

Institut de Formation des Cadres de Santé  
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Haute Bretagne

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages et  
la Didactique (CREAD)

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**L'entretien annuel : scène d'un jeu d'acteurs entre  
autonomie et pouvoir**

Le cadre de santé, un pivot dans cette relation  
déséquilibrée

Karina MENARD

Directeur de Mémoire : Angélique CHAUDRON

Date de la soutenance : 23 Juin 2016

Année 2015-2016



Institut de Formation des Cadres de Santé  
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Haute Bretagne

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages et  
la Didactique (CREAD)

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**L'entretien annuel : scène d'un jeu d'acteurs entre  
autonomie et pouvoir**

Le cadre de santé, un pivot dans cette relation  
déséquilibrée

Karina MENARD

Directeur de Mémoire : Angélique CHAUDRON

Date de la soutenance : 23 Juin 2016

Année 2015-2016

**Mes remerciements s'adressent à :**

*Gilles, Lilie, Jeanne et Rose pour leur soutien, leur compréhension et leur patience pendant cette année de formation, ainsi que toute ma famille pour leur présence et leur disponibilité,*

*Mme Angélique Chaudron, ma directrice de mémoire pour ses conseils, ses encouragements et sa disponibilité,*

*Et toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.*

***« Un homme est fait de choix et de circonstances. Personne n'a de pouvoir sur les circonstances mais chacun en a sur ses choix »<sup>1</sup>***

---

<sup>1</sup> Citation tirée de l'ouvrage « La part de l'autre », écrit en 2011 par Eric-emmanuel Schmidt

## SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. Construction de l'objet de recherche .....	3
1.1. La phase exploratoire.....	3
1.2. La méthodologie de recherche .....	25
2. Les acteurs et leur environnement dans l'entretien annuel .....	35
2.1. Les acteurs .....	35
2.2. L'environnement.....	35
2.3. L'organisation entre le réel et le prescrit.....	37
3. L'entretien annuel, temps et lieu d'expression des acteurs, entre autonomie et pouvoir.....	39
3.1. Le Pouvoir institutionnel et la marge de manœuvre des acteurs.....	39
3.2. Le pouvoir des acteurs dans l'entretien annuel .....	48
4. L'entretien annuel ou expression d'une relation de pouvoir dans un jeu d'acteurs .....	55
4.1. Le comportement stratégique des acteurs .....	55
4.2. Un jeu d'acteurs dans un échange négocié .....	59
4.3. Une relation déséquilibrée dans une visée collective.....	65
5. Les conclusions de la recherche.....	72
5.1. Discussion autour des hypothèses.....	72
5.2. La projection professionnelle.....	77
Conclusion .....	82
Liste des références.....	85
Table des matières.....	88

## Introduction

L'individu au travail se construit dans sa relation à l'autre. Notre identité professionnelle s'est construite en deux temps. Une expérience d'infirmière pendant des années dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) a permis de construire une identité professionnelle et une relation à l'autre (collègues, personnes âgées) basée sur l'écoute, le respect et l'échange. Par la suite, un poste de faisant fonction de cadre de santé a développé ce sens de l'attention à l'autre dans un positionnement de responsable et d'encadrement.

Ce parcours a suscité des questionnements notamment concernant l'entretien annuel, pratiqué tous les ans dans un contexte hospitalier. Cet entretien est basé sur une relation entre l'évaluateur et l'évalué, plus précisément entre le cadre de santé et l'agent. Il soulève de nombreuses interrogations, comme son intérêt, sa valeur et son but à court et long terme.

Il semblait alors évident, dans le cadre d'un travail d'initiation à la recherche, d'explorer ce champ de l'activité du cadre de santé. Il est primordial de traiter un sujet dans lequel la motivation et l'envie d'apprendre sont suscitées. L'objectif de cet exercice d'« apprenti-chercheur » était de comprendre le contexte et les interactions entre les différents acteurs concernés par cet entretien.

Une phase exploratoire a permis d'initier notre travail de recherche. En partant d'un questionnement personnel sur l'entretien annuel et de lectures, notre réflexion s'est ensuite portée sur le rôle du cadre de santé et sa position de pivot entre l'institution et l'agent dans cet entretien. Nous sommes alors allés sur « le terrain », rencontrer des professionnels pour tenter d'éclairer cette approche. Inscrite dans une démarche compréhensive, cette étape de prospection nous a permis de cheminer et d'élaborer une question de recherche :

*En quoi l'entretien annuel est situé dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir dans une triangulation agent, cadre et institution ?*

Deux hypothèses ont alors été posées pour nous aider dans la construction de notre réflexion. Pour progresser dans notre questionnement avec une rigueur méthodologique, nous avons choisi d'avancer avec une méthode inductive. Cette option était en cohérence avec notre souhait d'écriture. Nous voulions nous imprégner du discours des acteurs, en nous appuyant sur des théories et concepts, pour faire émerger une idée.

Trois grands thèmes sont ressortis de l'analyse des entretiens de recherche faits auprès de cadres de santé.

Nous verrons, tout d'abord, quels sont les acteurs de l'entretien annuel et dans quel environnement ils interagissent. Puis nous aborderons en quoi cette entrevue est un temps et un lieu d'expression entre autonomie et pouvoir. Nous évoquerons, enfin, pourquoi l'entretien annuel est une zone où s'exprime une relation de pouvoir dans un jeu d'acteurs. Afin d'éclairer ces différents chapitres, une approche sociologique nous permettra de comprendre et d'interpréter le discours des cadres de santé interviewés. Pour conclure, une discussion autour des hypothèses permettra d'aborder notre projection professionnelle en tant que cadre de santé et conduira notre travail d'initiation à la recherche à son terme.

# **1. Construction de l'objet de recherche**

## **1.1. La phase exploratoire**

### **1.1.1. Le cheminement vers la question de départ**

Ce travail d'initiation à la recherche nous amène à réfléchir sur notre parcours professionnel et sur nos questionnements en tant que futur cadre de santé. Depuis quelques années, les établissements de santé sont assujettis à des notions de qualité, de compétences dans un contexte d'évaluation et de contrôle.

#### ***1.1.1.1. Un questionnement personnel***

De notre expérience et de notre pratique en tant qu'infirmière puis de faisant fonction de cadre de santé, des constats et des questionnements émergent de notre parcours professionnel.

Cette réflexion nous amène à réfléchir à un des outils d'évaluation des compétences qui est « l'entretien annuel d'évaluation ». Ses modalités et sa conduite nous ont toujours interpellés. Ce questionnement est d'autant plus présent en tant que Faisant Fonction de Cadre de Santé. Nous nous retrouvons dans la position d'évaluateur et d'évalué. En effet, d'un côté, nous évaluons les membres de l'équipe sous notre responsabilité. D'un autre côté, nous sommes évalués par notre supérieur hiérarchique, en l'occurrence la cadre supérieure de santé et la direction. L'entretien annuel d'évaluation est un moment privilégié entre le cadre et le soignant. La disponibilité de chacun pour écouter et entendre l'autre est indispensable. Il est important d'établir une communication efficace. C'est un moment de dialogue sur l'activité de l'agent et ses perspectives.

Chaque année, nous nous retrouvons confrontés à des questionnements concernant notre positionnement en tant qu'évaluateur. Est-ce que nous adoptons une méthodologie efficace ? Est-ce que nous sommes dans une logique d'évaluation ? Est-ce que l'agent peut s'exprimer ? Il existe parfois une réelle difficulté à fixer des objectifs. Et comment valoriser le plus judicieusement possible le contenu de ces entretiens pour améliorer l'organisation des soins et les projets individuels ?

Nous nous référons à nos collègues cadres mais chacun adopte une méthode, il n'y a pas de politique commune d'évaluation. Chaque cadre a un support personnel pour conduire l'entretien. Quand augmente-on la note d'un soignant ? Quand il s'est fait remarquer au cours de l'année par les missions effectuées...N'est-ce pas un critère subjectif ? Le cadre est parfois contraint de réaliser un grand nombre d'entretiens, avec peu de temps disponible. Du côté des évalués, il y a toujours cette peur de « passer en entretien », cette peur du jugement ou de la sanction. Une certaine méfiance qui est caractérisée par une question récurrente : est-ce que ma note va augmenter ? Parfois les soignants préparent l'entretien, parfois non. Nos expériences personnelles peuvent parfois nous amener à un sentiment de frustration dans la mesure où nous n'avons pas pu exprimer tout ce que nous souhaitons dire.

De ce constat sur nos pratiques professionnelles, une réflexion nous amène à approfondir notre questionnement : L'entretien d'évaluation est-il juste une formalité à accomplir ? Une notation est-elle simplement un outil pour distribuer une prime puisque celle-ci est établie notamment à partir de la note ? Pour le soignant, est-ce un moyen de reconnaître sa valeur professionnelle et de lui donner la possibilité de se développer ou juste « un passage obligatoire » ?

Notre cheminement nous oriente ensuite sur l'approche du cadre de santé dans la conduite de ces entretiens et sur son rôle. De nouvelles interrogations émergent : Comment le cadre utilise ces temps d'échange comme outil de management et d'amélioration de l'organisation des soins ? Peut-il accompagner les équipes vers une culture de l'entretien ? Comment les accompagner vers une démarche d'auto-évaluation et leur permettre d'être acteur de ce temps ?

L'entretien annuel d'évaluation reste un dispositif paradoxal qui oscille entre deux extrêmes. Dans une vision générale des organisations, pour certains, c'est juste une formalité sans intérêt : « ce n'est qu'un exercice bureaucratique imposé, peu objectif, qui ne sert à rien, c'est mon chef qui décide, je ne suis pas évalué sur mes résultats » (Villemus, 2004, p. 149). Et pour d'autres, cet entretien prend la forme « d'un rituel sacré où tout se joue » (ibid.).

### *1.1.1.2. Un éclairage sur l'évaluation des compétences*

#### Qu'est-ce que la compétence ?

L'ANESM<sup>2</sup> (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) définit, en 2003, la notion de compétence, en première intention, comme :

La mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation. La notion de compétence intègre deux dimensions l'une liée aux organisations, l'autre liée à l'individu en tant que professionnel. Elle pose d'une part la question de la gestion et de la reconnaissance des savoirs requis par les situations de travail, et d'autre part la reconnaissance du professionnalisme et des parcours individuels.

Depuis les années 1960, la compétence est définie par la somme d'un savoir, d'un savoir faire et d'un savoir être. Elle est souvent assimilée à « l'application de savoirs théoriques ou pratiques ou d'aptitudes ou de traits de personnalités (rigueur, esprit d'initiatives) (Le Boterf, 2013<sup>3</sup>, p. 55). L'accent est mis sur la faiblesse de cette définition : « les diplômes ne valident pas des compétences mais seulement l'existence d'un bagage pour les construire » (ibid.). La compétence est contextuelle c'est à dire qu'elle est liée à une situation professionnelle donnée et correspond donc à un contexte :

Aujourd'hui, les nouvelles organisations de travail et les défis de la compétitivité font que cette notion de compétence ne peut plus être considérée comme un programme d'actes et de consignes. Il s'agit plus d'un processus, un lien reliant une combinaison de ressources, une action et une contribution à un résultat. » (Ibid. p. 59).

Il est alors préférable de parler de « professionnel compétent » que de compétences.

---

<sup>2</sup> [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

<sup>3</sup> Date de parution originale : 2000.

### Comment est-t-elle évaluée ?

D'après Larousse<sup>4</sup>, « évaluer, c'est déterminer, fixer, apprécier la valeur, le prix de quelque chose, d'un bien ». Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, (CNRTL<sup>5</sup>), complète cette définition avec le fait qu'« évaluer, c'est porter un jugement sur une donnée en référence à une valeur ». Dans le secteur hospitalier, plusieurs dispositifs permettent d'évaluer les compétences : les audits, l'observation et l'entretien. Selon le dispositif utilisé, l'évaluation sera différente et portera finalement sur l'écart entre ce qui est demandé, c'est-à-dire, prescrit et ce qui est fait, c'est-à-dire le réel : « Ce qui est évalué, ce n'est pas la compétence en soi mais ce qui est nommé compétence par le dispositif d'évaluation (instruments, règles, actions) » (Le Boterf, 2013, p.166).

### Qui évalue ?

Dans les établissements, ce sont les supérieurs hiérarchiques, « les N+1 ». Dans les centres hospitaliers, les soignants sont évalués par le cadre de santé du service. La DGOS<sup>6</sup> (direction générale de l'offre de soins) en 2012 définit le métier de cadre de santé :

Le responsable de secteurs d'activités de soin organise l'activité et les prestations associées. Il manage (encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

Le document de travail de la DGOS sur la réingénierie du métier de cadre de santé met en évidence les activités et les compétences associées. Nous nous arrêterons sur une des activités intéressantes pour notre travail. L'activité 4 : « gestion et développement des compétences » définit les missions du cadre de santé dans ce domaine :

- Définition des activités et des compétences requises en fonction de l'activité de la structure,
- Conduite d'entretiens d'évaluation des compétences et de la performance individuelle et collective,
- Propositions d'évolution professionnelle, accompagnement du projet professionnel,

---

<sup>4</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9valuer/>

<sup>5</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9valuer>

<sup>6</sup> [http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers\\_redacteurs/pdf/Articles\\_pdf/CdS/Cadres\\_sante\\_Ref\\_activites\\_et\\_competences\\_](http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CdS/Cadres_sante_Ref_activites_et_competences_)

- Définition des besoins en formation et en développement des compétences individuelles et collectives. » (DGOS, 2012, référentiel de compétences du cadre de santé responsable d'un secteur de soin, Document de travail).

Le cadre de santé a, alors, un rôle essentiel dans l'entretien annuel d'évaluation.

### ***1.1.1.3. Un éclairage sur « l'entretien annuel d'évaluation »***

L'entretien annuel d'évaluation (EAE) à l'hôpital est régi par l'arrêté du 6 mai 1959<sup>7</sup> relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics. La notation à l'hôpital est une obligation « légale » pour les agents stagiaires et titulaires (pas pour les contractuels). Elle se fait donc dans le cadre d'un entretien physique à l'issue duquel le supérieur hiérarchique propose une note et une appréciation générale, qui doit exprimer la valeur professionnelle de l'agent hospitalier.

Pour tenter d'éclairer ce questionnement, il est intéressant tout d'abord de comprendre les principes généraux de l'entretien d'évaluation. TEBOUL (2005<sup>8</sup>) définit les étapes essentielles et le rôle de chaque interlocuteur. Pour lui, trois éléments sont primordiaux pour permettre l'efficacité de cette entrevue. Il insiste tout d'abord sur la notion de rencontre entre deux personnes motivées, le manager et le collaborateur, où chacun est acteur. Il s'étend également sur le « savoir-faire » du manager qui doit connaître les règles et les techniques qui bornent cet entretien. Parallèlement, il insiste sur le « savoir-être » du cadre qui doit établir une communication efficace. Enfin Il met également l'accent sur la nécessité d'une politique institutionnelle encadrant et légitimant ce système d'évaluation : « L'entretien d'évaluation est inséparable d'un contexte qui en détermine l'efficacité, la nécessité et l'acceptation.» (Ibid., 2005, p. 125). Cette lecture apporte un élément nouveau et indispensable, l'engagement de l'institution dans cette dynamique.

Cette première approche permet de mettre en évidence les trois acteurs concernés par l'entretien d'évaluation :

- L'évaluateur, le cadre de santé,
- L'évalué, l'agent,
- L'institution et la politique de ressources humaines.

---

<sup>7</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/>

<sup>8</sup> Date de publication originale : 1986

Quels sont les principaux objectifs de ces entretiens pour ces 3 acteurs ?

L'approche du fonctionnement d'un centre hospitalier a été retenue pour répondre à ce questionnement <sup>9</sup> :

Pour l'évaluateur, il s'agit de :

- Faire le point sur les missions de l'agent évalué, les objectifs et les responsabilités,
- Analyser et résoudre les éventuelles difficultés au sein des équipes,
- Accompagner individuellement les agents dans leur positionnement au sein du service et dans leur déroulement de carrière,
- Agir sur la motivation de chacun,
- Améliorer la communication et fixer les objectifs individuels et collectifs.

Pour l'évalué, la visée est :

- D'avoir un retour sur la qualité de son travail, d'être reconnu comme un acteur de l'institution,
- D'exprimer ses besoins, ses préoccupations, ses souhaits d'évolution et de formation,
- D'échanger avec son cadre sur les projets du service,
- De faire état des points forts et points faibles de l'année écoulée,
- D'évoquer les points devant donner lieu à amélioration.

Et pour l'institution, l'entretien annuel d'évaluation est :

- Un outil de communication,
- Un outil efficace de gestion individuel et collectif des métiers et des compétences (GPMC) permettant de réaliser un diagnostic de son équipe et des compétences disponibles et potentielles,
- Un outil de montée en compétences,
- Un outil indispensable de construction du plan de formation et de la politique sociale de l'établissement,
- Un temps de communication privilégié et de formalisation,
- Un moment d'échange et de valorisation des compétences.

---

<sup>9</sup>[https:// www.chi-poissy-st-germain](https://www.chi-poissy-st-germain).

Ensuite l'approche de Jacques Teboul éclaire sur la conduite de l'entretien. Comment le préparer ? Quelles sont les bases à connaître ? L'entretien d'évaluation est une pratique managériale, qui doit suivre une logique structurée et rigoureuse. Des connaissances théoriques sont nécessaires pour le cadre avant de conduire cette rencontre formelle. Une approche explicative permet de comprendre les éléments essentiels à intégrer dans la conduite de l'entretien d'évaluation.

Avant tout, cet exercice est la rencontre de deux personnes, le professionnel et le supérieur hiérarchique. Pour que cet échange soit constructif, un partenariat doit s'installer. Pour cela le responsable doit clairement, en amont, définir et expliquer au collaborateur ses missions et les règles de fonctionnement. Cette base permettra ainsi d'établir, ensemble, des actions, des objectifs et des critères d'évaluation.

Ces indications seront alors un fil conducteur commun lors de l'entretien. Par ce fait, les professionnels connaissent les attentes de la hiérarchie et investissent plus volontiers cette rencontre formelle. Cette motivation doit être encouragée par le cadre sur le terrain. Ensuite, la préparation de l'entretien est une étape incontournable et nécessaire pour les deux acteurs.

Avant la rencontre, le responsable optimise les conditions matérielles et il s'imprègne du dossier d'évaluation. Il permet également à l'évalué de relire ce document et l'incite à utiliser un guide pour l'aider à préparer de son côté cet entretien. Celui-ci pourra ainsi revoir les objectifs fixés et faire le bilan de son année en restant sincère et fidèle aux faits qu'il s'agisse d'échecs ou de réussites.

De plus, le cadre se réfère à une procédure relatant le but de cette rencontre et les résultats attendus. Pour respecter ce contenu, il organise le déroulement de l'entretien en respectant une chronologie d'actions successives.

A la fin de la rencontre, le collaborateur peut se situer individuellement et au sein de son service, en terme de résultats, d'objectifs et d'évolution professionnelle. Le manager peut, lui, évaluer les insuffisances en termes de management ou d'organisation. Le cadre se situe alors dans une dynamique utile et de progression (Teboul, 2005).

Et sur le terrain, quand est-il ?

#### ***1.1.1.4. La question de départ***

Dans la plupart des établissements, des procédures écrites existent et sont largement diffusées dans les services et auprès des responsables pour expliquer l'intérêt de ces entretiens. Il existe pourtant des décalages entre les conseils théoriques de la conduite de l'entretien et les applications sur le terrain. Il est souvent compliqué de réunir toutes les conditions pour optimiser cette rencontre. Certains collaborateurs vont s'autoriser et investir ces temps d'échanges, d'autres non. Si désintérêt, est-ce le fait d'une démotivation ou de la méconnaissance de l'évalué face aux enjeux de cet entretien ? Est-ce lié à la qualité de l'accompagnement du cadre ou plus généralement de la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement?

Des lectures ont permis d'acquérir les fondements de l'entretien d'évaluation. La réflexion et les recherches se poursuivent maintenant sur les interrogations engagées ci-dessus.

De cette première approche, un point essentiel est soulevé : l'implication de trois acteurs : l'institution, l'évaluateur (le cadre) et l'évalué. Le cadre, dans cette triangulaire, aurait un rôle de pivot. D'après Larousse<sup>10</sup>, un pivot est une base, un soutien essentiel, ce sur quoi tout repose. Il est l'interface entre la direction et l'agent sous sa responsabilité. De cette affirmation, une question de départ émerge :

***En quoi le cadre de santé assure un rôle de pivot dans l'entretien annuel, entre l'institution et l'individu ?***

---

<sup>10</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pivot/>

### **1.1.2. Le cheminement vers la question de recherche**

A ce point de notre réflexion, il nous a semblé judicieux de confronter notre question de départ aux réalités du terrain en interrogeant des « experts » et « un acteur du terrain ». Après la construction d'une méthodologie, nous avons dégagé les éléments essentiels de l'analyse des entretiens réalisés pour cheminer vers notre question de recherche.

