ces responsabilités doivent être tenues* – il s'agit donc de l'ambiguïté liée aux moyens mis en œuvre pour répondre à la finalité de l'emploi ;
- ✓ et *enfin, l'ambiguïté qui a trait à l'ordre de priorité* selon lequel la personne focale doit répondre aux attentes des émetteurs de rôle.

L'ambiguïté de rôle dite socio-émotionnelle fait référence à la performance de rôle. Kahn et al. (1964) identifient deux formes d'ambiguïté socio-émotionnelle. La première renvoie à la manière dont la personne focale est évaluée (quels types de comportements sont récompensés, sanctionnés, la nature des récompenses et sanctions, leur occurrence). La deuxième concerne l'incertitude concernant les conséquences potentielles de la performance ou de la non-performance de la personne focale, pour elle-même, pour ses émetteurs de rôle et l'organisation en général. Cette ambiguïté naît lorsque l'individu ne connaît pas les critères d'évaluation de son travail ni les conséquences de cette évaluation.

À la suite des travaux de Katz et Khan, plusieurs auteurs ont préconisé de développer des approches multidimensionnelles de l'ambiguïté de rôle. C'est dans ce contexte que Rhoads et al. (1994), dans la continuité des travaux de Singh et Rhoads, (1991) mettent en évidence une ambiguïté de rôle interne issue du fonctionnement interne et des relations avec les acteurs organisationnels et une ambiguïté de rôle externe, en lien avec l'environnement de l'entreprise (clients et partenaires). Dans la même lignée, Van Sell et al. (1981) distinguent eux, trois composantes d'ambiguïté de rôle : le manque d'information concernant les attentes de rôle, le manque de clarté sur les comportements à adopter et enfin l'ambiguïté relative aux conséquences du comportement.

2.1.3. La surcharge de rôle.

La surcharge de rôle évoquée précédemment fait débat. Elle n'est pas clairement positionnée dans la théorie des rôles. Les travaux les plus anciens l'appréhendent comme une combinaison de conflits inter-émetteurs et personne-rôle (Kahn et al. 1964) ou une facette spécifique des conflits de rôle (Behrman et Perreault, 1984 ; Miles, 1976 ; House et al. 1983 ; Perrot, 2001). Les recherches les plus récentes la conçoivent comme une forme de TR particulière (Commeiras et al. 2009 ; Örtqvist et Wincent, 2006 ; Royal, 2007). En effet, selon Kahn et al. (1964), la surcharge de travail est une forme de conflit de rôle qui peut apparaître lorsque les attentes des émetteurs sont trop nombreuses et excèdent le temps et les ressources disponibles de la personne focale. D'autres auteurs (French et Caplan, 1972 ; Barnett et Baruch, 1985 ; Loubes, 1997) proposent une définition plus claire, pour eux la notion de surcharge est

avancée lorsque les attentes perçues par la focale excèdent le temps et les ressources dont cette dernière dispose sont insuffisantes.

Le tableau n°16, adapté des travaux de Djabi et Perrot (2016) illustre les travaux de recherche qui ont utilisé le modèle de rôles de Katz et Kahn (1967), Kahn et al. (1964) à travers le cadre conceptuel des conflits de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle. Ce tableau confirme d'abord des racines lointaines des TR, ancrées dans la psychologie sociale et que les sciences de gestion se sont accaparées le cadre conceptuel qu'aux alentours des années 1990 par le biais de la thèse de Perrot (1999). Nous constatons également que les TR dans ses trois déclinaisons (conflits, ambiguïté et surcharge) sont inhérentes à toute forme d'organisation à savoir aussi bien les organisations privées que les organisations publiques ou les associations, bien que ce soient dans les organisations privées où elles ont été étudiées au tout début. Effectivement, ce sont les secteurs de la vente (commerce et marketing) (Ford et al. 1975 ; Chonko et al., 1986 ; Singh et Rhoads, 1991) qui ont été les plus investis de travaux de recherche avec une préférence ou une focalisation sur les vendeurs, plus précisément la perception de leurs rôles en situation de travail et les conséquences de ces tensions sur leurs pratiques. Ensuite, quelques travaux ont vu le jour dans le domaine associatif (Beauchamp et al., 2005 ; Sakires et al. 2009) en se concentrant sur la perception du rôle des joueurs, de leurs encadrants bénévoles ou rémunérés et l'impact des tensions ressenties sur leurs activités quotidiennes. Seulement quelques travaux de recherches ont été réalisés dans le contexte des organisations publiques (centres de formation, hôpitaux et collectivités territoriales) avec une dimension à la fois psychologique et gestionnaire. En prenant par exemple le contexte hospitalier, Sawyer (1992) s'est focalisé en priorité sur les ambiguïtés rôle chez le personnel soignant d'un hôpital public psychiatrique, leur manifestation et leurs impacts dans les activités quotidiennes en déployant une méthodologie quantitative. Nous constatons à travers ce tableau que les chercheurs se sont beaucoup intéressés à repérer les TR chez les agents dans diverses configurations organisationnelles, seule une petite poignée s'est focalisée sur les personnes en position frontalière telles que les managers de proximité (Codo et Cintas, 2013). Alors même que les travaux de recherche de Kahn et al. (1964) énonçaient déjà que ces personnes étaient susceptibles d'être soumises davantage aux conflits de rôle: « *a person in a liaison position linking two departments is likely to be subjected to many conflicting role pressures because his role set includes persons in two separate units, each having its own goals, objectives and norms* ». C'est dans ce contexte de déficit de recherche que nous nous concentrons sur l'identification des TR chez les managers de proximité dans le contexte des organisations publiques en s'inspirant du cadre conceptuel de Kahn et al. (1964) et Katz et Kahn (1967) revisité.

Tableau 16 : Les TR de Katz et Kahn (1967) et Kahn et al. (1964) dans la littérature.

Auteurs	Profils interrogés	Secteur d'activité	Formes de TR identifiés
Johnson et Graen (1973)	Nouvelles recrues	Hospitalier (public)	Conflits de rôle Personne focale/pairs Personne focale/supérieur hiérarchique Inter-émetteurs Ambiguïté de rôle Préférences du supérieur hiérarchique Préférences des pairs
Ford et al. (1975)	Vendeurs	Commerce industriel	Conflits de rôle Combinaisons multiples de conflits inter-émetteurs Ambiguïtés de rôle Politiques et procédures de l'organisation Attentes des managers des ventes Attentes des clients Attentes de la famille
Chonko et al. (1986)	Vendeurs	Commerce	Conflits de rôle Personne focale/famille Personne focale/travail Personne focale/supérieur hiérarchique Personne focale/client Ambiguïté de rôle Politiques et procédures de l'organisation Attentes des managers des ventes Attentes des clients Attentes de la famille
Singh et Rhoads (1991)	Vendeurs, promoteurs de vente	Commerce (Marketing/vente)	Ambiguïtés de rôle Organisation (flexibilité, travail, promotions) Supérieur hiérarchique (support social, demandes) Clients (interactions, objections, présentation) Éthique (interne, externe) Famille Collègues Managers d'autres départements
Sawyer (1992)	Personnel soignant en psychopathologies	Hospitalier (Public)	Ambiguïtés de rôle Objectifs du travail Processus de travail
Breaugh et Colihan (1994)	Employés d'un département de production	Département de production d'une grande entreprise	Ambiguïtés de rôle Méthodes de travail Planification Critères de performance
Rhoads et al. (1994)	Vendeurs	Marketing et vente	Ambiguïtés de rôle Aspects internes à l'organisation (organisation et top management, supérieur hiérarchique, collègues, managers d'autres départements) Aspects externes à l'organisation (Clients et famille)
Perrot (2000)	Jeunes diplômés	Enseignement supérieur /entreprises privées	Conflits de rôle Personne focale/travail Personne focale/ensemble de rôle Personne focale/climat Personne focale/accès à l'information Surcharge de rôle

(Suite tableau n°16)

Auteurs	Profils interrogés	Secteur d'activité	Formes de TR identifiés
Beauchamp et al. (2005)	Équipes sportives	Centres de formations sportives (Rugby et Hockey sur gazon)	Ambiguïtés de rôle Entendue des responsabilités Comportements Évaluation de la performance Conséquences au fait de ne pas remplir ses responsabilités
Satires et al. (2009)	Équipes sportives	Associations sportives	Ambiguïtés de rôle Manière d'atteindre les objectifs Étendue des responsabilités Résultats/performance
Bollecker et Nobre (2011 ; 2016)	Manager supérieurs, intermédiaires, de proximité et des agents.	Organismes de formation	Conflits de rôle Conflits inter-émetteurs chez les personnes en position de liaison Conflits inter-rôles (des difficultés à assimiler le rôle d'encadrement)
Codo et Cintas (2013)	Managers de proximité et intermédiaires	Collectivités territoriales	Surcharge de rôle Les managers intermédiaires y sont spécifiquement exposés. Conflits de rôle Conflits individu/rôles chez les managers de proximité (manque de reconnaissance de leurs compétences) Conflits inter-émetteurs entre managers expérimentés et ceux moins expérimentés. Conflits individu/climat Ambiguïté de rôle Absence de clarté liée au champ de responsabilités dans la fonction de manager

Source : Auteur, adapté de Djabi et Perrot (2016).

Comme toute théorie en sciences sociales ou de gestion, la théorie des rôles et ses composantes (conflits, ambiguïté et surcharge de rôles) a été critiquée et revisitée dans les recherches contemporaines.

2.2. Une théorie des rôles critiquée et revisitée.

L'approche des tensions de Katz et Kahn (1967), Kahn et al. (1964) est à la fois plébiscitée et critiquée. Certains auteurs se proposent d'améliorer le modèle. Perrot (2001), cité par Royal (2007) s'intéressent à l'insertion professionnelle des jeunes diplômés. Il analyse plus particulièrement le conflit personne-rôle. Il met en évidence cinq formes de conflits de rôle : l'individu/ensemble de rôle, la surcharge, l'individu/rôle, l'accès à l'information et l'individu/climat. L'individu/ensemble de rôle décrit la manière dont l'individu assume son rôle en inadéquation avec les attentes ou l'ensemble des rôles attendus. La surcharge se traduit par une quantité d'attentes trop élevée pour l'individu. L'individu/rôle, décrit un écart entre les compétences de l'individu et le rôle qui lui est attribué. L'accès à l'information souligne le manque d'informations chez l'individu par rapport à son rôle. Dans le dernier (individu/climat), il s'agit de conflits par rapport au mode de relations qui existe au sein de

l'organisation. La mise en relief par Perrot (2001) de ces formes de conflits de rôle complète celles déjà proposées par Katz et Kahn (1967).

En ce qui concerne l'ambiguïté de rôle, malgré une définition jugée consensuelle, les différentes facettes qui la composent sont encore peu élaborées et donc instables, avec une diversité de dimensions à prendre en compte (Commeiras et al. 2009), qu'invite à ne pas se limiter exclusivement à l'approche bidimensionnelle de Katz et Khan. La proposition de Breugh et Colihan (1994) d'élargir les concepts sur l'ambiguïté de rôle à travers une vision multidimensionnelle va dans ce sens. Les auteurs proposent une autre échelle de mesure autour de trois formes d'ambiguïté : l'ambiguïté concernant la performance, l'ambiguïté concernant les méthodes et les procédures de travail et l'ambiguïté concernant la planification et la séquence des activités ou la programmation des activités. La première forme (ambiguïté de performance) souligne l'incertitude chez l'individu quant aux tâches à accomplir. L'individu y ressent une incertitude quant aux standards à atteindre pour que sa prestation de travail soit jugée satisfaisante. Cette incertitude impacte la performance et la satisfaction au travail. La deuxième forme (ambiguïté de méthodes et de performance) concerne les précisions fournies au regard des façons de faire attendues pour réaliser les tâches qui sont confiées à la personne focale. Elle renvoie particulièrement au manque d'information ou aux imprécisions pour exécuter la tâche. La dernière forme concerne le manque d'informations sur la planification et la séquence des activités, plaçant l'individu dans une situation où il ignore ce qui est prioritaire et quelle importance, par rapport à la durée, il doit accorder à chacune des étapes du travail (Royal, 2007).

C'est en intégrant les travaux de Perrot (2001) et de Breugh et Colihan (1994) que Royal (2007) propose une redéfinition de la tension de rôle. À partir des travaux de Perrot (2001) et de Breugh et Colihan, (1994) ainsi qu'en se fondant sur les orientations apportées par ceux de Katz et Kahn (1967), Royal propose de revisiter la tension de rôle en fournissant de nouveaux éléments de définition répertoriés dans **le tableau n° 17**. Ce dernier identifie les nouvelles dimensions dans la tension de rôle, mises en évidence dans la thèse doctorale de Royal (2007) portant sur l'identification de la tension de rôle chez les directeurs d'école publiques au Canada, que se sont : la surcharge, les conflits de rôle, l'incapacité à remplir les rôles et l'ambiguïté des rôles. La surcharge prend deux formes : une quantitative et une qualitative. Les TR identifiées par Katz et Kahn (1967), à savoir le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle, Royal rajoute l'incapacité des rôles et approfondit les concepts posés par les auteurs séminaux. De cette manière, la surcharge prend deux formes : une qualitative et une quantitative. La surcharge qualitative désigne le sentiment éprouvé par la personne lorsqu'elle ne dispose pas de suffisamment de temps pour répondre à l'ensemble des attentes qui lui sont formulées, à tel point qu'elle n'arrive pas à assumer ses rôles. La surcharge qualitative intervient lorsque la personne se sent fortement

sollicitée et ses rôles sont exercés dans des situations exigeant un investissement cognitif et émotif élevé. Les conflits de rôles sont présents, tels que proposés par Katz et Khan à savoir divisés en quatre formes : (1) entre émetteurs, il s'agit du sentiment qu'éprouve une personne devant satisfaire des attentes venant d'individus ou groupes, exprimant des attentes incompatibles entre elles ; (2) chez l'émetteur, lorsque la personne doit des attentes incompatibles en provenance d'un individu ; (3) entre l'individu et ses rôles, c'est le sentiment d'une personne qui constate que les attentes à son égard sont contraire à ses valeurs et sa propre conception de son rôle ou ses rôles et, (4) entre les sphères de la vie, lorsque la personne éprouve des difficultés à concilier des attentes liées aux rôles dans les sphères de la vie, par exemple des rôles difficilement conciliables entre la vie familiale et la vie professionnelle. L'incapacité à remplir des rôles, est une dimension nouvellement identifiée, n'ayant pas été clairement soulignée par les travaux de Katz et Kahn (1967) mais qui l'est chez Royal (2007). Elle correspond à quatre items : (1) une tension suite à insuffisance de ressources personnelles, se traduisant par le sentiment de la personne qui considère qu'elle n'a pas toutes les ressources personnelles (compétences) pour répondre aux attentes à son égard ; (2) une insuffisance d'informations, prenant forme lorsque la personne juge qu'elle manque d'informations importantes pour exercer ses rôles ; (3) une insuffisance d'autorité, se matérialisant lorsque la personne perçoit des limites dans sa capacité à exercer ses rôles en raison d'un manque d'autorité ou de légitimité ; et (4) une insuffisance technique lorsque la personne estime qu'elle n'a pas les moyens techniques ou les outils qui lui permettent de répondre aux attentes. La dernière dimension concerne l'ambiguïté des rôles, Katz et Kahn à travers en proposent deux dimensions, Royal (2007) trois dimensions : (1) une ambiguïté sur le plan de la performance, qui caractérise le sentiment de la personne qui ne connaît pas ou ne comprend pas les indicateurs ou les objectifs de performance à atteindre ; (2) une ambiguïté sur les procédures, lorsque la personne ne connaît pas ou ne comprend pas les procédures, les règles et les manières de faire, (3) une ambiguïté sur la planification, lorsque la personne ne connaît pas ou ne comprend pas l'ordre de priorité des activités et la prédominance de ses rôles.

Tableau 17 : Les TR selon Royal (2007).

Dimensions	Items	Caractéristiques
Surcharge	Surcharge quantitative	La personne éprouve le sentiment qu'elle ne dispose pas d'un temps suffisant pour répondre à l'ensemble des attentes qui lui sont formulées, de sorte qu'elle n'arrive pas à assumer ses rôles.
	Surcharge qualitative	La personne se sent trop fortement sollicitée lorsque ses rôles sont exercés dans des situations complexes qui exigent un investissement cognitif et émotif élevé.
Conflits de rôles	Entre émetteurs	La personne doit satisfaire des attentes d'autres individus ou groupes qui expriment des attentes incompatibles entre elles.
	Chez l'émetteur	La personne doit satisfaire des attentes incompatibles qui lui sont communiquées par un individu.

(Suite tableau n° 17)

Dimensions	Items	Caractéristiques
Conflits de rôles	Entre l'individu et ses rôles	La personne constate que les attentes à son égard sont en contradiction avec ses valeurs et sa propre conception de ses rôles.
	Entre les sphères de la vie	La personne éprouve des difficultés à concilier des attentes liées aux rôles dans les différentes sphères de sa vie (vie familiale, vie professionnelle, vie personnelle, études...).
L'incapacité à remplir des rôles : insuffisance...	De ressources personnelles	La personne considère qu'elle n'a pas toutes les ressources personnelles (compétences) pour répondre aux attentes à son égard.
	D'informations	La personne juge qu'elle manque d'informations cruciales en lien avec l'exercice de ses rôles.
	D'autorité	La personne perçoit des limites dans sa capacité d'exercer ses rôles en raison d'un manque d'autorité.
	De moyens techniques	La personne estime qu'elle n'a pas les moyens techniques ou les outils qui lui permettent de répondre aux attentes.
L'ambiguïté des rôles : sur le plan...	De la performance	La personne ne connaît pas ou ne comprend pas les indicateurs de performance ou les objectifs financiers à atteindre dans l'exercice de ses rôles.
	Des procédures	La personne ne connaît pas ou ne comprend pas les procédures, les règles et les manières de faire pour exercer ses rôles.
	De la planification	La personne ne connaît pas ou ne comprend pas l'ordre de priorité des activités et la prédominance de ses rôles.

Source : Auteur, adapté de Royal (2007), à partir des travaux de Katz et Kahn (1967), Breaugh et Colihan (1994) et Perrot (2001).

2.3. La TR : identification des tensions et carence de moyens de gestion.

Plusieurs travaux en management public se sont intéressés aux TR (conflits de rôle et ambiguïté, ou l'un ou l'autre) au sein des administrations publiques ont été analysées dans la plupart des cas au niveau des organisations et leurs pratiques internes, les TR sont causées en grande majorité par les réformes. La NGP, conséquence de ces réformes introduit des pratiques marchandes et entrepreneuriales à l'intérieur de la machine publique. Elle précipite l'apparition des TR dans ces organisations. Toutes les organisations publiques et leurs agents sont concernés par ces transformations. Ces agents seraient potentiellement soumis aux TR. Les travaux de recherche portant sur l'identification des tensions soulignent une forte présence de celles de rôles dans certaines organisations publiques telles que les établissements d'enseignement, les administrations territoriales et les hôpitaux publics. La littérature identifie des populations d'agents plus exposées que d'autres aux TR, c'est le cas par exemple, des personnes se trouvant en position frontalière, telles que les managers intermédiaires et de proximité. Rivière (2012), en s'intéressant aux cadres de santé hospitaliers, identifient des TR chez cette population suite à la réforme de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière. Celle-ci introduit une dimension managériale prononcée à leur fonction, idéalement de coordinatrice de soins. Toujours dans le contexte

hospitalier, Dionne et Rhéaume (2008), mettent également en lumière des TR chez des infirmières à qui le législateur attribue de nouvelles fonctions managériales (gestion et contrôle des ressources disponibles), en plus de leur fonction de soins. Codo et Cintas (2013), examinent le lien entre la position hiérarchique et l'exposition au stress chez les managers intermédiaires et de proximité dans le contexte des collectivités territoriales. Elles identifient des conflits et l'ambiguïté de rôles à l'intérieur de ces deux populations, bien que ceux-ci ne se manifestent pas de la même manière. La plupart des travaux en management public portant sur les TR font état d'effets négatifs à travers la perception du stress professionnel chez les agents, ce qui entraîne une baisse de leur motivation, et par ricochet de la performance. Alors même que la NGP prône la performance des administrations publiques tout en valorisant l'autonomie et la responsabilisation des agents. Aujourd'hui, en s'intéressant aux rôles des agents publics, précisément des encadrants situés en position intermédiaire, les chercheurs en management public (Bollecker et Nobre, 2016 ; Mazouz et al. 2015) s'orientent vers des réflexions sur la manière dont les tensions sont traitées. Les stratégies de gestion des tensions font partie des questionnements non résolus portant sur les tensions en management en général depuis plusieurs années. Dans une revue de la littérature portant sur les paradoxes et les tensions, Smith et Lewis (2011), identifient deux postures dans les travaux de recherche. La première repose sur l'acceptation des tensions, c'est le cas des travaux de Poole et Van de Ven (1989). Dans cette approche, les acteurs apprennent à vivre avec les tensions. La deuxième repose sur la résolution de la tension, qui n'implique pas son éradication mais plutôt consiste à mettre en place les conditions pour concilier les avis divergents. C'est dans ce sens que certains chercheurs invitent les dirigeants à mettre en place des parcours de formation pour gérer des tensions (Codo et Cintas, 2013), alors que d'autres identifient des stratégies pouvant être qualifiées d'adaptives chez les agents (Rivière, 2012 ; Dionne et Rhéaume, 2008; Bollecker et Nobre, 2016 ; Albert et al. 2018). Les stratégies de gestion des TR sont en majorité de type discursive ou comportementale (Royal et Brassard, 2010), où l'accent est mis sur la capacité des agents à transformer ces tensions en levier de changement (Bollecker et Nobre, 2011). **Les tableaux n° 18 et 19** résument les travaux de recherche portant sur les TR en sciences de gestion et en sciences de l'éducation, les domaines ayant investi les recherches sur les TR, et mettent en évidence la question de recherche, le terrain étudié, la méthodologie et les apports de la recherche.

Tableau 18 : Les travaux de recherche sur les TR en sciences de l'éducation.

Sciences de l'éducation				
Auteurs	Question de Recherche	Terrain d'études	Méthodologie	Contributions
Clouse (1977) « <i>The perceived role of an administrator in a multidisciplinary</i> »	Quels sont les rôles des administrateurs-chercheurs et des directeurs de	Les centres de recherche et les centres de formations	Analyse qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs auprès	Les directeurs et administrateurs des centres, les coordonnateurs de programmes provinciaux

<i>research, training, and service center within a university structure</i> ». Thèse de doctorat George Peabody College for Teachers.	recherche dans le développement des structures respectives ?	universitaires publics américains.	de 316 administrateurs-chercheurs	et les directeurs du développement communautaire ont des attentes de rôles similaires à celles prescrites par le gouvernement, contrairement aux directeurs de programmes d'études qui s'en éloignent.
Hellawell et Hancock (2001) « <i>A case study of the changing role of the academic middle manager in higher education: between hierarchical control and collegiality?</i> » Research Papers in Education.	Quel est le rôle du cadre intermédiaire en position duale, entre le contrôle hiérarchique et la collégialité ?	Une université du Royaume-Uni.	Analyse qualitative portant sur des entretiens semi-directifs auprès de 14 cadres intermédiaires	Ils confirment la situation complexe des cadres intermédiaires oscillant entre des changements continus, compliquant la tenue de leurs rôles.
Royal (2007) « <i>Le phénomène des TR chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec</i> ». Thèse de doctorat Université de Montréal.	Quels sont les rôles et les fonctions des directeurs adjoints et de quelles manières sont-ils soumis aux TR ?	26 écoles publiques réparties dans 13 commissions scolaires.	Analyse qualitative reposant sur 32 entretiens semi-directifs auprès de directeurs d'adjoints.	Elle décrit de manière exhaustive le travail du directeur adjoint et les tensions auxquels il est soumis, tout en redéfinissant la tension de rôle.
Mutis (2008) « <i>An examination of the role dimensions of the community college department chairperson</i> ». Thèse de doctorat. Chicago : Roosevelt University	Quelles sont les dimensions du rôle exercé par les responsables de département et quelles stratégies déploient-ils face aux TR potentielles ?	Les collèges communautaires américains	Analyse qualitative reposant sur des entretiens et de l'observation des pratiques de 11 responsables de département.	L'auteur souligne que la présence des TR est liée aux multiples attentes. Les responsables de département consacrent plus de temps comme gestionnaire que comme leader et en tant qu'individu, il travaille davantage pour trouver un équilibre entre son travail d'enseignement et son travail d'enseignement. Pour équilibrer les tâches, seules la délégation et la priorisation seraient des pistes intéressantes.

Source : Auteur.

Tableau 19: Les travaux de recherche sur les TR en sciences de gestion.

Sciences de gestion				
Auteurs	Question de Recherche	Terrain d'études	Méthodologie	Contributions
Grima (2004a) « <i>Faire face au conflit de rôle : analyse des stratégies d'ajustement des responsables de formation professionnelle continue (RFPC)</i> » Revue de Gestion des Ressources Humaines	De quelles manières les responsables de la formation professionnelle continue font face aux conflits de rôles ?	Les organismes de formation continue de la région parisienne	Analyse qualitative portant des entretiens directifs auprès de 35 responsables de formation	Il met en évidence 5 stratégies de résolution de conflits de rôles ou stratégies d'ajustements : comprendre, prévenir les difficultés, modifier les attentes de rôle, servir, se dédouaner.
Brassard et Royal (2010) « <i>Comprendre les TR afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés</i> ». Gestion	Comment le supérieur hiérarchique peut-il contribuer à prévenir ou à minimiser les TR et, ainsi, à en réduire les effets nuisibles ?	Les directeurs adjoints d'établissements scolaires canadiens.	Analyse qualitative reposant sur des entrevues individuelles semi-dirigées et des discussions de groupe avec des directeurs adjoints.	Ils suggèrent aux cadres d'analyser de manière soigneuse le poste ou la fonction et capitaliser sur les pistes ou les moyens permettant de réduire considérément les tensions.
Bollecker et Nobre (2011 ; 2016) « <i>Les stratégies de gestion des paradoxes par les managers de proximité : une étude de cas</i> » Recherches en sciences de gestion	Quelle est la nature des conflits de rôle qui s'exerce dans une organisation publique contrainte d'évoluer vers un modèle marchand ?	Trois organismes de formation publics français.	Analyse qualitative : une triangulation des données : des entretiens semi-directifs auprès de 30 personnes (des membres de la direction régionale, des représentants du siège, des clients, des financeurs, des fournisseurs et des usagers).	Les auteurs confirment que les conflits de rôle naissent d'attentes conflictuelles entre des acteurs de l'organisation. Ils invitent les managers à transformer les tensions et paradoxes perçus en levier de changement.
Rivière (2012) « <i>Le cadre de santé, à l'interface entre management et soin : TR et stratégies d'ajustement</i> » Communication au 23ème Congrès de l'AGRH, 12 et 14 septembre, Nancy.	Quelles sont les différentes TR perçues par les cadres de santé hospitaliers et quelles sont les stratégies déployées pour y faire face ?	Centre Hospitalier régional et Universitaire français	Analyse qualitative aux travers de la triangulation des données : observation (10 séances), entretiens semi-directifs (13 cadres de santé) analyse de documents internes.	L'auteure, confirme la présence des TR chez les cadres de santé. Elle identifie des comportements nouveaux chez les cadres de santé. Ces derniers mettent en place des stratégies d'ajustement aux tensions ressenties (activité physique régulière, soutien social, formation, fuite du poste...).

(Suite tableau n°19)

Auteurs	Question de Recherche	Terrain d'études	Méthodologie	Contributions
Codo et Cintas (2013) « <i>Quand le stress envahit la fonction publique territoriale : une recherche empirique auprès des managers intermédiaires et des managers de proximité</i> » Revue Politiques et Management Public.	Quel est l'impact des TR sur l'encadrement intermédiaire territorial ?	Quatre collectivités territoriales françaises	Analyse quantitative par questionnaire auto-administré auprès de 310 fonctionnaires publics territoriaux ayant une fonction d'encadrement.	Exposition des managers intermédiaires à la surcharge de rôle et au stress plus que les managers de proximité. Ces derniers sont plus affectés par le conflit individu-rôle que les managers intermédiaires. Elles suggèrent de mettre en place des actions de formation permettant aux managers en position charnière de mieux gérer les tensions.

Source : Auteur.

Dans les organisations publiques, avec les réformes lancées depuis une décennie, de nouvelles tensions apparaissent. La littérature en management public en rend compte à travers les TGP. Contrairement aux TR, qui trouvent leurs origines dans la tradition des recherches en psychologie sociale, la notion de TGP apparaît. Nous développons les nouvelles formes de tensions qui semblent propres à l'univers public dans le paragraphe suivant.

III. Des tensions de gouvernance publiques nouvelles et à explorer.

Les tentatives de délimitation des nouveaux rôles et fonctions des dirigeants dans le cadre des réformes de la NGP se sont heurtées à des tensions liées à l'imputabilité des Ministres et des Hauts fonctionnaires respectifs (Tiernan et Weller, 2009 ; Wyse et Vilkinas, 2004 ; Morley et Valkinas, 1997 ; Podger, 2007). Ces tensions ont pris la forme de TGP. Centrées sur l'identité professionnelle, les rôles, les fonctions et les responsabilités des managers publics du fait de la transformation de leurs administrations, les TGP se manifestent lorsque les dirigeants des organisations publiques essaient de reconfigurer leurs fonctions, rôles et responsabilités. Cela répond à la nécessité de s'ajuster à « la dynamique inéluctable des valeurs publiques, à l'inertie des structures wébériennes d'organisation, au formalisme des cadres administratifs en vigueur et à (la difficile) appropriation des (nouveaux) outils de gestion » (Hudon et Mazouz, 2014). Hudon et Mazouz (2014) identifient ces tensions en s'intéressant aux effets des réformes (LOLF en France et LAP au Canada) sur les fonctions des managers publics. C'est dans ce contexte que ces derniers identifient quatre formes de TGP : les tensions structurelles, les tensions éthiques, les

tensions managériales et les tensions artefactuelles. Chacune de ces formes de tensions s’observe à des niveaux spécifiques. Hudon et Mazouz (2014) identifient ainsi quatre niveaux d’analyse :

- ✓ **le niveau institutionnel** ; concerne les valeurs, cultures, croyances et les façons de penser des gestionnaires impliqués dans et par l’action publique ;
- ✓ **le niveau organisationnel** ; qui rassemble les structures d’offres en services publics à savoir les écoles, les hôpitaux, les universités, les tribunaux, les casernes, les ministères, les mairies,
- ✓ **le niveau managérial**, qui concerne les règles, les normes, les pratiques, les protocoles et les façons de faire encadrant les activités et actions confiées aux managers publiques. Il concerne le choix des modes et structures organisationnels.
- ✓ **le niveau instrumental**, qui concerne les artefacts dont les gestionnaires publics se servent pour concevoir, définir, décider, planifier, exécuter, contrôler, suivre, mesurer et évaluer à la fois les façons de faire et de penser les activités et les résultats obtenus en rapport avec les objectifs visés et la finalité poursuivie. Par exemple les plans stratégiques, les rapports annuels de gestion ou simplement les tableaux de bord de gestion, constituent des instruments de gestion.

Le tableau n° 20, adapté des travaux de Mazouz et al.(2015) et Hudon et Mazouz (2014) répertorie les quatre TGP, leurs niveaux d’analyse et les liens pouvant exister entre les quatre TGP.

Tableau 20 : Les TGP et leurs niveaux d’analyse.

Types de tensions	Niveaux d’analyse	Caractéristiques	Composantes de la gouvernance publique
ETHIQUE	<i>Institution</i>	Valeurs, croyances et façons de penser	Ministères Établissements publics Agences
STRUCTURELLE	<i>Organisation</i>	Les structures d’offre en services publics (Ex : Hôpitaux, écoles, universités, tribunaux...)	Solidarité Équité Qualité des services. Citoyen-client Performance
MANAGERIALE	<i>Cadre de gestion</i>	Règles, normes, pratiques et protocoles.	Gestion par les résultats Gestion par les objectifs Gestion par programmes Gestion par projets
INSTRUMENTALE	<i>Outils de gestion</i>	Artefacts	Standard de satisfaction Grilles de risques Revue des processus Planification stratégique Plan annuel de gestion

Source : Auteur, adapté de Mazouz et al. (2012), Hudon et Mazouz (2014) et Mazouz et al. (2015).

3.1. Les quatre types de tensions de gouvernance publique.

Nous proposons d'apporter quelques éclairages théoriques sur chacune des TGP identifiées dans la partie qui suit.

3.1.1. La tension structurelle.

La tension structurelle se situe au niveau organisationnel. Elle apparaît lors des choix et des mises en œuvre des structures organisationnelles nouvelles à l'intérieur des administrations publiques, en vue d'améliorer l'efficacité de l'action publique. Dans une politique de réduction budgétaire destinée à accroître les gains de productivité, les organisations publiques se sont lancées depuis près de 40 ans dans une dissolution structurelle (fusions...) ou la création d'organisations spécialisées, avec une gestion par contrats, centrée sur la tâche et sur le renforcement de l'efficacité et de l'efficacité. La nouvelle structuration des administrations publiques apparaît pour justifier des besoins spécifiques d'apprentissage collectif de flexibilité et de leadership, en complément à la question de la performance. Les centres de services partagés par exemple, introduits dans certaines administrations publiques (ex : le ministère de justice) en remplacement des fonctions supports (services ressources humaines et achats) génèrent des tensions dans leur mise en œuvre, à travers la difficulté pour les agents à faire coexister des logiques contradictoires : entre vision gestionnaire et vision bureaucratique, ce qui entraîne des tensions. La mise en place d'un centre de service partagé implique un changement important et radical, qui suscite à la fois des questionnements, sources de tensions chez les gestionnaires publics. Elle déstabilise ceux qui sont contraints d'évoluer vers ces nouvelles formes organisationnelles qui conduisent à des changements structurels (Mazouz et al. 2015). La rupture avec les pratiques antérieures, et la déstabilisation qu'elle provoque, placent les managers publics dans une situation potentiellement délicate (Maclouf et De Fabregues, 2015). L'étude menée par Banoun et Rochette (2017) souligne les tensions structurelles chez les gestionnaires suite à la mise en place d'un centre de service partagé au sein de deux administrations publiques, l'une française (La Poste) et l'autre britannique (HMPS). En questionnant la manière dont ces agents réussissent à concilier les différentes logiques, ces auteurs montrent que l'hybridation peut-être une solution pour résoudre les conflits existants. Cependant, le passage aux CSP génère de nombreuses incertitudes chez les agents quant à ses effets, à tel point qu'aujourd'hui, il est difficile de réaliser des études concluantes sur l'efficacité de ces structures nouvelles dans les organisations publiques (Mazouz et Belhocine, 2002). De plus, les projets de mise en place des centres de services partagés sont la plupart du temps imprécis, ambivalents (Brunsson, 2002) et en inadéquation par rapport à l'organisation (Soh et al. 2000). D'après un rapport de la Cour de Compte en 2011, la maîtrise des opérations est un objectif et une condition pour rentabiliser l'investissement, mais aussi un facteur de déstabilisation des services : tout en mesurant l'ampleur et la

difficulté du projet, et en reconnaissant l'inévitable temps d'adaptation au nouvel outil, la Cour insiste sur la nécessité de rompre avec les procédures et les pratiques anciennes. Ces dernières empêchent de tirer parti de toutes les possibilités (...) et d'atteindre effectivement le niveau de performance qui a justifié le lancement du projet (Migaud et Bertrand, 2011).

3.1.2. La tension managériale.

Comme une conséquence des changements structurels, naissent des tensions managériales. La tension managériale s'observe au niveau des cadres officiels de gestion. Elle repose sur les différences entre un cadre de gestion bureaucratique (traditionnel), axé sur les moyens et procédures, et celui plus entrepreneurial de la gestion par les résultats (Mazouz et al. (2012). La tension managériale s'intéresse aux règles, normes et pratiques qui guident l'activité des gestionnaires publics. Cette activité est régie par de nouvelles règles, normes issues de la NGP. Elles sont une source de tensions chez les agents publics, qui doivent soit légitimer la pratique ou la règle, soit concilier diverses règles, soit réfléchir à de nouvelles méthodes et manières de faire. C'est dans ce contexte que Bertolucci et Pinzon (2015) mobilisent le concept de l'intuition pour légitimer la prise de décision du dirigeant dans des situations d'incertitudes en analysant 8 réseaux territorialisés d'organisations. Dans la même idée, Coblenca et Pallez (2015) soulignent la légitimation des processus organisationnels par les agents, dans le cadre des nouvelles formes organisationnelles qui intègrent une diversité des parties prenantes, en introduisant des pratiques multiples (bureaucratiques et privées) comme dans le cadre de la structure 27^{ème} Région.

3.1.3. La tension éthique.

Les tensions éthiques se sont manifestées d'abord par des préoccupations spécifiques ; opposant les valeurs et le sens attribué à l'action publique et aux modes opératoires que prône la gestion de la performance (Bartoli et al. 2011). Elle s'analyse au niveau institutionnel et découle de la difficile coexistence entre la mission de service public et la quête de la performance publique. Elles sont relatives aux valeurs et aux croyances à l'origine des organisations publiques. Elles renvoient au sens et à la cohérence qui fondent la légitimité de la performance dans le contexte public. Elle amène à réinterroger la place de l'éthique dans les organisations publiques » (Mazouz et al. 2012). En effet, perçues sous l'angle idéologique, des mutations éthiques se sont essentiellement traduites par des questionnements profonds et déstabilisants tant pour les employés et les gestionnaires que pour les structures d'offres en services publics et pour les citoyens-usagers (Mazouz et al. 2015). Le rapport de l'OCDE (2000), intitulé « *renforcer l'éthique dans le service public* » insiste sur la nécessité de redéfinir les valeurs publiques à la suite des évolutions et des restructurations en cours dans ce secteur. L'accent porté actuellement sur la performance et la quête des résultats génère un contexte de manquement à l'éthique. Cela questionne sur ce que recouvre le concept d'éthique.

3.1.3.1. La tension éthique, du concept éthique à la valeur.

Le concept d'éthique est délicat à définir de manière consensuelle (Bartoli et al. 2011). La philosophie grecque d'Aristote le lie aux réflexions sur les comportements humains et les systèmes et valeurs implicites dans leurs interactions avec autrui. L'éthique est dépendante d'un contexte donné de telle sorte que ce qui peut être perçu comme éthique dans une situation pourrait ne pas l'être dans d'autres (Huron et Spieth, 2013). L'éthique englobe certaines valeurs et normes liées au bien-être humain et social, lequel prend ou devrait prendre le pas sur d'autres valeurs ou normes liées à la bienséance, à l'usage, à la loi ou aux intérêts personnels (Bartoli et al. 2011). Elle doit à la fois reposer sur des principes objectifs (lois universelles) et s'adapter aux spécificités locales (les institutions et leurs missions particulières). Par exemple, La Ligue des Droits de l'Homme fixe les normes et les valeurs pour le respect des hommes telles que les principes de zéro discrimination, égalité et démocratie. Les organisations publiques comme les hôpitaux l'appliquent en veillant à ce que chaque patient ait le même traitement médical quel que soit son origine sociale. L'éthique dans l'univers public prend également la forme de valeurs, normes et croyances qui guident l'action publique. Elle fait allusion à un État au service des citoyens et des usagers. Elle se dédie à la défense de l'intérêt général et à la recherche du bien commun. La puissance publique doit pouvoir s'appuyer sur une administration guidée à la fois par le sens du service de l'État et du service au public, tout en respectant la légalité et faisant preuve de neutralité, d'objectivité, de probité et de responsabilité (Bartoli et al. 2011). Elle invite ainsi les agents publics à avoir un comportement exemplaire face aux prérogatives de l'État et ses administrations. L'éthique publique est considérée sous l'angle de la responsabilité des actions individuelles et collectives par rapport aux risques globaux dans et pour la société, ainsi que pour les individus concernés par les décisions et leurs processus (Bartoli et al. 2011). Ainsi l'éthique met en scène une diversité de notions et concepts dont celle de valeur.

3.1.3.2. La tension éthique, un questionnement sur la valeur publique.

La valeur est intimement liée à soi, d'où la difficulté pour la définir (Huron et Spieth, 2013). Il existe plusieurs approches de la valeur. Selon Bozeman (2007 ; p.187) « *une valeur est une appréciation complexe et élargie d'un objet ou d'un ensemble d'objets (où les objets peuvent être concrets, psychologiques, socialement construits, ou une combinaison des trois) caractérisée à la fois par des éléments cognitifs et émotifs, à laquelle on est arrivé après quelques délibérations* ». Elle revêt des significations variées pouvant traduire des préoccupations liées à l'usage, à la justice ou à la norme (Lalande, 2006 : p.1183). La valeur d'usage concerne l'utilité objective d'un bien ou d'un service. Elle se définit par « *le caractère des choses consistant à ce qu'elles sont plus ou moins estimées ou désirées par un sujet ou (...) par un groupe de sujets déterminé* » (Huron et Spieth, 2013). La juste valeur est la

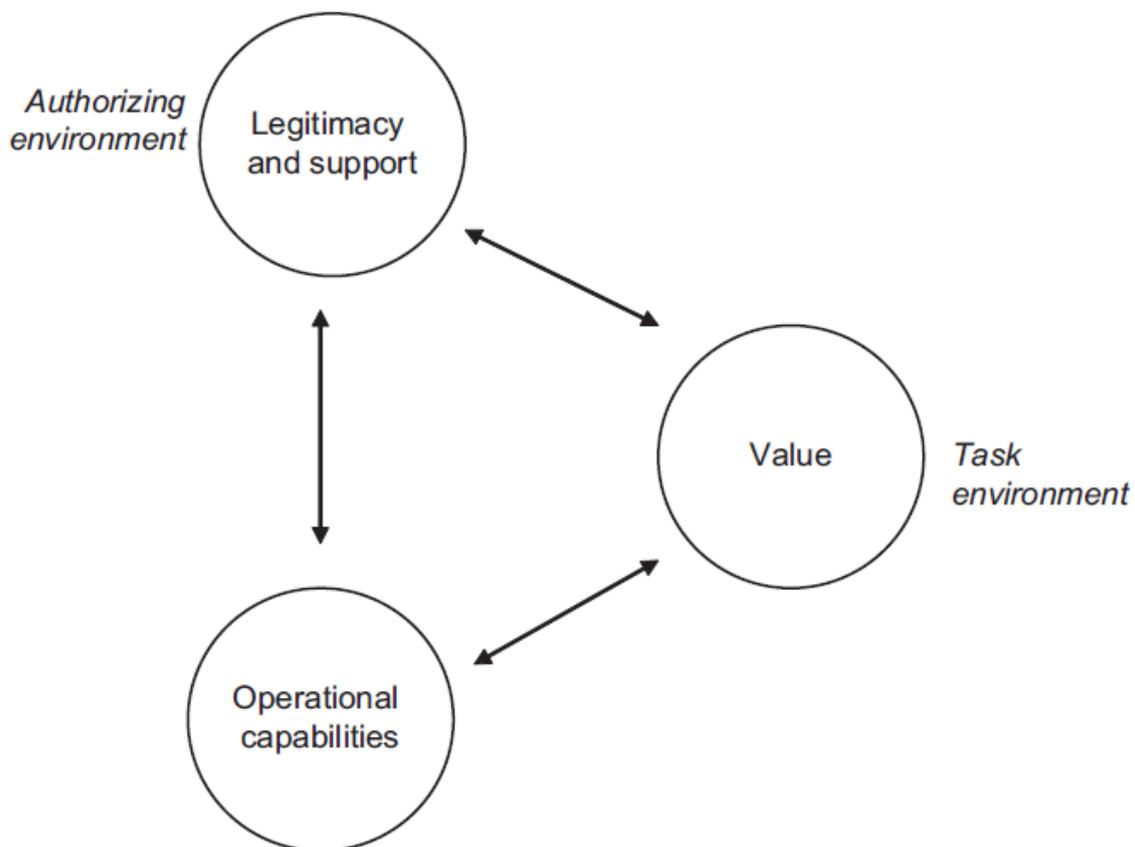
qualité perçue issue de la possession d'un bien, d'un service ou de l'expression d'un comportement. Elle acquiert ainsi la qualité de norme permettant d'atteindre ou d'expliquer un phénomène (Huron et Spieth, 2013). En sciences de gestion, la valeur a été traitée par le biais de la théorie de la valeur. Elle s'apparente à la norme et la valeur d'usage, délaissant la juste valeur (Huron et Spieth, 2013). La question de la juste valeur a été traitée de manière implicite dans les travaux portant sur la valeur publique (Moore, 1995).

Il y a plus de 20 ans que le concept de valeur publique a été mis en évidence par Clark Moore (1995), réactivé par Bozeman (2002, 2003, 2007) puis, Jørgensen et Bozeman (2007). La NGP oriente les projecteurs sur la performance et les principes éthiques. La valeur publique est au cœur des débats dans les travaux en management et administration publique. Les réflexions sur ces valeurs spécifiques sont de plus en plus nombreuses (Alford et O'Flynn, 2009). Malgré une absence de définition stabilisée du concept (Rhodes et Wanna, 2007), des définitions référentes apparaissent dans la littérature. Moore (1995) schématise la valeur publique à travers le triangle stratégique. Selon ce dernier, la production de la valeur publique se fait au niveau de ce triangle, qui met en interaction le cadre légal d'action et de légitimation politique, les capacités de l'organisation (ressources, motivations) et les objectifs stratégiques, comme retracé dans **la figure n°4**. L'interaction entre ces trois pôles crée la valeur publique. Il définit ainsi la valeur publique comme « *l'ensemble des bénéfiques que l'activité des managers du service public permet de produire pour la société* » (Moore, 1995). Elle est l'utilité directe des avantages engendrés par le gouvernement (retombées financières, politiques, sociales, stratégiques, idéologiques et administratives) d'une part, l'impartialité et l'équité de la production et de la distribution du service ainsi que la satisfaction des exigences des citoyens d'autre part Moore (1995 : p.53). En d'autres termes, la valeur publique est identifiable dans la qualité des services rendus, la qualité des relations avec l'habitant et la satisfaction des citoyens (Huron et Spieth, 2013). C'est dans ce contexte que les auteurs identifient trois caractéristiques phares de la valeur publique au sens de Moore (1995) : la confiance, le service et les impacts. La confiance renvoie aux relations entre les citoyens et les élus. Le service est défini par une prestation de haute qualité à un coût maîtrisé. Enfin, les impacts sont assimilables à la réalisation des prestations souhaitées et/ou appréciées.

Bozeman (2007) dans ses travaux et dans la continuité de Moore (1995) apporte un nouvel éclairage aux valeurs publiques. Selon lui, la valeur publique n'est pas simplement un « produit » de l'activité des managers publics mais quelque chose qui existe de latent dans les sociétés (Bozeman, 2007). Les valeurs publiques ne sont pas uniquement les valeurs des organisations publiques et leurs administrations, elles sont construites et véhiculées dans un contexte plus large que ces administrations. Les valeurs publiques émanent du sens commun. Elles sont un construit qui émerge à travers le dialogue et sa confirmation

par la société (Rhodes et Wanna, 2007). Il définit les valeurs publiques de la manière suivante : « *Les valeurs publiques d'une société sont celles qui fournissent un consensus normatif sur (1) les droits, avantages et prérogatives auxquels les citoyens devraient (et ne devraient pas) avoir droit ; (2) les obligations des citoyens envers la société, l'État et entre eux; (3) et les principes sur lesquels les gouvernements et les politiques devraient être basés* » (Bozeman, 2007 : p.13). Dans ce contexte, c'est l'adéquation et les valeurs publiques d'une société qui légitime l'intervention publique (Huron et Spieth, 2013). Dans le sens des travaux de Bozeman (2007), Alford et O'Flynn (2009b) identifient trois perspectives à la valeur publique : (1) un plus large spectre de valeurs que les biens publics, (2) plus que des ressources et (3) des éléments qui font sens de manière plus large plutôt que ce que le décideur public estime être un bien pour chacun.

Figure 4 : Le triangle stratégique de Moore (1995).



Source : Moore (1995).

Toutefois, la valeur publique ne fait pas consensus. Alors que dans certains travaux, la valeur publique est liée aux organisations publiques, d'autres recherches dont celles portées par Bozeman (2007) et Jørgensen et Bozeman (2007) situent la valeur publique dans un contexte plus large que les organisations

publiques, comprenant la société entière, composée de citoyens régis par des normes et des lois universelles. Pour Emery et Martin (2008), la valeur publique est aussi repérable au sein des organisations privées.

En questionnant les représentations des valeurs publiques chez les agents publics suisses, après une reconfiguration des administrations, Emery et Martin (2008) montrent que les valeurs traditionnelles liées à la bureaucratie sont toujours présentes mais une autre catégorie apparaît. Celles liées au monde marchand, issues des entreprises privées. Soulevant des questionnements théoriques comme son opérationnalisation, le concept de valeur publique souffre également d'un déficit de travaux empiriques, rendant délicat l'identification de la tension éthique. Cette tension a toutefois été sollicitée dans les travaux de Bartoli et al. (2011) ou Chomienne et al. (2011) dans le secteur de l'éducation précisément l'enseignement supérieur. Ceux-ci questionnent la manière de concilier les principes éthiques et les objectifs de performance dans les organismes de recherche académique (INSERM, CEA, laboratoires de recherche) pour (Chomienne et al. 2011) et la recherche universitaire pour Bartoli et al. (2011).

3.1.3.3. La tension éthique et l'ethos public : entre pratiques et quête de sens.

Empruntée à la sociologie et d'origine grecque, la notion d'ethos revêt plusieurs significations. Orthographié éthos (ou êthos), le terme vient du grec ancien ἦθος qui, dans un sens premier, désigne le « séjour habituel, lieux familiers, demeure » ou « *coutume, usage* », « *manière d'être ou habitudes d'une personne, caractère* », « *disposition de l'âme, de l'esprit* », « caractère de la cité » et, par extension, les « mœurs » (Bailly, 1950 : p894). Orthographié êthos (du grec ἔθος), il a une acception similaire à celle d'èthos, mais recouvre plus spécifiquement la coutume et l'usage (Bailly, 1950: p581). Le sens le plus souvent attribué à la notion d'ethos dans les sciences sociales dérive plutôt de sa signification de sens commun, le « caractère » et les mœurs, voire de son sens archaïque de « manière d'habiter » (Bédard, 2015). Pour les sociologues (Weber, 1964 ; Bourdieu et Passeron, 1970 ; Bourdieu, 1978 ; Remy et al. 1978 ; Elias, 1998) qui ont contribué à sa conceptualisation, l'ethos est lié aux activités, aux valeurs et aux comportements des acteurs encastrés dans une réalité socialement définie. Par exemple Bourdieu conceptualise l'ethos de classe (sociale) qu'il définit comme « Le système de valeurs implicites que les gens ont intériorisées depuis l'enfance et à partir duquel ils engendrent des réponses à des problèmes extrêmement différents (Bourdieu 1978: p228). Les sociologues identifient plusieurs formes d'ethos. De cette façon, il n'existe pas une seule pratique mais plusieurs, enrôlées dans diverses réalités sociales, liées aux positions occupées dans la société. Pour Remy et al. (1978), l'ethos et les différences d'ethos n'ont pas pour origine des facteurs psychologiques ou individuels, mais bien des facteurs collectifs liés « aux différences d'insertion qui expliquent les différences de pratiques ». Ces derniers conceptualisent ainsi l'ethos de position (sociale) en résonance avec l'ethos de classe de Bourdieu. Chaque position est

socialement située et est porteuse d'une disposition psycho-affective, éthique et cognitive à appréhender le possible, le normal et le désirable (Fusulier, 2011). L'éthos recouvre à la fois cette disposition et son actualisation contingente qui donnent sens et forme à des pratiques/comportements (une matrice de comportements). Il est dès lors considéré comme "un principe organisateur de pratiques" (Fusulier, 2011). Il désigne l'espace des valeurs, « *l'esprit* », le « *lieu éthique* » de la pratique, non dépourvu d'une certaine rationalité qui permet l'adéquation entre cette pratique et le monde, tel qu'il est vu par celui qui agit (Bédard, 2015).

Conceptualisé comme le lieu des pratiques et des valeurs qui définissent le comportement des acteurs, se traduisant dans la manière d'appréhender la vision du monde, l'éthos apparaît de plus en plus dans les travaux en sciences de gestion. Les gestionnaires se sont emparés du concept en vue d'identifier les perceptions des acteurs dans des situations de transformations de leurs organisations. Des mutations qui impactent également leurs métiers, leurs rôles et leurs activités, comme c'est le cas dans le contexte des organisations publiques actuelles. Dans le contexte des organisations publiques, cet éthos se mue en éthos public ou éthique de la fonction publique (Rayner et al. 2011). L'éthos public se définit comme « un mode de vie qui comprend un ensemble de valeurs détenues par l'individu, ainsi que des processus et procédures organisationnels qui façonnent et sont façonnés par ces valeurs » (Rayner et al. 2011 : p 29). Il est un système de croyance qui peut expliquer « pourquoi » les individus sont motivés par elle, « comment » ils fournissent des services publics conformément à ses valeurs et « quels sont les buts » qu'ils perçoivent comme une approbation » (Rayner et al. 2011 : p 30). En résonance avec les changements dans les organisations publiques, le concept d'éthos public est utilisé dans les travaux de recherche en sciences de gestion et sciences des administrations en vue de comprendre la manière dont les acteurs s'adaptent ou en contestent les nouveaux comportements prescrits (Fortier et al. 2016). La plupart des disciplines des sciences de gestion investissent le concept de l'éthos public. À l'instar des ressources humaines, où l'éthos est lié à des questionnements sur la motivation (Chanlat et Duveillier, 2003 ; Rayner et al. 2011 ; Hondeghem et Vandenaabeele, 2005) de leadership (Denhardt et Campbell 2006) et pertes d'identités et sens au travail (Rondeaux et al. 2007 ; Fortier, 2013). D'ailleurs, la grande majorité des travaux s'inscrit dans le champ des ressources humaines, qui questionnent de plus en plus les professions et leurs changements. D'autres travaux qui s'inscrivent dans le champ de la stratégie s'appuient sur le concept d'éthos en vue de comprendre la manière dont les acteurs s'adaptent ou pas aux transformations de leur environnement (Emery et Giaouque, 2005 ; McDonough, 2006 ; Fortier, 2010). Dans cette perspective, le changement entraîne de nouvelles pratiques qui sont en contradiction avec les schémas de pensées et les valeurs des acteurs à qui il est demandé d'intégrer de nouvelles logiques (Vigour, 2008). Dans certains travaux en stratégie, l'objectif des auteurs est d'éclairer sur les injonctions paradoxales et les stratégies déployées par les acteurs en vue d'y faire face (Fortier, 2010b).

En intégrant les notions de bien commun et de participation citoyenne, l'éthos public est également lié à des questionnements en termes de gouvernance (Brereton et Temple, 1999 ; Hogget, 2005 ; Chhotray et Stoker, 2008 ; Fortier et al. 2016). Dans cette perspective (Fortier, 2010b) le définit comme « une dynamique sociopolitique caractérisant une réalité collective, dont les dispositifs de pouvoir—conçu comme relationnel—sont orientés vers une finalité démocratique et une éthique du bien commun fondant la spécificité de l'action publique ».

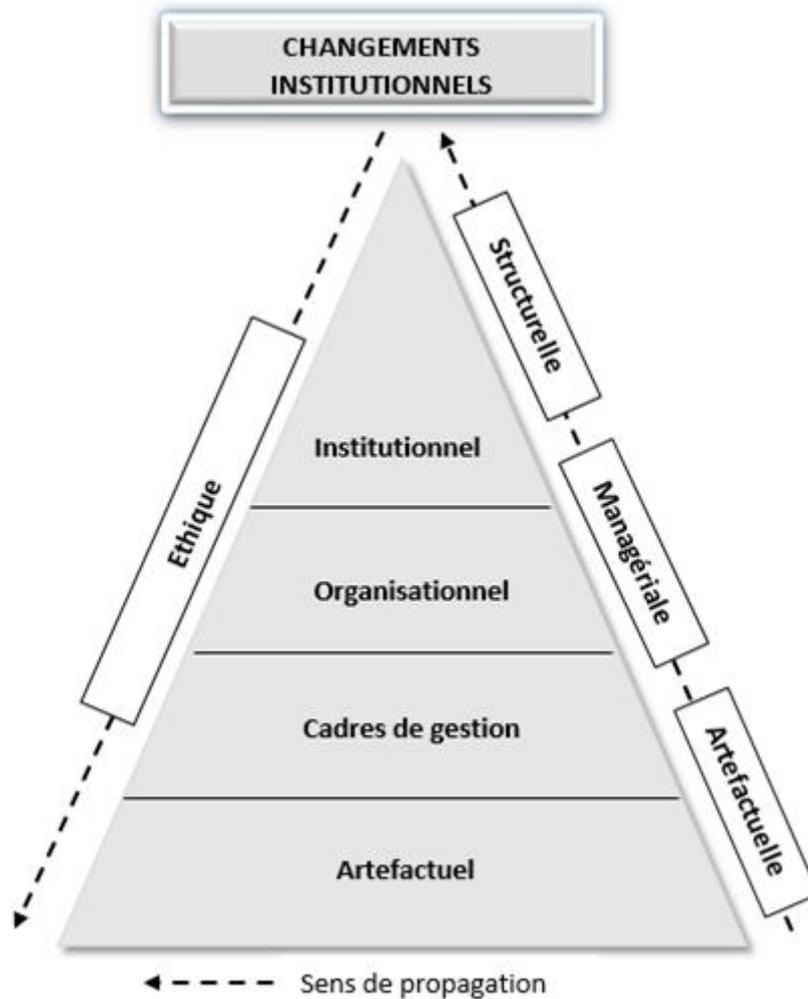
Les travaux autour de la valeur, la valeur publique ou encore l'éthos public sont en consonance avec les modèles alternatifs de gestion des organisations publiques : la NGoP et l'ANGP. Les constats de dégradation des conditions de travail effectués suite à l'introduction des notions de performance dans les organisations publiques, ont engendré de nouveaux schémas de pensées. Les travaux actuels incitent à une nouvelle vision des organisations publiques, qui œuvrent pour le bien commun de ces usagers et de ses agents passe par un discours axé sur les valeurs au sens large. Ces valeurs publiques sont facteurs de motivation pour les agents publics spécialement ceux occupant des fonctions managériales. Elles permettent de redonner du sens aux actions en contexte de transformations des organisations. Ainsi, cette notion d'éthos semble encore aujourd'hui pertinente, particulièrement en regard de son potentiel analytique à lier l'étude des pratiques et celle des valeurs, dans une considération conjuguée de la liberté d'un sujet individuel et de son rattachement à des représentations socialement constituées (Bédard, 2015).

3.1.4. La tension artefactuelle.

Située au niveau instrumental, la tension artefactuelle naît de la difficulté de concilier les instruments qui mettent l'accent sur le résultat (la logique managériale) et des instruments qui encadrent les règles et les moyens (la logique bureaucratique) (Laufer et Burlaud, 1980). Cette tension se rapporte aux « *artefacts dont les gestionnaires publics se servent pour concevoir, définir, décider, planifier, exécuter, contrôler, suivre, mesurer et évaluer à la fois les façons de faire, et de penser les activités et les résultats obtenus par rapport aux objectifs visés et à la finalité poursuivie* » (Mazouz et al. 2015). Ces instruments, empruntés au monde marchand, peuvent être formels (comptabilité, plan stratégique, plan marketing, gestion prévisionnelle des compétences et des carrières, calcul des coûts, etc.) ou informels (techniques sociales telles que les techniques de motivation, de participation). Ils sont centrés sur les résultats ou les règles et les moyens (Rochette, 2015). Crémieux et al. (2012) interrogent les médecins chefs de pôles et les chefs de services pour comprendre la façon dont ils s'approprient le Compte de Résultats d'Exploitations Analytiques (CREA) avec la mise en place de la Tarification à l'Activité dans les hôpitaux publics français. Ils constatent qu'il y a deux formes contradictoires d'usages de la mesure, qui génèrent une tension artefactuelle. Un point développé dans le travail doctoral de Georgescu (2009).

Les TGP présentées peuvent être générées par des changements opérés et initiés au niveau institutionnel (Mazouz et al., 2015). Les tensions éthiques se propagent du haut vers le bas, car elles sont liées aux changements institutionnels prônés par la législation à appliquer dans les structures respectives, initiées par les décideurs institutionnels ou politiques, externes à l'organisation. Dans cette optique, la tension éthique serait perçue par les élus et les décideurs politiques. Alors que les autres formes (structurelle, managériale et artefactuelle) se propagent du bas vers le haut (Mazouz et al., 2015) et apparaissent lors des transformations initiées ou subies par les organisations publiques. Ces dernières seraient donc perçues par les agents à l'intérieur des organisations, de la production au niveau hiérarchique. La tension artefactuelle, issue des débats contradictoires autour de l'utilitarisme par opposition à une gestion de la performance axée sur les résultats de l'action publique (Mazouz et al. 2012), se propage à travers les trois autres niveaux de la gouvernance publique (institutionnel, organisationnel et cadre de gestion). De même, les incompatibilités dans les programmes de réformes au sein des structures organisationnelles et des cadres de gestion causent à leur tour des tensions structurelle et/ou managériale qui se propagent aux autres niveaux (institutionnel et instrumental) (Mazouz et al. 2012). **La figure n°5** illustre le sens de propagation des TGP à travers les différents niveaux d'analyse. À la lecture des différents niveaux de propagation, ces tensions peuvent être observées au niveau macro (les institutions publiques et les réformes qui influencent leurs modes de gouvernance), au niveau méso (par exemple dans les hôpitaux publics, où les directeurs tentent d'appliquer les ordonnances liées à ces réformes) et au niveau micro (les services hospitaliers où les managers tentent traduire aux équipes les changements initiés par les réformes). Les TGP pourraient impacter les différents niveaux hiérarchiques.

Figure 5 : Les niveaux de propagation des TGP.



Source : Auteur, adapté de Mazouz, et al.2012.

3.2. Les TGP dans la littérature en management public : des pistes restantes à explorer.

Les quatre TGP ont été abordées dans la littérature en sciences de gestion. Certaines sont plus étudiées que d'autres : les tensions éthiques et les tensions managériales. La NGP et ses principes fondés sur l'introduction des mécanismes de marché au sein des organisations publiques a changé la façon de concevoir les organisations publiques. Avec une vision de l'organisation, désormais axée sur les résultats, l'éthique et la valeur publique ont été relayées au second plan. Pour limiter les effets négatifs causés par la NGP, une autre gestion des organisations publiques a vu le jour, comme cela a été vu. Cette approche place l'éthique ou la valeur publique, comme remède aux maux causés par la NGP. Cela peut expliquer la multiplication de travaux autour de la tension éthique et recentre ainsi l'attention des chercheurs et des dirigeants publics autour de l'éthos public (Bartoli et al. 2011 ; Chomienne et al. 2011 ; Tabi et Verdon, 2015). Avec la mise en place des mécanismes de contrôle au sein des organisations

publiques, ces dernières se sont rapprochées du fonctionnement des entreprises privées (nouvelles règles, procédures et façons de faire). De nombreuses organisations publiques ont vu leur fonctionnement changer et évoluer, donnant naissance à de nouvelles formes de gestion. La tension organisationnelle a très vite trouvé un intérêt chez les chercheurs en sciences de gestion et les dirigeants, qui observent différentes logiques d’actions chez les gestionnaires publics (organisation bureaucratique contre organisation privée) (Bertolucci et Pinzon, 2015; Coblenze et Pallez, 2015). Les deux autres tensions de gouvernance (structurelle et managériale) ont été les moins étudiées dans la littérature en sciences de gestion. De plus, certaines recherches portant sur les tensions managériales peuvent intégrer des tensions structurelles. Les travaux de recherche portant sur la tension artefactuelle font appel au concept d’appropriation (Vaujany, 2006), en l’occurrence l’appropriation des nouveaux outils de gestion, introduits par le biais de la NGP. L’appropriation repose sur l’interaction entre les acteurs et les outils. Après un premier travail de conception, l’outil est approprié par un ou plusieurs acteurs qui le forment, le déforment, l’interprètent. Dans cette optique, il peut exister une diversité d’usages de l’outil de la conception à l’utilisation entre les différentes parties prenantes (concepteurs, utilisateurs...). L’hétérogénéité dans l’utilisation de l’outil, liée à la manière dont les acteurs se l’approprient, génère des tensions artefactuelle (Crémieux et al. 2012 ; Meriade, 2016). L’engouement autour du rôle des instruments dans la conduite du changement et leur détournement (Moisson, 1997) ainsi que celui de support d’apprentissage est récent mais semble être un terrain de recherche très prometteur tant cette question est prégnante.

Les TGP identifiées dans la littérature en sciences de gestion ont été repérées dans **les tableaux n°21, 22, 23 et 24**. Ceux-ci reprennent la question de recherche des auteurs, le cadre théorique mobilisé, le terrain d’études, la méthodologie déployée et les contributions, pour un repérage des sujets traités.

Tableau 21 : La tension structurelle dans la littérature en sciences de gestion.

