



**HAL**  
open science

## De la visibilité à l'individuation des cadres hospitaliers : l'obstacle de la dyschronie

Valérie Lépine, Bertrand Parent

### ► To cite this version:

Valérie Lépine, Bertrand Parent. De la visibilité à l'individuation des cadres hospitaliers : l'obstacle de la dyschronie. *Communication & Organisation*, 2013, 44, p. 41-52. 10.4000/communicationorganisation.4298 . hal-01132847

**HAL Id: hal-01132847**

**<https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-01132847>**

Submitted on 17 Jul 2018

**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.

## De la visibilité à l'individuation des cadres hospitaliers

L'obstacle de la dyschronie

Valérie Lépine et Bertrand Parent

---



**Édition électronique**

URL : [http://  
communicationorganisation.revues.org/4298](http://communicationorganisation.revues.org/4298)  
ISSN : 1775-3546

**Éditeur**

Presses universitaires de Bordeaux

**Édition imprimée**

Date de publication : 1 décembre 2013  
Pagination : 41-52  
ISBN : 978-2-86781-878-3  
ISSN : 1168-5549

**Référence électronique**

Valérie Lépine et Bertrand Parent, « De la visibilité à l'individuation des cadres hospitaliers », *Communication et organisation* [En ligne], 44 | 2013, mis en ligne le 01 décembre 2016, consulté le 04 janvier 2017. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/4298> ; DOI : 10.4000/communicationorganisation.4298

---

Ce document est un fac-similé de l'édition imprimée.

© Presses universitaires de Bordeaux

# De la visibilité à l'individuation des cadres hospitaliers l'obstacle de la dyschronie

Valérie Lépine<sup>1</sup> et Bertrand Parent<sup>2</sup>

## Introduction

Cet article s'inscrit dans le cadre de recherches portant sur les enjeux liés à l'évolution des métiers et compétences des cadres hospitaliers ainsi qu'aux dynamiques d'expression, de négociation et aux discours qui les accompagnent.

De nombreuses réformes ayant pour objectif la modernisation et la rénovation du système de santé se sont succédées à un rythme soutenu depuis une quinzaine d'années en France. Ces réformes visent toutes l'intégration des soins et des services ainsi que l'amélioration de leur performance. Elles impliquent une redistribution importante des responsabilités entre les différents niveaux du système de santé et mobilisent de nombreux dispositifs de normalisation et de transformation des activités de prise en charge des patients et usagers. Différentes études (Divay et Gadéa, 2008 ; Gadéa 2009) ont montré le faible niveau relatif du taux d'encadrement dans le secteur hospitalier et plus généralement dans les structures de santé. La plupart des observateurs s'accordent pour estimer que le rôle des cadres a considérablement évolué. Ceux-ci sont mis au défi de porter la déclinaison d'une adaptation rapide de tous les agents aux nouvelles exigences posées tant par la tutelle politique que par les attentes publiques. Pourtant les métiers de l'encadrement des soins (cadre de santé en service hospitalier, cadre supérieur de santé, directeur des soins) et de formateur en soins (cadre de santé dans un institut de formation) ne sont pas inscrits dans le code de la santé publique où figure la typologie officielle des métiers médicaux et paramédicaux. Ils pâtissent

1 Valérie Lépine est maître de conférences en sciences de l'information et de la communication, à l'IUT2 – Univ. Grenoble Alpes et membre du GRESEC. Ses travaux portent sur les communications organisationnelles au prisme de problématiques actuelles : généralisation des TIC, nouveau management public. Elle interroge les dynamiques de professionnalisation, les ré-articulations qui s'opèrent entre compétences managériales et communicationnelles ainsi que les problèmes de reconnaissance qui en découlent. [valerie.lepine@iut2.upmf-grenoble.fr](mailto:valerie.lepine@iut2.upmf-grenoble.fr)

2 Bertrand Parent est enseignant-chercheur à l'École des Hautes Études où il est responsable de formations dans les domaines de la gestion de crise et de la communication. Animateur du groupe Org&Co de la SFSIC (2008-2012), ses travaux de recherche dans l'équipe MOS (Management des Organisations de Santé) de l'EHESP visent à élucider, du point de la communication organisationnelle, les phénomènes de crise et de dislocation des collectifs de travail. [bertrand.parent@ehesp.fr](mailto:bertrand.parent@ehesp.fr)

d'une définition et d'un positionnement flous dans les organisations de santé. Les professionnels ont ainsi exprimé de façon récurrente un sentiment de non-reconnaissance, voire d'invisibilité des activités qu'ils réalisent (Bourret, 2006 ; Sainsaulieu, 2008 ; Bourgeon dir., 2012).