#### ***1.1.2.1. Choix du matériau***

Il nous a semblé important de recueillir le plus d'informations possibles sans pour autant induire des réponses. Dans la mesure où nous ne cherchions pas de réponses précises à des questions, mais plutôt à identifier des orientations, l'entretien semi-directif nous a semblé le plus pertinent. En effet, cette démarche compréhensive permet de guider "l'enquêté" dans les grandes lignes à travers un guide d'entretien, tout en lui laissant une grande liberté de parole. D'après Kaufman<sup>11</sup>, cela facilite l'échange (Kaufman, 1996). Trois entretiens semi-directifs ont été menés, le premier au niveau d'une collectivité territoriale (E1, annexe 2), le deuxième (E2, annexe 3) sur un centre hospitalier privé et le troisième (E3, annexe 4) sur un centre hospitalier universitaire. Ils ont respectivement durés 25, 19 et 17 minutes. Trois organisations distinctes ont été choisies pour permettre d'explorer trois fonctionnements différents et prendre du recul par rapport à une vision hospitalière publique connue. Le même guide d'entretien (annexe 1) a été utilisé. Des questions un peu plus précises ont été posées lors du premier entretien car c'était lors d'un stage dans le cadre de la formation cadre de santé. Le guide d'entretien se compose tout d'abord d'une présentation de l'interviewé pour connaître son parcours professionnel. Ensuite quatre grands thèmes de questions sont abordés : les valeurs, la culture, le sens et les enjeux de l'entretien d'évaluation.

Nous souhaitons à travers le questionnement des valeurs et de la culture connaître d'une manière générale la politique de gestion des ressources humaines sur l'établissement et la démarche institutionnelle autour de l'entretien annuel d'évaluation. Le questionnement du sens et des enjeux ciblait un peu plus la pratique et le ressenti des personnes interrogées. Cette logique nous permettait de faire le lien entre le regard institutionnel et l'exercice sur le terrain, en restant cohérent avec notre interrogation sur le rôle du cadre.

---

<sup>11</sup> [http://www.persee.fr/doc/reso\\_0751-7971\\_1996\\_num\\_14\\_79\\_3789](http://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1996_num_14_79_3789)

### ***1.1.2.2. Choix d'écriture***

Pour permettre une lecture claire et compréhensible, nous avons choisi des critères d'écriture. Les verbatim des entretiens utilisés dans l'analyse seront identifiés en italique dans les résultats, avec une référence à l'entretien. Par exemple, pour l'entretien 1, la référence E1 avec le numéro de ligne sera ajoutée à la fin de la phrase.

Pour les citations d'auteur, elles seront intégrées au texte. Elles seront identifiées par une police inférieure au corps du texte. Nous référant à la norme APA (American Psychological Association), toutes les citations de plus de 40 mots seront identifiées par un retrait et sans guillemet.

### ***1.1.2.3. Choix de la population enquêtée***

Pour permettre d'éclairer le questionnement de départ, nous avons souhaité en phase exploratoire, interroger des experts et un acteur de terrain. D'après l'ANAP<sup>12</sup> (agence nationale d'aide à la performance), l'évaluation professionnelle s'inscrit dans une politique de ressources humaines globale et est intrinsèquement liée à la mise en place de la gestion prévisionnelle des métiers et compétences, à la formation professionnelle, à la mobilité du personnel, et à la notation pour les établissements publics. (ANAP janvier 2011). Le directeur des ressources humaines a pour mission principale de conduire la politique institutionnelle en matière de Ressources Humaines. Il est donc l'acteur « expert », représentant l'institution dans ce trio évoqué auparavant. Les deux premiers entretiens se sont déroulés auprès de directeurs de ressources humaines (DRH) pour avoir un avis d'experts sur la politique de ressources humaines et la conduite de l'entretien d'évaluation. Pour compléter cette approche et poursuivre cette réflexion, « un acteur du terrain » a été interrogé. Un troisième entretien exploratoire a donc été mené près d'un cadre de santé.

---

<sup>12</sup> <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-gestion-previsionnelle-des-emplois-et-des-competences/>

Un tableau permet de recentrer le profil des personnes interviewées :

	<b>ENTRETIEN N°1(E1)</b>	<b>ENTRETIEN N°2(E2)</b>	<b>ENTRETIEN N°3(E3)</b>
<b>Structure</b>	Collectivité territoriale	Centre hospitalier privé	Centre hospitalier universitaire
<b>NOM</b>	Mme T	Mme F	Mme P
<b>SEXE</b>	Féminin	Féminin	Féminin
<b>AGE</b>	40-45 ans	35-40 ans	45-50 ans
<b>Fonction</b>	DRH	DRH	Cadre de santé
<b>Expérience prof.</b>	Etudes de psychologie 10 ans de carrière dans le management, Licence pro métiers de l'administration territoriale, DRH en collectivité territoriale depuis 5 ans.	Master 2 en droit des relations de travail en entreprise, Puis 10 ans juriste en entreprise, responsable RH service restauration, secteur de la santé depuis 2009 (cliniques privées, associations) DRH CHP X depuis 2011.	Diplôme de puéricultrice en 1992, Intégration CHU en 1999, Ecole des cadres en 1994, Cadre Service de nourrissons en 2005 Depuis 2012, service de soins intensifs en néonatalogie.

#### ***1.1.2.4. Résultat de l'analyse thématique des entretiens exploratoires (annexe 5)***

Une précision sur « les vocables utilisés » :

La première réflexion qui émerge de l'analyse de ces entretiens, est le fait que plusieurs vocables sont utilisés pour définir cet entretien qui est majoritairement « annuel » dans les établissements sollicités. Les DRH utilisent plus facilement le terme d'entretien d'évaluation et d'entretien professionnel. Le cadre de santé, lui parle d'entretien annuel et se refuse à utiliser le terme d'entretien d'évaluation : « *Moi je parle d'entretien annuel. Entretien d'évaluation pas du tout, jamais c'est entretien annuel* » (E3L128/129). Dans les établissements hospitaliers publics, nous parlons d'entretien annuel d'évaluation ou d'entretien annuel. Pour certains, l'entretien d'évaluation (de notation) est intégré avec l'entretien professionnel et compose l'entretien annuel. Quel est le lien ou l'écart entre ces différentes appellations ?

Cela peut s'expliquer par le fait que l'entretien professionnel est complémentaire de l'entretien d'évaluation mais leur finalité est différente.

Dans leur ouvrage, Parmentier et Hernot (2006, p. 60) expliquent les principales différences entre l'entretien d'évaluation et l'entretien professionnel :

L'entretien d'évaluation permet l'appréciation des compétences et des résultats de l'année, la fixation d'objectifs annuels et l'attribution d'une notation (si démarche pratiquée sur l'établissement). L'entretien professionnel permet le bilan des actions de formation suivies, l'information sur la formation professionnelle pour identifier le projet professionnel à entreprendre ou à réaliser en recherchant des solutions formatives et dans la négociation d'engagements réciproques.

Depuis le 07 Mars 2014, la mise en œuvre de l'entretien professionnel est une obligation pour les entreprises. Il est mis en place depuis 2012 dans la fonction publique d'état et depuis 2014 dans la fonction publique territoriale. Dans la fonction publique hospitalière, il est toujours en expérimentation. Le Décret 2010-1153 du 29 septembre 2010<sup>13</sup> a pour but la mise en place de l'entretien professionnel dans les hôpitaux. A ce jour, quelques hôpitaux l'ont expérimenté mais il n'est pas obligatoire.

Dans la fonction publique hospitalière, la valeur professionnelle des agents titulaires s'effectue par une notation et des appréciations générales qui leur sont communiquées tous les ans. La notation administrative est versée au dossier administratif des agents et elle est prise en compte pour les critères d'avancements d'échelon, de grade et le montant de la prime de service. (Arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics<sup>14</sup>).

L'objet de notre étude n'est pas, pour le moment de comparer ces deux entretiens, qui restent complémentaires. Ces deux démarches touchent le suivi individuel d'un agent. Et le cadre, le responsable hiérarchique assume principalement ces deux entretiens. Dans les hôpitaux, l'entretien annuel regroupe principalement ces 2 entretiens, conduit par le cadre de santé. Nous allons rester sur cette logique pour poursuivre notre réflexion et nous parlerons de l'entretien annuel.

---

<sup>13</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>14</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte>.

Après cet éclaircissement, nous pouvons apporter une analyse thématique des entretiens exploratoires effectués, en essayant de répondre à notre questionnement sur l'approche et la place du cadre de santé dans les contours de l'entretien annuel.

Avant de cibler notre analyse sur le rôle du cadre de santé, nous pouvons mettre en évidence les pré-requis nécessaires à la conduite de l'entretien annuel.

#### Les pré-requis :

- Un engagement institutionnel affiché et une procédure établie,
- La mise à disposition d'outils pour accompagner l'évalué et l'évaluateur,
- Des évaluateurs légitimes.

La politique d'établissement concernant les entretiens annuels est en place. Dans les trois entretiens effectués, on retrouve la même logique de fonctionnement. Il y a une information descendante de la direction vers les cadres de service. Des procédures sur la conduite de l'entretien dans sa globalité sont diffusées par le service des ressources humaines. Des guides pour accompagner l'évaluateur et l'évalué sont disponibles.

Des outils sont mis en place comme les fiches de poste. Lorsque les entretiens sont terminés, la fiche d'évaluation est remontée aux directions, le plus souvent au service des ressources humaines pour notification ou appréciation. Puis elle est retournée à l'agent pour signature. Les évaluateurs ont ou vont recevoir une formation sur la conduite de l'entretien d'information. Cela permet de rassurer les évalués : « *les évaluateurs vont être formés [...] ça va aussi rassurer les agents* » (E1L84 à 86).

Un des pré-requis indispensable est la légitimité du cadre de santé pour effectuer cet entretien. Nous avons déjà évoqué auparavant que cette action fait partie de son champs d'activités. Il faut qu'il puisse maîtriser cette rencontre : « *Mener un entretien demande une certaine habitude, il faut maîtriser ce temps* » (E3L175).

Il existe également des « démarches communes » concernant « l'objet » de l'entretien annuel. Les trois personnes interrogées insistent clairement sur le fait que cet entretien n'est pas un entretien de recadrage ou de sanction : « *On n'est pas dans ce cadre là (de sanction) en principe dans l'entretien annuel de notation* » (E1L187 à 188). Cela se fait à un autre moment : « *il y a certaines personnes que tu es obligé de recadrer mais ce n'est pas dans ce cadre là, c'est un autre moment* » (E3L157 à 158).

Un point essentiel ressort de cette première étape d'analyse. L'entretien annuel s'inscrit dans une politique d'établissement et est accompagné par la direction des ressources humaines dans sa mise en place générale.

Cela devient beaucoup plus imprécis lorsque nous évoquons la mise en place concrète de l'entretien annuel sur le terrain : « *C'est chaque cadre qui s'organise, c'est artisanal, il planifie ces entretiens [...] chacun fait un peu comme il le souhaite, comme il le sent* » (E2L156 à 168).

Cela nous permet d'identifier les champs investis par le cadre de santé dans les contours et la conduite de cet entretien, qui sont judicieux dans notre recherche.

### Les champs investis par le cadre de santé

#### ***L'autonomie***

Mme P, cadre de santé, confirme l'idée avancée sur le fait d'une autonomie dans la conduite de l'entretien : « *Tu t'investis ou tu t'investis pas, c'est toi qui décide ! On est assez autonome* » (E3L141 à 142).

Le cadre, par son positionnement hiérarchique et ses missions, est autonome dans le sens qu'il souhaite donner à l'entretien annuel. Villemus (2004, p. 84) définit : « l'autonomie comme la somme de la compétence et de la motivation. Un individu ne peut pas être autonome s'il n'est pas compétent ». Nous avons déjà évoqué cette notion de compétence qui reste, de manière générale, la somme d'un savoir, d'un savoir-être et d'un savoir-faire. La deuxième et nouvelle notion évoquée est la motivation :

La deuxième condition à l'autonomie est la motivation. Un individu, même s'il est compétent, ne peut atteindre ses objectifs ou faire son travail s'il n'est pas motivé, c'est-à-dire s'il ne veut pas le faire » (Ibid., p85).

L'efficacité de ces rencontres serait alors « dépendante », dans un premier temps de la compétence et de la motivation du cadre de santé. Cette première approche soulève également un questionnement sur le positionnement des évalués. L'efficacité de l'entretien annuel n'est-elle pas aussi liée à l'autonomie de l'évalué ?

### ***La communication***

« Pour la communication, je me repose sur les directeurs de service [...], c'est eux qui sont en prise directe avec les agents et puis c'est leur rôle de communiquer sur ce genre de choses » explique Mme T (E1L108 à 110).

Le mode d'information peut être différent dans sa transmission mais il reste toujours descendant. Les deux entretiens avec les DRH mettent en évidence qu'une fois l'information donnée sur les principes de l'entretien, c'est le cadre qui doit assurer la communication et sa « campagne ». La DRH informe, le cadre de santé communique sur l'entretien annuel.

Informé, c'est produire et diffuser un message, il n'y a pas forcément de relation interpersonnelle ou d'échange entre l'émetteur et le récepteur. Communiquer, c'est entrer en relation avec l'autre, lui faire comprendre un message et l'adapter pour qu'il soit accepté selon ses croyances et ses représentations. Dans les services, la communication autour de l'entretien annuel est assurée par le responsable car il est au cœur de l'organisation et en relation directe avec les équipes. La direction donne la directive, le cadre donne la direction à suivre. Les enjeux de la communication sont de créer de la confiance et de maintenir une relation.

### ***La co-évaluation***

Mme P relate que, lors de l'entretien, « Elles recherchent un échange [...] c'est un moment où l'on se pose des questions » (E3L103 à 104) et que « chacun puisse dire ce qu'il a à dire, c'est très bien » (E3L167). Mme T, DRH insiste sur le fait que « c'est aussi le moment où il faut dire les choses » (E1L222). Dans ce discours, les personnes interrogées évoquent la possibilité pour l'évalué de donner son avis sur les conditions de travail et sur l'organisation.

Cette approche est résumée par Gaulejac (2011, p. 251) :

La mise en perspective des points de vue des uns ou des autres ne débouche pas toujours sur un consensus [...] mais elle favorise une meilleure compréhension mutuelle et la mise en évidence des intérêts [...]. L'évaluation devient un espace délibératif qui favorise l'élaboration de médiations.

Le cadre de santé, pour permettre cet échange, doit libérer la parole et mettre à l'aise le professionnel évalué. Mme T insiste sur ce fait et le répète plusieurs fois : « *il faut que le responsable sache mettre à l'aise l'agent* » (E1L229). Mme P confirme ce propos : « *il y a des professionnels qui sont plus ou moins discrets, il faut permettre à ces personnes là de s'exprimer* » (E3L168 à 169). Le cadre de santé est au cœur de l'organisation et en relation directe avec les équipes. Il doit créer de la confiance et maintenir une relation, en communiquant avec et au sein de son équipe.

Relation dit au moins 2 personnes. Nous retrouvons cette notion dans le discours des interviewés : « *Ca se prépare des 2 côtés* » (E1L246) remarque la DRH, Mme T. Mme P confirme cette approche : « *la communication se fait dans les 2 sens dans l'unité* » (E3L131 à 132). Cette idée est confortée par le discours de Jacques Teboul (2005) qui explique que cet exercice est la rencontre de deux personnes, le professionnel et le supérieur hiérarchique. Pour que cet échange soit constructif, un partenariat doit s'installer. Mme P va même jusqu'à demander aux professionnels un retour sur son management : « *c'est aussi pour moi le moyen d'évaluer mon encadrement, je demande un retour aux équipes sur mon management* » (E3L129 à 130). Nous retrouvons finalement, à travers cette analyse la notion de « co-évaluation ». Cette évaluation mutuelle semblerait nécessaire pour permettre à chaque individu d'être acteurs dans une démarche active et constructive. Mme F, DRH, développe cette approche :

*C'est mieux de les responsabiliser [...] d'avoir un avis critique sur eux-mêmes, sur leurs travaux, sur l'organisation, d'être constructifs [...] parce que ce sont les premiers acteurs concernés. C'est beaucoup plus pertinent et performant d'appliquer ce qu'on appelle le principe de subsidiarité* » (E2L141 à 148).

Le principe de subsidiarité, selon Larousse<sup>15</sup>, est un principe de délégation verticale des pouvoirs. Nous pouvons l'interpréter, ici, comme le fait de donner la possibilité à l'acteur évalué de participer à une co-évaluation, c'est-à-dire la possibilité de donner son avis critique sur l'organisation, sur les conditions de travail et sur le fonctionnement en règle générale. Nous sommes alors plus dans une démarche d'évaluer ensemble, que d'évaluer l'autre.

### ***La construction ou la co-construction des objectifs***

Ensuite cette analyse permet de confronter les apports théoriques avec la réalité sur l'objet de la conduite de l'entretien annuel ; Le cadre de santé fait le bilan, évalue les compétences de l'agent et fixe des objectifs : « *Les responsables fixent les objectifs* » (E1L137) pour l'année suivante en proposant des formations : « *On demande à l'agent quels sont ses objectifs et on se donne les moyens [...] en proposant des formations nécessaires pour atteindre les objectifs* » (E3L58 à 60).

Nous avons choisi de faire un zoom sur la notion d'« objectif ». La fixation des objectifs reste une difficulté rencontrée dans notre pratique et notre expérience d'évaluateur que nous souhaitons développer. *Qu'est-ce qu'un objectif ?* Selon Larousse<sup>16</sup>, un objectif est « un but, une cible que quelque chose ou quelqu'un doit atteindre ». Il comporte un verbe d'action et doit être court et facilement compréhensible. Les objectifs doivent être réalistes et atteignables. Ils doivent avoir un sens pour l'individu. Un objectif, qui intègre les moyens, les délais et les contraintes, est rassurant pour le collaborateur (Villemus, 2004). Un objectif efficace est : « un plan d'actions qui intègre le résultat à atteindre et les moyens mis à disposition pour atteindre ce résultat » (Ibid., p. 73). C'est également un outil de performance :

La fixation, la négociation et l'évaluation des objectifs individuels et collectifs ne sont pas un simple artifice de préoccupation porté aux ressources humaines ou un rituel annuel qu'on s'impose pour donner un peu d'objectivité à la gestion des hommes. Au contraire le management par objectif, quand il est bien développé et pratiqué, constitue un réel acte de management, fondateur des réussites et des profits de l'entreprise (Ibid., p. 55).

---

<sup>15</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/subsidiarite%C3%A9/75099>

<sup>16</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectif/55357?q=OBJECTIF#54980>

Cette approche nous fait réagir sur un point important qui est l'accompagnement des professionnels vers l'atteinte des objectifs fixés en assurant des conditions favorables pour les atteindre. De cette lecture et du discours des personnes interrogées, nous pouvons ajouter un élément indispensable à l'atteinte des objectifs, c'est de partir de l'évalué, de ses besoins et de ses souhaits. Ce discours est confirmé par Mme P : « *elles recherchent un échange, certaines intègrent des groupes de travail...c'est un moment où l'on se pose des questions [...] de changer, de continuer* » (E3L103 à 105).

Cet éclairage permet d'identifier que l'entretien annuel a un impact sur l'individu mais aussi sur l'organisation et donc le collectif de soins. Mme P, précise : « *c'est un bon moyen pour moi de me donner des objectifs [...] pour que ça avance sur des projets, des remises en cause de certaines organisations dans le service* » (E3L127 à 129).

Nous avons ainsi répertorié les champs d'actions du cadre de santé qui nous paraissent judicieux de mettre en lumière pour ce travail de recherche.

Il y a également une multitude de facteurs intrinsèques et contextuels qui rentrent en jeu dans la conduite de l'entretien. Nous entendons par facteurs intrinsèques les facteurs propres à l'individu. Les facteurs contextuels sont l'ensemble des conditions sociales et culturelles. Ces différents facteurs et comportements jouent sur l'objectivité de ces temps de rencontre. Le cadre de santé ne peut maîtriser ces différents éléments qui influent son comportement et celui de l'individu avec qui il est en relation (l'évalué). Nous avons choisi d'identifier, sans les développer, dans cette phase exploratoire, trois notions ou concepts influençant sur la neutralité de la conduite de l'entretien d'annuel.

## Les facteurs intrinsèques et contextuels

### ***Le pouvoir***

Le pouvoir est défini par Larousse<sup>17</sup> comme une autorité, une puissance de droit ou de fait, la situation de ceux qui gouvernent, dirigent. Le cadre de santé, par sa position hiérarchique, exerce un pouvoir légitime sur le professionnel évalué. Mme P explique qu' « *il y a des barrières qui peuvent se mettre* » (E1L224 à 225), « *ils ne vont pas oser* »(E1L230).

L'évaluation regroupe trois dimensions du pouvoir :

- Le pouvoir d'imposer sa vision, son système de valeurs,
- Le pouvoir d'imposer ses règles du jeu, le cadre et le dispositif qui règlent les façons de faire,
- Le pouvoir d'imposer son interprétation des résultats en fonction de ce qu'on cherche à obtenir. ( De Gaulejac, 2011)

De cet approche, et comme le soulève De Gaulejac (2011), quels pouvoirs ont les différents acteurs dans cette évaluation ? Cette explication met bien en évidence toute la complexité de l'entretien annuel lié à des jeux de pouvoir et des jugements de valeurs.