Auteurs	Question de Recherche	Cadre conceptuel et /ou théorique	Terrain d’études	Méthodologie	Contributions
Emery et Martin (2008)	Quelles sont les représentations et les valeurs des agents actuels suite à « l’après-fonctionnariat ? »	Les concepts d’identité, de valeurs publiques et l’économie de la grandeur	Administrations publiques suisses fédérales, cantonales et communales	Analyse qualitative 63 entretiens semi-directifs auprès d’agents publics suisse, non impliqués dans les processus décisionnels	Une hybridation des valeurs confirme l’idée selon laquelle les agents publics sont confrontés à une crise de leur identité : prenant la forme : une tension de nature éthique.
De Fabregues et Maclouf (2015)	De quelle manière les managers publics gèrent-ils	Le concept de changement organisationnel	Les fonctions partagées au sein du Ministère de la Justice française.	Analyse qualitative Triangulation des données (19 entretiens semi-directifs auprès de	Éclairage sur la manière dont les managers publics s’approprient le changement. Ces derniers opèrent un changement planifié et

	les contradictions potentielles entre les logiques de changement inhérentes aux projets de CSP ?		directeurs de fonctions supports, directeurs d'antennes régionales, chefs de projets, sous directeurs et agents de facturations ; 35 demi-journées d'observations et analyse documentaire).	de délibéré, dont ils ne font pas confiance, et refusent d'engager des ressources sans garanties suffisantes.	
Banoun et Rochette (2017)	Quelles sont les logiques que doivent concilier les gestionnaires lors de l'introduction d'un centre de service partagés ainsi que les tensions générées ?	L'économie de la grandeur.	Deux centres de services partagés : HMPS (structure gouvernementale britannique) et La Poste (entreprise publique)	Analyse qualitative entretiens semi-directifs conduits auprès du personnel de direction (directeurs, responsables fonctionnels), et « opérationnel » de CSP et de clients internes. 21 heures (La Poste) 29 heures (HMPS)	Confirmation de tensions managériales suite à l'introduction des centres de services partagés. Mise en évidence des habilités des agents à dépasser les désaccords tout en insistant sur la nécessité de dialoguer entre les différentes parties prenantes.

Source : Auteur.

Le tableau ci-dessus indique que la tension structurelle a été étudiée aussi bien dans les administrations publiques françaises qu'étrangères. Les chercheurs qui s'y sont intéressés ont fait appel à divers cadres théoriques : la valeur, le changement organisationnel et celui de l'économie de la grandeur, en vue de caractériser les deux cités qui s'affrontent en contexte de changement organisationnel. Il y a toutefois, une prédominance de l'usage des méthodologies qualitatives en vue de déceler les perceptions des tensions chez les acteurs interrogés. De ce fait, les entretiens semi-directifs semblent les plus déployés. Ce sont généralement les dirigeants d'organisations publiques, quelques responsables fonctionnels et agents qui sont interrogés et qui confirment la présence de TGP au sein de leurs organisations. Ces derniers tentent de les atténuer par divers moyens notamment des tentatives d'hybridation des deux visions : la vision managériale et la vision bureaucratique. Le dialogue entre les différentes parties prenantes en tensions est aussi présenté comme une solution pour apaiser les conflits et améliorer l'exercice des activités. En somme l'analyse de ces tensions fait ressortir un réel questionnement non seulement sur la manière dont les managers publics tentent de concilier les différentes logiques auxquelles ils sont soumis mais aussi sur les conséquences du changement identitaire sur leurs pratiques professionnelles, à savoir de nouvelles représentations et valeurs.

Tableau 22 : La tension managériale dans la littérature en sciences de gestion.

Auteurs	Question de Recherche	Cadre conceptuel et /ou théorique	Terrain d'études	Méthodologie	Contributions
Grenier et Bernardini-Perinciolo (2015)	Quelles sont les habilités du manager hybride pour soutenir ses équipes dans un environnement pluri-institutionnel contesté ?	Les concepts d'hybridation et de leadership	Le pôle gynécologique d'un centre hospitalier public français.	Analyse qualitative 25 entretiens semi-directifs : du médecin chef de pôle à l'équipe soignante (chefs de service, cadres de santé, infirmières, sages-femmes, gynécologues, pédiatres). étude de cas unique.	Une hybridation à la fois professionnelle et institutionnelle comme stratégie pour réduire les tensions naissant des différentes logiques.
Bertolucci et Pinzon, (2015)	Quels sont les facteurs qui agissent sur l'intuition dans les processus décisionnels individuels des managers ?	Le concept d'intuition	8 réseaux territorialisés d'organisations	Analyse qualitative triangulation des données (12 entretiens semi-directifs avec des membres des équipes de pilotage de 8 RTO, séances d'observation et une analyse documentaire. Étude de cas multiples	Les résultats montrent que ce sont les normes de gouvernance et leur traduction par le directeur qui favorisent ou inhibent l'emploi de l'intuition dans le processus de décisions.
Coblence et Pallez, (2015)	Les fonctionnaires sont-ils parties prenantes de ces nouvelles démarches et si oui, comment s'en approprient-ils ?	L'usager et les techniques du design de services s'enracinant dans les travaux autour de la socio matérialité.	La 27e Région, un laboratoire expérimental de transformation publique des régions de France.	Analyse qualitative triangulation des données : observation participante, 15 entretiens semi directifs avec les acteurs de la 27 ^{ème} région (sociologue, designers, fonctionnaires et gestionnaires locaux) et analyse documentaire.	Confirmation de la présence de formes d'innovation publiques. Leurs caractéristiques sont au cœur des pratiques des gestionnaires, mêmes si ces derniers ont des difficultés à appréhender ces nouvelles pratiques.

Source : Auteur.

Tout comme la tension structurelle, la tension managériale est présente dans les organisations publiques, à la lecture du tableau ci-dessus. Les auteurs qui s'y sont intéressés, l'ont questionné à travers principalement des approches conceptuelles, telles que le concept d'hybridation, de leadership, d'intuition. Cette tension managériale a été repérée aussi bien chez les dirigeants des organisations publiques que chez les managers de proximité par le biais de méthodologie qualitative avec ou sans

triangulation des données. Parmi les questionnements des chercheurs, nous retrouvons également la capacité des acteurs à concilier les différentes logiques auxquelles ils sont soumis, étant sources de tensions mais aussi la manière dont ils s'approprient les nouvelles règles et instruments imposés. Les résultats des travaux de recherche mentionnés ci-dessus indiquent aussi la mise en place de mécanisme d'hybridation afin de gérer les tensions. Des formes d'innovation sont visibles dans ces situations de tensions se transformant pour ainsi dire à des tensions plutôt positives chez les acteurs, ayant néanmoins des difficultés à appréhender le changement.

Tableau 23 : La tension éthique dans la littérature en sciences de gestion.

Auteurs	Question de Recherche	Cadre conceptuel et /ou théorique	Terrain d'études	Méthodologie	Contributions
Chomienne et al., (2011)	Comment concilier les valeurs publiques et les objectifs de performance ?	Concepts d'éthique et de performance	Les organismes de recherche publique (Universités, organisations hospitalières, écoles d'ingénieurs).	Analyse qualitative 14 entretiens semi-directifs auprès de responsables de la valorisation d'organismes publics de recherche et de leurs interlocuteurs dans les organisations.	Les mesures de performance mises en place accentuent les injonctions paradoxales au détriment des principes éthiques.
Bartoli et al., (2011)	Y a-t-il des effets pervers ou des conséquences contraires à l'éthique liés à certaines évaluations quantitatives au sein des organisations, en particulier dans le secteur public ou non-marchand ?	Concepts d'éthique et de performance	Universités françaises et américaines	Analyse qualitative : étude de cas comparative entre deux systèmes académiques : la France et les Etats-Unis.	Impact des deux logiques dans les organisations (comportements déviants, contre-éthique, discréditant la légitimité et dégradant la confiance entre acteur) et nécessité de responsabiliser les parties prenantes.
Huron et Spieth (2013)	Existe-t-il une vision partagée de la valeur publique, par les directeurs de formation de Master en Management Public dans les universités françaises ?	Le concept de valeur publique au sens de Moore (1995)	Universités publiques françaises	Analyse quantitative : questionnaires distribués auprès d'une dizaine de responsables de formations de Master 2 en management public.	Confirmation du modèle de Moore et identification des valeurs partagées par les responsables de formation. Valorisation du discours des acteurs comme élément de traduction des valeurs et de médiation entre les différentes dimensions des acteurs, par ricochet des tensions éthiques générées.

(Suite tableau n°23)

Auteurs	Question de recherche	Cadre conceptuel et /ou théorique	Terrain d'études	Méthodologie	Contributions
Tsanga Tabi et Verdon (2015)	Quelle est la place des valeurs publiques dans la gestion des grands systèmes techniques ?	Concepts de valeur publique et plublicness	Service public d'eau de Nantes Métropole	Analyse qualitative suite à 15 séances de focus-groupe rassemblant différents groupes d'agents	Mise en évidence de l'importance de l'impulsion des valeurs comportementales dans l'atténuation des tensions éthiques dans le contexte du service public de l'eau.
Rochette (2015)	Quelles sont les valeurs exprimées par la marque publique ?	La théorie du noyau central	Marques publiques françaises	Analyse qualitative : analyse documentaire de 20 marques publiques.	L'expression des valeurs prend des formes diverses mais peu combinent valeurs publiques et marchandes.

Source : Auteur.

Tout comme les deux tensions précédemment citées, la tension éthique a été également repérée dans les organisations publiques. Les travaux de recherche se sont appuyés d'approches conceptuelles pour l'identifier. C'est le cas des concepts de valeurs et performance qui ont été utilisés soit conjointement, soit individuellement en vue de démontrer la mise en difficulté des valeurs publiques suite à l'introduction des objectifs de performance dans les organisations publiques. Par le biais de méthodologie qualitative dans la plupart des cas, les chercheurs ont non seulement repéré la présence des tensions éthiques mais aussi l'incapacité pour les responsables et les agents, qui en sont soumis de concilier les deux logiques. Ceci entraîne des comportements déviants pouvant être contre performants. Les questionnements autour de ces travaux portent essentiellement sur la valeur publique : comment s'exprime-t-elle dans ces organisations ? Comment la concilier avec la valeur marchande ? Est-elle commune à tous les agents ? Quel est son rôle ? Des questionnements qui peuvent à la fois aider à caractériser la tension éthique et à identifier les stratégies de gestion dans ces organisations en mutation. D'après les travaux mentionnés, ce sont principalement les responsables et les agents qui sont soumis à cette tension éthique. Les managers de proximité ne sont pas dans cette configuration à la lecture des travaux de recherche déjà réalisés.

Tableau 24 : La tension artefactuelle dans la littérature en sciences de gestion.

Auteurs	Question de Recherche	Cadre conceptuel et /ou théorique	Terrain d'études	Méthodologie	Contributions
Georgescu, (2009)	Quels sont les déterminants et les conséquences des pressions financières perçues, liées au contrôle des résultats ?	Les concepts de contrôle et du Reliance Accounting Performance Measures (RAPM) (Besson et al. 2004 ; Hopwood, 1972 et Argyris, 1952)	Les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU)	Étude mixte : une phase exploratoire (31 entretiens semi-directifs) et une phase confirmatoire (administration d'un questionnaire auprès de 578 praticiens hospitaliers dans 14 CHRU)	Confirmation de présence de pressions chez les praticiens hospitaliers suite au contrôle de l'activité exercée. Ces pressions génèrent des tensions, de la manipulation des données.
Crémieux et al. (2012)	Avec la mise en place de la T2A, comment les médecins chefs de pôles et les chefs de pôles s'approprient-ils le Compte de Résultats d'Exploitations Analytiques ?	Nouvelle Gouvernance Hospitalière et la T2A.	2 pôles internes à un centre hospitalier public français : l'un fournisseur de prestations, l'autre consommateur de prestations internes.	Analyse qualitative : Étude de cas longitudinale (De Juin 2008 à Janvier 2010), 34 entretiens semi-directifs (chefs de pôles, paramédicaux, cadres administratifs, chefs de services, membres de la direction) et 13 observations de réunions non participantes.	Présence de deux usages de la mesure générant une tension artefactuelle. Mise en lumière d'une très forte hétérogénéité à la fois des représentations des acteurs quant aux rôles possibles des instruments de pilotage de la performance, et des connaissances de ces acteurs dans ce domaine.
Dupuis (2015)	Le nouveau management territorial conduit-il à modifier les rôles et positionnements des dirigeants territoriaux ?	La NGP (contexte des collectivités territoriales)	Les administrations territoriales françaises	Analyse qualitative : 65 entretiens semi-directifs auprès de cadres dirigeants	Confirmation de modification des rôles des dirigeants suite au nouveau management territorial et hybridation des rôles professionnels, comme stratégie pour concilier les différentes logiques présentes.
Mériade (2016)	Comment les managers publics gèrent-ils ces tensions de gouvernance à travers les instruments de gestion qu'ils mobilisent et qu'ils s'approprient ?	Le concept d'hypocrisie organisationnelle de Brunsson (2002)	Les universités publiques françaises	Analyse qualitative : étude comparative des indicateurs de performance prescrits par la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) avec les résultats d'une enquête menée auprès des présidents de 42 Établissements publics (EPSCP) en France.	Identification de deux niveaux de simplifications : administratives et de sens en cohérence avec l'hypocrisie organisationnelle et permettant de gérer les contradictions.

Source : Auteur.

La tension artefactuelle fait partie du quotidien des organisations publiques spécialement les organisations publiques hospitalières et les universités, où des transformations organisationnelles ont été observées. Des outils de contrôles d'activité ont été adoptés, générant des difficultés pour les agents et les responsables de services pour s'en approprier car en opposition ou en contradiction avec l'esprit de leurs organisations. Là aussi, il n'existe pas de cadres théoriques spécifiques, l'accent est mis sur des approches conceptuelles : contrôle, performance, hypocrisie organisationnelle. Comme dans le cadre des tensions managériales, la tension artefactuelle est présente dans l'activité aussi bien des dirigeants des organisations publiques, des managers intermédiaires que celle des agents sur le terrain. Ce sont principalement des méthodologies qualitatives qui sont utilisées pour recueillir la perception des tensions artefactuelles chez les acteurs. Elles permettent par la suite d'envisager une approche quantitative dans une démarche confirmatoire. Les contributions à ces recherches vont dans le sens de réflexions sur la manière de s'approprier ces outils et éclairent sur la manière dont les acteurs organisationnels gèrent ces tensions auxquels ils sont soumis. L'hybridation est là aussi, l'une des pistes vers lesquelles se tournent les acteurs, en tentant de concilier les deux approches : nouveaux indicateurs de performance et de contrôle d'activité et outils traditionnels. Nous pouvons également voir dans ces travaux, de nouvelles représentations des outils au sein de ces organisations. Ces derniers peuvent à la fois être vecteurs de tensions mais aussi être utilisés comme moyen de les réduire.

À la lecture **des tableaux précédents**, nous constatons que les cadres théoriques mobilisés sont hétérogènes même si la valeur publique et les mécanismes de contrôle des organisations privées représentent les contextes d'étude privilégiés. Une diversité s'observe au niveau des terrains d'études. Toutes les trois fonctions publiques sont représentées et impactées par ces TGP. Dans les méthodologies déployées, on note une prédominance de l'analyse qualitative, avec ou sans triangulation des données, au détriment d'une analyse quantitative. Seules quelques recherches (Huron et Spieth, 2013 ; Georgescu, 2009) mobilisent des données quantitatives. Certains travaux avancent des solutions pour dépasser ces tensions, en identifiant dans les comportements des acteurs (Tabi et Verdon, 2015) interrogés des stratégies spécifiques de leur gestion : l'hybridation (faire concilier les deux logiques) (Emery et Martin, 2008; Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2015 ; Dupuis, 2015), le dialogue et à la responsabilisation entre les parties prenantes (Bartoli et al. 2011 ; Huron et Spieth, 2013 ; Banoun et Rochette, 2017). Ces stratégies sont identifiées dans les travaux de (Mazouz, et al. 2015) comme des actions de mitigation. Des actions de mitigation des TGP sont mises en évidence et renvoient à l'analyse des stratégies, des pratiques ou des comportements développés par les gestionnaires pour intégrer, défier les questionnements issus de la transformation de la gouvernance publique (Mazouz, et al. 2015). Les stratégies développées ou les actions de mitigation (hybridation, dialogue ou légitimité) chez les

gestionnaires publics restent à creuser davantage en management public car selon Mazouz, et al. (2015) avec de nombreuses zones d'ombres.

En outre, les recherches menées ne portent pas spécifiquement dans la majorité des cas sur le manager de proximité. Une attention particulière a été portée aux personnels faisant partie de la direction (managers supérieurs ou intermédiaires) à savoir les directeurs, médecins chefs de pôles, chefs de services, responsables de fonctions supports (Banoun et Rochette, 2017 ; Maclouf et De Fabregues, 2015 ; Chomienne et al. 2011 ; Huron et Spieth, 2013 ; Georgescu, 2009 ; Dupuis, 2015 ; Meriade, 2016) ou aux agents sur le terrain (Emery et Martin, 2008 ; Tabi et Verdon, 2015). Rares sont les travaux se concentrant sur les perceptions des managers de proximité (Grenier et Bernardini-Perinciolo 2015 ; Crémieux et al. 2012). Toutefois, ces travaux ne sont pas suffisants pour affirmer l'existence des TGP spécifiquement chez les managers de proximité. En outre, les TGP seraient-elles plus observables chez les managers supérieurs et intermédiaires, contrairement aux managers de proximité à la lecture de cette synthèse qui recense les travaux de recherche en sciences de gestion.

3.3. D'autres formes de tensions apparentes autour des TR et des TGP.

En souhaitant investiguer les tensions organisationnelles, nous postulons l'existence de deux formes de tensions soient présentes dans ces organisations : les tensions hiérarchiques et les tensions non hiérarchiques.

3.3.1. Les tensions hiérarchiques.

Décrites comme des tensions intra-organisationnelles Guedri et al. (2014), les tensions hiérarchiques sont des tensions inter-individuelles, opposant les membres de différents niveaux hiérarchiques. Pour rappel, les trois fonctions publiques françaises fonctionnent en silo. Elles sont structurées autour de niveaux hiérarchiques différents. Le niveau macro représente l'échelon décisionnel, où nous retrouvons des élus où des représentants régionaux/départementaux qui à la fois fixent les nouvelles règles de gouvernance de ces organisations et réfléchissent aux outils ou instruments pour les appliquer. Le niveau macro correspond au niveau décisionnel alors que le niveau Méso vise le pilotage et le contrôle de ces règles. En effet, à ce niveau, nous retrouvons les directeurs, l'équipe de gouvernance et quelques intermédiaires qui mettent en place les critères de pilotage et de contrôle des outils imposés par le niveau supérieur. Le niveau Micro est représenté par les managers de proximité, qui ont en charge comme les agents de production l'opérationnalisation de ces règles et outils construits par les deux niveaux supérieurs. Entre les niveaux hiérarchiques, la présence des tensions est envisageable car d'un niveau hiérarchique à un autre les intérêts peuvent être divergents ainsi que le rapport et le niveau de connaissance du terrain. Le niveau décisionnel, très éloigné des réalités locales est plutôt motivé par la

culture du résultat et de la performance des organisations publiques, dont s'imprègnent les acteurs du niveau de contrôle. Alors qu'au niveau de l'opérationnalisation, les acteurs accordent de l'intérêt aux spécificités locales et au bien-être des usagers, relayant les critères de performance prônés par les niveaux supérieurs au second plan. Il devient donc difficile pour les managers de proximité, se situant à ce niveau d'opérationnaliser et de concilier la mission de service public avec les objectifs de performance. Cela se traduit ainsi par des TGP d'une part, et des TR lorsqu'il s'agit de migrer vers une nouvelle organisation de travail, centrée sur l'efficacité et la performance des services, sans préparation en amont des équipes. La présence des TGP et de TR au sein des niveaux hiérarchiques est probable. Cependant d'un point de vue théorique, nous avons peu d'éléments concernant leur propagation entre chaque niveau hiérarchique et leur intensité. Une piste de recherche qui mérite d'être creusée en vue de traiter de manière exhaustive les tensions à l'intérieur des organisations, qu'elles soient publiques ou privées.

3.3.2. Les tensions non hiérarchiques.

Issues également des tensions intra-organisationnelles (Guedri et al. 2014). Les tensions interindividuelles concernent les membres d'une même équipe, ayant des référentiels et des objectifs différents. Cette équipe peut toutefois disposer d'une même culture métier bien que chaque individu détienne ses propres schémas de pensées et référentiels. Les schémas propres aux individus peuvent rentrer en conflit avec les normes et valeurs prônées par la NGP (performance et efficace) et créer des tensions, spécifiquement des tensions éthiques. Ces nouvelles valeurs génèrent un malaise chez les managers de proximité. Ce dernier doit endosser un nouveau rôle, auquel il n'est pas suffisamment formé et il apporte une réponse de manière non satisfaisante. Les TGP et les TR ne peuvent à notre sens être dissociées des relations hiérarchiques et des tensions qui les sous-tendent dans le contexte actuel. Ces deux catégories constituent la base du cadre conceptuel que nous proposons dans le chapitre qui suit.

Conclusion du chapitre deux.

Malgré la faible conceptualisation de la notion de tension dans les sciences de gestion et les sciences sociales, celle-ci est indissociable du fonctionnement des organisations contemporaines à la fois privées que publiques. Dans les sciences sociales, la tension prend la forme de compromis (Boltanski et Thevenot, 1991) alors que dans les sciences de gestion, elle est souvent confondue avec une multitude de notions telles que la contradiction ou le paradoxe. La tension est simplement l'expression vive de situations de contradictions ou de paradoxes observées dans une organisation, à l'extérieur de l'organisation ou entre des individus. C'est dans ce contexte que (Guedri et al. 2014) identifient deux perspectives de travaux autour des tensions et ses synonymes : une perspective inter-organisationnelle et une intra-organisationnelle. Alors que la première vise à identifier les tensions entre des organisations sur un même territoire, la seconde plus disparate se focalise sur les tensions dans les organisations et intègre les tensions entre les individus issus d'un même service, entre les individus ne partageant pas les mêmes référentiels professionnels ou culturels et enfin les différents niveaux hiérarchiques.

Deux formes de tensions ont été identifiées dans la littérature : les TR (Kahn et al. 1964) et les TGP (Mazouz et al. 2015). Alors que la première forme de tension, mise en évidence s'enracine dans la psychologie sociale ; la seconde forme, prend sa source dans les sciences politiques et le management public. Anciennes ou nouvelles, ces tensions sont issues des transformations des organisations actuelles et sont particulièrement fortes dans les organisations publiques. Elles engendrent un climat de mal-être au sein des services dans lequel baignent les managers de proximité. Alors que les TR ont clairement été identifiées et de façon massive chez les managers de proximité ces dernières années, les tensions de gouvernance, l'ont moins été. La position spécifique des acteurs et les changements que subissent les organisations publiques, l'exposent de plus en plus aux tensions. Alors que les chercheurs se sont intéressés aux TR, ceux-ci se sont surtout concentrés sur leur identification en mettant de côté les stratégies déployées par les acteurs. Les travaux sur les TGP, tentent non seulement de les répertorier mais aussi de repérer les stratégies déployées, sans nécessairement se focaliser sur les managers de proximité. Dans ce cadre, notre travail de recherche se propose d'identifier de façon précise les formes de tensions auxquelles sont soumis les managers de proximité spécifiquement, et les moyens dont ils disposent pour y remédier. Un approfondissement de la connaissance de ces tensions et leurs coexistences possibles permettrait de clarifier les différents rôles du manager de proximité et améliorer son travail au quotidien.

Ainsi dans le chapitre suivant, nous éclairons sur l'articulation entre les deux approches des tensions que nous mobilisons : les TR et les TGP. Comment ces deux formes se caractérisent chez les managers

de proximité. Quelles sont celles qui sont présentes chez les managers de proximité officiant dans le contexte public ? Comment ces managers de proximité arrivent à réduire les TR observées ? Détiennent-ils un rôle non négligeable dans la gestion de ses tensions ? Autant de questions auxquelles, nous souhaitons répondre à travers le cadre théorique que nous proposerons et la méthodologie que nous mobiliserons dans le chapitre suivant.

Chapitre 1 :
Entre une pluralité de modèles de gestion et
le rôle du fonctionnaire en questionnement.

Chapitre 2 :
Pour une meilleure compréhension des
tensions et leurs gestions dans les
organisations publiques.

CHAPITRE 3 :
LA MÉTHODE D'INVESTIGATION DES TENSIONS,
LEURS NATURES ET GESTIONS DANS LES
ORGANISATIONS PUBLIQUES HOSPITALIÈRES.

Chapitre 4 :
Pour un éclairage de la nature des tensions
et du rôle du manager de proximité dans
leur gestion.

Introduction du chapitre trois.

On peut identifier un véritable courant de recherche sur l'identification des tensions et leurs manifestations dans les organisations à la fois privées et publiques. Dans certaines configurations organisationnelles, elles prennent la forme de TR (Kahn et al. 1964; Katz et Kahn, 1967; Royal, 2007; Royal et Brassard, 2010) et dans d'autres, il s'agit plutôt de TGP (Hudon et Mazouz, 2014; Mazouz et al. 2015). Certains travaux se sont concentrés sur les TR, d'autres ont exploré les TGP qui modifient les repères et pratiques des agents, mais peu ont exploré conjointement les deux. Ces deux types de tensions que nous pouvons retrouver au niveau micro et ici plus spécifiquement dans les organisations publiques ne pourraient-elles pas se manifester simultanément ? Elles semblent issues toutes les deux d'un changement de paradigme dans la manière de penser le management et le fonctionnement des organisations publiques. Celles-ci impactent non seulement les conditions de travail des managers mais aussi leurs rôles et fonctions. C'est en cela que ces deux cadres d'analyse semblent présenter des proximités. Identifier les formes de tensions chez les individus spécifiquement les managers de proximité, qui en sont soumis, permettrait d'éclairer les actions et comportements à mettre en œuvre pour les réduire. Des actions qui sont déployées spécifiquement par les managers de proximité, présentés comme des acteurs incontournables dans les situations de changement. Ainsi cet acteur pourrait présenter des capacités stratégiques insoupçonnées, rarement évoquées dans les travaux de recherche en sciences de gestion (Côté et Denis, 2018 ; Dujardin et al. 2016) Néanmoins, dans toute recherche scientifique, le chercheur se doit de se questionner sur la manière d'appréhender une réalité et le positionnement épistémologique sur lequel reposera sa démonstration. Ce positionnement déterminera également le type de méthodologie choisi.

En s'ancrant dans un positionnement interprétativiste (Gavard-Perret et al. 2012), nous avons opté pour une méthodologie qualitative en vue de répondre aux questions de recherche suivantes : « *si des tensions de rôle et de gouvernance publique sont identifiables, comment s'articulent-elles ? Comment les managers de proximité, contribuent-ils à les réduire au sein des organisations publiques françaises ?* ». La méthodologie qualitative retenue repose sur une triangulation des données. Elle a été déployée sur le terrain hospitalier, soumis à de nombreuses réformes. L'une des réformes, la Nouvelle Gouvernance Hospitalière a reconfiguré les rôles et les fonctions des cadres de santé hospitaliers. Leurs missions de coordination de soins se sont enrichies de tâches managériales, transformant leurs fonctions et conditions de travail. Les cadres de santé hospitaliers, situés en position intermédiaire, évoluent dans un contexte de travail difficile, entremêlé d'injonctions paradoxales. Nous avons souhaité explorer la situation de ces cadres de santé afin de mieux appréhender leurs conditions de travail actuelles, les évolutions de

pratiques, la perception qu'ils ont de leur métier et leur rôle dans la réduction des tensions qu'ils perçoivent. Nous les avons également questionnés sur les moyens qu'ils ont ou qu'ils pourraient déployer. Nous nous sommes également rapprochés des équipes soignantes principalement infirmières que les cadres de santé managent au quotidien sur leur perception du rôle du cadre de santé dans l'atténuation ou l'activation des tensions, qu'ils ressentent ou qu'ils pourraient ressentir en tant que soignants. Nous avons aussi interrogé les infirmiers sur les moyens mis en œuvre ou à mettre en œuvre pour réduire les tensions. Les personnels soignants en l'occurrence les infirmiers, les cadres de santé et les directeurs de soins constituent la population qui a retenu notre intérêt.

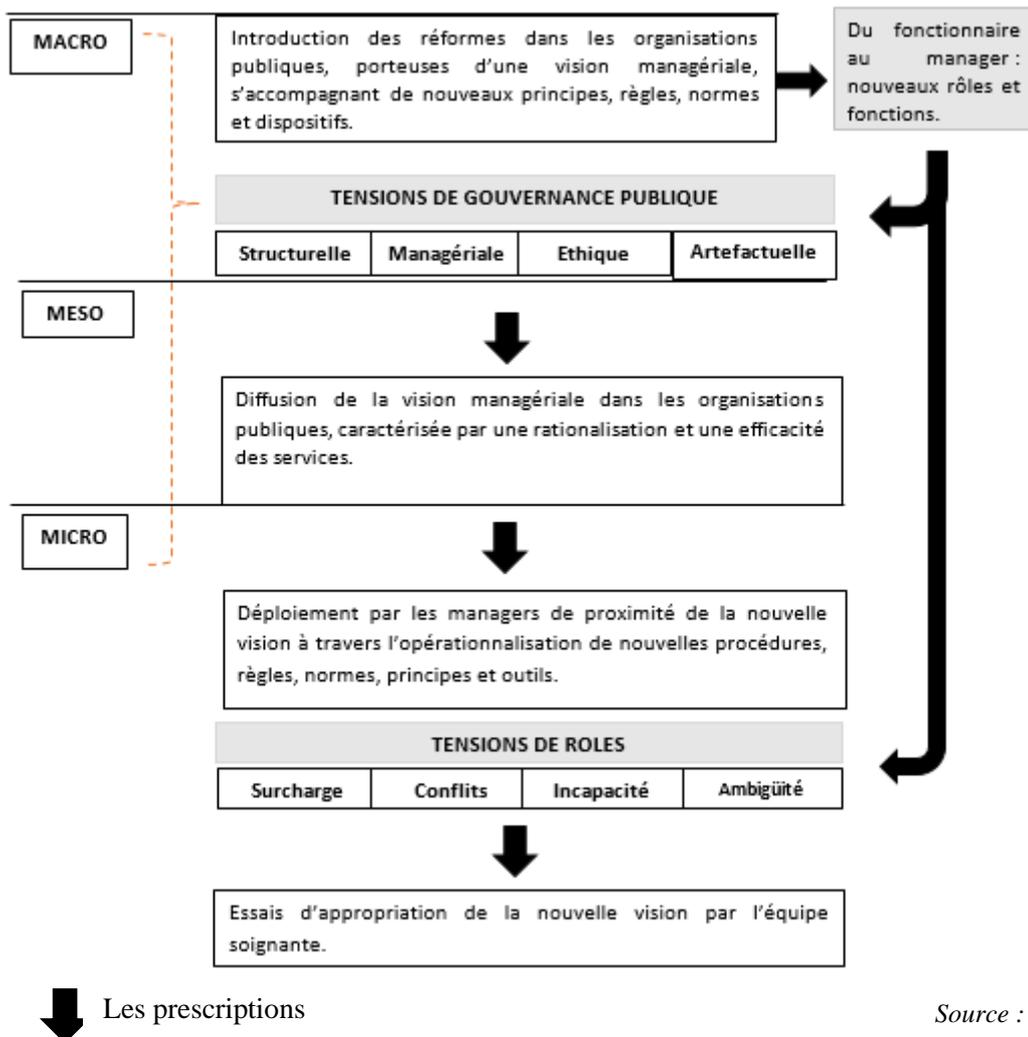
Nous présentons dans ce chapitre, le cadre conceptuel que nous mobilisons ainsi que nos propositions de recherche. Dans la deuxième partie du chapitre, nous faisons un bref rappel des différents positionnements épistémologiques et finissons en situant notre recherche à l'intérieur des différentes postures. La dernière partie de ce chapitre vise à faire état de la méthodologie qualitative que nous déployons sur le terrain hospitalier, dont nous rappelons les différentes réformes et leur impact sur le personnel hospitalier, tel que sur les cadres de santé. Un point particulier est consacré à l'évolution du métier de cadre de santé. Nous clôturons ce chapitre en détaillant la méthodologie que nous avons utilisée dans notre recherche, qui repose sur une analyse documentaire, des séances d'observation et des entretiens semi-directifs.

I. Les tensions de rôle et de gouvernance publique : un modèle conceptuel conjoint.

Notre modèle conceptuel jumèle les deux approches des tensions mobilisées dans la littérature : les TR (Kahn et al. 1964; Katz et Kahn, 1967; Royal, 2007; Royal et Brassard, 2010) et les TGP (Hudon et Mazouz, 2014; Mazouz et al. 2015). À ce jour, ces deux formes de tension, inscrites au sein des traditions de recherche différentes (psychologie sociale pour les TR, et sciences politiques et management public pour les TGP) n'ont à notre connaissance pas été utilisées de manière conjointe. Nous percevons cependant deux niveaux de lecture de ces tensions : une lecture micro à travers les TR et une perspective plus large par le biais des TGP. En effet, les TR s'analysent au niveau de l'individu et son organisation alors que les TGP s'apprécient au niveau institutionnel (valeurs et normes). Les TGP se manifestent probablement sous forme de TR au sein des organisations, où plus précisément les acteurs peuvent avoir le sentiment de ne pas pouvoir répondre de façon convenable aux attentes prescrites. Pour illustrer ces liens, nous pouvons prendre par exemple le fonctionnement des organisations publiques hospitalières françaises. En effet dans l'univers hospitalier français, des normes institutionnelles sont promulguées par des réformes (Réforme de 2003, Nouvelle Gouvernance Hospitalière 2005, HPST 2009, Plan Hôpital 2012...) et se déploient en région à travers les agences de tutelles qui fixent de nouveaux cadres de gestion et conçoivent les instruments accompagnant ces réformes. Directement concernés par ces évolutions, les cadres de santé sont tenus de mettre en œuvre les réformes. Ils constituent l'encadrement de proximité des soignants et sont tenus de mettre en œuvre des projets d'établissement (Divay et Gadéa, 2008). Ils sont chargés d'opérationnaliser de nouvelles procédures et démarches, souvent fondées sur une approche transversale, c'est-à-dire sur le décloisonnement des services ou des unités. « Cadres de proximité » ou « cadres supérieurs », ils prennent part à l'élaboration de projets ponctuels ou s'investissent au sein d'instances permanentes ou de groupes de travail temporaires (Divay et Gadéa, 2008). Ils encouragent les personnels à en faire de même. La rationalisation de l'hôpital et les nouvelles contraintes autour de l'activité des cadres de santé alourdissent leurs conditions de travail. Cette montée en puissance des contraintes ne manque pas de multiplier, dans l'activité, les tensions et les orientations ou actions marquées par des contradictions. Selon l'expression de certains professionnels, elles obligent les acteurs à effectuer un travail important de gestion des décalages entre le prescrit et le réel (Detchessahar et Grevin, 2009). Cela est source de tensions au sein des équipes, pouvant prendre la forme de TR, dont l'origine est l'introduction d'une vision managériale renouvelée (tension managériale) au sein du service, se caractérisant par le déploiement d'outils spécifiques souvent en décalage avec la réalité (tensions artéfactuelles). Des tensions qui peuvent s'accroître dans la difficulté pour les cadres de santé de mobiliser les équipes autour des nouveaux principes hospitaliers qui sous-tendent la rationalisation de l'hôpital public (tensions éthiques) (Divay et Gadéa, 2008). Le constat est

le même dans les collectivités territoriales où les managers supérieurs, proches des élus, transmettent parfois des injonctions paradoxales aux managers intermédiaires et de proximité qui ont à gérer les préoccupations professionnelles et personnelles de leurs collaborateurs (Saulnier et Saout, 2002; Bourion, 2006). La transmission des attentes sous forme d'obligations expose les managers territoriaux à des tensions (Codo et Cintas, 2013). Les groupes ou catégories d'acteurs s'opposent et cherchent à sauvegarder ou légitimer un idéal organisationnel générant des tensions. **La figure n°6** propose une articulation des TGP et les TR. En jumelant ces deux formes de tensions à première vue différentes, mais complémentaires dans les faits, nous souhaitons développer une lecture plus précise des formes de tensions chez les managers de proximité des organisations publiques afin de mieux comprendre les stratégies déployées.

Figure 6 : L'articulation entre les TR et les TGP.



Source : Auteur.

Ces deux formes de tensions (TR et TGP) naissent des transformations des organisations publiques qui reconfigurent les rôles et les fonctions du fonctionnaire, devenu manager. Un nouveau gestionnaire à qui il est demandé d'endosser des tâches managériales et dont l'environnement de travail est marqué par des injonctions paradoxales, sources de tensions. Le schéma illustre la manière dont peuvent être combinées les deux formes de tensions que nous mobilisons ainsi que les concepts associés à chaque forme de tension. La grille des TR proposée par Royal (2007) puis Royal et Brassard (2010), inspirée des travaux de Kahn et al. (1964), et les améliorations apportées par Breugh et Colihan (1994) et Perrot (2001) permet d'identifier les dimensions des TR chez les acteurs organisationnels. Ces dimensions sont présentes dans la définition de Royal (2007: p44) sont présentées dans **le tableau n°25**.

Tableau 25 : Les dimensions des TR selon Royal (2007).

Selon Royal, il y a tensions de rôle « <i>lorsque la personne focale perçoit</i> » :	
un nombre de rôles à exercer exigeant trop de temps ;	SURCHARGE
des attentes incompatibles émises par un même émetteur ;	CONFLIT INTRA-EMETTEUR
des attentes issues d'émetteurs différents et qui sont incompatibles les unes avec les autres ;	CONFLIT INTER-EMETTEUR
un écart entre le rôle attendu et le rôle tel que le conçoit la personne focale en fonction de ses valeurs, intérêts, objectifs ;	CONFLIT PERSONNE-ROLE
des attentes incompatibles relatives à des rôles dans différents systèmes ;	CONFLIT INTER-SYSTEME
une incapacité due à une absence de ressources personnelles, d'informations, de moyens techniques, d'autorité ;	INCAPACITE
une ambiguïté au regard de la performance, des procédures ou de la planification.	AMBIGUITE

Source : Royal (2007 : p.44).

Les nouvelles dimensions de la tension de rôle ont à ce jour été utilisées d'abord dans les travaux de Royal (2007) dans le cadre de sa thèse doctorale, visant à éclairer la situation de travail des directeurs adjoints des établissements d'enseignements publics Canadiens. Muni de cette grille conceptuelle sur les TR et au moyen d'entretiens semi directifs, l'auteur décrit de manière exhaustive le travail du directeur adjoint, ses rôles et les tensions autour de cette fonction intermédiaire. Un travail de recherche qui a été reconduit avec Royal et Brassard (2010) auprès de nouveaux directeurs adjoints canadiens,

occasion pour les auteurs de tester les nouvelles dimensions des tensions mises en évidence en 2007 à travers ladite grille. Au-delà, de ces deux recherches, ces dimensions telles que présentées par Royal n’ont pas encore été identifiées de manière empirique non seulement dans d’autres contextes mais aussi avec d’autres profils professionnels.

La grille conceptuelle présente dans les travaux de Hudon et Mazouz, (2014) et Mazouz et al. (2015) concernant les TGP fournit également un éclairage intéressant concernant les tensions dans l’univers public, en identifiant quatre formes de tensions : structurelles, éthiques, managériales et artefactuelles. Seulement quelques travaux de recherches ont identifié ces tensions chez les managers de proximité de manière spécifique, chez les cadres supérieurs ou les agents de terrain. On note un déficit de travaux empiriques autour de ces tensions chez les managers de proximité. La grille théorique n’a à ce jour pas été utilisée dans son intégralité dans la majorité des travaux de recherche. Certaines tensions ont été étudiées isolément d’autres. La particularité de notre recherche est de proposer d’explorer les quatre formes de tensions conjointement et d’identifier leur possible articulation. La grille conceptuelle de Hudon et Mazouz, (2014) et Mazouz et al. (2015) a été adaptée et est représentée dans **le tableau n°26**, qui suit :

Tableau 26 : Les TGP et leurs niveaux d’analyse.

Types de tensions	Niveaux d’analyse	Caractéristiques
STRUCTURELLE	<i>Organisationnel</i>	Difficultés à faire concilier la mission de service public avec une mission marchande.
ETHIQUE	<i>Institutionnel</i>	Difficultés à faire concilier la valeur publique avec les objectifs de performance
MANAGERIALE	<i>Cadres officiels de gestion</i>	Difficultés à faire concilier les pratiques managériales avec celles bureaucratiques.
INSTRUMENTALE	<i>Outils de gestion</i>	Difficultés à faire concilier les outils de contrôles (managériaux) avec les outils bureaucratiques

Source : Auteur, adapté de Hudon et Mazouz, (2014) et Mazouz et al. (2015).

En souhaitant questionner le rôle des managers de proximité dans les organisations publiques dans un contexte de tensions, nous nous concentrons dans un premier temps sur les typologies et les formes de tensions que connaît cette population. Il s'agit de mettre à jour l'existence de stratégies par les managers de proximité pour les gérer ou pas.

1.1. Les propositions de recherche.

À travers les questions suivantes : « *Si des tensions de rôle et de gouvernance publique sont identifiables, comment s'articulent-elles ? Comment les managers de proximité, contribuent-ils à les réduire au sein des organisations publiques françaises ?* », notre travail de recherche vise à éclairer non seulement la nature des tensions que connaissent les managers de proximité mais aussi à repérer leur rôle dans la réduction de ces tensions. Pour ce faire, nous formulons plusieurs propositions de recherches quant aux tensions auxquelles les managers de proximité pourraient être confrontés.

La première proposition de recherche concerne les TGP et les TR. En évoquant une possible complémentarité entre les TGP et les TR, nous émettons donc la proposition suivante :

P1 : Les managers de proximité sont soumis à des tensions dans les organisations publiques, où ils exercent leurs activités.

P1a : Ils connaissent des TR

P1b : Ils subissent des TGP.

En d'autres termes, si les managers de proximité sont soumis aux deux formes de tensions, comment celles-ci s'articulent-elles ? Les TGP sont-elles à l'origine des TR ? Nous cherchons à repérer la nature de cette relation. De façon plus fine, les difficultés à concilier les valeurs publiques et les objectifs de performance (TGP) génèrent-elles : une surcharge, des conflits, une insuffisance, une ambiguïté (TR). D'où les propositions suivantes :

P2 : Il existe des tensions structurelles dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

P2a : Ces tensions structurelles donnent lieu à une surcharge.

P2b : Ces tensions structurelles entraînent des conflits.

P2c : Ces tensions structurelles créent des insuffisances.

P2d : Ces tensions structurelles engendrent des ambiguïtés.

P3 : Il existe des tensions éthiques dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

P3a : Ces tensions éthiques donnent lieu à une surcharge.

P 3b : Ces tensions éthiques entraînent des conflits.

P3c : Ces tensions éthiques créent des insuffisances.

P3d : Ces tensions éthiques engendrent des ambiguïtés.

P 4 : Il existe des tensions managériales dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

P4a : Ces tensions managériales donnent lieu à une surcharge.

P4b : Ces tensions managériales entraînent des conflits.

P4c : Ces tensions managériales entraînent des insuffisances.

P4d : Ces tensions managériales engendrent des ambiguïtés.

P 5 : Il existe des tensions artefactuelles dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

P5a : Ces tensions artefactuelles donnent lieu à une surcharge.

P5b : Ces tensions artefactuelles entraînent des conflits.

P5c : Ces tensions artefactuelles entraînent des insuffisances.

P5d : Ces tensions artefactuelles engendrent des ambiguïtés.

La dernière proposition s'intéresse au rôle des managers de proximité dans l'amenuisement ou l'activation des tensions répertoriées. De par leur fonction intermédiaire, les managers de proximité sont le trait d'union entre la hiérarchie et les opérationnels. Ils détiennent des capacités de traduction comme les managers intermédiaires et les dirigeants. Cela nous emmène à questionner leur capacité à dépasser ou subir les tensions dont ils sont soumis, en envisageant la proposition suivante :

P6 : les managers de proximité, détiennent les capacités pour atténuer les tensions de la même manière que leurs supérieurs hiérarchiques.

Les propositions précédentes vont être confirmées ou infirmées grâce à une méthodologie spécifique, que nous développerons après avoir présenté la réflexion épistémologique ayant guidé cette recherche dans le point suivant.

II. Le positionnement épistémologique.

Le chercheur est constamment confronté à la question : « mon travail permet-il de décrire et comprendre la réalité d'un phénomène ou d'une situation ? ». Ce qui conduit naturellement à une réflexion de nature épistémologique.

Étymologiquement, l'épistémologie est un discours (logos) sur la science ou la connaissance (épistémè) qui « *étudie de manière critique la méthode scientifique, les formes logiques et modes d'inférence utilisées en science, de même que les principes, concepts fondamentaux, théories et résultats des diverses sciences, afin de déterminer leur logique, leur valeur et leur portée objective* » (Bazin, 2011). En définissant l'épistémologie comme « *l'étude de la constitution des connaissances valables* », d'après (Piaget 1967: p6) l'épistémologie se préoccupe explicitement de la valeur des connaissances élaborées (Avenier et Thomas, 2011). L'épistémologie s'intéresse principalement aux trois questions suivantes : qu'est-ce que la connaissance ? Comment est-elle élaborée ? Comment justifier le caractère valable d'une connaissance ? (Gavard-Perret et al. 2012). Dans la même idée, Le Moigne (1995) postule que le questionnement épistémologique s'articule autour de trois questions, à savoir : la question gnoséologique, qui traite de la nature de la connaissance ; la question méthodologique, qui traite de la constitution des connaissances ; et la question éthique qui traite de la valeur ou de la validité des connaissances. Introduire une réflexion épistémologique dans un projet de recherche, permet simplement au chercheur de pouvoir légitimer à tout moment sa recherche sur le phénomène étudié (Wacheux, 1996). L'épistémologie a donc pour objectif d'orienter le chercheur sur l'origine de la connaissance qu'il produit et les outils capables de l'identifier et de démontrer la validité grâce à un ancrage paradigmatique. Le paradigme épistémologique se définit comme la conception de la connaissance partagée par une communauté. Il repose sur des hypothèses fondatrices en lien avec la question qu'étudie l'épistémologie. Ces hypothèses fondatrices précisent ce qu'est la connaissance (hypothèses d'ordre épistémique), la manière dont la connaissance est élaborée (hypothèses d'ordre méthodologique), la façon dont elle est justifiée et le lien entre la connaissance et le réel existant (hypothèses d'ordre ontologique) (Gavard-Perret et al. 2012).

2.1. Les différentes postures épistémologiques et leurs fondements.

Il existe plusieurs postures épistémologiques dans les sciences de gestion dont les principales sont les suivantes : le paradigme positiviste, le paradigme constructiviste, le paradigme interprétativiste et le réalisme critique. Chaque paradigme épistémologique repose sur des hypothèses ontologiques, épistémiques et méthodologiques dont l'objectif est d'identifier avec précision l'origine et la nature de la connaissance à explorer dans le projet de recherche et renvoie à un rapport particulier du chercheur avec l'objet qu'il étudie. Chaque paradigme épistémologique a ses propres critères d'appréciation de la validité des connaissances élaborées (Avenier et Thomas, 2011).

2.1.1. Le paradigme positiviste.

Le paradigme positiviste est couramment utilisé dans les disciplines de gestion. Les hypothèses d'ordre ontologique sont de deux sortes : (1) le réel a une essence unique, indépendante de l'attention que peut

lui porter un chercheur qui le décrit, (2) le réel est régi par des lois naturelles immuables, prenant pour la plupart la forme de relations : (« à chaque fois qu'il y a A alors il y a B »). Le chercheur poursuit donc comme objectif de découvrir les lois qui régissent la connaissance du réel, pour être en conformité avec l'hypothèse d'ordre épistémique. Cette connaissance du réel exige du chercheur une posture de neutralité par rapport au phénomène étudié. Une neutralité ou objectivité qui a été critiquée par Popper (1959). Pour Popper (1959): *« l'objectivité de la science n'est pas une question d'individu, intéressant les hommes de science pris à part, mais une question sociale qui résulte de leur critique mutuelle, de la division du travail amicale-hostile entre scientifiques, de leur collaboration autant que de leur rivalité. »* (Cité par Dumez 2010 : p8). L'exercice de cette critique mutuelle entre chercheurs exige l'explicitation du travail de recherche effectué. En ce qui concerne le statut des connaissances et leur évaluation, le paradigme positiviste postule que la connaissance représente le monde tel qu'il est. De ce fait, la vérité d'une proposition théorique est établie par sa correspondance avec des faits observés empiriquement. Cela requiert que les faits soient répétables ou répliquables. Les événements exceptionnels tels que les miracles sont rejetés (Boisot et McKelvey, 2010). La génération et la justification des connaissances élaborées peuvent prendre la forme méthodologiquement d'études quantitatives validatoires mais aussi exploratoires (Charreire et al. 1999 ; Gavard-Perret et al. 2012) ou des études qualitatives exploratoires de type étude de cas (Glaser et Strauss, 1967; Yin, 1984; Eisenhardt, 1989, 1991). Les résultats d'études quantitatives sont généralisables sous réserve d'une représentativité de l'échantillon étudié. La démarche traditionnelle est de nature hypothético-déductive, c'est-à-dire qu'elle consiste à élaborer des hypothèses théoriques dont sont déduites des prévisions qui seront confrontées aux données (Gavard-Perret et al. 2012).

2.1.2. Le paradigme constructiviste.

Dans les sciences sociales et de gestion, deux paradigmes constructivistes coexistent. L'un a été conceptualisé principalement par des chercheurs issus du champ des sciences de l'éducation, comme (Guba et Lincoln, 1989; Guba et al. 1998). L'autre a d'abord été développé dans les travaux séminaux de Piaget par Glaserfeld (2001) puis théorisé par Le Moigne (1995, 2001) et Le Moigne et Morin, (2007) et prend l'appellation de paradigme constructiviste radical ou téléologique (Gavard-Perret et al. 2012).

2.1.2.1. Le constructiviste radical ou pragmatique.

Le constructiviste radical est également appelé constructiviste pragmatique, de par son lien étroit avec la philosophie pragmatiste qui se manifeste notamment à travers les critères utilisés, pour évaluer des connaissances. Bien qu'en ne niant pas l'existence d'un réel, ce courant ne s'y prononce pas parce qu'il considère que ce qui est connaissable est l'expérience du réel, et on ne sera jamais sûr de connaître

rationnellement le réel (Glaserfeld, 2001). Il ne postule donc aucune hypothèse fondatrice d'ordre ontologique contrairement au paradigme précédent. Il laisse la possibilité à un chercheur inscrit dans ce paradigme, de poser des hypothèses de travail d'ordre ontologique sur le phénomène étudié. Dans cette approche, l'expérience humaine du réel est connaissable, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et le phénomène étudié. Autrement dit, la connaissance que le chercheur élabore sur le phénomène est dépendante du chercheur, de son projet, de son histoire etc. Selon Avenier et Thomas (2011), une telle indépendance entre le chercheur et le phénomène étudié n'est pas incompatible avec le fait que l'observation du phénomène est construite par le chercheur d'une part, et le phénomène lui-même et la façon dont il est décrit peuvent dépendre de la société (histoire, langage, culture, institutions...) d'autre part. Cela n'exclut pas pour autant que le phénomène étudié puisse exister indépendamment du chercheur qui l'étudie. Dans ce paradigme, les connaissances sont élaborées et légitimées à partir de l'expérience empirique du chercheur et en respectant des principes directeurs, tels qu'un comportement éthique, une quête obstinée et réflexive de rigueur, et l'explicitation détaillée du processus mis en œuvre (Le Moigne, 1995, 2001; Avenier, 2011). Les connaissances élaborées y sont justifiées à travers des recherches de type qualitatif comme l'étude de cas et le mode de raisonnement privilégié est l'abduction. Les connaissances sont générées à travers l'élaboration de deux types de savoirs : les savoirs locaux (Geertz, 1983) et les savoirs génériques (Avenier, 2011). Les premiers désignent des savoirs qui visent à mettre en mots des connaissances développées dans les organisations (l'étude de cas est un outil privilégié). L'élaboration des savoirs génériques repose sur un travail de comparaison entre savoirs locaux dans différents contextes, destiné à identifier de méta-relations que ces savoirs locaux généreraient. Ce travail de décontextualisation des savoirs locaux implique de nombreux allers retours et itérations entre les informations déjà collectées, les savoirs locaux développés, la littérature, les suppositions élaborées par le chercheur, et le terrain pour y collecter des informations complémentaires. La justification de la légitimité des connaissances élaborées exige une explicitation détaillée de l'ensemble du processus mis en œuvre et des résultats. La légitimation des savoirs (Le Moigne, 1995, 2001) implique un niveau élevé d'explicitation du matériau empirique mobilisé et des conditions dans lesquelles il a été constitué (Martinet et al. 2000). Il revient au chercheur de décrire le plus précisément possible sa démarche.

2.1.2.2. Le constructivisme au sens de Guba et Lincoln.

Contrairement au constructiviste radical ou pragmatique, le constructiviste conceptualisé par Guba et Lincoln (PECGL) possède une hypothèse d'ordre ontologique. Celle-ci postule qu'il n'existe pas de réalité objective, mais de multiples réalités socialement construites, et que celles-ci ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autre sorte (Guba et Lincoln 1989: p86). Il postule le caractère relatif de ce qui existe. L'élaboration des connaissances repose sur l'élucidation des

représentations particulières que les divers acteurs concernés ont du phénomène étudié en préconisant l'utilisation des méthodes fondées sur des interactions approfondies entre le chercheur et les acteurs interrogés (Guba et al. 1998). La connaissance est subjective car dépendant de la relation entre le sujet et son objet. À l'intérieur de ce paradigme, les connaissances prennent forme à travers des représentations ou modélisations. Ces dernières ne visent pas à décrire mais plutôt mettre en lumière les interactions entre acteurs grâce aux différentes situations vécues. L'épistémologie constructiviste cherche ainsi à observer, comprendre et expliquer des phénomènes en vue de les associer et de les réinterpréter. Au niveau méthodologique, ce paradigme privilégie des techniques herméneutiques, mises en œuvre de manière dialectique, à savoir en veillant à ce que les idées conflictuelles des participants soient explicitées et à ce que les participants réexaminent leurs positions lorsque celles-ci sont divergentes (Gavard-Perret et al. 2012). Le but final est de mener à une compréhension fine des constructions de sens impliquées dans le phénomène étudié. Les outils prédominants du chercheur utilisant ce paradigme sont ceux en lien avec la collecte de données qualitatives à savoir des entretiens semis-dirigés, des observations et une analyse de documents. Dans ce paradigme, seules les méthodes de ce type confèrent une certaine légitimité à la recherche. Cette restriction empêche d'intégrer, dans une recherche menée dans le paradigme épistémologique constructivisme de Guba et Lincoln, des savoirs élaborés dans d'autres paradigmes épistémologiques via d'autres méthodes, même si ces savoirs sont légitimés de manière explicite et reposent sur des hypothèses cohérentes avec les hypothèses fondatrices du PECGL (Avenier, 2011).

Bien que différents du point de vue des méthodologies déployées pour identifier l'origine de la connaissance et sur la manière de traiter la question de la vérité, ces deux paradigmes voient tout de même l'élaboration de connaissances comme un acte de construction de représentations intelligibles, forgées par des humains pour donner un sens aux situations dans lesquelles ils se trouvent (Avenier, 2011). En ce qui concerne la manière de traiter la question de la vérité, alors que Guba et Lincoln (1989) définissent la vérité comme la représentation la plus informée et sophistiquée faisant consensus, Glaserfeld (2001) postule que le vrai est le même que le fait selon le principe « verum/factum ».

2.1.3. Le paradigme interprétativiste.

Le paradigme interprétativiste repose sur plusieurs hypothèses fondatrices, dont certaines sont similaires au paradigme constructiviste pragmatique. En effet, il postule à la fois que ce qui est considéré comme connaissable est l'expérience vécue (Husserl, 1970) et la connaissance qu'un sujet développe d'une situation est liée inséparablement à la fois à la situation et au sujet qui en fait l'expérience. Il diffère du paradigme constructiviste pragmatique par le fait à la fois de poser des hypothèses d'ordre ontologique, et de réfuter l'hypothèse d'existence d'un réel objectif indépendant du chercheur (Gavard-Perret et al.

2012). Dans le paradigme interprétativiste, la construction de la connaissance vise au préalable à comprendre les significations que les différents sujets participant à une même situation donnent à cette situation. C'est dans ce contexte que les méthodes qualitatives telles que l'ethnographique (Garfinkel, 1991) sont les plus couramment utilisées dans ce paradigme. Les connaissances développées sont de type descriptif et sont présentées généralement sous forme d'écrits ou de narrations détaillées. Elles offrent des « descriptions épaisses » de la connaissance identifiée, en vue non seulement de donner au lecteur la possibilité de suivre précisément la manière dont les interprétations du chercheur ont été élaborées mais aussi lui communiquer le plus d'informations pour lui faciliter une éventuelle transposition de la connaissance vers un autre contexte d'études. Dans ce paradigme, le caractère généralisable de la connaissance ne peut se faire en mobilisant des méthodes statistiques. La généralisation est réalisée de manière itérative par induction et/ou par abduction, à partir de lectures attentives répétées du matériau empirique jusqu'à ce qu'une construction de sens émerge, éventuellement à la lueur de connaissances théoriques préalables (Yanow et Schwartz-Shea, 2006). Ainsi, la généralisation des connaissances concerne essentiellement des processus d'interprétation, de construction de sens et de communication, en s'efforçant d'identifier les cadres de pensée et les manières de voir le monde, souvent tacites, qui façonnent la façon dont les sujets donnent du sens aux situations qu'ils vivent (Gavard-Perret et al. 2012).

2.1.4. Le paradigme réalisme critique.

Développé par divers auteurs tels que Tsoukas (1989; 2000), Bhaskar (1978), le paradigme réalisme critique postule des hypothèses fondatrices d'ordre ontologique. Dans ce cadre, le réel a un ordre propre inhérent, stratifié en trois domaines : le réel empirique, le réel actualisé et le réel profond (Bhaskar, 1978). Le réel profond est celui où résident les mécanismes générateurs, les structures, les règles, qui gouvernent la survenue d'actions et d'événements, qui eux prennent place dans le réel actualisé. Le réel empirique est celui observé directement par les individus et regroupe donc les perceptions humaines de réels actualisés. Les mécanismes générateurs détiennent deux propriétés : intransitivité et transfactualité. La première est liée au fait que les mécanismes générateurs existent et œuvrent indépendamment du fait que des humains les aient identifiés (Gavard-Perret et al. 2012). La deuxième part du principe que les mécanismes générateurs existent même lorsque cela ne se manifeste pas dans le réel empirique. La manière dont les mécanismes générateurs sont activés dépend de circonstances intrinsèques (liées à des règles internes de fonctionnement) et extrinsèques (dépendant des contextes spécifiques dans lesquels ils opèrent) (Gavard-Perret et al. 2012). Les conditions intrinsèques peuvent évoluer avec les capacités d'apprentissage des individus, les conditions extrinsèques évoluent en permanence selon les environnements (Tsang et Kwan, 1999). Dans l'hypothèse d'ordre épistémique, ce qui est connaissable est le réel empirique, c'est-à-dire l'ensemble des perceptions humaines d'événements, survenant dans

le réel actualisé ou le domaine effectif (Avenier et Thomas, 2011). La démarche scientifique consistera ainsi à imaginer le fonctionnement des mécanismes générateurs qui sont à l'origine des événements observés (Tsang et Kwan, 1999). En ce qui concerne la conception de la connaissance, elle n'est pas clairement établie et sujette à des évolutions récentes (Avenier et Thomas, 2011). Des auteurs privilégient une conception représentationnelle de la connaissance relative aux mécanismes générateurs, même s'ils admettent que la vérification ou la falsification de cette connaissance ne sera jamais conclusive (Tsang et Kwan, 1999; Tsang, 2006; Van de Ven, 2007). D'autres auteurs, comme Tsoukas (1989, 2000) appellent à dépasser cette conception représentationnelle de la connaissance (Gavard-Perret et al. 2012). Étant donné que l'indétermination des événements observables liée aux conditions extrinsèques (facteurs contextuels) et aux conditions intrinsèques d'activation des mécanismes générateurs, il devient extrêmement difficile d'établir des correspondances entre d'une part les propositions théoriques qui, rappelons-le, concernent les mécanismes générateurs, et d'autre part, ce qui est effectivement observé (Avenier et Thomas, 2011). Le raisonnement abductif joue un rôle central et semble le plus approprié (Van de Ven, 2007; Boisot et McKelvey, 2010) dans la génération et la justification des connaissances. Plutôt que d'établir des règles « chaque fois qu'A, alors B » à partir d'inférences logiques réalisées sur la base de la répétition et de la similitude, l'abduction vise à identifier les causes plausibles des phénomènes observés, en mobilisant l'ensemble des informations hétérogènes ou non (Gavard-Perret et al. 2012). Les méthodes qualitatives sont privilégiées dans ce paradigme notamment deux méthodes phares : la théorie enracinée (Glaser et Strauss, 1967), favorisant l'identification de nouveaux mécanismes ou nouvelles structures, et l'étude de cas comparative (Tsoukas, 1989) des différents facteurs contextuels, favorisant non seulement l'enrichissement de la compréhension de mécanismes générateurs identifiés mais aussi leurs modes d'activation.

Nous proposons de synthétiser les différentes postures épistémologiques dans le **tableau n°27**. Ce tableau, adapté des travaux d'Avenier et Thomas (2011) et de Gavard-Perret et al. (2012), résume à la fois les hypothèses d'ordre ontologiques et épistémiques, les objectifs de la recherche de la connaissance mais aussi la généralisation et l'évaluation des connaissances pour chaque posture épistémologique.

Tableau 27 : les principaux paradigmes épistémologiques en sciences de gestion.

	Positivist	Constructivist Pragmatique	Constructivist Guba et Lincoln	Interprétativiste	Réalisme critique
Hypothèses ontologiques	Le réel a une essence unique, indépendante de l'attention du chercheur Le réel est régi par des lois naturelles immuables	Aucune hypothèse fondatrice car il existe des flux d'expériences humaines.	Le réel est relatif : il existe de multiples réalités socialement construites, qui ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autre sorte.	L'activité humaine est structurée. La signification consensuellement attribuée par des sujets à une situation à laquelle ils participent est considérée comme la réalité objective de cette situation.	Le monde est composé de trois niveaux de réel : le réel profond, le réel actualisé et le réel empirique. Il existe un réel en soi, indépendant de, et antérieur à, l'attention que peut lui porter le chercheur.
Hypothèses épistémiques	Le réel est connaissance et le but de la recherche est de découvrir les lois qui le régissent. La connaissance du réel exige une posture de neutralité par rapport au phénomène étudié.	Est connaissable l'expérience humaine. Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie, lequel peut néanmoins exister indépendamment du chercheur qui l'étudie. L'intention de connaître influence l'expérience qu'on a de ce qu'on étudie.	Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie.	Est connaissable l'expérience vécue. Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant qu'il étudie L'intention du sujet connaissant influence son expérience de ce qu'il étudie.	Le réel profond n'est pas observable. L'explication scientifique consiste à imaginer le fonctionnement des mécanismes générateurs qui sont à l'origine des événements perçus.
But de la connaissance	Connaître et expliquer des phénomènes observables.	Construire de l'intelligibilité dans le flux de l'expérience à fin d'action intentionnelle.	Comprendre les instructions de sens impliquées dans le phénomène étudié.	Comprendre les processus d'interprétation, de construction de sens, de communication et d'engagement dans les situations.	Mettre au jour les mécanismes générateurs et leurs modes d'activation.
Généralisation des connaissances	Hypothico-déductive.	L'abduction / Induction	Induction et/ou abduction.	Induction et/ou abduction.	Abduction
Évaluation des connaissances	Explication du processus de la recherche. Généralisation via des répliquations.	Explication détaillée du processus de recherche. Généralisation via des comparaisons et des mises à l'épreuve dans l'action successives.	Méthodes herméneutiques mobilisées	Méthodes herméneutiques et ethnographiques.	Pouvoir explicatif des Mécanismes Générateurs identifiés. Justification de la validité des mécanismes générateurs via des mises à l'épreuve

Source : Auteur, adapté d'Avenier et Thomas (2011) et Gavard-Perret et al. (2012).

2.2. La connaissance des tensions dans l'épistémologie en sciences de gestion.

Dans cette partie, nous présentons d'abord les postures de travaux de recherche s'étant intéressés aux tensions dans le champ de la santé, ensuite nous évoquerons notre posture pour cette recherche.

2.2.1. La connaissance des tensions dans le champ de la santé.

Nous identifions une diversité de postures épistémologiques dans les travaux de recherches s'intéressant aux mutations et aux tensions dans les hôpitaux. Les travaux réalisés montrent que les postures constructivistes, interprétatives et celle du réalisme critiques semblent être les plus privilégiées. C'est ainsi que Dionne et Rhéaume (2008) adoptent une posture constructiviste lorsqu'elles s'intéressent à la perception par les infirmiers de leurs rôles dans le contexte de transformations des hôpitaux canadiens. À travers une description fine non seulement du matériau utilisé mais aussi de la collecte et du traitement des données, ces auteurs identifient chez ces infirmières plusieurs perceptions de rôles chez ces infirmières tout en dégagant les principales tensions liées. Dumas et Ruiller (2013) empruntent également un positionnement constructiviste dans leur recherche qui vise à mettre en évidence les compétences phares chez les cadres de santé hospitaliers. Après une collecte de données à la fois qualitative et quantitative, ils procèdent à un travail de comparaison de données en vue de mettre en évidence un rôle de leader chez le cadre de santé. Grenier et Bernardini-Perinciolo (2015) font aussi appel à cette posture constructiviste lorsqu'ils cherchent à connaître les habiletés du manager hybride à diriger son équipe dans un contexte multi-institutionnel. Ces derniers font usage de la comparaison dans le traitement et l'analyse des données afin de mettre en évidence trois formes d'habiletés chez les médecins chefs de pôles, en poste dans un centre hospitalier français. Le constructivisme est également observé dans le travail de Bernardini-Perinciolo et Bertolucci (2018). Ces deux auteurs l'ont utilisé pour dévoiler la manière dont les personnels de direction et les professionnels de santé font face à la rationalisation dans les hôpitaux publics français. Dans les travaux précédemment évoqués qui prônent un positionnement constructiviste, nous pouvons voir plusieurs réalités socialement construites en ce qui concerne les phénomènes étudiés. De plus, la connaissance collectée est indépendante du chercheur, qui a priori ne l'influence pas.