Dans ce contexte, le ministère de la santé a souhaité engager en 2009 une large concertation auprès des cadres hospitaliers sous la forme d'une mission confiée à C. de Singly, alors directrice de l'Institut du management à l'EHESP. Cette mission a constitué la première étape d'un processus de redéfinition globale – non nécessairement pensé initialement comme tel – des métiers, statuts et formations professionnelles associées. Ultérieurement à cette phase de concertation, une mission de réingénierie du diplôme de cadre de santé a été confiée à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la santé.

Dans cet article, nous nous intéresserons plus spécifiquement à l'étape de concertation confiée à C. de Singly. La mise en visibilité des aspirations, attentes et revendications des cadres hospitaliers, au travers d'un dispositif mobilisant massivement les TIC, n'a pu aboutir à leur prise en compte. Nous allons montrer que cela est dû à la dyschronie entre les processus individuels et collectifs constitutifs du processus global de recomposition des métiers. Ces écarts de temporalités s'ajoutent à une disjonction processuelle entre les phases d'expression des agents, de concertation avec les représentants associatifs ou institutionnels, de prise de décision politique et de mise en œuvre administrative et organisationnelle.

Il ne s'agit pas d'affirmer que le ministère et le pouvoir politique ont mis en œuvre à dessein un dispositif technologique d'expression visant à contenir, circonscrire et enfermer la parole des cadres hospitaliers afin d'éviter que cette parole s'autorise et produise des effets sur le processus global de recomposition des métiers et représentations associées. Il s'agit plutôt, à partir du cadre théorique proposé par le philosophe Gilbert Simondon (1958, 1989), de montrer que cette expression a vu ses effets limités dans la mesure où la relation de transductivité et de composition entre les différents processus engagés (expression, concertation, négociation, production de référentiels activités et compétences) n'a pas pu s'enclencher.

Au plan méthodologique la recherche repose sur un terrain empirique appuyé sur deux types de données : d'une part, les documents laissés par la phase de concertation (fréquentations du forum, contributions ; rapports de synthèse et de mission), d'autre part, les discours des acteurs institutionnels<sup>3</sup> impliqués dans ce processus, interviewés sur la base d'une trame semi-directive adaptée à une méthodologie qualitative. L'analyse de ces données prend en compte les dimensions synchronique (la mission cadres) et diachronique

<sup>3</sup> Quatre entretiens d'une heure trente à deux heures ont été menés par les auteurs avec des représentants institutionnels impliqués dans le processus de concertation et de décision (1 inspecteur à l'IGAS et 3 cadres dirigeants à la DGOS).

(amont et aval de cette mission) du processus de recomposition du métier de cadre hospitalier.

### **Les dynamiques institutionnelles de (re)définition des métiers et compétences : quelle visibilité pour les cadres hospitaliers ?**

En 1995, la création d'un diplôme commun aux différentes filières paramédicales, obligatoire pour accéder au statut de « cadre de santé », a été une étape déterminante de la professionnalisation de l'ancienne fonction « d'infirmière-chef » ou de « surveillante ». Dans cette période, les modules d'enseignement des techniques de soin et de médecine tendent à disparaître au profit de modules orientés sur le management et la gestion (Reinhart, 2011). Près de 15 ans plus tard, selon une des représentantes de la DGOS interviewée « tous les indicateurs des cadres sont au rouge ». Le malaise et les insatisfactions ressentis sur le terrain sont exprimés avec force à la fin des années 2000 au point que le ministère de la santé ne peut plus les ignorer.