### ***Les valeurs***

Les valeurs sont définies selon Larousse<sup>18</sup> : « comme ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre. » Dans les deux établissements de santé, des valeurs institutionnelles sont affichées. Elles présentent l'éthique engagée dans ces institutions. Avant d'être communes, les valeurs sont individuelles. Mme P explique qu'il existe des valeurs sur l'établissement « *mais qui ne sont pas forcément appliqués par tous [...] Après, chacun a ses propres valeurs* » (E3L35 à 36).

---

<sup>17</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pouvoir/63204?q=POUVOIR#62494>

<sup>18</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valeur/80972?q=VALEUR#80026>

Cette approche est confirmée par Jean-François Claude (2003<sup>19</sup>, p. 77) :

Les valeurs proviennent de la société et nous lient à elle ; Mais en même temps les valeurs sont profondément individuelles. En effet, la façon dont nous nous les approprions est toujours individuelle. Chaque fois qu'une personne s'approprie une valeur, la fait sienne, elle la décline et met au jour une nouvelle facette de cette valeur. Chacun d'entre-nous traduit à sa façon chaque valeur. Une entreprise peut décréter des valeurs mais si celles-ci ne sont pas appropriés par chacun d'entre nous, elles ne peuvent pas avoir l'effet escompté sur nos actions ».

Dans le registre des valeurs, les jugements de valeur interpellent et questionnent les personnes interviewées : « *A partir de quel moment on est plus sur le jugement de la personne que sur sa manière de servir ...il y a toujours une part d'arbitraire parce qu'on est sur de l'humain* » (E1L96 à 100). Mme F rajoute : « *il faut factueliser pour éviter de tomber dans les jugements de valeurs* » (E2L202). Il semble primordial d'avoir conscience de ses préjugés et intégrer cette réflexion dans sa communication et sa prise de décision. Jacques Teboul explique que la finalité de l'évaluation reste l'appréciation, qui organise la rencontre et qui freine les attitudes et les manières d'agir. La personnalité et le statut de chacun influent obligatoirement sur le rapport à l'autre (Teboul, 2005).

Le professionnel, pour assurer un travail de qualité, doit pouvoir être en accord entre ce qu'il fait et ses valeurs. « Le travail est vécu comme un moyen de se réaliser, de s'accomplir. La valeur travail est dénaturée lorsque le travailleur n'est plus maître du sens qu'il donne à ce qu'il fait. » (De Gaulejac, 2011, p. 285). Les valeurs sous-tendent la motivation.

### ***La motivation***

Nous avons rapidement évoqué cette notion dans la sphère de l'autonomie. La motivation, selon Larousse<sup>20</sup> : « est l'ensemble des raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action ». La motivation est individuelle. Elle peut par contre s'exprimer à travers l'accompagnement d'un tiers qui donne l'envie. La plupart des soignants ne préparent pas l'entretien. C'est une généralité qui est faite dans les institutions.

---

<sup>19</sup> Date de publication originale : 2001

C'est une généralité que nous avons pu également observer sur le terrain et dans nos expériences. C'est également le discours porté par les deux DRH déjà cité précédemment.

L'entretien avec Mme P infirme ce positionnement. Les soignants sont impliqués dans des groupes de travaux, ils se sentent investis et motivés : « *Dans mon service, il y a beaucoup de gens qui préparent [...] elles attendent ce moment là (l'entretien d'évaluation) et celles qui ne l'ont pas eu le réclament !* » (E3L88 à 94).

Nous pouvons ressentir la dynamique qu'elle impulse dans l'accompagnement des équipes en les impliquant, en leur donnant un rôle d'acteurs.

### **Ce qui ressort des résultats de l'analyse**

En agissant par délégation de la DRH, le cadre représente l'institution. C'est lui qui impulse la dynamique. Il est autonome, c'est-à-dire que, par ses compétences et sa motivation, il donne la direction en accompagnant les équipes. Pour permettre que l'entretien annuel soit efficace, un partenariat entre l'évaluateur et l'évalué doit exister. Le rôle de pivot du cadre ne peut se faire qu'en optant pour une co-évaluation dans laquelle chacun va apporter ses valeurs, son regard, le sens qu'il donne à son travail et ses objectifs. Il faudrait que ces éléments se rencontrent pour co-construire l'entretien, l'évaluation des compétences, un projet professionnel. Le pouvoir des acteurs peut être une entrave à cette rencontre si un des acteurs cherche à imposer à l'autre sa vision ou à l'obliger à faire ou à penser avec une vision ou une intention non partagée.

L'entretien serait donc un temps de rencontre directe ou indirecte entre des acteurs qui ont un pouvoir partagé.

### ***1.1.2.5. La question de recherche et les hypothèses***

Suite à cette phase exploratoire, nous avons pu cibler notre étude de recherche sur ces notions de pouvoir et de jeux d'acteurs qui s'expriment dans l'entretien annuel.

A ce stade de notre travail, nous pouvons énoncer une question de recherche qui nous permettra de poursuivre notre réflexion dans un contexte hospitalier.

#### **Question de recherche**

**En quoi l'entretien annuel est un espace-temps situé  
dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir dans une triangulation agent,  
cadre de santé et institution ?**

#### **Les hypothèses**

- Les jeux de pouvoir des acteurs, ancrés dans un système, conditionnent l'autonomie de chacun et peuvent entraver une démarche co-constructive,
  
- L'autonomie du cadre de santé et l'application du principe de subsidiarité dans l'accompagnement des agents permettent de converger vers une intention individuelle et collective.

## 1.2. La méthodologie de recherche

L'objectif de notre travail de recherche était d'identifier et de comprendre en quoi l'entretien annuel était un espace-temps situé dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir.

Une fois notre question de recherche précisée, nous devions, alors, nous interroger et proposer une méthodologie claire et adaptée pour poursuivre notre investigation.

### 1.2.1. Le choix de la méthodologie de recherche

#### Choix de la démarche de recherche

Le choix d'une méthodologie est essentiel pour mener à bien le processus de réflexion d'apprenti chercheur. La démarche retenue est une démarche inductive.

Cette approche conduit l'apprenant du « concret » vers « l'abstrait ». Le guide de départ vient du terrain pour émaner vers des concepts. C'est partir du vécu, du réel et aborder progressivement des concepts, des savoirs théoriques pour analyser une situation. Cette démarche nous permet de nous centrer sur la réalité du terrain et de ne pas s'égarer dans notre travail. Par cette démarche itérative, les hypothèses sont alors heuristiques, elles guident notre recherche, cependant elles sont évolutives et peuvent bouger tout au long de l'analyse. Notre apport théorique et conceptuel ne sera visible et interviendra lors de l'analyse des données recueillies. Deux universitaires québécois, Mireille Blais et Stéphane Martineau, décrivent cette démarche inductive comme une démarche qui vise à donner du sens à des données brutes. Nous entendons par données brutes, les données des entretiens. L'induction est définie :

Comme un type de raisonnement qui consiste à passer du spécifique au général, cela signifie qu'à partir de faits rapportés ou observés, le chercheur aboutit à une idée par généralisation et non par vérification à partir d'un cadre théorique préétabli.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup>[http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero26\(2\)/blais\\_et\\_martineau\\_final2.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)

Les objectifs de cette méthode sont de :

- Condenser les données brutes,
- D'établir des liens entre la question de la recherche et les thèmes découlant de l'analyse des entretiens,
- Développer un cadre de référence (théorique et conceptuel),
- Faire évoluer les hypothèses et les thématiques tout en faisant émerger de nouveaux concepts en se basant sur l'interprétation des données des entretiens.

### Choix de l'analyse

Pour condenser les données brutes, nous avons choisi de partir d'une analyse thématique : « L'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème (Blanchet, A. & Gotman, A., 2007, p. 96).

Après une lecture approfondie des entretiens, il a été possible d'établir une grille d'analyse en se référant à la question de recherche et aux premières hypothèses heuristiques. Cette grille a été hiérarchisée en thèmes principaux et en sous thèmes en s'appuyant sur les verbatim des entretiens (annexe 11).

### Choix de l'écriture

Pour l'écriture des résultats de l'analyse, nous resterons sur la même lignée qu'en phase exploratoire. Les verbatim relevant des entretiens seront indiqués en italique. Les citations d'auteur apparaîtront dans une police d'écriture moindre.

## **1.2.2. Le choix de l'outil**

### L'entretien semi-directif

Le choix de l'outil est une étape importante dans le travail de recherche. Dans cette approche inductive, l'entretien est l'outil le plus approprié : « L'enquête par entretien est une technique qui s'impose lorsqu'on veut aborder certaines questions et une démarche qui soumet le questionnement à la rencontre, au lieu de le fixer par avance » (Ibid., p18).

De plus, l'entretien est pertinent lorsque nous souhaitons analyser le sens que donnent les acteurs à leurs pratiques, aux mots utilisés pour traduire une pensée, des valeurs (Ibid.). Plus précisément, notre choix s'oriente sur l'entretien semi-directif. Ce type d'entretien permet de libérer la parole tout en accompagnant l'interviewé par des relances. En effet, dans cette approche, le chercheur oriente la personne vers l'objet de recherche tout en lui laissant une autonomie d'ouverture vers d'autres champs.

### Le guide d'entretien (annexe 6)

Il a été réalisé en se référant à la question de recherche et aux deux hypothèses heuristiques posées que nous rappelons :

#### La question de recherche :

**En quoi l'entretien annuel est un espace-temps situé dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir dans une triangulation agent, cadre de santé et institution ?**

#### Et les deux hypothèses :

- Les jeux de pouvoir des acteurs ancrés dans un système conditionnent l'autonomie de chacun et peuvent entraver une démarche co-constructive.
- L'autonomie du cadre de santé et l'application du principe de subsidiarité dans l'accompagnement des agents permettent de converger vers une intention individuelle et collective.

Les grands thèmes explorés lors des entretiens sont l'autonomie, les acteurs, le pouvoir et la portée de l'entretien annuel et sont en corrélation avec notre objectif de recherche.

Après une question sur le parcours professionnel, une question introductive portait sur l'avis général de l'interviewé sur l'entretien annuel:

- Que pensez-vous de l'entretien annuel?
- Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Cette première approche permettait de cibler l'intention de l'interviewé pour ce thème. Elle permet également de rentrer d'une manière légère dans cette entrevue.

Ensuite, une approche des pratiques semblaient intéressante pour faire le lien entre le raisonnement induit par la première question et l'exercice sur le terrain. Il s'agissait là de faire évoluer la réflexion du cadre de santé entre le réel et le prescrit:

- Comment se déroule un entretien ? Concrètement comment vous faites ?  
*Avant ? Les étapes ? Le contenu ? Après ?*
- Comment doit se dérouler un entretien ? Les étapes ? Le contenu ?  
*Si écart, selon vous, comment expliquer les écarts entre le prescrit et le réel ?*

Ces questions d'introduction permettaient de cibler le positionnement du cadre de santé dans l'entretien d'évaluation.

Pour aborder les thèmes de la question de recherche, il paraissait intéressant dans un premier temps de comprendre comment le cadre de santé évaluait les compétences en donnant des exemples selon différentes situations :

*A partir d'une situation vécue lors de la conduite d'un entretien,*

- Pouvez-vous m'expliquer comment cela se passe quand il n'y a pas de souci particulier avec un agent ?
- Et dans le cas où le retour est très positif sur l'agent ?
- Quand un souci particulier est repéré avec un agent ?
- Que retirez-vous de ces expériences ?

*Comment avez-vous modifié votre façon d'agir ou de vous comporter par la suite?*

Ces questions permettaient au cadre de santé de s'imprégner du sujet, d'être plus à l'aise et donc de pouvoir libérer la parole lors des questions abordant plus précisément les thèmes relatifs à la question de recherche :

- Quelle est votre autonomie dans l'entretien annuel d'évaluation? Votre marge de manœuvre, de liberté ?
- Quels sont les acteurs dans l'entretien annuel?  
*Quels sont les intérêts de chacun, les objectifs?*  
*Quelle est l'autonomie, la marge de manœuvre de chacun?*

- Quels sont les jeux de pouvoir? les jeux d'influence ?
- Comment vous permettez à l'agent d'être acteur lors de l'entretien annuel ? \*
- Quelles sont les contraintes auxquelles vous êtes confronté ?  
(*Dans le service, avec quels professionnels? Dans l'institution ?*)
- Quelle est pour vous la portée de l'entretien annuel? (pour l'agent ?, pour le collectif et l'organisation ? pour vous ?)\*

Ces questionnements avaient pour but d'amener le cadre de santé à discuter au tour de thèmes clairement définis comme l'autonomie, le pouvoir, les acteurs et les contraintes. Les interrogations portant un astérisque (\*), d'une manière plus implicite, permettaient d'amener l'interviewé à évoquer ou non les notions de co-évaluation, co-construction et de démarches communes, notions évoqués dans les premières hypothèses posées.

### **1.2.3. La population étudiée**

#### *Choix de la population*

Définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, et à quel titre ; déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose (Blanchet A, Gotman A, 2007, p46).

Dans ce travail d'enquête, il nous paraissait plus pertinent d'interroger « des acteurs actifs » dans l'entretien annuel. Le choix des enquêtés portait sur deux critères choisis. Nous souhaitions rencontrer des cadres de santé «expérimentés», c'est-à-dire ayant une pratique de l'entretien annuel depuis au moins cinq ans. Un autre critère de choix se centrait sur des cadres de santé travaillant dans un centre hospitalier public, de moyenne ou grande taille. Travaillant dans un petite structure, nous souhaitions, à titre personnel et sans impact sur la conduite de la recherche, connaître un autre fonctionnement.

### Le mode d'accès aux interviewés

Un premier contact par mail a été pris avec les personnes sollicitées. Après une réponse positive, un appel téléphonique a permis de fixer une date de rencontre. Tous les cadres de santé ont souhaité connaître le thème du mémoire avant l'entretien. Les entretiens se sont déroulés dans les bureaux des cadres de santé.

Pour chaque personne, il a été précisé le contexte du travail de recherche. Une demande préalable a été faite aux interviewés pour solliciter leurs accords pour un enregistrement vocal de l'entretien et la retranscription de celui-ci dans le mémoire, en respectant la confidentialité et la non divulgation de l'identité du cadre de santé. « L'éthique du chercheur », comme dans toute relation à l'autre dans une dynamique de respect doit obéir à trois principes fondamentaux : le consentement libre et éclairé, le respect de la dignité du sujet et le respect de la vie privée et de la confidentialité.

### La population interviewée

Quatre entretiens (annexes 7, 8, 9 et 10) ont été menés auprès de cadres de santé. Le profil sociologique des personnes interviewées est détaillé dans le tableau ci-dessous :

	ENTRETIEN E'1(annexe 7)	ENTRETIEN E'2(annexe 8)	ENTRETIEN E'3(annexe 9)	ENTRETIEN E'4(annexe 10)
Structure	X	Centre hospitalier (CH)	USLD/CHU	CHU
NOM	Mme E	Mr R	Mme M	Mme L
SEXE	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin
AGE	40-45 ans	55-60 ans	45-50 ans	35-40 ans
Fonction	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de santé
Expérience prof.	<u>Respect de la vie privée et de la confidentialité</u>	Manipulateur Radio diplômé en 1983, Arrivé au CH en 1985, Cadre de santé depuis 1991 sur service Imagerie, Depuis 2015, responsable Imagerie, rééducation, pharmacie et stérilisation.	Infirmière diplômée en 1992 (expériences dans différents services de soins), Faisant fonction de cadre de santé en 2006, Cadre de santé depuis 2011, responsable unité de soins de longue durée (USLD).	Infirmière diplômée en 1997, Faisant fonction de cadre de santé en 2008, Cadre de santé depuis 2010, responsable depuis 2 ans en chirurgie orthopédique.

Les verbatim des entretiens utilisés dans les résultats de l'analyse seront en italique, avec une référence à l'entretien. Par exemple, pour l'entretien 1, la référence sera E'1 et sera rajoutée avec le numéro de ligne à la fin de la phrase.

Comme souhaité dans le choix de la population, les cadres interrogés proviennent de centres hospitaliers universitaires ou de centres hospitaliers. Ils ont tous une expérience de cadre de santé de plus de cinq ans. Ce corpus vient d'horizons différents ce qui a permis d'avoir une vision plus élargie des pratiques et des comportements en place. Les entretiens se sont déroulés dans une ambiance plutôt bienveillante et d'expression libre. Ils ont duré de 32 à 38 minutes.

Lors du premier entretien, le cadre de santé sollicité était un peu gêné de « divulguer » son parcours professionnel. Cette inquiétude a, tout de suite, été levée en expliquant que c'était un droit et que son parcours professionnel n'apparaîtrait pas dans le travail de recherche.

Pour la plupart des entretiens, il n'y a pas eu besoin pour le chercheur d'intervenir. Le troisième entretien était un peu moins structuré et l'approche du chercheur était d'accompagner l'interviewé sur la compréhension des questions.

Après le quatrième entretien, les informations recueillies sur la notion de pouvoir, le jeu des acteurs et les marges d'autonomie apparaissaient redondantes et n'apportaient rien de nouveau. « Et ce n'est qu'après avoir jugé ce point de « saturation » atteint que l'on peut considérer la campagne d'entretiens comme close » (Blanchet, A. & Gotman, A., 2007, p50). Nous avons donc décidé de mettre fin à cette approche qualitative.

#### 1.2.4. Les limites et les critiques de l'étude

La technique de l'entretien est une technique qui demande une pertinence et une réactivité du chercheur pendant la rencontre. Expérimentée lors de la phase exploratoire, l'utilisation de l'outil était alors plus facile et plus maniable. Il reste tout de même des écarts lors de ces entretiens qui sont mis en évidence lors de la retranscription de ceux-ci.

En effet, en écoutant le discours des enquêtés via le dictaphone, nous mettons alors en évidence que nous avons manqué d'efficacité sur certains moments de l'entretien. Des relances auraient pu être pratiquées lors de certains entretiens et auraient pu apporter des compléments intéressants. Des questions fermées ont été utilisées, en relance, ce qui a pu, peut-être bloquer la réflexion et l'ouverture de l'expression de l'interviewé.

Les relances prennent pour objet le dire antérieur de l'interviewé. Elles ne commandent pas le discours de l'interviewé comme les questions directs (qui sont des actes initiatifs), elles ne s'opposent pas aux arguments énoncés, mais elles coulent dans ce discours qui prend une fonction d'acte directeur dans le dialogue » (Ibid., p. 79).

Nous pouvons prendre l'exemple du premier entretien (E'1). A la ligne 212, une autre question est posée suite à la question générale sur les acteurs : Est-ce qu'il y a d'autres acteurs ? Les médecins par exemple ? Cette indication, « les médecins » peut influencer l'interviewé et limite les autres possibilités de réponse.

Après le premier entretien, une réflexion personnelle s'est soulevée sur le fait qu'il manquait peut-être une question au niveau du guide d'entretien sur l'évaluation des compétences pour permettre à la personne interviewée de faire du lien avec la question suivante. Une question a alors été rajoutée :

- Comment évaluez-vous les compétences ?

La question relative à l'attitude du cadre de santé devant un agent dont le retour est très positif, positif ou plutôt négatif a été regroupée pour aider l'interviewé dans sa réponse également suite au premier entretien :

- Pouvez-vous m'expliquer comment cela se passe quand il n'y a pas de souci particulier avec un agent ? Et dans le cas où le retour est très positif sur l'agent ? Quand un souci particulier est repéré avec un agent ?

Cette démarche aura, par ses écarts, permis de comprendre la méthodologie de recherche qui se veut rigoureuse. Cette expérience d'apprenti chercheur permet de prendre de la hauteur sur nos pratiques nous incitant à nous questionner, à nous bousculer même parfois. Le contact avec les cadres de santé enquêtés reste un temps fort de ce travail. Le partage d'expériences et les discussions « après entretiens » resteront des « instants ressources » dans ce long chemin de travail de recherche.

Nous allons maintenant présenter les résultats de l'analyse des entretiens, en gardant en référence, ce fil conducteur qui est notre question de recherche et les hypothèses que nous rappelons ici.

La question de recherche :

**En quoi l'entretien annuel d'évaluation est un espace-temps situé dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir dans une triangulation agent, cadre de santé et institution ?**

Les hypothèses :

- Les jeux de pouvoir des acteurs, ancrés dans un système, conditionnent l'autonomie de chacun et peuvent entraver une démarche co-constructive.
- L'autonomie du cadre de santé et l'application du principe de subsidiarité dans l'accompagnement des agents permettent de converger vers une intention individuelle et collective.

Nous éclairerons notre réflexion d'une approche sociologique, approche qui semble être la plus complète pour expliquer les interactions entre les différents acteurs d'une institution.

En nous basant sur nos deux hypothèses et en nous centrant sur l'entretien annuel, nous avons choisi de répartir notre analyse en trois grands thèmes :

- Les acteurs et leur environnement dans l'entretien annuel,
- L'entretien annuel, temps et lieu d'expression entre autonomie et pouvoir,
- L'entretien annuel ou expression d'une relation de pouvoir dans un jeu d'acteurs.

## 2. Les acteurs et leur environnement dans l'entretien annuel

Nous allons essayer d'identifier le contexte dans lequel s'exprime notre travail de recherche. Quels sont les acteurs ? Quel est l'environnement dans lequel ils interagissent ?