Nous retrouvons également l'interprétativisme dans quelques travaux portant sur les tensions dans la sphère hospitalière par exemple dans les travaux de Divay et Gadéa (2008), Divay (2018), Bouret, (2008). Gadéa et Divay (2008) empruntent un positionnement interprétativiste lorsqu'ils questionnent les nouveaux rôles des cadres de santé en contexte de transformations des organisations hospitalières françaises dans une recherche financée par l'ANR visant à repérer la perception des professionnels de

soins vis-à-vis des risques psychosociaux. Gadéa (2018) prend de nouveau cette posture dans le cadre de travaux de recherches portant sur l'identification des pratiques liées au parcours de formation des cadres de santé hospitaliers. Dans cette recherche, l'auteure met en évidence un idéal type des étapes par lesquelles, le cadre de santé passe avant d'entrée en école de formation et après. Bourret (2008) s'oriente aussi vers une posture interprétativiste lorsqu'elle éclaire les pratiques actuelles du cadre de santé hospitalier, en observant pendant 8 mois deux cadres de santé en situation de travail. Le choix de cette posture par les auteurs précédemment nommés est lié à la relation qu'ils entretiennent avec leur objet de recherche. Ces auteurs sont interdépendants de leur objet de recherche. Ils participent à cette connaissance de par leur fonction double qu'ils occupent : chercheur et formateur en ce qui concerne Gadéa et Bourret.

D'autres auteurs s'inscrivent dans le paradigme du réalisme critique. La recherche de Baret et al. (2011) en s'intéressant aux pratiques de prévention de l'absentéisme des soignants à l'intérieur des pôles gériatriques (réputé pour un fort taux d'absentéisme) de 30 hôpitaux publics français s'inscrit dans le paradigme du réalisme critique. Ces auteurs ont souhaité mettre en évidence les actions réelles mises en évidence par les managers pour réduire l'absentéisme à l'intérieur de leurs services. La prévention de l'absentéisme est un phénomène peu investigué contrairement à ses causes et conséquences notamment financières. Ainsi, ils cherchent à identifier les actions mises en œuvre par les managers pour prévenir la prévention par le biais d'une méthodologie mixte qui repose d'une part sur l'administration d'un questionnaire et d'autre part, les entretiens semis-directifs. Cette méthodologie a permis de déterminer les mécanismes conduisant les managers à réfléchir aux actions énoncées en décrivant les modalités pratiques mises en place. Nous retrouvons aussi ce paradigme dans la recherche menée par Albert-Cromarias et al. (2018), qui visent à identifier les paradoxes dans les centres de lutte contre le cancer, ainsi que les stratégies de conciliation mises en œuvre pour les atténuer. Dans cette étude, les auteurs ont éclairé sur ces paradoxes en prenant comme exemple le centre de lutte contre le cancer « Jean Perrin ». Ces derniers ont mis en évidence les mécanismes sociaux en explicitant le lien entre ce qui est observé et les causes possibles, grâce à une collecte de données mixtes. Dujardin et al. (2016) valorisent également ce paradigme en s'intéressant aux habilités du cadre de santé pour conduire des projets. À partir d'une collecte de données mixtes mêlant des données quantitatives et qualitatives, les auteurs repèrent les compétences des cadres de santé pour mener à bien des projets. Ces auteurs mettent en évidence des éléments de connaissance méconnus sur le terrain auxquels, ils apportent une justification à travers des mises à l'épreuve matérialisées par les choix méthodologiques (collecte de données qualitatives puis quantitatives). **Le tableau n°28** recense les travaux de recherche précédemment cités, les questions ayant conduit la recherche ainsi que les choix épistémologiques des auteurs pour répondre à ces questions en ce qui concerne le domaine de la santé.

Tableau 28 : Les postures épistémologiques des recherches en management des OPH.

Postures épistémologiques	Auteurs	Questions traitées
Constructivisme	Dionne et Rhéaume (2008)	La perception du rôle des infirmiers.
	Dumas et Ruiller (2013)	Les savoir-être, savoir-faire et savoir agir du cadre de santé.
	Bernardini-Perinciolo et Bertolucci (2018)	Les tensions entre des groupes d'acteurs (l'administration et les professionnels de santé) ne partageant pas les mêmes idées.
Interprétativisme	Divay et Gadéa (2008)	La perception des cadres de santé de la dimension managériale de leur fonction.
	Bourret (2008)	Les pratiques réelles des cadres de santé en situation de travail.
	Divay (2018)	La carrière « idéal typique » du cadre de santé en devenir.
Réalisme critique	Baret et al. (2011)	Les pratiques réelles de prévention de l'absentéisme infirmier déployées par les cadres.
	Dujardin et al. (2016)	Le rôle stratégique du manager de proximité dans la conduite de projet.
	Albert-Cromarias et al. (2018)	L'identification et la gestion des paradoxes chez les acteurs.

Source : Auteur.

Nous avons donc le choix parmi les positionnements épistémologiques repérées dans les travaux ci-dessus, à savoir le constructivisme, l'interprétativisme et le réalisme critique. Notre choix dépendra bien évidemment de notre position en tant que chercheur (en interdépendance avec le réel ou pas ?) mais aussi des objectifs poursuivis. Dans la partie qui suit, nous présentons notre raisonnement puis, le positionnement épistémologique retenu par cette recherche.

2.2.2. Une recherche s'orientant vers un positionnement interprétativiste.

Poursuivant l'objectif d'identifier la nature des tensions chez les managers de proximité dans le contexte des organisations publiques, cette recherche de connaissance ne peut exister indépendamment des individus évoluant dans ces contextes porteurs de tensions. La connaissance du réel ne peut exister indépendamment de l'acteur et nécessite une ou des interactions entre le chercheur et ces acteurs. Pour comprendre l'origine de cette connaissance, nous pouvons d'ores et déjà exclure, les positionnements épistémologiques, qui ne postulent pas une interdépendance entre le sujet, le chercheur et les acteurs organisationnels comme l'épistémologie positiviste, pour se concentrer sur les quatre autres paradigmes (constructiviste, interprétativiste et réalisme critique).

Les travaux actuels portant sur les tensions ayant révélé plusieurs perspectives pour l'étudier à savoir intra organisationnelle et inter-organisationnelle (Guedri et al. 2014), nous pouvons déduire qu'il existe une multitude de réalités socialement construites ou des flux d'expériences humaines en ce qui concerne la nature et l'origine des tensions. Cette optique cadrerait avec le positionnement interprétativiste. Un autre argument en faveur de cette posture est le fait que nous postulons dans cette recherche que les tensions peuvent être de nature diverse et être localisées à la fois au niveau macro, méso et micro des organisations (les TR, s'inscrivant dans une perspective micro et les TGP qui se situent dans une perspective plus large). La connaissance de l'origine des tensions peut néanmoins exister indépendamment du chercheur qui l'étudie. Dans les travaux qui s'y sont intéressés, les tensions se sont manifestées indépendamment du chercheur. Ce dernier a constaté les effets des tensions sur les individus ou l'organisation, négatifs dans la plupart des cas. À ce stade de réflexion, nous rejetons les postures épistémologiques du réalisme critique et le constructivisme parce que nous cherchons à mettre en lumière un phénomène peu exploré la nature des tensions et par la suite les actions déployées par les managers pour les réduire. La connaissance de la nature des tensions dépend des perceptions des acteurs et en est indissociable. D'où le choix d'une posture interprétativiste.

En s'inscrivant dans cette posture, notre objectif est d'éclairer la nature des tensions tout en identifiant les leviers (institutionnels, organisationnels ou comportementaux) dont disposent les acteurs pour les réduire au travers d'allers-retours sur le terrain. Notre mode de raisonnement est l'abduction, qui sur le plan méthodologique emprunte une démarche qualitative.

III. Le terrain d'études et la méthodologie de recherche.

Dans la dernière partie de ce chapitre, nous présentons dans un premier temps, la méthodologie de recherche. Celle-ci de nature qualitative prend la forme d'une étude de cas (Yin, 1994). Puis, nous exposons le terrain d'études sur lequel, nous souhaitons déployer notre méthodologie, à savoir le terrain public hospitalier français. Comme toutes les organisations publiques françaises, l'hôpital est soumis à de nombreuses transformations institutionnelles et organisationnelles complexifiant la compréhension de son fonctionnement. Nous achèverons ce chapitre par une présentation de l'évolution du métier des cadres de santé de proximité, des managers de proximité dont le métier s'est transformé et se transforme suite aux mutations des organisations publiques hospitalières au fil des années (progrès technique mais aussi introduction des mécanismes de marché, nécessitant des compétences managériales).

3.1. Une méthodologie qualitative pour clarifier la perception des tensions.

Pour cette recherche, nous retenons une méthodologie d'analyse qualitative. Huberman et Miles (2003 ; p27) identifient plusieurs critères qui font la force des données qualitatives. D'abord, elles se concentrent sur des événements ordinaires et qui surviennent dans des contextes naturels, afin de pouvoir vraiment saisir ce qui se passe « au quotidien, dans la vie réelle ». L'accent est généralement mis sur un cas spécifique, un phénomène précis et contextualisé. De plus, leur richesse et leur caractère englobant leur confèrent un décryptage incommensurable des phénomènes complexes, produisant ainsi des descriptions denses de la vérité qui impactent le lecteur. Dans la même idée, collectées le plus souvent sur une période longue, les données qualitatives ont une forte puissance explicative des processus. Enfin, les données qualitatives et l'attention portée à l'expérience vécue des personnes sont fondamentalement adaptées à la localisation des significations que les individus ont des événements, des processus et des structures de leur vie – leurs « perceptions, hypothèses, préjugés, suppositions ». En ces mots, la méthodologie qualitative correspond à notre souhait d'identifier les perceptions que les acteurs ont des tensions ressenties en vue de déceler leur nature. Les données qualitatives correspondent aux essences des gens, aux objets et aux situations (Berg, 1989) exprimées à travers des mots. Ces mots se fondent sur l'observation, des entretiens ou des documents (Wolcott, 1992) à la fois internes et externes à l'organisation qui donnent du sens aux actions des acteurs. L'analyse qualitative est « *un exercice intellectuel pour faire émerger du sens* » (Paillé et Mucchielli, 2003).

3.1.1. Le choix de la méthode, les objectifs et le protocole de la recherche.

En se focalisant sur l'analyse qualitative, nous choisissons donc « d'observer, d'analyser et de comprendre » en vue d'identifier ce phénomène complexe qui sont les tensions ressenties par les acteurs, leur nature et les leviers dont disposent les acteurs dans les organisations publiques. Toutefois, les recherches qualitatives se réfèrent la plupart du temps à l'étude d'un ou plusieurs cas singuliers au moyen de l'étude de cas. Cette dernière est considérée comme une des plus représentatives (Tsoukas, 1989). Elle prend appui principalement sur des données de type qualitatif (discours, observations, données historiques...). Elle permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus les composant et des personnes y prenant part (Gagnon, 2011). Comme méthode de recherche, elle est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs (Woodside et Wilson, 2003). La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989 ; Kidder, 2000). L'explication vise à éclairer le pourquoi des choses. Pour Yin (1994), le recours à l'étude de cas est recommandé lorsque se pose une question du type « comment » ou « pourquoi » à propos d'un ensemble contemporain d'événements, sur lesquels le chercheur a peu ou pas de contrôle. Dans notre recherche, nous mobilisons l'étude de cas d'autant plus que nos objectifs visent à décrire, comprendre le phénomène des tensions. Nos objectifs sont en

adéquation avec cette méthode spécifique. Notre question de recherche : « *Si des tensions de rôle et de gouvernance publique sont identifiables, comment les managers de proximité, contribuent-ils à les réduire au sein des organisations publiques françaises ?* », qui se décline autour de trois questions phares, que nous résumons dans **le tableau n° 29**.

Tableau 29 : Les objectifs de la recherche.

Objectifs de la recherche	Questions de recherche	Résultats de la recherche
DECRIRE 	Q1 : Les managers de proximité dans les organisations publiques seraient-ils soumis à la fois aux TR et aux TGP ?	Identification de la nature des tensions chez les managers de proximité. Validation de la grille conceptuelle des tensions.
COMPRENDRE 	Q2 : Si tel est le cas, comment ces deux formes de tensions s’articulent entre elles ?	Éclairage sur l’origine des tensions chez les managers de proximité et les liens pouvant exister entre les deux formes de tensions analysées.
ORIENTER	Q3 : Les managers de proximité disposent-ils des ressources ou marges de manœuvres pour dépasser les tensions ?	Identification des capacités stratégiques ou non des managers de proximité.

Source : Auteur.

Dans notre recherche, nous mobilisons la méthode de l’étude de cas. Yin (2003 ; p40) distingue 4 typologies d’études de cas en fonction de deux critères : (1) les designs à cas unique et les design multi-cas ; (2) les designs holistiques avec un seul niveau d’analyse, versus les designs enchâssés, c’est-à-dire avec plusieurs niveaux d’analyse. Couvrant une seule unité d’analyse, l’étude de cas unique de type holistique est souvent adoptée pour tester une théorie déjà formulée, un cas extrême ou unique (Yin, 1994). Elle est préconisée pour éclaircir un phénomène jusque-là inexploré (Gagnon, 2011). Dans une étude de cas unique enchâssée, le chercheur traite plusieurs unités d’analyses dans un seul cas. Cela peut être par un exemple le fait d’analyser sous plusieurs dimensions un phénomène : niveau macro, niveau méso ou niveau micro. L’étude de cas multiples de type holistique vise à étudier plusieurs cas, dont chacun est considéré comme une unité d’analyse. Enfin, une étude de cas multiples de type enchâssé couvre plusieurs cas et chaque cas comprend un certain nombre d’unités d’analyses (Yin, 1994). Nous choisissons de nous focaliser sur l’étude de cas multi sites, suite à la spécificité du terrain étudié, à savoir les organisations publiques hospitalières. Comme nous le verrons plus tard, ces organisations ne sont pas homogènes de par leur architecture (Centre hospitalier Universitaire, Centre hospitalier, hôpitaux de proximité, etc.) mais aussi de par leur fonctionnement interne (certaines organisations ayant une mission de service public, ont parmi leurs effectifs des agents issus du droit privé). En optant pour une étude de cas unique, nous courrions le risque de donner une vision très étroite des tensions dans les organisations

publiques hospitalières. Nous analyserons donc plusieurs cas dans une logique comparative afin d'exploiter la diversité des tensions perçues et de découvrir des régularités, utiles pour renforcer la validité externe de la recherche (Yin, 2003). « *La comparaison vise ainsi à susciter des questions, à envisager des problèmes nouveaux [...]. Est ainsi bien mis en évidence le caractère dynamique et stimulant de la comparaison comme instrument heuristique, comme outil de suggestion d'hypothèses. L'approche comparative est l'un des moyens de procéder à l'administration de la preuve* » (Vigour, 2005: p128). Étant intéressé par un recueil des perceptions des tensions entre les différents niveaux hiérarchiques, la perspective d'une étude de cas multiples de type enchâssé serait également pertinente à intégrer, en vue de déceler entre les différents niveaux l'intensité des tensions. C'est d'autant plus enrichissant car comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, dans les organisations publiques hospitalières, il existe différents niveaux hiérarchiques avec des objectifs et des missions différentes, et surtout des agents pouvant avoir des avis divergents en ce qui concerne le fonctionnement d'un service de soins par exemple. De cette manière, nous alignons l'approche du terrain avec notre positionnement théorique retenu et la volonté d'aborder plusieurs niveaux d'analyse (Bruyère, 2008).

La méthodologie détaillée ci-dessus, nous permettra de répondre aux questions 1, 2 et 3 et d'éclairer les liens pouvant exister entre les TR et les TGP. Nous souhaitons déployer cette méthodologie sur le terrain hospitalier, que nous présentons dans la partie suivante.

3.1.2. Un terrain d'études hospitalier soumis à des transformations.

Les hôpitaux publics français sont le théâtre de nombreuses réformes ces 30 dernières années. Celles-ci complexifient davantage leur fonctionnement et transforment les pratiques des professionnels qui y officient tels que les cadres de santé de proximité et qui, représentent les managers de proximité dans notre recherche. En effet, le métier de cadre de santé de proximité dans le contexte des hôpitaux publics français a également muté suite aux différentes réformes, originellement religieux, puis infirmier, surveillant et enfin cadre de santé de proximité. Il nous a semblé important de resituer le fonctionnement des hôpitaux français et de le situer dans une perspective historique. Nous présentons le fonctionnement des hôpitaux publics français, d'un point de vue structurel et organisationnel puis nous ferons un bref état des lieux des réformes qui ont été initiées ces dernières années, en précisant les conditions dans lesquelles, elles ont été mises en place. Enfin, nous exposons les transformations du métier de cadre de santé de proximité au fil des années et l'impact des réformes enregistrées sur l'évolution de ce métier. Un point particulier est également consacré au parcours de formation de ces cadres dans cette partie. Un parcours mêlant des règlements et des lois officielles, des spécificités locales. Car, il est important de resituer cette profession.

3.1.2.1. Le fonctionnement interne des hôpitaux publics français

Du point de vue de leur organisation et de leur fonctionnement interne, la littérature en management stratégique fait état d'une diversité d'acteurs, appartenant à des logiques professionnelles différentes, ne partageant donc pas les mêmes cultures professionnelles. C'est ainsi que Glouberman et Mintzberg, (2001) identifient quatre mondes hospitaliers : la communauté, la guérison, le soin et le contrôle, au sein d'une seule et même organisation. La communauté représente le monde des administrateurs, dont l'objectif est de s'ancrer dans l'organisation et d'étendre son influence par un réseau de relations. La guérison est représentée par le monde des médecins ou des professionnels médicaux, dont l'intérêt est de s'investir dans les actes qu'ils réalisent, à travers leur production. Le soin est identifié chez les professionnels de soins tels que les infirmiers, qui ont pour mission de prodiguer des soins aux patients. Enfin, le contrôle est représenté par les administrateurs, avec leurs composantes hiérarchiques, qui ont pour mission d'exercer et de renforcer leur autorité sur les autres mondes. Plusieurs hiérarchies cohabitent dans cette même organisation : la Direction Générale et Administrative, représentée par le Directeur Général ; la Direction médicale, tenue par le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et enfin la Direction des soins, dont la responsabilité revient aux Directeurs de soins.

Dans une perspective similaire à la précédente, le courant des organisations pluralistes (Denis et al. 2006) qualifie les hôpitaux publics comme des organisations pluralistes, c'est-à-dire : « *des lieux d'expression de la stratégie reposant sur des buts divergents et des intérêts des groupes différents à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation, ayant chacun d'entre eux suffisamment des bases de pouvoir pour s'assurer que leurs objectifs soient légitimés par rapport à la stratégie de l'organisation* » (Jarzabkowski et Fenton, 2006). Les organisations pluralistes sont présentées dans la littérature en management stratégique à partir de critères spécifiques, et souvent accompagnées de critères négatifs. Pour Denis et al. (2001), les organisations pluralistes détiennent trois caractéristiques principales :

- 1 des objectifs multiples pouvant être contradictoires, par exemple répondre à des objectifs financiers, pour satisfaire les actionnaires et inciter à la motivation et l'engagement des salariés dans le cadre d'objectifs sociétaux ;
- 2 des sources de pouvoir et de décision diffuses et ambiguës car les décisions reposent souvent dans ces formes organisationnelles, sur le consentement de plusieurs personnes à différents niveaux organisationnels comme les représentants du personnel, les conseils d'administration et autres comités de direction ;
- 3 enfin on n'y retrouve des processus de travail peu standardisés, nécessitant des connaissances spécifiques.

Les objectifs divergents identifiés engendrent des processus organisationnels multiples alors que les intérêts des parties prenantes externes tels que les organismes sous tutelles mènent à des buts et objectifs stratégiques variés. Ce pluralisme provient des pressions internes et externes exercées sur l'organisation (Pettigrew, 1987). En interne, le pluralisme renvoie à la superposition de logiques d'action distinctes, présentes à différents niveaux de l'organisation (Contandriopoulos et al. 2005). Ceci entraîne des tensions dans l'organisation, influençant dans la plupart du temps la mise en œuvre de la stratégie et nuisant à son bon fonctionnement. Chaque groupe d'acteurs défendant ses valeurs et intérêts, les difficultés de communication et de coordination dans la fabrique d'une stratégie commune y sont courantes (Cuccurullo et Lega, 2013). En externe, le pluralisme se manifeste par une dépendance de l'organisation à des parties prenantes habilitées à exercer sur elle une autorité. Il s'agit ainsi de contextes organisationnels, où les intérêts sont multiples, le pouvoir est partagé entre différentes parties prenantes, et où la connaissance nécessaire à la prise de décisions est répartie entre des personnes à différents niveaux.

Dans les organisations pluralistes, des chercheurs notent la présence d'une certaine inertie organisationnelle et l'abondance de changements structurels, dont les difficultés de transformation sont nombreuses, à tel point que le fort degré de pluralisme de ces organisations peut produire une paralysie stratégique et une dilution des initiatives de changement (Denis et al. 2007). Le pluralisme s'y manifeste par la présence de tensions entre les cultures managériales et professionnelles et leurs intérêts. Dans de tels contextes, le stratège doit faire face à des multiples défis que les modèles traditionnels en gestion permettent difficilement de comprendre. Car, la plupart de ces modèles ont été conçus pour des organisations ayant des structures hiérarchiques, des objectifs économiques clairs et une concentration du pouvoir et l'expertise au sommet. Alors que dans les organisations pluralistes, l'autorité est limitée et les personnes ont des avis différents mais tout aussi légitimes les unes que les autres sur les actions importantes pour assurer la pérennité de l'organisation.

Les organisations pluralistes existent dans le secteur privé et le secteur public, bien que le secteur public, au sens de service public - représentées par les universités, les établissements publics de santé et les organismes de tutelles - soit le domaine le plus étudié par les chercheurs en management stratégique, présenté comme le lieu privilégié des tensions organisationnelles. Chez les chercheurs canadiens, une attention particulière est accordée aujourd'hui à l'étude du changement stratégique dans les organisations hospitalières, des organisations en situation de profondes réformes institutionnelles, traversées par des sources de pluralismes multiples. Les hôpitaux sont présentés tels des organisations complexes à manager et où les transformations stratégiques, peuvent présenter des particularités. D'après Gaudron (2014), les organisations hospitalières ont pour caractéristiques principales, une taille

importante, des ressources limitées et une multitude d'acteurs. Dans les organisations hospitalières, Gaudron (2014) identifie plusieurs éléments clés tels qu' « *une vision qui est celle des responsables nationaux (souvent extérieures à l'organisation), des missions définies par les lois et précisées par la réglementation, des instances comprenant des parties prenantes externes et de nombreuses parties prenantes internes ayant un pouvoir décisionnel assez important, une approche de la tutelle basée sur le couple efficacité/performance impliquant d'autres règles qui modifient les modes d'organisation et de fonctionnement de l'organisation, et enfin un processus de changement organisationnel basé sur la transformation globale radicale et rapide où le moment et l'ampleur ne sont pas choisis par le directeur* ». Le portrait que tire l'auteur traduit le lien entre les organisations hospitalières et les organisations pluralistes. Selon Langley (2010), ce sont des organisations qui ont des valeurs et intérêts multiples, dont les objectifs ne sont pas tout à fait clairs parce que chacun essaie de faire plusieurs choses en même temps. Dans ces organisations, le management n'y est pas hiérarchisé et de multiples groupes et individus doivent participer aux décisions. Difficiles à gérer, ce sont souvent des organisations où les individus sont des spécialistes, des experts qui ont une certaine autonomie dans leur travail. Leur expertise est nécessaire pour la pérennité de l'organisation. Les centres hospitaliers sont de beaux cas d'organisations pluralistes (Langley, 2010). Brillants par leur complexité en termes de fonctionnement et de gestion, les organisations hospitalières ont besoin d'une forme de gestion stratégique pour pouvoir poursuivre leurs missions de façon efficace dans un environnement en perpétuel changement et souvent incertain, au sein duquel il est difficile d'identifier une stratégie ou une vision commune.

Le changement dans le fonctionnement et l'organisation dans le paysage hospitalier public français est motivé par une baisse de dotations financières. De moins en moins de moyens financiers sont alloués aux hôpitaux français, contraints de fonctionner de façon de plus en plus efficiente face à une demande qui ne cesse d'augmenter (augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, polypathologiques et en comorbidité). Plusieurs réformes gouvernementales ont donc été mises en place depuis 2003 pour apporter des solutions à l'efficacité du système hospitalier français. Elles s'appuient sur les notions de rationalisation des dépenses, de mutualisation des ressources et de coopération entre hôpitaux d'un même territoire.

3.1.2.2. Les réformes dans les hôpitaux publics français.

➤ Les plans hôpitaux 2007 et 2012.

Entre 2003 et 2007, deux séries de mesures gouvernementales se succèdent et visent à améliorer le système de santé français : le plan Hôpital 2007 et le plan Hôpital 2012. Le plan Hôpital 2007 a été annoncé le 04 septembre 2003, suite au constat d'un profond malaise dans les établissements de santé.

Les conditions de travail dans les établissements de santé et la transformation des attentes des patients et des pathologies (Safon, 2015) sont au cœur de ces plans. Les principales mesures visées par ce plan portaient sur la nouvelle gouvernance hospitalière, la création des pôles d'activités et enfin la mise en place de la T2A. En intégrant une dimension managériale et stratégique forte dans le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux publics, elle transforme les pratiques des professionnels qui travaillent tels que les médecins devenant des médecins chefs de pôle ou encore les cadres de santé de proximité. Les objectifs de ce plan étaient de passer d'une régulation administrée à l'autonomie, accompagner les évolutions de la recomposition de l'offre hospitalière par l'État ; assouplir et moderniser les hôpitaux publics. Le Plan 2012, dans la continuité du celui de 2007 poursuivait le double objectif d'amélioration de l'efficacité de l'offre hospitalière et de modernisation technique des établissements de santé engagée par le plan précédent. De ce fait, les principales mesures portées par le Plan 2012 sont le maintien du niveau d'investissement pour les établissements de santé publics et privés, la mise en œuvre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) en vue de faciliter les partenariats entre les établissements de santé publics et privés et enfin le développement du système d'information hospitalier (SIH). Les Plans 2007 et 2012 visaient tous les deux à une réduction des dépenses de santé.

➤ *La loi HPST 2009 portant création des communautés hospitalières de territoire (CHT).*

La loi du 21 Juillet 2009, promulguée par Roselyne Bachelot, ministre de la santé de l'époque s'est inspirée des recommandations apportées par le rapport Larcher. Dite loi « Hôpital, Patients, Santé et territoires » (HPST), cette loi a pour objectif de réorganiser et moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences Régionales de Santé, comme acteurs de régulation et de coordination territoriales des politiques de santé. Les principales mesures visées par cette loi sont : une organisation régionale de la santé à travers la création des Agences Régionales de Santé (ARS), une nouvelle gouvernance des hôpitaux à travers la mise en place d'un conseil de surveillance en remplacement du conseil d'administration et enfin le renforcement du rôle du chef d'établissement. Soumis au contrôle de l'État, les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont dotés d'un Conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire.

Plus tard, la loi HPST en 2009, précise la notion de CHT en avançant que des établissements de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements. D'après cette loi, un établissement public de santé ne peut prendre parti qu'à une seule convention. La CHT est un outil de rationalisation territoriale du système, permettant la pérennité

de l'offre de proximité en évitant par exemple la fermeture des services ou établissements et la suppression des doublons. Les coopérations peuvent aboutir au rapprochement de l'offre de soins vers le patient. En Mars 2012, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales incite au développement de complémentarités entre les hôpitaux sous la forme de CHT par le biais d'un projet médical commun aux établissements signataires. Néanmoins selon ce rapport, la CHT n'a pas la personnalité morale et un établissement ne peut être membre de plusieurs CHT. Ce rapport déplore qu'il n'existe pas à ce jour d'outils de coopération entre les membres de la CHT, or un instrument de planification est vivement exigé. Des limites soulignées qui entravent la constitution des CHT. Le Rapport Couty remis à la Ministre de la Santé en mars 2013, réaffirme la volonté de l'État de ne pas obliger les hôpitaux à constituer des CHT. En vue de simplifier la création des CHT, il conseille de ne pas inciter les établissements à entrer dans des CHT. Il pointe également du doigt la manière dont les coopérations sont constituées à savoir dans un climat de tension et de défiance, nuisant au fonctionnement de ces coopérations. Dans le rapport Couty, les coopérations ne doivent pas être une obligation mais une proposition naturelle des établissements entre eux. Il met également l'accent sur le manque de responsabilité morale en ce qui concerne les CHT. Au début 2014, dans un rapport portant sur la rénovation du service public hospitalier à la Ministre de la Santé, Bernadette Devictor conseille d'introduire une obligation de coopération pour les acteurs du Service Public Hospitalier (SPH) de deux façons : (1) la mutualisation des compétences, l'optimisation des équipements sanitaires et des plateaux techniques entre les établissements hospitaliers d'un même territoire, ou au-delà selon les besoins du patient et (2) la coopération avec les acteurs de santé appartenant aux secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Dans la continuité de ce rapport, la Fédération Hospitalière de France demande que l'intégration de tous les Centres Hospitaliers à une CHT devienne obligatoire.

➤ *La loi de Modernisation de Notre Système de Santé.*

Au 1er Janvier 2016, la loi de Modernisation est promulguée par le Sénat. Elle met l'accent sur les Groupements Hospitaliers de Territoire en remplacement des CHT. Pour certains, cette introduction des GHT marque l'échec de la CHT, pour d'autres, cela permet de prendre un nouveau départ sur la notion de coopérations hospitalières. La loi de modernisation prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, les « Groupements Hospitaliers de Territoire » (GHT), dont l'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre les hôpitaux publics autour d'un projet médical. En inscrivant les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins. Les GHT permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population. Conçus cette fois-ci sous une forme obligatoire, « *les groupements hospitaliers de territoire sont une opportunité pour renforcer le service public hospitalier, en conciliant la nécessaire*

autonomie des établissements et le développement des synergies territoriales (...) » selon l'ancienne ministre de la santé. Ils ont l'ambition de renforcer la coopération entre hôpitaux publics au moment où les CHT ont atteint leurs limites, bien qu'ils répondent aux mêmes objectifs. La rédaction d'un projet médical partagé ou en commun est une condition *sine qua non*. Pierre angulaire des GHT, ce dernier traduit la stratégie de groupe pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire. Il doit impliquer l'ensemble de la communauté médicale et privilégier une logique de filière. Les CHU et les doyens de faculté de médecine sont désignés, comme des acteurs fondamentaux dans la mise en œuvre de ces GHT. Selon cette loi : « *tous les groupements s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires (...)* cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT ». **L'encadré n°1**, précise les modalités de mise en œuvre des GHT à l'intérieur des hôpitaux publics français.

Encadré 1 : Les modalités de mise en œuvre des GHT.

Extrait de l'article 107 : Création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

- ✓ Remplacement des communautés hospitalières par les GHT (qui n'ont pas la personnalité morale) ;
- ✓ Les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux de l'Agence régionale de santé concernée à partir du 1er juillet 2016 ;
- ✓ Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un GHT ;
- ✓ Les GHT sont associés à l'élaboration d'un projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire et sont associés à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ;
- ✓ Chaque GHT demeure libre de déterminer des modalités d'organisation et de fonctionnement ;
- ✓ Un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux peuvent adhérer au groupement ;
- ✓ Les établissements privés peuvent y être associés par voie conventionnelle (statut d'établissement partenaire) et celle-ci prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement.

Source : Auteur, adapté de Safon, (2015).

Au 1^{er} Juillet 2016, ce sont ce sont 15 groupements qui sont officiellement constitués au sein de la région. Ces groupements comprennent 121 établissements hospitaliers publics dont 4 CHU (3000 internes accueillis chaque année pour les 4 subdivisions) et 6 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Ce qui correspond à 1.2 millions de séjours dont 265500 en chirurgie et 155000 en obstétrique pour une population de 7.7 millions d'habitants sur 12 départements et 1 métropole. Les hôpitaux investigués sont issus de l'un d'entre eux : le GHT Centre. Nous proposons de caractériser ces hôpitaux après **l'encadré n° 2** qui présente l'étendue, le fonctionnement et l'organisation de ce GHT.

Encadré 2 : La présentation du GHT Centre.

Le GHT Centre est l'un des plus grand GHT de France car il réunit en son sein deux départements voisins : le département du Massif et le département Les Sources. Alors que le département du Massif rassemble 8 établissements celui Les Sources regroupe 7 établissements. Ce GHT comprend donc 15 établissements de santé toute catégories confondues (CH, CHRU et CHP). Le CHRU de référence est celui qui porte tout le dispositif du GHT. Il représente l'établissement support. Le GHT Massif-Les sources dispose d'un organe de gouvernance : le comité stratégique. Le comité stratégique regroupe diverses parties prenantes : les directeurs d'établissements, les présidents de Commissions Médicales d'Établissements (CME), les présidents des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (SIRM), le président du collège médical, le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) du territoire et enfin le directeur de l'unité de recherche et de formation médicale. Les charges de fonctionnement du GHT sont partagées entre les établissements signataires selon les modalités prévues au règlement intérieur. Les charges des fonctions mutualisées sont identifiées par l'établissement support et facturées auprès des établissements signataires sur la base de clés de ventilation définies par le règlement intérieur.

Source : Auteur.

3.1.2.3. Le cas : 7 hôpitaux du GHT Centre.

Sept hôpitaux appartenant à ce GHT ont été le terrain de notre recherche. Nous proposons de donner quelques repères sur les caractéristiques du Il s'agit du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de référence, qui est implanté sur 3 sites : Léto, Epione et Acéso ; les Centres Hospitaliers (CH) Panacée, Apollon et Dionysos, puis le Centre Hospitalier de Proximité (CHP) Eglé. Le CHRU est à la fois un établissement de proximité (64,3% des patients hospitalisés sont originaires du Grand Centre) et un établissement régional (15,2% des patients viennent des autres départements). Inscrit dans une mission de service public, le CHRU poursuit cinq missions : le soin, l'enseignement, la recherche, la formation et la prévention. Poursuivant également une mission de service public, le CH Panacée est le pilier de la filière gériatrique du département. Cet hôpital fait partie du géronto - pôle inter hôpitaux du Centre. De ce fait la grande majorité des patients âgés du département nécessite une prise en charge médicale spécifique est directement transférée au CH de Panacée. Le CH Apollon est un établissement public de santé, inscrit dans une mission de service public. Cet hôpital assure des soins de proximité pour une population de 120000 habitants. Contrairement au CH de Panacée, le CH de Apollon détient une activité d'Obstétrique, en plus de la Médecine et de la Chirurgie. Le CH de Dionysos est un établissement public de santé en mode associatif loi 1901. C'est un établissement à but lucratif, qui est sous dotation publique contrairement aux autres établissements de notre échantillon qui sont sur le

régime de la Tarification à l'activité (T2A). Cet établissement accueille essentiellement des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques. Il existe trois établissements du même type dans la région. Enfin, le CHP Eglé est un hôpital local. Disposant des activités de Médecine, Chirurgie et d'Obstétrique, il accueille essentiellement une population locale.

Nous avons donc trois types différents d'hôpitaux publics : CHU, CH et CHP au sein desquels officient des cadres de santé de proximité, chefs d'orchestre au sein des services de soins. Pour mieux apprécier les résultats obtenus, nous avons classé ces hôpitaux en deux catégories. La première catégorie rassemble les trois établissements du CHU, à savoir Léto, Epione et Acéso. La deuxième regroupe les autres établissements qui sont les 3 CH (Apollon, Panacée et Dionysos) et le CHP Eglé. La première catégorie est représentée dans le cas n°1 et la seconde dans le cas n°2. Le cas n°1 regroupe 14 entretiens de cadres de santé contre 11 entretiens en ce qui concerne le cas n°2. **Le tableau n°30** résume les caractéristiques de chacun des hôpitaux que nous avons investigués. L'ensemble des hôpitaux investigués s'inscrit dans une mission de service public.

Tableau 30 : Les caractéristiques des hôpitaux.

Entités	Cas n°1	Cas n°2			
	CHRU	CHP	CH	CH	CH
Mission	Mission de service public	Mission de service public	Mission de service public	Mission de service public	Mission de service public
Activités principales	Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Moyen et Long séjours	Médecine Chirurgie et Obstétrique	Médecine et Chirurgie	Médecine psychiatrique adulte et enfants	Médecine, Chirurgie et Obstétrique.
Capacités d'accueil	EPI : 1095 lits LET : 502 lits ACE : 323 lits	117 lits MCO 115 lits d'EHPAD	185 lits MCO 149 lits EHPAD	321 lits 320 places en Hôpital de jour 75 lits d'EHPAD	314 lits MCO 160 lits d'USLD/EHPAD 91 places en Hôpital de jour
Mode de financement	T2A	T2A	T2A	Dotation annuelle de fonctionnement	T2A
Nombre de cadre interrogés	14	3	4	2	2
Nombre d'infirmiers interrogés	8	2	4	1	0

(Suite tableau n° 30)

	Cas n°1	Cas n°2			
Entités	CHRU	CHP	CH	CH	CH
Contextes organisationnels	Signature d'un CREF. Valorisation de la culture financière. Ouverture de lits à ACE	Des restructurations budgétaires	Gel des emplois. Mutation du directeur, Restructurations	3 plans de restructurations avec baisse des effectifs et fermetures de lits ces 15 dernières années.	Des restrictions budgétaires

Source : Auteur

Les spécificités des cas sur lesquels s'appuient notre analyse sont les suivantes. Les établissements du CHU évoluent dans un contexte de réduction des moyens, caractérisé par la signature d'un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) en 2018. À cela s'ajoute une volonté forte de la direction d'insuffler une culture financière aux cadres intermédiaires, y compris aux cadres de santé de proximité, à travers la diffusion des résultats financiers de l'activité de chaque service. Les établissements répertoriés dans le cas n°2 se caractérisent principalement par des gels d'emplois précipitant la mise en place de plans de restructurations spécialement pour le CH de Dionysos. La structure hiérarchique est également différente entre le cas n°1 et 2. Dans les établissements du CHU, nous retrouvons un niveau d'encadrement supplémentaire, représenté par le poste de coordinateur de soins. Cet encadrement est absent dans les autres établissements. La présence de cet échelon supplémentaire au niveau du CHU a pour but de mieux structurer les activités des directeurs de soins, par ricochet celles des cadres supérieurs et celles des cadres de santé de proximité. De ce fait, les rôles et missions de chacun des échelons intermédiaires pourraient être clairs et pas sujets à ambiguïté, comparativement aux établissements du cas n°2, qui ne disposent pas de cette strate. L'autre spécificité est en lien avec les missions attribuées aux cadres de santé. La fonction du cadre de santé comprend des missions opérationnelles de gestion du quotidien et des missions de gestion de projets transversaux destinées à décloisonner les services. Ces deux missions sont présentes chez les cadres de santé en poste au CHU, dans les CH et le CHP, elles sont absentes.

Les situations de rationalisation observées dans les deux cas ont une influence sur les conditions de travail des agents et la prise en charge du patient. Les cadres de santé de proximité dans ces établissements sont en première ligne non seulement pour informer les équipes sur les nouvelles orientations financières, politiques et stratégiques mais aussi pour les accompagner au changement. Dans la plupart des cas, ces derniers ne disposent pas de suffisamment d'informations sur ces changements. Comme ceux-ci l'ont souligné il devient donc difficile d'accompagner les équipes comme

ils le devraient. Tous se heurtent aux mêmes complications dans le cadre de leurs activités quotidiennes telles qu'un absentéisme grandissant du personnel soignant et des complications pour mettre en place des solutions de remplacement. Ceci entrave le fonctionnement optimal des services de soins, constamment en flux tendus, c'est-à-dire moins de personnel soignant pour une charge de travail accrue. Celle-ci s'intensifie en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées. C'est dans ce contexte que le personnel de l'hôpital de Panacée a fait grève fin 2016 pendant deux semaines pour « dénoncer » des conditions de travail difficiles. La gestion du matériel est aussi impactée par les politiques de diminution des moyens. La grande majorité des hôpitaux fait état d'un manque de matériel qui a une incidence sur la prise en charge des patients par les équipes, à l'exception du CH Dionysos, qui est un hôpital psychiatrique. Cet hôpital du fait de son secteur (la psychiatrie) est le seul étant sur le régime de la dotation. Il bénéficie encore de moyens (financiers, humains et matériels) jugés suffisants qui permettent aux équipes soignantes de prendre en charge les patients dans les meilleures conditions. Dans ce cadre, c'est plutôt le profil des patients reçus (déments et agressifs) qui complexifie la prise en charge.

Il est clair que les plans de rationalisations mis en place dans les établissements qui nous ont servi de terrain transforment l'activité et les rôles des personnels. Par le bien des réformes instaurées dans ce secteur, elles véhiculent une dimension managériale forte et prononcée à un métier qui dans ses fondements historiques, était lié à celui d'infirmier. Nous proposons de dresser l'évolution du métier de cadre de santé de proximité dans la partie qui suit.

3.1.2.4. Une évolution du métier de cadre de santé suite aux transformations.

Officielle depuis le 31 décembre 2001, la catégorie « *cadre de santé* » a subi plusieurs transformations, concomitantes avec les transformations de l'hôpital et le progrès technique. Sous différentes appellations – surveillante, infirmière major, infirmière chef - les cadres de santé ont toujours travaillé dans les hôpitaux, bien que nous en trouvions aujourd'hui dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Tenu dans un premier temps par des religieuses, l'encadrement s'est laïcisé et professionnalisé au cours du 20^{ème} siècle. Un détour historique permet de comprendre la situation de travail des cadres de santé. Elle reste marquée par l'héritage du passé mais est aussi bousculée par les nouveaux modes de management (Bouret, 2008).

➤ *De la religieuse à la surveillante laïque, sous le sillage de la fonction infirmière.*

Dès le 5^{ème} siècle, de nombreux établissements sont créés pour accueillir les pauvres, les malades et les déshérités et se développent au Moyen Age. La vie à l'hôpital est rythmée par les normes religieuses, qui y sont la référence. Ce sont donc des hommes et des femmes engagés dans la foi chrétienne et

quelques civils qui s'occupent des malades et des minorités sociales, et développent petit à petit la fonction du personnel soignant. Toutefois, une partie des sœurs n'assure pas directement les soins ; leur rôle est sans ambiguïté celui d'intendance et de vérification du respect d'un certain nombre de normes. Les soins et tâches annexes sont sous la surveillance des religieuses, elles-mêmes sous l'autorité de leur supérieure. Charles (1979) rappelle que « *les soins les plus techniques – pansements, clystères, cautères – étaient donnés par les élèves chirurgiens. La première responsabilité comme à toutes les sœurs est l'accueil des malades : les installer, s'assurer de leur repas et leur remède, et qu'ils soient visités par le médecin. Mais les règlements des hospitalières de Lyon révèlent qu'elles se sont occupées plus d'intendance que de soins aux malades* » (Charles 1979: p55). Elles assurent un rôle au quotidien dans le contrôle des dépenses, veillant à faire des économies par une gestion rigoureuse. L'auteur souligne le caractère ambivalent de ces religieuses notamment au niveau du personnel soignant, qui s'occupe des malades, et dans le même temps, doit obéir aux administrations hospitalières, dans leur fonction de gestionnaire : des cuisines, de la lingerie, buanderie (Charles 1979: p49).

Sous la Révolution, les religieuses vont continuer à assurer leur service sous réserve de le faire avec l'habit laïc. Certaines acceptent la laïcisation mais la plupart refusent et quittent l'hôpital, elles sont remplacées par des femmes sans formation dites patriotes. En 1801, la commission administrative justifie le retour des congrégations religieuses par leurs qualités de gestionnaires, connues pour leur sens des économies. La commission administrative soustraite le fonctionnement quotidien de l'hôpital aux congrégations religieuses : « *logées, nourries, habillées aux frais de l'établissement, assistées de quelques domestiques laïcs, les religieuses assureront en permanence non seulement les soins aux malades mais aussi la marche des services annexes : boulangerie, cuisine, buanderie, pharmacie. La mère supérieure devient sous l'égide de la commission administrative à côté du secrétaire, du ou des médecins le personnage influent voire tout-puissant. Elle régent le fonctionnement de l'hôpital et tout naturellement lui confère la rigueur de la vie monastique à laquelle n'échappe même pas le petit personnel* » (Maillard, 1986: p16). Les religieuses continuent ainsi leur travail de surveillance et de gestion des hôpitaux. On observe les premières traces de la fonction de surveillance dans les hôpitaux français entre le milieu du 19^{ème} et le 20^{ème} siècle.

Les premières surveillantes qui travaillent dans les hôpitaux de la charité sont « *des religieuses qui surveillent plus qu'elles ne soignent* » (Poisson, 1998). Leur proximité avec les malades se situe davantage dans une perspective de gestion que dans une dimension soignante directe (Bouret, 2008). Les principales missions qui vont être attribuées aux surveillantes laïques sont : surveiller la répartition des aliments, régler les rapports avec la lingerie, veiller au maintien de l'ordre et de la discipline de la salle, mais encore elles ont le devoir de demeurer constamment dans les salles, en dehors des heures, de

repas. Elles doivent participer personnellement aux soins, donnés aux malades, faire ou faire faire devant elles tous les pansements, toutes les petites opérations que les médecins ou les chirurgiens leur confient ; prendre des renseignements précis sur les malades, noter la température, etc. En gros, elles doivent être les premières infirmières du service et prêtes à accomplir toutes les tâches nécessaires à la prise en charge du patient.

Les surveillantes sont tenues d'exécuter d'abord les ordres du directeur donnant ainsi l'exemple de l'obéissance, elles se feront elles-mêmes mieux obéir de leurs subordonnés. Pour tout ce qui touche au traitement des malades, les surveillantes dépendent exclusivement du chef de service, dont elles doivent s'imprégner les méthodes, s'efforcer d'exécuter avec intelligence ses prescriptions et mériter sa confiance en faisant preuve de capacité professionnelle (Leroux-Hugon et Knibiehler 1992 : p120). En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante et réaffirme la double autorité à laquelle est soumise la surveillante : celle du directeur pour l'administrer et celle du médecin chef pour les soins. Il ne prévoit pas de formation spéciale. Avec le mouvement de laïcisation des hôpitaux, cette fonction de « surveillante qui surveille », qu'elle soit tenue par des religieuses ou des femmes laïques se pérennise. La fonction consiste toujours à contrôler le travail de soins, assurer l'intendance, surveiller le personnel et le respect des règlements. Plus tard, suite à l'évolution de la mission des hôpitaux cette fonction qui jusqu'alors ne posait pas question, se révèle difficile pour ceux qui la vivent. Dès l'entrée en fonction de ces premières surveillantes à Paris, (Leroux-Hugon et Knibiehler 1992) relève la difficulté de leur travail : « *la surveillante a un rôle difficile à jouer, celui toujours en porte-à-faux des petits gradés sortis du rang* ». Leur travail est présenté comme lourd et manquant parfois de précision sur l'attribution des tâches et la variété de ses responsabilités. Le rôle que ces surveillantes laïques ont à jouer et la place qu'elles ont à tenir sont jugés importants. Cet accord sur la valorisation de leur place masque des points de vue très différents sur le rôle que chacun attend d'elles. Chacun garde bien de préciser la nature de ses attentes, car il sait qu'elles seront divergentes et inconciliables.

La fonction surveillante va se professionnaliser grâce au décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 qui crée deux certificats d'aptitude : le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur (CAFIM), et le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant (CAFIS). En fonction du futur lieu d'exercice de la surveillante, école ou service de soins, le programme de formation en écoles de cadre est différent. Ces certificats sont délivrés aux infirmières et infirmiers qui ont subi avec succès un examen, au terme d'un enseignement de 8 mois. Ces programmes sont actualisés entre 1966 et 1975. L'accès à la fonction de surveillante des services de soins se fait par deux filières : l'ancienneté dans le métier d'infirmière ou 5 ans d'expériences en tant qu'infirmière et la possession du certificat de cadre. Ce mouvement de professionnalisation des

surveillantes s'effectue en parallèle de celui des infirmières, vivier dans lequel, on va puiser les candidats à la formation de surveillantes.

Dans les années 1950, l'hôpital se développe et la fonction infirmière se professionnalise. Cette dernière reste une auxiliaire médicale jusqu'en 1978, date à laquelle une nouvelle loi lui reconnaît formellement une autonomie à travers un « rôle propre » à côté de son rôle traditionnel d'exécution des soins sur une prescription médicale (Bouret, 2008). La fonction de surveillante, issue elle-même de la catégorie infirmière, reste marquée par ce développement, en lien avec les disciplines médicales. Le travail d'affirmation du métier d'infirmier a des conséquences sur la construction de la catégorie surveillante. Les surveillantes interviennent activement dans la construction d'une professionnalité infirmière fondée sur des compétences techniques (rôles prescrits), et des compétences relationnelles et de nursing (rôle propre). Elles s'engagent dans un travail d'expertise, fixent les normes de soins, perfectionnent les méthodes et les contenus de formation. Dans cette période, l'enjeu identitaire des surveillantes se situe dans le prolongement du rapport médecin-infirmière. Leur positionnement est lié à celui du personnel infirmier par rapport au corps médical. Être reconnue comme l'infirmière la plus experte est un atout important pour être nommée surveillante. L'équipement apporté par une formation de dix mois n'est pas indispensable à cette époque pour exercer la fonction de surveillante ; une expérience du métier d'infirmière permet l'accès à cette fonction. Les surveillantes construisent un discours professionnel plus centré sur le métier d'infirmier que sur la fonction d'encadrement. Ainsi, elles ont contribué à circonscrire les connaissances propres aux infirmières et à construire le service infirmier créé en 1975 et dirigé par une "infirmière générale", devenue aujourd'hui "coordonnateur général des soins". Une fonction que l'on retrouve aujourd'hui dans des Centres Hospitaliers Universitaires.

➤ *L'apparition du cadre de santé s'enracinant dans la fonction infirmière.*

À partir de 1995, les savoirs se rapportant à la médecine ne sont plus enseignés et sont remplacés par des savoirs liés à l'économie de la santé et à la gestion. Il y a un élargissement de la formation à l'ensemble des 13 professions paramédicales intervenant dans le secteur de la santé : *« le futur cadre de santé ne perdra pas son identité professionnelle originelle (d'ailleurs le diplôme en portera mention) (...) mais il devra dépasser celle-ci pour être en mesure dans ses nouvelles fonctions de fédérer des compétences et de susciter les énergies (...). Il lui faudra acquérir une vision globale à la fois en termes de santé publique et en termes économiques »* (Vilchien, 1995 : p73). Ainsi, un nouveau programme de formation est mis en place et viserait à dépasser les logiques de métier pour intégrer les exigences de la gestion. La formation ne s'inscrit plus dans la professionnalité du métier de l'infirmière. Cette évolution va de pair avec un mouvement de société plus large qui tend à privilégier pour les cadres, dans toutes les organisations de travail, des compétences gestionnaires et sociales en lieu et en place des

compétences techniques de métier. Les cadres infirmiers deviennent cadres de santé, tout comme les techniciens de laboratoire ou les préparateurs en pharmacie.

L’expression « *cadre de santé* » est officielle depuis le 31 décembre 2001. Elle est très récente. Le répertoire des métiers de la FPH précise que les fonctions du cadre de santé consistent à : « *organiser l’activité paramédicale, animer l’équipe et coordonner les moyens de services de soins, médicotechnique ou de rééducation, en veillant à l’efficacité et la qualité des prestations* ». Ce même répertoire éclaire sur les activités et les savoir-faire attachés à la fonction, synthétisés dans **le tableau n°31**.

Tableau 31 : Les savoirs être et savoir-faire du cadre de santé de proximité.

Activités du cadre de santé	Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
	Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
	Élaboration et rédaction de rapports d'activité
	Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
	Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
	Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
	Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
	Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
	Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
	Veille spécifique à son domaine d'activité
	Savoir-faire du cadre de santé
Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné	
Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence	
Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence	
Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence	
Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs	
Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles	
Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)	
Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes	
Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation	
Travailler en équipe / en réseau	

Source : Damart et Kletz (2014b).

Toutefois, les étapes par lesquelles, les futurs cadres doivent passer pour devenir cadre de santé s’appuient sur des règles officielles et les spécificités locales. C’est ce que constate Divay (2018) dans son enquête terrain menée en 2012 dans un Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS) et son hôpital de rattachement. À partir d’entretiens informels et formels auprès de 33 étudiants sur le chemin que doit

aujourd'hui emprunter un futur cadre de santé, pour accéder à cette fonction, il identifie d'une part, une carrière professionnelle relevant d'une logique réglementaire et, d'autre part d'une logique organisationnelle locale, diversifiant ainsi les parcours des agents. Pour éclairer le parcours professionnel de ces futurs cadres, Divay (2018) dessine un idéal-type d'étapes par lesquelles, les anciens infirmiers en majorité, doivent passer pour devenir cadre de santé de proximité. Trois étapes sont mises en évidence dans son idéal-type : (1) l'entrée dans l'univers professionnel des soignants, (2) la formulation du projet cadre et l'essai avec le faisant fonction. (3) l'engagement financier de l'employeur et l'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé.

L'évolution vers un poste d'encadrement passe par le poste de faisant fonction cadre. L'infirmier¹¹ va faire l'expérience de l'encadrement d'une équipe pendant plusieurs mois. Il présente des avantages pour les différentes parties prenantes : l'encadrement hiérarchique direct et indirect de l'infirmier mais aussi des inconvénients. L'infirmier a l'occasion de se confronter à la réalité de son futur métier, malheureusement le poste n'a aucun statut et n'est donc pas adossé à une grille salariale spécifique. Il apprend sur le tas. Il manque de connaissances en ce qui concerne les lois et règlements qui régissent les hôpitaux publics français mais aussi le droit du travail. Il n'est pas toujours légitime aux yeux de ses collègues infirmiers du fait du manque de revalorisation statutaire. Il est constamment seul face à ses difficultés car ses collègues cadres débordent souvent de travail. Pour les cadres de santé et supérieur, le poste de faisant fonction permet de confirmer leur choix. Le poste de faisant fonction fait office de période d'essai et permet d'éviter des dépenses inutiles de prise en charge de formation dans le cas où l'infirmier ne présenterait pas les dispositions nécessaires. Il lui est toutefois interdit certaines responsabilités car il n'est pas statutairement cadre. Les faisant fonction sont principalement des soignants mis à un poste d'encadrant d'une unité ou dans un IFSI, effectuant les tâches dévolues à ce poste, mais sans en avoir ni le statut, ni les compétences (Reinhardt, 2011). L'étape du faisant fonction cadre marque le début de la formalisation du cheminement vers la fonction cadre. Cette dernière passe par un concours et une formation en Institut de Formation des Cadres de Santé.

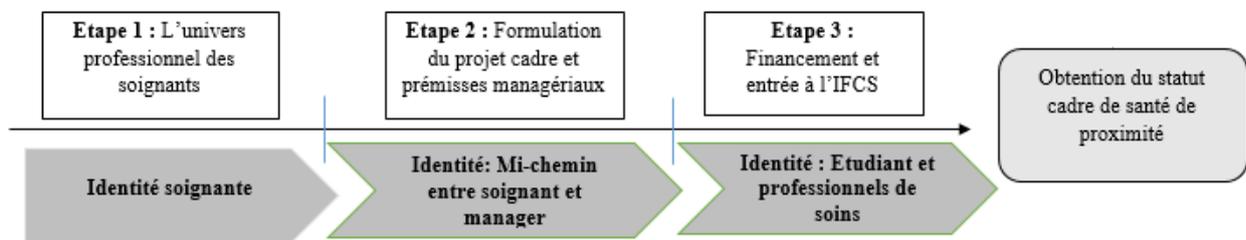
La formation comprend des cours de santé publique, de droit, d'économie de la santé et une remise à niveau en français à la fois l'écrit (pour la rédaction du dossier professionnel) et l'oral (des épreuves d'admission). Une fois diplômé, le cadre de santé réintègre un service. Il se retrouve confronter au fonctionnement bureaucratique hospitalier et ses priorités.

Les trois étapes du parcours au statut du cadre de santé sont représentées dans **la figure n°7**. Ce schéma illustre le parcours type d'un infirmier désirant évoluer vers la fonction de cadre de santé de proximité.

¹¹ Le masculin par commodité est retenu bien que les trois quarts des cadres de santé sont des femmes.

Le parcours dévoilé par Divay (2018) suite à son enquête de terrain n'est pas simple et demande aux futurs cadres plusieurs changements identitaires. Ce parcours vers la formation cadre oscille entre des règles formelles et des prérogatives informelles, liées au processus de socialisation qui se dessinent entre le futur cadre de santé et ses pairs (cadres de santé de proximité, cadres supérieurs et directeurs de soins). Autant de paramètres affectifs qui peuvent complexifier le positionnement du cadre en situation de travail. Une situation de travail qui est soumise à des tensions suite aux exigences et aux attentes des différents interlocuteurs. Nous présentons la situation de travail du cadre de santé, en poste dans un service de soins dans la partie suivante.

Figure 7 : L'idéal type pour l'accès au statut de cadre de santé.



Source : Auteur, adapté de Divay (2018).

➤ *Le cadre de santé et ses contraintes managériales : entre le marteau et l'enclume.*

À l'hôpital, l'ensemble des orientations stratégiques, ordres, conseils et recommandations proviennent du haut de la pyramide et s'enrichit à chaque niveau hiérarchique dans une démarche top down. Le cadre de santé, dit manager de première ligne (Référence), représente, le dernier maillon hiérarchique, et doit faire appliquer aux équipes toutes les décisions prises par les paliers supérieurs. Il a par exemple en charge l'opérationnalisation des outils de gestion et la mise en œuvre des procédures et des règles de gestion. Dans les situations de changement (personnel, procédures, outils...), il lui revient de développer de convaincre les équipes d'appliquer les nouvelles règles ou procédures, d'utiliser le nouvel outil ou de faire accepter le nouveau directeur par exemple. Le cadre de santé est à la jonction entre la direction, le corps médical, les équipes et la personne soignée et compose pour permettre à l'organisation de fonctionner au mieux. Son travail est principalement un travail de mise en relation, mise en cohérence et d'intermédiation entre des logiques, des personnes, des groupes (Bouret, 2008). Une activité qui est toutefois ponctuée de multiples tâches, pouvant paraître floues et invisibles entre tâches organisationnelles logistiques telles que conduire le suivi des travaux de rénovation du service, faire le point des lits vacants, évaluer les pratiques de l'équipe, rencontrer une famille mécontente et bien

d'autres (Durand, 2007). Balloté entre les exigences de l'organisation, les injections des uns et des autres, le refus de comprendre ou de faire, le cadre de santé doit faire preuve d'habileté (Durand, 2007).

Ainsi, le cadre de santé est concerné par toutes les transformations, qui passent obligatoirement par l'unité de soins, dont il a la responsabilité après le médecin chef de pôle et le directeur de soins. Ces modifications initiées par l'institution engendrent de nouvelles pratiques professionnelles que les soignants et les médicaux doivent intégrer mais aussi que le cadre de santé doit organiser. Ce qui confère aux cadres de santé, un statut clé dans les situations de changement. Le cadre de santé dans ce contexte peut également être un fin stratège, au même titre que les cadres supérieurs de santé, détenant le profil de cadre intermédiaire. Une population qui a été fortement étudiée dans les travaux de recherche, contrairement aux managers de proximité, présentés comme des simples opérationnels dont les capacités stratégiques ont été ignorées.

Le plan hôpital 2007 portant Nouvelle Gouvernance Hospitalière a instauré un nouveau mode de fonctionnement et de gestion, tout en modifiant les missions du cadre de santé. Son activité initiale de soin s'est enrichie de fonctions de management (gestion budgétaire et des équipes) (Dumas et Ruiller, 2011). Cette réforme et celles qui s'en suivent dans le secteur hospitalier marquent le début d'une nouvelle ère fondée sur une nouvelle organisation de l'activité et répartition des pouvoirs avec le renforcement du poids des managers (Dupuis, 2015). Elles déstabilisent les cadres de santé, qui doivent à la fois, se conformer aux principes du service public et à des logiques économiques de performance (Bartoli et al. 2011 ; Rivière, 2012) qui leur sont peu familières. Par exemple, dans le nouveau contexte de tarification à l'activité, une pression est exercée sur les cadres de santé, via les cadres supérieurs, pour que l'activité de soins soit suffisamment rémunératrice. Leur activité s'oriente vers la recherche d'un fonctionnement optimal des unités de soins : le choix du type de placement des malades en tenant compte des règles de cotation des actes, occupation maximale des lits, demande aux médecins de modifier le mode de prise en charge, par exemple, celui de l'ambulatoire plutôt que de l'hospitalisation classique (Bouret, 2008). Au cœur de la politique actuelle d'amélioration de la qualité des soins, plaçant l'usager au centre de sa prise en charge, les cadres veillent également à transmettre cet état d'esprit auprès des soignants, en vue de limiter les insatisfactions des usagers ou les activer. De nouvelles fonctions apparaissent : telles que la gestion prévisionnelle des entrées et sorties, la gestion des urgences, le suivi des patients dans les cas complexes de trajectoires hors normes. Des fonctions essentiellement managériales, qui viennent se greffer aux tâches traditionnelles de la gestion des plannings. Relais des décisions prises par les directions hospitalières, il est en même temps confronté aux réalités du terrain et au vécu des équipes. La transformation de l'activité est source de tensions chez les cadres de santé. Il apparaît comme étant l'acteur au centre des contradictions hospitalières (Damart et Kletz, 2014). Pour

Emery et Giaque (2005), le secteur public ne fait pas exception puisque la transposition de principes de gestion issus du secteur privé (intégration des concepts de performance, de qualité, d'efficacité et d'efficacité) confronte les organisations publiques à de nombreux paradoxes.

C'est dans ces conditions que nous nous focalisons notre recherche sur le terrain hospitalier public, en s'intéressant plus précisément aux cadres de santé de proximité, managers de première ligne ou de terrain, soumis à des tensions suite aux transformations de l'appareil hospitalier public, engendrant une évolution de leur métier par le biais de contraintes managériales fortes, pouvant par exemple entrer en conflit avec leurs valeurs historiquement soignantes.

Dans la partie suivante, nous présentons la méthode choisie pour recueillir les données au sein de notre terrain d'étude.

3.1.3. Le mode de recueil des données.

Dans le cadre d'une étude de cas, Yin (2009: p101) propose six sources de données mobilisables, permettant d'obtenir une vision fidèle de la réalité : la documentation, les archives, les entretiens, l'observation participante, l'observation directe et la simulation. Nous choisissons de nous concentrer sur trois sources complémentaires : l'observation, les entretiens semi-directifs et les documents internes ou externes à l'organisation étudiée.

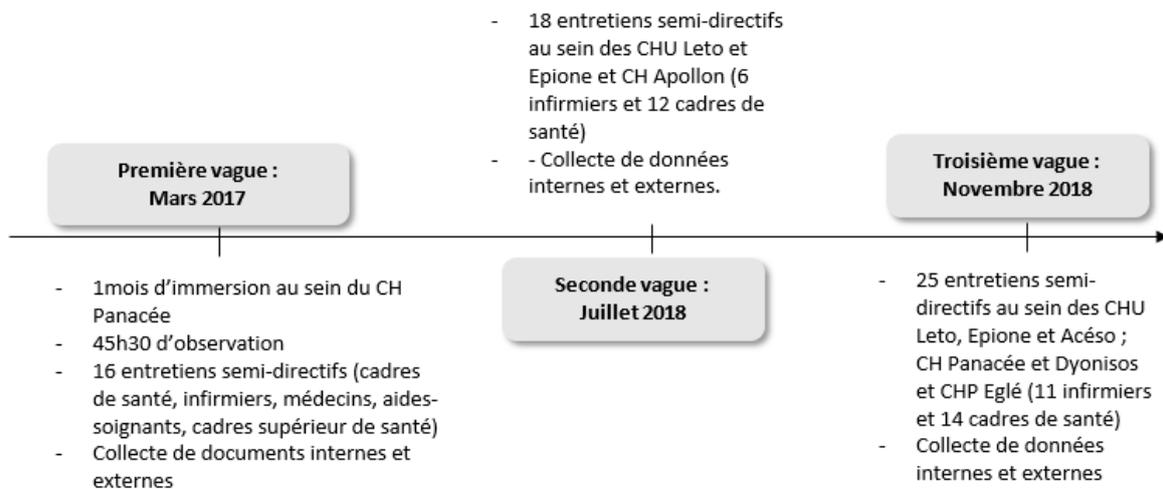
L'observation dans les sciences de gestion constitue l'une des clés de voute des recherches procédant par études de cas (Yin, 2003). L'observation a pour objectif d'appréhender le point de vue des acteurs étudiés sur la réalité dans laquelle ils évoluent. Elle est un mode particulier d'investigation entre l'observateur (le chercheur) et l'observé (l'acteur faisant l'objet de l'analyse). Il existe deux formes d'observation dans les sciences de gestion : l'observation participante et l'observation non participante, dite passive. Nous optons pour cette dernière, qui se caractérise par des situations dans lesquelles, le chercheur ne participe à l'activité des personnes observées (Gavard-Perret et al. 2012). L'entretien, qui se caractérise par une rencontre interpersonnelle donnant lieu à une interaction essentiellement verbale : les données collectées sont ainsi coproduites (Gavard-Perret et al. 2012). Il s'agit d'une technique destinée à collecter, dans la perspective de leur analyse, des données discursives reflétant notamment l'univers mental conscient ou inconscient des individus (Thietart, 2014). Il existe plusieurs types d'entretiens en sciences de gestion dont les entretiens individuels ou de groupe, semi-directifs ou directifs. Nous choisissons d'utiliser des entretiens semi-directifs, une forme d'entretien la plus couramment utilisée dans les sciences de gestion (Gavard-Perret et al. 2012). Ce dernier est mené à l'aide d'un canevas recensant les thèmes que le chercheur souhaite aborder avec les répondants. Selon

Hlady Rispal (2002 : p126): « *il s'agit là d'un, document écrit qui résume les axes principaux de l'entrevue à ne pas confondre avec une liste de questions ouvertes. Ce canevas assez souple sert de point de repère pour le chercheur et d'aide à la réflexion pour le répondant. Le rôle du chercheur est désormais celui d'une relance progressive, d'une orientation thématique et bienveillante. Il aide le répondant à exprimer sa pensée, lui remémore aux besoins ses derniers propos, recentre le discours* ». Faire appel à une analyse documentaire a pour objectif essentiellement de corroborer des informations (Yin, 2009).