Face au malaise des cadres hospitaliers et aux revendications syndicales, une démarche de concertation est donc confiée au printemps 2009 à C. de Singly. Le dispositif de concertation mobilise une quinzaine de personnes sur une période de cinq mois : des réunions nationales, des entrevues avec les représentants associatifs et syndicaux ; des rencontres avec les employeurs, les responsables des écoles de formation, douze rencontres régionales. A cela s'ajoute la conception et la diffusion d'un film, « Plein cadres »<sup>4</sup>, à l'initiative du ministère de la santé. Cette vidéo d'une dizaine de minutes est constituée d'extraits de témoignages de personnels des différentes catégories de métiers (médical, administratif, soignant, etc.) en lien avec les cadres hospitaliers. Enfin, un forum ouvert à la participation de tous<sup>5</sup> est mis en place sur internet pendant tout le temps de la mission. Ce forum, appelé le « site des cadres hospitaliers », créé et mis en ligne le 11 mai 2009, est resté ouvert jusqu'au 3 août 2009. Il est accompagné d'un « billet inaugural » qui rappelle les objectifs de la mission désignée par la Ministre de la santé d'alors sur « la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers ». En deux mois le site a permis à 1179 membres inscrits de déposer 393 contributions et 2832 commentaires. L'exploitation des données a été confiée à l'agence-conseil en communication Beaurepaire et fait l'objet d'une synthèse publiée<sup>6</sup> qui nous a permis d'effectuer une analyse croisée avec les discours d'acteurs institutionnels recueillis *a posteriori* en avril-mai 2013.

4 <http://a45.video2.blip.tv/9000001664200/Hopitaux-MissionCadresPleinCadres618.flv?ri=12972&crs=938>, vidéo signée par la Mission Cadres, consultée le 10 juin 2013

5 Nous avons pu, sur simple inscription, participer à ce forum comme lecteur.

6 Synthèse des échanges du forum : <http://www.cadres.creer-hopitaux.fr-juillet 2009>, consultée le 10 juin 2013.

Ce qui frappe, en tout premier lieu, dans cette synthèse des débats du forum, ce sont les représentations statistiques illustrées par des graphes montrant les « pics » de connexion par périodes ou le nombre de contributions journalières, des « camemberts » indiquant la répartition d'origines géographiques ou de fonctions représentées parmi les contributeurs. Autrement dit, tout un appareillage quantitatif est censé cautionner la validité de la démarche de restitution et la représentativité statistique des expressions formulées sur la plateforme en ligne. Il n'est rien dit du succès finalement tout relatif rencontré par cet élément technologique du dispositif de concertation. En effet, seulement 477 utilisateurs sont actifs sur le forum<sup>7</sup> alors que les effectifs des cadres hospitaliers, toutes filières confondues, avoisinent les 45 000 personnes (dont plus de 27 000 cadres de santé). L'indicateur de « visiteurs uniques »<sup>8</sup> chiffré à 22 958 aurait pu, pour le moins, être relativisé par celui du taux de participation active qui concerne 1 % des professionnels appelés à participer à ce forum d'expression. Autrement dit, dans la restitution qui concerne ce dispositif qui devait, selon les termes de la Ministre, « permettre le dialogue avec le plus grand nombre » l'emphase est mise sur la richesse des commentaires exprimés tandis que le faible taux de participation au forum n'est ni mentionné, ni analysé. L'exploitation des contributions et des commentaires est ensuite présentée sous la forme d'une synthèse qualitative d'une trentaine de pages regroupant les échanges autour de grands thèmes : « fonctions et missions », « reconnaissance », « politique managériale », « formation et parcours professionnels ». Chaque thème est largement illustré de *verbatim* ; toutefois les auteurs du document précisent qu'ils n'engagent pas les membres de la Mission « à qui il appartiendra de retenir les éléments utiles à ses recommandations ». De fait, le rapport final<sup>9</sup> qui rend compte de l'ensemble des auditions met en évidence les nombreuses évolutions du travail managérial et gestionnaire des cadres et la grande diversité des tâches invisibles, et indispensables, réalisées par l'encadrement de proximité.

Bien accueilli par les personnels qui y retrouvent leurs attentes, ce rapport appelle à des réformes de fond ambitieuses. Pour autant, les préconisations de la mission de Singly ne sont pas jugées « suffisamment opérationnelles » par les acteurs institutionnels chargés de la mise en œuvre réglementaire et opérationnelle des décisions politiques. Elles ne trouveront pas l'écho attendu auprès des responsables de l'administration centrale (DGOS) : « il a été décidé dès l'été 2010 que le rapport ne serait pas suivi d'effet ». Et la décision est prise de relancer une seconde mission confiée à l'IGAS avec une « ambition bien plus modeste » puisqu'elle est centrée sur la seule question de la formation

7 Est considéré comme « utilisateur actif » un internaute ayant posté une contribution, un commentaire ou un vote.

8 Cet indicateur mesure le nombre d'internautes (ou plus exactement d'ordinateurs) différents qui se sont connectés sur un site pendant une période donnée.