### 2.1. Les acteurs

Dans le discours des cadres de santé interrogés, les agents et eux-mêmes sont les deux acteurs qui sont spontanément nommés : « *Les acteurs, et bien le soignant et moi aussi* » (E'3L117). Lorsqu'on analyse les entretiens, nous pouvons mettre en évidence que l'institution est citée et est un acteur mais elle n'est pas clairement, d'un premier abord, nommée par les cadres de santé : « *L'entretien, on se base sur une base institutionnelle* » (E'1L180). Cette première réflexion permet de poser un cadre sur l'environnement de l'entretien annuel. Cela est en corrélation avec notre phase de recherche où nous avons insisté sur cette triade d'acteurs dans une organisation.

Nous pouvons également repérer d'autres acteurs qui interviennent indirectement dans l'entretien annuel. Nous avons pu identifier trois catégories d'individus : le patient : « *c'est aussi le retour qu'on peut avoir des patients* » (E'1L202), le médecin : « *Après un autre moyen d'évaluer les compétences, c'est le retour que vont me faire les médecins sur certaines pratiques* » (E'4L131) et les autres cadres de santé : « *après il y a d'autres cadres qui ont pu intervenir dans l'appréciation. Le cadre supérieur peut très bien avoir envie que soit spécifié quelque chose de particulier mais bon c'est plutôt à la marge* » (E'4L211).

### 2.2. L'environnement

« *L'entretien, on se base sur une base institutionnelle* » (E'1L180). Notre travail de recherche s'effectue dans les organisations hospitalières. Selon le sociologue Mintzberg (1982, p.41), il existe cinq éléments de base qui constituent une organisation, que nous avons tentés de résumer en restant en lien avec notre questionnement :

- Le centre opérationnel : « il est composé des membres de l'organisation dont le travail est directement lié à la production des biens et des services » (ibid.). A l'hôpital, nous pouvons le définir par les agents qui travaillent dans les différents services.

- Le sommet stratégique : « Sa fonction est de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace, et qu'elle serve les besoins de ceux qui contrôlent l'organisation ou qui ont sur elle du pouvoir » (ibid.). Il s'agit, ici, de la direction, qui donne la ligne de conduite générale, dans une vision large de contrôle. Nous pouvons également y intégrer le corps médical.
  
- La ligne hiérarchique est la jonction entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle est composée tout d'abord des cadres dirigeants et des cadres intermédiaires. Elle représente la supervision directe : « La supervision directe est le mécanisme de coordination par lequel une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des autres » (ibid., p20). Dans le cas de notre travail de recherche, nous identifions, ici, les cadres de santé qui contrôlent le travail réalisé par les personnes du centre opérationnel et sont responsables d'une unité.
  
- La technostructure représente les services administratifs (formation, comptabilité)
  
- Les fonctionnels de support logistique qui n'ont pas d'action directe sur le travail (conseil juridique, restaurant du personnel) (ibid.).

Ces deux derniers éléments ne sont pas développés car ne seront pas utilisés dans notre travail.

Nous nous arrêterons sur cette organisation qui reste assez « hiérarchisée ». A l'hôpital, chacun, par sa fonction et ses compétences, se situe facilement dans l'organigramme, qui représente une cartographie du fonctionnement formel de l'organisation. Les soignants d'un service (agents des services hospitaliers, aides-soignantes et infirmières) sont sous la responsabilité hiérarchique du cadre de santé qui lui est sous l'autorité du cadre supérieur de santé et des directeurs (soins, ressources humaines) qui agissent sous le contrôle de la direction générale. L'organisation est clairement identifiée.

### 2.3. L'organisation entre le réel et le prescrit

Madame E apporte une nuance à cet aspect formel. Elle explique qu'il y a ce qui doit être fait, « le prescrit » et comment cela se passe sur le terrain, « le réel » :

*Moi je dirais que l'entretien d'évaluation, il y a deux choses : il y a l'officiel, la ligne officielle et la ligne du service. La ligne officielle, c'est de pouvoir rendre une feuille d'évaluation dans les règles de l'art [...] et puis après il y a le service, c'est-à-dire que dans cet entretien d'évaluation, il faut aussi qu'on ait de la matière » (E'1L233 à 236).*

Nous pouvons définir le mot « matière », employé ici, comme ce qui va être dit et fait lors de l'entretien.

Crozier & Friedberg (1992<sup>22</sup>, p. 58) différencient le contexte organisationnel (une vision passive) et le construit organisationnel (vision active). Les caractéristiques du contexte organisationnel correspondent à l'organisation en place. Qui fait quoi ? La fonction de chacun est claire et bien identifiée. Des normes et des procédures sont mises en place pour permettre que chaque mission soit définie et remplie correctement. Il n'y a alors pas de raison de pression, de tension ou d'émergence de conflits parce que chacun a sa place, dans sa propre fonction. Mais le contexte organisationnel ne peut exister dans cette logique.

Il est aussi, voire avant tout, un ensemble de relations qui, formant le vécu des acteurs, témoignent des stratégies, qu'ils poursuivent dans ce contexte les uns à l'égard des autres, et renvoient aux relations de pouvoir sur lesquelles se fonde le construit organisationnel » (ibid., p. 59).

Il existe donc, « un contexte » et « un construit », qui sont avant tout des relations, des relations de pouvoirs (Ibid.).

---

<sup>22</sup> Date originale de publication : 1977

Deux modes de raisonnement sont utilisés pour analyser les organisations :

- Le raisonnement systémique : c'est partir du système qui s'impose à l'acteur pour retrouver la dimension contingente arbitraire et non naturelle de son ordre construit,
- Le raisonnement stratégique : c'est partir de l'acteur pour découvrir le système qui seul peut expliquer, par ses contraintes, les apparentes irrationalités du comportement de l'acteur (ibid., page. 230).

Cette analyse prend en considération l'acteur (ou groupe d'acteurs) et le système qui sont deux variantes de la notion de pouvoir. L'acteur est « celui (individu ou groupe) qui participe à une action et qui a des intérêts communs pour cette action. C'est celui qui agit » (Bernoux, 1990<sup>23</sup>, p166). Toute action humaine se déroule dans un cadre ayant une structuration, un système. L'acteur n'existe pas en dehors du système qui lui impose des règles et définit aussi des marges de libertés. En retour, le système n'existe que par l'acteur qui lui donne vie et peut le transformer. Donc, le système est une production de l'homme, un construit social (ibid.).

Cet éclairage nous permet de comprendre, d'une manière assez large et compréhensible, l'approche sociologique d'une organisation et le fonctionnement assez général de l'hôpital. Il permet d'introduire également comment le système et « ses acteurs » conditionnent les relations à travers des notions de marges de liberté (d'autonomie) et de pouvoir. Nous allons maintenant, par cette approche, recentrer notre travail sur « l'entretien annuel » à travers un travail d'analyse des entretiens effectués.

---

<sup>23</sup> Date originale de publication : 1985

### **3. L'entretien annuel, temps et lieu d'expression des acteurs, entre autonomie et pouvoir**

L'entretien annuel est tout d'abord un lieu d'expression.

#### **3.1. Le Pouvoir institutionnel et la marge de manœuvre des acteurs**

Dans cette approche, nous avons pu repérer quatre domaines de l'organisation dans lesquels l'entretien annuel est un lieu et un temps d'expression au centre de ce paradoxe entre autonomie et pouvoir :

- L'espace-temps,
- La feuille d'évaluation,
- Le projet professionnel et de formation,
- La notation et l'évaluation.

##### **3.1.1. L'entretien annuel dans un espace-temps**

Le premier domaine, dans lequel on peut retrouver un paradoxe entre autonomie et pouvoir, est « le temps de l'entretien ». Chaque cadre de santé s'accorde à dire que l'entretien annuel est un temps privilégié entre le cadre et l'agent : « *L'entretien annuel, c'est un moment privilégié dans la relation du cadre et du professionnel* »(E'4L15), dans la mesure où : « *C'est un temps qu'on s'accorde ensemble* » (E'1L92), c'est même un temps important : « *il faut savoir y consacrer du temps* » (E'2L300).

Lorsque nous posons la question de l'autonomie du cadre de santé dans l'entretien annuel, nous pouvons retrouver quasiment la même réponse pour les quatre personnes interrogées. Les cadres de santé se disent autonomes sur l'organisation et le déroulé de l'entretien : « *On garde une grande part de liberté lors de l'entretien, ou du moins pendant l'entretien* » (E'1L193), « *elle est quasi-totale...sur le déroulé de l'entretien, à quel moment, la durée de l'entretien, on n'a pas de consignes par rapport à ça.*»(E'4L204 à 205).

Ils insistent sur l'aspect relationnel et d'échanges qu'est ce « temps » de rencontre entre deux acteurs : « *C'est un moment où l'on est tous les 2, agent et cadre, et on échange.* » (E'3L212). Nous avons pu, lors de notre phase exploratoire, développer cette idée.

D'un autre côté, ils abordent assez facilement cette notion de contrainte que leur évoque ce temps d'entretien. Lors du troisième entretien, le cadre de santé en a parlé, d'ailleurs, dès le début de la conversation : « *Ma première idée, c'est des contraintes [...] voilà ça m'évoque ça en première intention parce que j'ai quand même 60 entretiens à voir dans un laps de temps assez court* » (E'3L17 à 24), un discours surprenant mais réaliste d'un quotidien : « *C'est très chronophage dans la vie d'un cadre* » (E'1L88). La problématique évoquée reste surtout à deux niveaux : le nombre d'entretiens à effectuer : « *Des contraintes de temps parce qu'on a un nombre d'entretiens d'évaluation à faire* » (E'2L232/233) et le temps imparti pour les effectuer : « *on nous donne une date butoir pour rendre les appréciations* » (E'4L203/204). En effet, lorsque le cadre de santé a une soixantaine d'entretiens à mener dans un laps de temps de deux ou trois mois en sachant qu'un entretien dure en moyenne une heure, cela est chronophage et devient démotivant amenant « une pression psychologique » comme l'exprime le cadre de santé, Mr R, lors du troisième entretien :

*Je peux vous dire on ressort, on est content de rentrer chez soi parce qu'on est vidé !  
C'est prenant, c'est quelque chose, quand on le fait sérieusement, c'est vraiment [...]  
Ca, ça fait parti des contraintes un peu psychologiques* (E'2L238 à 239).

De ce fait, l'implication et la motivation du cadre de santé peuvent s'épuiser tout au long des entretiens : « *Ceux qui passent en dernier, on n'a beaucoup moins d'entrain et on n'a qu'une hâte, c'est que ça se termine* » (E'4L44 à 48).

De cette première lecture de l'analyse, il en ressort que le cadre de santé est partagé entre son souhait d'être disponible, de prendre le temps nécessaire : « *C'est aussi prendre du temps* » (E'1L118) et les contraintes qui s'imposent à lui : « *Je me sens autonome oui et non. Non parce qu'il faut que cela soit fait avant telle date donc non je ne suis pas complètement autonome. Il y a les contraintes institutionnelles, c'est obligatoire* » (E'3L105 à 107).

L'autonomie, conformément à son étymologie « se donner soi-même sa loi », est appréhendée comme la capacité d'un sujet (individuel ou collectif) de déterminer librement les règles d'action auxquelles il se soumet, de fixer, à l'intérieur de son espace d'action, les modalités précises de son activité, sans qu'un « extérieur » ne lui impose ses normes. (Chatzis, K., Mounier, C., Veltz, P. & Zarifian, P., 1999, p30).

Dans ce contexte, nous pouvons définir « cet extérieur » comme les règles institutionnelles. La règle est indissociable du pouvoir. Elle est la mise en action de celui-ci. (Frieberg, 1997<sup>24</sup>) : « Le pouvoir dans une organisation s'exprime d'abord sous une forme particulière – l'autorité – qui n'est autre que la légitimité du pouvoir du point de vue de l'organisation » (Bernoux, 1990, p166). L'autorité donne du sens au pouvoir. Le pouvoir est :

La capacité d'un acteur de se rendre capable de faire agir un autre acteur et de faire triompher sa propre volonté dans une relation sociale. Le pouvoir est au centre du fonctionnement des organisations. Il s'exprime dans une relation et soulève la notion de réciprocité mais aussi de déséquilibre (Ibid., P157).

En effet, « pour être dans une relation de pouvoir, il faut que l'un des deux acteurs ait plus de ressources et d'atouts pour être en position de supérieur ». (Crozier & Friedberg, 1992, p. 68). Dans cette première partie d'analyse, nous pouvons dire que l'institution donne des règles, elle agit par autorité.

Dans une approche sociologique, le pouvoir a deux ressources : la contrainte et la légitimité (Bernoux, 1990).

La première semble la plus évidente : la contrainte. En effet, un supérieur hiérarchique possède un système de contraintes physiques, financières, administratives. « Cette situation est celle où le supérieur utilise la force pour obtenir obéissance » (Ibid., p. 160). Tout rapport de pouvoir ne s'exprime et ne se traduit pas forcément par un rapport de force mais cela peut exister. L'usage de la force, au sens strict, reste tout de même minoritaire sur l'usage de la non violence.

---

<sup>24</sup> Date originale de parution : 1993

C'est là qu'intervient la deuxième ressource : la légitimité. « Celle-ci est traditionnellement définie comme la capacité pour le détenteur du pouvoir de faire admettre ses décisions. Elle se situe du côté du dominé comme une adhésion ou au moins un acquiescement » (Ibid., p. 161).

Max Weber (1995)<sup>25</sup> définit trois types de domination légitime :

- « la domination statutaire avec un caractère rationnel qui repose « 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 » (Ibid., p. 289).

Dans ce cas, les agents obéissent à un ordre réglementé et obligatoire : « Les membres du groupe en obéissant au détenteur du pouvoir légal n'obéissent pas à une personne mais à des règlements impersonnels » (ibid., p. 291). Tout est cadré. Il y a des règles établies en fonction d'une compétence nécessaire avec « un domaine d'exécution délimité objectivement », « avec l'adjonction de pouvoirs requis à cette fin » et « une délimitation précise des moyens de coercition » (ibid., p. 292). Cette domination nécessite d'avoir les compétences requises pour imposer un fonctionnement. Nous retrouvons ici le pouvoir institutionnel avec l'application des règles de fonctionnement.

- « la domination traditionnelle repose sur la croyance quotidienne en la sainteté de traditions valables de tout temps et en la légitimité de ceux qui sont appelés à exercer l'autorité par ces moyens » (ibid., p289).

Si nous prenons l'exemple de l'environnement hospitalier et d'un organigramme structuré, chaque acteur sait quelle personne occupe une position d'autorité « sur lui », d'après les règles traditionnelles. L'infirmière est sous la responsabilité hiérarchique du cadre de santé.

- « la domination charismatique repose sous la soumission extraordinaire au caractère sacré, à la vertu sacrée ou à la valeur exemplaire d'une personne [...] on obéit au chef en tant que tel, chef qualifié charismatiquement en vertu de la confiance personnelle en sa révélation, son héroïsme ou sa valeur exemplaire ». (ibid., p. 290). « Elle est liée à la reconnaissance libre des subordonnées qui ont confiance en ce chef et rend alors possible sa domination » (ibid. p. 321).

---

<sup>25</sup> Date originale de parution : 1922

Elle repose sur le respect, la croyance, et la confiance en un chef charismatique par ses capacités et son action. Nous pourrions alors dire qu'un chef charismatique est celui qui sait, avec une autorité « naturelle », convaincre les « subordonnées » dans leurs actions ou comportements. Il est difficile ici de rendre compte de la rationalité de l'existence de cette domination.

Nous pouvons, par cet apport théorique, comprendre alors que les cadres de santé parlent d'obligation dans une logique d'acceptation quand ils disent : « *Il y a les contraintes institutionnelles, c'est obligatoire* » (E'3L107). « Consentir à une règle, c'est consentir à une obligation » (Reynaud, 1998, p. 34). Ils répondent à une domination statutaire. Ils ne remettent pas en cause, malgré les contraintes, la légitimité de cette procédure. C'est la règle de fonctionnement, c'est une obligation. Elle se comprend par l'application réglementée des pratiques ou des procédures qui donnent un pouvoir hiérarchique aux supérieurs. (Crozier & Friedberg, 1992).

Dans l'espace-temps qu'est l'entretien annuel, le pouvoir de l'institution, de la direction des ressources humaines est légitime et statutaire.

Après l'analyse « du temps » de l'entretien, nous pouvons analyser d'autres facteurs inclus dans la conduite de l'entretien d'évaluation, comme la feuille d'évaluation, le projet de formation et la notation où nous retrouvons aussi ce paradoxe entre autonomie et pouvoir.

### **3.1.2. La feuille d'évaluation**

C'est un document dans lequel sont notifiés : « *les objectifs, les points positifs, les points négatifs de l'année, l'appréciation.* » (E'4L71). Ces thèmes établissent l'évaluation annuelle de l'agent : « *L'entretien, on se base sur une base institutionnelle, c'est à dire qu'on a une fiche d'évaluation* » (E'1L180/181) qui est une obligation institutionnelle : « *Il y a une trame officielle [...] il y a des choses sur lesquelles il faut qu'on passe obligatoirement* »(E'2L137/138).

Il existe cependant des zones interpellantes. Les cadres se disent autonomes dans la façon de mener l'entretien, de l'appréhender : « *On garde une grande part de liberté lors de l'entretien, ou du moins pendant l'entretien* » (E'1L193). Il n'y a pas de réglementation ou de demande institutionnelle particulière : « *Après la façon de m'organiser, dans la façon d'écrire les choses et dans la façon de dire les choses aussi, là oui je me sens autonome* » (E'3L108 à 109). Ils se disent, par contre, tributaires de cette feuille d'évaluation, des critères d'évaluation. Nous retrouvons cette idée dans le discours des cadres interrogés. Ils se sentent contraints par cette feuille dont ils doivent suivre les étapes et le contenu : « *L'entretien se découpe un peu en fonction de cette feuille d'évaluation* » (E'1L32/33). Ils perdent une part de leur autonomie : « *Mon autonomie est quasiment totale à part cette grille institutionnelle* » (E'4L202).

Lors du premier entretien, Mme E a pu également exprimer son désaccord vis-à-vis de cette feuille d'évaluation, qui contraint son action : « *Il y a des choses qui me plaisent pas mais bon voilà on va dire que j'y suis un peu contrainte bon gré, mal gré* » (E'1L182/183). Les cadres de santé sont conscients que cette contrainte existe : « *La ligne officielle, c'est de pouvoir rendre une feuille d'évaluation officielle dans les règles de l'art ou du moins s'en rapprocher* » (E'1L232/233). « *Je ne sens pas de contraintes contraignantes à part le fait que c'est une obligation* » (E'1L309). Ce sont les règles institutionnelles. Elles sont intégrées par les cadres de santé. Cela fait partie du fonctionnement de l'institution.

Le sociologue Jean-Daniel Reynaud (1989) met en évidence deux grands types de règles : les règles formelles et les règles informelles. Les premières représentent les règles officielles, celles qui sont connues et qui doivent être respectées dans l'organisation. Les règles informelles sont « non écrites mais agissantes dans la pratique » (Bourret, 2006, p. 195). Nous pouvons ramener cet éclairage à l'entretien annuel et au discours des cadres de santé. La règle formelle est la règle que l'institution établit pour l'entretien annuel à travers la feuille d'évaluation. La règle informelle est de faire des entretiens dans un laps de temps imparti, peu importe la façon dont l'entretien est conduit. Le cadre de santé se trouve au tournant de ces deux règles.

Comme nous l'avons évoqué pour l'espace-temps, ces règles sont intégrées par les cadres de santé. Cela fait parti du fonctionnement de l'institution.

### **3.1.3. Le projet professionnel et de formation**

Parler du projet professionnel et des souhaits de formations de l'agent est un axe important à évoquer pour les cadres interrogés lors de l'entretien annuel d'évaluation :

*Après moi je le tourne plutôt sur un entretien de parcours professionnel [...] Je suis plus sur un entretien qui se base sur le parcours professionnel, sur les attentes professionnelles par rapport au milieu de travail dans lequel le professionnel évolue » (E'1L11 à 17).*

Pour eux, cette partie de l'entretien annuel est nécessaire :

*C'est vraiment le point sur leurs situations à eux, parce que dans le reste de l'année, globalement, sauf si vraiment il y a un problème, je traite les choses en groupe en fait, en collectif donc du coup là c'est un moment privilégié où on est à 2 (E'4L21 à 23).*

C'est également un temps important : « *C'est un moment aussi important pour faire le point sur le projet du soignant, de voir où on en est, de voir si tout est bien réalisable, » (E'3L142).* Concernant le positionnement du cadre de santé dans cette dynamique, il semble être situé dans un paradoxe entre son accompagnement : « *On travaille ensemble sur voir ce qu'on peut faire et accompagner cet agent dans son projet. » (E'3L92/93)* et les contraintes institutionnelles auxquelles il est assujetti, comme le plan de formation : « *Là aussi on est un peu tributaire de la politique institutionnelle et du plan de formation » (E'3L256).*

Le cadre de santé, Mr R, regrette de ne pas pouvoir tout contrôler :

*Les choses qu'on maîtrise un peu moins c'est le plan de formation. Parce que le plan de formation, on exprime des besoins, mais malheureusement on n'est pas toujours suivi par la direction et la commission de formation (E'2L265 à 267).*

C'est une situation délicate et inconfortable :

*Certains agents peuvent dire : Ca fait 3 ans que je demande cette formation et on me la refuse et pourquoi ? » Mais moi ça fait 3 ans qu'en tant que cadre, je relaye cette demande et qu'elle est jugée non prioritaire probablement par les gens qui décident.(E'2L268 à 270).*

Le cadre de santé se retrouve coincé entre les demandes de l'agent et les directives institutionnelles : « Le cadre se trouve placé sous une direction qui présente des exigences de respect de la règle et, face à un personnel qui demande des moyens pour effectuer correctement son travail » (Bourret, 2006, p. 206). Nous pouvons comprendre dans cette analyse comment peut se percevoir le paradoxe entre le pouvoir d'agir et la coercition d'action.