3.1.3.1. Le recueil des données : techniques et répondants.

Nos données ont été collectées au cours de trois vagues : Mars 2017, Juillet 2018 et Novembre 2018. Nous détaillons les différentes vagues ainsi que les matériaux utilisés dans les paragraphes qui suivent. **Le schéma n°3** retrace l'ensemble des données collectées à l'intérieur des différents hôpitaux lors des trois vagues de collecte de données primaires.

Schéma 3 : La collecte des données au sein des 7 établissements hospitaliers.



Source : Auteur.

➤ La première vague de collecte.

Durant le mois de Mars, nous avons réalisé une immersion d'un mois au sein de l'hôpital de Panacée. Nous avons donc signé une convention de recherche avec cet hôpital. L'objectif de cette immersion était de comprendre le fonctionnement d'un service de soins en observant le quotidien de travail des acteurs au cœur de ce service (les équipes soignantes et leur cadre de proximité). Nous avons donc suivi le

quotidien du personnel soignant officiant au sein du Court Séjour Gériatrique A (CSG A) de l'hôpital de Panacée pendant trois semaines à travers une observation de leurs activités en se focalisant sur les différents créneaux d'interventions (matin : 6h00-13h45/ journée : 14h00-21h15/ nuit : 21h30-6h15). Pour cela, nous avons pris des notes d'observation consignées dans un cahier. Le Court Séjour Gériatrique est un service de l'hôpital Panacée qui accueille essentiellement des patients âgés poly pathologiques, présentant parfois des troubles cognitifs ou sujets à des maladies neurodégénératives telles que les maladies d'Alzheimer ou Parkinson. En 2016, 49% des prises en charge de l'hôpital Panacée ont été effectués par le personnel du CSG A. Durant les séances d'observation, nous avons assisté et quelques fois participé aux tournées dans les chambres des infirmiers, aides-soignants et du cadre de santé ; aux réunions de transmissions présidées par le cadre de santé auxquelles assistaient les infirmiers et aides-soignants du service et enfin aux réunions d'équipes. Nos objectifs étaient de comprendre le fonctionnement d'un service de soins (qui sont les acteurs principaux, comment s'organise le travail et quelles sont les activités quotidiennes pour chaque catégorie professionnelle identifiée comme pertinente en ce qui concerne la prise en charge du patient). Et de repérer les injonctions paradoxales à l'intérieur des activités quotidiennes, plus précisément au sein des situations de travail. 45H30 d'observation ont été réalisées :

- des observations non participantes aux réunions de service (2 x 1h soit **2h**)
- des tournées de chambres avec le binôme –infirmier et aide-soignante - (2jrs en journée : 2x3h ; 2jrs en nocturne : 2x6h et 3 jrs le matin : 3x6h, soit un total de **42h**)
- des réunions de transmissions (10 x 15 min soit **1h30**)

La grille d'observation présentée au niveau de **l'annexe n°1 (Tome 2)** était donc divisée en trois parties : une partie concernait la description des activités quotidiennes. Une autre était dédiée à l'identification dans ces situations de travail, des injonctions paradoxales pouvant être sources de tensions chez les catégories professionnelles observées. La dernière partie était plutôt consacrée à repérer à travers le discours des agents, le niveau de connaissances des acteurs des enjeux financiers au sein du service, pouvant être potentiellement source de tensions. Les données collectées lors de cette phase d'observation nous ont permis de rédiger une grille d'entretien portant sur les acteurs clés au sein du service, les conditions de travail, les transformations au sein du service et l'impact de ces transformations sur les pratiques quotidiennes. Le dernier point a servi à repérer les situations de tensions autour de l'activité. Nous avons réalisé ensuite des entretiens semi-directifs lors des 15 derniers jours de l'immersion. Nous y avons donc interrogé le cadre de santé du service et ceux des autres services B et C, mais aussi avec leurs personnels soignants (infirmiers et aides-soignants). Nous nous sommes donc entretenus avec **6 aides-soignantes, 6 infirmières, 1 cadre supérieure de santé, 2 cadres de santé de proximité et 1 médecin chef de pôle**. Nous avons complété notre connaissance des fonctions au sein de l'organisation

hospitalière qui nous a accueilli mais aussi sur les changements en cours, à travers une collecte de données documentaire internes : rapports d'activité 2016, fiches de postes (infirmiers, aides-soignants et assistant de soin hospitalier), dossier patient (formulaire infirmier) et plaquette publicitaire de l'hôpital.

➤ *La deuxième vague de collecte de données.*

La deuxième vague d'entretiens a eu lieu durant le mois de Juillet 2018. Durant cette vague, nous avons mené des entretiens semi directifs en simultanée dans les hôpitaux suivants : CHU (Léto et Epione) et CH Apollon. Muni d'une nouvelle grille d'entretien portant essentiellement sur les tensions (gouvernance publique et rôles), nous avons réalisé de nouveaux entretiens au sein de ces trois établissements, en nous concentrant cette fois-ci sur les infirmiers et les cadres de santé. L'objectif était d'identifier dans un premier temps des similarités ou des différences dans l'activité des professionnels de chaque hôpital. Dans un second temps, nous cherchions à détecter la présence ou l'absence de tensions associées à l'exercice des activités des professionnels mais aussi repérer leur perception en ce qui concerne le rôle du cadre de santé dans la gestion des tensions. Nous avons donc interrogé lors de cette vague **6 infirmiers** (en poste au CHU Léto) et **12 cadres de santé** (dont 6 en poste au CHU Léto, 2 au CHU Epione et 4 au CH Apollon). Nous n'avons pas réalisé de séances d'observation mais nous avons collecté des données documentaires (Rapport d'activité du service de soins de 2016, les plannings d'intervention, la plaquette de communication) en vue d'identifier les changements au sein des différents établissements pouvant générer des tensions chez les acteurs interrogés.

➤ *La troisième vague de collecte de données.*

Cette vague a eu lieu durant le mois de Novembre 2018. Nous avons mené des entretiens semi-directifs au sein des établissements suivants : CHU (Léto, Epione et Acéso), CH (Panacée et Dionysos) et CHP (Eglé). À l'exception du CH Dionysos et l'hôpital de proximité Eglé, il s'agissait d'hôpitaux où nous avons déjà mené des entretiens dans les vagues précédentes. Les objectifs étaient inchangés, c'est-à-dire comparer les activités des cadres de santé des différentes organisations hospitalières, repérer la présence des tensions chez les cadres de santé et leurs équipes infirmières et enfin identifier la perception des infirmiers et celle que les personnels avaient (directeurs de soins) du rôle du cadre de santé dans la réduction de ces tensions à travers ses actions mises. Ainsi, nous avons interrogé **11 infirmiers** (dont 4 en poste au CH Panacée, 2 au CHU Léto, 2 au CHU Acéso, 1 au CH Dionysos et 2 au CH Eglé), **14 entretiens de cadres de santé** (dont 3 en poste au CHU Léto, 2 au CHU Epione, 2 au CHU Acéso, 2 au CH Panacée, 3 au CH Dionysos et 2 au CHP Eglé) et **3 directeurs de soins** (1 en poste au CH Léto, 1 au CH Panacée et 1 au CHP Eglé). Comme lors des vagues précédentes, nous n'avons pas effectué

d'observation. Toutefois, nous y avons collecté des données retraçant les changements à l'œuvre dans les différents hôpitaux.

Dans l'ensemble des établissements (7 établissements hospitaliers) sur lesquels ont porté notre recherche, nous totalisons au final 6 entretiens auprès d'aides-soignantes, 23 entretiens auprès d'infirmiers, 26 entretiens auprès de cadres de santé de proximité, 1 cadre supérieur de santé, 1 médecin chef de pôle et enfin 3 directeurs de soins. Nous avons fait le choix de nous concentrer uniquement sur les profils infirmiers, cadres de santé de proximité et directeurs de soins pour les besoins de notre recherche. Ce sont des profils au plus près du cadre de santé de proximité, ayant une vision parfois opérationnelle (infirmier) et parfois stratégique (directeurs de soins) du cadre de santé de proximité. Ainsi leur perception de cet acteur était essentielle pour notre analyse. 43 entretiens sont ainsi exploités dans la partie qui suit. Pour un traitement homogène des données, ces entretiens sont repartis entre les différentes catégories professionnelles de la manière suivante : 15 infirmiers, 25 cadres de santé et 3 directeurs de soins.

La durée des entretiens que nous exploitons dans cette recherche n'excédait pas les 1h00 en ce qui concerne les cadres de santé et les directeurs de soins, et 45 minutes en ce qui concerne les infirmiers. Nous totalisons ainsi **30 heures et 35 minutes** d'enregistrements audio qui ont été retranscrites intégralement.

3.1.3.2. La présentation du guide d'entretien.

Les entretiens ont été menés au moyen d'un guide d'entretien qui nous a permis non seulement d'avoir un fil conducteur tout au long de nos entrevues mais aussi de répondre à l'objectif visé. Un point introductif présente les chercheurs et les objectifs de la recherche. Le guide d'entretien comprend quatre parties (Voir les guides en **annexe n° 2/ Tome 2**). La première partie porte sur l'environnement professionnel des acteurs interrogés en termes de formations, trajectoires, activités et missions liées au métier exercé. Dans cette partie, nous les questionnons également sur la perception de leur métier ainsi que les évolutions enregistrées et les difficultés particulières. Dans la deuxième partie, il s'agit de questionner les acteurs sur la caractérisation de ces tensions à travers les différentes formes qu'elles prennent. Les parties 3 et 4 portent respectivement sur le rôle du cadre de santé dans l'amenuisement des tensions (marges de manœuvre et légitimité), sur les moyens à disposition et les actions mises en œuvre. Ce guide d'entretien a été administré aux cadres de santé (cible principale) mais aussi aux infirmiers et directeurs de soins. L'avis des deux derniers acteurs a permis de repérer leurs perceptions respectives du métier de cadre de santé, ainsi que leur rôle dans l'atténuation des tensions. **Le tableau n°32** détaille le guide d'entretien qui a été adapté selon les cibles en particulier les parties 3 et 4. Lorsque

les interviewés étaient des infirmiers ou des directeurs de soins, nous leur questionnons sur le rôle du cadre de santé de proximité dans la réduction des tensions, des moyens dont ces derniers disposent pour être en adéquation avec l'intitulé des thèmes des parties 3 et 4.

Tableau 32: Modèle du guide d'entretien utilisé.

Parties	Thèmes abordés	Types de questions
Première partie : Le métier exercé et les facteurs d'évolution du métier	Le métier exercé	Parlez-moi de votre parcours professionnel ? (Formations, expériences professionnelles et trajectoires)
	Les activités réalisées	Quelles sont vos activités au quotidien ? Sont-elles de nature opérationnelle ou avez-vous la possibilité de prendre part aux décisions stratégiques ?
	La perception de l'acteur vis-à-vis du métier exercé	Avez-vous la sensation d'être un manager de proximité ? Quelles en sont les raisons ? En tant que cadre de santé, est ce que vous vous considérez comme cadre de proximité ou manager de proximité ? RI : En d'autres termes, existe-t-il des nuances entre cadre de proximité ou manager de proximité ?
	Perceptions d'évolution du métier et les origines du ou des changements.	Avez-vous la sensation que votre métier a évolué ces dernières années ? Si oui, quelles en sont les raisons ? R2 : Par exemple, des changements institutionnels et organisationnels (T2A, CHT, GHT, organisation en pôles...) ont-ils fait évoluer votre métier ? R3 : Comment ? Dans quel sens ?
Deuxième partie : Les tensions perçues par les acteurs en situation de travail	L'impact du ou des changements institutionnels ou organisationnels sur les pratiques.	Comment percevez-vous ces changements du point de vue des pratiques ? RI : Des difficultés particulières apparaissent –elles et prennent-elles la forme de tensions ?
	L'expression des tensions et leurs formes.	<i>Si tensions, comment cela se caractérise –t-il ?</i> Tensions managériales RI : Vos pratiques se complexifient –elles ? Tensions structurelles et managériales R2 : Les changements actuels engendrent-ils de nouvelles façons de faire ou de nouvelles formes de prise en charge ? TR = Surcharge

(Suite tableau n°32)

Parties	Thèmes abordés	Types de questions
Deuxième partie : Les tensions perçues par les acteurs en situation de travail	L'expression des tensions et leurs formes.	<p>R3 : Avez-vous l'impression d'avoir beaucoup de tâches ou d'activités à exécuter en simultanée et des difficultés à les effectuer ?</p> <p>TR = insuffisance/incapacité Avez-vous l'impression de disposer de ressources et moyens utiles ?</p> <p>R4 : Les ressources dont vous disposez sont-elles adaptées à la demande ou aux attentes actuelles ?</p> <p>TR et tensions éthiques Les tâches que vous exécutez sont-elles en adéquation ou en inadéquation avec vos valeurs ?</p> <p>R5 : Avez-vous l'impression d'être soumis à des objectifs de performance/qualité ? Sont-ils en adéquation ou pas avec les principes de service public/ les valeurs publiques ?</p> <p>TR = conflits/ambiguïté Avez-vous l'impression qu'il y a un écart entre les attentes prescrites et celles réelles ?</p> <p>TR et tensions artefactuelles Si vous êtes soumis à un suivi/contrôle de votre activité, les indicateurs ou les objectifs de performance/qualité en lien, que vous devez déployer vous paraissent-ils clairs ? Sont-ils cohérents et lisibles ?</p>
Troisième partie : Le rôle du cadre de santé dans la gestion des tensions	Marges de manœuvres du cadre de santé	Avez-vous la possibilité dans le cadre de votre fonction, de réduire les difficultés que vous rencontrez ?
Quatrième partie : Les moyens dont ils disposent pour gérer les tensions	Légitimité, actions mises en œuvre et évaluation des actions.	Si oui, comment faites-vous ? Quelles sont les ressources que vous mobilisez ? Avez-vous le sentiment que vous y parvenez ? Si non, quelles en sont les raisons ?

R= Relance

Source : Auteur.

Dans la partie qui suit, nous présentons l'échantillon et son mode de sélection.

3.1.4. La présentation de l'échantillonnage.

Notre terrain d'étude s'est étendu sur 7 hôpitaux publics français faisant partie intégrante du GHT Centre. Nous avons donc mené des entretiens à la fois au sein du CHU de référence, qui comprend trois établissements (Epione, Léto et Acéso), trois CH (Panacée, Dionysos et Apollon) et un CHP (Eglé). Les participants ont été sélectionnés selon la méthode d'échantillonnage intentionnel de deux façons : la liste de l'école de cadre et la prise de contact avec une personne désignée comme référente au sein de l'hôpital, par exemple le chef de pôle gériatrique pour le CH de Panacée, la directrice des soins du CHP et la coordinatrice des soins du CHU. Nous avons présenté notre démarche à ces personnes, qui après validation nous ont transmis les coordonnées des cadres de santé susceptibles de nous recevoir. À l'issue de chaque entretien avec un cadre de santé, nous demandions l'autorisation d'interroger quelques infirmières de son service. La recherche représentait un enjeu fort pour les cadres également, ils n'ont opposé aucun refus à notre demande. L'échantillon est de : 25 cadres de santé, 15 infirmiers et 3 directrices de soins.

Il est majoritairement féminin car sur les 7 hôpitaux et les trois profils confondus nous ne comptabilisons que 4 hommes (trois cadres de santé et un infirmier) et 39 femmes. Trois sont en poste au sein des établissements du CHU et le dernier est en poste au CH de Dionysos. En ce qui concerne l'ancienneté dans le poste, nous avons intégré dans le calcul la période de « faisant fonction » pour les cadres de santé et les directeurs de soins. L'ancienneté chez les cadres interrogés variait entre 3 ans et 14 ans dans les établissements du CHU. L'ancienneté moyenne est de 6 ans et 2 mois en ce qui concerne les cadres en poste dans les établissements du CHU. Pour ceux en poste dans un CH, l'ancienneté variait entre 1 an et 7 ans avec une moyenne sur le poste de 6 ans et 4 mois. Enfin, les cadres de santé interrogés qui travaillent dans un CHP avaient une ancienneté entre 6 ans et 23 ans. Ce qui nous emmène à une ancienneté moyenne de 12 ans et 7 mois. En revanche, les infirmiers en poste dans les CH et les CHP, ont une ancienneté moyenne plus élevée que ceux en poste dans les établissements du CHU (18 ans et 19 ans respectivement contre 6 ans). Dans un souci d'hétérogénéité, nous avons interrogé des cadres de santé issus de services différents bien que certains services soient plus représentés que d'autres. C'est le cas principalement des services de gériatrie, de pédiatrie et d'urgences. **Les tableaux n° 32, 33 et 34** représentent l'échantillonnage et illustrent la population interrogée par établissement hospitalier ainsi que leurs services d'origine.

Tableau 32 : Les profils interrogés au sein des établissements du CHU

	Sexe	Ancienneté (y compris FF*)	Services
Directeurs de soins (DS)			
DS 1 CHU	F	5 ans	Direction des soins
CADRES DE SANTE (CS)			
CS1 CHU	F	5 ans	Médecine légale
CS2 CHU	F	2 ans	Biologie
CS3 CHU	F	11 ans	Urgences adultes
CS4 CHU	F	3 ans	Pédiatrie générale
CS5 CHU	H	3 ans	Hématologie
CS6 CHU	F	7 ans	Unité de Soins de Suite et Réadaptation
CS7 CHU	F	7 ans	Médecine digestive et hépato biliaire
CS8 CHU	F	5 ans	Rhumatologie hématologie oncologie pédiatrie
CS9 CHU	H	8 ans	Pédiatrie générale
CS10 CHU	F	4 ans	Réanimation pédiatrique et néonatale
CS11 CHU	F	4 ans	Hémovigilance
CS12 CHU	F	14 ans	Réanimation cardiaque
CS 13 CHU	F	5 ans	Hémodialyse
CS14 CHU	F	7 ans	Service d'EHPAD
Infirmiers (INF)			
INF 1 CHU	F	13 ans	Urgences pédiatriques
INF 2 CHU	H	11 ans	Urgences pédiatriques
INF 3 CHU	F	4 ans	Urgences pédiatriques
INF 4 CHU	F	10 ans	Urgences pédiatriques
INF 5 CHU	F	14 ans	Urgences pédiatriques
INF 6 CHU	F	10 ans	Médecine digestive
INF 7 CHU	F	10 ans	Onco-pédiatrique
INF 8 CHU	F	11 ans	Service d'EHPAD

*FF : Faisant fonction.

Source : Auteur.

Tableau 33 : Les profils interrogés au sein des établissements des CH.

	Sexe	Ancienneté (Y compris FF*)	Services
Directeurs des soins (DS)			
DS 1 CH	F	8 ans	Direction des soins
Cadres de santé (CS)			
CS 1 CH	F	1 an	Court et Long séjours
CS 2 CH	F	5 ans	Neurologie, exploration fonctionnelle
CS 3 CH	F	7 ans	Court Séjour Gériatrique
CS 4 CH	F	1 an	Chirurgie
CS 5 CH	F	7 ans	Court Séjour Gériatrique
CS 6 CH	F	14 ans	Court Séjour Gériatrique
CS7 CH	F	7 ans	Service psychiatrique
CS8 CH	H	9ans	Service psychiatrique

(Suite tableau n°33)

	Sexe	Ancienneté (Y compris FF*)	Services
Infirmiers (INF)			
INF 1 CH	F	36 ans	Court Séjour Gériatrique
INF 2 CH	F	30 ans	Unité psychiatrique
INF 3 CH	F	15 ans	Court Séjour Gériatrique
INF 4 CH	F	11 ans	Court Séjour Gériatrique
INF 5 CH	F	6 ans	Court séjour Gériatrique

*FF : Faisant Fonction

Source : Auteur.

Tableau 34 : Les profils interrogés au sein des établissements du CHP

	Sexe	Ancienneté (y compris FF*)	Services
Directeurs de soins (DS)			
DS 1 CHP	F	11 ans	Direction des soins
Cadres de santé (CS)			
CS1 CHP	F	23 ans	Unité chirurgicale et des consultations
CS2 CHP	F	9 ans	Urgences
CS3 CHP	F	6 ans	Unité de soins longues durées
Infirmiers (INF)			
INF 1 CHP	F	25 ans	Unités de soins longues durées
INF 2 CHP	F	11 ans	Unités de soins longues durées

*FF : Faisant Fonction

Source : Auteur.

L'hétérogénéité en termes d'ancienneté et de services nous a permis d'avoir une vision précise de la fonction cadre, du rôle du cadre dans la gestion des tensions et enfin des moyens qu'il déploie ou pourrait déployer pour maintenir un climat de travail apaisé.

3.2. Les méthodes de traitement et d'analyse de données.

Pour traiter les données discursives collectées, nous avons réalisé une analyse thématique de contenu. Celle-ci repose sur la création d'unités thématiques, qui regroupent les éléments du verbatim (mots, phrases, expressions) ayant une signification voisine. Ces thématiques font écho au cadre théorique mobilisé afin de répondre à la problématique fixée (Thietart 2014). Dans notre recherche, nous avons procédé à la fois à un traitement informatisé par le biais du logiciel N-Vivo (12) et manuel.

3.2.1. Un traitement manuel des séances d'observation.

Il nous a été proposé d'observer plusieurs situations de travail dans le cadre des séances. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur des situations de travail où nous avons l'opportunité de rencontrer du personnel soignant (infirmiers, aides-soignantes et assistants en soins hospitaliers) et des cadres de santé. C'est dans ce contexte que nous avons observé les réunions de transmissions, les tournées en chambre et les réunions de services.

3.2.1.1. La procédure du traitement manuel.

Les réunions de transmissions marquent la fin de l'activité pour l'équipe de jour et le début pour l'équipe de nuit par exemple. Au cours de ces réunions, les infirmiers et aides-soignants terminant leurs journées de travail dressent un bref état de la situation des patients présents dans le service, de ceux qui devraient intégrer le service en leur absence et des actes de soins à administrer pour chacun d'eux. Cet état des lieux est dressé aux infirmiers et aides-soignants qui doivent prendre la relève. Ce mini briefing se fait en présence de la cadre de santé, qui préside et contrôle les dossiers patients, tout en écoutant l'infirmier en charge de la transmission. Les infirmiers et les aides-soignants du secteur (organisation en secteur, qui comprend une dizaine de chambres) sont tenus d'y assister contrairement aux assistants de soins hospitaliers. Les réunions de service sont organisées par le cadre de santé. Ces réunions poursuivent deux objectifs : transmettre des informations venant de la part de la direction, par exemple le changement des protocoles de soins en interne, résoudre un conflit réel ou latent au sein du service. Lors des réunions auxquelles nous avons assisté, les deux cas se sont présentés. Ces réunions sont tenues et présidées par le cadre de santé et on y retrouve l'ensemble des acteurs intervenants dans le service (infirmiers, aides-soignants, assistants en service hospitalier, médecins ou internes, psychologues, kinésithérapeutes...). La dernière situation observée est celle des tournées de chambres avec le personnel de soins (infirmiers, aides-soignants et assistants de service hospitalier). Ce sont des moments au cours desquels, le personnel soignant est en contact avec le patient et prodigue les soins dont ce dernier a besoin (soins techniques, relationnels ou nursing selon la nomenclature infirmière et aide-soignante). Nous avons donc suivi trois infirmiers et trois aides-soignants dans les tournées des chambres en amont de la tournée (préparation des chariots), lors des soins (dans la chambre du ou des patients) et en aval des tournées (rangement des chariots et transmissions écrites dans la salle de soins). L'objectif de ces séances étaient de déceler des situations paradoxales dans les trois situations de travail et leur lien avec la transformation de leur hôpital (managériale, organisationnelle ou institutionnelle). Il était aussi question d'observer l'impact de ces situations paradoxales sur les pratiques quotidiennes : entraînent-elles des tensions ? Si oui, comment ces tensions sont atténuées et à l'initiative de quels acteurs ? Ainsi, grâce aux informations collectées lors des séances d'observations portant sur les trois situations de travail énoncées précédemment, nous avons identifié les thématiques suivantes :

- (1) **les activités et les rôles de chaque acteur**, pour repérer les activités de chaque acteur rencontré lors des séances d'observation ainsi que leurs rôles dans la prise en charge du patient et dans l'organisation du service.
- (2) **Les prescriptions sur l'organisation du travail**, afin d'identifier les activités et tâches prescrites en situation de travail, auxquelles les acteurs doivent s'y soumettre.
- (3) **Les difficultés rencontrées** et identifier leurs formes et origines.
- (4) **Les acteurs qui régulent en situation de conflits ainsi que les moyens dont ils disposent.**

Ces thématiques sont issues des prises de notes effectuées pendant les séances d'observation.

3.2.1.2. Les constats suite aux séances d'observation.

La grille de codage des séances d'observation a permis de faire plusieurs constats en ce qui concerne les trois situations de travail. Lors des réunions de transmissions, il a été difficile d'identifier sur cette activité spécifique les tâches et les missions des infirmiers et des aides-soignants. À l'exception de l'infirmière désignée pour retranscrire oralement les dossiers patients et celle du cadre de santé qui était présent, les missions des autres personnes présentes étaient peu détaillées. Nous pouvons néanmoins observer une ambiance de travail plutôt détendue, où les rapports hiérarchiques entre le cadre de santé et les soignants sont gommés. Une certaine proximité se lit entre la cadre de santé et son équipe. Pour preuve, cette dernière n'arbore pas la tenue vestimentaire dédiée aux cadres de santé (la blouse blanche uniquement), elle est vêtue comme les soignants (blouse et pantalon blancs)¹². L'environnement institutionnel est marqué par des restrictions budgétaires. Cela se répercute sur les agents tenus de faire des économies. Par exemple dans la salle des soins où il y a lieu les transmissions, il y a un carton à l'entrée qui comprend des feuilles de soins usagés que l'équipe utilise comme brouillon, lors des réunions ou des séances de transmissions. On perçoit à travers cet acte un impact plutôt positif de cet environnement sur les pratiques quotidiennes. Lors des deux réunions auxquelles, nous avons assisté les différentes catégories professionnelles (infirmiers, aides-soignants et cadre de santé) se dessinent nettement (étiquettes avec les noms et les postes occupés, accrochées à la blouse) et s'expriment. Le ton est toujours très cordial voir parfois amical. Seules les équipes du matin et de la journée y sont présentes, en plus des deux cadres qui président les réunions. L'équipe de nuit n'y est pas représentée. Lors de ces réunions, nous avons observé des difficultés rencontrées par les infirmiers et les soignants dans le cadre de leurs activités quotidiennes liées à une mauvaise répartition des ressources entre les services, entraînant des carences et manques de matériel et le refus de le prêter entre les services. Nous avons également pu noter des situations paradoxales comme l'obligation faite aux équipes de jour de nettoyer

¹² Les tenues vestimentaires dans leur symbolique expriment la nature des relations professionnelles.

les frigidaire à médicaments et les placards après les tournées des patients, alors qu'elles font état d'une surcharge de travail dans les chambres, à tel point qu'elles n'ont pas souvent le temps de faire les retranscriptions. Enfin, dans ces réunions nous pouvons percevoir une charge de travail chez les soignants et infirmiers, à qui il est demandé de plus en plus de tâches administratives suite à une obligation de tracer de plus en plus les actes de soins dans les dossiers patients. D'ailleurs, l'une des cadres de santé revient sur cette question de traçabilité des actes et le nombre de cases non cochées ou mal cochées dans le dossier patient. Elle invite à la vigilance des soignants d'autant plus qu'une évaluation sur la tenue du dossier patient va être réalisée dans les mois prochains. Les plus grandes incohérences ont été relevées lors des tournées des patients avec le binôme infirmier /aide-soignant. Ce binôme est emmené à travailler ensemble sur un secteur comprenant une dizaine de lits. Les deux catégories professionnelles commencent leur tournée en remplissant les chariots de dossiers patients (service non informatisé), de médicaments et de linge de lits. Ensuite, elles peuvent commencer les soins aux patients. L'infirmière est habilitée à faire les soins techniques (donner les médicaments et faire les prélèvements sanguins et fécaux), soins de nursing (douches) et soins relationnels (converser avec le patient pour anticiper son mal-être). L'aide-soignante est également habilitée à faire ces mêmes soins mais à des degrés différents (ne pratique pas des prélèvements sanguins et fécaux). En plus, l'aide-soignante s'occupe du ménage autour du patient (lit, tablette et téléphone), change les draps si nécessaires et administre les repas aux patients, qui ne sont pas en capacité de se nourrir. Institutionnellement, le binôme a l'obligation de ne pas se scinder lors de la tournée, sur le terrain en raison d'une charge de travail élevée, chacun des corps professionnels prend en charge une chambre. La qualité de la prise en charge a été présentée comme moindre par les soignants suite aux rythmes des soins à administrer en un laps de temps limité. Ne pas travailler en binôme en se partageant les chambres, est une façon de remplir sa mission soignante dans les temps tout en faisant des sacrifices personnels tels que ne pas prendre le temps de faire une pause. Cette situation est parfois très mal vécue par les binômes observés. Ceux-ci ont conscience de l'environnement institutionnel dans lequel ils évoluent (moins de personnel, moins de matériel, plus de traçabilité). Cette traçabilité est perçue comme une façon de sécuriser leurs actions et améliorer la qualité de prise en charge. Ils déplorent simplement de ne pas pouvoir travailler comme ils auraient souhaité c'est-à-dire accorder plus de temps aux patients, répondre à leurs questions à travers un soin relationnel. Néanmoins, à travers cette action, nous pouvons toujours voir une certaine solidarité et une confiance entre les binômes. Cette lecture a pour objectif de montrer au lecteur la manière dont nous avons observé le paradoxe de certaines situations, les tensions qu'elles génèrent et les ajustements trouvés. **Le tableau n° 35** représente la grille de codage que nous avons utilisée pour traiter les séances d'observation ainsi que les constats. Elle permet de mettre en lumière les processus et pratiques, et localiser les tensions. Dans les situations conflictuelles que nous avons observées, deux acteurs ont été présentés comme efficaces pour résoudre ces conflits : le cadre de

santé et la cadre supérieure de santé. Le cadre de santé peut agir sur les plannings pour permettre aux équipes de nuits d'assister aux réunions de service. C'est le cadre supérieur de santé qui a le pouvoir de revoir l'organisation de travail des binômes, et non le cadre de santé.

Le premier constat que nous faisons de séances d'observation est le fait que la grande majorité des difficultés rencontrées en situation de travail est due à un écart entre les prescriptions faites pour organiser le travail et le travail réel. Certaines difficultés ont clairement engendré des tensions (conflits entre services pour le matériel) et d'autres deviennent des routines (la charge de travail, la traçabilité systématique et le mal-être face à l'incapacité de remplir son rôle d'infirmiers par exemple). Derrière cette routine, nous pouvons voir apparaître des TR suite à la surcharge et des conflits entre l'individu et ses rôles. Nous faisons également le constat d'une proximité entre le cadre de santé et l'équipe soignante, bien que celui-ci consacre une part forte de son temps à des réunions avec la direction. C'est l'une des raisons pour laquelle, nous n'avons pas pu suivre réellement le quotidien professionnel d'un cadre de santé. Néanmoins, les rares fois où nous avons été en rendez-vous avec ce dernier, nous avons pu noter des interruptions de tâches incessantes dues soit au téléphone qui sonne, soit aux questionnements de l'équipe. Ces séances ont permis de pointer du doigt un contexte institutionnel des hôpitaux marqué par une réduction budgétaire ayant un impact sur les pratiques des agents au sein du service de soins. Cet impact peut prendre la forme de tensions positives (réduction du gaspillage) ou de tensions négatives (difficultés à réaliser l'étendue des missions et perte de sens sur le métier du soignant). Enfin, nous avons pu aussi noter que face aux difficultés rencontrées, parfois le cadre de santé est présenté comme l'acteur régulateur, parfois il se sent démuni et réclame le renfort de sa hiérarchie telle que la cadre supérieure de santé.

Tableau 35 : La grille de codage des séances d'observation.

	Transmissions (Acteurs présents : CS, INF, AS, ASH et psychologue. Lieu : salle des soins)	Réunions d'équipes (Acteurs présents : CS, INF, AS, ASH et paramédicaux)	Tournées en chambre (Acteurs présents : INF, AS, ASH et patient)
Activités, rôles de chaque acteur et ambiance de travail.	CS : Écoute le compte-rendu et contrôle les dossiers patients. INF : Transmet oralement les informations aux collègues sur la prise en charge des patients du service. AS et ASH : Écoutent la transmission faite par leur collègue infirmière.	CS : Transmet les informations comme les résultats de l'Audit bracelet de 2016. Résultats positifs pour le service. Elle blâme l'équipe sur la traçabilité des soins car il y a des onglets non cochés dans le dossier. L'équipe : Remonte les informations du terrain	INF : Soins techniques, soins de nursing et relationnels. AS : Soins techniques (sauf les prélèvements sanguins et fécaux), soins de nursing (bains, douches, administration des repas, changent les draps) et relationnels. ASH : Nettoyage des douches et des locaux.

	<p>Psychologue : Écoute la transmission et intervient si nécessaire. Ambiance amicale pas l'impression d'un rapport hiérarchique entre CS et Équipe soignante</p>	<p>dont les difficultés rencontrées. L'ambiance est plutôt agréable et détendue.</p>	<p>Ambiance de solidarité et de confiance dans chaque binôme.</p>
<p>Prescriptions sur l'organisation du travail</p>	<p>Les transmissions se tiennent toujours dans la salle des soins. Les CS, INF et AS doivent être présents. Les ASH sont conviés sans être obligés. Obligation de passer en revue les dossiers un à un. Les INF ont l'obligation de consigner tous les actes dans le dossier patient. La CS est tenue d'assister à au moins une retransmission par jour.</p>	<p>Les réunions de service ont lieu une fois par mois et n'excèdent pas 1h. Cette heure est rémunérée. L'équipe (INF, AS et ASH) est entendue par la cadre. Les compte-rendu des réunions doivent être affichées en salle de repas/ pause pour les absents.</p>	<p>Matin et Journée : 2 INF, 2 AS et 2 ASH pour tout le service (20 lits) Nuit : 1 INF et 1 AS pour tout le service. Les tournées dans chaque chambre se font obligatoirement par binôme : INF/AS. Le binôme est libre d'organiser son passage en chambre. Les binômes doivent prévoir le matériel adéquat en amont des passages (chariots de médicaments, dossiers patients, linges propres, poubelles pour les déchets...) Le binôme généralement l'INF doit tracer tous les actes prodigués au patient.</p>
<p>Difficultés rencontrées</p>	<p>Les transmissions ne se font jamais aux heures fixes. Il y a toujours du retard au démarrage. Du coup, l'équipe qui prend la relève est également en retard, idem, ceux qui quittent leur poste.</p>	<p>Des difficultés d'organiser des réunions de services régulièrement car CS surchargée et peu de participants dans l'équipe. Seules l'équipe du matin ou de la journée y participent. Des difficultés à mobiliser celles qui travaillent la nuit. Absence de moyens techniques dans le service et refus du service voisin de prêter son matériel, cela génère des tensions entre les services. Des tensions entre l'équipe de nuit et celles de matin et journée suite à la charge de travail (celle de la nuit ne peut pas ranger les placards et laisse la tâche à celles du matin et jour qui refusent de le faire)</p>	<p>Le binôme (matin, nuit et journée) se scinde régulièrement pour faire face à la charge de travail et permettre à chacune de terminer le travail dans les temps. Le binôme de nuit prend en charge 20 lits sous la supervision d'une infirmière référente, en charge de 3 services (en l'absence du cadre la nuit). INF et AS n'arrivent pas à prendre une pause toilette suite à la charge de travail. Une montée en puissance d'actes de traçabilité impactant les soins relationnels parfois des soins de nursing.</p>

Acteurs régulateurs, moyens et/outils.	Cela devrait être la CS en ajustant les plannings, mais ceux-ci sont déjà bien chargés et du coup pas de marges de manœuvres.	Pour les plannings et la distribution des tâches, c'est la cadre qui devrait réguler. Pour les moyens, la CS doit soumettre à sa hiérarchie (CSS ou DS).	La CSS a été désigné en ce qui concerne l'organisation de travail des binômes (matin, journée et nuit).
---	---	---	---

CS : Cadre de santé ; **INF** : Infirmier ; **AS** : Aide-Soignant ; **ASH** : Agent de Service Hospitalier ; **CSS** : Cadre Supérieur de Santé ; **DS** : Directeur de Soins.

Source : Auteur.

Les constats que nous avons tirés de ces séances d'observation nous ont permis de concevoir la grille d'entretiens autour des tensions en se focalisant sur les profils de cadres de santé et infirmiers mais aussi de directeurs de soins. Nous n'avons pas interrogé les aides-soignantes car nous nous sommes rendus compte lors des séances d'observation que leur vision du soin et de la prise en charge est similaire à celle des infirmiers. En ce qui concerne les Assistants en Soins Hospitaliers, l'étendue de leurs missions se résumant au nettoyage des locaux et des douches, elles ne sont donc pas (ou peu) en contact direct avec le patient. De notre point de vue, les informations qu'elles nous auraient transmises auraient été limitées par rapport à nos objectifs. Ainsi dans la partie suivante, nous présentons la méthode de traitement des entretiens semi-directifs réalisés auprès des cadres de santé de proximité, des infirmiers et des directeurs de soins.

3.2.3. Un traitement à la fois informatisé et manuel des entretiens

Après avoir retranscrit intégralement les entretiens, nous avons opté pour une analyse de contenus informatisée (le logiciel de traitement de données qualitatives N-VIVO 12) et manuelle.

3.2.3.1. La procédure de traitement informatisé.

L'espace de travail et les fonctions intégrées du logiciel nous ont facilité le traitement du corpus textuel. Le logiciel NVivo nous permet de créer des nœuds thématiques qui contiennent des extraits de verbatim en lien avec le sujet abordé. Nous avons procédé donc au codage Nvivo qui se fait en respectant trois étapes :

Étape 1 : Il s'agit d'extraire des entretiens les expressions utilisées par les répondants qui peuvent être très parlantes.

Étape 2 : Elle porte sur la création des méta-codes permettant de regrouper des codes en fonction des similitudes.

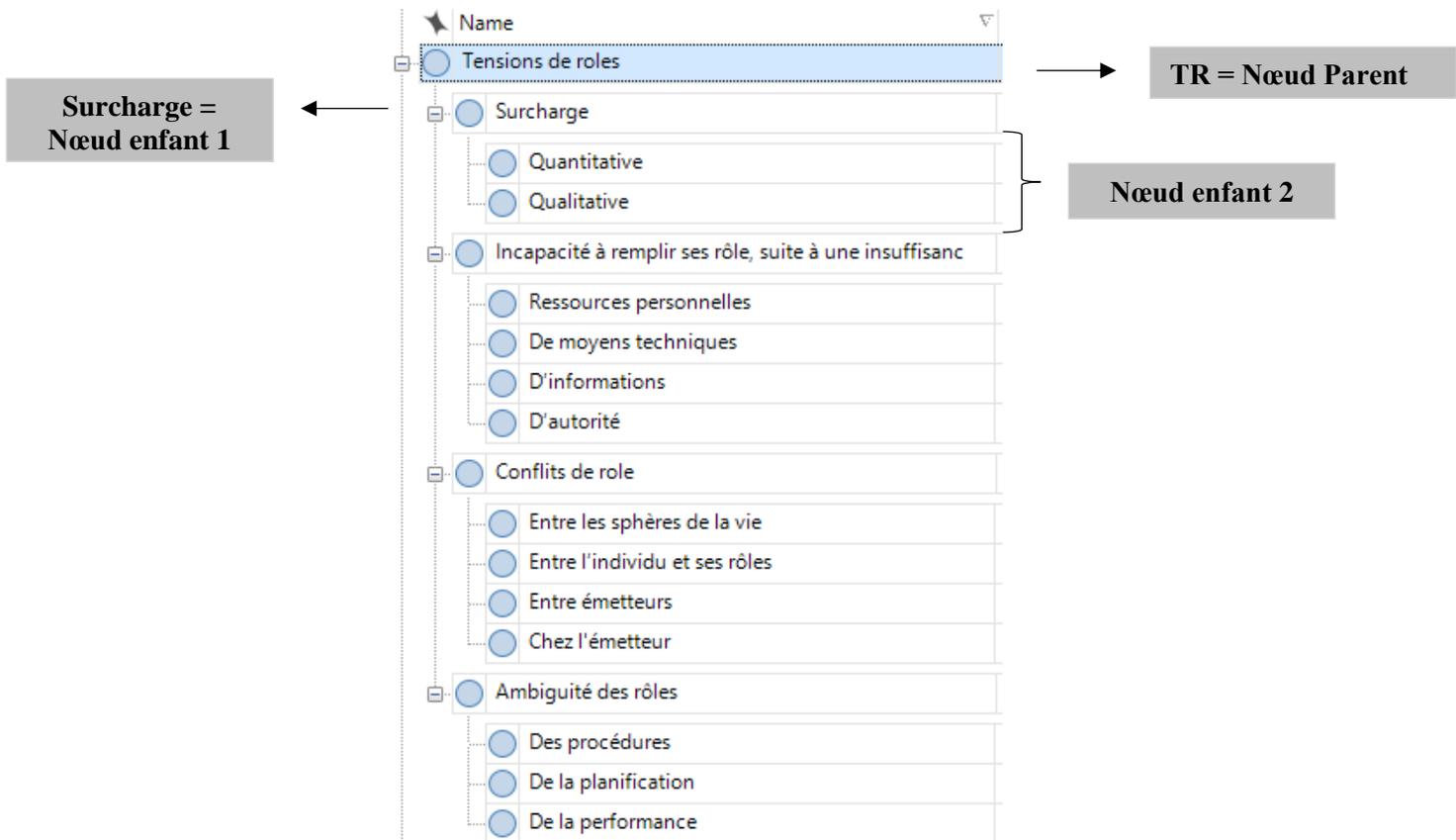
Étape 3 : Elle consiste à relier les thèmes abordés en entretien aux concepts issus du cadre théorique et conceptuel. Il s'agit d'emmener les codes thématiques vers des concepts théoriques.

Nous avons donc commencé par traiter nos entretiens, en isolant ou en retirant des textes, les expressions familières, le jargon des services des soins, telles que « faire une dextro » pour signifier le contrôle par un appareil spécifique de la glycémie contenue dans le sang chez les sujets diabétiques. Puis, nous avons codé selon la grille conceptuelle des tensions en créant des nœuds (codage a priori). Lors de cette étape, des nœuds ont émergé en ce qui concerne les activités du cadre de santé mais aussi les leviers dont ils disposent pour réduire les tensions au sein du service. Nous avons donc réalisé un second codage (codage a posteriori) pour ces nœuds. Ces nœuds sont venus enrichir notre grille d'entretiens focalisée sur les différentes formes de tensions : de rôles et de gouvernance publique. L'unité de codage choisie est la phrase.

➤ *Un codage a priori.*

Pour rappel, la grille conceptuelle est composée des deux formes de tensions que nous avons identifiées dans la littérature : les TR et les TGP. Chacune de ces tensions comporte 4 formes. Ainsi les TR prennent la forme de la surcharge, des conflits, une incapacité (ou l'insuffisance) et de l'ambiguïté. Les TGP prennent la forme de tensions structurelle, managériale, éthique et artefactuelle. Nous avons donc créé des nœuds en partant de cette grille conceptuelle : les nœuds parents et les nœuds enfants. Les nœuds parents visent à identifier les TR et les TGP. Les nœuds enfants s'intéressent aux formes de TR (surcharge, conflits, incapacité et ambiguïté) et TGP (structurelle, managériale, éthique et artefactuelle). Nous avons créé deux typologies de nœuds enfants dans le cas des TR car chacune des formes de tension de rôles prend plusieurs dimensions. Par exemple, il existe deux dimensions de la surcharge (Nœud enfant 1) : la surcharge qualitative et quantitative (Nœud enfant 2). **Les figures n°8 et n°9** donnent un exemple pour illustrer cette démarche.

Figure 8 : Le codage de la grille théorique portant sur les TR.



Source : Auteur, NVIVO 12.

Figure 9 : Le codage de la grille théorique portant sur les TGP.



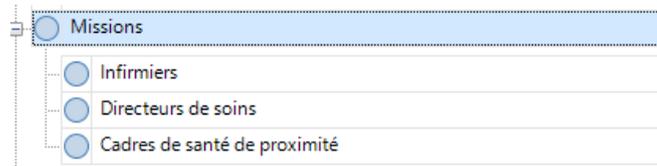
Source : Auteur, NVIVO 12.

➤ *Un codage posteriori.*

La littérature sur les activités du cadre de santé par exemple, fait état d'une activité très dense, englobant une diversité de tâches. Nous sommes donc parties des éléments du terrain (observations et entretiens) pour répertorier les missions du cadre. Il en de même concernant les activités des infirmiers et des directeurs de soins. En partant du terrain, nous avons noté des similitudes entre les différentes catégories professionnelles, d'où notre choix d'en faire des thématiques bien spécifiques traitées tout comme celles des tensions. Comme dans le cas des tensions, nous avons donc créé des nœuds parents et enfants. Par

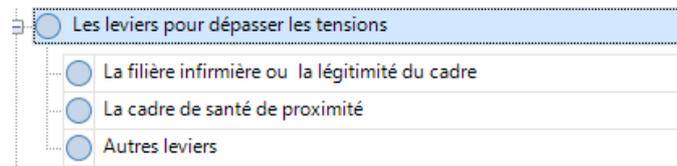
exemple, les activités représentent le nœud parent et les catégories professionnelles, désignent le nœud enfant. **Les figures n° 10 et n°11** les illustrent pour les trois catégories professionnelles : cadres de santé, infirmier et directeur de soins.

Figure 10 : Le codage des activités et des missions selon les catégories professionnelles.



Source : Auteur, Nvivo 12.

Figure 11 : Le codage des leviers pour dépasser les tensions



Source : Auteur, Nvivo 12.

La dernière étape a ensuite consisté à relier les thèmes abordés lors des entretiens à notre grille conceptuelle enrichie des éléments du terrain en ce qui concerne les leviers pour dépasser les tensions et les activités. Le choix de l'unité et de la longueur du codage du contenu dans les nœuds dépendait de l'exhaustivité et de la conformité aux thèmes, caractérisant les nœuds. L'objectif de cette étape était d'identifier des similitudes dans les entretiens et de les intégrer aux catégories qui composent notre grille sur les tensions, et donc de « déverser » le texte (propos) dans les catégories. Ainsi, concernant les tensions, **les figures n° 12 et n° 13** renseignent sur le nombre d'entretiens faisant état de TR et/ou de TGP mais aussi le nombre de fois où leurs dimensions ont été ressenties chez les interrogés. Sur le cas des TR par exemple 36 entretiens sur 43 traitent de la surcharge quantitative et dans ces entretiens, nous recensons 83 passages qui font référence à cette surcharge qualitative. Sur le cas des TGP, 38 entretiens sur 43 parlent de la tension éthique, parmi lesquels nous identifions 121 passages qui y font référence. Rappelons que nous n'orientons pas le répondant lors des entretiens, leur présence résultait d'une expression spontanée.

Figure 12 : La grille de codage des TR.

<input type="checkbox"/> Tensions de rôles	0	0
<input type="checkbox"/> Surcharge	0	0
<input type="checkbox"/> Quantitative	36	83
<input type="checkbox"/> Qualitative	7	11
<input type="checkbox"/> Incapacité à remplir ses rôle, suite à une insuffisance	0	0
<input type="checkbox"/> Ressources personnelles	16	26
<input type="checkbox"/> De moyens techniques	43	118
<input type="checkbox"/> D'informations	15	38
<input type="checkbox"/> D'autorité	17	31
<input type="checkbox"/> Conflits de rôle	0	0
<input type="checkbox"/> Entre les sphères de la vie	5	5
<input type="checkbox"/> Entre l'individu et ses rôles	22	74
<input type="checkbox"/> Entre émetteurs	6	10
<input type="checkbox"/> Chez l'émetteur	3	4
<input type="checkbox"/> Ambiguïté des rôles	0	0
<input type="checkbox"/> Des procédures	15	34
<input type="checkbox"/> De la planification	16	37
<input type="checkbox"/> De la performance	17	35

Source : Auteur, Nvivo 12.

Figure 13 : La grille de codage des TGP.

<input type="checkbox"/> Tensions de gouvernance publique	0	0
<input type="checkbox"/> Tension structurelle	33	69
<input type="checkbox"/> Tension managériale	11	34
<input type="checkbox"/> Tension éthique	38	121
<input type="checkbox"/> Tension artefactuelle	18	51

Source : Auteur, Nvivo 12.

La dernière étape du traitement de données à consister à donner un sens aux données traitées de manière informatisée. Les avantages et les inconvénients du traitement de données qualitatives assisté par ordinateur ont été discutés par des auteurs. Point et al. (2002) précisent que l'utilisation de ce type de logiciel ne doit pas se substituer à l'intelligence humaine. L'intervention du chercheur reste indispensable. C'est dans cette optique que nous avons procédé à un traitement de données manuel, en

vue de donner un sens aux données traitées avec le logiciel Nvivo. L'utilité de ce logiciel est de traiter une masse de données volumineuse, en accélérant le processus de codage.

3.2.3.2. La procédure de traitement manuel.

Nous avons identifié manuellement les nœuds issus lors des entretiens : ceux relatifs aux activités du cadre de santé de proximité et aux moyens ou actions dont ils disposent. Ce traitement nous a permis de réduire les étapes de traitement informatisé. Les activités des cadres de santé (**tableau n° 36**) ont été énoncées par les cadres de santé comme celles qui fondent leur fonction. Ce tableau recense l'ensemble des activités énoncées par les cadres de santé comme celles qui fondent leur fonction. Ce sont des activités prescrites qui rythment leurs pratiques quotidiennes. Certaines sont plus récurrentes que d'autres, c'est le cas de la gestion des plannings et de l'absentéisme (citées par 14 cadres sur 25). En revanche, la gestion financière à travers la gestion des dépenses n'a été citée que par un seul cadre. Les autres cadres ne seraient pas concernés par cette activité.

Tableau 36 : Le codage des nœuds émergés sur les activités de cadres de santé de proximité.

Nœuds émergés	Sources/25
Gestion des planning	14
Gestion de l'absentéisme	14
Gestion, coordination et encadrement de l'équipe	13
Logistique	13
Gestion des RH (arrêt maladie, congés, recrutement, administration du personnel)	12
Gestion des flux patients (entrées-sorties, coordonner le parcours)	10
Les commandes	8
Gestion de l'activité (réflexion ou mise en place d'indicateurs financiers)	7
Gestion du matériel	7
Gestion des familles	7
Gestion des patients (satisfaction, bien-être, réclamations...)	7
Gestion des projets de service	6
Gestion des projets transversaux	6
Gestion des problèmes du quotidien (tensions, conflits) dans l'équipe	6
Évaluation et gestion des compétences	5
Gestion et organisation du soin	4
Planifier les formations	4
La coordination avec les différents intervenants (kinés, psychologues, diététiciens...)	3
Gestion des relations avec les médecins	3
Transmettre des informations (descendante et ascendante)	3
Gestion de la sortie et du devenir des patients	3
Intégration et encadrement des stagiaires	3
Organiser des réunions	2
Gestion des projets avec divers interlocuteurs	2
Participation à des groupes de travail institutionnels	2
Participation à des réunions cadres	2
Application des directives	2

(Suite tableau n°36)

Nœuds émergés	Sources/25
Gestion des groupes de travail	1
Aider l'équipe à gérer les activités annexes	1
Présence sur le terrain être auprès de l'équipe	1
Gestion du budget (dépenses)	1

Source : Auteur.

Nous avons procédé de la même manière en ce qui concerne les actions envisagées par les cadres pour réduire les tensions au sein de leurs services. **Le tableau n° 37** reprend les différentes propositions émises par les cadres de santé, eux-mêmes, mais aussi par les infirmiers et les directeurs de soins sur les actions que peuvent mettre ou déjà mises en place par les cadres. Tous sont unanimes sur la communication. Elle apparaît un outil important pour échanger, expliquer, informer, transmettre et valoriser. La notion de proximité est très présente dans le sens du cadre de santé qui doit être au plus près de son équipe sur le terrain. Cette proximité a été énoncée à la fois par les cadres eux-mêmes mais aussi les infirmiers. Les directeurs de soins n'ont pas mis l'accent sur cette notion. De plus, être issue de la filière soignante permet de réduire les tensions chez quelques cadres et infirmiers selon une partie des interrogés. Quelques infirmiers mettent l'accent sur la personnalité du cadre de santé, comme un paramètre important pour apaiser les tensions. Pour ces derniers, peu importe la filière d'origine du cadre, le plus important est sa personnalité, précisément ses aptitudes à manager. Ces derniers pointent du doigt la question des compétences managériales du cadre de santé.

Tableau 37: Le codage des nœuds émergés sur les leviers ou actions pour réduire les tensions.

Nœuds émergés	CS (N=25)	INF (N=15)	DS (N=3)
La communication (dialoguer, informer, expliquer et valoriser...)	19	13	2
La position de proximité (être sur le terrain, proche des agents)	9	6	0
L'influence de la filière soignante	6	5	1
Les projets de services	6	2	0
Donner un sens aux actions	6	2	1
Le patient comme élément fédérateur	4	3	0
La formation des agents	1	0	0
La personnalité	0	3	1
Instaurer un climat de confiance	0	1	0

N= L'échantillon total.

Source : Auteur.

3.2.3.3. Les constats suite aux entretiens.

L'analyse du contenu de ces entretiens permet de constater de la présence des tensions dans les trois types d'hôpitaux : CHU, CH et CHP, bien que nous ayons l'impression que les agents qui travaillent dans les établissements du CHU sont les plus exposés aux tensions que les autres formes (CH et CHP). Cela s'explique par le fait qu'ils représentent la plus forte proportion de notre échantillon (24 agents contre 13 pour le CH et 6 pour le CHP). Les TR semblent les plus représentatives que les TGP dans l'ensemble des établissements investigués comme le démontrent les **figures n° 14 et n° 15**. En effet, sur les 43 entretiens menés, nous recensons 275 liées aux TGP contre 506 pour les TR. Dans les TR, ce sont les tensions portant sur l'insuffisance des ressources et des moyens matériels et financiers et celles sur l'ambiguïté principalement la performance qui sont les plus référencées. En effet, les interrogés ont fait état d'une tension forte ressentie quand il s'agit de travailler dans des conditions de manque de moyens (matériels, humains et financiers). De plus, ces derniers ont évoqué la présence d'indicateurs de performance n'étant pas adaptées à leur activité ou pas clairement énoncées. Ensuite viennent les tensions liées à la surcharge (qualitative et quantitative) et les conflits de rôles. En ce qui concerne les TGP, ce sont les tensions éthiques et structurelles qui ont été les plus énoncées. Les interrogés se trouvent confrontés à des situations de travail qui heurtent parfois leurs valeurs humaines et professionnelles du fait de l'introduction des indicateurs de performance ou la surcharge de travail. Cela génère des tensions éthiques, fortement repérées parmi les TGP. Cette tension est intimement liée à la tension structurelle qui porte sur le changement de paradigme au sein des hôpitaux publics français avec une financiarisation grandissante des services. En dernière position parmi les TGP, nous retrouvons par ordre de grandeur, les tensions managériales et artefactuelles. Le fait que les TR soient plus représentées que les TGP pourrait donner l'impression que les TGP, qui s'analysent à différents niveaux (les institutions publiques, les organisations, les règles de gestion et les outils) sont différentes des TR (l'individu et son environnement professionnel ou familial) mais apparaissent comme intimement liées. En effet l'introduction de nouvelles pratiques managériales génèrent des TR par exemple quant au positionnement professionnel de chacun. De même, les difficultés à s'approprier de nouveaux outils (tensions artefactuelles) peut avoir pour origine le manque d'informations ou des ressources personnelles (tension de rôle).

Figure 14 : Les références portant sur les TR.

Surcharge	0	0
Quantitative	36	83
Qualitative	7	11
Incapacité à remplir ses rôle, suite à une insuffisance	0	0
Ressources personnelles	16	26
De moyens techniques	43	118
D'informations	15	38
D'autorité	17	31
Conflits de role	0	0
Entre les sphères de la vie	5	5
Entre l'individu et ses rôles	22	74
Entre émetteurs	6	10
Chez l'émetteur	3	4
Ambiguïté des rôles	0	0
Des procédures	15	34
De la planification	16	37
De la performance	17	35

Source : Auteur, Nvivo 12.

Figure 15 : Les références portant sur les TGP.

Tension structurelle	33	69
Tension managériale	11	34
Tension éthique	38	121
Tension artefactuelle	18	51

Source : Auteur, Nvivo 12.

Nous faisons également le constat d'une diversité d'actions mises ou pouvant être mises en place pour réduire les tensions. Ces actions ont été révélées à la fois par les cadres eux-mêmes mais aussi les infirmiers et parfois les directeurs de soins. Malgré les faibles marges de manœuvres dont les cadres disposent pour ceux qui en ont, ces derniers réfléchissent ou mettent en place des actions pouvant être efficaces pour réduire les tensions.

Conclusion du chapitre trois.

Dans ce chapitre nous avons précisé le positionnement épistémologique de cette recherche doctorale, en présentant au préalable les orientations épistémologiques des travaux de recherche portant sur les tensions dans le champ de la santé. Le positionnement interprétativiste, que nous retenons et la méthodologie qualitative que nous avons déployée s'avère adaptés sur un terrain connu pour les changements : le terrain hospitalier. Nous nous sommes donc rapprochés de 7 établissements de santé aux caractéristiques différentes (3 établissements du CHU, 3 centres hospitaliers et 1 centre hospitalier de proximité). Nous avons retenu une méthodologie fondée sur des entretiens auprès de cadres de santé, d'infirmiers et de directeurs de soins.

Muni de deux grilles de collecte de données (une grille d'observation et d'entretiens), nous avons d'abord identifié les formes de tensions auxquelles les cadres de santé sont soumis lors d'une immersion de plusieurs semaines au sein d'un service hospitalier. Puis, nous avons recueilli les perceptions des cadres de santé, des infirmiers et des directeurs sur le rôle du cadre de santé dans l'atténuation des tensions et les moyens dont ils disposent ou les actions qu'ils peuvent déployer. 43 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de cadres eux-mêmes, d'infirmiers dont ils coordonnent et managent le travail et de directeurs de soins, qui dirigent les services de soins. Les données recueillies ont été traitées informatiquement (NVivo 12) et manuellement. Le logiciel Nvivo est connu pour le traitement de données de masse et permet une lecture rapide des entretiens. Le traitement manuel a eu pour objectif une analyse plus fine de la grille de codage Nvivo en dégagant les catégories phares de tensions et les actions du cadre de santé pour les atténuer. Grâce à la méthode de traitements de données sélectionnée, nous faisons plusieurs premiers constats. Bien que ces premiers constats auraient pu être exposés dans le chapitre 4 sur les résultats, nous les avons fait figurer dans ce chapitre 3 car ils sont indissociables des éléments de méthodologie qu'ils illustrent.

D'abord, nous constatons la présence des TR chez les managers de proximité liées majoritairement à l'absence de ressources (humaines, matérielles et financières), créant des difficultés dans leurs activités. Les TGP ont également été repérées autour des activités des managers de proximité. Elles prennent la forme des tensions éthiques et se manifestent dans la difficulté pour le manager de faire cohabiter ses valeurs (soignantes ou humaines) avec les objectifs de performance imposés par sa hiérarchie. Toutefois, les TR sont les plus représentées et ont été plus citées que les TGP par les interrogés. Enfin, les perceptions des infirmiers et des directeurs de soins vis-à-vis du rôle du cadre de santé dans la réduction des tensions, le positionnent comme un acteur pertinent et capable d'action. C'est ainsi que certaines

actions déployées ou envisagées par les cadres de santé pour atténuer ces tensions ont été mises en évidence.

Dans le dernier chapitre de cette thèse, nous détaillons les résultats obtenus à la lecture des propositions présentées dans une première partie.

Chapitre 1 :
Entre une pluralité de modèles de gestion et
le rôle du fonctionnaire en questionnement.

Chapitre 2 :
Pour une meilleure compréhension des
tensions et leurs gestions dans les
organisations publiques.

Chapitre 3 :
La méthode d'investigation des tensions,
leurs natures et gestions dans les
organisations publiques hospitalières.

CHAPITRE 4 :
POUR UN ÉCLAIRAGE DE LA NATURE DES TENSIONS ET
DU RÔLE DU MANAGER DE PROXIMITÉ DANS LEUR
GESTION.

Introduction du chapitre quatre.

Le chapitre 3 a exposé le positionnement épistémologique et la méthodologie en particulier le processus de codage des données mobilisé dans cette recherche. Ce dernier chapitre est consacré à la présentation des résultats. Le codage des données issues de l'observation et des entretiens avec les acteurs a été réalisé autour des marqueurs des TR et des TGP auprès de deux catégories d'établissements hospitaliers : CHU et CH/CHP.

Après une brève présentation des cas et des résultats, l'exposé se structure autour de la mise en évidence de TR et leurs origines qui se situent dans les TGP. Les TGP ont des effets sur les pratiques des personnels et les conduisent à s'interroger sur leurs rôles et leurs fonctions. Nous développerons ainsi les résultats en mettant en perspective les catégories d'établissements et de personnels. Nous exposerons les solutions bricolées par les managers de proximité pour atténuer les tensions.

Nous clôturons ce chapitre par la formulation de recommandations utiles aux institutions publiques, aux organisations publiques hospitalières et aux services de soins, dont font partie les cadres de santé de proximité. Les objectifs de ces recommandations sont doubles, clarifier les rôles et les missions et proposer des pistes pour mettre en place un cadre de travail plus propice à l'atténuation des tensions dans l'exercice de missions et tâches d'un personnel très sollicité.

I. Les résultats :

Dans ce travail de recherche, nous avons émis plusieurs propositions en ce qui concerne la présence ou non des tensions chez les managers de proximité exerçant dans le contexte hospitalier et leur capacité stratégique à réduire les tensions auxquelles, ils sont soumis. Les cas confirment la présence à la fois des TR et des TGP chez les managers de proximité. Ces derniers y sont soumis dans l'exercice de leurs activités quotidiennes. Il existe des liens entre ces différentes formes de tensions, de telle sorte que les TGP engendrent certaines des TR. Les résultats pointent du doigt également des similarités entre ces deux formes de tensions, pour lesquelles les managers de proximité mettent en œuvre des actions afin de les atténuer. En effet, nos résultats éclairent enfin sur les actions mises en œuvre ou proposées par les managers de proximité.

1.1. Les tensions sont inhérentes aux organisations hospitalières françaises.

Les managers de proximité connaissent des TR dans l'exercice de leurs fonctions. Ils subissent également des TGP. Il en est de même pour les infirmiers, qui sont sous la supervision directe des cadres de santé. Ces derniers connaissent à la fois des TR et de gouvernance publique dans l'exercice de leurs fonctions, comme l'illustrent **les annexes n°4a et 4b (Tome 2)**. Pour les cadres de santé, les TR sont marquées par l'incapacité à remplir leur rôle du fait d'une insuffisance de moyens techniques (y compris les moyens financiers). Le manque ou l'insuffisance de moyens techniques est un phénomène qui a été observé chez quasiment tous les managers de proximité - 23 cadres sur 25 l'ont signalé. Ils sont donc dans l'incapacité de répondre de manière satisfaisante aux attentes multiples qui leur sont formulées, et selon leurs propos, en raison d'une absence ou d'une insuffisance de moyens techniques et/ou financiers. Dans le cadre des TGP, la tension la plus exprimée est celle éthique, liée à la difficulté de faire concilier les valeurs publiques avec les objectifs de performance auxquels sont soumis les managers de proximité. Sur les 25 managers de proximité interrogés, 21 ont admis ressentir des conflits de valeurs au quotidien. Ces derniers exercent leurs activités dans un contexte de situations paradoxales, les contraignant à faire fonctionner leur service comme un centre de profits et les mettant en situation de contradiction avec leurs valeurs humaines ou soignantes. Nous caractérisons ces deux formes de tensions dans les paragraphes qui suivent.

1.1.1.Des TR présentes dans l'activité des managers de proximité.

Les TR selon le cadre conceptuel de Royal (2007) se manifestent à travers la surcharge, le conflit, l'incapacité suite à une insuffisance et l'ambiguïté. Les résultats mettent en avant des convergences et des divergences dans l'expression de ces TR en ce qui concerne nos deux cas d'analyse.

➤ *La surcharge.*

La surcharge fait partie du quotidien professionnel des cadres de santé aussi bien dans les cas n°1 que n°2. Cette surcharge a également été mise en évidence par les soignants aussi bien dans le cas n°1 que celui n°2 en ce qui concerne leurs activités propres.

« La surcharge est globalement la définition du travail aujourd'hui par rapport à il y a 15 ans » (CS4 CHU /Cas n°1), « On sent qu'il y a des dates butoirs, il y a des échéances, il y a une certaine pression parce qu'il y a beaucoup de choses à faire, c'est surtout la charge de travail qui a augmenté, ce qui fait qu'on se retrouve beaucoup plus sous pression » (CS2 CHU /Cas n°1) et « Bien sûr, on veut tout pour hier, c'est-à-dire qu'on vous demande quelque chose, mais c'est déjà pour hier » (CS1 CH /Cas n°2).