9 C. de Singly, « Rapport de la mission cadres hospitaliers », 11 sept. 2009.

des cadres de santé. Seront laissés de côté les cadres administratifs et techniques ainsi que les questions statutaires, de positionnement ou encore la représentation institutionnelle des cadres au sein des instances représentatives. Le second rapport<sup>10</sup> publié fin 2010 recevra, quant à lui, un « accueil très mitigé » particulièrement auprès des cadres formateurs qui exercent dans les IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) ou en IFCS (Instituts de Formation des Cadres de Santé) dont les pratiques et compétences sont mises en question : « on nous a dit : vous voulez tuer les cadres formateurs ».

Cette présentation diachronique des étapes du processus de concertation et de négociation politico-administratif dans lequel se noue le devenir de toute une catégorie de personnel permet de dresser quelques constats. Tout d'abord, il apparaît que le filtre institutionnel et de la représentation prend progressivement le pas sur l'expression de la parole des acteurs de terrain. En effet, le premier dispositif (mission de Singly) repose sur une large consultation des personnels tandis que la seconde mission se ressert sur un panel d'experts et d'instances représentatives. Deuxièmement, on observe une relative déconnexion entre les missions des analystes et experts des politiques publiques (IGAS) et les prescripteurs de l'action publique (DGOS). Cela conduit à une déperdition quant à la hiérarchie des priorités de traitement des attentes des cadres hospitaliers, à un « écrasement » des problématiques propres aux situations spécifiques des différentes catégories de cadres et à la prise en compte très partielle des enjeux liés aux niveaux d'encadrement distincts (cadre de proximité en unité de soins, cadre de pôle ou directeur des soins). Troisièmement, la professionnalisation et la reconnaissance attendues sur différents plans sont rabattues sur le seul enjeu de la formation en laissant de côté la question du niveau de diplôme correspondant. Dans cette dynamique, qui va de la revendication à la négociation, et dans ces temporalités successives, les craintes des cadres formateurs vont être partiellement délégitimées. En particulier, les cadres formateurs craignaient que la spécificité de leur activité pédagogique ne soit pas pleinement reconnue ; de fait, il leur est objecté que la pertinence des formations reposerait principalement sur une expérience de terrain et qu'il serait souhaitable que les formateurs retournent régulièrement en unité de soins. En substance, les experts de l'IGAS concluent : « il ne faut pas rester formateurs plus de 3 ans, sinon on est *has been* ». Les attentes de reconnaissance statutaire, celles de la revalorisation salariale vont aussi être écartées –au moins provisoirement<sup>11</sup>– au motif que « la définition des métiers et des activités devrait être indépendante du statut des personnels qui les occupent », ainsi que le préconise une responsable de la DGOS interviewée, qui précise « on a banni le terme de cadre supérieur qui est statutaire mais qui n'est pas sur le métier ».

10 Rapport « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? », M. Yahiel et C. Mounier, IGAS, nov. 2010.

11 Les cadres de santé ont toutefois obtenu avec le décret du 28 décembre 2012 le reclassement de leur corps dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière et une nouvelle grille revalorisant les indices et salaires.