### **3.1.4. La notation, l'évaluation**

La notation est obligatoire et de vigueur dans le système hospitalier. Nous avons pu voir, dans la première partie de notre travail de recherche, la réglementation qui la régit à l'hôpital. Cette notation a un impact sur les primes qui ne sont pas négligeables pour l'agent :

*Cet entretien n'est pas anodin pour les agents car il conditionne une notation qui est la base du calcul d'une prime. Même si l'agent prend du plaisir à venir travailler, il vient avant tout, comme nous tous, pour récolter un salaire. Et ce n'est pas anodin. (E'2L302à305).*

Les agents restent attachés à cette note. Deux des cadres interrogés n'y trouvent, eux, aucun intérêt, ni aucune valeur. Mr R évoque :

*Même si la notation ne veut rien dire, pour moi, elle est importante pour les agents. J'essaie de me détacher et de détacher l'agent de cet aspect pendant l'entretien mais ils y restent attachés, c'est humain» (E'2L305à307).* Mme M rajoute : « la notation, c'est bidon ! » (E'3L163).

Pour le cadre de santé, cette notation serait plutôt un frein à la relation lors de l'entretien annuel. Les cadres de santé évaluent, au cours de l'entretien, les agents par une note justifiée par des commentaires d'évaluation. Ensuite cette notation est portée au regard de la direction : *« C'est quelque chose qu'on ne fait pas tout seul dans son coin et on doit rendre des comptes. Le rendu des comptes, c'est cette feuille de notation, il y a un droit de regard de la direction sur ce qu'on écrit. »*(E'1L310 à 312).

Dans les vocables utilisés par les personnes interviewées, il est alors possible d'aller plus loin dans cette réflexion. Dans les discours, nous pouvons comprendre que la direction, la direction des ressources humaines, reste l'ultime décisionnaire : *« La DRH, oui, c'est elle qui note »*(E'3L181). La direction a également le pouvoir ou l'autorité de demander aux cadres de santé de modifier la rédaction d'une évaluation : *« Une fois on (la direction des ressources humaines) m'a demandé de reformuler une appréciation »*(E'4L334). Elle peut aussi demander de refaire l'évaluation : *« ben oui mais bon, est-ce que vous pourriez refaire une évaluation ? »* (E'3L185). La direction, peut également, contre l'avis du cadre de proximité, décider d'augmenter ou non une note : *« C'est déjà arrivé qu'on ne demande pas d'augmentation et on n'est pas écouté »*(E'3L164).

L'institution est aussi assujettie à des règles de fonctionnement et doit pouvoir justifier une notation ou une appréciation auprès d'un agent car lui, aussi, a cette possibilité d'exercer un pouvoir en mettant en place son droit de réclamation :

*L'appréciation finale, c'est fait ou au moins dans l'esprit, c'est fait avec l'agent. On le fait ensemble, par le biais de reformulation, Ca se fait conjointement avec l'agent. Pour moi c'est préférable et comme ça il n'y a pas de surprise derrière. C'est bien ce que l'agent a entendu et ce que le cadre a entendu* (E'2 L48à55).

Les cadres de santé, malgré un sentiment de frustration, sont contraints d'accepter ces règles de fonctionnement.

La règle, objet de tension entre les gens du dessous et les gens du dessus. Une même règle peut avoir deux statuts possibles selon qu'elle est vue par la direction chargée de la faire respecter ou par les professionnels conduits à la mise en œuvre. Par sa position, le cadre se trouve au centre de cette tension » (Bourret, 2006, p. 205).

La direction, par son autorité légitime, exige que les règles soient appliquées comme elles se doivent d'être appliquées. D'un autre côté, le cadre de santé souhaite discuter ou adapter la règle. (Ibid.).

Ces quatre domaines, l'espace-temps, la feuille d'évaluation, le projet de formation et la notation peuvent être catégorisés comme des éléments extrinsèques au « moment » de l'entretien. En effet, ces manifestations du pouvoir et des marges de manœuvres prennent source dans le fonctionnement de l'organisation, au sein du système. Ils sont plutôt, là, le fruit du système que de l'interaction des acteurs entre eux. Il y a des procédures, des règles à respecter qui sont nécessaires au fonctionnement. Nous sommes plus ici dans une domination statutaire.

Nous allons maintenant centrer notre travail sur les acteurs « principaux » de l'entretien annuel. Quelle est la marge d'autonomie de chacun ?

### **3.2. Le pouvoir des acteurs dans l'entretien annuel**

Nous avons vu quelles étaient les contraintes institutionnelles auxquelles sont confrontés les cadres de santé et les agents. Nous allons maintenant nous centrer sur chacun de ces acteurs dans le contexte de l'entretien annuel.

#### **3.2.1. L'espace d'autonomie du cadre de santé, un pouvoir hiérarchique**

Dans les entretiens, les interviewés n'évoquent pas de manière directe le pouvoir, qu'eux, peuvent exercer dans l'entretien annuel. Mme M refuse de parler de pouvoir : « *des jeux de pouvoir, non, des jeux d'influence peut-être* » (E'3L161), puis l'évoque : « *par rapport à la notation peut-être* » (E'3L163) en soulevant le pouvoir institutionnel : « *c'est vrai que maintenant, on est un petit peu plus écouté, c'est vrai qu'on peut peut-être ici parler de jeux de pouvoirs* » (E'3L176 à 177).

Mr R a un discours un peu plus précis mais qui reste dans la même lignée, c'est-à-dire une faible reconnaissance de son pouvoir : « *Jeux de pouvoir, je ne sais pas si on peut parler de jeux de pouvoir. Est-ce qu'on a un réel pouvoir, je ne sais pas* » (E'2L198 à 199). Il poursuit cette idée dans l'accompagnement des équipes : « *A titre personnel, je ne parlerais pas de jeux de pouvoir parce que c'est quelque chose qui m'insupporte dans ma conception du management* » (E'2L202 à 203).

Parler de pouvoir amène une connotation négative. Certains cadres de santé ne souhaitent alors pas employer ce mot même s'il est utilisé sur le terrain : « Autant l'autorité (légitime) est valorisée et portée au pinacle, autant le pouvoir est voué aux gémonies, caché et refoulé, parce qu'il est identifié avec l'univers des magouilles, des compromissions et des exploitations » (Friedberg, 1997, p. 265)

Dans cette démarche de notation et d'évaluation, le cadre de santé exerce un pouvoir légitime, lié à une position hiérarchique, qui lui permet de mener cet entretien où une évaluation sera faite et une notation appliquée. En effet, nous avons vu, que le fonctionnement d'un hôpital est pyramidal et très structuré. Le cadre de santé exerce une autorité légitimée par une domination traditionnelle. En effet, le cadre de santé, dans un service de soins, est le supérieur hiérarchique de l'équipe soignante. Cela est établi, fait parti de ses missions et de ses compétences. Personne ne peut remettre en cause ce fonctionnement. Le cadre de santé peut exercer trois formes de pouvoir :

- Le pouvoir de répression qui se repose sur l'action de contraindre. Le cadre de santé a un rôle de contrôle du travail exercé et « recadre » les agents si nécessaire.
- Le pouvoir de récompense. Cela peut-être permettre à un agent d'accéder à un nouveau challenge ou autre pour le récompenser.
- Le pouvoir de persuasion. Nous sommes là sur un aspect moins formel de pouvoir. Le cadre de santé, par ses capacités et son comportement, peut inciter et donc persuader les agents autour d'un changement d'organisation par exemple. (Muller, & Burckel, 1999)

Le cadre de santé, même s'il ne souhaite pas employer le terme de pouvoir, a un pouvoir légitime lié à sa position hiérarchique.

Est-ce que l'agent a lui aussi un pouvoir ?

### 3.2.2. L'espace d'autonomie de l'agent, un pouvoir invisible

Les cadres de santé insistent sur le fait que l'entretien annuel est un temps, un moment et un lieu où la parole est libérée : « *Ca reste un endroit d'expression libre, sans jugement, sans a priori* » (E'2L46). Au moment de l'entretien, Mme M ajoute que c'est le moment pour les agents de se livrer : « *c'est le moment [...] important où il peut dire des choses qu'il n'arrive pas à dire à d'autres moments* » (E'3L140). Les cadres expriment que lors de cette rencontre, les agents peuvent aussi exprimer des aspects plus personnels : « *et oui cela reste un moment où ils peuvent me dire des choses qu'ils ont envie de me dire personnelles parfois* » (E'3L258 à 259). Les personnes interrogées disent permettre cette marge de manœuvre aux agents : « *je pense laisser suffisamment d'ouverture aux agents pour qu'ils puissent s'exprimer librement et me faire part de tout ce qu'ils ont sur le cœur* » (E'2L72 à 73). Les agents auraient alors une part d'autonomie dans cet entretien : « *Ils peuvent avoir une part d'autonomie sur ce qu'ils vont demander, qu'est-ce qui ont envie de faire, vers quoi ils vont se diriger* » (E'2L183/186).

Ils peuvent également jouer de cette marge de manœuvre pour s'investir ou non dans l'entretien : « *Pour les soignants, parfois certains se servent de leur marge de manœuvre pour s'inscrire ou pas à un entretien [...] ils se servent un peu de ça et ils abusent un peu de ça parfois* » (E'4L252 à 254). L'autonomie de l'agent s'exprime aussi dans la possibilité qu'il a d'établir ses objectifs de fin d'entretien dans une position de co-acteur : « *on essaie de travailler sur des objectifs entendables, on va dire par les 2 parties* » (E'1L138). Par contre, cette co-construction doit rester dans un cadre institutionnel et collectif : « *mais il faut qu'ils restent inclus dans une démarche d'un collectif et d'un service* » (E'2L186 à 187). Cette co-construction doit rester réaliste avec la réalité du terrain. L'agent peut être autonome mais il doit rester dans un cadre :

L'autonomie apparaît surtout comme une marge de manœuvre de l'individu et du groupe vis-à-vis de la prescription et du contrôle, marge négociée ou imposée dans les faits. Elle explique un jeu complexe avec les règles (explicites ou tacites) de l'organisation, sans lequel celle-ci se trouverait rapidement en situation de blocage » (Friedberg, 1997, p. 15)

Il existe deux formes d'autonomie dans les organisations :

- L'indépendance,
- Et l'autonomie d'action.

L'indépendance, dans un système, est analysée comme :

Une capacité d'acquiescer une certaine marge de manœuvre à partir de règles fixées et des outils de travail. L'acteur cherche à préserver cette liberté qui lui donne un certain confort. Les règles, les procédures, les critères de bon travail définissent et encadrent son travail. » (Chatzis, K., Mounier, C., Veltz, P. & Zarifian, P., 1999, p. 88).

Les sociologues parlent plus « d'interdépendance » que d'indépendance dans un système. Les acteurs interagissent les uns avec les autres et donc dépendent les uns des autres. Ils échangent, négocient, de manière consciente ou inconsciemment, essayant de garder leurs marges de manœuvre.

L'autonomie d'action est, elle, définie comme la capacité d'agir et de répondre dans des situations diverses :

L'autonomie d'action se situe pour une part importante dans le registre de la création. Elle est alors la capacité à peser sur son environnement en tant que sujet [...] elle peut paradoxalement s'accompagner d'une plus grande dépendance vis-à-vis des autres. Elle confère à l'individu une force d'intervention pour soi, pour les autres et pour le domaine d'activité. Elle se base sur l'aspect volontaire des personnes » (ibid., p. 89).

L'agent est alors autonome dans sa possibilité d'agir, il doit cependant rester dans une logique institutionnelle.

Une autre notion qui apparaît dans le discours de Mme L et qui peut surprendre, est le fait que pour elle, l'acteur, qui a le plus de pouvoir lors cet entretien, est l'agent, l'évalué lors de son entretien :

*Malgré tout au moment de l'entretien, celui qui a le plus de pouvoir c'est le soignant parce qu'il vient à l'entretien et s'il ne dit rien, ou alors, s'il ne veut rien dire, on ne peut pas travailler et avancer» (E'4L273/274).*

Mme E rejoint cette idée et explique que le pouvoir de l'agent peut aussi s'exprimer dans ses relations avec ses collègues : « *il y a des agents qui ont suffisamment de pouvoir sur leurs collègues pour faire dire des choses pendant l'entretien* » (E'1L252). L'évalué peut également manipuler le cadre : « *on (les cadres) peut se faire autant manipuler par qui que soit* » (E'1L254) ou prendre « le pouvoir » sur la conduite de l'entretien : « *elle a pris la main, elle l'a gardé et j'ai jamais pu revenir sur le pourquoi on était là* » (E'4L98 à 99).

Ce discours de Mme L a permis de révéler une autre facette du pouvoir, qu'on pourrait caractériser de pouvoir « invisible », une nuance par rapport au pouvoir « légitime » que nous avons évoqué auparavant. Nous pouvons illustrer notre pensée : l'acteur A ne va pas obtenir de l'acteur B ce qu'il souhaite uniquement grâce sa position. Il va falloir qu'il fasse également preuve de stratégie pour faire que l'autre aille dans la direction qu'il souhaite. C'est également sans compter sur le fait que l'acteur B, lui aussi peut jouer de son pouvoir, pouvoir de dire non, ou de faire d'une manière différente que ce que souhaite l'acteur A. (Bernoux, 1990). Cette idée identifie le fait qu'un acteur peut exprimer son pouvoir de plusieurs manières et sur des acteurs différents :

Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir, c'est-à-dire dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre lui demande » (Crozier & Friedberg, 1992, p. 70).

Dans cette approche, une question se pose :

Quand l'acteur peut-il exercer ce pouvoir ?

En sociologie des organisations, nous parlons de « zones d'incertitudes ». La maîtrise d'une zone d'incertitude est une modalité d'existence du pouvoir :

Toute organisation est soumise en permanence à des masses d'incertitudes très élevées, techniques, commerciales, humaines, financières, etc. Celui qui les maîtrise le mieux par ses compétences et son réseau de relations-communications, qui peut donc prévoir ces incertitudes, détient la plus grande ressource de pouvoir. (Bernoux, 1990, p. 167).

Pour un acteur, cette incertitude est une ressource, un biais pour prendre le pouvoir face à ceux qui en dépendent. « Ce qui est incertitude du point de vue du problème est pouvoir du point de vue des acteurs. » (Friedberg, 1997, p. 260).

Concrètement, une zone d'incertitude peut être une circonstance, un imprévu qui permet à l'acteur d'agir.

Une deuxième question émerge :

Comment l'acteur peut-il « contrôler » une zone d'incertitude ?

Dans l'organisation, quatre sources du pouvoir conditionnent le contrôle d'une zone d'incertitude (Crozier & Friedberg, 1992) :

La première est liée à la compétence, aux savoirs de l'expert, qui par ses connaissances et ses ressources, est capable de gérer, de dénouer une difficulté ou une situation contraignante. Sa place et son attitude dans l'organisation et envers les acteurs ou groupe d'acteurs sont des ressources majeures dans les discussions et les débats.

La deuxième source de pouvoir est liée à « toutes les incertitudes qui se situent au niveau des relations qui existent entre l'organisation et l'environnement. » (Ibid., p. 85). Toute organisation dépend de son environnement pour fonctionner (ressources matérielles, humaines) ; il existe forcément des zones de tensions, de perturbations où les différents acteurs ou groupe d'acteurs peuvent mettre en place des jeux de pouvoirs.

La troisième source de pouvoir est la communication et l'information. En effet, « l'organisation crée du pouvoir simplement par la façon dont elle organise la communication et les flux d'information entre ses unités et ses membres » (ibid, p. 87). Nous avons choisi un exemple pour illustrer cette approche : un acteur A a besoin d'être informé pour maintenir l'efficacité de son poste. L'acteur B, donnant l'information, pour des raisons diverses et variées, peut transmettre l'information comme il le souhaite. Il dispose alors d'un pouvoir sur l'acteur A.

Enfin, la quatrième source de pouvoir est « l'utilisation des règles institutionnelles ». Elle se comprend par l'application réglementée des pratiques ou des procédures. Les règles sont, alors, établies pour diminuer l'imprévisibilité et les zones d'incertitudes. Cette source a un effet paradoxal. En effet, un subordonné peut aussi jouer avec ces règles pour défendre des principes, des comportements ou même ne pas répondre à l'autorité hiérarchique parce que cela ne fait pas parti du règlement. (ibid)

Tout acteur a donc, dans une organisation, une zone d'autonomie et une zone de pouvoir où il peut agir. Cette autonomie est liée à une zone d'incertitude, non cadrée par un autre acteur ou des règles. L'agent, dans l'entretien annuel, peut donc jouer de ce pouvoir dans sa relation avec le cadre de santé.

Pour analyser une relation de pouvoir, nous devons poser deux questions :

Quelles sont les ressources dont chaque partenaire dispose, c'est-à-dire quels sont les atouts qui, dans une situation donnée, lui permettent d'élargir sa marge de liberté ?

Et,

Quels sont les critères qui définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère plus ou moins mobilisable c'est à dire quel est l'enjeu de la relation ? (Crozier & Friedberg, 1992, p. 74)

Cela met l'action sur le caractère relationnel du pouvoir que nous allons développer maintenant.

## 4. L'entretien annuel ou expression d'une relation de pouvoir dans un jeu d'acteurs

Pour comprendre comment s'exprime le pouvoir dans les relations, il nous semble judicieux de comprendre tout d'abord comment l'individu se comporte. Qu'est-ce qui le fait agir ou réagir ? : « Les comportements sont le fait d'acteurs agissant intentionnellement en vue de fins choisies par eux en appliquant des stratégies pour les atteindre » ( Bernoux, 1990, p. 34).

### 4.1. Le comportement stratégique des acteurs

#### 4.1.1. La stratégie individuelle

Pour les interviewés, le comportement de l'agent peut influencer ce moment : « *Ca ne tient pas forcément qu'à moi, l'entretien se fait entre deux personnes [...] tout dépend aussi de l'interlocuteur qu'on a en face* » (E'1L151 à 153). L'attitude de l'agent conditionne la relation : « *Moi, en ayant quelqu'un de complètement mutique à l'entretien, je ne vais pas chercher beaucoup plus loin [...] mais s'il n'y a rien, clairement il faut qu'on soit deux dans cette relation* » (E'1L267 à 270). Peut-on interpréter ce refus de relation comme une prise de pouvoir de l'agent ? : « L'individu freinera plus ou moins selon la relation de pouvoir qu'il vit quotidiennement dans le travail » (Ibid., p27). Le verbe « freiner », dans cette approche, se définit comme l'action de mettre un frein à toute action demandée. Le comportement peut être lié à la relation hiérarchique : « *Tout le monde a une attitude très différente, change de comportement parce que c'est le cadre.* »(E'4L230). Le comportement du cadre de santé peut lui aussi conditionner cet entretien : « *On ne sait pas non plus ce que l'on suggère par son propre comportement* »(E'4L172/173) selon sa disponibilité, sa motivation et ses envies.

Le comportement des individus conditionnent les actions : « Dans toutes les organisations, les comportements ne se comprennent que dans un ajustement permanent entre l'individu, son tempérament, ses besoins, ses désirs et le groupe (Ibid., p21-22).

Cette idée est également développée par Friedberg, qui part de la pyramide des motivations de Maslow<sup>26</sup>, pour expliquer comment le comportement des individus au sein d'une organisation est une réponse à un besoin. En outre des besoins physiologiques, nous nous intéresserons plus aux besoins sociaux, le besoin d'appartenir à un groupe et aux besoins liés à l'individu et à son épanouissement personnel :

Ces besoins sont hiérarchisés et changent en fonction des étapes du développement individuel et social, Mais à un moment donné [...] ils imposent des contraintes autonomes au fonctionnement des organisations, contraintes dont il faut tenir compte au même titre que les contraintes techniques et économiques quand on veut créer des organisations performantes. (Friedberg, 1997, p. 48).

Dans ce sens et comme le disent les évaluateurs, ils ont un rôle d'accompagnant. Ils accompagnent l'agent mais celui-ci peut s'investir ou non dans ce moment : « *Après c'est lui qui s'implique ou pas. Je ne peux pas euh l'accompagner si lui ne le souhaite pas.* » (E'3L157à158). Il a le choix de préparer ou non l'entretien. C'est lui qui est le moteur pour changer les pratiques ou s'investir. S'il ne souhaite pas s'impliquer, le cadre de santé dit qu'il pourra aborder des objectifs, ils ne seront pas forcément atteints : « *Donc après leur marge de manœuvre, s'ils ne veulent pas se poser d'objectifs, s'ils ne veulent pas s'impliquer et bien ...* » (E'4L259/260). Cette idée est, ici, confirmée : « Les comportements sont le fait d'acteurs agissant intentionnellement en vu de fins choisies par eux en appliquant des stratégies pour les atteindre [...] Ce sont les individus qui se donnent leurs objectifs » (ibid., p. 34).