Autant chez les cadres de santé que les soignants, cette dernière varie selon les périodes de l'année, selon les services et selon les typologies de patients. La surcharge d'activité présente dans certains cas une certaine saisonnalité qui la rend acceptable dans la durée. Elle est aussi liée aux types de pathologies et des patients qui sont pris en charge.

« On va avoir une surcharge d'activité pendant 15 jours et après si l'activité décroît un petit peu, ça permet aux équipes de souffler, donc dans l'ensemble, je n'ai pas d'état de souffrances, je n'ai pas d'absentéisme parce que les gens sont épuisés » (CS1 CHU /Cas n°1) et « Ça dépend des jours. Ben c'est l'état des patients, le nombre de patients du service... donc il y a des jours on arrive, ben hier, ma journée d'hier, j'étais moi et une auxiliaire, on avait un enfant ensemble, c'était super, c'était calme, enfin le matin on en avait deux, et puis il y en a un qui est parti. Donc on a passé une super journée, on a eu le temps de s'en occuper très bien, là ce matin j'arrive, sur la nuit, on a eu deux admissions catastrophiques, dont une qui est en bloc tout de suite, quand je vous parle, parce que la petite est au bloc, quand elle va revenir ça va être la galère, parce qu'on a déjà trois patients et on en attend trois autres en pédiatriques » (INF 5 CHU /Cas n°1).

Par exemple les cadres de santé qui sont en charge de services pédiatriques, observent une surcharge de travail durant les périodes d'hiver, où l'on observe des épidémies de grippe ou de gastroentérite chez les enfants. Malgré le fait qu'elle impacte les conditions d'exercice de la fonction de cadre de santé et celle des infirmiers, elle paraît être ponctuelle. Les personnels n'hésitent pas à prendre un peu sur leur temps personnel pour faciliter la coordination (ici la transmission). Ce qui rend compte d'une forme

d'engagement et conscience professionnelle et met en évidence les apports de l'expérience professionnelle à la gestion de la surcharge d'activité.

« On n'a plus le temps de communiquer, nous, il faut qu'on passe 17 patients à notre collègue infirmière de nuit en 15 minutes. Donc ça fait ben si on veut finir à l'heure, donc on ne finit jamais à l'heure du coup. Parce qu'il faut bien qu'on parle des patients correctement » (INF 6 CHU) /Cas n°1), « Il y a des fois on a vraiment l'impression que nos 7 h30, elles sont plus que remplies, et on a bien du mal... » (INF 3 CH /Cas n°2), « Il y a des périodes ou des jours où ça va être plus intense, où on aura l'impression de ne pas avoir le temps de faire ce qu'on veut faire, de faire trente-six choses en même temps et de ne rien finir, mais le lendemain, ça va se régler un peu mieux. Je pense que ça complexifie dans le sens où ça nous enlève du temps pour ce qui est vraiment important sur le terrain » (CS7 CHU/ Cas n°1) et « On nous demande de plus en plus de choses, il faut faire de plus en plus de choses, et je trouve qu'on a moins en moins de temps pour les faire, forcément pas aussi bien qu'on le voudrait » (CS9 CHP /Cas n°2).

C'est pourquoi, les cadres de santé finissent par s'en accommoder et arrivent à y faire face. Dans les deux cas, les cadres de santé priorisent leurs activités en situation de surcharge.

« Maintenant, je relativise plus, j'ai pris l'habitude, je sais qu'il y a des tâches que je me suis fixée aujourd'hui, je vais me dire ce soir, ben mince je ne les ai pas faites parce que je vais me faire happer par autre chose » (CS3 CH /Cas n°2) et « ma charge de travail maintenant est la même, mais au début j'étais novice donc j'ai perdu beaucoup de temps, je faisais beaucoup d'heures, voilà. Maintenant il y a des choses sur lesquelles je suis beaucoup plus opérante et je tranche plus parce que c'est l'expérience acquise » (CS8 CHU /Cas n°1).

Les conflits minent également les activités des cadres de santé. Ces conflits, qui perdurent dans la durée sont présents dans les cas n°1 et 2.

➤ *Les conflits.*

Les conflits dans leurs quatre formes sont identifiables également dans ces deux cas. Les conflits entre les rôles apparaissent dans la difficulté pour les cadres de santé à identifier clairement leurs rôles à la lecture des attentes qui leurs sont formulées de la part de la hiérarchie ou d'autres émetteurs.

« Ah, on est en train de demander à ce que l'institution se penche sur notre rôle, parce qu'il n'y a rien de clair, rien de posé » (CS10 CHU /Cas n°1) et « l'admission est gérée par le médecin du COGERT¹³ par téléphone. Donc, cela peut parfois nous causer des soucis lorsque la charge de travail est très lourde, très importante. C'est vrai que moi en tant que cadre, j'alerte le COGERT » (CS5 CH /Cas n°2).

Les attentes qui leur sont formulées, dans la plupart des cas, ne coïncident pas avec leurs propres conceptions du rôle associé à la fonction et génèrent des incompréhensions.

Ces conflits sont également visibles dans la pratique soignante où certains des soignants ont le sentiment de réaliser de plus en plus de tâches qui ne relèvent pas de leurs compétences soignantes, et contribuent à activer la surcharge d'activité.

« On fait de plus en plus de consultations, et on passe beaucoup, on en revient à faire beaucoup de bilan, beaucoup de prise en charge technique, et du coup ça laisse un petit peu moins de part aux soins relationnels » (INF 2 CHU/ Cas n°1) et « aujourd'hui on nous demande au niveau administratif de cocher des choses, ça nous prend un temps mais aux dépens des soins, des fois je passe plus de temps à cocher des triangles qu'à faire des soins » (INF 2 CHP /Cas n°2).

Dans cette optique, nous percevons des écarts entre le rôle perçu et le rôle réel chez les soignants interrogés, impactant négativement leurs conditions de travail. Les soignants ne perçoivent pas cela comme une évolution de leur fonction. L'adjonction de nouvelles tâches est plus perçue comme une surcharge que comme une mutation professionnelle.

« On a l'impression de devoir gérer des choses qui ne relèvent pas de notre fonction en fait. Des choses que le médecin devrait gérer, mais qu'il nous délègue clairement, ou que la cadre devrait gérer mais pour son absence ou parce qu'elle est occupée à gérer d'autres choses, on est obligé de prendre la main aussi » (INF 8 CHU / Cas n°1).

¹³ Le COGERT est un dispositif qui a été mis en place dans plusieurs régions françaises. Il a été conçu et déployé à l'initiative de médecins et sert à structurer la prise en charge du patient âgé depuis son lieu de vie en prévenant les situations à risque de décompensation et en évitant les hospitalisations et les passages aux urgences (ARS, 2013).

On perçoit une forme de conflit entre les professions. Le positionnement infirmier par rapport au médecin évolue et peut entraîner certains conflits même si ceux-ci sont plus apparents. Cela génère parfois une perte de sens au travail des infirmiers.

« Je pense que toutes mes collègues, et moi aussi, quand on choisit le travail d'infirmière, ce n'est pas le travail d'usine, on n'est pas là pour faire du travail à la chaîne, de faire vite, vite, or, c'est un peu ce qu'on nous demande, de travailler vite » (INF 5 CH /Cas n°2).

Ce constat est visible chez les infirmiers dans les deux cas. Les conflits entre les sphères de la vie sont également présents. Ils naissent chez les cadres de santé, principalement dans l'élaboration des plannings des soignants. Les cadres ont l'obligation de concevoir les plannings selon les exigences du service et non celles des soignants.

« La gestion de plannings, ouais ça alors ! C'est une partie qui devient difficile parce que jusqu'à maintenant les équipes avaient l'habitude qu'on adapte le planning à leur vie, et que maintenant la structure hospitalière évolue, et que c'est répondre à un service, et la vie privée entre guillemets, passe après » (CS14 CHU /Cas n°1) et « Il peut y avoir derrière une tension entre la sphère de la vie privée et de la vie professionnelle. Et, c'est pourquoi c'est vraiment très sensible cette partie-là. Moi, je suis très sensible à ça. Dès que je sais que j'ai besoin de toucher à ça, j'y vais avec des pincettes, doucement. Je mets des propositions sur la table, je consulte, je regarde quelles sont les réactions, etc. » (CS7 CH/ Cas n°2).

Un discours délicat à faire entendre aux soignants, spécialement à ceux ayant des contraintes familiales fortes (enfant en bas âge, personne âgée à charge...) et qui peuvent rentrer en conflit avec leurs cadres de santé.

« Ah ben on nous a déjà dit, on a eu des arrêts maladie par exemple, que la priorité c'était le service et pas nos vies personnelles. Quand on entend ça, on a envie de dire, ben non justement » (INF 4 CHU /Cas n°1).

Ce sont uniquement les soignants en poste dans un établissement du CHU qui ont admis être en tensions en essayant de trouver un équilibre entre leurs obligations familiales et leurs obligations professionnelles, probablement en raison des spécificités vécues. Enfin, les conflits entre les émetteurs et chez l'émetteur (par exemple entre les médecins qui autorisent certaines prises en charge, les exigences de remplissage des lits de la part de la direction et les exigences de qualité de prise en charge

du cadre de santé) sont également présents dans les deux cas. Ces deux formes de conflits éclairent les rôles de traducteur et d'équilibriste du cadre de santé.

« Soit on dit au médecin faut arrêter de rentrer des malades trop lourds, ça revient à refuser des malades, ce n'est pas ma manière de faire, mais on ne peut pas mettre tous les malades lourds non plus, ils sont plus dans la qualité et la bonne gestion du risque. Donc c'est un parti pris, soit on ferme des lits. Ce n'est pas possible, soit on nous dit, il faut du personnel, mais pareil, ça, ça se finance, si c'est possible, mais comment on le justifie » (CS3 CH /Cas n°2).

Ces derniers confrontés à ces deux formes de tensions doivent faire preuve d'adaptabilité pour contenter les attentes venant des différents émetteurs, et ainsi atténuer les conflits pouvant exister entre des acteurs ne partageant pas les mêmes points de vue.

➤ *Les incapacités.*

Nous notons également des tensions sur une incapacité à répondre de manière satisfaisante aux attentes venant de la part d'un individu ou d'un groupe d'acteurs en raison d'un déficit de ressources (humaines et de compétences), de moyens (techniques, matériels et financiers), d'informations et d'autorité (dont les marges de manœuvres). Les déficits budgétaires, de nombreux hôpitaux français conduisent à des gels d'emplois qui engendrent des fins de CDD et se traduisant par aucune embauche malgré un absentéisme grandissant.

« Plus on avance dans le temps, plus on sert les vis, plus on le ressent sur le terrain nous. À proximité des agents, pourquoi, parce que certains remplacements ne sont pas faits, parce que nous avons de plus en plus d'arrêts maladie, on a dix pour cent d'arrêts maladie, qui font que quand même c'est une personne sur dix qui n'est pas là, et qui n'est pas spécialement remplacée tout le temps » (CS9 CHU/ Cas n°1) et « au niveau des ressources humaines, je pense que sur le papier, on n'est pas mal, la problématique c'est l'absentéisme et la gestion de l'absentéisme, mais je pense que c'est une problématique de tous les établissements de santé, c'est pas spécifique à Apollon » (CS1 CH /Cas n°2).

Cela se traduit par moins de personnel de soins pour la prise en charge des patients. La charge de travail liée est reportée chez les agents déjà en poste, qui sont constamment sollicités pour combler les plannings, un facteur qui explique en partie leur épuisement professionnel.

« On a quand même beaucoup plus d'absentéisme, les équipes sont épuisées, elles sont fatiguées, et je ne suis pas sûre qu'au total ce soit si économique que ça de réduire encore plus le personnel, par contre c'est sûr que ce sont des réductions qui sur le papier sont flagrantes, mais voilà, je ne suis pas sûre que ce soit vraiment une bonne chose, parce qu'on est en train d'épuiser tout le monde » (CS2 CH /Cas n°2).

Par manque de budget, les cadres de santé ne peuvent pas faire appel à une main d'œuvre externe et les absences sont rarement remplacées. Cela renvoie à la nécessité de réaliser des ajustements quantitatifs (nombre de professionnels suffisants) mais aussi qualitatifs (compétences et capacités professionnelles adéquates aux besoins du service).

« C'est vrai qu'il faut se battre pour maintenir certains postes, pour avoir des remplacements quand on se retrouve vraiment en difficulté, moi je vois sur plusieurs équipes, c'est un peu frustrant » (CS2 CHU /Cas n°1) et « les effectifs, et qu'on va vous dire ben débrouillez-vous à ce moment-là il n'y a pas de remplacement, donc il faut réorganiser au niveau du service avec les effectifs minimums par exemple » (CS9 CHP /Cas n°2).

C'est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit de remplacer une compétence rare. Cette tension sur l'insuffisance des ressources humaines, fait partie intégrante du contexte actuel des hôpitaux publics français et est constante. La tension suite à un manque de ressources humaines rejaillit sur les pratiques comme le montrent les cas n°1 et 2. Les infirmiers que nous avons interrogés aussi bien dans le cas n°1 que le cas n°2 ont souligné également la présence de cette tension liée aux absences de personnels.

« Il y a des tensions parce qu'on est en sous-effectif du coup, on a beaucoup de travail, tout le monde est sous tension. Les médecins ont beaucoup de travail, et sont moins nombreux aussi, donc eux vont nous demander beaucoup » (INF 1 CHU/ Cas n°1) et « Voilà, moins de personnel pour un certain nombre de patients » (INF 4 CH /Cas n°2).

La tension concerne aussi bien la ressource soignante que médicale. Les tensions que vivent les médecins rejaillissent sur les autres personnels (soignants, cadres). Cette dernière, qui a des répercussions à la fois sur les pratiques soignantes et celles des cadres, trouve son origine dans, selon les répondants, l'insuffisance ou l'absence de moyens financiers, qui rejaillit sur les conditions matérielles d'exercice de l'activité. L'absence ou l'insuffisance de moyens financiers se manifestent par de TR dans les cas n°1 et n°2 en ce qui concerne les infirmiers.

« Par exemple on a les chariots infirmiers, on en a trois, un par secteur, qui sont les tiroirs ils sont maintenus avec du scotch, la roue elle ne tourne pas, ils sont cassés de tous les côtés, on en a commandé, mais on est pas sûre de les recevoir, et ça au quotidien pousser un chariot qui ne roule pas, qui pèse 50 kilos, il faut qu'on soit parfaitement opérationnelle... » (INF 6 CHU / Cas n°1) et « il a fallu quand même que l'on demande un chariot, parce qu'on avait qu'un chariot, on n'était pas sectorisé alors pour avoir un chariot on est allé quand même mendier à la maternité, qu'on nous passe un chariot qui n'était pas du tout adapté....pour travailler des fois, on a un manque de matériel » (INF 1 CHP/ Cas n°2).

Elle entrave l'acquisition de moyens techniques et matériels pour une prise en charge de qualité des patients. Le cadre de santé, garant de la qualité des soins ressent et exprime aussi cette tension liée à l'insuffisance de moyens matériels et financiers dans les deux cas d'étude.

« Il faut toujours en faire plus, mais sans moyens supplémentaires, par exemple, les budgets pour matériel de bureau sont de plus en plus restreints, donc il faut faire de plus en plus de choses, mais on nous diminue les budgets, le budget repro... faut mettre toujours de nouveau formulaires à disposition, mais l'institution ne nous les fournit pas, il faut qu'on le fasse sur les budgets du service, donc on fait de plus en plus de documents mais avec de moins en moins de budget » (CS7 CHU /Cas n°1) et « Ne pas avoir le matériel technique en adéquation avec les besoins car économiquement on ne peut pas me le donner. Ou un lève malade quelque chose comme ça. Maintenant, quand les équipes me demandent si elles peuvent avoir une lève malade ou un verticalisateur, je vais demander. On me dit Pauline, c'est 5000 euros. Je reviens et je leur dis ce que vous m'avez demandé coûte 5000 euros et on n'a pas les 5000 euros » (CS10 CHP /Cas n°2).

Ainsi pour les cadres, garantir une qualité des soins semble difficile dans de telles conditions.

« Si on reprend l'exemple du dentiste, on essaye du coup, j'essaye que les résidents aient quand même accès aux dentistes, donc on le fait pour un résident, mais je ne peux pas le faire pour les 76, c'est-à-dire qu'on l'accompagne en bas au dentiste, mais ça veut dire qu'à chaque fois je détache deux personnes, une personne qui fait le chauffeur, et un soignant pour être présent s'il y a un souci (...) il y a un décalage entre ce qu'on nous demande sur le terrain et les ressources humaines qu'on a » (CS14 CHU /Cas n°1) et « j'ai un minimum d'effectif soignant, voilà, parce que j'ai 13 soignants pour s'occuper de 25 patients, 25 patients qui sont quand même dans des problématiques très complexes, soit ils sont en phase aiguë, alors bon c'est un

problème, soit c'est des prises en charge comme vous dites complexes, et donc ça demande un accompagnement supplémentaire sur l'extérieur » (CS8 CH / Cas n°2).

L'insuffisance d'informations est une source de tension soulignée par les cadres de santé dans les deux cas et explique pour certains la difficulté à réaliser les activités. Le temps de recherche de l'information ralentit l'action et est dans une certaine mesure source de tensions. De plus, le circuit de l'information s'avère pour certains peu efficient. Ce rapport à l'information s'avère donc une source de tensions. L'information est largement perçue comme une source de pouvoir.

« Je peux vous dire, les circuits on les apprend nous-mêmes, on ne nous les livre pas, des fois, c'est du système D, on apprend à connaître, et enfin, ce qui est fou, c'est, qu'il y n'ait pas un livret sur lequel est expliqué comment il faut faire dans ce cas-là, les interlocuteurs. Une communauté de connaissance où on partage. En fait à la base, on a des informations dont nous délivre l'établissement, d'accord, et puis, après, quand on est sur le terrain, on se rend compte qu'on n'a pas toutes les informations, que c'est à nous de les chercher. Mais cette collecte d'informations, chacun l'a dans son service. Il n'y a pas de partage » (CS5 CHU / Cas n°1) et « Mais on ne nous passe pas d'infos directement. On ne veut pas entendre ce qu'on a à dire de façon directe... sans intermédiaire. Est-ce que c'est voulu, je n'en sais rien. Je ne pense pas que cela soit voulu. Mais, l'enchaînement des événements ou des faits fait que le constat que je fais c'est ça. Oui. Il y a des choses qui sont filtrées, c'est certain » (CS7 CH / Cas n°2).

Elle impacte non seulement les pratiques des cadres de santé, car ils ne détiennent pas les informations utiles à l'exécution de leurs activités mais cela aussi remet en question le rôle du cadre de santé au sein du service de soins. A-t-il un simple rôle d'exécution ou un rôle stratégique ? Un rôle bien souvent prescrit s'orientant vers celui d'exécutant plutôt qu'acteur stratégique. Ainsi, dans les deux cas, ils ont le sentiment de ne pas détenir suffisamment de marges de manœuvre dans le cadre de leurs activités, tant leurs actions et rôles sont prescrits.

« Souvent elles me disent, ouais, mais de toute façon ça sert à quoi, on ne va pas nous entendre, on ne nous écoute pas quand on parle, et ça des fois, c'est difficile, parce que nous en tant que cadre, ben faut leur dire, oui moi je vous entends, je fais remonter les choses, après j'ai pas tous les pouvoirs, ça vient d'au-dessus, et malheureusement, on a aussi des injonctions qui font qu'on n'a pas de marges de manœuvre, même si on sait que c'est idiot et qu'elles ont raison » (CS7 CHU / Cas n°1) et « En dehors de la communication orale avec les équipes et avec les familles, on n'a pas beaucoup de moyens pour agir » (CS4 CH / Cas n°2).

Une situation similaire chez les soignants interrogés qui affirment ne détenir aucune marge de manœuvre dans l'exécution de leurs activités et ne pas pouvoir contribuer pleinement à la transformation et l'amélioration des modes de fonctionnement.

« On ne peut pas les changer (outils, procédures) parce que ce n'est pas nous qui faisons les lois, et malheureusement c'est nous qui sommes confrontées aux règles du service tous les jours » (INF 7 CHU /Cas n°1) et « Je ne suis pas sûre que nous ayons la possibilité de changer les procédures » (INF 1 CHP /Cas n°2).

➤ *Les ambiguïtés.*

Dans les deux cas (CHU – CH/CHP), nous retrouvons à la fois de l'ambiguïté sur la planification et sur la performance. Les cadres de santé pointent du doigt des règles, procédures établies et déployées qui ne leur paraissent pas claires, ni adaptées à leurs services respectifs. C'est également le cas du côté des infirmiers, ceux particulièrement du CHU. Pour eux, il existe une mauvaise répartition des ressources entre les services générant une ambiguïté sur les procédures. Les personnels ne comprennent pas toujours les choix faits. Le rapport à l'information s'avère donc être une dimension particulièrement critique qui provoque nombre d'ambiguïtés.

« On a des respirateurs qui ont plus de 20 ans, voilà, ce n'est pas la priorité, mais ils vont nous équiper avec d'autres matériels, parce que justement ils ont fait un achat groupé avec le service adulte. Et le truc, on en n'a pas besoin, donc il y a des fois des choses comme ça » (INF 4 CHU /Cas n°1).

On peut aussi déceler une tension sur la performance. Celle-ci est souvent appréhendée différemment entre les personnels soignants et cadres. La forme qu'elle prend est source d'incompréhensions.

« Si je ressens une logique, non, je ne pense pas, parce qu'effectivement, parce que cette question de devoir remplir, remplir, nous ça nous dépasse un petit peu, je ne vois pas pourquoi cette urgence, pourquoi il devrait y avoir une urgence à devoir remplir comme ça, l'important, c'est que les gens qui sont là on s'en occupe bien, et s'il y a des gens pour remplir, eh ben on aura des gens pour remplir, sinon, on ne va pas en faire un drame. On ne nous renseigne pas, mais on sait qu'il y a une pression, parce qu'on nous la fait sentir, même si ce n'est pas directement » (INF 8 CHU /Cas n°2).

Cette tension est perçue comme illégitime. Ce sentiment s'explique par le manque d'informations autour de l'introduction d'indicateurs de performance. Cette tension est aussi perçue par un infirmier dans le cas n°1, mais en étant moins prononcée que dans le cas n°2.

« On nous dit il va falloir faire des efforts dans l'hôpital public, c'est comme ça qu'on nous en parle, parce qu'il y a des dettes. On nous en parle comme ça en fait » (INF 4 CH / Cas n°2).

Du côté des cadres de santé, les indicateurs de performance ou les normes de contrôle d'activité "ne cadrent" pas avec les services qu'ils doivent manager. Il y a une nécessité d'adapter et mieux penser les indicateurs.

« Oui, on aurait des indicateurs qualité ! C'est difficile parce qu'on ne peut pas se dire qualité : on prend 10 pneus, les 10 sont conformes. En santé c'est plus complexe que ça on peut prendre 10 patients qui ont une leucémie mais ce n'est pas parce qu'on a beau avoir bien suivi le protocole, avoir fait tout ce qu'il fallait, pour autant, on n'a pas 100 % de guérison parce que les médicaments c'est de la chimie on ne sait pas comment l'enfant va y réagir et etc. Donc ces complexités-là, il faut aussi en prendre compte » (CS8 CHU/ Cas n°1) et « La DMS est une valeur qui permet à l'hôpital de ne pas perdre d'argent, de gagner de l'argent jusqu'à une certaine mesure. Chez moi, ce n'est juste pas possible : une DMS à 6 jours, c'est de plus en plus compliqué, pour les patients très âgés, ce n'est pas adapté donc c'est en inadéquation, oui » (CS4 CH /Cas n°2).

Ces indicateurs sont perçus comme inadaptés aux spécificités des services. Ils complexifient la présence de TR, cela donne le sentiment d'écart entre les attentes prescrites et les attentes réelles. Il y a également des convergences dans les perceptions des cadres de santé en ce qui concerne l'ambiguïté sur la planification, où les règles d'organisation du travail, pour eux ne sont pas claires et paraissent ainsi incohérentes (dans les deux cas).

« Et puis en plus, si vous voulez, ce qui est un peu fou, c'est qu'autant dans un service de 25 patients, vous allez avoir un cadre, et puis, après vous allez avoir un cadre pour 100 agents » (CS5 CHU /Cas°1).

« On nous dit, faut faire sortir les gens plus vite. Mais moi, je ne connais pas les problématiques en SSR et puis je me rends bien compte des problématiques qu'on a ici dans le service, comment je peux réduire mieux la DMS, je ne suis pas médecin, je n'ai pas le pouvoir de faire sortir les gens plus vite, c'est délicat. » (CS3 CH /Cas n°2).

Cela accentue le sentiment de conflits entre ce que l'individu perçoit de sa fonction et ses rôles. Nous n'avons pas pu établir de comparaison entre les cadres de santé des deux groupes en ce qui concerne l'ambiguïté sur les procédures car seuls ceux en poste au CHU se sont exprimés spontanément sur cette tension. Selon ces derniers, ces procédures rentrent parfois en contradiction avec leur fonctionnement classique. Elles reposent sur une rationalisation des dépenses et génèrent des incompréhensions, et des difficultés à fonctionner.

« En fait on nous demande de ne pas fermer de lits, on nous demande de limiter notre absentéisme, et en parallèle, on nous demande d'éviter de recruter. Et c'est compliqué de ne pas accroître l'absentéisme en sollicitant les agents davantage » (CS10 CHU /Cas n°1).

Le fait qu'il y ait seulement les cadres du CHU qui se soient exprimés pourrait suggérer que les cadres des CH/CHP ne perçoivent pas cette tension ou n'y sont pas soumis. Mais ceci peut trouver une explication dans la configuration organisationnelle retenue. Les CH/CHP présentent un niveau hiérarchique de moins qui peut faciliter la communication directe. La fonction de coordinateur de soins, n'existe pas comme au CHU. Aussi l'information sur les procédures à déployer n'est pas filtrée. Cette absence pourrait réduire les ambiguïtés sur les procédures dans les établissements du cas n°2. Mais il convient aussi de préciser que la complexité d'être procédurier entre un CHU et CH peut varier, et pourrait aussi être une spécificité du cas étudié, lié à l'humain. Le résultat peut paraître contre intuitif dans la mesure où le coordonnateur de soins pourrait être de prime abord un intermédiaire destiné à clarifier l'information descendante, voire à l'enrichir d'un volet pédagogique.

Les convergences et les divergences entre les cas n°1 (CHU) et n°2 (CH/CHP) ont été résumées dans le **tableau n° 38**. Ce dernier présente les différents thèmes en ce qui concerne les TR, ainsi que les catégories¹⁴ nous ayant permis de regrouper les verbatim et de les analyser. Nous avons analysé la surcharge dans ces organisations à travers trois catégories (l'intensification du travail et la surcharge d'activités, l'impact négatif de la surcharge sur les pratiques des cadres de santé et la temporalité de la surcharge). Dans le cadre des conflits, nous avons repéré dans les verbatim trois catégories (la prescription de rôles aux attentes ambiguës, un décalage entre les attentes institutionnelles et les attentes des cadres de santé, et la présence de rôles de traducteurs et d'une posture d'équilibristes chez les cadres de santé). En ce qui concerne les tensions d'ambiguïté, les catégories suivantes nous ont permis d'apprécier les verbatim : les incohérences dans les procédures et les règles d'organisation du travail, et

¹⁴ La catégorie se définit comme « la classe dans laquelle on range plusieurs objets ou plusieurs personnes de même nature, ou qui possèdent des caractères communs » Larousse 2018, consulté le 24 septembre 2019.

les indicateurs de performance oscillant entre l'illégitimité et la légitimité chez les cadres de santé. Enfin, pour les tensions portant sur l'incapacité liées à des insuffisances, les verbatim ont été classés autour des catégories suivantes : une rareté des ressources humaines latente, une réduction de moyens financiers et techniques, l'impact de l'absence de ressources et moyens sur les pratiques, une répartition inégale des moyens techniques et financiers entre les services, des cadres de santé insuffisamment informés sur leurs rôles et, une absence de marges de manœuvres.

Tableau 38 : La comparaison entre les cas n°1 et n°2 autour des TR chez les CS.

Tensions	Catégories	Cas n°1 : (CHU)	Cas n°2 : (CH/CHP)
La surcharge	Intensification du travail et surcharge d'activités	Convergences	
	L'impact négatif de la surcharge sur les pratiques des CS	Convergences	
	La temporalité de la surcharge	Convergences	
Les conflits	Une prescription de rôles aux attentes ambiguës	Convergences	
	Un décalage entre les attentes institutionnelles et les attentes des CS	Convergences	
	Présence de rôles d'équilibriste et de traducteurs	Convergences	
L'incapacité suite à des insuffisances	Une rareté des ressources humaines latente	Convergences	
	Une réduction de moyens matériels et financiers	Convergences	
	Impact des absences de ressources et moyens sur les pratiques des CS	Convergences	
	Une répartition inégale des moyens matériels et financiers	Convergences	
	Des CS insuffisamment informés sur leurs rôles et les conditions d'exercice de leurs fonctions	Convergences	
	Une absence de marges de manœuvres	Convergences	
L'ambiguïté	L'incohérence des procédures et des règles d'organisation du travail	Pas de comparaison	

(Suite tableau n°38)

Tensions	Catégories	Cas n°1 : (CHU)	Cas n°2 : (CH/CHP)
L'ambiguïté	Des indicateurs entre légitimité et illégitimité	Convergences	

Source : Auteur.

Pour résumer, nous détectons une forte convergence des tensions de rôles détectées (**11/12**) dans les 2 catégories d'établissements (CHU et CH/CHP) pour les cadres de santé. Seule l'ambiguïté sur les procédures et les règles d'organisation du travail n'est pas détectée dans les CH/CHP étudiés (cas 2). Si au niveau global les divergences sont faibles sur les TR, un focus sur les 2 catégories de personnels (cadres de santé et infirmiers) permet de constater des divergences plus marquées entre ces catégories de personnels. **Le tableau n°39** permet de synthétiser à quels niveaux se situent les marqueurs des TR et de les caractériser.

Tableau 39 : La comparaison des TR entre les cadres les infirmiers des CHU et CH/CHP.

Tensions	Cadres de santé	Infirmiers
Surcharge	Détectée	Détectée
	-Plutôt ponctuelle et gérée grâce à la priorisation	- Saisonnalité de la surcharge -Altération de la qualité de prise en charge en particulier relationnelle
Conflits	Détectés	Détectés
	Récurrents. -Manque de clarification du rôle du CS et des attentes des supérieurs envers cette fonction. -Arbitrage difficile entre les contraintes des personnels et les exigences institutionnelles.	Grandissants. -Alourdissement de la fonction, infirmière et aide-soignante nouvelles de tâches perçues comme naturellement à la fonction (« <i>ce n'est pas à moi de...</i> »). -Difficile conciliation vie familiale/vie professionnelle.
Incapacités suite à des insuffisances	Détectées.	Atténuées.
	-Insuffisance de moyens financiers et humains perçue par les CS comme une sous-estimation voire une négation de leurs capacités stratégiques et managériales.	-Rôle d'exécutant perçu dans les PS dans un cadre rigide et normé. - « représentation exprimée » autour d'une inégalité de répartition des moyens entre les services.

(Suite tableau n°39)

Ambiguïtés	<u>Détectées uniquement pour les CS du cas 1 pour l'ambiguïté sur les procédures.</u>	<u>Détectées.</u>
	-Perception d'un manque de pertinence des règles, processus et indicateurs par rapport situations réelles vécues.	-Perception d'un manque de pertinence des règles et processus /situations rencontrées sur le terrain.

Source : M. Ceccato et C. Rochette, 2019 (article en cours d'évaluation dans une revue internationale).

Les cadres de santé interrogés sont également soumis à des TGP dans les cas n°1 et 2 qui se manifestent de diverses façons. Nous présentons ces tensions dans la partie suivante.

1.1.2. Des TGP présentes dans l'activité des managers de proximité.

Rappelons que nous appuyons sur les travaux de Mazouz et al. (2015). Ils proposent un modèle autour de quatre formes de TGP : les tensions éthique, structurelle, managériale et artefactuelle. Ces tensions sont une conséquence du phénomène de financiarisation observable dans les organisations hospitalières. Celui-ci engendre de nouvelles façons de travailler, qui se rapprochent dans la plupart des cas des hôpitaux privés. Bien que compréhensible par quelques managers, cette montée en puissance de la dimension économique, marquée par une réduction des budgets, engendre une perte de sens dans les activités du cadre. Elle a un impact sur son rôle réel. Ce dernier a l'impression de ne plus réussir à mettre en place une prise en charge de qualité et de mettre en difficulté son personnel. Il ne se reconnaît plus dans le nouveau cadre d'activité dans lequel s'enracine son rôle. Les managers de proximité que nous avons interrogés sont exposés aux TGP dans l'exercice de leurs fonctions aussi bien dans les cas n°1 (CHU) que n°2 (CH/CHP), avec certaines variations. Il en est de même pour les infirmiers qui sont sous leur responsabilité. Ces derniers affirment être soumis à certaines TGP (**l'annexe n° 4b2 /Tome 2**). Chez les infirmiers, ce sont les tensions structurelles, éthiques et artefactuelles qui prédominent. La tension managériale n'est pas ressentie par ces derniers. Cela peut être le signe que leurs cadres de santé mettent en place les conditions nécessaires au bon déroulement des activités lors de changement de règles, normes ou de procédures. Ainsi, les infirmiers ressentent moins les pressions qui pourraient être liées à l'introduction de ces nouvelles procédures.

➤ *La tension éthique.*

La tension éthique, qui est la plus citée en ce qui concerne les TGP, est présente à la fois dans le cas n°1 et le cas n°2 chez les cadres de santé. Ces derniers font état d'une montée en puissance des problématiques financières à l'hôpital, qui heurtent les valeurs humaines et soignantes.

« Parfois, j'ai l'impression qu'il y a un conflit de valeurs, entre ce que la hiérarchie demande (entre le marteau et l'enclume). Je suis quelqu'un d'honnête : si on me dit de faire les choses même si je ne suis pas d'accord, je vais le dire de façon très diplomate, mais je vais aller dans le sens de la direction car on me demande de le faire parce que je vais essayer de fédérer les équipes aux projets qui sont demandés même si je ne suis pas toujours d'accord. Des conflits de valeur il y en a souvent donc j'analyse la situation » (CS10 CHP/ Cas n°2) et « Là on est en hôpital public, on est censé accueillir tout le monde quel que soit son compte en banque et on se retrouve à ne plus pouvoir faire ce qui était le métier de l'hôpital public, parce qu'il y a un désengagement et on va finir par laisser des gens au bord de la route, comme dans certains pays où il n'y a pas de sécurité sociale, comme aux États-Unis en l'occurrence où c'est tout privé... » (CS7 CHU /Cas n°1).

Les infirmiers dans les cas n°1 et n°2 font également état d'une intensification des problématiques financières dans le contexte hospitalier, qui heurte leur conception de l'hôpital public. Mais qui questionne les personnels sur le bien-fondé de décisions prises. Ainsi, l'allongement de la durée de séjour d'un patient selon le cas peut être perçu comme légitime ou illégitime.

« Garder un enfant un jour de plus qui ne nécessite pas de réanimation en plus, c'est complètement absurde, c'est intéressant pour la T2A pour se faire payer, mais c'est complètement absurde. Moi je dirais plus en contradiction. Ce qu'on a bien l'impression, c'est que, même si c'est un service public, il faut qu'il soit rentable, donc pour qu'il soit rentable, ben il est managé comme une entreprise normale. Mais bon la santé c'est pas une entreprise normale, donc ça s'est vraiment compliqué quand on fait ce type de métier je trouve, où on pense d'abord à l'humain et l'argent franchement, on en a rien à faire, vraiment, nous ce que ça coûte, les budgets, on s'en fiche vraiment... » (INF 4 CHU /Cas n°1) et « Moi personnellement, je pense qu'on n'a pas à dire, lui il a 93 ans il vient pour une fracture du fémur, durée de séjour faut qu'il reste 4 jours, pas plus. Non, je trouve ça complètement fou, il faut s'adapter à des personnes. Il y a des personnes qui arrivent qui sont seules, qui n'ont aucun moyen financier, qui n'ont pas d'enfant, qui n'ont pas de famille, qui se retrouvent seules. Ces gens-là, on ne peut pas les mettre à la porte... » (INF 5 CH /Cas n°2).

Une approche plus économique des décisions prises impacte dans tous les cas l'éthique professionnelle des soignants et leurs relations avec les usagers (patients, famille), les cadres de santé et les soignants eux-mêmes.

« Ça génère des difficultés pour prendre en charge les patients. Des difficultés morales avant tout, des difficultés aussi, parce qu'en tant qu'infirmière on est quand même le joint avec la famille au quotidien et avec le patient lui-même » (INF 5 CHU /Cas n°1) et « Après que l'activité devienne à tout prix jusqu'au-boutiste, quand le service il explose et que les médecins continuent de dire, il sort, il sort et que là les filles craquent, et à je vois qu'il n'y a pas plus de discussions possibles parce que c'est l'activité qui est en avant, c'est là où ça devient compliqué, c'est-à-dire que ça nous impacte et ça peut malmener la communication entre nous » (CS3 CH /Cas n°2).

Pour les cadres de santé, cela implique d'introduire une dimension gestionnaire à leur fonction. Certains cadres comprennent la nécessité de s'y conformer alors que d'autres ont des difficultés à l'admettre. Certains le justifient au regard des déficits budgétaires présents ou passés, contrairement à ceux qui ne le légitiment pas.

« On prend du recul vous savez, je ne dis pas qu'on s'y fait, mais on comprend le principe... » (CS 9 CHU /Cas n°1) et « Je vois, nous on a des réunions de cadres qui sont organisées par la coordinatrice, le directeur général vient à chaque réunion, il prend la parole pendant 45 minutes, 1 heure sur les problèmes financiers. Il dit qu'il faut faire des sous, il faut être productif, c'est violent quand même. Moi, c'est le genre de discours, je ne cache pas que je ne le transpose pas dans mon équipe. Par contre je fais la chasse pour éteindre les lumières, pour ne pas laisser couler l'eau, pour faire de petites économies, les papiers, le papier brouillon, on s'en ressert, les papiers imprimés on s'en ressert pour du papier brouillon, les choses pratico-pratiques. Mais non, je sais que je vais heurter tout le monde. Ce n'est pas possible, je ne sais pas comment transposer ce discours auprès de mes équipes sans les mettre à mal » (CS1 CHU /Cas n°1).

Le discours de préoccupations économiques comporte une certaine violence symbolique en questionnant l'éthique professionnelle du personnel mais se traduit aussi par des actions adaptées qui sans être d'envergure montre une appropriation à travers des petites actions et une adaptation des façons de faire. Les cadres qui légitiment ces nouvelles préoccupations financières évoquent la possibilité de les concilier avec les valeurs humaines et soignantes ou de s'adapter face aux nouvelles attentes.

« Moi je pense qu'on peut allier les deux, je pense qu'on peut avoir un service public qui a des valeurs humaines, où on accueille tout le monde, quel que soit sa carte de sécurité sociale j'ai envie de dire, mais on peut bien faire les choses, enfin, je pense que ce n'est pas incompatible

» (CS1 CH /Cas n°2) et « *On a des valeurs, on va adapter en fonction de ce qui nous est demandé. Après, enfin je crois qu'on a tous nos limites qu'on ne dépasserait pas* » (CS7 CHU /Cas n°1).

Nous pouvons voir dans cette catégorie de cadres plutôt optimistes face au changement, la volonté d'assimiler les dimensions gestionnaire et managériale liées à leurs nouvelles fonctions, contrairement aux autres qui décident de les rejeter, en se réfugiant dans leur ancienne identité soignante. De cette manière, nous sommes en présence d'un conflit identitaire entre l'identité managériale (portée par des valeurs de contrôle, d'efficacité et de performance) et celle soignante (portée par des valeurs humanistes, altruistes et de bienveillance). Ce conflit identitaire est également exprimé chez les infirmiers aussi bien ceux officiant dans un CHU que ceux en poste dans un CH/CHP.

« *Je sais bien, mais la gestion des coûts, c'est bien quand on est gestionnaire, quand on est soignant, c'est le confort du patient, c'est le confort de la famille, c'est le bien-être du patient à l'hôpital, et c'est lui apporter du réconfort alors qu'il a déjà eu une merde, ça c'est la vision du soignant* » (INF 5 CHU /Cas n°1) et « *les missions que j'exécute notamment l'augmentation des tâches administratives sont en contradiction avec mes valeurs soignantes* » (INF 6 CH /Cas n°2).

À travers, la volonté de concilier les deux formes de valeurs apparentes (économique et soignante), nous pouvons voir que se mettent en place des stratégies de gestion des tensions chez ces acteurs.

➤ *La tension structurelle.*

Nous avons aussi noté la présence de tensions structurelles pour les cas n°1 et 2. Les cadres interrogés sont unanimes sur la transformation progressive de l'hôpital public français, en l'assimilant à une entreprise privée.

« *Le visage des hôpitaux français change dans la mesure où on tend à se rapprocher du fonctionnement des cliniques, où le chiffre, le gain financier a de l'importance, puisque les financements par l'état diminuent énormément ben du coup les hôpitaux sont obligés de se modifier dans leurs fonctionnements pour trouver d'autres moyens d'obtenir des fonds (...)* » (CS7 CHU /Cas n°1) et « *mais bien sûr que ça change, je veux dire. Bon, sur la prise en charge du patient, je pense que ça peut se ressentir. Tout est calculé en fonction. Tel cas opératoire ne devra pas rester plus de temps à l'hôpital parce que ça coûte tant de temps, tout ce qui est DMS, tarification de l'activité, des choses comme ça (...)* » (CS9 CHP /Cas n°2).

C'est le même constat chez les infirmiers, qui perçoivent un basculement progressif vers une organisation plus inspirée vers l'entreprise privée où la performance de chaque établissement et service est observée.

« On assiste à une nouvelle organisation qui sort du contexte public » (INF 6 CHU /Cas n°1) et « Avec la rentabilisation des lits, les lits vides ça ne doit plus exister, il faut prendre systématiquement... » (INF 7 CHP /Cas n°2).

Les impératifs économiques se traduisent par des réorganisations (fusion des services et déplacements d'unités) et une forme de mise en concurrence des services. Selon les personnes interrogées, cette mutation transforme également les pratiques des soignants et des cadres de santé et par ricochet la prise en charge des patients.

« Un exemple, la réanimation pédiatrique, c'est très fluctuant l'activité, des fois ça se vide, les enfants partent, ils ont plus besoin de réanimation, et c'est vrai que souvent, enfin, ça arrive régulièrement qu'on garde des enfants plus longtemps pour faire de l'occupation des lits, alors, qu'en soi, ils n'auraient pas forcément besoin de réanimation... » (INF 5 CHU /Cas n°1) ; « pour moi avant on était vraiment plus dans la prise en charge, dans le relationnel, dans l'humanité. Et tout ça, et aujourd'hui on est plus dans le travail à la chaîne, nous on a dix sorties, on aura dix entrées, on a deux sorties, on aura deux entrées, on est toujours plein, plein, et il y a une ligne d'attente, et les gens ont besoin d'être soignés, mais c'est que ça s'enchaîne, ça s'enchaîne, du coup (...) on voit, lui ça coûte tant d'argent, lui il y a la sécurité, il y a la mutuelle, il n'y a pas ci, c'est un business quoi » (INF 7 CHU /Cas n°1), et « le fait de réduire les effectifs, de réduire le côté finance, forcément ça joue sur notre travail » (INF 5 CH / Cas n°2).

En outre, les avis convergent chez les cadres de santé sur la nécessité d'opérer ces transformations. Les évolutions organisationnelles sont perçues comme une nécessité qui peut permettre de corriger certains dysfonctionnements.

« Moi, je pense qu'on tend vers le privé, je pense qu'on n'a pas le choix, qu'il va falloir tendre vers le privé si on veut sauver l'hôpital, mais après c'est plus le faire accepter à la clientèle » (CS 14 CHU /Cas n°1) ; « Moi je pense que l'évolution de l'hôpital elle n'est pas que néfaste, je pense que c'est une logique où il faut aller, par contre on est allé peut-être un peu trop loin

dans la logique budgétaire. Il fallait y aller, mais je pense qu'on est allé trop loin ... » (CS 10 CHU /Cas n°1).

La plupart des cadres légitiment ces transformations, au regard des difficultés financières rencontrées actuellement dans le secteur de la santé mais aussi en raison de certains abus des usagers eux-mêmes qui exigent désormais une certaine rationalisation.

« Dans tous les hôpitaux en France, il y a des déficits budgétaires, ça ne peut pas durer, donc il faut quand même que l'on trouve des solutions et ça je ne l'ai compris que depuis que je suis cadre au début je ne voulais vraiment pas l'entendre. Pour moi, l'hôpital est devenu une entreprise » (CS10 CHP /Cas n°2).

Ces mutations ont une incidence sur les conditions de travail non seulement des cadres de santé mais aussi de leurs équipes et impliquent une forme d'agilité, voire une certaine résilience pour certains.

➤ *La tension managériale.*

La tension managériale se manifeste chez les cadres de santé dans les deux cas étudiés. Celle-ci porte essentiellement sur la modification des règles d'organisation du travail et la difficulté à les concilier avec les anciennes pratiques, cela génère des tensions. Les sujets de discordes sont divers. Tandis que dans les établissements du CHU, c'est la durée hebdomadaire du travail chez les cadres de santé qui soulève des difficultés, dans le contexte du CH, c'est plutôt le remaniement des temps de transmission qui est sujet à polémique. Pour les cadres la gestion de leur temps de travail nécessite un délicat arbitrage entre présence auprès des équipes et temps administratif.

« Je pense qu'il faut qu'ils revoient et qu'on soit à la tâche et pas aux 35 h, et qu'il y ait une rémunération qui aille avec, parce qu'aujourd'hui j'ai la rémunération d'un employé de 35 h. Si je voulais faire que 35 h, je serais dans mon droit, mais je pense je n'aurais pas non plus l'aval de ma chef je crois. Si je partais à 16h30, ben non, je ne pourrais pas, je pense qu'elle ne serait pas contre non plus que je fasse les 35h, avec tout ce qu'il y a à faire, et puis l'équipe n'aurait pas le même regard non plus sur moi. Elles ne me verraient pas assez, avec toutes les réunions avec la direction, toutes les réunions pour les cadres, et je n'aurais pas assez de temps passé sur place, elles ne me verraient pas, et je n'aurais pas de crédibilité non plus » (CS4 CHU /Cas n°1) et « On est sur un remaniement du temps de travail journalier. Pour le coup, ils vont avoir des roulements de travail qui vont changer et qui vont être moins bien que ce qu'ils avaient

avant. Eh ben ça crée beaucoup de tensions, supprimer des temps de transmission entre deux équipes alors qu'ils ont toujours eu » (CS2 CH /Cas n°2).

Dans les deux cas, les tensions concernant l'élaboration des plannings des soignants sont présentes dans la mesure où les cadres de santé ne peuvent pas établir des horaires de travail personnalisés et se plient aux exigences du service. Le travail du cadre de santé est plus marqué par un travail de planification que d'animation d'équipes.

« La gestion de plannings, c'est une partie qui devient difficile parce que jusqu'à maintenant les équipes avaient l'habitude qu'on adapte le planning à leur vie, et que maintenant la structure hospitalière évolue, et que c'est répondre à un service, et la vie privée entre guillemets, passe après. Voilà, parce qu'il y a des jours où on va avoir 5 personnes en plus, et d'autres jours auquel on va demander du roulement, donc moi elles ont l'habitude que je change les repos en semaine, je ne parle pas du week-end, en semaine je change les repos parce que... voilà. Donc cette gestion-là on a un peu de mal à la faire passer au niveau des équipes » (CS14 CHU /Cas n°1) et « Je ne fais pas de plannings personnalisés. La politique de l'établissement, c'est que tous les agents ont le même planning (...) Le fonctionnement sur l'hôpital, cette base, c'est celle-là. Donc moi, quand on vient me voir en me disant, j'ai besoin d'avoir tous mes mercredis ou tous mes machins. Ben je dis que moi je ne peux pas répondre à cette question-là » (CS6 CH /Cas n°2).

Ces nouvelles règles sont établies pour rationaliser le travail tout en étant en conformité avec les dispositifs légaux. Cette forme de tension concerne peu les personnels soignants tels que les infirmiers, qui ne se sont pas exprimés spontanément sur cette tension aussi malgré nos relances pour faciliter la compréhension, aussi bien dans le cas n°1 que le cas n°2. Le contenu de leurs activités est rarement managérial. Si certains infirmiers peuvent prendre en charge certaines tâches comportant une dimension managériale, cela ne ressort pas dans nos résultats.

➤ *La tension artefactuelle.*

Enfin, la tension artefactuelle est présente dans les deux cas d'études, où nous notons la diffusion d'indicateurs de suivi et de contrôle d'activité. Elle se caractérise par l'obligation de contrôler le service de soin à travers le déploiement et l'usage de nouveaux outils et instruments de gestion tels que des indicateurs. Cette obligation est associée à une difficulté pour les cadres de les opérationnaliser. Les cadres de santé ont unanimement le sentiment que ces indicateurs, qui leur sont imposés, sont inadaptés au fonctionnement de leurs services, au regard de la typologie des patients accueillis.

« L'évaluation en chiffres, évaluer les agents à l'atteinte, en fonction de l'atteinte ou pas des objectifs, dans certaines fonctions publiques, ça peut peut-être se mettre en place, dans la FPH, c'est un peu compliqué. Car chaque service est différent, et que les objectifs ne vont pas être les mêmes. Les moyens pour mettre en place et atteindre ces objectifs ne seront pas les mêmes. On ne peut mettre ça en place que si on peut évaluer tout le monde objectivement selon les mêmes critères. À l'hôpital, c'est très difficile. Parce qu'on ne peut pas évaluer le travail d'un cadre, d'un service à un autre sur le même critère, pour la bonne et simple raison que le service est différent, que les objectifs sont propres à un service, à une unité et à ce qui en découle. Et c'est pareil pour les agents sur le terrain » (CS7 CHU/ Cas n°1). « On dit souvent aux infirmiers, c'est le personnel qui coûte le plus cher sur l'établissement, et c'est là qu'il faut faire des économies, donc on tape sur le personnel. Mais inversement, nous, notre activité, elle n'est pas chiffrée, on rapporte aussi. Mais on nous dit toujours qu'on coûte, vous voyez ce que je veux dire ? Et ça c'est peut-être une des failles, mais plus globale. Pourquoi est-ce que nous les infirmiers on ne chiffre pas ce qu'on rapporte dans notre travail. Le médecin il cote son activité, ça rapporte, moi je cote mon activité... parce que vous avez vu dans les tableaux, mais eux ne le voyaient pas, et moi je ne le voyais pas non plus. On rapporte et je suis incapable de dire ce que je rapporte » (CS3 CH /Cas n°2).

Il s'avère ainsi que si le travail de chacun des personnels doit être évalué dans sa capacité à créer de la valeur, il est nécessaire que la contribution de chacun et de chaque corps professionnel soit portée à la connaissance des autres. Dans un contexte où les dimensions économiques prennent de l'importance les cadres de santé aspirent à une mise en lumière de leur contribution à la performance. Il en est de même pour les personnels infirmiers. Ainsi, la contribution à la performance n'est pas exclusivement médicale pour ces personnels. De même, il souligne la nécessité d'adapter les indicateurs d'évaluation de la performance aux spécificités des services, de les expliquer et les faire accepter. Le constat est le même chez les infirmiers interrogés en poste au sein d'un CHU qui se sont exprimés sur cette tension.

« Je ne ferais pas sortir un patient parce qu'il a atteint sa durée moyenne de séjour et qu'il faut libérer le lit. Pour moi, ça se régule un peu tout seul, puisqu'il y a des patients qui restent deux jours, il y en a d'autres qui restent un mois, donc ça tourne. Mais, je pense qu'il ne faut pas mettre les gens dehors sous prétextes qu'il y a une durée moyenne de séjour. S'ils ont besoin des soins, il faut les garder, voilà, au même titre que là, on a gardé un patient pendant dix jours, alors qu'on ne lui faisait rien parce qu'on attendait un soin de suite. On attendait un SSR, c'est quand même dommage » (INF 7 CHU /Cas n°1).

Les infirmiers, comme dans le cadre de l'ambiguïté portant sur la performance (TR), s'expriment quant à l'inadéquation des indicateurs de contrôle de l'activité au contexte des hôpitaux publics français. Ils soulignent notamment que ces indicateurs sont principalement imposés et qu'ils n'ont pas de marges de manœuvre sur ceux-ci, sur leur possible adaptation.

« On nous met une pression quotidienne par rapport à la traçabilité, avec le nombre de plaintes qui augmente, le passage à l'informatique, les nouveaux items, logiciels selon le service où on travaille, avec pas les mêmes critères à évaluer, et là oui, niveau qualité, on sait que derrière, souvent les dossiers sont rouverts, par exemple notre cadre, nous, elle va regarder si à l'entrée on note bien l'évaluation de la douleur » (INF1 CHU / Cas n°1).

Dans les propos des personnes interrogées, on peut noter une proximité entre la notion d'indicateur et celle de procédure. Les cadres de santé de proximité se sont prononcés quant à la nécessité d'introduire ces indicateurs dans les organisations publiques hospitalières et la difficulté de leur déploiement.

« On n'a pas été formé institutionnellement à la lecture de ce genre de tableau (suivi d'activité). Généralement on regarde, on est content et on zappe, en se disant que de toute façon ça n'ira jamais. Certaines de mes collègues diront, je m'en fous, mais moi je ne m'en fous pas tant que ça, parce que c'est quand même mon employeur. C'est quand même lui qui me paye, bien que ce soit l'État, mais s'il n'y a pas de sous, ça ne va pas le faire longtemps. Donc du coup, je trouve que c'est plutôt bien et je trouve que ça s'inscrit dans une prise de conscience de l'argent public. Ce n'est peut-être pas très hospitalier, ce n'est peut-être pas très mission du service public, peu importe l'argent, on ne regarde pas, mais moi je ne suis pas trop d'accord et je trouve qu'on est en train d'évoluer tous un peu comme ça, ce n'est pas parce que c'est du public qu'il faut faire n'importe quoi de l'argent public. » (CS9 CHU / Cas n°1) et « Alors, on nous impose des indicateurs qui viennent de la direction, pour nous, pour le coup, dans le service, on fait des statistiques aussi sur le temps d'attente des patients, etc. voilà, c'est des choses qui peuvent permettre d'analyser l'activité, de voir... comment on peut travailler pour améliorer les choses, etc. » (CS2 CH / Cas n°2).

C'est à ce niveau que nous identifions des points de vue différents sur la perception des indicateurs dans les deux cas chez ces cadres. Nous pouvons aussi noter la volonté de rendre compte de l'activité à travers l'indicateur, et de l'usage de l'argent public. L'indicateur a aussi une certaine vertu pédagogique pour les personnels selon les CS.

Des divergences entre le cas n°1 et le cas n°2 sur la légitimité et l'illégitimité de la diffusion de ces indicateurs mais aussi leur clarté. Ces indicateurs sont jugés légitimes dans le cas n°1 où ils ont pour fonction de limiter le gaspillage en contrôlant les ressources allouées. Pour les cadres de santé officiant dans les CH et CHP, ces indicateurs n'ont aucune légitimité dans les organisations publiques hospitalières, voir sont aberrants dans un contexte où l'humain est primordial et où les données chiffrées n'ont pas leur place. À l'intérieur des CH/CHP, il existe une vraie polémique au sein d'un service sur la manière d'évaluer l'activité des infirmiers et celle des cadres. Il semblerait que l'évaluation de l'activité des infirmiers soit inexistante (absence de cotation), contrairement à celle des médecins. Ceci engendrerait des tensions à l'intérieur du service selon le cadre de santé car l'activité des infirmiers est perçue comme masquée. Tout ceci illustre le manque d'acceptation, de clarté et de communication d'indicateurs de suivi et de contrôle d'activité. L'absence de partage de ces derniers qui peut susciter des tensions, auxquelles le cadre de santé est soumis (interlocuteur privilégié du service) et qui conduit à des arbitrages de sa part.

Les tensions structurelle et artefactuelle s'avèrent être les plus exprimées dans les établissements du CHU, comparativement aux autres établissements. Seuls quelques cadres de santé ont été soumis à la tension structurelle dans les établissements faisant partie du cas n°2, contrairement à ceux en poste au sein du CHU. Dans le cas n°1, 7 cadres de santé avouent ressentir une tension structurelle liée à une vision managériale poussée dans les hôpitaux publics proches de celle des cliniques privées. Nous faisons le même constat en ce qui concerne la tension artefactuelle. Cette dernière est plus ressentie dans le contexte du CHU que pour les autres établissements car seulement quelques cadres l'ont identifiée au sein de ces autres établissements. Pour rappel au sein du CHU, la direction met en œuvre une communication axée sur la diffusion mensuelle d'un tableau de suivi d'activités afin de sensibiliser les managers de proximité à la gestion financière d'un service. Dans ce même contexte, un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier a été signé en 2018. Ces deux faits peuvent entre autres expliquer la présence massive de cette tension chez leurs cadres de santé. À la lecture des résultats précédents, nous confirmons la proposition portant sur la présence de TGP chez les cadres de santé de proximité.

Le tableau n°40 résume les points de divergences et de convergences entre les cas n°1 (CHU) et n°2 (CH/CHP) en ce qui concerne les TGP. Les verbatim portant sur les TGP nous ont permis de dégager des catégories sur chaque thème (TGP) en vue de mieux apprécier ces tensions. Les verbatim illustrant la tension éthique ont été regroupés en cinq catégories : l'augmentation de la valeur économique et le contrôle de l'activité, la légitimité ou l'illégitimité de la valeur marchande, la présence de conflits identitaires entre la dimension managériale de la fonction cadre et l'identité soignante, l'impact négatif de la valeur marchande sur la valeur humaine et/ou soignante et la contradiction et les incompatibilités

entre valeur économique et valeur soignante. Dans les verbatim liés à la tension structurelle, trois catégories sont apparues : le basculement de l'hôpital public vers un fonctionnement privé, l'impact négatif des transformations de l'hôpital sur les pratiques et sur les usagers et enfin la légitimité ou l'illégitimité de ces transformations. En ce qui concerne, les verbatim qui portent sur la tension managériale, on trouve le changement de règles d'organisation du travail et l'impact négatif du changement sur les pratiques des cadres de santé. Enfin au niveau de la tension artefactuelle, nous avons identifié trois catégories qui sont : la présence intensive d'indicateurs prescrits de suivi d'activités, l'impact négatif de ces indicateurs de suivi d'activité sur les pratiques du cadre de santé et la légitimité ou l'illégitimité des indicateurs.

Tableau 40 : La comparaison entre le cas n°1 et 2 autour des TGP chez les CS.

Tensions	Catégories	Cas n°1 (CHU)	Cas n°2 (CH/CHP)
La tension structurelle	Le basculement de l'hôpital public vers un fonctionnement privé	Convergences	
	Un impact négatif des transformations de l'hôpital sur les pratiques et sur les usagers	Convergences	
	Des transformations entre légitimité et illégitimité	Divergences	
La tension éthique	Augmentation de la valeur marchande et contrôle de l'activité	Convergences	
	Valeur marchande entre légitimité ou illégitimité	Divergences	
	Présence de conflits identitaire entre la dimension managériale de la fonction cadre et l'identité soignante	Convergences	
	Impact négatif de la valeur marchande sur la valeur humaine et/ou soignante	Convergences	
	La valeur marchande : entre contradiction et compatibilité.	Divergences	
La tension managériale	Changement de règles d'organisation du travail	Convergences	
	Un impact négatif du changement sur les pratiques des cadres de santé	Convergences	
	Présence intensive d'indicateurs prescrits de suivi d'activités	Convergences	

(Suite tableau n° 40)

Tensions	Catégories	Cas n°1 (CHU)	Cas n°2 (CH/CHP)
La tension artefactuelle	Un impact négatif de ces indicateurs de suivi d'activité sur les pratiques du cadre de santé		Convergences
	Des indicateurs entre légitimité et illégitimité.		Divergences

Source : Auteur.

Ainsi, il apparaît une forte convergence des tensions de gouvernance publique détectées (9/13) dans les 2 types d'établissements (CHU et CH/CHP) pour les cadres de santé. Nous retrouvons quelques divergences d'opinions parfois même entre les cadres d'un même cas (CHU vs CH/CHP) sur les tensions éthiques, structurelles et artefactuelles, plus précisément dans la justification des transformations opérées. Certains cadres trouvent logique d'introduire une logique gestionnaire, marqué par un contrôle des services (tension structurelle) et le déploiement d'indicateurs de suivi d'activité (tension artefactuelle) dans le contexte des organisations publiques. Alors que d'autres n'y trouvent pas une cohérence et heurterait leurs valeurs (tension éthique). Si au niveau global les divergences sont faibles sur les TGP, un focus sur les 2 catégories de personnels (cadres de santé et infirmiers) permet de constater des divergences plus marquées entre les catégories de personnels. Le **tableau n°41** permet de synthétiser à quels niveaux se situent les marqueurs des TGP et de les caractériser.

Tableau 41 : La comparaison des TGP entre les cadres et les infirmiers des CHU et CH/CHP.

Tensions	Cadres de santé	Infirmiers
Éthiques	<u>Détectées.</u>	<u>Détectées.</u>
	-Conflits identitaires soignant/manager -Écart entre les rôles prescrits et les rôles réels. -Perte de sens en la pratique soignante -Adaptation et essais de conciliation.	-Manque de clarté sur les rôles - Écart entre les rôles prescrits et les rôles réels. -Perte de sens en la pratique soignante.
Structurelles	<u>Détectées.</u>	<u>Détectées.</u>
	Progressives. -Acceptation pour certains. -Éléments de rationalisation.	Radicales. -Transformations jugées illégitimes impactant la prise en charge.

(Suite tableau n° 41)

Tensions	Cadres de santé	Infirmiers
Managériales	<u>Défectées.</u>	<u>Non détectées.</u>
	Insuffisance de moyens financiers et humains perçue par les CS comme une sous-estimation voire une négation de leurs capacités stratégiques et managériales.	
Artefactuelles	<u>Défectées.</u>	<u>Atténuées.</u>
	-Sentiments d'inadaptation des indicateurs aux services hospitaliers -Nouveaux instruments légitimes pour certains et illégitimes pour d'autres.	-Absences de marges de manœuvre dans l'opérationnalisation des indicateurs.

Source : M. Ceccato et C. Rochette, 2019 (article en cours d'évaluation dans une revue internationale).

Nos résultats permettent d'établir des liens entre les TGP et les TR., que nous développons dans la sous partie qui suit.

1.2. Des liens entre les TGP et les TR.

Nos résultats mettent en évidence des liens étroits entre les TR et les TGP, de telle sorte que les secondes engendrent les premières. Cela nous permet de confirmer les propositions 2, 3, 4 et 5 formulées initialement et à la base de notre recherche. Nous rappelons d'abord ces propositions dans l'**encadré n°3**, puis dans les paragraphes suivants, nous présentons les liens repérés.

Encadré 3 : Rappel des propositions de recherche n°2, 3, 4 et 5.

P2 : Il existe des tensions structurelles dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

- P2a: Ces tensions structurelles donnent lieu à une surcharge.
- P2b : Ces tensions structurelles entraînent des conflits.
- P2c : Ces tensions structurelles créent des insuffisances.
- P2d: Ces tensions structurelles engendrent des ambiguïtés.

P 3 : Il existe des tensions éthiques dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

- P3a: Ces tensions éthiques donnent lieu à une surcharge.
- P3b: Ces tensions éthiques entraînent des conflits.

- P3c: Ces tensions éthiques créent des insuffisances.
- P3d: Ces tensions éthiques engendrent des ambiguïtés.

P 4 : Il existe des tensions managériales dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

- P4a: Ces tensions managériales donnent lieu à une surcharge.
- P4b: Ces tensions managériales entraînent des conflits.
- P4c: Ces tensions managériales entraînent des insuffisances.
- P4d: Ces tensions managériales engendrent des ambiguïtés.

P 5 : Il existe des tensions artefactuelles dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.

- P5a: Ces tensions artefactuelles donnent lieu à une surcharge.
- P5b: Ces tensions artefactuelles entraînent des conflits.
- P5c: Ces tensions artefactuelles entraînent des insuffisances.
- P5d: Ces tensions artefactuelles engendrent des ambiguïtés.