Tout un dispositif pour la mise en visibilité des cadres hospitaliers a été ouvert dès 2009 à grand renfort de promotion auprès des établissements hospitaliers et des personnels : le forum d'expression en ligne, la mise en scène d'une large concertation et d'une démarche participative en région, des dispositifs multimédia de publicisation d'interviews ou témoignages des cadres. Mais au final il aura permis de rendre visibles les attentes, les revendications ou même la diversité des activités et missions des cadres, largement méconnues. Les attentes d'une prise en compte réelle des problématiques propres à ce groupe professionnel, suscitées par la concertation, seront déçues. Ce dispositif communicationnel a, en revanche, largement mis en visibilité la volonté politique de la démarche de concertation. En particulier, le forum internet présenté par le ministère comme un outil de « dialogue », soutien d'une « méthodologie interactive » a permis des échanges entre les personnels de l'encadrement hospitalier, mais pas entre instances politiques et cadres. Il a aussi constitué un espace d'affichage de et pour l'action publique. Dans l'analyse diachronique de ce processus, l'intention de visibilité politique apparaît à nouveau à l'issue de la seconde mission (Yahiel-Mounier) : « vues les réactions (...) on s'est dit on doit communiquer là dessus, lancer un signal, montrer que la DGOS lance un travail ». Une autre interviewée complète : « pour le cabinet, les cadres de santé c'était un ballon d'essai politique, ce n'était vraiment pas le sujet<sup>12</sup>, moi j'ai eu envie, par le biais de la formation, de faire bouger un peu les choses ».

Nous proposons maintenant de réexaminer ces données empiriques relatives à la mise en scène d'un groupe professionnel en cours de définition, dans un dispositif info-communicationnel publicisé et médiaté, inédit dans le secteur hospitalier, au prisme du cadre théorique proposé par Gilbert Simondon (1958, 1989).

### **Les cadres de santé : un groupe professionnel en cours d'individuation ?**

Gilbert Simondon propose dans son ouvrage, *Du mode d'existence des objets techniques* (1958), une théorie de la dynamique technologique et de la concrétisation d'un objet technique dans ses relations avec le milieu naturel et social. Il envisage l'objet technique comme une instance engagée dans un processus tendant à l'individuation par « transduction », c'est-à-dire par transformation-recomposition des différents éléments le constituant. L'individuation de l'objet, dont l'individualité se modifie et se renforce au cours de sa genèse, correspond à l'histoire de ces modifications que l'on ne peut appréhender que dans la série des transformations et non à partir de la spécificité de tel ou tel moment ou état : « l'objet technique individuel n'est pas telle ou telle chose donnée hic et nunc, mais ce dont il y a genèse... la genèse de l'objet fait partie de son être » (*Id.*, 1958 : 20). La tendance à s'organiser

<sup>12</sup> Notamment par rapport aux revendications très médiatisées des infirmières et des autres personnels paramédicaux.

ne se révèle qu'au cours du fonctionnement. Cette historicité de l'objet fait que l'on ne peut pas en parler comme d'une simple matière qui serait mise en forme de l'extérieur, par une volonté formatrice et organisatrice. L'être technique évolue par convergence et adaptation à soi. Il s'unit à lui-même selon « un principe de résonance interne ». Il s'agit d'un processus toujours en cours et la concrétisation n'est jamais vraiment achevée, complète. « Pour penser l'individuation, il faut considérer l'être non pas comme une substance, ou matière, ou forme, mais comme système tendu, sursaturé, au-dessus du niveau de l'unité, ne consistant pas seulement en lui-même et ne pouvant pas être pensé au moyen du principe du tiers exclu » (1958 : 63). Ainsi, en reprenant la pensée de Simondon, on voit que tout processus d'individuation, dont le processus de concrétisation de l'objet technique est un cas particulier, revient à une série d'interactions entre les éléments de ce qui va devenir un ensemble. Par ces interactions où chacun des éléments se définit dans ses rapports aux autres, de manière transductive, un nouvel être se constitue en tendance, c'est-à-dire s'individualise, devient visible en tant qu'individu.

La constitution d'un groupe professionnel, ici les « cadres hospitaliers », peut-elle être considérée comme un processus d'individuation ? Simondon n'a pas directement envisagé l'hypothèse de l'individuation de groupes sociaux même si son ouvrage, *L'individuation psychique et collective* (1989), ouvre cette piste de travail. Pour autant, le processus politico-administratif de définition des métiers et des compétences des cadres du secteur de la santé ainsi que certaines séquences de négociation et d'expression des revendications des cadres offrent des arguments qui permettent de convoquer la notion d'individuation.