#### **4.1.2. Les deux dimensions du comportement**

Le comportement de l'individu dépend de son histoire et de son vécu : « *Tout dépend aussi de son histoire vis-à-vis des entretiens. Tout dépend de ce qui s'est passé avec les personnes, les confrères* » (E'1L153 à 154).

---

<sup>26</sup>Psychologue américain (1954)

Le comportement d'un individu se réfère alors à deux dimensions : son histoire et la situation qu'il vit au moment présent :

D'une part, ils renvoient à l'histoire personnelle de la personne, aux processus d'apprentissage qu'elle a traversée dans sa famille, à l'école ou au cours de sa vie professionnelle et dans lesquels elle a pu acquérir des capacités cognitives et relationnelles qui conditionnent tant sa perception de la situation que sa capacité à y ajuster ses comportements. D'autre part, ils renvoient aux contraintes et opportunités de la situation présente qui proviennent de la participation de la personne à des jeux structurés et à la structure d'interdépendance (ibid., p. 208).

De cet apport, nous pouvons en extraire que la première dimension du comportement est liée à la construction individuelle et professionnelle, la deuxième au lieu d'action de l'acteur.

La première dimension renvoie à la notion d' « habitus ». La plus célèbre définition a été écrite par le sociologue Bourdieu dans une écriture assez complexe. La compréhension de cette lecture étant assez difficile, nous nous sommes tournés vers Jourdain et Naulin (2013<sup>27</sup>, p. 34) qui expliquent plus simplement cette notion en restant fidèles à l'idée de l'auteur:

L'habitus est composé de schèmes de perception (manières de percevoir le monde), d'appréciation (manière de le juger) et d'action (manière de s'y comporter) qui ont été intériorisées et incorporées par les individus au cours de leurs socialisations (primaire, pendant l'enfance et secondaire, à l'âge adulte) de manière plus ou moins inconsciente.

Les individus utilisent ainsi cet habitus et ses ressources pour se construire et répondre aux différentes sollicitations. Bourdieu parle de « capital » pour identifier ces ressources. Il en existe quatre types (ibid., p. 88 à 89) :

- Le capital économique (le patrimoine, les ressources financières),
- Le capital culturel (les ressources culturelles),
- Le capital social (les ressources et réseau de relation),
- Le capital symbolique (la reconnaissance sociale).

---

<sup>27</sup> Date de parution originale : 2011.

La deuxième dimension du comportement de l'individu permet de répondre, en partie, à la question : Où s'exprime le comportement de l'acteur ?

Dans une approche sociologique et pour rester dans la logique de ce qu'il vient d'être dit, nous pouvons amener la notion de « champ » défini par Bourdieu. Il est décrit comme une sphère de la vie sociale ou institutionnelle :

Les individus qui participent à un champ, agissent en fonction de l'enjeu du champ et luttent pour acquérir ou conserver le capital spécifique à ce champ [...] A l'image de l'espace social, ce champ peut être décrit comme un espace de positions et de relations entre les positions des différents participants (Ibid., p. 102).

Nous pouvons évoquer, par exemple, le champ économique, politique ou plus concrètement le champ scolaire, le champ de la qualité. Nous pouvons même en centrant et en transférant cette donnée sur notre objet d'étude parler du champ de l'entretien annuel à l'hôpital.

Cet éclairage nous permet de comprendre que le comportement individuel est lié au parcours de chacun, de sa vie personnelle et professionnelle. Ces éléments construisent un habitus qui sera alors sollicité, avec nos ressources, notre capital, lors de réponses à une sollicitation ou à un événement. Chacun (le cadre de santé et l'agent), par cela, a une conception personnelle de l'entretien annuel et chacun aura une attitude singulière dans ce champ, en fonction de ses choix et de ses rencontres.

Le comportement de l'individu s'exprime, dans notre travail de recherche, lors de l'entretien annuel, dans la relation entre deux acteurs, l'agent et le cadre de santé. Nous allons poursuivre notre étude sur les jeux d'acteurs dans la relation.

## 4.2. Un jeu d'acteurs dans un échange négocié

### 4.2.1. La relation, un jeu d'acteurs

Dans le discours des cadres de santé, nous retrouvons le mot « jeu ». Ils utilisent ce vocable pour expliquer le fait qu'il y a beaucoup de paramètres qui rentrent en compte dans l'entretien. Cette idée est retrouvée dans le discours de Mme L : *il y a plein de choses qui se jouent malgré nous*, »(E'4L231). Mme E évoque à travers « le jeu », l'importance de ce qui se vit au moment de l'entretien annuel d'évaluation pour le service : « *Au-delà d'une notation, c'est la vie du service qui est en jeu.* »(E'1L237). Mr R a une approche plus rationnelle lorsqu'il évoque le retour des agents sur son management. Il explique ainsi qu'il faut aussi savoir recevoir et accepter le discours ou le ressenti de l'autre : « *Parfois il faut accepter en tant que cadre de se remettre en question [...] Cela fait parti du jeu* »(E'2L212 à 213).

#### Qu'est-ce qu'un jeu dans une organisation?

Nous pouvons, pour cela, reprendre la théorie de champ, que nous avons définie auparavant, parce qu'elle est liée à cette notion de jeu dans l'approche de Bourdieu. En effet, pour expliquer comment fonctionne un champ, il utilise l'image du jeu, idée reprise par Jourdain & Naulin (2013, p.102 à 103) : « Chaque champ possède ses propres règles du jeu [...] Pour que le jeu existe, il faut en effet que les joueurs y croient, croient à la valeur de l'enjeu et à l'intérêt de jouer pour cet enjeu ». Bourdieu (1994, p. 151) appelle « *illusio* » le fait « d'être pris au jeu, d'être pris par le jeu, de croire que le jeu en vaut la chandelle ou pour dire les choses plus simplement que ca vaut la peine d'y jouer ». L'individu, lorsqu'il a intégré un intérêt dans un jeu, va agir dans ce jeu en lui donnant un sens (Bourdieu, 1994).

Pour développer cette idée, l'approche de Crozier et Friedberg (1992, p.113) permet de centrer cette notion du « jeu » dans les relations de pouvoir :

Le jeu est au cœur du système de relations de pouvoir entre les acteurs. Le jeu est l'instrument que les hommes ont élaboré pour régler leurs coopérations. C'est l'instrument essentiel de l'action organisée. Le jeu concilie la liberté et la contrainte.

Le joueur est libre mais il doit aussi accepter les règles du jeu et les contraintes (ibid.). Les règles institutionnelles mais aussi les règles établies par les échanges négociés entre les différents acteurs permettent de stabiliser le jeu (Friedberg, 1997).

Cet éclairage permet de comprendre que dans ce jeu d'acteurs, l'équilibre se fait par les règles et les normes extérieures à l'entretien annuel, mais aussi par les relations internes où tout se joue : « *c'est un moment où l'on peut se dire les choses* » (E'4L349).

Des relations s'établissent à l'intérieur de ce champ. Il peut y avoir des rapports de force liés à des ressources différentes et inégales mais aussi liés aux enjeux perçus par chacun (A. Jourdain & S. Naulin, 2013).

Nous pouvons alors comprendre que la relation qui se joue, lors de l'entretien annuel, est une relation de pouvoir où des rapports conflictuels peuvent s'engager. En effet, chacun a une trajectoire qu'il souhaite suivre et défendre et ce ne sera pas forcément la même que l'autre avec qui il est en relation. Comment prévenir cet affrontement d'idées ou de comportements ?

## 4.2.2. Une relation de pouvoir, un échange négocié

### 4.2.2.1. La reconnaissance de l'autre, la base d'une relation

Pour les cadres de santé, il est important d'être en relation avec l'agent. Pour cela il est primordial tout d'abord de connaître l'autre : « *L'intérêt aussi pour moi c'est d'apprendre à bien connaître tous mes soignants.* »(E'3L147), « *Il faut prendre soin des agents, les connaître* » (E'2L131/132). L'approche de Sainsaulieu (1985<sup>28</sup>, p. 303 à 304) éclaire cette idée :

Percevoir l'autre, le partenaire de relation, dans toute la complexité de sa personnalité n'est pas un phénomène simple car cela suppose que l'on soit capable de reconnaître et d'accepter sa différence [...] dans le monde de l'organisation, l'autre n'est pas un partenaire neutre ou indifférent, il développe sa propre stratégie et les échanges humains sont ainsi le plus souvent l'occasion d'influences.

Connaître l'autre est alors reconnaître sa différence. Cela est la base d'une relation.

Cette connaissance va au-delà et les personnes interviewées parlent de reconnaissance et de considération. Mme E se pose ainsi des questions : « *Est-ce qu'ils prennent du plaisir à venir travailler ? Est-ce qu'ils sentent de la reconnaissance ? Est-ce qu'il y a des choses qui les chagrinent ?* » (E'1L36à37). Mme M ajoute : « *C'est reconnaître leurs choix et leurs compétences* »(E'3L151) et Mme E conclue : « *C'est de pousser les gens vers le meilleur, de prendre en considération chacun* »(E'1L124). De cet apport, nous pouvons comprendre que les cadres de santé souhaitent identifier l'autre, lui donner une identité pour être dans une relation. Cette idée est clarifiée par une approche sociologique : « Pour réaliser la construction biographique d'une identité professionnelle et donc sociale, les individus contemporains doivent entrer dans des relations de travail, participer sous forme ou une autre dans des jeux d'acteur » (Dubar, 2015<sup>29</sup>, p. 115).

---

<sup>28</sup> Date de parution originale : 1977.

<sup>29</sup> Date de parution originale : 1991

Cette reconnaissance est également nécessaire dans les jeux de pouvoirs :

Dans : « une logique d'acteurs variés disposant chacun d'une part non négligeable de pouvoir formel et informel [...] Savoir qui est l'autre : ce partenaire de travail avec lequel il faut bien entrer en relation puisqu'on œuvre ensemble. Connaître sa culture, ses réactions probables, ses idées, son degré d'investissement dans l'entreprise, telles seront les incertitudes qui pèseront sur toute rationalité collective. (Sainsaulieu, 1985, p. 319)

Le cadre de santé et l'agent sont donc deux acteurs qui entrent en relation dans l'entretien annuel et qui doivent se reconnaître pour créer un échange constructif : « *C'est un moment où l'on est tous les 2, agent et cadre, et on échange. (E'3L212)* », basé sur la confiance : « *c'est une relation de confiance* » (E'3L118).

#### ***4.2.2.2. Une relation de confiance dans le pouvoir***

Mme L explique que c'est dans la relation cadre-santé que tout se joue :

*Ca repose vraiment sur la relation qu'a un cadre avec son équipe. C'est s'ils font confiance aux cadres, si ce que le cadre dit est suivi d'actes. Parce que la confiance, on ne la décrète pas comme ça, ça se gagne et en fonction de ce qu'on fait, pas de ce qu'on dit. Après s'ils ont confiance dans leur cadre, c'est plus facile d'avoir des demandes et de motiver une équipe. Ca suffit, il y a d'autres choses qui rentrent en compte mais cela est déjà plus facile »(E'4L290 à 294).*

Nous pouvons retrouver dans ces verbatim deux idées intéressantes pour essayer de comprendre ce qui se joue au moment de l'entretien annuel. Dans une première approche, Mme L parle de « relation de confiance ». Elle explique, qu'une relation basée sur la confiance permet de faire plus facilement des demandes aux agents. Nous pouvons comprendre par cette logique que faire une demande, donc jouer d'un certain pouvoir, sera plus acceptée par l'autre si celui-ci comprend cette demande. Dans cette vision, le pouvoir n'aurait pas qu'une connotation négative mais serait alors plus une « nécessité » pour faire fonctionner l'organisation.

Cette idée est expliquée d'une manière assez significative dans cette citation, longue mais révélatrice de sens:

Quiconque a essayé de réaliser un projet collectif, ne serait-ce qu'avec ses amis, s'en est très rapidement rendu compte, même si il rechignera plutôt à identifier les négociations afférentes comme révélatrices de relations de pouvoir, tant le pouvoir a mauvaise presse et fait peur. C'est pourtant bien cette dimension irréductible et inévitable de l'action collective qui est visée, ici, faisant du pouvoir non pas un phénomène anormal, pathologique et malsain, mais au contraire la manifestation naturelle, et pour tout dire normale de la coopération humaine qui suppose toujours une dépendance mutuelle et déséquilibrée des acteurs. Le pouvoir est partout, il fait parti des choses que nous tous mettons en œuvre tous les jours et dont nous sommes tous aussi quotidiennement l'objet. Au lieu de nous cacher le visage et d'occulter ce qui est une dimension normale de la coopération humaine, nous ferions mieux d'en accepter l'ubiquité pour mieux en contrôler les dérives et les pathologies (Friedberg, 1997, p. 126).

Mme L parle également du fait qu'il faut accompagner les agents pour qu'ils se sentent motivés. Cette idée est également reprise par Mr R : « *il faut les motiver, il faut les accompagner, il faut inciter les agents à s'engager* » (E'2L199/200). Nous pouvons interpréter cette idée en disant que le cadre de santé doit jouer de son influence, donc de sa zone de pouvoir, pour engager les agents dans une logique institutionnelle. Cette idée est abordée ici :

Les motivations sont fonction du rôle attribué à l'individu et de sa relation au contexte, il est intéressant de connaître ses motivations car l'organisation peut agir sur elles en se transformant elle-même. La motivation n'a de sens pour l'individu que si elle est intégrée à un contexte, une organisation [...] L'individu va déterminer son comportement en fonction des intérêts par rapport à ce que l'entreprise peut lui offrir (Bernoux, 1990, p. 26 à 27).

Nous pouvons ici relever la complexité qui se joue dans la relation entre le cadre de santé et l'agent lors de l'entretien. Cela met l'action sur le caractère relationnel du pouvoir : « Ce sont bien des acteurs relativement libres et autonomes qui créent un système. Ils le font fonctionner à travers un réseau de relations où ils négocient, échangent, prennent des décisions » (Ibid., p. 138).

Mr R met en évidence ici, encore une fois, cette imbrication entre autonomie et pouvoir. Une marge de manœuvre est possible mais dans le respect d'un cadre : « *Chacun ne fait pas que ce qu'il veut, quand il veut, s'il veut* » (E'2L182à188).

Il existe alors un lien irréductible entre pouvoir et (inter) dépendance, c'est à dire entre pouvoir et échange :

Même si cet échange est toujours et en quelque sorte structurellement déséquilibré : pas de pouvoir sans relation, pas de relation sans échange. C'est là, la dimension instrumentale du pouvoir, on ne noue pas des relations de pouvoir gratuitement ou pour l'unique plaisir d'en avoir (Friedberg, 1997, p. 125).

Nous pouvons de cette approche, identifier la relation qui existe entre deux acteurs et d'autant plus dans un contexte d'entretien annuel. C'est une relation déséquilibrée de pouvoir, où la recherche de coopération s'effectue à travers des échanges négociés.

#### ***4.2.2.3. Une relation déséquilibrée, un échange négocié***

Mme L explique que le moment de l'entretien est « *un moment pour faire le point sur ce qui va, et ce qui ne va pas. (E'3L21 à 218)* ». C'est donc le moment où le cadre de santé utilise son pouvoir hiérarchique pour dire les choses. Cette relation ne s'arrête pas là, c'est un échange : « *c'est un moment de compréhension et d'échange* » où l'on s'accorde pour avancer : « *c'est un moment important, c'est un moment où l'on peut repartir* » (E'4L242 à 243). Nous retenons de cette idée que le pouvoir ne peut être imposé de manière unilatérale entre celui qui le détient et celui qui le reçoit. C'est une relation, qui, même si elle est déséquilibrée, ne fonctionne que dans un échange pour être constructive (Friedberg, 1997). Une autre idée en découle : « Non seulement, il n'y pas de relation sans échange, mais il n'existe pas non plus d'échange sans négociation » (Ibid., p. 126). Cet apport permet de comprendre que les acteurs échangent à travers des négociations, dans le but, comme le dit Mme L « de repartir ». La négociation « doit être placée au cœur de la réflexion sur les structures quotidiennes de travail » (Sainsaulieu, 1985, p. 432).

Dans une relation déséquilibrée, un échange négocié se met en place, plus ou moins inconsciemment, dans le but de trouver un consensus qui sera accepté par les individus concernés. Ce phénomène est d'autant plus présent au moment de l'entretien annuel dans un contexte institutionnel.

Dans l'entretien annuel, cette relation ou cet échange négocié entre le cadre de santé et l'agent, a donc une incidence sur l'action individuelle mais également sur l'action collective, indispensable à un fonctionnement efficace et constructif au niveau de l'unité de soin.

### **4.3. Une relation déséquilibrée dans une visée collective**

#### **4.3.1. L'agent, un individu dans un collectif**

Nous pouvons, à travers les verbatim et les vocables utilisés, éclairer la portée de l'entretien annuel. Pour le cadre de santé, le but de cet entretien, en terme d'objectifs et de projection, n'est pas une visée individuelle : « *Euh moi sur les objectifs, je n'aime pas parler d'objectifs individuels au sein d'un service* »(E'1L48). Ils évoquent la notion d'un individu dans un collectif : « *Pour les agents, ce sont des individus dans un collectif.* » (E'2L183) et des objectifs d'équipe : « *pour moi les objectifs, ce sont des objectifs d'équipe. Et chacun s'y inscrit.* »(E'1L50). Cette idée est confirmée ici : « Ce qui fait tenir un champ, c'est l'adhésion collective au jeu qui est à la fois cause et exigence du jeu » (Jourdain & Naulin, 2013, p. 102).

Les cadres, par cette logique, disent « protéger » l'individu :

*Si on donne un objectif à quelqu'un pour un travail d'équipe, euh parfois je me dis que c'est un peu du téléguidage à distance avec possibilité que cela échoue. Et puis cela peut mettre la personne en port à faux vis-à-vis de ses collègues donc je pense qu'il faut mieux réfléchir à des projets en commun (E'1L51 à 54).*

Cela facilite alors l'intégration et la reconnaissance de l'agent dans un groupe : « *L'agent parce que il se sentira mieux dan son travail, parce qu'il se sentira faire parti d'un collectif et pas un individu contre le reste d'une machine (E'2L171à 172).*

Appartenir à un collectif permettrait alors d'être une source rassurante d'identité individuelle. Une approche sociologique permet de développer cette idée :

L'individu a trop besoin de stabilité dans ses identités pour ne pas courir le risque permanent de perte de reconnaissance sociale. Croire aux valeurs et aux propositions d'action secrétées par un groupe, c'est peut-être risquer de ne pas y retrouver ses véritables préoccupations mais c'est en revanche obtenir l'assurance d'une identité et d'une protection (Sainsaulieu, 1985, p. 385).

Nous pouvons alors comprendre que, par l'appartenance à un groupe, l'agent est reconnu et valorisé et il pourra alors se sentir acteur dans l'organisation. Nous complétons cette idée : « L'identité professionnelle est définie comme la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes ; l'identité au travail est fondé sur des représentations collectives distinctes construisant des acteurs du système social (Ibid., p. IX) L'appartenance à un collectif permettrait alors la construction d'une identité professionnelle. Sans développer d'une manière plus dense ce concept d'identité, nous comprenons que cette notion d'identité professionnelle est indispensable pour entrer en relation.

Ce collectif est celui qui crée, en autre, une identité à l'individu mais c'est aussi celui qui peut le contraindre.

Les agents ont une marge de manœuvre sur ce qu'ils ont envie de faire, sur quoi ils ont envie de s'investir, mais il faut que cela reste en cohérence avec le projet du collectif et du service :

*Ils peuvent avoir une part d'autonomie sur qu'est-ce qu'ils vont demander, qu'est-ce qui ont envie de faire, vers quoi ils ont envie de se diriger. Mais il faut qu'ils restent inclus dans une démarche d'un collectif et d'un service. Il y a tout ce qui est éventuellement projets de service, il va falloir s'inscrire dedans. Chacun ne fait pas que ce qu'il veut, quand il veut, s'il veut » (E'2L184 à 188).*

Un apport théorique complète cette idée : « Dans tout champ d'actions, le pouvoir peut se définir comme l'échange déséquilibrée de possibilités d'action, c'est à dire de comportements entre un ensemble d'acteurs individuels et ou collectifs (Friedberg, 1997, p. 124).

L'agent, pour agir et se sentir reconnu, a alors besoin d'être reconnu dans un collectif dans lequel il va échanger dans un contexte institutionnel. Le cadre de santé a un rôle stratégique dans cette dynamique de groupe.