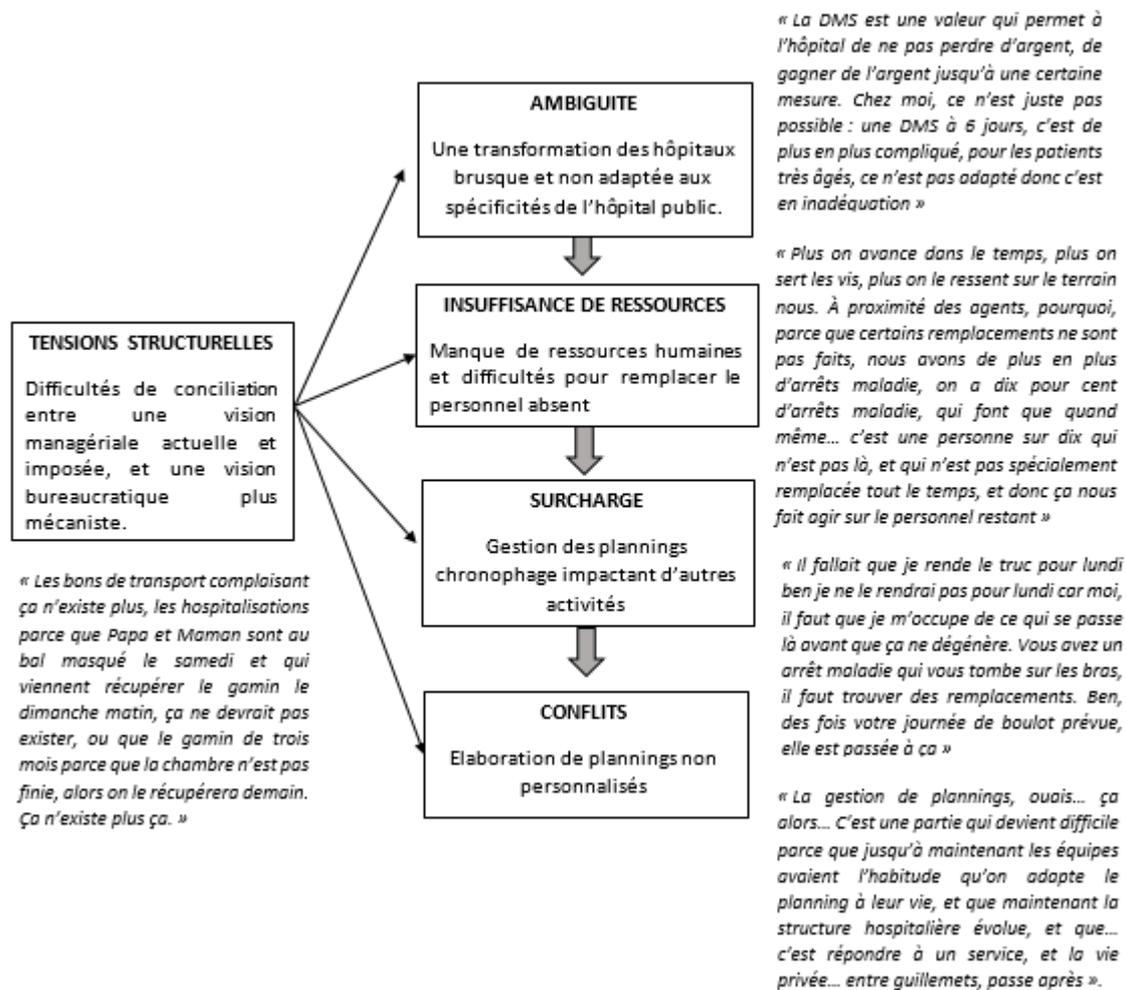
Source : Auteur.

1.2.1. La manifestation de la tension structurelle.

Sur les 25 managers de proximité interrogés, 17 ont admis être soumis à cette tension. La tension structurelle est liée à la transformation des organisations publiques hospitalières, qui les rapproche des organisations privées telles que les cliniques, avec un objectif de rationalisations. Dans notre cas, cela se caractérise par la mise en place d'indicateurs de suivi d'activité tels que la Durée Moyenne de Séjour, qui incite les managers à garder moins longtemps les patients au sein de leurs services. Le développement de la prise en charge ambulatoire dans certains services rentre dans ce cadre-là. Cette logique implique pour les managers de proximité d'intégrer une vision managériale dans les actes du quotidien au sein de leurs services respectifs. Cette vision est en opposition avec la vision plus bureaucratique d'antan et c'est ce qui crée une tension chez les managers de proximité. Cette tension structurelle engendrerait les TR suivants : la surcharge, le conflit, l'insuffisance de ressources et une ambiguïté.

Le schéma n°4 illustre les liens entre la tension structurelle (tension de gouvernance publique) et les TR que sont la surcharge, le conflit, l'insuffisance et l'ambiguïté.

Schéma 4 : Les liens entre la tension structurelle et les TR.



Source : Auteur.

L'hôpital a beaucoup évolué, sa composante de service social sans toujours comporter une dimension managériale a quasiment disparu. Le patient vient à l'hôpital pour y être soigné avant tout et n'est plus accueilli pour y trouver du réconfort comme c'était historiquement le cas dans les dispensaires. Cette évolution s'est amplifiée avec l'accroissement important des prises en charge médicales. Ainsi l'hôpital a intégré les notions de performance autour de la meilleure utilisation possible des ressources soignantes et médicales. La logique de résultats économique s'impose progressivement à la place de celle des moyens. Cette évolution s'apparente à un changement de paradigme qui vient heurter des valeurs et représentations profondément ancrées. Ces évolutions structurelles marquées par la rationalisation (regroupement d'unités, fermeture de service, réductions du nombre de lits...) portent en elle une ambiguïté quant aux objectifs poursuivis. En référence au modèle historique de l'hôpital, la nouvelle gestion des ressources est perçue comme une insuffisance des ressources et engendre la perception d'une

surcharge de travail à l'origine de conflits. La surcharge naît de la réduction des moyens dans les services de soins, en l'occurrence les moyens humains. Le manque de personnel a un impact sur la gestion des plannings, une des missions du manager de proximité. Cette mission devenue quotidienne en raison d'un absentéisme récurrent est très chronophage pour les managers de proximité. Ces derniers consacrent beaucoup de temps au téléphone à rappeler des soignants pour combler le manque de personnel et cela les détourne d'autres missions liées à leur fonction, telles que la gestion de projets ou la présence sur le terrain.

« On a l'impression d'être des téléphones, on a l'impression de démarcher comme le font les agents de SFR ou Bouygues, en fait on démarque quelqu'un pour le lendemain, en gros c'est ça, même pour la journée des fois, mais ça, c'est une vraie évolution. Avant il y avait des projets qui se menaient, on a du mal à les mener à terme » (CS9 CHU).

Le conflit entre le manager de proximité et les équipes soignantes s'apprécie autour de l'activité de gestion des plannings. Au-delà d'être une activité très prenante, elle est très sensible car elle touche à la vie personnelle des soignants. Il est demandé dans certains services de soins de ne pas concevoir des plannings à « la tête du client » mais de les réaliser en fonction des besoins du service car trop souvent les managers de proximité proposent des plannings à la carte, pour éviter les mécontentements. Cette pratique est source de conflits entre les managers de proximité et leurs équipes soignantes. Enfin, le fait d'intégrer des mécanismes de marché à travers les indicateurs de performance dans l'hôpital public est une décision mal comprise par la grande majorité des managers interrogés. Ces derniers trouvent cela démesuré et contre nature au regard de la mission publique poursuivie par les hôpitaux mais aussi au regard de la prise en charge en elle-même qui perdrait en qualité. Il règne une certaine ambiguïté dans la façon de concevoir les organisations hospitalières françaises d'aujourd'hui d'autant plus que cela est rarement expliqué et lorsque ça l'est, les explications ne sont pas clairement perçues ou ne sont pas adaptées aux services plus spécifiquement au fonctionnement de l'hôpital selon les managers de proximité.

1.2.2. La manifestation de la tension éthique.

Cette tension éthique reposant sur la difficulté pour les personnes à faire cohabiter les valeurs publiques avec les objectifs de performance. Elle génère des ambiguïtés au niveau des rôles à tenir. En situation d'injonctions paradoxales, ces derniers questionnent leurs rôles réels en tant que managers de proximité. Des rôles qui ne semblent pas clairement exprimés, souffrant ainsi d'ambiguïté. La fonction cadre de santé de proximité apparaît pour certains comme étant une fonction d'exécutant pour d'autres une fonction stratégique, bien que très peu de cadres l'assimilent comme étant une fonction stratégique.

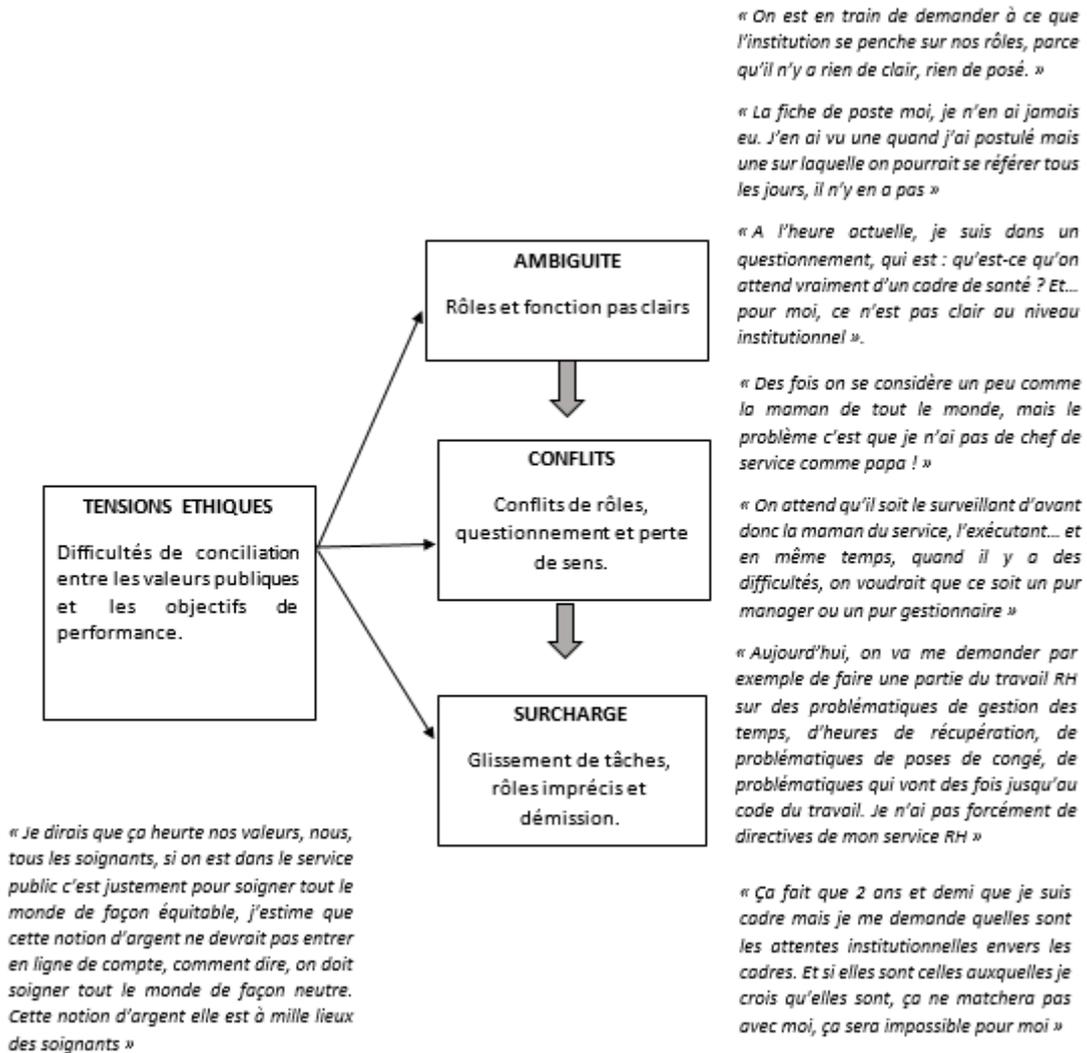
« Je pense que quand on parle du quotidien, on est beaucoup dans l'opérationnel, mais par contre, contrairement à un CHU où il y a plus de strates au-dessus de nous, on est quand même davantage dans les décisions à prendre, stratégiques » (CS2 CH) ou « J'ai l'impression qu'on est plus exécutant que décisionnaire. On a quelques petites marges de manœuvre, mais on est plutôt exécutant que décisionnaire. » (CS 9 CHU).

Nous percevons ainsi chez ces cadres exposés à des tensions éthiques, une présence de conflits sur les valeurs mais aussi sur leurs rôles liés aux écarts entre le rôle attendu et le rôle réel. À partir de cette ambiguïté dans les rôles du cadre de santé, nous pouvons voir apparaître une certaine surcharge qui se traduit par des glissements de tâches. Des cadres de santé se retrouvent surchargés parce qu'ils ont été contraints d'assumer des tâches et des rôles qui ne sont pas de leur ressort mais du ressort des fonctions supports telles que les ressources humaines ou des médecins. Ce glissement de tâches nuit à la bonne image de la fonction cadre et se traduit par une désaffectation chez les infirmiers.

« Entre le marteau et l'enclume, nous on a des revendications parce qu'on n'a pas le temps et tout ça, et elle on lui dit, ben non, il faut serrer la vis encore plus, enfin... voilà... je n'envisage pas du tout sa place » (INF 4 CHU).

Aussi il pourrait y avoir un lien entre la tension éthique et l'insuffisance de ressources. En effet la démission de cadres de santé est largement liée à la capacité de sens au travail à cause de la difficulté à concilier ses valeurs et les objectifs de performance. D'où la clarification des rôles du cadre de santé paraît nécessaire pour lutter contre le manque d'attrait de la fonction cadre de santé. C'est dans ce contexte que dans les trois établissements appartenant au CHU, la coordinatrice des soins a développé un projet sur la clarification des rôles du cadre de santé, qui réunit plusieurs cadres de santé. Ces derniers ont pour objectif lors des réunions de définir les missions que peuvent réaliser le cadre et celles qui leur sont proscrites. **Le schéma n°5** retrace les liens existants entre la tension éthique et les TR que sont le conflit, l'ambiguïté, l'insuffisance et la surcharge.

Schéma 5 : Les liens entre la tension éthique et les TR.



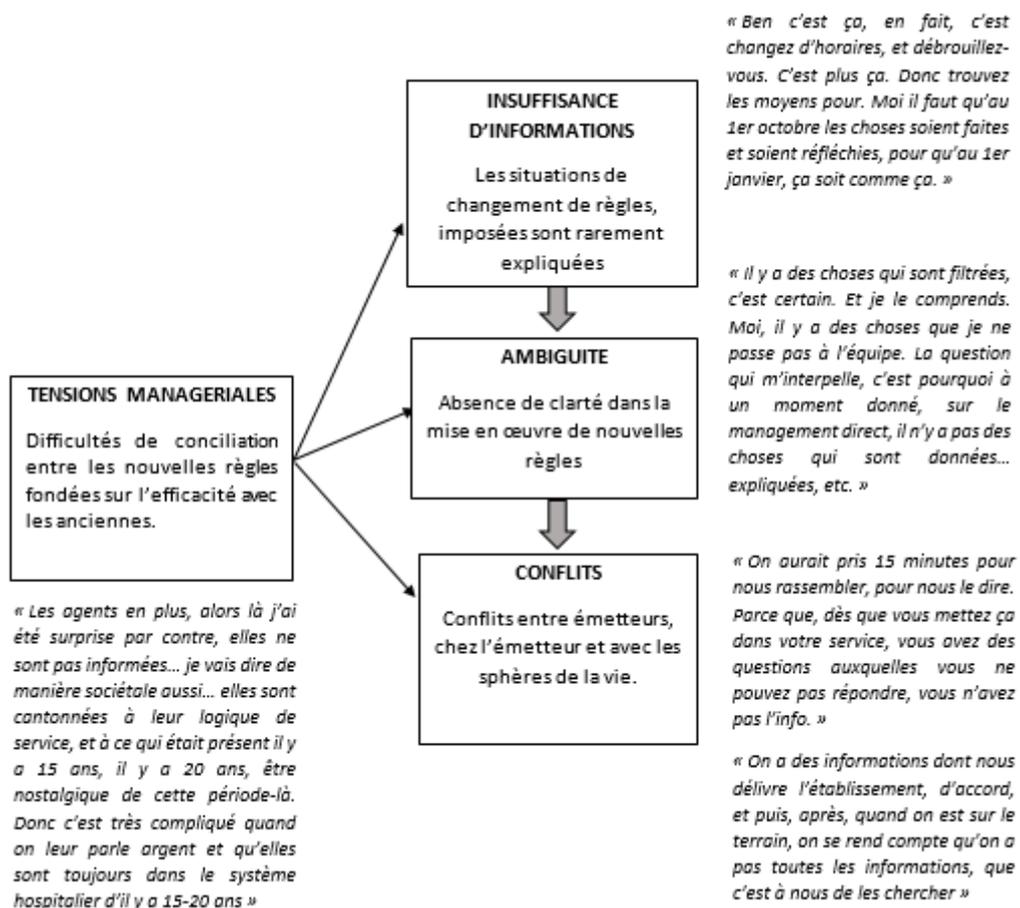
Source : Auteur.

1.2.3. La manifestation de la tension managériale.

Cette tension prend forme dans la difficulté à faire cohabiter les nouvelles règles et normes d'exécution du travail, mises en place pour rendre les services efficaces et les règles désuètes, qui peuvent être un frein à la performance du service ou de l'unité. Manquant parfois de clarté ou soumis à ambiguïté, lors de leurs mises en œuvre, ces tensions managériales génèrent une surcharge de travail chez les cadres mais aussi un conflit entre les cadres et leurs équipes soignantes. **Le schéma n°6** illustre les liens existants entre la tension managériale et les TR (insuffisance d'informations, ambiguïté et conflit). L'insuffisance d'information en ce qui concerne la mise en œuvre des nouvelles règles a également été soulignée par les cadres de santé. Bien souvent, il est demandé aux managers de proximité de mettre en

place de nouvelles procédures ou règles, d'en informer les équipes, sans qu'ils n'aient suffisamment eux-mêmes d'informations sur le changement à mettre en œuvre. Cela peut être source de conflits plus précisément entre les émetteurs. Un autre conflit dont l'origine est la nouvelle règle de gestion à appliquer en ce qui concerne la gestion des plannings a été observé. En effet, le fait de ne plus concevoir les plannings en tenant compte de la situation familiale de l'agent mais plutôt en tenant compte des besoins du service est source de tensions chez certains agents. Ces tensions prennent la forme de conflits entre les différentes sphères de la vie. Toutefois, les managers de proximité interrogés n'évoquent pas une surcharge d'activités liée à la mise en œuvre ou l'introduction de nouvelles règles managériales. De ce fait, il n'y a pas de liens entre la tension managériale et la tension de rôle liée à la surcharge dans les cas étudiés.

Schéma 6 : Les liens entre la tension managériale et les TR.

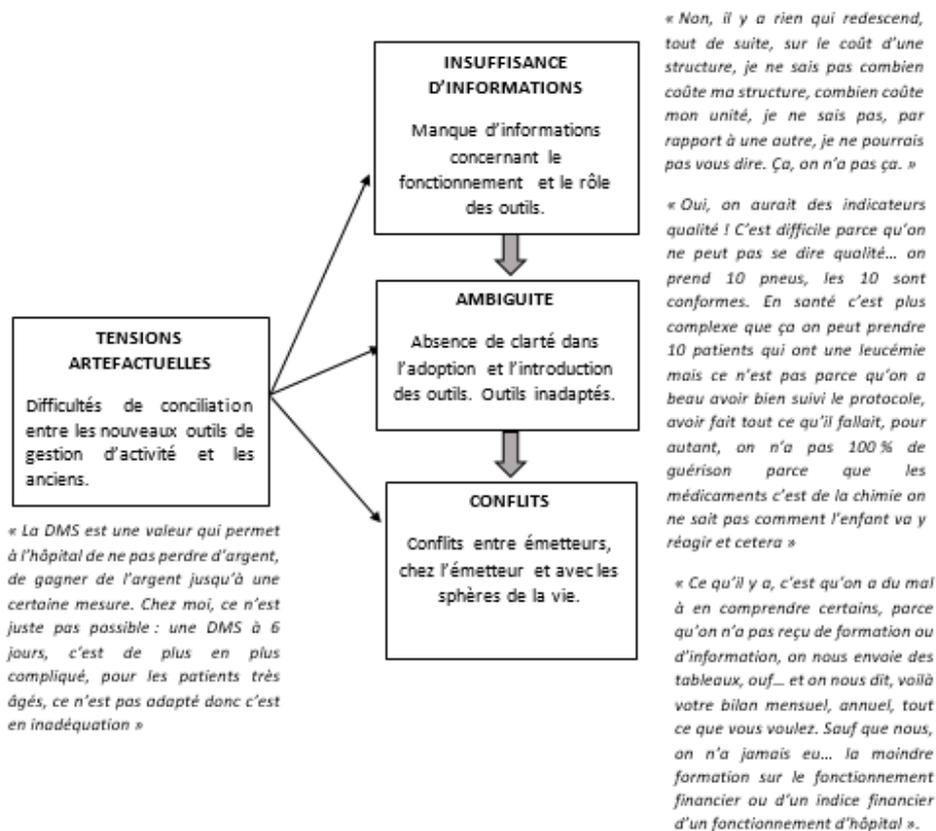


Source : Auteur.

1.2.4. La manifestation de la tension artefactuelle.

Pour les cas étudiés, cette tension s'exprime à travers la difficulté pour les cadres à faire concilier les nouveaux outils de gestion d'activité avec les anciens. Ces outils prennent la forme d'indicateurs de performance dans la plupart des cas, qui sont introduits pour piloter l'activité dans le but de la rendre plus efficace et performante. La Durée Moyenne de Séjour a été la plus citée par les managers de proximité. Elle est présentée comme un indicateur non adapté aux spécificités des services au sein desquels officient les managers. Parfois la mise en œuvre de ces outils génère des tensions car ils souffrent d'ambiguïté. De plus, les managers de proximité manquent cruellement d'informations quant aux mécanismes ayant permis de générer ces indicateurs et leurs finalités. Cela crée une certaine gêne chez eux pour les diffuser auprès des équipes soignantes, ce qui génère deux formes de TR : l'une liée au manque d'informations et l'autre sur leurs rôles en tant que manager de proximité dans un service de soins. Toutefois, nos résultats ne démontrent pas de liens entre la tension artefactuelle et la surcharge d'activité. **Le schéma n° 7** illustre les liens entre la tension artefactuelle et les TR (incapacité, ambiguïté et conflits).

Schéma 7 : Les liens entre la tension artefactuelle et les TR.



Source : Auteur.

1.3. Des proximités entre les TGP et les TR.

En analysant les résultats obtenus, nous constatons des proximités entre certaines TR et TGP. C'est le cas en ce qui concerne le conflit entre les individus et leurs rôles et la tension éthique ; la tension managériale et l'ambiguïté sur la planification et enfin la tension artefactuelle et l'ambiguïté sur la performance.

1.3.1. La tension éthique, le conflit entre les individus et ses rôles.

Ces deux formes de tensions apparaissent lorsque les attentes à l'égard de la personne sont en contradiction avec ses valeurs et sa propre conception de ses rôles. Ces attentes peuvent porter sur la performance. En exigeant des managers de proximité une efficacité de leurs services de soins, ces derniers ressentent des conflits de valeurs.

« On a des valeurs, on va adapter en fonction de ce qui nous est demandé. Après, enfin je crois qu'on a tous nos limites qu'on ne dépasserait pas. Après, voilà on a aussi un cadre sup qui est là pour entendre aussi qu'on ne veut pas faire quelque chose ou faire faire quelque chose à quelqu'un. Moi je dis toujours à mes agents, quand un ordre est idiot, vous devez désobéir » (CS7 CHU).

Ce propos illustre aussi la confiance portée dans les équipes dotées de discernements reconnus par les cadres.

1.3.2. La tension managériale, l'ambiguïté sur la planification.

La similitude est également observable entre la tension managériale et celle liée à l'ambiguïté sur la planification. Ces dernières sont liées aux règles, façons de faire et procédures qui guident l'activité. De plus, elles interviennent lorsque la personne ne connaît pas ou ne comprend pas les procédures, les règles et les manières de faire pour exercer ses rôles. Cette personne se retrouve ainsi en conflits avec les nouvelles procédures prenant ou pouvant prendre la forme de tensions.

« Pour le coup, ils vont avoir des roulements de travail qui vont changer et qui vont être moins bien que ce qu'ils avaient avant. Et ben ça crée beaucoup de tensions, supprimer des temps de transmission entre deux équipes. C'est parce que là les équipes travaillaient en 12h15 par jour, et il y avait 15 minutes de jonction pour faire la transmission, sauf que ça n'est pas légal » (CS2 CH).

Si pour le cadre de santé, cette nouvelle organisation se traduit par la suppression des transmissions pourtant essentielles à la qualité de services, on peut se demander si cela ne marque pas une mauvaise interprétation des consignes reçues de la hiérarchie.

1.3.3. La tension artefactuelle, l'ambiguïté sur la performance.

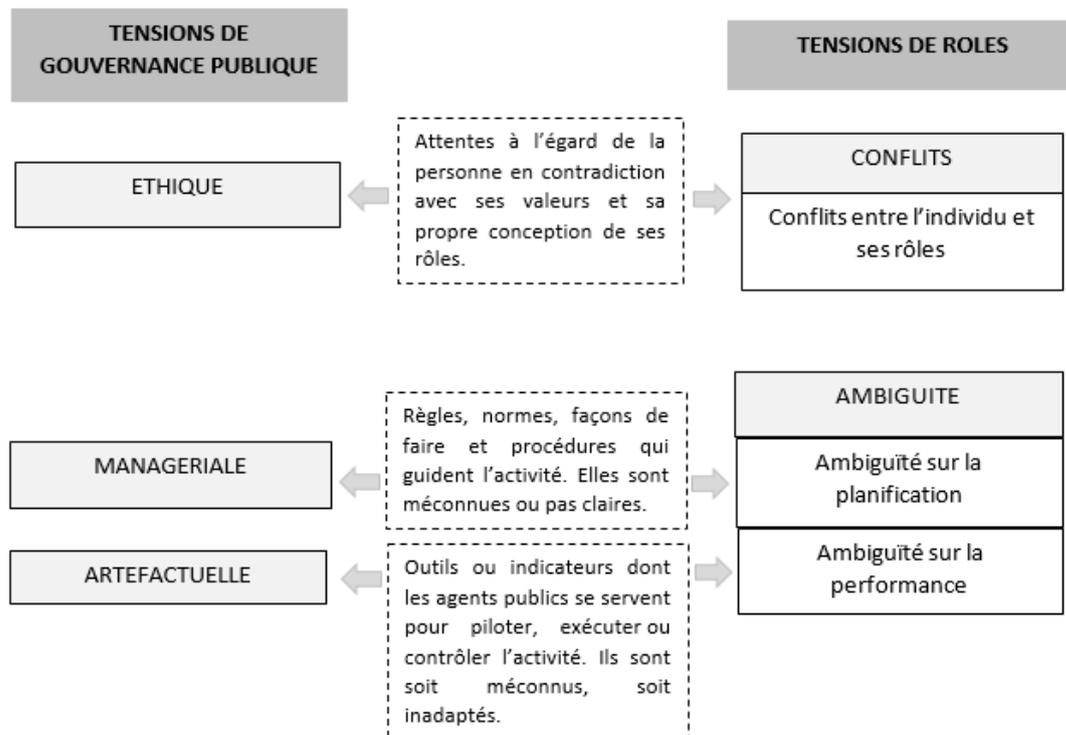
Nous faisons également ce même constat du point de vue de la tension artefactuelle et celle en lien avec l'ambiguïté sur la performance. Ces tensions sont liées à la représentation des outils et à leur appropriation par les acteurs. Dans notre cas, ces deux formes de tensions (artefactuelle et ambiguïté sur la performance) sont marquées par l'inadaptation des nouveaux outils de contrôle de l'activité selon le point de vue des cadres de santé et des infirmiers.

*« L'évaluation en chiffre, évaluer les agents en fonction de l'atteinte ou pas des objectifs, dans certaines fonctions publiques, ça peut peut-être se mettre en place, dans la FPH, c'est un peu compliqué, parce que chaque service est différent, et que les objectifs ne vont pas être les mêmes, les moyens de mettre en place et d'atteindre ces objectifs ne seront pas les mêmes, on ne peut mettre ça en place que si on peut évaluer tout le monde objectivement selon les mêmes critères. »
(CS7 CHU).*

Dans l'extrait de verbatim mentionné, nous retrouvons à la fois des dimensions des TGP et des dimensions de TR, comme preuve de similitudes entre ces deux formes de tensions que nous jugeons jusqu'à présent complémentaires. Plus que complémentaires, elles s'avèrent imbriquées.

Le schéma n° 8 se propose de représenter les proximités des dimensions qui caractérisent les TGP et les TR à travers la mise en évidence des dimensions proches.

Schéma 8 : Les proximités entre les TGP et les TR.



Source : Auteur.

Les TR et celles de gouvernance publique sont belles et bien présentes au sein des organisations hospitalières que nous avons étudiées. Les managers de proximité que nous avons interrogés y sont soumis tous comme leurs équipes soignantes dont les infirmiers.

La dernière proposition que nous avons formulée concerne la capacité des managers de proximité à réduire ces tensions. Il s'agissait à travers cette proposition d'identifier d'abord les moyens dont ils disposent puis les actions mises en place ou envisagées pour atténuer ces tensions. Le dernier point de cette partie y est donc consacré. C'est ce que nous développons dans le dernier point.

1.4. Les adaptations du management de proximité.

En questionnant à la fois les cadres de santé, les infirmiers et les directeurs de soins sur la capacité du cadre à gérer les tensions au sein de son service, ceux-ci sont unanimes, le cadre remplit le rôle de gestionnaire des tensions. Le constat est similaire qu'il s'agisse des cadres de santé et infirmiers qui officient dans les établissements du CHU ou ceux qui sont en poste dans un CH/CHP. Le cadre de santé a un rôle à jouer dans la gestion des tensions. **L'annexe n° 4c1 (Tome 2)** illustre les points de vue de

chaque cadre de santé dans les cas n°1 et n°2 sur le rôle des cadres de santé dans la gestion des tensions. Les points de vue des infirmiers sont présentés en **l'annexe n° 4c2 (Tome 2)**. Les avis des infirmiers dans les cas n°1 et 2 convergent aussi quant au rôle non négligeable du cadre de santé dans la gestion des tensions. Il est ainsi identifié comme un acteur essentiel.

« C'est son rôle de gérer son équipe, enfin de jouer un peu le médiateur, de tempérer, de raisonner, de discuter » (INF7 CHU).

Les managers de proximité sont du même avis que leurs infirmiers sur leur capacité à réduire les tensions au sein de leurs services malgré une absence de moyens (financiers, matériels ou humains) et de marges de manœuvre

« Moi je pense qu'elle a un rôle essentiel pour apaiser les tensions. La cadre de santé pour moi, c'est un traducteur, transmetteur d'information, c'est-à-dire qu'elle a l'information qu'elle a de l'équipe, elle l'a traduit et elle la transmet à la direction, c'est-à-dire qu'on ne peut pas toujours utiliser le langage utilisé par l'équipe soignante pour s'adresser à l'équipe de direction, il y a des codes. » et « les marges de manœuvre sont quasiment nulles » (CS1 CH).

Les avis des cadres de santé dans les cas n°1 et n°2 convergent également. Les opinions des trois directeurs de soins, que nous avons interrogés, répertoriés dans **l'annexe n° 4c3 (Tome 2)**, sont également similaires à ceux des cadres de santé et des infirmiers. Pour les directeurs de soins, ce rôle de gestionnaire des tensions est prescrit car le cadre a l'obligation de mettre en œuvre les conditions nécessaires à la bonne réalisation du travail, peu importe les marges de manœuvre dont il dispose. Il y a justement des divergences d'opinion quant aux moyens dont disposent les cadres de santé. Alors que le directeur de soins en poste dans un CHU exprime la possibilité pour le cadre de santé de se créer des marges de manœuvre, ceux officiant dans un CH/CHP sont unanimes sur l'absence de marges de manœuvre. Toutefois, les opinions des directeurs de soins convergent en ce qui concerne le rôle prescrit du cadre de santé dans la gestion des tensions et la difficulté pour ce dernier à tenir ce rôle. Dans tous les cas, nous percevons au niveau des directeurs de soins, les rôles d'impulseur et de chefs d'orchestres chez le cadre de santé. Des rôles qui facilitent la mise en œuvre d'actions susceptibles d'agir positivement sur les tensions ressenties au sein du service. Ainsi, les acteurs interrogés (cadres de santé, infirmiers et directeurs de soins) nous ont éclairé sur les actions mises en œuvre ou envisagées pour réduire les tensions au sein de leurs services respectifs. À la lecture de ces actions, trois perspectives phares ont été mises en évidence : la proximité, la communication et le management par le sens à travers le déploiement de projets communs, porteurs de sens.

1.4.1. Renforcer la proximité avec les interlocuteurs pour amenuiser les tensions.

Dans notre cas, la proximité se lirait à travers les dimensions géographique et cognitive. La proximité géographique se caractérise par le fait que le bureau de leur manager soit situé dans les mêmes locaux que le service de soins, à quelques pas de la salle de soins, donc proche géographiquement de son équipe. Son bureau est constamment ouvert pour être à l'écoute des infirmiers, être disponible pour eux, répondre à leurs interrogations ou leurs problématiques.

« Moi je trouve qu'elle est proche, parce qu'elle nous voit dans le service, elle s'assoit avec nous pour discuter, enfin, voilà, elle demande comment ça va, enfin personnellement, vous comment vous allez, c'est pas comment ça va le service, c'est personnellement, comment vous allez, enfin voilà, et on peut lui parler de tout, enfin voilà, elle est toujours disponible, toujours à l'écoute, toujours, elle est là et elle nous soutient » ou « c'est une cadre de proximité, donc il faut qu'elle soit quand même proche de son équipe » (INF 1 CHU).

Certains cadres mettent un point d'honneur à sillonner les couloirs du service le matin afin de saluer personnellement chaque agent et ainsi prendre la température ou l'état d'esprit du service (grosse charge de travail ou non...).

« Prendre la température, je pense que c'est important d'aller les voir. Tous les matins, c'est d'aller dans toutes les salles, dire bonjour et c'est pareil, ce n'est rien, mais tout le monde ne le fait pas » (CS 7 CHU).

D'autres essayent d'être présents à au moins une réunion de transmissions par jour. À la fois aux niveaux des cas n°1 et n°2, cette proximité géographique est perçue par la grande majorité des infirmiers et des cadres comme un moyen d'abord d'anticiper au mieux les tensions ou de les réduire.

« La présence humaine et donc la proximité pour moi c'est hyper important » (CS10 CHP).

Il est à noter que les directeurs de soins ne font pas état de l'importance de cette proximité pour réduire les tensions. Cela pourrait sans doute être une évidence pour les directeurs de soins.

Les convergences entre le cas n°1 et le 2 sont apparentes chez les infirmiers et les cadres eux-mêmes, en ce qui concerne la proximité cognitive, c'est-à-dire l'impact de la culture soignante chez les cadres de santé sur la réduction des tensions. Le fait que les cadres de santé soient fréquemment issus de la

filière soignante, c'est-à-dire qu'ils partagent le même socle de connaissances que les infirmiers, pourrait permettre de réduire les tensions.

« Je pense que c'est hyper nécessaire que la cadre soit infirmière avant. Parce qu'elle se rend compte de ce que c'est de travailler en équipe, ce que c'est le travail d'infirmière pur. Ça nous est arrivé, il n'y a pas longtemps, un arrêt soudain d'une collègue, notre cadre n'a trouvé personne pour remplacer, ben c'est la cadre qui a fait office d'infirmière en attendant pour remplacer, au moins elle est dans le truc, elle comprend quand on parle de pathologies, quand on parle de plein de choses, elle est au courant de tout ça » (INF 5 CH).

Cependant certains interrogés (infirmiers, cadres de santé et directeurs de soins) affirment que cela peut également être un handicap pour ce cadre, c'est-à-dire que cette légitimité pourrait le desservir dans certaines situations difficiles.

« Je pense que ça dépend de chacun. Il y a des personnes qui... justement le fait qu'elle soit infirmière, elle sait de quoi elle parle, elle connaît les difficultés dans les services, enfin elle connaît c'est quoi le travail d'infirmière, et après, je pense qu'il y a des personnes certainement qui doivent se dire, finalement elle est comme moi, et quand elle va devoir imposer des choses dans le cadre de son rôle de cadre, je pense que oui... ça peut peut-être... il y a des personnes qui vont la sentir moins légitime peut-être » (INF 6 CH).

C'est dans ce sens, qu'un directeur de soins, comme souligné à **l'annexe n°4c3 (Tome 2)**, affirme ne pas axer ses recrutements de futurs cadres sur la filière soignante, il prône l'ouverture de la fonction à d'autres spécialités. Cet acte est également un moyen de décloisonner les spécificités et favoriser l'interdisciplinarité.

« Moi je ne suis pas une attachée de la filière, je m'en moque complètement, et j'ai mis des manip radio cadres aux urgences, j'ai mis une diététicienne en long séjour, j'ai mis une technicienne de labo en oncologie, enfin il y a longtemps que je me suis dégagée de ça, parce que je trouve que leur job, ce n'est pas l'expertise métier. C'est pas du tout ça, ce n'est pas là qu'on attend les cadres aujourd'hui, on les attend sur une qualité de prise en charge, et je n'ai pas besoin d'être une experte, dans l'organisation de soins non plus, et dans le management d'équipes, non plus. C'est vraiment plus une question de personne » (DS2 CH).

Ce discours met l'accent sur les savoir-être du cadre de santé, comme outil pour réduire les tensions. Quelques infirmiers ont fait également mention de l'importance de la personnalité du cadre pour réduire ou activer les tensions, tout en soulignant que la filière soignante pourrait avoir des avantages sur la coordination des acteurs et la planification de la prise en charge du patient.

« Parler au niveau infirmier, bien sûr, les connaissances infirmières, mais je pense que ça peut s'acquérir avec le temps, mais les qualités de management, il les faut en tant que cadre » (INF 2 CHP).

Un autre directeur de soins insiste sur la nécessité pour les cadres de santé de s'affranchir de cette filière soignante, au risque de s'y enfermer et de générer des conflits identitaires. Ces conflits identitaires pourraient impacter l'assimilation de la dimension gestionnaire dans la cadre de santé et générer des problèmes de positionnements.

« Je pense que la mue, tout le monde ne la fait pas. C'est-à-dire se dire : « oui, je suis infirmière à la base ». Moi, je suis infirmière à la base et même en tant que directeur de soin bien évidemment que l'on fait des références à ce que l'on a connu dans le soin. Mais il faut sortir de là, à un moment donné, on devient gestionnaire, on devient manager et j'ai l'impression qu'il y a des gens qui ont du mal à faire cette mue, de passer de professionnel de santé, d'infirmier à cadre et qui du coup, ont du mal à trouver un positionnement » (DS1 CHU).

Il y a donc pour eux un véritable enjeu à s'approprier leur nouvelle identité.

1.4.2. Développer la transparence dans la communication.

La communication est un volet important de la fonction de cadre de santé de proximité et peut devenir une arme importante pour réduire les tensions au sein des services de soins. Qu'il s'agisse du cas n°1 ou du cas n°2 et aussi bien chez les infirmiers que les cadres de santé, la communication a été mentionnée comme un outil efficace pour apaiser les tensions.

« Après là où elle va pouvoir nous aider à les réduire ces tensions-là, c'est communiquer avec nous, voir comment faire pour adapter au mieux les demandes institutionnelles, comment les intégrer dans notre travail de la meilleure des manières, écouter notre mécontentement même si elle ne peut pas y faire grand-chose, la communication quoi, ça reste la base » (INF6 CHU).

Les annexes n° 4c1 et 4c2 (Tome 2) qui recensent les opinions des cadres de santé et des infirmiers l'attestent. Dans les contextes de réductions des moyens (humains, financiers et matériels), il est important de communiquer avec les équipes afin d'expliquer les changements en cours ou à venir et limiter les ambiguïtés qui peuvent être sources de tensions.

« On est au moins dans le dialogue. Donc c'est déjà une bonne chose. Après il y a des périodes compliquées, je le sais pour les agents et je ne veux pas leur dire que tout va bien quand tout va mal, je leur explique que je sais très bien qu'ils ne vont pas se couper en deux, moi je ne peux pas le faire et ils ne peuvent pas le faire non plus, je leur demande de donner le maximum d'eux voilà. ». « Je communique régulièrement sur ma vision, sur l'évolution de l'hôpital, de comment je vois les soins, je suis transparente et je communique beaucoup là-dessus, ce qui fait que quand il y a des tensions, elles savent que je vais avoir des arguments, que je vais poser mes arguments et que je vais être capable aussi d'entendre les leurs » (CS 2 CHU).

Dans les situations de surcharge d'activités, cette communication prend la forme de discours de valorisation et de reconnaissance du métier d'infirmier en vue d'agir sur l'absentéisme et éviter des "trous" dans la gestion des plannings.

« On n'a rien, on n'a pas grand-chose pour les valoriser, si ce n'est le discours » (CS2 CH).

La communication passe également par la tenue des réunions de services pour résoudre un conflit latent observé ou pour transmettre une information importante émise par la direction. Ces réunions de services, difficiles à organiser, sont aussi l'occasion pour les infirmiers de livrer leurs impressions sur l'activité, la charge de travail par exemple et de les faire remonter par l'intermédiaire du cadre de santé. Il s'agit de véritables espaces de discussions.

« L'écoute et l'échange c'est déjà mon moyen de les diminuer ou les réduire et essayer de... ben d'être à l'écoute, d'essayer de répondre au mieux aux attentes, et essayer d'être équitable et de rendre ce qu'on donne... que ce soit au niveau de nos équipes, au niveau de notre hiérarchie » (CS7 CHU).

À travers un discours franc et transparent, les cadres de santé réussissent à réduire les tensions, tout en maintenant une certaine cohésion d'équipe.

« Elle nous explique que oui, c'est une période un petit peu difficile, mais, on va y arriver, son objectif c'est on va y arriver. On va faire en sorte que... et on va y arriver » (INF 1 CHU).

Les points précédemment évoqués en ce qui concerne la communication ont été mis en évidence par les cadres de santé eux-mêmes, les infirmiers mais aussi les directeurs de soins. Pour ces derniers, il est important pour le cadre de santé d'expliquer par exemple les changements divers, d'être à l'écoute des équipes et d'en référer à ses supérieurs hiérarchiques.

« J'y mets quelqu'un qui est à l'écoute, qui va être dans le dialogue. Et qui, si elle a un refus catégorique, ne va pas s'en offusquer, ne va pas le prendre pour elle, et dire, ben écoutez je vais en référer à madame Françoise, on se reverra. Vous voyez, il y a des manières de parler qui apaisent tout de suite les tensions, on apprend ça avec la violence des patients, quelqu'un qui est agressif, il ne faut surtout pas être encore plus agressif. Au contraire, parler doucement, être calme. Avec les équipes, c'est pareil » (DS3 CHP).

Il s'agit de déployer les outils en faveur d'une communication non violente pour apaiser les tensions. Il y a donc une convergence des idées en ce qui concerne la communication dans les trois profils interrogés aussi bien dans les cas n°1 que n°2.

1.4.3. Réinvestir le sens à partir des projets de service.

La mise en œuvre et le déploiement de projets ont également été présentés comme un moyen de réduire les tensions au sein des services de soins. Cette idée a été énoncée par les managers de proximité et les infirmiers aussi bien dans le cas n°1 que n°2. Les managers de proximité se rendent compte que lorsqu'ils mettent en place des projets de services tournant autour de la prise en charge du patient, ces derniers arrivent à motiver les équipes. Par ricochet, ces projets peuvent permettre de réduire les tensions selon les cadres interrogés.

« Je mets donc en place des petites choses par exemple, tous les jeudis, tous les 15 jours, je fais des vignettes sur la bientraitance. On se pose à un moment donné et on réfléchit à nos pratiques je fais beaucoup d'analyse de pratique professionnelle », « ben en montant des projets, en réfléchissant en groupe de travail, sur les modifications qu'on peut apporter au niveau du service, on peut aussi essayer de réduire ces tensions » ou « oui, c'est quelque chose sur lequel on se repose, des projets par rapport au service, des projets d'amélioration, des projets où on fait émerger des fois des motivations ou des prises de position de certains agents qui ont envie de faire des choses » (CS4 CH).

Ces projets visent la plupart du temps à améliorer la qualité de la prise en charge et permettent de redonner du sens à la pratique soignante.

« Les équipes, entre guillemets, râlent car elles ne se rendent plus compte pourquoi elles font les choses, elles sont dans l'automatisme » (CS10 CHP).

Les soignants, principalement les infirmiers, ressentent cette perte de sens lorsqu'ils sont soumis à la tension éthique dans le cadre des TGP ou la surcharge et le conflit entre les rôles dans le cadre des tensions de rôle. L'une des conditions pour que ces projets voient le jour et se pérennisent est que la thématique ait été décidée par les infirmiers ou qu'ils aient été associés aux réflexions et qu'elle n'ait pas été imposée par le cadre de santé ou sa hiérarchie.

« Je mets en place des petites choses pour qu'elles réfléchissent à ce qu'elles font. Du coup, elles râlent moins car elles y trouvent un sens » (CS10 CHP).

Ainsi, le patient qui est au cœur de ce projet commun joue un rôle dans cette recherche de sens. Il devient un " levier " non négligeable au service de la valorisation des pratiques soignantes et de l'amélioration des conditions de travail, en réduisant les tensions observées.

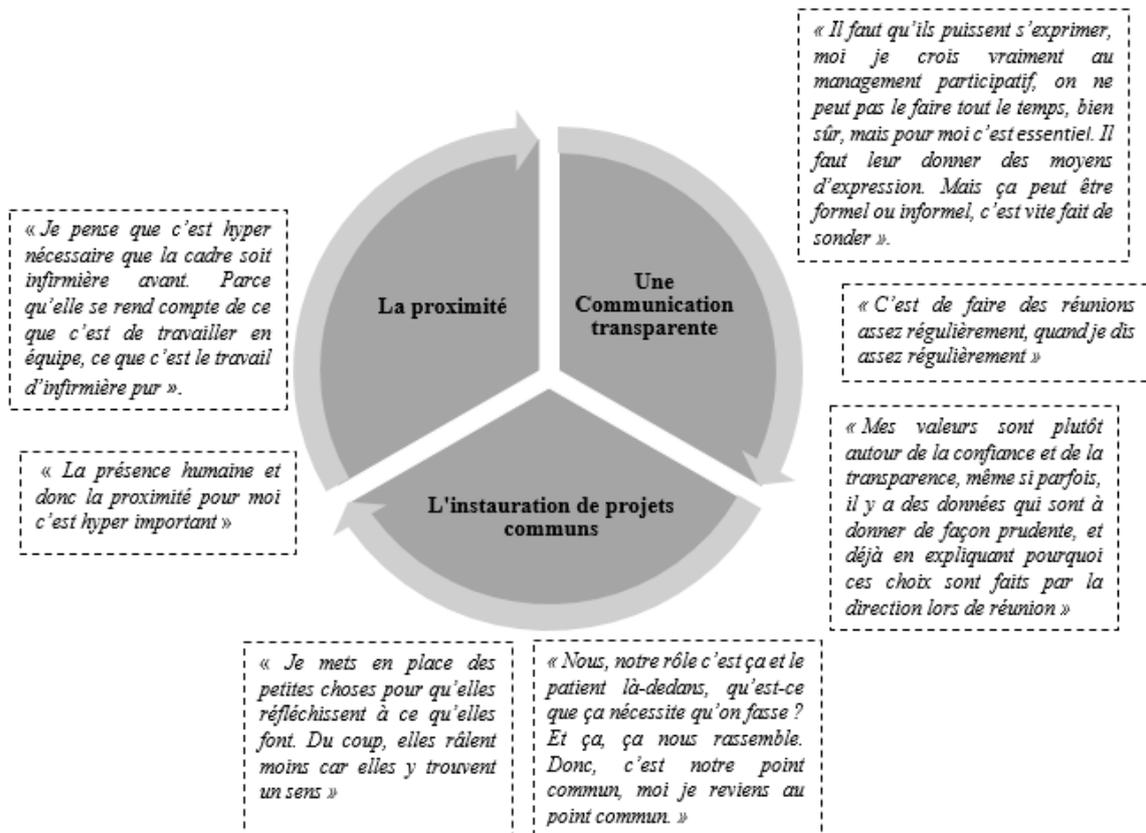
*« Nous, notre rôle c'est ça et le patient là-dedans, qu'est-ce que ça nécessite qu'on fasse ? Et ça, ça nous rassemble. Donc, c'est notre point commun, moi je reviens au point commun. C'est quoi notre point commun ? On est tous là pour la qualité des soins à ce patient-là » (CS8 CHU)
ou « Oui et c'est le patient et la réflexion, la pensée ! » (CS8 CHU).*

Malheureusement, les infirmiers sont de moins en moins nombreux à s'inscrire dans ces projets de service pour participer aux réflexions car ils se disent lassés de s'investir pour des projets qui finissent par ne pas voir le jour. D'ailleurs, les infirmiers officiant dans le contexte des CH/CHP ont été moins nombreux que ceux officiant dans le contexte des CHU à s'exprimer sur le fait de redonner du sens aux pratiques soignantes en se focalisant sur le patient. Ainsi, en vue de motiver et de remobiliser les troupes, certains cadres mettent en place des projets de services, malgré le peu de moyens financiers accordés, lorsque ceux-ci sont financés. De nombreux cadres sont happés par les tâches quotidiennes telles que la gestion des remplacements en cas de fort absentéisme sur le service et ne trouvent pas le temps de monter des projets, même s'ils envoient tous les effets bénéfiques. D'autres cadres rendent obligatoire ces projets de services pour inciter les infirmiers à s'y inscrire afin de ne pas se laisser emporter par la routine de leur fonction. Les infirmiers en poste au sein de CHU ont été les plus nombreux à s'exprimer

sur ces projets de service, contrairement à ceux qui officient dans le contexte des CH/CHP. Ces projets de services permettent également aux cadres de santé de redonner du sens à leur fonction jugée complexe. Ce sont dans ces projets de service que ces derniers repèrent une dimension stratégique à leur fonction initialement exécutive.

Les trois leviers ou actions sur lesquels les cadres agissent ou peuvent agir pour résoudre les conflits ou atténuer les tensions auxquelles ils sont soumis avec leurs équipes sont représentés dans **le schéma n°9**. Ces actions mises en place ou envisagées par les cadres sont complémentaires. La communication est l'élément à partir duquel s'exprime la proximité cognitive ou géographique (saluer les équipes le matin, les écouter, apporter des réponses à leurs questions, les informer...). Il en est de même pour les projets de service qui se formalisent à travers la communication (les réunions d'équipe pour définir les axes de travail et formaliser le cadre d'analyse et les plans d'actions...). C'est pourquoi la communication est arrivée en tête des propositions émises par les cadres et les infirmiers en ce qui concerne les actions à mettre en place pour réduire les tensions.

Schéma 9 : Les actions déployées par les managers de proximité pour réduire les tensions.



Source : Auteur.

Les cadres de santé dans le contexte des sept hôpitaux qui ont servi de terrain d'étude sont exposés aux TGP et aux TR, comme l'ont témoigné à la fois les cadres eux-mêmes, les infirmiers et parfois les directeurs de soins. Les contraintes budgétaires au sein des hôpitaux publics, français, couplées à la position *–entre deux–* complexifient leurs rôles et fonctions et les exposent davantage aux tensions que nous avons observées. Ne disposant généralement pas de moyens ou de suffisamment de marges de manœuvre pour réduire les tensions, ils doivent être inventifs et déborder d'imagination pour maintenir un climat de travail apaisé. Nous avons vu apparaître les rôles de "bricoleurs" et de "traducteurs" chez ces cadres à travers les actions mises en œuvre ou envisagées.

Ces résultats vont maintenant être discutés au regard de la littérature mobilisée pour ce travail doctoral et nous permettent d'en dégager des axes d'améliorations que nous exposerons pour terminer.

II. La discussion et les recommandations :

Dans la dernière partie de ce chapitre, nous discutons des résultats obtenus dans le cadre de notre recherche doctorale. Puis, nous formulons aussi des recommandations en invitant à mettre en place ou envisager des actions pratiques et opérationnelles pouvant améliorer les conditions d'exercice des cadres de santé afin d'atténuer les tensions qui caractérisent leur fonction.

2.1. Une discussion autour de la présence des tensions : manifestations et actions.

Notre recherche a mis en lumière quatre points majeurs :

- ✓ les managers de proximité connaissent des TR dans le cadre de leurs activités ;
- ✓ les managers de proximité sont confrontés à des TGP ;
- ✓ les TGP et les TR sont liées ;
- ✓ les managers de proximité mettent en place des actions pour réduire les tensions auxquelles ils sont soumis ainsi que leurs équipes.

Nous discutons de ces résultats dans les paragraphes suivants.

2.1.1.Des managers de proximité soumis à des TR.

Ce résultat confirme les travaux de recherche ayant porté sur les TR chez les managers de proximité dans le cadre de leurs activités (Rivière, 2012; Codo et Cintas, 2013; Bollecker et Nobre, 2011, 2016). Il éclaire davantage sur les dimensions de TR les plus représentées chez ces managers, telles que l'absence de moyens. Les déficits budgétaires dans les hôpitaux publics français engendrent une rationalisation des dépenses, dont les effets sont observables dans les services de soins que nous avons

étudiés. Les moyens financiers, matériels et humains se faisant rares, cela génère des difficultés au quotidien pour les managers de proximité. Ces difficultés prennent la forme de tensions, en l'occurrence des TR. Il devient difficile pour ces managers de répondre de manière satisfaisante aux attentes venant de leurs équipes. Dans le contexte des organisations hospitalières, les tensions chez les cadres de santé suite à l'absence de moyens ont été abordées dans de nombreux travaux en sciences de gestion (Detchessahar et Grevin, 2009 ; Bernardini-Perinciolo et Bertolucci, 2018) et en sociologie (Bouret 2008; Arborio et Divay, 2018). Ces travaux ne stipulent que rarement la forme de tensions de rôle perçue. Ces travaux conduits jusqu'alors se concentrent sur les effets des transformations des organisations publiques hospitalières suite à l'introduction de la NGP, sur ces effets chez les managers, dont les managers de proximité. Parmi les effets, les travaux cités mentionnent des injonctions paradoxales en situation de travail qui entraînent une transformation des rôles (Butterfield et al. 2005 ; Bezes et al. 2011), un malaise des agents devenus fonctionnaires (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012) et enfin des tensions observables. Les tensions sont abordées dans la plupart des cas, dans une perspective macro. Les travaux de recherche qui répertorient les TR dans le contexte hospitalier chez les managers de proximité, dans une dimension micro, sont plus rares dans les sciences de gestion. Cette dimension d'analyse est majoritairement présente dans les travaux en sociologie du travail (Bouret, 2008 ; Datchary, 2008) et sciences de l'administration (Divay et Gadéa, 2008). L'objet de notre travail est de compléter les travaux de recherche en sciences de gestion et identifier des tensions qui s'expriment au niveau micro chez les managers de proximité en s'appuyant sur les TR et les TGP.

2.1.2.Des managers de proximité soumis à des TGP.

Notre recherche confirme la présence de TGP chez les managers de proximité. Elle les précise et s'intéresse à leur expression. Elle contribue ainsi aux travaux de recherche récents portant sur les TGP, encore peu exploités et explore leur place et manifestation chez les managers de proximité. Les travaux se sont rarement intéressés aux managers de proximité. Les tensions ont été identifiées largement chez les dirigeants (Hudon et Mazouz, 2014 ; Mazouz et al. 2015 ; Banoun et Rochette, 2017 ; Chomienne et al. 2011) seuls quelques travaux les évoquent chez les managers de proximité (Crémieux et al. 2012 ; Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2015). Pourtant ces derniers les subissent comme le démontre les résultats de notre recherche. La tension éthique est particulièrement présente. Il est difficile aujourd'hui pour les managers de proximité, issus pour la plus grande majorité de la filière soignante, de faire cohabiter leurs anciennes valeurs soignantes avec les objectifs de performance auxquels ils sont contraints. Cette difficulté s'exprime par le sentiment chez ces managers de perdre leur identité de soignant, pour laisser la place à une identité gestionnaire parfois contre nature. Nous constatons que cette tension liée aux valeurs impacte également l'identité professionnelle, la manière dont ils voient leur profession. La tension valorielle met en scène la notion d'éthique plus précisément l'éthique

publique. La question de l'éthique a été creusée dans des travaux en sciences des administrations (Rayner et al. 2011) et en sciences de gestion (Rondeaux et al. 2007 ; Bartoli et al. 2011 ; Fortier, 2010b, 2013 ; Fortier et al. 2016) en s'appuyant sur des travaux de sociologues (Weber, 1964 ; Bourdieu et Passeron, 1970 ; Bourdieu, 1978, 1978 ; Remy et al. 1978 ; Elias, 1998) autour de l'éthos. Rassemblés autour des concepts tels que « l'éthos public » et la « valeur publique », ces travaux apportent des précisions sur les effets du changement (par exemple dans le cadre des réformes de la NGP) sur les pratiques et les comportements des agents. Parmi les effets enregistrés, il y a la perte de motivation et du sens au travail, qui génère une tension entre les valeurs publiques et les valeurs managériales (Emery et Giaque, 2005). Cette tension prend ainsi la forme d'une tension éthique que les travaux de Mazouz et al. (2012 ; 2015) se proposent de caractériser, en la liant d'un côté aux valeurs et de l'autre aux objectifs de performance. La question des valeurs fait débat dans les travaux de recherche. Deux perspectives de recherche s'affrontent autour de la localisation des valeurs publiques. Il y a ceux qui les identifient à l'intérieur des organisations publiques exclusivement et ceux qui les perçoivent dans un domaine plus large que celui des organisations publiques, à savoir dans la société et les organisations privées (Bozeman, 2007; Alford et O'Flynn, 2009b). Notre recherche se situe dans cette deuxième perspective car nous constatons que les tensions éthiques énoncées par les cadres de santé de proximité et les infirmiers renvoient à la fois à des valeurs soignantes et des valeurs sortant du contexte infirmier qui s'inscrivent dans un domaine plus large. Ainsi les valeurs humaines, matérialisées par de l'altruisme et de l'empathie vis-à-vis des patients, constituent des valeurs universelles rattachées à l'individu même. Notre recherche contribue également aux recherches cherchant à opérationnaliser et clarifier le concept d'éthique, en précisant ce qu'est la tension éthique. Notre approche micro des TGP permet d'éclairer les caractéristiques de la valeur, une valeur prenant naissance dans un domaine plus large que les organisations publiques, par exemple dans les organisations privées (valeurs marchande et managériale) et mettant en difficulté les agents tels que les managers de proximité pour se l'approprier.

2.1.3.Des liens entre les TR et TGP : similarités et expressions de la tension.

Nous avons démontré que ces deux formes de tensions sont similaires à la fois de façon théorique (le niveau d'analyse micro et le changement de rôles) et de façon empirique sur certaines dimensions (tensions éthiques et conflits entre l'individu et ses rôles ; tensions managériales et ambiguïté sur la planification ; tensions artefactuelles et ambiguïté sur la performance). Nous éclairons les dimensions pertinentes pour les identifier chez les acteurs en situation de travail. En d'autres termes, chez les acteurs qui prétendent être soumis à des tensions dans le contexte de transformations de ces organisations, nous retrouvons soit des tensions managériales, soit des tensions éthiques, soit des tensions artefactuelles ou la combinaison de ces trois types de tensions. Il peut être pertinent d'approfondir les travaux de

recherche sur ces trois formes identifiées au lieu de multiplier les formes de tensions. Ce travail permettrait de mettre en place des actions adéquates pour réduire les tensions.

2.1.4. Des actions diverses mises en œuvre par les managers de proximité.

Notre recherche a permis d'identifier le rôle du manager de proximité dans la réduction des tensions ainsi que les actions envisagées ou déjà mises en œuvre par ce dernier pour les atténuer. Ces derniers misent sur trois actions phares : la communication, la proximité et la mise en œuvre de projets communs au sein du service pour trouver une motivation et motiver les équipes soignantes. Ces actions peuvent être soit mises en œuvre individuellement ou de manière collective. La communication a largement été abordée dans des travaux de recherche en sciences de gestion. Des travaux qui soulignent les effets du manque de communication sur l'activité des managers de proximité. Dans le contexte hospitalier, alors que les directions affirment ne pas cesser de communiquer, cette communication se révèle monologique et instrumentale, et emprunte deux canaux : l'affichage de notes de service et la communication via les instances représentatives du personnel (Detchessahar et Grevin, 2009). Les affichages sont multipliés dans les salles de soins, de repos et de restauration mais les équipes ne les lisent plus car ce mode de communication ne leur correspond pas (ou plus) culturellement (Raveyre et Ughetto, 2003). Les moyens mis en œuvre sont en décalage avec les attentes des managers de proximité et des équipes qui attendent une information plus ciblée et disponible à travers des canaux plus interactifs et "modernes". Le manque d'incorporation de l'information génère des tensions. De plus, le déficit concerne autant la communication descendante que celle ascendante dans les services (Detchessahar et Grevin, 2009). Les cadres de santé évoquent une absence d'écoute et de dialogue générant des tensions car les préoccupations réelles et quotidiennes des équipes sont peu abordées lors des réunions. L'intérêt de travailler sur la communication à travers la mise en œuvre d'outils efficaces et en instaurant un dialogue transparent et pertinent est une nécessité. Cette communication, si elle est utilisée à bon escient, est un levier redoutable pour atténuer les tensions ressenties et combler le déficit d'informations. C'est dans ce sens que de nombreux travaux voient le jour autour des espaces de discussion sur le travail dans les organisations (Detchessahar et al. 2015).

La notion d'espace de discussion, ancrée dans le champ des pratiques professionnelles est récente dans les travaux en sciences de gestion. Ces espaces de discussion sont une manière d'organiser le travail, en recueillant les avis de ceux qui l'exécutent. La fonction principale de cette discussion est de produire des règles, des normes ou des solutions collectives de compromis autour du travail. La discussion a plusieurs bénéfices : elle participe au développement du métier, à l'apprentissage collectif et favorise l'appropriation collective du travail (Detchessahar et al. 2015). Ces espaces de discussion ont été plébiscités dans le rapport Lachman (Lachmann et al. 2010) sur le bien-être et l'efficacité au travail et

leur mise en place est recommandée pour lutter contre les risques psycho-sociaux. Ainsi, les espaces de discussion pourraient être un outil pour réduire les tensions, pouvant potentiellement être une source de stress, chez les cadres de santé et leurs équipes soignantes.

La proximité avec les équipes soignantes est une action envisagée et/ou mise en œuvre également par les managers de proximité en vue de réduire les tensions. Se rapprocher des agents en allant sur le terrain, est l'occasion de communiquer avec les agents, en répondant à leurs interrogations, en comblant les déficits d'information, ressentis par les agents. Cette action ne peut être envisageable qu'à condition pour le manager de proximité de disposer du temps pour se rendre régulièrement en salle de soins ou pour sillonner le service et prendre " la température " des équipes. À cette proximité géographique est associée une dimension cognitive (Boschma, 2005), car elle favorise le partage de connaissances avec les infirmiers. La proximité cognitive entre les soignants et les managers de proximité a été également présentée comme une action ou une stratégie en faveur de la réduction des tensions au sein du service de soins. Ayant lui-même connu les difficultés liées à la prise en charge des patients, le manager de proximité peut les anticiper et ainsi apaiser les tensions liées par exemple à la surcharge. Il peut rapporter ces difficultés au médecin en l'invitant à anticiper également les prescriptions de sortie des patients. Cette action nécessite de prendre du recul pour les managers de proximité en vue d'adapter la gestion du service et du personnel aux difficultés de la prise en charge des soins. C'est d'autant plus important dans un contexte de transformation des organisations et de changement démographique.

La dernière action concerne la mise en œuvre de projets communs autour du patient, dans un souci non seulement d'amélioration de la qualité mais aussi de motivation des équipes et du cadre lui-même. Les managers de proximité investissent le sens pour se motiver et motiver les équipes. Cette quête de sens dans des contextes de transformation des organisations est essentielle. Ce dernier permet de réduire les tensions issues de l'évolution du cadre public. Le management par le sens s'avère nécessaire pour motiver durablement et responsabiliser les personnes en leur donnant les conditions de réussite essentielles à leur action, à travers la possibilité d'une part, de comprendre le sens de ce qu'elles font (ce qui est recherché et pourquoi), et d'autre part de s'impliquer dans la conception et la conduite des modalités de mise en œuvre (Bartoli, et Trosa, 2016) et ainsi, de trouver un nouveau sens.

C'est le désir de comprendre qui est au cœur du management par le sens (Bartoli et al. 2011). C'est une envie de comprendre les politiques publiques actuelles, les nouveaux rôles et fonctions attribués aux anciens fonctionnaires et enfin l'articulation entre ces changements et la mission du service public. Le management par le sens est de plus en plus investi par les travaux de recherche en management public (Autissier et Wacheux, 2006 ; Giauque et al. 2010 ; Rascol-Boutard, 2015). Ces travaux soulignent non

seulement les effets des politiques publiques sur le statut des managers publics, la montée en puissance des injonctions paradoxales mais présentent aussi le sens comme un outil de prise de conscience des raisons des transformations et de leurs enjeux. Dans le contexte sanitaire et médico-social par exemple, Gozlan (2016) a montré l'importance du management par le sens pour faire accepter à l'ensemble des parties prenantes, l'introduction d'une approche "case management" dans un réseau intégré en santé mentale, où la coordination des différents acteurs entrant dans le parcours de soins est importante. Des parties prenantes diverses qui ont des intérêts divergents ont fait converger leurs intérêts autour du but commun à atteindre, une prise en charge coordonnée. Dans une perspective similaire, Gueye (2011) traite de l'importance d'une démarche de management par le sens au sein d'un CHU suite au déploiement d'un projet de transformation cherchant à concilier les objectifs d'amélioration de qualité de service, d'efficacité globale et de conditions de travail des agents. Le management par le sens est une stratégie largement fondée sur la mise en œuvre d'une démarche participative et la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes. Ces caractéristiques de gestion autour du sens sont visibles chez les managers de proximité dans notre recherche. Les projets de services communs, dont ils font état comme action pour atténuer les tensions sont une forme de stratégie de gestion, s'approchant du management par le sens, conscient ou inconscient. Dans cette optique, ces acteurs s'apparentent à des stratèges, capables de modifier l'organisation de travail, d'une part dans leur intérêt en vue de donner plus de crédit à leur fonction initialement opérationnelle, limitant ainsi les tensions entre les différents rôles. D'autre part, ces acteurs stratégiques innove dans leur service pour satisfaire l'intérêt du collectif et par la même occasion motiver l'équipe soignante, en leur redonnant du sens à leur pratique. L'idée d'un gestionnaire public au cœur des transformations professionnelles a été étudiée par Lemay (2009) et d'autres chercheurs en management public (Steurer, 2007 ; Josserand, 2004 ; Maltais et Mazouz, 2004). Cette fonction de stratège apparaît également chez Dujardin et al. (2016), qui se sont intéressés aux compétences des cadres de santé. En analysant 17 projets visant à des actions d'amélioration, menées par des cadres de santé, les auteurs concluent que ces derniers mènent constamment des actions d'amélioration du fonctionnement des organisations au plus près du terrain. Les actions de transformation et d'amélioration des services font partie des enjeux phares attribués au gestionnaire public dans les contextes de mutation. Il doit développer un sens nouveau du devoir et des valeurs, de la mission et de la vision pour surmonter les paradoxes qu'il vit et relever les défis (Lemay, 2009). Ce serait l'illustration de la stratégie mise en œuvre par les managers de proximité de manière implicite pour certains et explicite pour d'autres. Toutefois, le management par le sens observé se nourrit du concept de valeur pour motiver les managers publics et leurs agents.