En effet, dans la démarche initiée par le ministère de la santé et portée dans un premier temps par la mission de Singly, des personnes provenant d'entités hétérogènes (directions centrales, cadres d'établissements, syndicalistes, experts RH, membres de l'institut du management EHESP, consultants, IGAS, etc.) sont mises en relation dans l'expression de revendications, de besoins (reconnaissance, identité professionnelle, etc.), dans la discussion et l'interprétation des orientations proposées par le ministère, dans le travail de rédaction puis la stabilisation de textes de références (référentiels métiers, de formation, de compétences). Le fonctionnement du réseau formé par ces entités « passe par la production continue de compatibilités entre les êtres qui sont en position de voisinage sur les chaînes de solidarité » (Dodier, 1995 : 49). Cette production de compatibilités apparaît comme une confrontation entre entités (individus isolés, collectifs de travail, groupes projets, syndicats etc.), où chaque entité possède une capacité normative et une capacité à être modulée. L'activité productive de référentiels, de nouveaux statuts, met donc en relation des entités « qui se comportent comme des instances, c'est-à-dire qui expriment à la fois leur force normative et leur souplesse » (Dodier, 1995 : 74), se trouvent en tension les unes par rapport aux autres. C'est dans cette

confrontation que peut émerger, éventuellement, une coordination, voire une nouvelle instance, englobante, unifiée. Il y a alors résonance et synchronie entre les différents éléments composant le nouvel individu –au sens de Simondon– toujours en cours de concrétisation. Lorsque l'ensemble devient stable, les objectifs sont communs et des processus de régulation apparaissent pour assurer la résorption des écarts par rapport au fonctionnement régulier. Un consensus existe entre les instances autour des objectifs et des obligations et on peut parler de cohérence interne. Ainsi, par l'intermédiaire des multiples médiations (forum internet, groupes de travail, conférences/débats, vidéos), les expressions de différentes entités, qu'il s'agisse d'organisations syndicales, de collectifs de travail ou de cadres isolés, ont été rendues possibles et visibles par tous les acteurs et entités engagés dans la dynamique.

À ce stade, l'engagement dans la production collective d'un référentiel ou de statuts communs semblait pouvoir faire émerger non seulement des expressions, mais aussi des compatibilités provenant de la confrontation de ces expressions, de ces négociations locales, mais aussi faire entrer toutes ces instances dans une dynamique d'individuation qui dépasserait chacune d'entre elles. Certaines lignes du rapport de Singly en témoignent : « Le forum a permis de faire émerger une "communauté cadre" active, responsable, consciente, très impliquée dans le fonctionnement de l'hôpital ; avec une appropriation spontanée des règles du jeu par les participants et une tonalité "professionnelle" des échanges, les échanges de très bon niveau et constructifs témoignent d'une forte implication des participants et manifestent l'importance des attentes vis à vis de la *mission* » (Rapport de Singly, p. 119).

Pour autant, la mise en visibilité et l'expression de nombreux cadres du secteur hospitalier ne garantissent pas l'émergence d'une dynamique véritable de concrétisation du groupe professionnel des « cadres hospitaliers ». En effet, comme nous l'avons compris avec Simondon, cette dynamique implique, non seulement des expressions, des mises en visibilité, des interactions entre instances, mais surtout l'apparition d'une résonance interne, c'est-à-dire la synchronisation des processus individuels et collectifs d'individuation des entités engagées dans la concrétisation d'un ensemble qui les dépasse chacune en les intégrant toutes. Or, il apparaît ici que l'instance ministérielle s'est rapidement détachée et désynchronisée du processus de concrétisation du groupe professionnel des cadres hospitaliers qu'elle avait elle-même initié et peut être souhaité, mais sans en mesurer les conséquences statutaires. Une nouvelle mission sera alors confiée à l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) en juin 2010, afin de définir les conditions de formation des divers cadres de santé. Cette mission aux objectifs réduits, ne rencontrera pas les acteurs impliqués et engagés dans la concertation rendue possible par la mission de Singly. Ainsi, plutôt que de participer à la dynamique globale qui allait dépasser largement la production de référentiels d'activités et compétences des seuls cadres de santé, l'instance ministérielle a procédé

de manière séquentielle. Elle a alors agi de façon asynchrone avec chacune des sous-catégories d'acteurs impliqués, les cadres de santé, puis les cadres administratifs... Et seuls certains cadres du secteur de la santé ont bénéficié en 2012 d'une réforme de leur statut, avec création d'un nouveau corps des « cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière » (décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012) doté d'une grille indiciaire revalorisée et plaçant en extinction le corps des cadres de santé régi par un décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001. Le processus d'individuation a finalement été partiel, tandis que la mise en visibilité de chacune des parties prenantes a été forte.