#### **4.3.2. Le cadre de santé, un rôle stratégique dans un collectif**

Dans le but d'un collectif, le cadre de santé permet, tout d'abord, à l'agent de s'inscrire dans des projets en fonction de leurs appétences : « *je pense qu'il faut mieux réfléchir à des projets communs et puis après voir qui est intéressé pour les mener ou avoir 2 co-leaders mais euh moi je trouve que c'est plus intéressant de travailler sur des projets communs.* » (E'1L50 à 57). Nous retrouvons la notion d'autonomie d'action. Pour l'agent, cela se traduit par sa possibilité de s'impliquer dans des projets.

Le cadre de santé exprime que, dans cette logique, l'équipe fonctionne alors en utilisant les ressources et les compétences de chacun dans une dynamique collective : « *Donc chacun se tire et se laisse tirer selon les spécialités du service et les compétences de chacun.* (E'2L292 à 293). La compétence est une ressource qui permet à l'acteur de légitimer son action et sa marge de manœuvre.

Il semble alors important pour les cadres de santé d'initier ses valeurs : « *Quelqu'un va me dire, par exemple, j'ai plus d'affinité pour tout ce qui concerne la douleur ou l'encadrement des étudiants. Et après du coup c'est plus facile. En plus s'ils ont des affinités, c'est reconnaître leurs choix et leurs compétences* »(E'3L149 à 151). L'intérêt est de pouvoir mettre les compétences et les ressources de chacun au profit du collectif.

Le cadre initie et donne la ligne directrice de cette dynamique : « *Et moi aussi je fais le point avec elles, sur quels sont mes objectifs sur l'année, qu'est ce que j'ai envie aussi de travailler avec eux sur l'année à venir.* » (E'3L44). Dans cette idée de projet, nous pouvons dire de l'analyse des données, que le cadre a ce rôle stratégique de : « *Recentrer un collectif sur un but commun, sur un axe commun de fonctionnement et que tous les agents puissent se sentir un des éléments du collectif au même titre que les autres.* » (E'2L286 à 288). Le cadre de santé peut ici se servir de sa marge d'autonomie et de son pouvoir (hiérarchique ou non) pour amener le collectif vers une intention commune : « *Il y a eu un temps où toute l'équipe est venue, donc, j'ai redonné tous les objectifs de chacun sans les nommer mais pour dire ce qu'on va faire, voilà qui va travailler sur quoi. Cela avait redynamisé l'équipe*»(E'4L244 à 246) en s'appuyant sur les ressources individuelles repérées et exprimées au cours de l'entretien annuel. Un projet ne peut être mis en place sans l'adhésion des agents comme le souligne Mme M : « *Ca peut être aussi le moment d'initier certains projets et de voir si c'est un projet où je vais à voir du monde à adhérer ou pas. Qui va être moteur ? Qui ne va pas l'être ? Qui va être personne ressource ?* »(E'3L145à147). Le discours de Bernoux sur les sources de pouvoir d'un expert dans une fonction de supérieur hiérarchique est intéressant. Il explique que l'expert, tout seul, ne peut fonctionner :

Celui-ci peut bien proposer des bonnes solutions. Si ceux qui sont chargés de les mettre en application ne les acceptent pas, elles resteront lettre morte [...] une décision n'a pas de sens seulement en elle-même mais en liaison au groupe social auquel elle s'appliquera (Bernoux, 1990, p. 164).

De cette analyse, nous pouvons comprendre que le cadre de santé a un rôle important d'accompagnement des agents. Il a un rôle stratégique, c'est-à-dire qu'il doit mettre en place un comportement adapté pour amener l'individu et le collectif vers une dynamique d'investissement. Il doit utiliser sa marge de manœuvre et son pouvoir d'une manière positive et constructive. Le pouvoir est alors défini comme un échange négocié avec les agents et non pas comme un abus même si cette expression peut être rencontrée dans les institutions :

Dans son ensemble, l'action organisée ne correspond nullement à cette vision outrancière et totalement caricaturale du pouvoir [...] mais cela ne signifie pas pour autant que le pouvoir ne soit pas présent dans ces rapports d'échange et de coopération...c'est là précisément l'objet d'une analyse empirique des rapports de pouvoir qui sous-tendent les construits d'action collective d'un champ. Or une telle analyse exige que l'on abandonne une vision purement négative du pouvoir en le replaçant dans un contexte des processus d'échange inégal et de coopération conflictuelle qui forment la trame et la base de toute action collective (Friedberg, 1997, p. 265).

Pour approfondir cette idée, nous pouvons parler également du rôle de régulation qu'a le cadre de santé dans cette approche. L'entretien annuel : « *il doit permettre aussi de gommer certains non-dits, certains malentendus qui pourraient y avoir* » (E'2L72 à 76). Il doit réguler les comportements et les actions du groupe en apportant une stabilité et une certaine structuration du jeu. Dans une approche sociologique, Crozier et Friedberg (1992, p. 286) évoquent pour « théoriser » cette réflexion la notion de système d'action concret et le définissent comme :

Un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux.

Pour faciliter ces relations, les acteurs doivent mettre en place des actions de coopération. Les cadres interrogés ont le souhait de partager : « *On travaille ensemble sur voir ce qu'on peut faire* »(E'3L92/93).

Cette notion de coopération, de travailler ensemble, signifie « prendre part » à l'action, aux décisions. Cette idée est éclairée ici :

On rentre dans une relation de pouvoir parce que l'on doit obtenir la coopération d'autres personnes pour la réalisation d'un projet [...] contrairement à l'intuition première qu'on pourrait en avoir, pouvoir et coopération ne sont pas contradictoires (Friedberg, 1997, p. 125).

Dans cette logique de coopération, en nous recentrant sur l'entretien annuel, nous pourrions dire que coopérer, c'est permettre à l'agent d'être acteur dans les objectifs, les souhaits de formation, mais c'est aussi être acteur dans l'évaluation en général, dans une démarche de co-évaluation.

#### **4.3.3. Une co-évaluation dans un but collectif**

Dans cette perspective, les cadres de santé insistent sur cette relation d'échange et d'écoute de l'autre: « *il faut une capacité à écouter, à entendre, à reformuler. Il faut que cela soit constructif.* » (E'4L45 à 46). Ecouter l'autre, c'est lui laisser avoir une place : « *On ne juge pas, et il faut que le cadre soit aussi capable d'entendre ce que l'agent a à lui dire.* » (E'2 L211), « *ils arrivent à ce moment là à dire certaines choses et à avoir une place* » (E'4L227). C'est donc laisser une marge d'autonomie à l'agent en lui laissant la possibilité de faire : « *des remarques sur l'organisation, sur l'ambiance, sur un positionnement du cadre qui pourrait être mal perçu* » (E'L216à218).

Dans le discours des cadres de santé, cela peut-être constructif. Pour les quatre interrogées, cela permet de pouvoir se situer dans leurs positionnements et leurs managements :

*Moi je trouve que c'est intéressant et cela permet aussi de se situer. Cela permet aussi de montrer qu'on accepte aussi la critique, et que cela pose des bases saines, c'est-à-dire que chacun, à un moment donné, a le droit à la parole sur ce qui se passe dans l'équipe et de dire à un moment donné qu'il n'est pas d'accord avec les orientations prises ou les choix pris.* » (E'1L280) ; « *Mais oui après avoir un retour, sur la disponibilité, sur la manière de gérer les plannings, sur des choses comme ça oui. Ils m'ont déjà fait des retours et euh... donc ça oui j'accepte, il y a aucun souci.* » (E'4L317 à 319).

*« Oui ça peut-être un moment pour échanger sur mon positionnement à moi, sur ma façon de manager »(E'3L195 à 196).*

Cette « co-évaluation » doit rester dans une visée collective, une amélioration de l'organisation et non un jugement de personnes ou de personnalités :

*« C'est quelque chose avec lequel je suis assez à l'aise même si je sais que c'est un peu à double tranchant [...] Demander une évaluation de son management, ça met quand même le professionnel en face en porte à faux (E'1L273 à 274). D'autant plus que ce n'est pas le rôle de l'agent d'évaluer son supérieur hiérarchique « Après il faut être vigilant parce qu'il ne faut pas non plus laisser la porte ouverte et ils ne sont surtout pas là pour nous évaluer, on a une hiérarchie pour ça » (E'4L314à315). Le cadre a alors à jouer son rôle de régulateur et d'autorité pour recadrer les propos dans une logique d'évolution, à la recherche d'un compromis.*

Nous pouvons de cette analyse retirer le fait que, donner le pouvoir à l'autre dans une notion de co-évaluation et de coopération, permet à l'agent de s'exprimer sur des éléments, comme l'environnement de travail, l'organisation, le collectif, qui a forcément un lien avec ses objectifs personnels et professionnels. Il devient un acteur qui agit dans son parcours :

La mise en perspective des évaluations des uns et des autres ne débouche pas toujours sur un consensus [...] mais elle favorise souvent une meilleure compréhension mutuelle et la mise en évidence des intérêts [...] L'évaluation devient alors un espace délibératif qui favorise l'élaboration de médiations (De Gaulejac, 2011, p. 251).

Evaluer « ensemble » permet une démarche constructive et une évolution à la fois individuelle et du collectif.

Ce travail d'analyse se termine avec un sentiment de prise de hauteur lié à la richesse des éléments recueillis lors des entretiens et aux ressources théoriques utilisées comme clés de lecture.

Le fruit de cet apport permet de conclure notre travail de recherche sur le paradoxe entre autonomie et pouvoir dans l'entretien annuel. Il permet également de centrer notre réflexion sur une projection professionnelle de cadre de santé.

## 5. Les conclusions de la recherche

### 5.1. Discussion autour des hypothèses

Au terme de notre travail d'analyse, il est important de confronter les éléments de réponses aux hypothèses heuristiques. Quels sont les éléments significatifs en lien entre résultats d'analyse et les hypothèses ?

#### Première hypothèse :

*Les jeux de pouvoir des acteurs, ancrés dans un système, conditionnent l'autonomie de chacun et peuvent entraver une démarche co-constructive.*

Nous avons pu mettre en évidence que l'hôpital est une structure organisationnelle marquée par une hiérarchisation des actions. Chaque acteur, par ses compétences, est un maillon de la chaîne.

Dans l'entretien annuel, il y a le cadre, l'agent et l'institution qui ont chacun une marge d'autonomie et donc un pouvoir. En effet, l'autonomie n'existe pas sans pouvoir et le pouvoir n'existe pas sans une marge d'autonomie. Ces deux notions sont liées et ne peuvent exister l'une sans l'autre. Il est impossible de les séparer :

L'autonomie est la raison même de l'existence du pouvoir ou plutôt le concept de pouvoir n'a de sens qu'à cette condition. C'est uniquement lorsque les acteurs ont un minimum d'autonomie que l'on peut parler de relations de pouvoir entre eux (Friedberg, 1997, p. 261).

Le pouvoir statutaire permet de fixer les règles générales de fonctionnement. L'institution est contrainte par l'Agence Régionale de Santé et les autorités, le cadre de santé et l'agent. Le cadre de santé est contraint par l'institution et l'agent. L'agent est contraint par le cadre de santé et par l'institution. Nous nous arrêterons à cette triade mais il y a bien d'autres acteurs qui ont un pouvoir de coercition dans une organisation (les médecins, les collègues, les patients, les partenaires sociaux).

Dans l'entretien annuel, c'est un jeu qui s'établit entre les deux acteurs en fonction de leurs besoins et de leurs motivations. Cette relation est conditionnée par le comportement de chacun et de la stratégie que chaque acteur met en place pour remplir ses objectifs. Ces relations, si elles ne sont pas structurées, reconnues par tous les acteurs, peuvent entraver une démarche co-constructive.

Cette première approche de données recueillies permet de vérifier notre première hypothèse.

Hypothèse n°2 :

*L'autonomie du cadre de santé et l'application du principe de subsidiarité dans l'accompagnement des équipes permettent de converger vers une intention individuelle et collective.*

De ce cheminement, nous avons pu mettre en avant que le cadre de santé doit répondre aux obligations institutionnelles. Il a, lors de l'entretien annuel, une grande marge d'autonomie dans la conduite de l'entretien. Il donne la ligne de conduite, il permet à l'agent un espace d'expression. Il exerce aussi son pouvoir hiérarchique car il évalue l'agent.

Ce travail de recherche a également permis de mettre en évidence que le pouvoir n'a pas forcément une connotation négative et qu'il est naturel et indispensable dans toute relation personnelle et professionnelle. Le pouvoir, dans une relation, permet une stabilité. Il permet d'avancer vers des projets. Une fois qu'il est accepté de manière consciente ou inconsciente, il est une force pour l'individu et le collectif.

Toute relation reste contraignante. Il revient à chacun d'exercer au mieux ce pouvoir et cette marge d'autonomie pour une action constructive.

Le pouvoir ou la marge de manœuvre laissé à l'autre doit être dans une attitude professionnelle. Laisser le pouvoir à l'autre, c'est aussi lui laisser une marge de manœuvre dans une situation où il est expert et intéressé. Permettre à l'agent d'être co-acteur dans l'évaluation peut être source de motivation dans l'établissement d'un projet professionnel et la participation à un projet collectif.

Il nous semble judicieux, de réintroduire ici, le discours de Mme F, DRH, rencontrée en phase exploratoire, où elle résume ce que nous avons pu mettre en avant :

*C'est mieux de les responsabiliser [...] d'avoir un avis critique sur eux-mêmes, sur leurs travaux, sur l'organisation, d'être constructifs [...] parce que ce sont les premiers acteurs concernés. C'est beaucoup plus pertinent et performant d'appliquer ce qu'on appelle le principe de subsidiarité » (E2L134à138).*

Il faut alors que cette relation soit établie sur une coopération et que chacun y accepte les conditions sinon cela risquerait de devenir conflictuel. La recherche d'une négociation reste nécessaire dans un environnement cadré par des règles et des principes à respecter. Le cadre de santé doit permettre des zones d'autonomie, tout en assurant le contrôle du respect des règles formelles et informelles, à travers une régulation :

L'autonomie et le contrôle ne peuvent être pensés qu'ensemble et sont comme deux faces d'une même médaille, une relation qui se répète à chaque niveau d'organisation aussi bien dans les relations fonctionnelles que les relations hiérarchiques (Chatzis, K., Mounier, C., Veltz, P. & Zarifian, P., 1999, p. 16).

Dans cette logique, il faut négocier, coopérer, avoir un projet, une intention commune. Même si l'entretien est tout d'abord un instant privilégié, il reste un outil ayant une visée collective. Le cadre de santé utilise son pouvoir pour donner une ligne de direction pour l'équipe en essayant d'y intégrer chaque individu, selon les compétences et les souhaits de chacun :

Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a ses objectifs, ses buts propres. Ceux-ci ne sont pas forcément opposés ou déviés par rapport à ceux des organisateurs même s'ils peuvent l'être (Bernoux, 1990, p. 130).

Pour permettre de se sentir intégré à un projet, l'agent a besoin d'identifier, que ce qu'il a pu évoquer lors de l'entretien annuel, a un impact individuel et sur le collectif. Cette reconnaissance permet une identité professionnelle qui se crée dans l'action collective.

Pour permettre cette reconnaissance, le cadre de santé doit considérer l'autre :

« Cette attitude du cadre aura certainement un effet de réciprocité. S'il considère les agents, les agents le considèreront aussi et peut-être un levier de performance » (Dorthier, 2015, p. 56).

Cette approche exprime la pertinence de notre deuxième hypothèse.

Nos deux hypothèses sont en cohérence avec les résultats obtenus. Nous pouvons alors répondre, dans le cadre de cette étude, à notre question de recherche que nous rappelons :

**En quoi l'entretien annuel d'évaluation est un espace-temps situé dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir dans une triangulation Agent, cadre de santé et institution.**

L'entretien annuel est dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir par :

- Son instant,
- Son ancrage dans une politique institutionnelle,
- Un jeu d'acteur dans une relation négociée entre cadre et agent,
- Sa visée individuelle et collective.

Dans lequel, le cadre de santé a un rôle de :

- Pivot entre les différents acteurs. (Cette approche rejoint notre question de départ),
- Leader dans l'expression de ce paradoxe.

Nous intégrons, ici, brièvement, cette notion de « leader » qui résume le comportement et le rôle du cadre de santé que nous avons pu entrevoir tout au long de ce travail de recherche. Mintzberg (2006<sup>30</sup>, p. 73) évoque cette notion dans son ouvrage explicatif sur les dix rôles du cadre :

l'objectif essentiel du rôle de leader est d'effectuer l'intégration entre les besoins de l'individu et les buts de l'organisation [...] Par son rôle de leader, le cadre assure la fusion d'éléments divers en une entreprise, une entité coopérative » ( Mintzberg, 2006, p.73).

---

<sup>30</sup> Date originale de parution : 1984

Le pouvoir formel du cadre s'exprime dans son rôle de leader. L'expression de ce pouvoir est conditionnée par le comportement du cadre dans son rôle de leader. (ibid, p. 73)

En parallèle et en accord avec la citation ci-dessus, nous souhaitons, à ce moment de notre réflexion, apporter juste un élément que nous avons repéré lors de notre travail et que nos souhaits aborder ici avant de conclure la recherche. Les cadres de santé interrogés parlent de bienveillance, de l'importance de considérer les agents. Le discours des cadres des santés se concentre sur une notion de bienveillance pour accompagner les agents dans une autonomie d'action : « *Je suis toujours dans une idée de bienveillance* » : (E'1L133). C'est aussi prendre en soin l'autre :

*Donc c'est pour moi déjà un baromètre, un petit peu, de l'état de santé de l'équipe et puis de chaque membre de l'équipe. Ouais, donc pour moi c'est un outil de bonne santé, un baromètre, pour moi c'est un bon baromètre (E'1L321 à 330).*

Les interviewés notent l'impact d'une ambiance conviviale et sereine dans un collectif :

*Il n'y a rien de plus intéressant que d'entendre des gens qui sont, qui rigolent, qui semblent heureux d'être là et qui ne font pas la tête en arrivant le matin. Et là on a le sentiment qu'on a une équipe qui fonctionne bien et tout le monde est heureux. Tout ça, ça se construit progressivement. L'entretien d'évaluation permet aussi parfois de resserrer les liens » (E'2L172à177) « La portée c'est plus là dessus, pour le bien-être du résident mais aussi pour le bien-être de l'équipe » (E'3L236).*

Ces verbatim mettent en évidence le rôle du cadre de santé dans cette dynamique pour un intérêt individuel et collectif : « *Et puis bien évidemment le cadre aussi a tout intérêt que les agents fonctionnent bien, soient biens, soient heureux de venir au travail* » (E'2L172).

Le « prendre soin » et « la bienveillance » sont des notions que nous ne développerons pas ici mais il est important de les prendre en considération en vue d'une projection professionnelle.

Notre travail d'analyse, enrichi par des apports théoriques et conceptuels, a permis de trouver des réponses à notre question de recherche. Cet apport nous éclaire sur les interactions qui se jouent au moment de l'entretien annuel. Nous sortons « grands » de ce méticuleux exercice d'initiation à la recherche.

Nous allons maintenant centrer notre réflexion sur une projection professionnelle vers un positionnement de cadre de santé, enrichi de cette expérience d'apprenti chercheur.

## **5.2. La projection professionnelle**

Ce travail réalisé est un travail d'initiation à la recherche. C'est aussi une prise de recul et de hauteur sur une construction professionnelle.

Quelles sont les points forts de cette expérience que nous retenons pour nous projeter en tant que cadre de santé ?

Nous allons maintenant développer des points clés de notre travail de recherche qui font échos à notre pratique professionnelle et qu'il semble important de considérer dans notre futur positionnement en tant que cadre de santé.

Ce travail de recherche nous a permis tout d'abord de comprendre les contours de l'entretien annuel. Nous avons, suite à la phase exploratoire et nos premières lectures, appris les conditions favorables et les différents étapes pour conduire un entretien. Le cadre de santé doit considérer cette entrevue comme un outil de management. Il est autonome dans la façon dont il souhaite faire évoluer cet outil. En effet, nous avons pu voir que l'institution a un pouvoir statutaire dans cette entrevue et qu'il y a des obligations institutionnelles. Mais le cadre de santé est autonome dans son unité.

Il peut permettre de susciter la motivation et l'intérêt des agents, comme l'explique Mme P (E3), si lui aussi y voit un intérêt. Cette approche confirme notre vision que nous avons en tant que faisant fonction de cadre de santé. Il reste néanmoins la réalité du quotidien qui fait que cette vision idéaliste peut être nuancée. En effet, cet investissement est

chronophage et demande une disponibilité de chacun. C'est pour cela qu'il faut l'envisager dans une continuité du quotidien et non comme un acte ponctuel pour le considérer.

L'entretien annuel est un temps donné. C'est un tremplin mais il n'est pas la seule rencontre. Il reste une espace temps qui a besoin d'un passé et d'un avenir : « *je suis auprès de mes équipes toute l'année et quand j'ai quelque chose à dire, je n'attends pas l'entretien annuel d'évaluation* »(E'3L19à20). Cette approche peut paraître peu signifiante mais elle a toute son importance, ici, dans cette phase de questionnement professionnel. En effet, l'entretien annuel est important et le cadre doit l'investir et permettre aux agents de l'investir. Mais il est ancré dans une histoire, dans un parcours individuel, commun et collectif. Son authenticité et la source de son efficacité se nourrissent d'un accompagnement au quotidien du cadre de santé.