Louart et Beaucourt, (2003) présentent les valeurs comme un levier motivationnel pertinent dans les organisations publiques où se concentrent des réalités multiples. Elles servent à construire l'identité, les

relations ou les enjeux professionnels (Louart et Beaucourt, 2003). Les auteurs identifient deux types de valeurs : les valeurs terminales (se référant à des buts généraux de l'existence) et les valeurs instrumentales (renvoyant à des modes de conduite). Les premières sont personnelles (par exemple, la liberté, la joie, le respect de soi, la sagesse) et sociales (l'égalité, la sécurité) et les secondes sont de nature morale (le courage, l'honnêteté) ou liées à la compétence (l'ambition, l'intelligence, la responsabilité). Selon les auteurs et dans le contexte des organisations publiques, il faut insister sur les valeurs instrumentales car elles poussent à se développer dans la pratique, et sont faciles à combiner avec d'autres leviers motivationnels.

La NGoP a instauré une recomposition des rôles et des fonctions des fonctionnaires, devenus managers ou managers de proximité pour faire référence à l'encadrement intermédiaire. Les valeurs issues de la performance, de l'efficacité et la concurrence sont depuis longtemps les valeurs à incorporer pour être manager dans les organisations publiques françaises. De nombreux travaux (Bonnenfant, et al. 2011 ; Winicki, 2006 ; Kletz et Lenay, 2008 ; Noguera et Lartigau, 2009 ; Dumas et Ruiller, 2013) incitent aujourd'hui à une refonte de la Gestion des Ressources Humaines dans le secteur public pour s'adapter aux exigences de la NGP. Face à une fonction publique qui se caractérise par la fin de la NGP et l'apparition de modèles alternatifs de gestion tels que la NGoP et l'ANGP, il est de plus en plus urgent de diffuser de nouvelles valeurs aux managers publics. Il est important de redéfinir les compétences des managers en vue d'intégrer dans les savoir-faire et savoir-être ces valeurs. Cette redéfinition des compétences ne pourra se faire qu'à condition d'introduire dans ces organisations une nouvelle gestion des ressources humaines fondée sur un management des compétences et des savoirs (Noguera et Lartigau, 2009). C'est d'autant plus urgent chez les managers de proximité que nous avons étudiés à la recherche d'une ancre professionnelle. L'élargissement des rôles des managers de proximité en mettant en place un travail d'identification des savoir-faire, savoir-être et des savoir agir est une solution durable pour les outiller et favoriser leur créativité et innovation pour se réapproprier de nouvelles formes d'action.

2.2. Cinq pistes d'améliorations à investir.

À la lecture et l'analyse des résultats obtenus dans cette recherche, nous pouvons formuler cinq pistes d'améliorations :

- ✓ une piste sur les valeurs ;
- ✓ une piste sur le développement des compétences ;
- ✓ une piste sur la formation ;
- ✓ une piste sur les espaces de discussion ;
- ✓ une piste sur la délégation des tâches.

Ces pistes peuvent être déclinables sur différents niveaux : macro (au niveau des institutions publiques), méso (au niveau des directions des établissements et des écoles de cadres) et enfin micro (au niveau des directions des soins et des services de soins). Chaque niveau implique des acteurs bien spécifiques détenant un pouvoir stratégique.

2.2.1. Définir ou redéfinir des valeurs communes.

Nos résultats font état d'une tension éthique forte à l'intérieur des organisations hospitalières. Ils confirment ainsi une diversité des travaux recensant ces formes de tensions dans les organisations publiques françaises et internationales. Comme évoqué dans le chapitre 2, la tension éthique met en scène deux notions qui s'opposent : la performance et la valeur. Cette valeur se retrouve mise à mal dans les organisations publiques, soumises à des exigences de performance pour survivre. Mais cette valeur pourrait également être un élément fédérateur en période de changement comme nous l'avons vu dans notre recherche. Nous recommandons de réaliser un travail de définition ou de redéfinitions des valeurs pour les affirmer ou réaffirmer et les rendre visibles, au moyen d'une charte éthique. En 2012, à l'issue du colloque du RESP intitulé « Valeurs du service public : tensions et transmissions », Vincent Potier, directeur général du CNFPT et président du RESP insistait déjà sur la nécessité de travailler sur les valeurs publiques à travers la rédaction d'une charte ou d'un projet de valeurs communes. Cette nécessité est liée aux résultats de l'enquête réalisée en 2011, par le RESP (2011), auprès de 5000 cadres sur leurs perceptions des valeurs de référence, des valeurs les plus attendues des pouvoirs publics et des citoyens, des valeurs les plus fragilisées et de celles qu'ils mettaient en acte. Cette enquête a révélé que la question des valeurs pour les organisations publiques françaises semble problématique. Les difficultés sont multiples : comment les faire vivre ? Comment dépasser les contradictions identifiées entre valeurs historiques construites en référence à l'idée de communauté nationale et valeurs contemporaines marquées par le souci de la qualité et de l'efficacité ? Comment redonner du sens aux organisations dans un contexte aux évolutions sociétales marquées ? La question de l'identification n'a pas été énoncée comme étant prioritaire mais l'enquête a néanmoins permis de révéler des valeurs de référence bien présentes dans toutes les administrations : l'intérêt général, la continuité du service, l'égalité de traitement et la neutralité.

Mettre en place des réflexions communes portant sur les valeurs dans le contexte des organisations publiques permettrait de donner du sens aux actions des agents et de limiter les situations de souffrance au travail. Ceci rejoint les propos du directeur du CNFPT, « *Faute d'un travail collectif autour des valeurs de service public, d'une réappropriation au plus près des actions et des projets, d'une explicitation de la place relative de ces valeurs dans les missions, le risque est grand de voir augmenter le malaise de ceux qui mettent en œuvre le service public accompagné pour certains de retrait, de*

désinvestissement, voire de souffrance au travail ». C'est pourquoi, dans le cas des organisations publiques hospitalières, il peut être intéressant pour les directeurs d'engager des réflexions sur les valeurs à afficher dans les hôpitaux publics. Ces valeurs seront le fruit d'une réflexion entre les différentes sphères professionnelles (les médecins, les paramédicaux, le personnel encadrant, le personnel administratif, les fonctions supports...) présentes dans les hôpitaux publics. Elles doivent venir du terrain et ne doivent être en aucun cas prescrites. Nous avons conscience que des valeurs communes à toutes ces sphères seront difficiles à dégager même en recourant à la co-construction. Un premier travail consistant à définir les valeurs à afficher dans l'organisation toute entière sous la forme d'une charte est une voie à explorer. Après quoi, la déclinaison d'une charte des services faciliterait l'appropriation et une identification progressive. Aussi, nous invitons les personnels de l'encadrement à travailler également sur les valeurs à afficher dans leurs services. Chaque nouvel embauché pourrait facilement identifier les valeurs et un dialogue sur la manière dont les valeurs sont comprises pourrait être encouragé ainsi que sur la manière de les mettre en place.

2.2.2. Construire et développer les compétences.

Nos résultats ont révélé entre autres des difficultés pour les cadres de santé à assimiler la dimension managériale liée à leurs fonctions. Cela s'est traduit par des écarts de perception sur la fonction de cadre. Ceux-ci s'ancrent dans des problèmes identitaires entre l'identité soignante et l'identité gestionnaire. Ils ne sont pas nombreux à revendiquer l'identité gestionnaire, dont l'origine peut se trouver dans le manque de clarté sur les attentes de la direction à leur égard selon certains. C'est ainsi que nous recommandons non seulement aux directions des ressources humaines mais aussi aux IFCS, d'engager de nouveaux travaux de réflexion sur les compétences nécessaires et utiles pour accéder au poste de cadre de santé et sur la manière dont les cadres comprennent leurs rôles. Ces travaux peuvent être éclairants pour instaurer une perspective "métiers" plus que fonction. Car, comme évoqué dans le chapitre 1, les transformations des organisations publiques actuelles, impactent également la façon de concevoir les ressources humaines dans ces organisations. Elles intègrent de nouveaux outils de gestion des hommes, tels que la gestion des compétences, la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), auxquels les managers doivent s'y adapter.

La GPMC était encore peu mise en œuvre dans les organisations publiques hospitalières entre 2008 et 2011 (Baret et al. 2011 ; Noguera et Lartigau 2009). Peu d'établissements ont demandé le Fonds pour la Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) (19 établissements sur 300 en région PACA, 49 sur 419 en Ile de France). De nombreuses raisons ont été citées par (Noguera et Lartigau 2009) telles que les contraintes posées par les statuts de la FPH et le manque d'implication des cadres souvent surchargés par leurs tâches opérationnelles quotidiennes. Des éléments que nous avons

soulignés dans le cadre de notre thèse. La mise en œuvre de la GPMC à travers une démarche métiers et compétences permettrait de clarifier les rôles et les missions des cadres de santé et de définir très certainement ces priorités de manière explicite.

Le rapport de Singly paru en 2009, a souligné également la nécessité de développer les compétences des cadres de santé. En confirmant, la surcharge qu'ils connaissent, le rapport affirme non seulement que ces cadres sont prêts à se former pour accroître leurs compétences mais aussi qu'ils ont besoin d'être aidés pour disposer de temps pour se consacrer à la dimension managériale de leur métier. Nous recommandons aussi d'élargir les missions du faisant fonction plutôt vers de la gestion de projets transversaux afin que ce dernier prenne conscience de la dimension du poste.

2.2.3. Déployer ou renforcer le volet formation.

Nous avons noté des écarts en ce qui concerne la perception du rôle prescrit et celle du rôle réel du cadre de santé. Ceci souligne des problèmes de positionnement autour de la fonction de cadre de santé, qui ont d'ailleurs été confirmés dans un entretien effectué auprès du directeur de l'IFCS. Les cadres de santé ont du mal à se positionner vis-à-vis de la fonction *–entre deux–* la direction et les agents ou encore les tâches opérationnelles et tâches managériales. Nous avons ainsi noté deux catégories de cadres de santé. D'une part ceux dont le souhait est de tendre davantage vers des fonctions managériales, malgré des tâches opérationnelles toujours prenantes et d'autre part, ceux qui trouvent un certain confort en restant sur les tâches opérationnelles. C'est pourquoi les partenariats entre les IFCS et les universités, en permettant aux universitaires de dispenser des formations managériales aux étudiants d'IFCS constituent un dispositif permettant par la suite à ces étudiants d'acquérir des compétences managériales utiles à leurs futures fonctions. Par exemple, l'IFCS du CHU de référence propose à ses étudiants, en plus de la formation de cadre de santé, une formation en management stratégique, sanctionnée par un master. Les cadres qui ont eu l'opportunité d'accéder à cette formation universitaire qui allie cours théoriques et pratiques témoignent de ses bienfaits au quotidien. Malheureusement, tous les cadres en poste n'ont pas eu la possibilité de profiter de ce dispositif. Cependant des modules certifiant inscrits dans des parcours de formation en interne pourraient permettre aux cadres de santé de disposer d'un socle de connaissances commun en matière de management. Des formations courtes sur 1 ou 2 jours une fois tous les deux mois, sur des thématiques données par exemple « quelle posture relationnelle fondée sur la confiance à adopter ? » ou encore « comment gérer son temps de travail en service de soins ? » pourrait apporter des réponses concrètes à la question de la surcharge. Des formations dédiées à la mise en œuvre et au déploiement de projets de services répondraient à une demande. Le référentiel de formations doit être conçu avec les cadres de santé en prenant soin de récolter sur le terrain leurs besoins en formation. Il ne doit en aucun cas être imposé, cela permettrait une meilleure adhésion des cadres de santé tout en

réduisant par la même occasion des écarts de perception de rôles. Par contre, nous recommandons de rendre obligatoire ces sessions de formation, sous forme d'engagement respectif entre la direction et les cadres de santé.

En cohérence avec l'objectif et les résultats de notre recherche, ayant démontré la présence de tensions chez les cadres de santé et leurs équipes infirmières, nous recommandons également aux directeurs de soins, de mettre en place des formations portant sur le management des situations de crise. L'objectif de ce type de formation est de permettre aux cadres de santé d'obtenir des connaissances théoriques ou pratiques pour gérer leurs équipes en "mode dégradé". Une expression familière dans l'univers des soins hospitaliers qui signifie exercer ses fonctions en ayant peu ou pas de moyens humains, financiers et/ou matériels. Ces situations engendrent diverses formes de tensions comme nous l'avons vu dans notre recherche : tensions de rôles (incapacité sur les moyens et les ressources, tensions entre l'individu et ses rôles, entre les sphères de la vie...) et tensions de gouvernance publiques (éthiques et managériales...). D'où l'intérêt de leur donner la possibilité d'être outillés dans ces situations de tensions à travers la mise en œuvre de formations dédiées, telles que « comment gérer son stress en contexte de tensions » ou « comment manager un service en tensions ». Il est fondamental de s'appuyer sur l'expérience des cadres de santé et sur des situations vécues pour que l'intérêt de la formation soit pleinement perçu.

2.2.4. Concevoir des espaces de discussion.

A de mieux gérer les tensions, il peut être pertinent de les anticiper en créant des espaces de discussions sur le travail des managers de proximité. En vue d'aider les établissements de soins à améliorer la qualité de vie au travail de leurs agents, la Haute Autorité de Santé en partenariat avec l'ANACT-ARACT, a développé un guide méthodologique en 2017 portant sur la création des espaces de discussion. Ce guide fait suite à l'Accord National Interprofessionnel sur la qualité de vie au travail (ANI QVT) signé en 2013. Il explique ce qu'est réellement un espace de discussions et met en avant les bienfaits de sa mise en œuvre pour les organisations. Pour les professionnels, c'est un moyen entre autres pour développer la reconnaissance, l'engagement et l'accès au sens de son travail. Il sert à améliorer la performance collective, le dialogue social et l'innovation en ce qui concerne l'établissement et son organisation. Dans le cadre du travail des agents, il a vocation à favoriser la transformation concertée de l'activité et des pratiques du métier. Le guide élaboré met l'accent sur l'importance d'établir un plan d'actions utiles à la création et au bon déploiement de ces espaces. Il propose quatre étapes importantes : (1) la définition d'un périmètre d'action des agents, (2) l'identification du niveau de partage/délégation verticale de pouvoir, (3) la mise en œuvre des moyens et enfin (4) les marges de manœuvre.

Dans les cas étudiés, ils pourraient permettre d'abord aux managers de proximité de faire remonter les difficultés rencontrées sur le terrain, avec les équipes. Cela serait l'occasion d'échanger avec leurs

collègues managers sur les solutions envisageables à mettre en œuvre en vue de "décanter" des situations jugées problématiques. Telle une occasion d'échanger sur les bonnes pratiques, ce sont des moments de dialogue qui pourraient permettre ensuite de réfléchir à leurs rôles et missions. La coordinatrice des soins du CHU de référence a monté un projet similaire à cette démarche au sein des directions de soins. L'objectif de cette démarche est de redéfinir les rôles et les missions des cadres de soins au moyen de plusieurs ateliers. Au cours de ces ateliers, ils sont invités à travers diverses activités à décrire leurs activités de la manière suivante : (1) celles qu'ils doivent faire, (2) celles qu'ils peuvent faire et (3) celles qui ne doivent pas faire et (4) celles qu'ils ne peuvent pas faire. Ces ateliers sont fondés sur le volontariat. Au mois d'Aout 2018, une trentaine de cadres sur les trois établissements participaient à ces ateliers. Malgré une participation encore faible des cadres de santé hospitaliers, l'initiative est très positive. Le renforcement de la communication autour de ces ateliers pourrait certainement contribuer à créer une dynamique plus globale.

Le retour d'expérience constitue aussi une dimension à investir encore insuffisamment exploitée dans les organisations publiques malgré les démarches originales déployées dans certains établissements. Le CHU de Clermont Ferrand a lancé une vaste campagne entre Juin 2019 et Septembre 2019 (4 mois) de recueil de retours d'expériences des agents sur les difficultés rencontrées quotidiennement et les plans d'actions à mettre en œuvre. Les retours d'expériences réunis serviront à alimenter les discussions autour du projet social de l'hôpital, orienté vers la qualité de vie au travail. Les agents volontaires se sont rassemblés au sein de plusieurs groupes de travail ou commissions thématiques. Chaque commission pluridisciplinaire se concentrait sur une thématique particulière telle que l'organisation du travail et les relations interprofessionnelles ou l'amélioration des conditions de travail et la lutte contre les RPS (risques psychosociaux). En septembre, l'équipe de direction a échangé avec chaque groupe thématique afin de réfléchir et coconstruire des solutions pour améliorer la qualité de vie au travail de chaque agent. Cette démarche s'inscrit pleinement dans la dynamique des espaces de discussion. Elle constitue aussi un moyen de retrouver une forme d'engagement des personnels.

2.2.5. Partager ou déléguer des tâches.

Les cadres interrogés ont fait état de tensions liées à la surcharge, limitant le temps consacré aux tâches managériales. C'est ainsi que nous recommandons à ces cadres de santé de déléguer certaines tâches telles que la gestion des commandes ou de la logistique à des infirmières du service. D'ailleurs quelques infirmières nous ont confié travailler de cette manière avec leurs cadres et appréciaient cette confiance. Ce sont généralement des infirmières référentes en charge du matériel bureautique au sein du service. Cette initiative repose sur la volonté du cadre. Elle mérite toutefois d'être développée car les bénéficiaires sont à tirer de part et d'autre. Du côté des cadres, cela leur permet de se dégager du temps pour d'autres

activités. Chez les infirmiers, il s'agit d'élargir leurs tâches et d'accéder à quelques fonctions de nature managériale, valorisables pour celles qui souhaitent évoluer vers la fonction cadre de santé.

Dans le **tableau n°42**, nous résumons l'ensemble des recommandations exposées ici. Ces recommandations ont pour objectif de prévenir certaines formes de tensions identifiées dans cette recherche doctorale afin d'améliorer les conditions d'exercice des cadres de santé et de leurs équipes soignantes. Par exemple, définir ou redéfinir des valeurs communes pourrait permettre d'atténuer la tension éthique en redonnant du sens aux actions des cadres de santé et de leurs équipes, ou encore le partage ou la délégation des tâches serait un moyen de réduire la tension de rôle portant sur la surcharge chez les cadres de santé. Dans cette même optique, construire et développer les compétences agirait sur la tension structurelle, et rendrait plus acceptables les transformations organisationnelles. Ces organisations doivent s'orienter vers l'approche compétences et métier, un moyen d'atténuer le conflit de rôle, auquel la formation des cadres permettrait de remédier probablement en grande partie. Dans nos recommandations, les espaces de discussion sont proposés en priorité comme des outils pour prévenir les tensions et sont à investir massivement.

Tableau 42 : L'articulation entre les tensions et les recommandations.

	Tension éthique	Tension structurelle	Tension sur le conflit de rôle	Tension sur la surcharge	Prévention des tensions
Définition des valeurs communes.	■				
Construction ou développement des compétences.		■			
Déploiement ou renforcement de la formation.		■	■		
Conception des espaces de discussion.					■
Partage et délégation des tâches.				■	

Source : Auteur.

Il apparaît une évolution très nette des métiers de cadres de santé et des personnels infirmiers qui se traduit par un questionnement profond sur la définition ou la redéfinition de leurs périmètres d'activité. Il ressort en particulier un questionnement sur l'éthique de leur profession et une tension autour de la

difficile coexistence entre les valeurs soignantes, qui restent des repères, et les nouveaux enjeux auxquels sont confrontés les hôpitaux, tels que repenser la prise en charge du patient et développer son autonomie. Il ressort aussi une évolution autour du repositionnement des rapports entre les professionnels œuvrant à l'hôpital : entre corps médical et personnel infirmier, entre cadre de santé et direction des soins, entre corps médical et direction administrative, ainsi qu'entre les personnels hospitaliers et les professionnels de santé de la ville.

Conclusion du chapitre quatre.

Dans ce chapitre, nous avons présenté les deux cas d'analyse (Cas n°1 et 2) et les résultats de la recherche autour de la nature des tensions chez les managers de proximité hospitaliers, ainsi que les actions déployées ou envisagées pour les atténuer.

Nous avons donc observé des similitudes entre les deux cas à propos de la présence des tensions. En effet, dans les deux cas, nous avons repéré à la fois des TR et des TGP. Ce sont les TR portant sur le manque de ressources (humaines et compétences) et l'absence de moyens (techniques et financiers) et les tensions de gouvernance de nature éthique qui ont été les plus représentées dans les deux cas. Nous notons des différences de perceptions entre le cas n°1 et le 2 en ce qui concerne l'exposition aux tensions éthiques, structurelles et artefactuelles, plus précisément dans la justification des transformations opérées. Certains cadres trouvent légitime le fait d'introduire une logique gestionnaire, marquée par un contrôle des services (tension structurelle) et le déploiement d'indicateurs de suivi d'activité (tension artefactuelle) dans le contexte des organisations publiques. Alors que d'autres n'y trouvent aucune cohérence car ceci heurterait leurs valeurs (tension éthique). Dans le cadre de la tension artefactuelle par exemple, elle est plus forte chez les managers de proximité du cas n°1. Cela s'explique par le fait qu'au sein des établissements du CHU, la direction transmet chaque mois un tableau de bord de suivi d'activités, où les cadres de santé peuvent comparer l'évolution de leur activité mois par mois. Ces derniers ressentent une certaine pression par les chiffres. Alors que dans le cas n°2, les cadres de santé n'exercent pas leur activité dans un tel contexte. Les indicateurs de contrôle d'activité sont présents certes, mais ils ne le vivent pas comme une pression forte. Pour preuve, ils n'ont pas été nombreux à s'exprimer sur cette tension, contrairement aux cadres en poste au CHU. L'explication découle largement de la pression liée aux chiffres et ressentie. En effet, le CHU a signé un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier l'an dernier.

Dans ce chapitre, nous avons également montré les liens existants entre les TR et les TGP. En d'autres termes, les TR qui naissent dans une perspective micro trouvent leurs origines dans les tensions de gouvernance qui s'enracinent dans une perspective plus large à savoir macro (au niveau des réformes des institutions publiques), méso (au niveau des organisations publiques hospitalières, par exemple l'organisation de l'hôpital en pôles) et au niveau micro (l'introduction d'une dimension managériale prononcée et de règles et pratiques spécifiques). De cette façon la tension structurelle amplifie les TR qui se manifestent dans la surcharge, le conflit, l'ambiguïté et l'insuffisance. La tension éthique active l'ambiguïté, le conflit et la surcharge. Les tensions managériale et artefactuelle génèrent à leur tour des

TR portant sur le conflit, l'ambiguïté et l'insuffisance. Dans ces deux derniers cas, nous n'avons pas trouvé de liens entre ces deux dernières TGP et la tension de rôle sur la surcharge.

Nous avons identifié des proximités entre certaines TR et les TGP. C'est le cas de la tension éthique qui s'assimile à la tension de rôle portant sur les conflits et ses rôles. Ces deux formes de tensions tournent autour des rôles et des valeurs de l'individu qui se retrouvent en difficultés du fait des nouvelles exigences managériales. Des similitudes ont également été repérées entre la tension managériale et l'ambiguïté sur la planification (TR). Ces deux formes de tensions sont en lien avec les règles et les pratiques autour de l'activité des cadres de santé. Des règles qui évoluent avec les transformations de l'hôpital, laissant la place à de nouvelles pratiques jugées inadaptées voir incomprises. Le dernier point de proximités porte sur la tension artefactuelle et l'ambiguïté sur la performance, qui sont en lien avec les objectifs et les indicateurs de performance introduits et parfois imposés dans certains services. Ces derniers sont dans les cas analysés jugés inadaptés face aux missions publiques de l'hôpital.

Pour finir, nous avons dégagé également les capacités du manager de proximité en mettant en évidence trois actions phares que ces derniers déploient ou pensent le faire au sein de leurs services de soins, pour réduire les tensions. Ce sont la communication, la proximité et la quête de sens au travail. La communication est primordiale dans ces contextes troubles et est bien présente. Elle se fait à travers le dialogue et les réunions au sein des services. La proximité se lit à travers deux dimensions : une dimension géographique (le cadre proche de ses équipes) et cognitive (le cadre partageant le même socle de connaissances que les infirmiers qu'il manage). La quête de sens passe largement par la mise en œuvre de projets de service communs qui s'articulent autour du bien-être du patient. Ces projets qui sont initiés par les infirmiers, permettent de redonner du sens à la fonction infirmière mais aussi à la fonction cadre de santé. En effet, la raison d'être de la fonction infirmière est de concourir au bien-être du patient à travers les soins techniques, de nursing et de relationnels. Une des raisons d'être du cadre de santé est d'accompagner et penser des projets mobilisateurs qui révèlent toute la stratégie de la position du cadre de proximité.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans cette recherche, nous nous sommes intéressés au rôle du manager de proximité hospitalier dans la réduction des tensions auxquelles il est soumis. Pour ce faire, nous avons d'abord identifié la nature des tensions qui caractérisent leurs activités. C'est ainsi que nous avons jumelé deux cadres conceptuels distincts : les TR issues de la psychologie sociale et les TGP, s'enracinant dans les travaux de recherche en management public. Ces deux formes de tensions s'expriment lorsque les rôles et les fonctions des individus sont questionnés à la suite de la mutation des organisations. Les premières s'analysent dans une dimension micro alors que les secondes se repèrent dans une dimension plus large (macro, méso et micro). C'est sur la dimension micro que notre recherche porte. Nous n'avons pas pour autant négligé les dimensions méso et macro dans notre analyse étant convaincus que les tensions repérées au niveau micro peuvent trouver leurs origines dans les autres niveaux (méso et macro). Ainsi, l'articulation de ces deux cadres conceptuels s'est révélée intéressante pour traiter la place des managers de proximité dans les organisations publiques profondément transformées. Nous avons su démontrer qu'il existe des liens entre les TR et les TGP. En vue de confirmer ces liens à travers l'identification des tensions de rôle et de gouvernance publique, nous nous sommes rapprochés de sept hôpitaux publics français où officient des cadres de santé de proximité.

Les cadres de santé de proximité exercent leurs activités dans un contexte de transformation des organisations publiques hospitalières, où les situations paradoxales sont nombreuses. Avec la NGP, caractérisée par la Nouvelle Gouvernance Hospitalière, leurs rôles et fonctions ont évolué vers une dimension managériale forte. Ces nouvelles fonctions managériales et les injonctions paradoxales auxquelles ils font face engendrent des conditions de travail difficiles et des tensions autour de l'activité. Notre recherche avait ainsi pour objectif de repérer la nature des tensions autour de l'activité de ces cadres de santé hospitaliers, mais aussi leurs capacités à réduire ces tensions. À partir d'une méthodologie qualitative et dans une démarche abductive, fondée sur des séances d'observation et 43 entretiens semi directifs auprès des cadres de santé de proximité, des infirmiers et des directeurs de soins, nous avons mis au jour les TR, TGP et la nature de l'activité des cadres. Par le biais des entretiens, il s'agissait de recueillir les perceptions des cadres de santé eux-mêmes, ainsi que celles des infirmiers et des personnels de direction sur la présence ou non des tensions dans l'activité du cadre et le rôle de ce dernier dans leur atténuation.

I. Les principaux résultats et leurs apports.

Les résultats de notre recherche témoignent de la présence des TR et des TGP autour de l'activité des cadres de santé de proximité et des infirmiers, bien que les TR soient plus représentatives que les TGP. Au niveau des TR, ce sont celles liées à l'insuffisance des ressources (humaines et compétences) et des moyens (financiers et techniques) qui sont les plus marquées. Pour les TGP, ce sont les tensions éthique

qui sont les plus présentes. Pour mieux apprécier nos résultats et comprendre l'expression des tensions chez les cadres de santé et les infirmiers, nous les avons classés en deux groupes selon les catégories d'établissements. Le premier groupe rassemblait les cadres de santé et les infirmiers en poste dans les établissements du CHU (cas n°1). Le deuxième groupe était composé des cadres de santé et des infirmiers qui travaillent dans des CH/CHP (cas n°2) selon les catégories d'établissements. L'analyse comparative effectuée nous a permis de repérer des divergences et des convergences dans l'expression des tensions ressenties. Dans l'ensemble, les avis des deux groupes de cadres de santé et d'infirmiers convergent hormis sur l'ambiguïté autour des procédures (TR). Cette ambiguïté a été énoncée comme source de tensions chez les cadres de santé du cas n°1 alors que ceux répertoriés dans le cas n°2 n'y font pas référence spontanément même après les relances pour faciliter la compréhension. En ce qui concerne les TGP, nous remarquons également que les avis des deux catégories de personnels convergent entre les cas n°1 et n°2 sauf dans le cadre des tensions éthique, structurelle et artefactuelle. Les divergences portent essentiellement sur le caractère légitime ou illégitime d'abord de l'introduction des indicateurs de performance dans le contexte public (tensions artefactuelles), ensuite du changement de paradigme dans ces hôpitaux publics marqués par une financiarisation (tension structurelle) et enfin la compatibilité de ces indicateurs et transformations avec la vision de la mission de service public (tension éthique). Certains cadres trouvent ces transformations légitimes et y apportent une certaine justification. Ce sont généralement ceux en poste au sein d'un CH/CHP. Alors que pour les autres (cas n°1/ CHU), elles sont illégitimes.

Nos résultats rapportent également la présence de liens entre les TGP et les TR. C'est par exemple la tension structurelle qui a un impact sur la surcharge, le conflit, l'ambiguïté et l'insuffisance ; puis la tension éthique, qui active l'ambiguïté, le conflit et la surcharge. En ce qui concerne les tensions managériale et artefactuelle, elles génèrent le conflit, l'ambiguïté et l'insuffisance. Dans notre recherche, nous n'avons pas pu démontrer non seulement une relation entre ces deux TGP (managériale et artefactuelle) et la tension de rôle portant sur la surcharge mais aussi entre la tension éthique et celle sur l'insuffisance. Cela ne nous empêche pas d'avancer que les TR, identifiées sur une perspective micro, naissent des TGP, localisées aux niveaux macro (les réformes portant sur les institutions publiques), méso (le changement organisationnel suite à ces réformes, dans le cas de l'hôpital public) et micro (l'introduction de nouvelles règles et pratiques au sein des services, tels que le service de soins hospitalier). De plus, nous avons pu opérer des proximités entre certaines TR et TGP. C'est le cas des tensions éthiques qui sont similaires aux conflits entre l'individu et ses rôles car toutes les deux sont liées à la difficulté pour les individus de concilier les nouveaux rôles avec ses valeurs et ses principes d'action. Nous retrouvons également cette similitude en ce qui concerne les tensions managériales et l'ambiguïté sur la planification, qui portent chacune sur la difficulté à faire cohabiter les nouvelles règles

de gestion avec les "anciennes pratiques". Les tensions artefactuelles et l'ambiguïté sur la performance se ressemblent aussi en ce qui concerne la difficulté pour les individus de faire cohabiter les indicateurs de suivi de performance avec ceux de contrôle des moyens. Pour finir, les managers de proximité que nous avons interrogés ont été désignés par les infirmiers comme des acteurs indispensables dans la gestion des tensions. Les moyens dont ils disposent, tant au niveau matériel qu'immatériel semblent limités. Ils développent des comportements allant dans le sens d'une réduction des tensions à travers trois actions : la communication, la proximité et l'investissement du sens à travers la mise en œuvre de projets communs. La communication peut prendre la forme de dialogues réguliers sur le terrain ou de réunions de services. La proximité s'opère à travers deux dimensions : une dimension géographique (le manager de proximité proche de son équipe) et une dimension cognitive. Le manager de proximité a partagé dans la plupart des cas, le même socle de connaissances que les infirmiers. Le réinvestissement du sens au moyen de projets de services communs est une façon de remotiver les troupes en instaurant un management par les valeurs. Le sens s'ancre dans le bien-être patient pour les infirmiers, et dans la dimension stratégique de ces projets pour les cadres. Les valeurs se situent, elles, dans la pratique soignante et le statut même de l'organisation (l'institution publique). Les valeurs sont parfois mises de côté au sein de ces institutions où les aspects financiers dominent aux dires des répondants. La NGP a eu des répercussions importantes sur les organisations publiques actuelles, dont nous tirons encore des conséquences négatives. Mais, les nouveaux modèles de gestion tels que l'ANGP incitent aujourd'hui à une prise en compte des valeurs, comme mécanisme motivationnel. Ce modèle s'inscrit pleinement dans la perspective de cette recherche qui nous permet d'affirmer qu'une réappropriation des valeurs publiques ou l'éthique, semble pouvoir être conciliable avec de nouvelles valeurs centrées sur la performance.

1.1. Les apports théoriques.

Nos apports théoriques se situent à quatre niveaux :

- ✓ Dans notre travail doctoral, nous avons jumelé deux cadres d'analyse des tensions: les tensions de rôle et de gouvernance publique afin de construire un cadre conceptuel original pour l'identification des tensions et des moyens pour les réduire. Ce cadre conceptuel mêlant deux traditions de recherche (la psychologie sociale et le management public) a permis d'identifier la nature des tensions mais aussi les comportements d'acteurs qui agissent pour les réduire. Ce cadre conceptuel et les résultats obtenus permettent d'enrichir la connaissance sur les liens entre les TR (très anciennes et couramment utilisées) et des TGP (nouvelles et peu utilisées). Les TR (au niveau micro) trouvent leurs origines dans les TGP (niveaux macro, méso et micro). Cette articulation entre ces deux formes de tensions est le premier apport théorique de notre recherche.

- ✓ Le deuxième apport réside dans le fait d’avoir identifié les TGP chez les managers de proximité (au niveau micro des organisations) or la grande majorité des travaux les identifie aux niveaux macro (les élus et les réformes) ou méso (les directeurs d’organisations).
- ✓ La troisième contribution porte sur la mise en évidence de trois formes de tensions particulièrement intenses: les tensions managériales ou l’ambiguïté sur la planification, les tensions éthiques ou le conflit entre l’individu et ses rôles, et enfin les tensions artefactuelles ou l’ambiguïté sur la performance. Ces trois formes de tensions génèrent des difficultés dans l’activité des managers de proximité. Notre travail de recherche a donc permis d’identifier les tensions majeures auxquelles sont soumis les managers de proximité dans le contexte des organisations publiques hospitalières à travers la construction d’un cadre conceptuel innovant autour des tensions.
- ✓ Enfin, notre dernier apport est lié à la gestion des tensions, en éclairant les comportements et les actions des acteurs visant à atténuer ces tensions, à travers la communication, la proximité et le management par le sens.

Le tableau n°43 ci-après reprend les apports de la recherche par rapport aux propositions initialement formulées. Nous avons adopté une échelle d’évaluation de nos contributions de la façon suivante : celles qui ont été confirmées (**C**), celles qui ont été partiellement confirmées (**PC**) et enfin celle qui n’ont pas été confirmées (**NC**). Dans cette perspective, Les propositions n°1 (présence des TR et des TGP chez les cadres et leurs infirmiers et liens entre elles) et n°6 (rôle stratégique certain du cadre de santé dans la réduction des tensions et mise en œuvre d’actions) ont été confirmées. Alors que les propositions n°2, 3, 4 et 5 (des liens entre les TGP et les TR) ont été confirmées que partiellement car les cas étudiés ne nous permettent pas d’identifier des liens entre la tension éthique et l’insuffisance d’une part et, entre les tensions managériale et artefactuelle et la surcharge d’autre part.

Tableau 43 : La synthèse des contributions suite aux propositions.

Rappel des propositions	État
P1 : Les managers de proximité sont soumis à des tensions dans les organisations publiques, où ils exercent leurs activités. P1a : Ils connaissent des TR	C
P1 : Les managers de proximité sont soumis à des tensions dans les organisations publiques, où ils exercent leurs activités. P1b : Ils subissent des TGP.	C
P2 : Il existe des tensions structurelles dans l’exercice de l’activité des managers de proximité.	C
P2a : Ces tensions structurelles donnent lieu à une surcharge	C
P2b : Ces tensions structurelles entraînent des conflits	C

(Suite entretien n°43)

P2c : Ces tensions structurelles créent des insuffisances.	C
P2d : Ces tensions structurelles engendrent des ambiguïtés.	C
P 3 : Il existe des tensions éthiques dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.	C
P3a : Ces tensions éthiques donnent lieu à une surcharge.	C
P3b : Ces tensions éthiques entraînent des conflits.	C
P3c : Ces tensions éthiques créent des insuffisances.	NC
P3d : Ces tensions éthiques engendrent des ambiguïtés.	C
P 4 : Il existe des tensions managériales dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.	C
P4a : Ces tensions managériales donnent lieu à une surcharge.	NC
P4b : Ces tensions managériales entraînent des conflits.	C
P4c : Ces tensions managériales entraînent des insuffisances.	C
P4d : Ces tensions managériales engendrent des ambiguïtés.	C
P 5 : Il existe des tensions artefactuelles dans l'exercice de l'activité des managers de proximité.	C
P5a : Ces tensions artefactuelles donnent lieu à une surcharge.	NC
P5b : Ces tensions artefactuelles entraînent des conflits.	C
P5c : Ces tensions artefactuelles entraînent des insuffisances.	C
P5d : Ces tensions artefactuelles engendrent des ambiguïtés.	C
P6 : les managers de proximité, détiennent les capacités pour atténuer les tensions de la même manière que leurs supérieurs hiérarchiques.	C

Source : Auteur.

1.2. Les apports empiriques.

Nos apports empiriques résident dans la mise en lumière des réformes qui marquent les organisations publiques et la difficulté des managers de proximité tels que les cadres de santé à exercer leurs fonctions dans de telles conditions. Alors qu'il existe de nombreux travaux sur la présence des TR dans le contexte de transformation des organisations publiques hospitalières, nous en retrouvons peu en ce qui concerne les TGP. Ces dernières ont été le plus repérées dans les universités publiques, les collectivités territoriales ou encore les centres de recherches, peu les caractérisent dans les hôpitaux publics. De cette façon, nous contribuons à l'enrichissement des travaux empiriques portant sur les TGP en éclairant le fonctionnement de ces organisations jugées complexes ou pluralistes et en proposant des leviers d'action autour de la communication, des espaces de discussion, du développement des compétences et des valeurs. Dans ce cadre, nous avons mis en évidence les enjeux organisationnels liés aux objectifs de performance imposés. Nous avons précisé le métier de cadre de santé de proximité et les enjeux autour

de sa position intermédiaire : « *entre le marteau et l'enclume* », « *entre le changement et l'amélioration des conditions de travail* ». Notre apport réside également dans la connaissance de la difficulté aujourd'hui pour ces cadres à tenir leur nouveau rôle de manager, mêlé à de nombreuses tâches opérationnelles.

II. Les limites et les perspectives futures de recherche.

Du point de vue de la méthode utilisée, nous avons retenu la méthode d'analyse comparative. Il s'agit là d'une limite. En effet, l'approche comparative des données qualitatives est particulièrement adaptée pour un échantillon compris entre 11 et 50 cas (DeMeur et Rihoux, 2002). Les données recueillies nous ont permis d'en identifier deux. Le faible échantillonnage en matière de cas identifiés, au regard des échantillons habituels ne nous a pas permis d'appliquer une technique booléenne et de mettre en évidence de façon précise les variables sur lesquelles ont porté la comparaison. Nous nous sommes donc limités à l'étape analytique. Ceci limite le caractère généralisable des résultats que nous avons obtenus. De plus, il aurait également été intéressant de croiser l'ancienneté des répondants avec les tensions ressenties en vue de comprendre l'étendue et l'intensité des tensions. Dans cette optique, nous aurions pu également au moyen d'une collecte de données quantitatives par questionnaire caractériser finement l'intensité des tensions ressenties et leurs niveaux de propagation. Cela aurait permis de confirmer davantage les liens entre les TR et les TGP.

C'est pourquoi, il est intéressant d'envisager la validation du modèle conceptuel portant sur l'identification des TR et des TGP par le biais d'une méthodologie quantitative. Des échelles de mesures pourraient permettre de repérer non seulement l'origine de ces tensions, leurs effets sur les managers de proximité mais aussi leurs niveaux d'intensité. Identifier l'origine des tensions permettrait d'identifier de façon fine les liens entre les TGP et les TR. Dans le cas des TR, de nombreuses échelles de mesure ont été mises en évidence dans les travaux de recherche. L'échelle de mesure de Rizzo et Lirtzman, (1970) a été la plus utilisée afin de mesurer le degré de conflits de rôle et d'ambiguïté de rôle chez les personnes soumises à des tensions. Partant de la définition de Katz et Kahn (1967) sur les conflits de rôle, ils identifient une échelle de Likert comprenant 7 points et 30 items en prétest. Les auteurs réalisent ensuite une analyse factorielle sur l'ensemble des 30 items et mettent en évidence deux facteurs : l'un nommé conflits de rôle et l'autre ambiguïté. Dans la même perspective, Jackson et Schuler (1985) ont réalisé une méta analyse ayant permis d'éclairer les conséquences des conflits de rôle sur les individus et les organisations. Ces derniers ont identifié deux types de conséquences : comportementales (absentéisme et performance) et réactives (satisfaction au travail, tension/anxiété, implication organisationnelle, implication au travail et intention de départ). Les résultats de leur méta-analyse ont permis de confirmer statistiquement l'impact négatif de l'ambiguïté de rôle sur l'implication des salariés

dans l'organisation. Un résultat qui a été confirmé dans les travaux d'Örtqvist et Wincent (2006). Leur méta analyse montre que l'ambiguïté de rôle agit plus fortement sur l'implication organisationnelle que les autres formes de tensions. Il peut être intéressant dans les recherches futures de tester ces échelles de mesure sur le terrain hospitalier afin d'identifier les effets des TR sur les managers de proximité mais aussi leurs origines. Dans le cas où celles-ci ne pourraient pas être adaptées au contexte des organisations publiques, un contexte particulier, la construction d'une échelle pourrait être un nouvel axe de travail. Dans le cadre des TGP, à notre connaissance, il n'existe aucune échelle de mesure pour mesurer l'impact de ces tensions sur l'organisation et les agents. La mise en évidence d'une échelle de mesure serait une contribution non négligeable au cadre conceptuel des TGP. De plus une étude comparative internationale avec le Québec par exemple aurait tout son sens.

Sur le point empirique, il peut être intéressant de mener une recherche dans le secteur médico-social, l'enfant pauvre des politiques publiques françaises en ce qui concerne le financement. Le contexte hospitalier que nous avons interrogé pourrait paraître privilégié comparé aux EHPAD. Ces établissements évoluent constamment dans un contexte de rareté de ressources (financières, techniques et humaines). La presse relaie quotidiennement non seulement les inquiétudes des familles mais aussi le mal-être des soignants en poste dans ces établissements. Être soignant dans un EHPAD séduit de moins en moins tant le ratio charge de travail et rémunération n'est pas équilibré. Il peut donc être intéressant d'observer les tensions dans ces organisations particulières principalement chez les cadres de santé en poste. Muni de notre grille conceptuelle (TR et TGP), nous pouvons dans un premier temps recueillir les perceptions de ces cadres et de leurs équipes sur la nature des tensions auxquelles ils sont soumis, puis mesurer ces tensions au moyen d'une échelle de mesure adéquate. Nous pourrions ensuite comparer les résultats obtenus avec ceux de cette recherche. Est-ce les tensions éthiques les plus représentatives également chez les cadres de santé d'EHPAD ? Est-ce les tensions sur l'insuffisance des ressources qui sont les plus représentatives d'autant plus que les EHPAD évoluent dans un contexte similaire à celui des hôpitaux publics français ? Autant de questions qui ouvrent de nouvelles voies de recherches.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ABATE, B. (2014). *La nouvelle gestion publique : ce que nous avons appris*. Vol. 1. Paris : L.G.D.J.
- ABERBACH, JD., et CHRISTENSEN T., (2001). « Radical Reform in New Zealand: Crisis, Windows of Opportunity, and Rational Actors ». *Public Administration* 79 (2) : 403-22.
- ABORD DE CHATILLON, E. et DESMARAIS C. (2012). « Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? » *Management international* 16 (3): 10-24.
- ADDICOTT, R., MCGIVEN G., et FERLIE E., (2007). « The Distortion of a Managerial Technique? The Case of Clinical Networks in UK Health Care ». *British Journal of Management* 18 (1): 93-105.
- AGRANOFF, R., (2006). « Inside Collaborative Networks: Ten Lessons for Public Managers ». *Public Administration Review* 66 (s1) : 56-65.
- ALBERT-CROMARIAS, A., DOS SANTOS C., et NAUTRE B. (2018). « Quelle réponse stratégique aux paradoxes d'un centre de lutte contre le cancer ? » *Revue française de gestion* N° 275 (6) : 43-58.
- ALFORD, J., et O'FLYNN J., (2009a). « Making Sense of Public Value: Concepts, Critiques and Emergent Meanings ». *International Journal of Public Administration* 32 (3-4): 171-91.
- . (2009b). « Making Sense of Public Value: Concepts, Critiques and Emergent Meanings ». *International Journal of Public Administration* 32 (3-4) : 171-91.
- ALIS, D., et FERGELOT V., (2012). « Le rôle des cadres intermédiaires dans le processus de changement des collectivités publiques : pour un modèle dynamique de la construction de rôle ». *Management international* 16 (3) : 25-37.
- ALLARD-POESI, F. (2006). « La stratégie comme pratique(s) : ce que faire la stratégie veut dire. » In *Golsorkhi, La fabrique de la stratégie, une perspective multidimensionnelle*, 27-47. Vuibert.
- ARBORIO, A-M, et DIVAY S., (2018). « Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital ». *Les grands dossiers des Sciences Humaines*, décembre 2018, Soigner une science humaine édition.
- AUBIN, E. (2015). *La Fonction publique : Le droit applicable aux trois fonctions publiques : État, Territoriale et Hospitalière*. 6^e éd. Gualino.
- AUTISSIER, D., et VANDANGEON DERUMEZ I. (2007). « Les managers de première ligne et le changement, The first level of management and change management projects ». *Revue française de gestion*, n° 174 : 115-30.
- AUTISSIER, D., et VANDANGEON DERUMEZ I. (2004). « Comportements et rôles de l'encadrement intermédiaire dans les projets de changements ». 13^e conférence de l'AIMS.,.
- AUTISSIER, D., et WACHEUX F. (2006). *Manager par le sens : Les clés de l'implication au travail*. 1^{re} éd. ED ORGANISATION. Éditions d'Organisation.

AVENIER, M. J., et THOMAS C., (2011). « Mixer quali et quanti pour quoi faire ? Méthodologie sans épistémologie n'est que ruine de réflexion ». CERAG.

AVENIER, M.J., (2011). « Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme ? » *Management Avenir* n° 43 (3) : 372-91.

B

BAILLY, A. (1950). *Dictionnaire Grec-Français*. Hachette.

BALAS, N. (2014). « Éléments pour une analyse des controverses stratégiques ». *Revue française de gestion* N° 240 (3): 63-79.

BALOGUN, J. (2003). « From Blaming the Middle to Harnessing Its Potential: Creating Change Intermediaries ». *British Journal of Management* 14 (1) : 69-83.

———. 2006. « Managing Change: Steering a Course between Intended Strategies and Unanticipated Outcomes ». *Long Range Planning* 39 (1): 29-49.

BALOGUN, J., et JOHNSON G. (2005). « From Intended Strategies to Unintended Outcomes: The Impact of Change Recipient Sensemaking ». *Organization Studies* 26 (11): 1573-1601.

BALOGUN, J., et JOHNSON G. (2004). « Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking ». *Academy of Management Journal* 47 (4) : 523-49.

BANOUN, A., et ROCHETTE C. (2017). « Le gestionnaire public au cœur de logiques contradictoires ». *Revue française de gestion*, n° 266 (septembre) : 11-30.

BARABEL, M., et MEIER. O. (2006). *Manageor : Les meilleures pratiques du management*. GESTION SUP. Dunod.

BARET, C. (2012). « Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) parviennent-ils à concilier objectifs économiques et missions médico-sociales ? Une proposition de matrice stratégique ». *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise* n°2 (2) : 66-82.

BARET, C., OIRY E., CODELLO-GUIJARRO P., et KOFFI P., (2011). « Regards sur « l'effectivité » de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public ». *Journal d'économie médicale* Vol. 29 (6): 305-22.

BARLETT, CA, et GHOSHAL S. (1994). « Changing the role of top management: Beyond strategy to purpose ». *Harvard Business Review*.

BARLEY, SR., et KUNDA G., (1992). « Design and devotion: Surges of rational and normative ideologies of control in managerial discourse ». *Administrative Science Quarterly* 37 (3): 363-99.

BARNARD, CI. (1938). *The Functions of the Executive*. Harvard Business Press.

BARNETT, RC., et BARUCH GK., (1985). « Women's involvement in multiple roles and psychological distress. » *Journal of personality and social psychology* 49 (1) : 135.

- BARRIER, J., J-M PILLON, et QUERE O., (2015). « Les cadres intermédiaires de la fonction publique ». *Gouvernement et action publique* N° 4 (4) : 9-32.
- BARTOLI, A., et BLATRIX C., (2015). *Management dans les organisations publiques – Défis et logiques d'action*. 4ème édition. Paris, France : Dunod.
- BARTOLI, A., KERAMIDAS O., LARAT F., MAZOUZ B., (2011). « Vers un management public éthique et performant ». *Revue française d'administration publique*, n° 140 : 629-39.
- BARTOLI, A., TROSA S., et MIGAUD D., (2011). *Le management par le sens au service du bien public*. Profession cadre service public. Canopé - CNDP.
- . 2016. *Les paradoxes du management par le sens*. Profession cadre service public. École des Hautes Études en Santé Publique.
- BASTIANUTTI, J., (2014). « Les dynamiques organisationnelles liées à la RSE ». *Revue française de gestion* N° 240 (3) : 115-32.
- BAZIN, Y., (2011). « L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles : le cas du diagnostic en psychiatrie ». Doctorat en sciences de gestion, Paris : CNAM.
- BEAUCHAMP M., STEVEN, BRAY R., EYS MA, CARRON AV., (2005). « Multidimensional Role Ambiguity and Role Satisfaction: A Prospective Examination Using Interdependent Sport Teams ». *Journal of Applied Social Psychology* 35 (12) : 2560-76.
- BEDARD, P., (2015). « L'éthos en sociologie : perspectives de recherche pour un concept toujours fertile ». *Cahiers de recherche sociologique*, n° 59-60 : 259-76.
- BEHRMAN, DN., et PERREAULT WD., (1984). « A Role Stress Model of the Performance and Satisfaction of Industrial Salespersons ». *Journal of Marketing* 48 (4) : 9-21.
- BELLINI, S., (2005). « Éviter le marteau, glisser sur l'enclume. Comment les managers de proximité ajustent leurs rôles face aux contraintes de l'organisation ». *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* Numéro 65 (1) : 13-25.
- BELLINI, S., et LABIT A., (2005). *Des petits chefs aux managers de proximité : L'évolution des rôles de la maîtrise dans l'industrie*. Paris ; Budapest ; Torino : Éditions L'Harmattan.
- BEN HASSINE, A., ZERIBI O., et BAOUAB S., (2012). « Un profil tirailé entre des compétences bureaucratiques versus managériales pour les gestionnaires publics tunisiens ». *Management international* 16 (3): 50-63.
- BERG, B L., (1989). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Allyn and Bacon.
- BERGSON, H., (1989). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Paris: Félix Alcan.
- BERNARDINI-PERINCILOLO, J., et BERTOLUCCI M., (2018). « Quand la sur-rationalité provoque la sous-rationalité ». *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* Vol. XXIV (58) : 91-109.

- BERTOLUCCI, M., et PINZON JD., (2015). « De l'intuition dans la décision des managers de l'action publique, Intuition in the decision-making process. Managing territorial networks : A case study ». *Revue française de gestion*, n° 251 (novembre) : 115-30.
- BEZES, P., (2005). « Le modèle de « l'État-stratège » : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française ». *Sociologie du travail* 47 (4) : 431-50.
- . 2009. « Les rationalités politiques dans la réforme de l'État : le cas de la Ve République ». *Revue d'histoire moderne contemporaine* n° 56-4bis (5) : 54-74.
- BEZES, P., DEMAZIERE D., LE BIANIC T., PARADEISE C., NORMAND R., BENAMOUIZIG D., PIERRU F., et EVETTS J., (2011). « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? » *Sociologie du Travail* 53 (3) : 293-348.
- BEZES, P., et JOIN-LAMBERT O., (2010). « Comment se font les administrations : analyser des activités administratives constituantes ». *Sociologie du Travail* 52 (2): 133-50.
- BHASKAR, R. (1978). *A realist theory of science*. Hassocks. England: Harvester Press.
- BIDDLE, B. J. (1986). « Recent Developments in Role Theory ». *Annual Review of Sociology* 12 (1): 67-92.
- BLUMER, H., (1969). *Symbolic Interactionism; Perspective and Method*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- BOISOT, M, et MCKELVEY B., (2010). « Integrating Modernist and Postmodernist Perspectives on Organizations: A Complexity Science Bridge ». *Academy of Management Review* 35 (3) : 415-33.
- BOLLECKER, G., et NOBRE T., (2011). « Les conflits de rôle, une conséquence des paradoxes qui s'exercent sur l'organisation : le cas d'une organisation de service public évoluant vers le modèle marchand ». XXème conférence AIMS.
- . 2016. « Les stratégies de gestion des paradoxes par les managers de proximité : une étude de cas ». *Recherches en Sciences de Gestion*, n° 113 (novembre) : 43-62.
- BOLTANSKI, L., (1982). *Les cadres : La formation d'un groupe social*. Les Éditions de Minuit. Le sens commun.
- BOLTANSKI, L., et THEVENOT L., (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- BONNENFANT, G., D'ALINCOURT E., DESFORGES D., (2011). « Les managers au cœur de la réforme de l'État ». *L'Expansion Management Review* N° 142 (3): 10-17.
- BOSCHMA, R., (2005). « Proximity and Innovation: A Critical Assessment ». *Regional Studies* 39 (1) : 61-74.
- BOUDON, R., et BOURRICAUD F., (1994). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France - P.U.F., Bibliothèque Scientifique Internationale.

- BOURDIEU, P., (1978). « Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 23 (1) : 67-69.
- BOURDIEU, P., et PASSERON J-C., (1970). *La reproduction*. Paris : Éditions de Minuit.
- BOURET, P., (2008). « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible ». *Revue française d'administration publique* n° 128 (4) : 729-40.
- BOURGES, A., (2019). « Quelle refonte des urgences en Auvergne? » *La Montagne*, 11 septembre 2019.
- BOURION, C., (2006). « Les managers de proximité pris en tenaille, *Revue Internationale de Psychosociologie* » 12 (28) : 77-103.
- BOYNE, GA., (1998). « Competitive Tendering in Local Government: A Review Of Theory And Evidence ». *Public Administration* 76 (4): 695-712.
- . 2003. « What Is Public Service Improvement? » *Public Administration* 81 (2): 211-27.
- BOYNE, GA., et GOULD-WILLIAMS J., (2003). « Planning and performance in public organizations an empirical analysis ». *Public Management Review* 5 (1): 115-32.
- BOZEMAN, B., (2002). « Public-Value Failure: When Efficient Markets May Not Do ». *Public Administration Review* 62 (2): 145-61.
- . 2003. *Public Value Mapping of Science Outcomes: Theory and Method A Monograph of the Public Value Mapping Project of the Center for Science, Policy and Outcomes*. Columbia University Washington.
- . 2007. « La publicitude normative : comment concilier valeurs publiques et valeurs du marché ». *Politiques et Management Public* 25 (4): 179-211.
- BREAUGH, J., et COLIHAN JP., (1994). « Measuring Facets of Job Ambiguity: Construct Validity Evidence ». *Journal of Applied Psychology* 79 (avril) : 191-202.
- BRERETON, M, et TEMPLE M., (1999). « The New Public Service Ethos: An Ethical Environment for Governance ». *Public Administration* 77 (3) : 455-74.
- BRUNEL, O., et GRIMA F., (2010). « Faire face au conflit travail/école : analyse des stratégies d'ajustement. » *M@n@gement* Vol. 13 (3): 172-204.
- BRUNSSON, N., (1993). « The Necessary Hypocrisy ». *The International Executive* 35 (1): 1-9.
- . 2002. *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Copenhagen Business School Press.
- BRUYERE, C., (2008). Doctorat en sciences de gestion. Doctorat en sciences de gestion, Marseille : Université de la Méditerranée, Aix Marseille II.
- BRYSON, JM., BC. CROSBY, et BLOOMBERG L., (2014). « Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management ». *Public Administration Review* 74 (4): 445-56.
- BUCHANAN, JM., (1968). « A Behavioral Theory of Pollution ». *Economic Inquiry* 6 (5): 347-58.

BUCHANAN, JM., et TULLOCK G., (1962). *The calculus of consent*. Michigan: University of Michigan Press.

BUMGARNER, J, et NEWSWANDER CB., (2012). « Governing Alone and With Partners: Presidential Governance in a Post-NPM Environment ». *Administration & Society* 44 (5): 546-70.

BUTTERFIELD, R., EDWARDS C., et WOODALL J., (2005). « The New Public Management and Managerial Roles: The Case of the Police Sergeant ». *British Journal of Management* 16 (décembre).

BYRKJEFLOT, H., CHRISTENSEN T., et LAEGREID T., (2014). « The Many Faces of Accountability: Comparing Reforms in Welfare, Hospitals and Migration ». *Scandinavian Political Studies* 37 (2) : 171-95.

C

CHANLAT, J-F, et DUVILLIER J-L., (2003). « Le managérialisme et l'éthique du bien commun : la question de la motivation au travail dans les services publics ». In *La motivation au travail dans les services publics*, 51-64. Paris : L'Harmattan.

CHANSON, G., DEMIL B., LECOCQ X., et PRIMONT P-A., (2005). « La place de l'analyse qualitative comparée en sciences de gestion ». *Finance Contrôle Stratégie* 8 (3) : 29-50.

CHANUT, V., CHOMIENNE H., et DESMARAIS C., (2015). « Pratiques valorielles et management public ». *Revue Internationale des Sciences Administratives* Vol. 81 (2) : 235-42.

CHARLES, G., (1979). *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Le Centurion.

CHARREIRE, S., DURIEUX F., et THIETARD R.A., (1999). « Explorer et tester ». In *Méthodes de Recherche en Management.*, 57-80. Paris: Dunod.

CHHOTRAY, V, et STOKER G., (2008). « Investigating Governance Practice: the value of a cross-disciplinary approach ». Paper for Euroloc – Summer School in Local Government Studies.

CHOMIENNE, H., CORBEL P., et DENIS J-P., (2011). « Gestion de la propriété intellectuelle et organisations publiques de recherche : l'éthique à l'épreuve des objectifs de performance ». *Revue française d'administration publique*, n° 140: 677-92.

CHONKO, LB., HOWELL RD., BELLENGER DN. (1986). « Congruence in Sales Force Evaluations: Relation to Sales Force Perceptions of Conflict and Ambiguity ». *Journal of Personal Selling & Sales Management* 6 (1): 35-48.

CHRISTENSEN, T., et FAN Y., (2018). « Post-New Public Management: A New Administrative Paradigm for China? » *International Review of Administrative Sciences* 84 (2): 389-404.

CHRISTENSEN, T., et LAEGREID P., (2007). « The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform ». *Public Administration Review* 67 (6): 1059-66.

- . 2008. « NPM and beyond – structure, culture and demography ». *International Review of Administrative Sciences* 74 (1): 8-22.
- . 2011a. « Democracy and Administrative Policy: Contrasting Elements of New Public Management (NPM) and Post-NPM ». *European Political Science Review* 3 (1): 125-46.
- . 2011b. « Complexity and Hybrid Public Administration—Theoretical and Empirical Challenges ». *Public Organization Review* 11 (4): 407-23.
- CLEGG, S., DA CUNHA J., et CUNHA MP., (2002). « Management Paradoxes: A Relational View ». *Human Relations* 55 (5): 483-503.
- CLOUSE, R.W. (1977). « The Perceived Role of an Administrator in a Multidisciplinary Research, Training, and Service Center Within a University Structure. » Sciences de l'éducation, George Peabody College for Teachers.
- COBLENCÉ, E., et PALLEZ F., (2015). « Nouvelles formes d'innovation publique ». *Revue française de gestion*, n° 251 (novembre) : 97-114.
- CODO, S., et CINTAS C., (2013). « Quand le stress envahit la fonction publique territoriale : une recherche empirique auprès des managers intermédiaires et des managers de proximité ». *Politiques et management public*, n° Vol 30/1 (janvier) : 89-110.
- COLIN, F., (2018). *Droit de la fonction publique : Notion de fonction publique - Carrière du fonctionnaire - Droits et obligations du fonctionnaire*. 5^e éd. Paris : Gualino.
- COMMEIRAS, N., LOUBES A., et FOURNIER C., (2009). « Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon1 ». *Management international* 13 (4) : 73-89.
- CONTANDRIOPOULOS, D., CONTANDRIOPULOUS A-P., VALETTE A., et DENIS J.-L., (2005). *L'hôpital en restructuration. Regards croisés sur la France et le Québec*. Québec : Presses Universitaires de Montréal.
- COTE, N., et DENIS J.-L., (2018). « Exercer son rôle stratégique dans les organisations pluralistes : le cas des cadres intermédiaires du réseau de la santé » 22 (décembre).
- COUSINEAU, M., et DAMART, S., (2014). « Le management des bénévoles : contradiction entre les valeurs associatives et les outils ? Le cas d'une association humanitaire française ». In *Association Gestion des Ressources Humaines*. Chester, United Kingdom.
- CREMIEUX, F., SAULPIC O., et ZARLOWSKI P., (2012). « L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas ». *Journal de gestion et d'économie médicales* Vol. 30 (7) : 419-34.
- CROZET, P, et DESMARAIS C., (2005). « L'encadrement des organisations publiques face à la modernisation managériale : concilier l'inconciliable ? » Communication à la 16^e Conférence de l'AGRH.

- CROZIER, M., et FRIEDBERG E., (1977). *L'acteur et le système*. Sociologie politique. Seuil.
- CROZIER, M., (1963). *Le Phénomène bureaucratique*. Paris, France : Le Seuil.
- CUCCURULLO, C., et LEGA F., (2013). « Effective strategizing practices in pluralistic settings: the case of Academic Medical Centers. » *Journal of Management and Governance* 17 (3) : 609-29.

D

- DAHMANI, A., (2015). « La motivation de service public des gestionnaires publics tunisiens à l'aune de la révolution » *Revue française de gestion*, n° 251 (novembre) : 131-47.
- DAMART, S., et KLETZ F., (2014a). « Le Cadre de Santé Au Cœur Des Contradictions Du Management Public ». Colloque international AIRMAP, Aix-en-Provence, mai.
- . (2014b). « Management public : et si les fins justifiaient les moyens... » Colloque international AIRMAP, Aix-en-Provence, mai.
- DAS, T. K., et TENG B-S., (2000). « Instabilities of Strategic Alliances: An Internal Tensions Perspective ». *Organization Science* 11 (1) : 77-101.
- DATCHARY, C., (2008). « Gérer la dispersion : un travail collectif ». *Sociologie du Travail*, 396-416.
- DE POUVOURVILLE, G., (2010). « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital ». *Le journal de l'École de Paris* 86 (décembre).
- DE SINGLY, C., (2009). « Rapport de la mission cadres hospitaliers ». Ministère de la santé et des Sports.
- DE VAUJANY, F.X., (2006). « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage, Abstract ». *Management & Avenir*, n° 9 : 109-26.
- DE VISSCHER, C., et VARONE F., (2004). « La nouvelle gestion publique "en action" ». *Revue internationale de politique comparée* Vol. 11 (2) : 177-85.
- DEJOUX, C, et A DIETRICH. 2005. *Management par les compétences : le cas Manpower*. Pearson.
- DEMEUR, G., et RIHOUX B., (2002). *L'Analyse Quali-Quantitative Comparée*. Academia Bruylant.
- DEMKE, C., (2005). « Are Civil Servants Different Because They Are Civil Servants? Who Are the Civil Servants—and How? » European Institute of Public Administration.
- DEMKE, C., et BOSSAERT D., (2005). *Main challenges in the field of ethics and integrity in the EU member states*. Maastricht: European Institute of Public Administration.
- DENHARDT, J.V., et CAMPBELL K.B., (2006). « The Role of Democratic values in Transformational Leadership ». *Administration & Society* 38: 556-72.
- DENHARDT, RB, et DENHARDT, J.V., (2003). *The New Public Service: Serving, not Steering*. New York: ME Sharpe.
- DENIS, J-L, LANGLEY A., et ROULEAU L., (2006). « The Power of Numbers in Strategizing ». *Strategic Organization* 4 (4) : 349-77.