### **Conclusion**

On peut donc, aujourd'hui encore, se poser la question de l'existence du groupe professionnel « cadres hospitaliers » regroupant tous les professionnels paramédicaux (provenant des filières infirmière, médicotechnique, rééducation et médicale), techniques, administratifs et logistiques, salariés du secteur public ou privé, chargés de missions d'encadrement d'autres professionnels de santé. Il apparaît que l'agenda ministériel et la temporalité de la décision politique – soumis au calendrier des élections présidentielles et conséquemment au changement des acteurs décisionnaires (ministre, chef de cabinet notamment) – ne se sont pas synchronisés à la dynamique en émergence dans les processus d'expression, de concertation, de négociation rendus possibles à l'occasion de la mission de Singly. Le processus de concrétisation du groupe professionnel des cadres hospitaliers s'est donc désenclenché. Les dyschronies entre les différents processus d'individuation des instances engagées (les cadres de santé, les cadres administratifs, les cadres techniques, etc.) ont rendu la relation de transduction impossible et chaque personne n'a pu s'inscrire dans la dynamique potentielle dans laquelle elle aurait pu évoluer en tendant vers une instance nouvelle et englobante : les cadres hospitaliers. Faute de cette individuation, les personnels de l'encadrement hospitalier restent dispersés en une diversité de statuts et de fonctions et cet éclatement les fragilise dans le rapport de négociation face aux instances politiques quand bien même le dispositif communicationnel aura rendu visibles des attentes largement partagées.

Différentes modalités ont été conçues et mobilisées pour composer un dispositif visant à soutenir le processus de concertation-négociation et à en assurer la plus large visibilité auprès des agents hospitaliers. Un bon nombre de ces modalités ont été menées en présentiel (réunion d'assemblées générales en région, concertation en comités restreints, groupes de réflexion) avec un certain succès si l'on se réfère au compte-rendu détaillé en annexe du rapport de Singly. Dans cet ensemble, le forum des cadres est présenté comme un élément important de cette mission qualifiée d'« interactive », et comme un outil « permettant le dialogue avec le plus grand nombre et un

retour d'expériences »<sup>13</sup>. Destiné à valoriser la parole des acteurs de terrain et à rendre visibles et partageables des expériences et des attentes méconnues ou non reconnues des cadres, le dispositif technique n'a pas été l'agora promise dans l'imaginaire et la sémantique associée (Flichy, 2003) : le nombre de contributions est plutôt modeste ; la participation majoritaire a été celle des cadres soignants tandis que les cadres techniques ou administratifs n'y ont pris que faiblement part. Finalement le forum a été autant, sinon davantage, un instrument de mise en visibilité de l'intention de concertation de la mission et des actions menées (publication des comptes rendus des auditions, des différents documents relatifs à la mission) qu'un espace de dialogue entre les instances et les cadres. Du point de vue de la question de la temporalité le forum a été ouvert et modéré durant le temps de la mission puis a été non seulement fermé aux interventions mais aussi rendu inaccessible à la consultation au bout de quelques mois. La mémoire des échanges n'existe donc plus qu'à travers la synthèse officielle publiée.

Souhaitant analyser les trajectoires suivies par les groupes professionnels, l'approche par l'individuation permet de repérer les formes de convergence ou de divergence argumentative qui sont le support ou la possibilité d'émergence de ces collectifs. Elle permet d'analyser en détail comment s'élaborent et se transforment les relations entre des acteurs aux prises avec des activités et des milieux dont l'hétérogénéité interroge la possibilité même d'un monde commun, et en cela permet de contribuer à l'approche information-communicationnelle de la société.



## BIBLIOGRAPHIE

BOURGEON D., sous la dir., *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail*, Rueil Malmaison : Eds. Lamarre, 2012, 344 p.

CHANLAT Jean François, *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Les Presses de l'Université de Laval, Éditions Eska, 2005, 824 p.

DETCHESSARHAR M., « Management et Santé, Introduction au numéro spécial », *Revue française de gestion*, mars, n° 214, 2011, p. 65-68.

DIVAY S. & GADEA C., « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, (4), 2008, p. 677-687.

DODIER N., *Mes hommes et les machines, la conscience collectives dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié, 1995, 384 p.