L'entretien annuel dans une visée collective est également un des points forts que nous avons exploré dans notre travail de recherche et que nous conserverons dans notre futur métier. Nous avons pu comprendre et intégrer qu'il est préférable d'identifier des objectifs individuels dans un but collectif, de service pour permettre à l'agent d'être reconnu dans le groupe et éviter les zones de conflits. Un mot qui vient pour exprimer cette pensée, c'est le sens donné aux actions. Le cadre de santé permet de garder un lien : « les cadres de santé ne font que cela : lier, mettre de la cohérence au coup par coup entre des actions éclatées, éviter des dysfonctionnements, donner du sens (Bourret, 2006, p. 237). Il est important de garder du sens et de toujours s'interroger sur le sens de nos actions en tant que cadre de santé. Par son rôle dans les relations interpersonnelles, il est un symbole (Mintzberg, 2006), il montre l'exemple. Il doit accompagner les équipes dans une réflexivité, les accompagner à se poser la question du sens dans leurs activités et dans la prise en soins des patients.

Cette prise de conscience nous permet de prendre de la hauteur et du recul, nécessaires à l'exercice de notre futur métier de cadre de santé.

Nous souhaiterions, ensuite, reprendre des notions que nous avons évoquées dans notre travail de recherche et qui nous semblent pertinentes de développer dans une projection professionnelle.

Parler de « pouvoir » relève d'une connotation négative. Lors de notre expérience professionnelle et dans la vie en général, c'est un mot qui « avait » un sens péjoratif. Nous retrouvons cette pensée dans le discours des cadres interrogés. Dans nos représentations, le mot pouvoir renvoyait peut-être systématiquement à l'abus de pouvoir. Ce travail de recherche a permis de faire bouger nos représentations et d'appréhender le pouvoir comme une ressource de management et d'échanges. Avoir le pouvoir, donner le pouvoir, prendre le pouvoir sont des notions non utilisées consciemment dans nos pratiques. Pourtant, elles sont quotidiennes dans des relations qu'elles soient professionnelles ou personnelles. Dans un service, chaque professionnel a du pouvoir et ce n'est pas forcément le pouvoir hiérarchique qui peut s'imposer. Nous avons vu, lors de notre phase de recherche, que l'agent, l'évalué peut aussi exprimer du pouvoir pendant l'entretien annuel. Dans l'exercice du futur métier de cadre de santé, il est important, riche de ces nouvelles connaissances, d'en prendre conscience pour exercer au mieux ce pouvoir traditionnel. De cette réflexion, Mintzberg (2006) définit le cadre dans un rôle de leader. Ce mot, aussi, peut être vu d'une manière péjorative et même parfois arrogante. Lorsque nous étudions attentivement sa définition, il est nécessaire et primordiale dans la fonction de cadre de santé à condition d'être utilisé à bon escient. Le pouvoir du cadre de santé deviendra alors plutôt charismatique et donc accepté des agents :

Dans le groupe informel, le leader est généralement suivi à cause de son pouvoir charismatique. Dans l'organisation formelle, où il est la plupart du temps nommé par une autorité supérieure, le cadre doit fréquemment s'appuyer sur les pouvoirs attachés à sa fonction » (Mintzberg, 2006, p. 71).

Par ce rôle de leader, nous voyons plus le cadre de santé comme un capitaine de bateau. Il oriente la direction, il relie l'environnement et l'organisation du service et les individus. C'est dans cette mission qu'il joue son rôle de pivot entre la direction et les agents. Il doit utiliser son autorité hiérarchique lorsque celle-ci s'impose pour appliquer des règles de fonctionnement.

Nous avons pu voir que les acteurs ont besoin de ce cadre technique pour exercer et que celui-ci se veut finalement rassurant pour les équipes. Ce pouvoir s'exprime également dans l'unité où il exerce un rôle de régulateur, de médiateur auprès des équipes pour gérer des conflits, des incompréhensions. Il permet d'évoluer dans une visée collective. Dans cette volonté d'assurer l'efficacité de l'activité du service, il doit permettre de répondre aux besoins des équipes pour fonctionner.

De ce travail de recherche, nous avons intégré que le pouvoir est une relation. C'est un échange négocié entre contrôle et autonomie. Le cadre de santé doit laisser une zone d'autonomie aux agents pour leur permettre d'agir. Même si cette autonomie reste contrainte par des obligations institutionnelles ou de service, il est important de laisser cette possibilité d'action pour susciter la motivation et l'intérêt. La réalité du terrain montre, avec du recul, qu'il est possible de remplir cette mission.

Nous souhaiterions, maintenant, pour finir sur cette perspective, développer cette idée de « prendre soin » ou de « bienveillance » que nous avons rapidement évoquée pour conclure notre phase de recherche. Cette idée a été, même si elle ne rentrait pas dans les critères de notre analyse, largement abordée par les cadres de santé interrogés. Cette idée est partagée. La notion de bienveillance est amplement utilisée dans les hôpitaux. Elle peut même parfois déranger par son côté « gentil » du management. Une définition du management « bienveillant » nous permet de recentrer sur sa signification :

La bienveillance, sur le plan du management des ressources humaines, permet en effet au manager qui la pratique d'instaurer de la confiance avec l'ensemble de son personnel, de faire adhérer la majorité à sa démarche, de développer leurs capacités à aider les autres et à se projeter dans l'avenir et de faire en sorte que les collaborateurs du dirigeant sentent que ce qui leur dit est la vérité.

La bienveillance permet de redonner du sens aux approches de management des RH, mais également de mieux agir du point de vue organisationnel mais aussi individuel. Tout manager a donc intérêt à se préoccuper de développer des pratiques de bienveillance managériales pour contribuer au bien-être et à la qualité de vie au travail. Chaque salarié et l'organisation en elle-même s'y retrouveront (Zawieja & Guarnieri, 2014, p. 71).

Cette définition permet de confirmer notre positionnement sur l'accompagnement des équipes dans un service de soins. Elle permet également de mettre en avant l'importance de cette facette dans le management des équipes. La communication efficace, l'écoute attentive et le respect sont des notions qui peuvent paraître superficielles et des redites. Elles restent dans notre conception et dans notre projection professionnelle, des principes clés de nos valeurs personnelles et professionnelles.

Ce travail de recherche nous a permis de faire ressortir comment nous voudrions envisager notre positionnement de cadre de santé, entre autorité bienveillante et bienveillance contrôlée, tout d'abord lors de l'entretien annuel mais aussi d'une manière plus générale.

« Agir avec pouvoir » est nécessaire. Cette action doit se faire dans une attitude bienveillante et dans une relation négociée de recherche de sens pour l'individu et le collectif.

Cette phrase résume ce que nous retiendrons de ce travail de recherche et que nous utiliserons au quotidien dans notre métier de cadre de santé. Chaque mot utilisé a une signification, qui s'est construite au cours de cette année de réflexion et concrétisée par ce mémoire.

## Conclusion

L'objectif de notre travail de recherche était de comprendre le contexte et les interactions entre les différents acteurs concernés par l'entretien annuel, en ayant comme fil conducteur, notre question de recherche : **En quoi l'entretien annuel d'évaluation est un espace-temps situé dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir dans une triangulation agent, cadre de santé et institution ?**

Nous pouvons au terme de notre travail répondre à notre objectif.

Dans le contexte hospitalier, trois acteurs interagissent dans l'entretien annuel : l'institution, le cadre de santé et l'agent. Ces trois protagonistes ont du pouvoir. L'institution, par son pouvoir et sa domination statutaire impose les règles et les obligations organisationnelles. Le cadre de santé, par sa position hiérarchique, a un pouvoir légitime. L'agent a aussi un pouvoir, un pouvoir invisible, le pouvoir de dire non, de s'investir ou non dans l'entretien. Le pouvoir et l'autonomie sont liés : « L'autonomie est la raison même de l'existence du pouvoir ou plutôt le concept de pouvoir n'a de sens qu'à cette condition » (Friedberg, 1997, p.261). Tout acteur a, dans une organisation, une zone de pouvoir et donc une zone d'autonomie où il peut agir. Il agira en fonction de ses souhaits et ses besoins. Son comportement conditionnera la relation. Le pouvoir est une relation déséquilibrée mais nécessaire au fonctionnement d'une organisation. Cette relation doit être un échange négocié où la coopération entre les différents acteurs doit s'établir. Dans l'entretien annuel, cette coopération peut s'exprimer à travers la co-évaluation. Evaluer « ensemble » permet une démarche constructive et collective. En effet, la visée de l'entretien annuel a une portée individuelle mais également collective. Le cadre de santé doit, pour cela, exercer son pouvoir dans une action positive de chef d'orchestre. Il doit répondre aux obligations institutionnelles, exercer son pouvoir légitime, une autorité quand il le faut, tout en laissant une marge de manœuvre et d'autonomie aux agents. Nous pouvons, ici, faire le lien avec notre question de départ et comprendre en quoi le cadre de santé est un pivot dans l'organisation et apporter des réponses à notre question de recherche. Cette finalité est l'aboutissement « théorique » de ce travail.

Quand est-il de notre perception personnelle et professionnelle ?

Ce sont les derniers mots à écrire, ce qui amène une émotion partagée entre un sentiment de soulagement et d'accomplissement. Le sentiment d'avoir fini ce travail est un soulagement. Ce travail de recherche paraissait infranchissable compte tenu de l'inexpérience en méthodologie de recherche et le temps indéniable qu'il faut y consacrer. Cette année de formation et les différents apprentissages ont permis de finaliser ce mémoire. C'est aussi le fruit d'un accomplissement personnel et professionnel. Cette position d'apprenti-chercheur a permis d'évoluer, de prendre de la hauteur sur des pratiques et d'envisager une projection professionnelle. C'est un travail de réflexion où il faut parfois, attendre, prendre son temps pour murir une idée. Il est en corrélation avec le bénéfice de cette année de formation : savoir prendre du recul et avoir une pratique réflexive.

Lorsque le constat de départ a émergé pour trouver un sujet de mémoire, une ligne de réflexion s'était dessinée. Il est déstabilisant de voir qu'un tout autre chemin s'est présenté. C'est dans cette instabilité que le travail de recherche s'exprime. En effet, il se réalise à travers des questionnements et non des réponses. Nous souhaitions traiter l'entretien annuel, en termes d'évaluation. Notre travail s'est plutôt centré sur les jeux d'acteurs entre le pouvoir et l'autonomie. Un apport de connaissances a permis de se questionner et de redéfinir des mots et de les incorporer comme outils dans une projection professionnelle de cadre de santé. En effet, le mot « pouvoir » a un autre sens aujourd'hui. Il est assimilé à une relation d'échange autour de la négociation et de la coopération. La conduite de l'entretien annuel a été une base de réflexion qui a permis de s'ouvrir à d'autres champs. Cette décortication sur les contours de l'entretien a permis de comprendre le fonctionnement d'une institution et les relations d'acteurs qui pouvaient se jouer dans une relation entre autonomie et pouvoir. Ce n'est qu'un échantillon dans toutes les possibilités d'orientation qu'auraient pu prendre ce travail de recherche. Nous aurions pu choisir l'angle de la compétence par exemple. Nous aurions pu également choisir d'interviewer des soignants pour avoir la vision de l'évalué. Cette option aurait pu être aussi judicieuse et très intéressante. Le choix s'impose à nous selon nos lectures, nos rencontres, nos accompagnements et le temps imparti. Un travail de recherche n'est jamais finalisé. Il amène à d'autres questionnements et à d'autres orientations.

Nous allons pour conclure et permettre une ouverture, reparler de notre point d'appel : l'entretien annuel. A l'hôpital, pour le moment, cet entretien regroupe l'entretien d'évaluation et l'entretien professionnel. Dans la pratique, le cadre de santé évalue l'atteinte des objectifs de l'agent, apporte une notation et enfin il évoque, avec l'évalué, le projet professionnel. Nous avons pu, lors de nos rencontres et nos lectures que cet entretien interpelle. Mme E, à la fin de l'entretien évoque son questionnement : « *Au niveau institutionnel, on va avoir à travailler sur la trame de l'entretien, parce que la direction des entretiens se dirige de plus en plus vers le parcours professionnel* » (E'1L339 à 340). C'est aussi un questionnement que nous avons entendu de la part des directions d'établissements hospitaliers. Ces questionnements sont liés à la politique nationale qui souhaite abolir les entretiens de notation et promouvoir l'entretien professionnel. Mme E poursuit sa réflexion : « *Cela va nous obliger aussi à être plus vigilant sur le parcours professionnel des gens avec qui on travaille. Et je pense que ça va être quelque chose de plus lourd à gérer* » (E'1L342 à 344). Partir des souhaits de l'agent, de son projet dans un entretien est judicieux. Mais, comme l'évoque Mme E, cela implique une plus grande disponibilité du cadre de santé. D'autant plus que des réflexions émergent sur le fait de séparer en deux temps distincts l'entretien d'évaluation et l'entretien professionnel. Nous avons pu également comprendre, lors de notre travail, que l'espace d'autonomie de l'agent est contraint par la règle et les obligations institutionnelles. En outre, pour être acceptable et accepté, ne faut-il pas que le projet professionnel s'intègre dans le projet organisationnel ? Comment réagir ou agir face au projet professionnel de l'individu lorsqu'il n'est pas dans la ligne directrice ou la priorité de l'établissement ? Une orientation qui peut sembler difficile parfois à mettre en place dans les services de soins. Un exemple vécu nous vient à l'esprit. A l'occasion d'un entretien annuel, un agent réitère, pour la troisième année consécutive, sa demande de suivre une formation d'initiation « à la coiffure » pour pouvoir ensuite utiliser ses apprentissages dans l'accompagnement des résidents. C'est un projet professionnel pertinent. Mais cet agent s'entendra dire que ce n'est pas une priorité institutionnelle. De là, nous vient un questionnement, que nous ne traiterons pas ici, mais qui s'avèrerait intéressant dans la lignée de notre travail :

Comment faire converger le projet professionnel d'un agent et le projet institutionnel à l'hôpital ?

## Liste des références

Bernoux, P. (1990). *La sociologie des organisations, initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. (2<sup>ième</sup> édition). Paris : Edition du seuil.

Blanchet, A. & Gotman, A (2007). *L'entretien*. Paris : Edition Armand Colin.

Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques*. Paris : Edition du seuil

Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Paris : Editions Seli Arslan

Chatzis, K., Mounier, C., Veltz, P. & Zarifian, P. (1999). *L'autonomie dans les organisations, quoi de neuf ?* Paris : L'harmattan.

Claude, J.-F. (2003). *Le management par les valeurs*. (2<sup>ième</sup> édition). Paris: Liaison.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système*. (5<sup>ième</sup> édition). Paris : Edition du seuil.

De Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris: Edition du Seuil.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel* . Paris: Inra.

Dorthier, J-F. (2015) .La bienveillance en entreprise, mythe et réalités, *Sciences humaines*, n°276, 56.

Dubar, C. (2015). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. (5<sup>ième</sup> édition). Paris : Armand Colin.

Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle, Dynamiques de l'action organisée*. (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Editions du seuil.

Jourdain, A. & Naulin, S. (2013). *La théorie de Pierre Bourdieu et ses usages sociologiques*. (2<sup>ième</sup> édition). Paris : Edition Armand colin.

Le Boterf, G. (1998). *Evaluer les compétences. Quels jugements?Quels critères?Quelles instances?* PARIS: education permanente.

Le Boterf, G. (2013). *construire les compétences individuelles et collectives*. (6<sup>ième</sup> édition). Paris: Eyrolles.

Maugeri, S. (2004). *Théories de la motivation au travail*. Paris: Dunod.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation.

Mintzberg, H. (2006). *Le management au quotidien, les 10 rôles du cadre*. (2<sup>ième</sup> édition). Paris : Groupe Eyrolles.

Muller, J-L. & Burckel, M-F. (1999). *Encadrement hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*. (2<sup>ième</sup> édition). Paris : Edition Masson.

Parmentier, C. & Hernot, E. (2006). *le guide de l'entretien professionnel*. Paris: Eyrolles.

Reynaud, J-D. (1998). Il n'y a pas de règle sans projet. *Sciences humaines*, n°20, 34.

Reynaud, J-D. (1989). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin.

Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*. (2<sup>ième</sup> édition). Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

Teboul, J. (2005). *l'entretien d'évaluation, comment le mener? comment s'y comporter ?* (3<sup>ième</sup> édition). Paris: Dunod.

Villemus, P. (2004). *Motiver vos équipes le guide*. Paris: Organisation.

Weber, M. (1995). *Economie et société 1, les catégories de la sociologie*. (5<sup>ième</sup> édition). Paris : Pocket.

Zawieja, P. & Guarnieri, F. (2014). *Dictionnaire des risques psycho-sociaux*. Paris : édition du seuil.

## Table des matières

Introduction .....	1
1. Construction de l'objet de recherche .....	3
1.1. La phase exploratoire.....	3
1.1.1. Le cheminement vers la question de départ .....	3
1.1.1.1. Un questionnaire personnel.....	3
1.1.1.2. Un éclairage sur l'évaluation des compétences .....	5
1.1.1.3. Un éclairage sur « l'entretien annuel d'évaluation ».....	7
1.1.1.4. La question de départ .....	10
1.1.2. Le cheminement vers la question de recherche.....	11
1.1.2.1. Choix du matériau.....	11
1.1.2.2. Choix d'écriture.....	12
1.1.2.3. Choix de la population enquêtée.....	12
1.1.2.4. Résultat de l'analyse thématique des entretiens exploratoires (annexe 5) .....	13
1.1.2.5. La question de recherche et les hypothèses.....	24
1.2. La méthodologie de recherche .....	25
1.2.1. Le choix de la méthodologie de recherche .....	25
1.2.2. Le choix de l'outil .....	26
1.2.3. La population étudiée .....	29
1.2.4. Les limites et les critiques de l'étude .....	32
2. Les acteurs et leur environnement dans l'entretien annuel .....	35
2.1. Les acteurs .....	35
2.2. L'environnement.....	35
2.3. L'organisation entre le réel et le prescrit.....	37
3. L'entretien annuel, temps et lieu d'expression des acteurs, entre autonomie et pouvoir.....	39
3.1. Le Pouvoir institutionnel et la marge de manœuvre des acteurs.....	39
3.1.1. L'entretien annuel dans un espace-temps.....	39
3.1.2. La feuille d'évaluation .....	43
3.1.3. Le projet professionnel et de formation.....	45
3.1.4. La notation, l'évaluation .....	46

3.2. Le pouvoir des acteurs dans l'entretien annuel .....	48
3.2.1. L'espace d'autonomie du cadre de santé, un pouvoir hiérarchique.....	48
3.2.2. L'espace d'autonomie de l'agent, un pouvoir invisible .....	50
4. L'entretien annuel ou expression d'une relation de pouvoir dans un jeu d'acteurs .....	55
4.1. Le comportement stratégique des acteurs .....	55
4.1.1. La stratégie individuelle.....	55
4.1.2. Les deux dimensions du comportement .....	56
4.2. Un jeu d'acteurs dans un échange négocié.....	59
4.2.1. La relation, un jeu d'acteurs.....	59
4.2.2. Une relation de pouvoir, un échange négocié .....	61
4.2.2.1. La reconnaissance de l'autre, la base d'une relation .....	61
4.2.2.2. Une relation de confiance dans le pouvoir .....	62
4.2.2.3. Une relation déséquilibrée, un échange négocié.....	64
4.3. Une relation déséquilibrée dans une visée collective .....	65
4.3.1. L'agent, un individu dans un collectif.....	65
4.3.2. Le cadre de santé, un rôle stratégique dans un collectif.....	67
4.3.3. Une co-évaluation dans un but collectif.....	70
5. Les conclusions de la recherche .....	72
5.1. Discussion autour des hypothèses .....	72
5.2. La projection professionnelle .....	77
Conclusion .....	82
Liste des références.....	85
Table des matières .....	88





## RESUME

En quoi l'entretien annuel est situé dans un paradoxe entre autonomie et pouvoir ? Dans un contexte hospitalier, ce travail de recherche s'est attaché à répondre à ce questionnement.

Des entretiens auprès de cadres de santé ont permis d'éclairer ce paradoxe. L'autonomie et le pouvoir sont inséparables. Il n'y a pas de marge de manœuvre possible sans pouvoir et le pouvoir se crée dans une zone d'autonomie. Dans l'entretien annuel, il y a trois acteurs : l'institution, le cadre de santé et l'agent. Chacun a un pouvoir. Le pouvoir de l'institution est statutaire, celui du cadre de santé est légitime et l'agent a, lui, un pouvoir invisible. Dans cette approche, le comportement stratégique de chacun, conditionne cette entrevue. Le pouvoir est avant tout une relation, une relation déséquilibrée, certes, mais qui permet une stabilité dans un jeu d'acteurs. C'est un échange négocié. Le pouvoir est une relation nécessaire qui rassure car elle pose un cadre. S'il est accepté et bien utilisé, il n'est alors pas perçu comme péjoratif mais comme un levier de performance.

Le cadre de santé, dans sa position de leader, permet cet échange négocié avec l'agent pendant l'entretien annuel. Pour cela, il doit promouvoir la coopération et la bienveillance dans son management pour une visée individuelle et collective.

### Mots – clefs

Entretien annuel- Pouvoir - Autonomie -  
Acteurs - Collectif