- . 2007. « Strategizing in Pluralistic Contexts: Rethinking Theoretical Frames ». *Human Relations* 60 (1): 179-215.
- DENIS, J.-L., LAMOTHE L., et LANGLEY A., (2001). « The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations » *Academy of Management Journal* 44 (4): 809-37.
- DESMARAIS, C., (2002). « Effets de la modernisation de la gestion des ressources humaines sur l'encadrement des villes. » Doctorat en sciences de gestion, Université de Versailles-Saint Quentin.
- . 2003. « Renouveler l'encadrement pour transformer l'organisation? Une recette mise à l'épreuve dans le contexte municipal ». *Revue française d'administration publique* no108 (4) : 617-31.
- DESMARAIS, C., et JAMEUX C., (2001). « L'encadrement dans les collectivités locales : de la responsabilité à la responsabilisation ». *Politiques et Management Public* 19 (3) : 101-19.
- DETCHESSAHAR, M., GENTIL S., GREVIN A., et STIMEC A., (2015). « Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations? » *@GRH* n° 16 (3) : 63-89.
- DETCHESSAHAR, M., et GREVIN A., (2009). « Un organisme de santé... malade de « gestionnisme » ». *Annales des Mines - Gérer et comprendre* N° 98 (4) : 27-37.
- DEYE, M., (1999). « Encadrement intermédiaire : entre malaise et mutations. » *Revue Maîtriser* 552, 17-24.
- DIEFENBACH, T., (2009). « New Public Management in Public Sector Organizations: The Dark Sides of Managerialistic 'Enlightenment' ». *Public Administration* 87 (4) : 892-909.
- DIONNE, S., et RHEAUME A., (2008). « L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières* dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick ». *Revue de l'Université de Moncton* 39 (1-2) : 199-223.
- DIVAY, S., (2010). « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' « absentéisme » dans un hôpital local ». *Sociétés contemporaines* n° 77 (1) : 87-109.
- . 2018. « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation ». *Sciences sociales et sante* Vol. 36 (1) : 39-64.
- DIVAY, S., et GADEA C., (2008). « Les cadres de santé face à la logique managériale ». *Revue française d'administration publique* n° 128 (4) : 677-87.
- . 2015. « Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles ». *Gouvernement et action publique* N° 4 (4) : 81-99.
- DJABI, M., (2014). « Le processus de socialisation des établis face au changement de leur rôle prescrit, le cas des agents de la filière Transport-mouvement de la SNCF ». Doctorat en sciences de gestion, Paris : Université Paris Dauphine.
- DJABI, M., et PERROT S., (2016). « Tensions de rôle : proposition d'une grille d'analyse ». *Management international* 21 (1): 140-48.

- DOWNS, A., (1997). *An Economic Theory of Democracy*. Boston: Pearson.
- DREYFUS, F., (2000). *L'invention de la bureaucratie. Servir l'État en France, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, XVIIe-XXe siècles*. Paris : La Découverte.
- DUJARDIN, P-P., REVERDY T., VALETTE A., et FRANCOIS P., (2016). « Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité : analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet ». *Recherche en soins infirmiers* N° 125 (2) : 46-60.
- DUMAS, M., et RUIILLER C., (2011). « Quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain : un métier à « panser » ». XXIIème Congrès de l'AGRH.
- . 2013. « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? » *Revue de gestion des ressources humaines* N° 87 (1) : 42-58.
- DUMEZ, H., (2010). « Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion - Ou que répondre à la question : « quelle est votre posture épistémologique ? » » *Le Libellio d'Aegis* 6 (4): 3-16.
- DUNLEAVY, P., et HOOD C., (2009). « From Old Public Administration to New Public Management ». *Public Money & Management* 14 (janvier) : 9-16.
- DUPUIS, J., (2015). « Le cadre dirigeant public, entre logique de gestion et logique managériale ». *Revue française de gestion*, n° 251 (novembre) : 149-64.
- DURAND, J., (2007). *Le cadre de sante acteur incontournable dans le système hospitalier*. Fonction Cadre De Sante. Paris : Lamarre.

E

- EGERBERG, M., et TRONDAL J., (2016). « Why Strong Coordination at One Level of Government Is Incompatible with Strong Coordination Across Levels (and How to Live with It): The Case of the European Union ». *Public Administration* 94 (3): 579-92.
- EISENHARDT, KM., (1989). « Building Theories from Case Study Research ». *The Academy of Management Review* 14 (4): 532-50.
- . 1991. « Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic ». *The Academy of Management Review* 16 (3): 620-27.
- ELIAS, N., (1998). *On Civilization, Power, and Knowledge: Selected Writings*. Chicago; London: University of Chicago Press.
- EMERY, Y., et GIAUQUE D., (2005). *Paradoxes de la gestion publique*. Conception et dynamique des organisations : Gestion, Management, Entreprises.
- EMERY, Y., et MARTIN N., (2008). « Quelle identité d'agent public aujourd'hui ». *Revue française d'administration publique*, n° 127: 559-78.

ENGESTROM, Y., (2001). « Expansive Learning at Work: Toward an Activity Theoretical Reconceptualization ». *Journal of Education and Work* 14 (1): 133-56.

F

FACAL, J., et MAZOUZ B., (2013). « L'imputabilité des dirigeants publics, The accountability of public managers. Theoretical elements and observations drawn from the Quebec experience ». *Revue française de gestion*, n° 237 : 117-32.

FAYOL, H., (1916). *Administration industrielle et générale*. Paris: Dunod.

FERLIE, E., HARTLEY J., et MARTIN S., (2003). « Changing Public Service Organizations: Current Perspectives and Future Prospects ». *British Journal of Management* 14 (s1): S1-14.

FERONI, I., et 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* Vol. 46 (3) : 469-94.

FLOYD, SW., et WOOLDRIDGE B., (1994). « Dinosaurs or Dynamos? Recognizing Middle Management's Strategic Role ». *The Academy of Management Executive (1993-2005)* 8 (4): 47-57.

FORD, JD., et FORD LW., (1994). « Logics of Identity, Contradiction, and Attraction in Change ». *The Academy of Management Review* 19 (4): 756-85.

FORD, JD., et FORD LW., (2009). « Decoding Resistance to Change ». *Harvard Business Review* 87 (4): 99-103.

FORD, NM., WALKER OC., et CHURCHILL GA., (1975). « Expectation-specific measures of the intersender conflict and role ambiguity experienced by industrial salesmen ». *Journal of Business Research* 3 (2) : 95-112.

FORTIER, I., (2010a). « La « réingénierie de l'État », réforme québécoise inspirée du managérialisme ». *Revue française d'administration publique* n° 136 (4) : 803-20.

———. (2010b). « Expérience des réformes et transformation de l'ethos de service public dans l'administration publique québécoise ». *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, n° 19 (janvier) : 71-86.

———. (2013). « Ethos public et quête de sens dans cette ère de réforme : le NMP, ses critiques et les luttes pour la reconnaissance d'une spécificité du secteur public ». *@GRH* n° 9 (4) : 157-98.

FORTIER, I., EMERY Y., et ROLDAN R., (2016). « Des conditions et enjeux de la politisation de l'administration publique au regard de l'ethos public : une étude comparée (Canada/Suisse) de l'expérience des cadres dirigeants ». *Gestion et management public* Volume 4 / n° 4 (2) : 75-98.

FOUTAIN, JE., (2001). « Paradoxes of Public Sector Customer Service ». *Governance* 14 (1) : 55-73.

FOX, CJ., (1996). *Reinventing government as postmodern symbolic politics*. Vol. 56. 3 vol. Public Administration Review.

FRANCHISTEGUY-COULOUME, I., (2015). « Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation ». *Projectique* n°13 (1): 37-50.

FREDERICKSON, HG, et SMITH KB, (2003). *The Public Administration Theory Primer*. Boulder, CO: Westview Press.

FRENCH, JR. P., Jr, et CAPLAN RD., (1972). « Organizational stress and individual strain ». In A. Marrow (Eds.), *The failure of success*, 30-66. New York: AMOCOM.

FUSULIER, B., (2011). « Le concept d'éthos : de ses usages classiques à un usage renouvelé ». *Recherches sociologiques et anthropologiques* 42 : 97.

G

GADEA, C., (2013). *Les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels*. Armand Colin.

GAGNON, C-Y., (2011). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. 2ème édition. Québec : Presses de l'Université du Québec.

GANGLOFF, F., (2009). « Le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle. La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit », *Communication au congrès AFC*, mai.

GARDET, E., et GANDIA R., (2014). « Les modalités de résolution de conflits au sein de réseaux d'innovation ». *Revue française de gestion* N° 240 (3) : 45-61.

GARDON, S., et VERDIER É., (2015). « Les configurations du travail politique régional : des modèles à l'épreuve des incertitudes ». *Revue française d'administration publique* N° 154 (2) : 423-36.

GARFINKEL, H., (1991). *Studies in Ethnomethodology*. Wiley.

GAUDRON, P., (2014). « Réforme des organisations pluralistes ». In *Encyclopédie de la stratégie*, MARTINET A-C et al, 953-68. Vuibert.

GAVARD-PERRET, M-L, GOTTELAND D., HAON C., et JOLIBERT A., (2012). *Méthodologie de la recherche*. Montreuil (Seine-Sai: PEARSON.

GEERTZ, C., (1983). *Local knowledge. Further essays in interpretive anthropology*. New York : Basic Books.

GENIEYS, W. (2008). *L'Élite des politiques de l'État*. Paris, France : Presses de Sciences Po.

GEORGESCU, I., (2009). « La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français. » *Université de Montpellier I*, Thèse en sciences de gestion.

- GIAUQUE, D., RESENTERRA F., et SIGGEN M., (2010). « Manager par le sens ou par l'incitation ? Résultats provenant d'organisations publiques cantonales et municipales suisses ». *Congrès de la Société Québécoise de Sciences Politiques*, mai, 30.
- GLASER, B. G, et STRAUSS A.S., (1967). *The discovery of grounded theory*. London: Aldine.
- GLASERSFELD, E.V., (2001). « The radical constructivist view of science. » *Foundations of Science, special issue on Impact of Radical Constructivism on Science* 6 (1-3): 31-43.
- GLOUBERMAN, S., et MINTZBERG H., (2001). « Managing the Care of Health and the Cure of Disease--Part I: Differentiation ». *Health Care Management Review* 26 (1): 56-69; discussion 87-89.
- GOULDNER, A W., (1954). *Patterns of industrial bureaucracy / by Alvin W. Gouldner*. Glencoe, Ill. : Free Press.
- GOZLAN, G., (2016). « Le case management en santé mentale ». In *Les paradoxes du management par le sens*, Trosa S., Bartoli A., Migaud D., 27-34. Profession cadre service public. Presses de l'EHESP.
- GRENIER, C., et BERNARDINI-PERINCILOLO J., (2015). « Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles, The hybrid manager : passing-actor or closure-actor at the institutional frontiers. The case of the Hospital clinical manager ». *Revue française de gestion*, n° 250 (septembre) : 125-38.
- GRIMA, F., (2000). *Ambiguïté et conflit de rôle au travail : une proposition d'un modèle explicatif synthétique*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Évry-Val-d'Essonne.
- . (2004). « Faire face au conflit de rôle : analyse des stratégies d'ajustement des responsables de formation professionnelle continue (RFPC). » *Revue de gestion des ressources humaines*, n° n° 52 (juin) : 47-62.
- GRIMAND, A., VANDANGEON-DERUMEZ I., et SCHAFER P., (2014). « Manager les paradoxes de la RSE ». *Revue française de gestion* N° 240 (3) : 133-48.
- GUBA, EG., et LINCOLN YS., (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- GUBA, EG., LINCOLN YS et DENZIN N.K., (1998). « Competing Paradigms in Qualitative Research ». In *the Landscape of Qualitative Research*, 195-220. London: Sage.
- GUEDRI, Z., HUSSLER C., et LOUBARESSE E., (2014). « Contradictions, paradoxes et tensions en contexte(s) ». *Revue française de gestion*, n° 240 (mai) : 13-28.
- GUEYE, M., (2011). « L'animation d'un projet participatif dans un CHU, unifié autour d'un sens partagé. » In *Le management par le sens au service du bien public*, Trosa S., Bartoli A., Migaud D. Profession cadre service public. SCEREN-CNDP.
- GUILLY, J-P, et TORRE A., (2000). *Dynamiques de proximité*. Paris : L'Harmattan.

GUILMOT, N., et VAS A., (2012). « Les cadres intermédiaires au cœur du sensemaking ». *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* Vol. XVIII (45) : 77-99.

H

HABIB, J., et VANDANGEON DERUMEZ I., (2015). « Le rôle du leader forme dans la transformation des organisations pluralistes ». *Revue française de gestion* N° 247 (2): 45-66.

HALES, C.P., (1986). « What Do Managers Do? A Critical Review of the Evidence ». *Journal of Management Studies* 23 (1): 88-115.

Hays, SW., et KEARNEY RC., (1997). « Riding the crest of a wave: the national performance review and public management reform ». *International Journal of Public Administration* 20 (1) : 11-40.

HEGEL, G.W.F., (1940). *Principes de la philosophie du droit (1821), 1940*. 148. Gallimard.

HELLAWELL, D., et HANCOCK N., (2001). « A case study of the changing role of the academic middle manager in higher education: between hierarchical control and collegiality? » *Research papers in education* 16 (2) : 183–197.

HLADY RISPAL, M., (2002). *La méthode des cas. Applications à la recherche en gestion*. Bruxelles: De Boeck.

HOGGET, P., (2005) « *Service to the public: The containment of ethical and moral conflicts by public bureaucracies* ». In Paul du Gay (ed.) *The Values of Bureaucracy*, Oxford, Oxford University Press.

HOGGET, P., (1996). « New Modes of Control in the Public Service ». *Public Administration* 74 (1) : 9-32.

HOLLET, S., (2002). « Une contribution à la compréhension du phénomène de stress de la force de vente : la notion d'épuisement professionnel ». Grenoble : Université Montpellier.

HONDEGHEM, A., et VANDENABEELE W., (2005). « Valeurs et motivations dans le service public ». *Revue française d'administration publique* no115 (3) : 463-79.

HOOD, C., (1995). « Contemporary Public Management : A New Global Paradigm ? » *Public Policy and Administration* 10 (2) : 104-17.

HOUSE, RJ., et RIZZO JR. (1972). « Toward the measurement of organizational practices: Scale development and validation ». *Journal of Applied Psychology* 56 (5): 388-96.

HOUSE, RJ., SCHULER R S., et LEVANONI E., (1983). « Role conflict and ambiguity scales: Reality or artifacts? » *Journal of Applied Psychology* 68 (2): 334-37.

HUBERMAN, A-M, et MILES MB., (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck.

HUDON, P-A, et MAZOUZ B., (2014). « Le management public entre « tensions de gouvernance publique » et « obligation de résultats » : Vers une explication de la pluralité du management public par

la diversité des systèmes de gouvernance publique ». *Gestion et management public* me 3 / n°2 (4) : 7-22.

HUGREE, C., PENISSAT É., et SPIRE A., (2015). « Les différences entre salariés du public et du privé après le tournant managérial des États en Europe ». *Revue française de sociologie* Vol. 56 (1) : 47-73.

HURON, D., et SPIETH G., (2013). « Valeurs publiques et formations universitaires : le cas des masters en management public ». *Gestion et management public* Volume 2/n°1 (3): 31-54.

HUSSERL E., (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy*. Northwestern University Press.

HUYNEN, C., (1997). « La proximité dans l'esprit du temps ». *Recherches en communication*, n° 7 : 181-98.

JACKSON, SE, et SCHULER RS., (1985). « A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings ». *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 36 (1): 16-78.

JACOB, M-R., et ROUZIES A., (2014). « Ensemble mais différents : ambivalence et mimétisme dans les dynamiques d'identification organisationnelle au sein des équipes composites ». *Revue française de gestion* 240 : 149-64.

JAIN SURANA, S., et SINGH A., (2013). « The impact of role stressors and work overload on job burnout ». *Int. J. of Intelligent Enterprise* 2 (Janvier): 64-83.

JAMES, W., (1890). *The principles of psychology*. Vol. 1. American science series. New York: Henry Holt and Company.

JARZABKOWSKI, P., (2004). « Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use ». *Organization Studies* 25 (4): 529-60.

J

JARZABKOWSKI, P., et FENTON P., (2006). « Strategizing and organizing in pluralistic contexts ». *Long Range Planning* 39 (6): 631-48.

JAY, J., (2012). « Navigating Paradox as a Mechanism of Change and Innovation in Hybrid Organizations ». *Academy of Management Journal* 56 (1) : 137-59.

JOLIVET, T., (1991). « La Gestion de la maîtrise dans l'industrie : formation et nouvelle définition de la fonction ». Thèse de doctorat en sciences de gestion, Paris : Université Paris 1.

———. 2001. « La Gestion de la maîtrise dans l'industrie : formation et nouvelle définition de la fonction ». Doctorat en sciences de gestion, Panthéon- Sorbonne : Université de Paris I.

JØRGENSEN, TB, et BOZEMAN B., (2007). « Public Values: An Inventory ». *Administration & Society* 39 (3): 354-81.

JOSSERAND, E., (2004). « Du bureaucrate au stratège : la difficile transition de rôles des ressources humaines dans le secteur public ». *Management international* 9 (1): 37-48.

K

KAHN, RL, WOLFE DM., QUINN RP, SNOEK JD, et ROSENTHAL RA., (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley, New York.

KANTER, R Moss., (1982). « Middle manager as innovator ». *Harvard Business Review* 60 (4): 95-105.

KATZ, D., et KAHN RL., (1967). « The Social Psychology of Organizations. » *American Journal of Sociology* 72 (6): 677-677.

———. 1978. *The Social Psychology of Organizations*. 2nd Edition. John Wiley & Sons.

KIDDER, T., (2000). *The Soul of a New Machine*. New York: Back Bay Books.

KINDER, T., 2012. « Learning, Innovating and Performance in Post-New Public Management of Locally Delivered Public Services ». *Public Management Review* 14 (3) : 403-28.

KLETZ, F., et LENAY O., (2008). « Du statut au métier: l'encadrement y gagne-t-il en reconnaissance ? » *Revue française d'administration publique* n° 128 (4) : 689-701.

KNILL, C., (2001). *The Europeanisation of National Administrations. Patterns of Institutional Change and Persistence*. Cambridge : Cambridge University Press.

KOLLTVEIT, K., (2015). « Strengthening of the Executive Centre: Looking beyond NPM as the Explanation for Change ». *International Review of Administrative Sciences* 81 (1) : 18-36.

L

LABIT, A., LE SAOUT P., et SAULNIER JP., (2002). « Les agents de maîtrise industrielle : une identité professionnelle éclatée ». In *L'encadrement intermédiaire. Les contraintes d'une position ambivalente*. Paris : L'Harmattan.

LACHMANN, H., LAROSE C., et PENICAUD M., (2010). « Rapport Lachman : Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail ». Ministère du travail.

LAFORTE, D., et GODIN R., (2001). « Vers un nouveau profil de cadre en management public (Australie, Canada, France, Royaume-Uni) ». *Télescope* 8 (3) : 1-16.

LALANDE, A., (2006). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. 2ème édition. Paris : Presses Universitaires de France - P.U.F.

LAMARZELLE, D., (1999). *Les cadres de la territoriale vers la démarche cadre dans le secteur public*. Montreuil : Édition du Papyrus.

- LAMRANI, MY., (2016). « Rôle de la GRH dans la participation des cadres intermédiaires à la mise en œuvre des réformes publiques : Le cas du Plan Maroc Vert ». Doctorat en sciences de gestion, Montpellier : Université Montpellier.
- LANGLEY, A., (2010). « Les entrevues HEC Montréal - Les organisations pluralistes ont une culture de gestion qui leur est propre ». *Économie*, 12 mai 2010.
- LAUFER, R., et BURLAUD A., (1980). *Management public*. Dalloz.
- LAZARUS, RS., et FOLKMAN S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Co Inc.
- LE BIHAN, J., (2008a). « La catégorie de fonctionnaires intermédiaires au XIXe siècle. Retour sur une enquête ». *Genèses* n° 73 (4) : 4-19.
- LE GOFF, T., et FRIEZ A., (2018). « L'emploi dans la fonction publique au 31 décembre 2017 : (premiers résultats) ». *Stats rapides* n° 43.
- LE MOIGNE, J-L., (1995). *Les Épistémologies constructivistes*. Paris : Presses Universitaires de France - P.U.F.
- . (2001). *Le Constructivisme, Tome 1 : Les Enracinements*. Paris : L'Harmattan.
- LE MOIGNE, J-L., et MORIN E., (2007). « Les sciences d'ingénium, enjeux épistémologiques. » In *Intelligence de la complexité – Épistémologie et pragmatique*, 339-63. La Tour d'Aigues : Éditions de l'aube.
- LE SAOUT, P, et SAULNIER JP., (2002). *L'encadrement intermédiaire. Les contraintes d'une position ambivalente*. Paris : L'Harmattan.
- LEGALAIS, L., et MORALES J., (2014). « Interfaces, narrations et légitimation de la financiarisation ». *Revue française de gestion* N° 240 (3): 165-84.
- LEMAY, L., (2009). « The Practice of Collective and Strategic Leadership in the Public Sector ». *The Innovation Journal : The Public Sector Innovation Journal*, 4 (1) : 1-19.
- LEROUX-HUGON, V., et KNIBIEHLER Y., (1992). *Des saintes laïques : les infirmières à l'aube de la Troisième République*. Paris, France : Sciences en situation.
- LETONDAL, A.M., (1997). *L'encadrement de proximité - Quels rôles dans les changements d'organisation ? Ed. Anact, Paris*. Paris: ANACT.
- LEWIS, MW., (2000). « Exploring Paradox: Toward a More Comprehensive Guide ». *The Academy of Management Review* 25 (4): 760-76. <https://doi.org/10.2307/259204>.
- LINTON, R., (1945). *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris: Dunod.
- LODGE, M., et GILL D., (2011). « Toward a New Era of Administrative Reform? The Myth of Post-NPM in New Zealand ». *Governance* 24 (1): 141-66.
- LOSCHAK, D., (1976). « Principe hiérarchique et participation dans la fonction publique ». *Bulletin de l'Institut International d'Administration Publique*, n° 37 : 121-203.

LOUART, P., et BEAUCOURT C., (2003). « Gérer la motivation dans le secteur public : par les valeurs, les assurances ou les incitations ? » In *La motivation au travail dans les services publics*, Duveillier T. ; Genard J-L. ; Piraux A., 169-90. L'Harmattan.

LOUART, P., et BENMEDHI A., (1984). « La maîtrise d'atelier : limites des approches formelles en littérature de gestion ». Cahiers de la recherche de l'IAE de Lille.

LOUBES, A., (1997). *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel : une étude empirique*. Montpellier 2.

LOWERY, D., (1998). « Consumer Sovereignty and Quasi-Market Failure ». *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART* 8 (2): 137-72.

LÜSCHER, LS., et LEWIS MW., (2008). « Organizational Change and Managerial Sensemaking: Working through Paradox ». *The Academy of Management Journal* 51 (2) : 221-40.

M

MACLOUF, E., et DE FABREGUES M., (2015). « Quand la rationalité des gestionnaires publics sauve l'organisation ». *Revue française de gestion*, n° 250 (septembre) : 159-75.

MAIGNAN, M., ARNAUD C., et CHATEAU TERRISSE P., (2018). « La gestion des tensions organisationnelles dans les coopératives multi sociétaires à vocation sociale : le cas d'une Société Coopérative d'Intérêt Collectif dans le secteur du logement social ». *Management international* 22 (2) : 128-43.

MAILLARD, C., (1986). *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment l'hôpital est devenu une filière d'État*. Paris : Dunod.

MALO, M-C., VEZINA M., et AUDEBRAND L., (2013). « Dynamiques relationnelles et tensions dans le cycle de vie des coopératives », In M-J. Brassard et E. Molino (sous la direction de), *L'étonnant pouvoir des coopératives*. » International des Coopératives.

MALTAIS, D., et MAZOUZ B., (2004). « À nouvelle gouvernance, nouvelles compétences ». *Gestion* Vol. 29 (3) : 82-92.

MANNING, N., et MCCOURT W., (2013). « La stratégie de gestion du secteur public de la banque mondiale ». *Revue Internationale des Sciences Administratives* Vol. 79 (3) : 415-22.

MARCH, J.G, et SIMON H. A., (1958). *Organizations*. New York: Wiley.

MARTIN, E., (2012). « Manager en dernier ressort : le travail de l'encadrement de proximité à EDF ». Doctorat en sociologie, Paris, France : École des Hautes Études en Sciences Sociales.

MARTINET, A-C, DAVID A., HATCHUEL D., et LAUFER R., (2000). « Épistémologie de la connaissance praticable : exigences et vertus de l'indiscipline. » In *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, 111-24. Paris : Vuibert.

- MAZOUZ, B., et BELHOCINE N., (2002). « Partenariats public-privé : une équation à résoudre par la gestion de projets. » *Sources ENAP*, 7-9.
- MAZOUZ, B., GARZON C., et PICARD P., (2012). « Les déviations dans les organisations publiques en quête de performance. Vers une gestion prophylactique des risques de déviance ». *Management international* 16 (3) : 92-100.
- MAZOUZ, B., ROUSSEAU A., et SPONEM S., (2015). « Les gestionnaires publics à l'épreuve des résultats ». *Revue française de gestion*, n° 251 (novembre): 89-95.
- MCDONOUGH, P., (2006). « Habitus and the Practice of Public Service ». *Work, Employment and Society* 20 (4): 629-47.
- MCGREGOR, D., (1960). *The Human Side of Enterprise*. McGrawHill.
- MEAD, GH., (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- MERIADE, L., (2016). « Les simplifications instrumentales et processuelles : un dispositif de gestion des tensions de gouvernance publique à l'université ». *Revue française d'administration publique*, n° 157 (juin) : 131-144.
- MERIADE, L., ROCHETTE C., et TALBOT D., (2019). « Vers un management des tensions de gouvernance publique dans les établissements de santé ? » *Innovations* N° 60 (3): 169-99.
- MERRIEN, F-X., (1999). « La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique ». *Lien social et Politiques*, n° 41: 95-103.
- MERTON, RK., (1957). *Social Theory and Social Structure*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- MICHAUD, V., (2013). « Business as a pretext? Managing social-economic tensions on a social enterprise's websites ». *M@n@gement* Vol. 16 (3) : 294-331.
- MIGAUD, D., et BERTRAND J-M., (2011). « Le rapport public annuel de la Cour des Comptes ». Cour des Comptes.
- MILES, RH., (1976). « A Comparison of the Relative Impacts of Role Perceptions of Ambiguity and Conflict by Role ». *Academy of Management Journal* 19 (1) : 25-35.
- MINTZBERG, H., (1973). *Le Manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris : Les Éditions d'Organisation.
- MINTZBERG, H., (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.
- MISPELBLOM, B., (2010). *Encadrer, un métier impossible ?* 2e édition. Paris : Armand Colin.
- MOISDON, J. C., (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Seri Arslan
- MOORE, MH. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.
- MORLEY, K., et VLAKINAS T. (1997). « Public sector executive development in Australia: 2000 and beyond ». *International Journal of Public Sector Management* 10 (6): 401-16.

MOYNIHAN, DP, PERRY JL, et HONDEGHEM A, (2008a). « The normative model in decline? Public service motivation in the age of governance ». In *Motivation in Public Management: The Call of Public Service*, 247–267. Oxford: Oxford University Press.

MUTIS, MC., (2008). « An examination of the role dimensions of the community college department chairperson. » Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Roosevelt University : Chicago.

N

NIOCHE, J-P., (1982). « Science administrative, management public et analyse des politiques publiques ». *Revue française d'administration publique : publication trimestrielle*, Revue française d'administration publique : publication trimestrielle. - Paris : Documentation Française - Vol. 24.1982, p. 635-649, 24.

NOGUERA, F., et LARTIGAU J., (2009). « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives ». *Management Avenir* n° 25 (5) : 290-314.

NOIREAUX, V., et POIREL C., (2014). « Contre-pouvoir et stratégies collectives. Comment contrer le pouvoir d'un puissant partenaire dans le canal de distribution ? » *Revue française de gestion* 40 (avril) : 81-95.

NONAKA, I., (1988). « Toward Middle-Up-Down Management : Accelerating Information Creation ». *Sloan Management Review* 29-3 : 9-18.

O

O'DONNELL, A, VESIN P., et PERRIER P., (2011). « Manager de proximité, non merci ! » *Entreprise & Personnel*, n° 297.

ONGARO, E., (2008). « The reform of public management in France, Greece, Italy, Portugal and Spain ». *International Journal of Public Sector Management* 21 (2): 101-117.

ÖRTQVIST, D., et WINCENT J., (2006). « Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review. » *International Journal of Stress Management* 13 (4): 399.

OSBORNE, D., et GAEBLER T., (1993). *Reinventing Government: How the ... Changing Environment*. Montreal: Kingston, McGill-Queens's University Press.

OSBORNE, SP., (2006). « The New Public Governance? » *Public Management Review* 8 (3): 377-87.
———. 2009. *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London ; New York : Routledge.

P

- PAILLE, P., et MUCCHIELLI A., (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- PARK, SM., et JOAQUIN M.E., (2012). « Of Alternating Waves and Shifting Shores: The Configuration of Reform Values in the US Federal Bureaucracy ». *International Review of Administrative Sciences* 78 (3): 514-36.
- PARSONS, T., (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- PECHEUR, B., (2013). *Rapport Pêcheur*. Ministère de la fonction publique.
- PECQUEUR, B., et ZIMMERMAN J-B., (2004). *Économie de proximités*. Paris : Hermès.
- PERRET, V., et JOSSERAND E., (2003). *Le paradoxe : Penser et gérer autrement les organisations*. HEC Spécialité. Ellipses Marketing.
- PERROT, S., (1999). « Identification des différentes formes de conflits de rôles : le cas des jeunes diplômés nouvellement embauchés ». Xème congrès de l'AGRH.
- . 2001. *L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés*. Economica.
- PERRY, JL., (1996). « Measuring public service motivation: an assessment of construct reliability and validity ». *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1996.
- PETTIGREW, AM., (1987). « Context and Action in the Transformation of the Firm ». *Journal of Management Studies* 24 (6) : 649-70.
- PIAGET, J., (1967). *Logique et connaissance scientifique*. Paris : Gallimard.
- PILLON, J-M., (2014). « Les Rendements du chômage. Mesures du travail et travail de mesure à Pôle emploi », Sociologie, Paris : Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense.
- PODGER, A., (2007). « What Really Happens: Department Secretary Appointments, Contracts and Performance Pay in the Australian Public Service ». *Australian Journal of Public Administration* 66 (juin) : 131-47.
- PONT, S., VOYNET FOURBOUL C., et BOURNOIS F., (2002). « L'analyse des données qualitatives assistée par ordinateur : une évaluation ». *Revue Française de Gestion* 28 (137) : 71-84.
- POISSON, M., (1998). *Origines républicaines d'un modèle infirmier : 1870-1900 : histoire de la profession infirmière en France*. Vincennes, France: Éditions Hospitalières.
- POLLITT, C., (1995). « Justification by Works or by Faith? Evaluating the New Public Management ». *Evaluation* 1 (2): 133-54.
- . (2001). « Convergence: The Useful Myth? » *Public Administration* 79 (4): 933-47.
- . (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. 3^e éd. Oxford; New York: OUP Oxford.

POLLITT, C., et BOUCKAERT G., (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press.

———. (2011). *Continuity and Change in Public Policy and Management*. Edward Elgar Publishing.

POOLE, MS, et VAN DE VEN AH., (1989). « Using Paradox to Build Management and Organization Theories ». *The Academy of Management Review* 14 (4): 562-78.

POPPER, K R. (1959). *The Logic of Scientific Discovery*. Routledge.

RAGIN, C.C., (1987). *The Comparative Method*. Californie: University of California Press.

RALLET, A., (2002). « L'économie de proximités ». *Études et Recherches sur les Systèmes Agraires et le Développement*, 11-25.

R

RANDON, S., (2015). *L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier*. Lyon 3.

RANDON, S., BARET C., et PRIOUL C., (2011). « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale ». *Management Avenir* N° 49 (9) : 133-49.

RASCOL-BOUTARD, S., (2015). « Le Management Par Le Sens : Mise En Œuvre Éventuelle et Effets Potentiels - Une Étude Exploratoire Dans Le Secteur Public Local ».

RAVEYRE, M., et UGHETTO P., (2003). « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières ». *Revue française des affaires sociales*, n° 3 : 95-119.

RAYNER, J., WILLIAMS HM., LAWTON A., et ALLINSON CW., (2011). « Public Service Ethos: Developing a Generic Measure ». *Journal of Public Administration Research and Theory* 21 (1) : 27-51.

REINHARDT, S., (2011). « Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ? » Doctorat en sciences sociales, Paris : Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis.

REITER, R., et KLENK T., (2019). « Les multiples significations du « post-NMP » – analyse documentaire systématique ». *Revue Internationale des Sciences Administratives* Vol. 85 (1) : 13-29.

REMY, J., VOYE L., et SERVAIS E., (1978). *Produire ou reproduire*. Vol. Tome 1. Bruxelles : Vie Ouvrière.

REYES, G., (2013). « L'ambiguïté des rôles du pharmacien titulaire d'officine française : une lecture par l'identité de métier ». *Management international* 17 (4): 163-77.

RHOADS, GK., SINGH J., et GOODELL PW., (1994). « The Multiple Dimensions of Role Ambiguity and Their Impact upon Psychological and Behavioral Outcomes of Industrial Salespeople ». *The Journal of Personal Selling and Sales Management* 14 (3): 1-24.

- RHODES, R.W., et WANNA J., (2007). « The Limits to Public Value or Rescuing Responsible Government from the Platonic Guardians ». *Australian Journal of Public Administration* 66 (4): 406-21.
- RIVIERE, A., (2012). « Le cadre de santé à l'interface entre management et soin : tensions de rôle et stratégies d'ajustement ». Communication au 23ème Congrès de l'AGRH.
- RIVIERE, A., COMMEIRAS N., et LOUBES A., (2013). « Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital ». *Journal de gestion et d'économie médicales* 31 (2) : 142-62.
- RIZZO, JR., HOUSE RJ., et LIRTZMAN SI., (1970). « Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations ». *Administrative Science Quarterly* 15 (2): 150-63.
- ROBINSON, M., (2015). « From Old Public Administration to the New Public Service Implications for Public Sector Reform in Developing Countries ». *UNDP Global Centre for Public Service Excellence*, 2015.
- ROCHEBLAVE-SPENLE, A-M., (1969). *La notion de rôle en psychologie sociale - Étude historico-critique*. Presses Universitaires de France - P.U.F., Bibliothèque Scientifique Internationale.
- ROCHETTE, C., (2015). « La marque publique entre nouvelles pratiques et valeurs publiques ». *Revue Internationale des Sciences Administratives* Vol. 81 (2) : 341-59.
- . (2016). « Tensions et marques publiques ». Workshop Clermont Management, Clermont-Ferrand, mai.
- ROCHETTE, C., MERIADE L., et TALBOT D., (2017). « Les effets de la Proximité sur l'exécution des politiques publiques : L'exemple d'un Centre de Lutte contre le Cancer (CLCC) ». *Revue Politiques et Management Public* 34 (1-2): 143-62.
- ROETHLISBERGER, F.J., et DICKSON W.J., (1939). *Management and the Worker*. Cambridge : MA : Harvard University Press.
- ROETHLISBERGER, F.J. (1976). « Le contremaître, maître et victime de la conversation d'un double jeu ». In *PIGORS R., MYERS C.A. & MALM F.T, La gestion des ressources humaines*, 191-201. Paris : Ed. Hommes et Techniques.
- RONDEAUX G., EMERY Y., et GIAUQUE D., (2007). « L'identité des agents face aux réformes publiques : pertes de repères ou nouvelles racines ? » In *Dilemmes de la GRH publique.*, 65-87. Lausanne : LEP.
- ROULEAU, L., (1999). « Le malaise du management intermédiaire en contexte de réorganisation. » *Gestion* 24 (3): 96-101.
- . (2005). « Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day ». *Journal of Management Studies* 42 (7): 1413-41.
- ROULEAU, L., et BALOGUN J., (2011). « Middle Managers, Strategic Sensemaking, and Discursive Competence ». *Journal of Management Studies* 48 (5) : 953-83.

ROULET, T., (2015). « Qu'il est bon d'être méchant ! - Paradoxe de l'illégitimité organisationnelle dans le contexte des banques d'investissement ». *Revue Française de Gestion* 41 (248) : 41-55.

ROYAL, L., (2007). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*. Thèse de doctorat en administration de l'éducation. Montréal : Université de Montréal.

ROYAL, L., et BRASSARD A., (2010). « Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés, Understanding and preventing role strain in order to promote employee well-being. ». *Gestion* 35 (3) : 27-33.

S

SAFON, M.O., (2015). « Historique des réformes hospitalières en France ». Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé.

SAINT-MARTIN, D., (1998). « The New Managerialism and the Policy Influence of Consultants in Government: An Historical–Institutionalist Analysis of Britain, Canada and France ». *Governance* 11 (3): 319-56.

SAKIRE, J., DOHERTY A., et MISENER K., (2009). « Role Ambiguity in Voluntary Sport Organizations ». *Journal of Sport Management* 23 (5) : 615-43.

SAULNIER, J-P., et LE SAOUT R., (2002). *L'encadrement intermédiaire : Les contraintes d'une position ambivalente*. Editions L'Harmattan.

SAVAS, E. S., et SAVAS E.S., (1999). *Privatization and Public-Private Partnerships*. 2nd edition. New York: Chatham House.

SAWYER, J.E., (1992). « Goal and process clarity: Specification of multiple constructs of role ambiguity and a structural equation model of their antecedents and consequences ». *Journal of Applied Psychology* 77 (2): 130-42.

SCHILIT, W.K., (1987). « An Examination of the Influence of Middle-Level Managers in Formulating and Implementing Strategic Decisions ». *Journal of Management Studies* 24 (3): 271-93.

SCLAR, E.D., (2001). *You Don't Always Get What You Pay For: The Economics of Privatization*. A Century Foundation Book. Ithaca, NY: Cornell University Press.

SEO, M-G., et CREED W.E.D., (2002). « Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective ». *The Academy of Management Review* 27 (2): 222-47.

SILVERMAN, D., (1973). *La théorie des organisations*. Paris: Dunod.

SIMMEL, G., (1979). « « Digression sur l'étranger » ». In *Grafmeyer Y. & Joseph I, L'École de Chicago, naissance de l'écologie urbaine*, p.53-77. Paris: Ed. Du Champ urbain.

SIMON, H. A., (1945). *Administrative Behavior*. Free Press.

SINGH, J, et RHOADS G.K., (1991). « Boundary role ambiguity in marketing-oriented positions: A multidimensional, multifaceted operationalization ». *Journal of Marketing Research* 28 (3): 328-38.

SMITH, W. K., GONIN M., et BESHAROV M.L., (2013). « Managing Social-Business Tensions: A Review and Research Agenda for Social Enterprise ». *Business Ethics Quarterly* 23 (3): 407-42.

SMITH, W. K., et LEWIS M.W., (2011). « Toward a Theory of Paradox: A Dynamic equilibrium Model of Organizing ». *Academy of Management Review* 36 (2): 381-403.

SMITH, W. K., et TUSHMAN M.L., (2005). « Managing Strategic Contradictions: A Top Management Model for Managing Innovation Streams ». *Organization Science* 16 (5): 522-36.

SOH, C., KIEN S. S., et TAY-YAP J., (2000). « Cultural Fits and Misfits: Is ERP a Universal Solution? » *Commun. ACM* 43: 47-51.

SRAJEK, B., (2003). « Revalorisation du rôle managérial de l'encadrement de proximité: cas d'expérimentations ». Doctorat en sciences de gestion, Lyon: Université Lyon 2.

STEINER, P., (2017). « Le concept de tension dans la sociologie de Weber ». *L'Année sociologique* Vol. 67 (1): 161-88.

STEURER, R., (2007). « From Government Strategies to Strategic Public Management: An Exploratory Outlook on the Pursuit of Cross-Sectoral Policy Integration ». *European Environment* 17 (3) : 201-14.

STOHL, C., et CHENEY G., (2001). « Participatory Processes/Paradoxical Practices: Communication and the Dilemmas of Organizational Democracy ». *Management Communication Quarterly* 14 (3): 349-407.

TABI, M.T., et VERDON D., (2015). « Les valeurs ont-elles une place dans le management des services publics ? Do values play a role in the management of public services? Lessons from a research-action ». *Revue française de gestion*, n° 250 (septembre): 105-24.

TAKAGI, J., (2006). « L'évolution du management des médecins américains ». *Revue française de gestion* n° 168-169 (9): 55-81.

TALBOT, D., (2008). « Les institutions créatrices de proximités ». *Revue d'économie Régionale Urbaine* octobre (3): 289-310.

———. (2018). « Proximités et contrôles ». *Revue d'économie Régionale Urbaine* Décembre (5): 1099-1119.

TESTON, J.-C., et BIENAYME A., (1971). « Entreprise et pouvoir économique. » *Revue économique* 22 (6): 1095-96.

THEVENET, M., (2015). « Enjeux et difficultés du management de proximité ». In *Politiques, métiers et outils des ressources humaines.*, 4ème édition, 359-65. Pearson.

THEVENET, M, DEJOUX C., MARBOT E., NORMAND E., et BENDER A-F., (2009). *Fonctions RH. Politiques, métiers et outils des ressources humaines.* 2ème. Pearson Education.

THIETARD, R-A., (2014). *Méthodes de recherche en management - 4ème édition.* Dunod.

- TIERNAN, A., et WELLER P., (2009). « Un trop fort mouvement de balancier ou l'angoisse existentielle des hauts fonctionnaires australiens. » *Télescope* 15 (1): 35-49.
- TORRE, A., (2009). « Retour sur la notion de Proximité Géographique ». *Géographie, économie, société* Vol. 11 (1): 63-75.
- TORRE, A., et RALLET A., (2005). « Proximity and Localization ». *Regional Studies* 39 (1): 47-59.
- TORRE, A., et ZUINDEAU B., (2006). « Éditorial Dossier 7: Proximité et environnement ». *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, n° Dossier 7 (mai).
- TRENTZCH-JOYE, S., (2011). « Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail : une recherche réalisée au sein du dispositif souffrance au travail du CHU Toulouse-Purpan ». PhD thesis, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II.
- TROUVE, P., (1997). *Les agents de maîtrise à l'épreuve de la modernisation industrielle*. Paris, Montréal: L'Harmattan.
- TSANG, E.W. K., (2006). « Behavioral Assumptions and Theory Development: The Case of Transaction Cost Economics ». *Strategic Management Journal* 27 (11): 999-1011.

T

- TSANG, E.W. K., et KWAN K-M., (1999). « Replication and Theory Development in Organizational Science: A Critical Realist Perspective ». *The Academy of Management Review* 24 (4): 759-80.
- TSOUKAS, H., (1989). « The Validity of Idiographic Research Explanations ». *The Academy of Management Review* 14 (4): 551-61.
- . (2000). « False Dilemmas in Organization Theory: Realism or Social Constructivism? » *Organization* 7 (3): 531-35.

V

- VAN DE VEN, H., (2007). *Engaged Scholarship: A Guide for Organizational and Social Research*. Oxford: Oxford University Press.
- VAN SELL, M., BRIEF A.P., et SCHULER R.S., (1981). « Role Conflict and Role Ambiguity: Integration of the Literature and Directions for Future Research ». *Human Relations* 34 (1): 43-71.
- VIGNAL, J., (2013). « N+1 et N+2, même combat ? Vers une analyse différenciée et combinée des rôles des managers en contexte de changement ». *Management Avenir* N° 66 (8): 13-30.
- VIGOUR, C., (2005). *La comparaison dans les sciences sociales: pratiques et méthodes*. La Découverte.

———. (2008). « Ethos et légitimité professionnels à l'épreuve d'une approche managériale : le cas de la justice belge ». *Sociologie du travail* 50 (Vol. 50-n° 1): 71-90.

VILCHIEN, D., (1995). *La formation des cadres : un outil de décloisonnement*. Informations sur les ressources humaines à l'hôpital.

W

WACHEUX, F., (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Gestion. Economica.

WEBER, E.P., et KHADEMIAN A.M., (2008). « Wicked Problems, Knowledge Challenges, and Collaborative Capacity Builders in Network Settings ». *Public Administration Review* 68 (2): 334-49.

WEBER, M., (1996). « Considération intermédiaire : théorie des degrés et des orientations du refus religieux du monde ». In *Sociologie de la religion, trad. française*, 410-60. Paris: Gallimard.

WEBER, M., (1964). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris: Plon.

———. 1971. *Économie et Société*. Paris: Plon.

WEICK, K. E., (1979). *The Social Psychology of Organizing*. 2ème Edition. New York: Editions Mc Graw-Hill.

WHITTINGTON, R., (2006). « Completing the Practice Turn in Strategy Research ». *Organization Studies* 27 (5): 613-34.

WINICKI, P., (2006). « Loi organique relative aux lois de finances (LOLF), gestion des ressources humaines et nouvelles compétences managériales ». *Revue française d'administration publique* no117 (1): 117-29.

WOLCOTT, H., (1992). « Posturing in qualitative research. » In *M. LeCompte, W. Millroy & J. Preissle (Eds.), The handbook of qualitative research in education*, 3-44. San Diego: CA: Academic Press.

WOLFF, L., (2005). « Transformations de l'intermédiation hiérarchique ». 29. Centre d'Études de l'Emploi: Rapport de recherche.

WOLLMANN, H., MARCOU G., et KOPRIĆ I., (2016). *Public and Social Services in Europe - From Public and Municipal to Private Sector Provision*. London: Palgrave Macmillan UK.

WOODSIDE, A., et WILSON E., (2003). « Case study research for theory-building ». *Journal of Business & Industrial Marketing* 18 (décembre): 493-508.

WYSE, A., et VILKINAS T., (2004). « Executive leadership in the Australian Public Service ». *Women in Management Review* 19 (4): 205-11.

Y

YANOW, D., et SCHWARTZ-SHEA P., (2006). *Interpretation and Method: Empirical Research Methods and the Interpretive Turn*. 1 edition. Armonk, NY: Routledge.

YIN, R.K., (1984). *Case study research - Design and methods*. London: Sage Publications.

YIN, R.K., (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications.

———. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE.

———. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE.

Z

ZAFRA-GÓMEZ, J.L., RODRIGUEZ BOLIVAR M.P., et ALCAIDE MUÑOZ L., (2013).

« Contrasting New Public Management (NPM) Versus Post-NPM Through Financial Performance: A Cross-Sectional Analysis of Spanish Local Governments ». *Administration & Society* 45 (6): 710-47.

ZARKA, J.C., (2017). *Les points clés sur le statut, l'entrée, la carrière, les droits et obligations, la déontologie*. 2^e éd. Gualino.

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1: Quelques repères sur la mise en place de réformes dans le cadre de la NGP.....	26
Tableau 2: Les effets de la NGP dans le fonctionnement interne des organisations publiques.	31
Tableau 3: Les modèles de gestion et leurs principes.	38
Tableau 4: L'emploi dans la FPF.	41
Tableau 5: Les catégories de la fonction publique et leurs niveaux de recrutement.	45
Tableau 6: Les différents rôles du fonctionnaire et leurs caractéristiques.....	49
Tableau 7: Les attentes à l'égard des fonctionnaires dans les quatre pays.....	52
Tableau 8: Les échelons intermédiaires à l'intérieur des trois fonctions publiques françaises.	62
Tableau 9: Les dimensions de la proximité selon Boschma (2005).....	70
Tableau 10: Les définitions et concepts autour du rôle.....	73
Tableau 11: Les rôles du manager de proximité selon Thévenet et al. (2009).....	74
Tableau 12: Les tensions dans les sciences de gestion.....	89
Tableau 13: Clarification conceptuelle sur les tensions.	92
Tableau 14: Les deux perspectives des recherches sur les tensions.....	94
Tableau 15: Les stratégies de gestion des paradoxes.	97
Tableau 16: Les TR de Katz et Kahn (1967) et Kahn et al. (1964) dans la littérature.	106
Tableau 17: Les TR selon Royal.	109
Tableau 18: Les TR dans les travaux doctoraux en sciences de l'éducation.....	111
Tableau 19: Les travaux de recherche sur les TR en sciences de gestion.	113
Tableau 20: Les TGP et leurs niveaux d'analyse.	115
Tableau 21: La tension structurelle dans la littérature en sciences de gestion.	126
Tableau 22: La tension managériale dans la littérature en sciences de gestion.....	128
Tableau 23: La tension éthique dans la littérature en sciences de gestion.....	129
Tableau 24: La tension artefactuelle dans la littérature en sciences de gestion.....	131
Tableau 25: Les dimensions des TR selon Royal (2007).	143
Tableau 26: Les TGP et leurs niveaux d'analyse.	144
Tableau 27: les principaux paradigmes épistémologiques en sciences de gestion.....	153
Tableau 28: Les postures épistémologiques des recherches en management des OPH.	156
Tableau 29: Les objectifs de la recherche.	159
Tableau 30: Les caractéristiques des hôpitaux.	168
Tableau 31: Les savoirs être et savoir-faire du cadre de santé de proximité.....	174
Tableau 32: Les profils interrogés au sein des établissements du CHU.....	186
Tableau 33: Les profils interrogés au sein des établissements des CH.	186

Tableau 34: Les profils interrogés au sein des établissements du CHP	187
Tableau 35: La grille de codage des séances d'observation.....	191
Tableau 36: Le codage des nœuds émergés sur les activités de cadres de santé de proximité.....	198
Tableau 37: Le codage des nœuds émergés sur les leviers ou actions pour réduire les tensions.	199
Tableau 38: La comparaison entre les cas n°1 et n°2 autour des TR chez les CS.....	219
Tableau 39: La comparaison des TR entre les cadres les infirmiers des CHU et CH/CHP.	220
Tableau 40: La comparaison entre le cas n°1 et 2 autour des TGP chez les CS.	231
Tableau 41: La comparaison des TGP entre les cadres et les infirmiers des CHU et CH/CHP.....	232
Tableau 42: L'articulation entre les tensions et les recommandations.....	264
Tableau 43: La synthèse des contributions suite aux propositions.....	273

INDEX DES FIGURES

Figure 1: Du fonctionnaire à l'encadrant public sous les trois modèles de gestion.	50
Figure 2: Les strates supérieures et inférieures entourant l'encadrement intermédiaire.	56
Figure 3: La composition de l'encadrement au sein de la direction des soins.	61
Figure 4: Le triangle stratégique de Moore (1995)	120
Figure 5: Les niveaux de propagation des TGP.	125
Figure 6: L'articulation entre les TR et les TGP.	142
Figure 7: L'idéal type pour l'accès au statut de cadre de santé.	176
Figure 8: Le codage de la grille théorique portant sur les TR.	195
Figure 9: Le codage de la grille théorique portant sur les TGP.	195
Figure 10: Le codage des activités et des missions selon les catégories professionnelles.	196
Figure 11: Le codage des leviers pour dépasser les tensions	196
Figure 12: La grille de codage des TR	197
Figure 13: La grille de codage des TGP.	197
Figure 14: Les références portant sur les TR.	201
Figure 15: Les références portant sur les TGP.	201

INDEX DES SCHÉMAS ET DES ENCADRÉS

Schéma 1: La structure globale de la thèse.	13
Schéma 2: Le modèle d'épisode de rôle chez Katz et Khan.	101
Schéma 3: La collecte des données au sein des 7 établissements hospitaliers.	179
Schéma 4 : Les liens entre la tension structurelle et les TR.	235
Schéma 5: Les liens entre la tension éthique et les TR.	238
Schéma 6: Les liens entre la tension managériale et les TR.	239
Schéma 7: Les liens entre la tension artefactuelle et les TR.	240
Schéma 8: Les proximités entre les TGP et les TR.	243
Schéma 9: Les actions déployées par les managers de proximité pour réduire les tensions.	251
Encadré 1 : Les modalités de mise en œuvre des GHT	166
Encadré 2: La présentation du GHT Centre.	167
Encadré 3: Rappel des propositions de recherche n°2, 3, 4 et 5.	233

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
I. Les enjeux et intérêts de la recherche.....	3
II. La problématique.....	5
III. Le cadre théorique mobilisé et les questions de recherche.....	7
IV. Les organisations hospitalières comme terrains d'étude.	9
V. Le positionnement épistémologique et la méthodologie déployée.....	11
VI. La structure de la thèse.....	12
CHAPITRE 1 : ENTRE UNE PLURALITÉ DE MODÈLES DE GESTION ET LE RÔLE DU FONCTIONNAIRE EN QUESTIONNEMENT.	15
Introduction du chapitre un.	17
I. Mutation des modèles de gestion et questionnements sur la place des fonctionnaires :	19
1.1. Une évolution de la gestion publique suite aux différents modèles.	19
1.1.1. Un modèle bureaucratique contesté.....	19
1.1.1.1. Les principes de la bureaucratie, une inspiration wébérienne.	20
1.1.1.2. Une organisation bureaucratique critiquée.	22
1.1.2. La NGP ou la critique du modèle wéberien.	24
1.1.2.1. La NGP ou la quête des résultats.....	27
1.1.2.2. Des effets contrastés dans les organisations publiques.	30
1.1.3. L'apparition de modèles alternatifs : la NGoP et l'ANGP.....	33
1.1.3.1. La NGoP ou la prise en compte du citoyen.	33
1.1.3.2. L'ANGP à la jonction entre la performance et l'éthique.....	34
II. Le fonctionnaire : une notion évolutive.....	38
2.1. Le fonctionnariat : un tour d'horizon européen.....	39

2.2.	Le fonctionnaire français et la modernisation des administrations publiques.	40
2.2.1.	Une fonction publique obéissant à des critères de gestion spécifiques.	41
2.2.2.	Le corps : un autre élément de gestion pertinent.	43
2.2.2.1.	Des catégories ne reflétant pas les niveaux d'encadrement.	44
2.2.2.2.	Des corps s'opposant à la vision managériale des administrations actuelles.	45
2.3.	Du bureaucrate au cadre public : de nouveaux rôles.	47
2.3.1.	Pluralité de modèles et reconfiguration des rôles.	47
2.3.2.	Le fonctionnaire public au cœur de compétences managériales	50
2.4.	L'encadrement intermédiaire dans la FPF : un échelon complexe.	54
2.4.1.	Les managers intermédiaires dans la FPE.	56
2.4.2.	Les managers intermédiaires territoriaux.	57
2.4.3.	Les cadres intermédiaires dans la FPH.	59
2.5.	Le <i>middle manager</i> et le <i>first line manager</i> : une catégorie homogène chez les Anglo-saxons.	
	63	
III.	Le manager de proximité, catégorie distincte, rôles peu investigués et tensions :	66
3.1.	De diverses approches de la proximité au manager de proximité.	66
3.1.1.	« L'entre-deux » ou la vision intermédiaire de la proximité dans les sciences humaines.	67
3.1.2.	Entre proximité géographique et proximité organisée : l'approche de la proximité pour l'économie régionale ou spatiale.	67
3.1.3.	Une approche intégrée de la proximité : la grille de Boschma (2005).	69
3.2.	Le manager de proximité ; acteur aux multiples rôles.	70
3.2.1.	La notion de rôles : une dualité entre comportements et activités.	71
3.2.1.1.	Le rôle prescrit à travers la perspective fonctionnaliste.	71
3.2.1.2.	Le rôle comme construit social dans la perspective interactionniste.	72
3.2.2.	Le manager de proximité : entre prescriptions de rôles et adaptations.	73
3.3.	Le manager de proximité, chef d'orchestre des tensions.	76
	Conclusion du chapitre un.	79
	CHAPITRE 2 : POUR UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DES TENSIONS ET LEURS GESTIONS DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES.	81

Introduction du chapitre deux.....	83
I. La tension : une notion à explorer dans l'univers public.....	85
1.1. La tension : une notion vague aux multiples associations conceptuelles.	90
1.1.1. La tension en sociologie ou le compromis.	90
1.1.2. La tension en sciences de gestion : un concept à éclaircir.....	91
1.2. La tension : un concept multidimensionnel.....	93
1.3. Des tensions plus néfastes que bénéfiques dans les organisations actuelles.	95
1.4. La gestion des tensions : une perspective à approfondir dans l'univers public.....	96
II. Des tensions de rôle anciennes et revisitées.....	99
2.1. La TR : une approche prescriptive du rôle.	99
2.1.1. Les conflits de rôle.	102
2.1.2. L'ambiguïté de rôle.	103
2.1.3. La surcharge de rôle.	104
2.2. Une théorie des rôles critiquée et revisitée.....	107
2.3. La TR : identification des tensions et carence de moyens de gestion.	110
III. Des tensions de gouvernance publiques nouvelles et à explorer.....	114
3.1. Les quatre types de tensions de gouvernance publique.	116
3.1.1. La tension structurelle.	116
3.1.2. La tension managériale.....	117
3.1.3. La tension éthique.	117
3.1.3.1. La tension éthique, du concept éthique à la valeur.....	118
3.1.3.2. La tension éthique, un questionnement sur la valeur publique.....	118
3.1.3.3. La tension éthique et l'ethos public : entre pratiques et quête de sens.....	121
3.1.4. La tension artefactuelle.....	123
3.2. Les TGP dans la littérature en management public : des pistes restantes à explorer.	125
3.3. D'autres formes de tensions apparentes autour des TR et des TGP.....	133
3.3.1. Les tensions hiérarchiques.....	133
3.3.2. Les tensions non hiérarchiques.....	134
Conclusion du chapitre deux.	135

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODE D'INVESTIGATION DES TENSIONS, LEURS NATURES ET GESTIONS DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES HOSPITALIÈRES..... 137

Introduction du chapitre trois. 139

I. Les tensions de rôle et de gouvernance publique : un modèle conceptuel conjoint. 141

1.1. Les propositions de recherche. 145

II. Le positionnement épistémologique..... 146

2.1. Les différentes postures épistémologiques et leurs fondements..... 147

2.1.1. Le paradigme positiviste..... 147

2.1.2. Le paradigme constructiviste..... 148

2.1.2.1. Le constructiviste radical ou pragmatique..... 148

2.1.2.2. Le constructivisme au sens de Guba et Lincoln. 149

2.1.3. Le paradigme interprétativiste..... 150

2.1.4. Le paradigme réalisme critique. 151

2.2. La connaissance des tensions dans l'épistémologie en sciences de gestion..... 154

2.2.1. La connaissance des tensions dans le champ de la santé..... 154

2.2.2. Une recherche s'orientant vers un positionnement interprétativiste..... 156

III. Le terrain d'études et la méthodologie de recherche..... 157

3.1. Une méthodologie qualitative pour clarifier la perception des tensions..... 158

3.1.1. Le choix de la méthode, les objectifs et le protocole de la recherche. 158

3.1.2. Un terrain d'études hospitalier soumis à des transformations. 160

3.1.2.1. Le fonctionnement interne des hôpitaux publics français 161

3.1.2.2. Les réformes dans les hôpitaux publics français. 163

3.1.2.3. Le cas : 7 hôpitaux du GHT Centre..... 167

3.1.2.4. Une évolution du métier de cadre de santé suite aux transformations. 170

3.1.3. Le mode de recueil des données..... 178

3.1.3.1. Le recueil des données : techniques et répondants..... 179

3.1.3.2. La présentation du guide d'entretien. 182

3.1.4. La présentation de l'échantillonnage..... 185

3.2. Les méthodes de traitement et d'analyse de données. 187

3.2.1.	Un traitement manuel des séances d'observation.....	188
3.2.1.1.	La procédure du traitement manuel.....	188
3.2.1.2.	Les constats suite aux séances d'observation.....	189
3.2.3.	Un traitement à la fois informatisé et manuel des entretiens.....	193
3.2.3.1.	La procédure de traitement informatisé.....	193
3.2.3.2.	La procédure de traitement manuel.....	198
3.2.3.3.	Les constats suite aux entretiens.....	200
Conclusion du chapitre trois.....		202
CHAPITRE 4 : POUR UN ÉCLAIRAGE DE LA NATURE DES TENSIONS ET DU RÔLE DU MANAGER DE PROXIMITÉ DANS LEUR GESTION.....		204
Introduction du chapitre quatre.....		206
I.	Les résultats :.....	207
1.1.	Les tensions sont inhérentes aux organisations hospitalières françaises.....	207
1.1.1.	Des TR présentes dans l'activité des managers de proximité.....	207
1.1.2.	Des TGP présentes dans l'activité des managers de proximité.....	221
1.2.	Des liens entre les TGP et les TR.....	233
1.2.1.	La manifestation de la tension structurelle.....	234
1.2.2.	La manifestation de la tension éthique.....	236
1.2.3.	La manifestation de la tension managériale.....	238
1.2.4.	La manifestation de la tension artefactuelle.....	240
1.3.	Des proximités entre les TGP et les TR.....	241
1.3.1.	La tension éthique, le conflit entre les individus et ses rôles.....	241
1.3.2.	La tension managériale, l'ambiguïté sur la planification.....	241
1.3.3.	La tension artefactuelle, l'ambiguïté sur la performance.....	242
1.4.	Les adaptations du management de proximité.....	243
1.4.1.	Renforcer la proximité avec les interlocuteurs pour amenuiser les tensions.....	245
1.4.2.	Développer la transparence dans la communication.....	247
1.4.3.	Réinvestir le sens à partir des projets de service.....	249
II.	La discussion et les recommandations :	252

2.1.	Une discussion autour de la présence des tensions : manifestations et actions.	252
2.1.1.	Des managers de proximité soumis à des TR.....	252
2.1.2.	Des managers de proximité soumis à des TGP.	253
2.1.3.	Des liens entre les TR et TGP : similarités et expressions de la tension.	254
2.1.4.	Des actions diverses mises en œuvre par les managers de proximité.....	255
2.2.	Cinq pistes d'améliorations à investir.	258
2.2.1.	Définir ou redéfinir des valeurs communes.....	259
2.2.2.	Construire et développer les compétences.....	260
2.2.3.	Déployer ou renforcer le volet formation.	261
2.2.4.	Concevoir des espaces de discussion.	262
2.2.5.	Partager ou déléguer des tâches.....	263
	Conclusion du chapitre quatre.....	266
	CONCLUSION GÉNÉRALE	268
I.	Les principaux résultats et leurs apports.	270
1.1.	Les apports théoriques.....	272
1.2.	Les apports empiriques.....	274
II.	Les limites et les perspectives futures de recherche.	275
	BIBLIOGRAPHIE	278
	INDEX DES TABLEAUX	306
	INDEX DES FIGURES	308
	INDEX DES SCHÉMAS ET DES ENCADRÉS.....	308
	TABLE DES MATIÈRES.....	310
	RÉSUMÉ.....	316
	ABSTRACT	316

RÉSUMÉ

L'introduction de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière a entre autres, reconfiguré les rôles des médecins et des cadres de santé tout en complexifiant leurs pratiques. Une transformation des rôles qui est source de tensions chez ces professionnels. Alors que les travaux de recherche se sont intéressés aux nouvelles pratiques chez les médecins (Georgescu, 2009 ; Valette et Burellier, 2014 ; Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2015), seulement quelques travaux ont porté sur la transformation des rôles chez les cadres de santé et les tensions autour de cette fonction. Ce sont plutôt les sciences sociales (Bouret 2008 ; Bezes et al., 2011 ; Divay et Gadéa, 2015) qui ont investi le sujet. D'où l'objet de notre recherche sur les tensions ressenties par les cadres de santé dans le contexte de transformations de leurs organisations publiques hospitalières. Elle vise à mettre en évidence leur nature et éclairer le rôle du cadre de santé dans leur atténuation. Nous jumelons ainsi deux traditions de recherche : la psychologie sociale par le biais des tensions de rôle (Kahn et al. 1964) et le management public à travers les tensions de gouvernance publique (Mazouz et al. 2012 ; Hudon et Mazouz, 2014 ; Rochette et al. 2017). L'immersion au sein d'un centre hospitalier et les 43 entretiens semi-directifs (7 hôpitaux publics français) menés auprès des cadres de santé, des infirmiers et des directeurs de soins témoignent de la présence à la fois des tensions de rôle et des tensions de gouvernance publique. Ces deux formes de tensions qui s'expriment à des niveaux différents : micro (les tensions de rôle) et macro, méso et micro (les tensions de gouvernance publique) sont liées de telle sorte que les unes sont à l'origine des autres. À cela s'ajoute un rôle stratégique du manager de proximité clairement identifié par ses pairs (directeurs de soins) et son équipe (infirmière), ne disposant pourtant pas de marges de manœuvre suffisantes. Ce dernier va donc s'adapter aux changements et bricoler des solutions qui convergent vers trois grands pôles : la communication, la proximité et le management par le sens.

Mots clés : Tensions de rôle, organisations publiques, tensions de gouvernance publiques, cadres de santé, infirmiers.

ABSTRACT

The introduction of the New Hospital Governance has, among other things, reconfigured the roles of physicians and health managers while making their practices more complex. A transformation of the roles that cause tensions among these professionals. While research has focused on new practices among physicians (Georgescu, 2009 ; Valette and Burellier, 2014 ; Grenier and Bernardini-Perinciolo, 2015), only a few studies have focused on the transformation of roles among health professionals and the tensions surrounding this function. Rather, it is the social sciences (Bouret 2008; Bezes et al. 2011 ; Divay and Gadéa, 2015) that have taken up the subject. Hence the purpose of our research on the tensions felt by health executives in the context of transformations in their public hospital organizations. It aims to highlight their nature and clarify the role of the health framework in their mitigation. We thus combine two research traditions: social psychology through role tensions (Kahn et al. 1964) and public management through public governance tensions (Mazouz et al. 2012 ; Hudon and Mazouz, 2014 ; Rochette et al. 2017). Immersion in a hospital centre and 43 semi-directive interviews (7 French public hospitals) with health managers, nurses and care directors testify to the presence of both role tensions and public governance tensions. These two forms of tensions, which are expressed at different levels: micro (role tensions) and macro, meso and micro (public governance tensions), are linked in such a way that they are at the origin of each other. In addition, there is a strategic role for the proximity manager, clearly identified by his peers (care managers) and his team (nurse), who do not have sufficient room for manoeuvre. The latter will therefore adapt to changes and tinker with solutions that converge towards three main areas: communication, proximity and management by meaning.

Key words: Role tensions, public organizations, public governance tensions, health managers, nurses.