FLICHY P., « La question de la technique dans les recherches sur la communication », *Réseaux*, n° 50, 1991, p. 51-62.

FLICHY P., « Technologies, imaginaires, pratiques », working paper, École thématique CNRS, Carry-le-Rouet, 7-12 septembre 2003.

<sup>13</sup> Extrait du dossier de presse de la mission cadres, discours prononcé à Amiens le 3 avril 2009 par Mme la Ministre R. Bachelot-Narquin (p. 5).

LÉPINE V., « Identité professionnelle et professionnalisation des cadres hospitaliers : le rôle des compétences communicationnelles », p. 177-188, dans *Les compétences organisationnelles. Construire, comprendre, observer*, Dir. S. P. Alemanno & B. Parent, Paris : L'Harmattan, 2013, 318 p.

LÉPINE V., PARENT B., « La trajectoire de (trans)formation des compétences comme condition d'accès à une nouvelle professionnalité. Les cadres du secteur hospitalier en France », XVII *World Congress of Sociology, Sociology on the move*, Göteborg 11-17 juillet 2010.

MISPELBLUM BEYER F., *Encadrer : un métier impossible ?* Paris : Éditions Armand Colin, 2<sup>e</sup> édition, 2010, 320 p.

PARENT B., « la production de référentiels de compétences. Le cas des compétences communicationnelles du directeur d'hôpital », *Colloque international des sciences de l'information et de la communication*, Tunis 17, 18 et 19 avril 2008.

REINHARDT S., « Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ? », 2011, [http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/53055\\_REINHARDT.pdf](http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/53055_REINHARDT.pdf) (page consultée le 16/04/13)

SFEZ L., *Technique et idéologie : un enjeu de pouvoir*, Paris : Seuil, 2002, 323 p.

SIMONDON G., *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris : Aubier, 1<sup>re</sup> ed. 1958, 336 p.

SIMONDON G., *L'individuation psychique et collective*, Paris : Aubier., 1989. Rééd. 2007, 293 p.

STIEGLER B., *La Technique et le Temps, tome 3 : Le Temps du cinéma et la Question du mal-être*, Paris : Galilée, 2001, 329 p.

**Résumés :** Cet article porte sur les dynamiques d'évolution de l'encadrement hospitalier en France. Il présente une analyse des limites de la contribution d'un dispositif de concertation mobilisant largement les TIC (forum d'expression et de dialogue sur Internet, supports multimédia de publicisation de témoignages, etc.) à l'appui d'une mission initiée par le ministère de la santé en 2009 en réponse au malaise de ces professionnels aux fonctions, statuts et compétences mal reconnus. À partir du cadre théorique de Simondon (1958, 1989), il est montré que l'expression des attentes des différentes catégories de cadres des hôpitaux – prise en compte et rendue visible grâce au forum – a eu des effets *in fine* limités. La relation de transductivité et de composition entre les différents processus engagés (expression, concertation, négociation, production de référentiels métiers et compétences..) n'a pu s'enclencher par dyschronie et disjonction. Si le forum a permis de faire émerger une « communauté cadres » il n'a pas garanti son inscription dans un processus collectif d'individuation du groupe professionnel, les « cadres hospitaliers ».

**Mots-clés:** cadres hospitaliers, dyschronie, forum internet, individuation, reconnaissance, transductivité, visibilité

**Abstract:** *This article focuses on the evolution of hospital management in France. It presents an analysis of the limited contribution of a participatory approach widely mobilizing ICT (expression and dialogue forum on the Internet, multimedia media publicizing testimonials, etc.) in support of a mission initiated by the Ministry of health in 2009, responding to the discomfort of these professional functions, status and skills poorly recognized. From the theoretical framework of Simondon (1958, 1989), it is shown that the expression of the expectations of different categories of hospital executives – taken into account and made visible through the forum – had in fine limited effects. Transductivity and composition between the various processes involved (expression, dialogue, negotiation, production of function and skills standards) couldn't be engaged because of dyschrony and disjunction. If the forum has allowed the emergence of a « managers community » it didn't warrant its inclusion in a collective process of individuation as the occupational group entity « hospital managers ».*

**Keywords:** *hospital managers, dyschrony, internet forum, individuation, recognition, transductivity, visibility.*