

## **Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité : analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet**

*Article pour la revue Recherche en Soins Infirmiers (2016)*

Healthcare manager and the projects' management of quality improvement: analysis of the managerial action using a professional hands-on training in projects' management.

Pierre-Philippe DUJARDIN - Infirmier, Ph.Dc, Cadre supérieur de santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, CHU de Grenoble, laboratoire TIMC-IMAG / CNRS, Université Grenoble Alpes, France  
Mail : ppdujardin@chu-grenoble.fr                      Tél : 04.76.76.51.27

Thomas REVERDY - Sociologie, Ph.D, Maître de conférences, laboratoire PACTE / CNRS, Université Grenoble Alpes, France

Annick VALETTE - Science de gestion, Ph.D, Maître de conférences, laboratoire CERAG / CNRS, Université Grenoble Alpes, France

Patrice FRANÇOIS - Médecin, Ph.D, Professeur, Unité d'Evaluation Médicale, CHU de Grenoble, laboratoire TIMC-IMAG / CNRS, Université Grenoble Alpes, France

### **Résumé**

Introduction : La gestion de projet est l'une des compétences attendue des cadres de santé (CdS).

Contexte : La littérature explore peu le travail d'amélioration des organisations conduit par le CdS.

Objectifs : Suivre l'implantation d'actions à partir de projets portés par des CdS et analyser les facteurs de réussite.

Méthode : Une recherche-intervention a suivi sur un an 17 projets conduisant à des actions d'amélioration. Des entretiens semi-directifs réalisés auprès des CdS et des équipes, qualifiaient le résultat de chaque action en terme d'amélioration opérationnelle. Une analyse mixte, comportant une régression logistique explorait les associations entre le résultat de l'action et différentes caractéristiques contextuelles.

Résultat : L'étude a porté sur 111 actions dont 71% ont abouti à une amélioration opérationnelle. Les actions organisationnelles et d'accompagnement avaient un taux de réussite élevé, qui diminuait lorsque les aléas n'étaient pas gérés par le CdS.

Discussion : L'étude met en relief les stratégies dans le choix des actions et des méthodes de mise en œuvre. Des préconisations sont formulées pour favoriser une évaluation collective.

Conclusion : Des perspectives scientifiques sont proposées pour explorer le travail d'organisation des CdS.

**Mots-clefs** : Cadre de santé ; Qualité ; Management ; Organisation du travail ; Gestion de projet

### **Abstract**

Introduction: Project management is on the expected proficiencies for head nurses.

**Context:** The work on the organizations' improvement carried out by head nurses, is rarely covered in the literature.

**Objectives:** To follow the implementation of actions from projects led by head nurses and to analyze the parameters of success.

**Method:** For a year, an intervention study has followed 17 projects initiating improvement measures. Semi-structured interviews were conducted with health-care teams and managers. All of them reported the results of the implementation of each measure as an operational improvement. A mixed analysis containing a logistic regression investigated associations between the result of the action and the various contextual characteristics.

**Results:** This study involved 111 actions. 71% of them concluded an operational improvement. The organizational and supporting actions had a high success rate, which decreased when hazards were not managed by healthcare managers.

**Discussion:** This study highlights the place of strategies through the implementing methods and the chosen actions. Recommendations are made in order to promote a collective assessment.

**Conclusion:** Scientific approaches are proposed to discuss the organizational work.

**Keywords:** Head nurse ; Quality ; Management ; Work organization ; Project management

## Introduction

Le cadre de Santé (CdS), manager des organisations de soins, est chargé de missions d'organisation des activités de soins, de gestion de la qualité des soins, de management des équipes, de gestion des ressources humaines et de gestion économique (1). Ces missions l'amènent à conduire des projets soit sous la commande de l'institution (2,3), soit de sa propre initiative pour améliorer le fonctionnement de la structure dont il a la charge (4,5). Le CdS est considéré comme un pivot au cœur de contradictions (6, 7, 8, 9). C'est un pivot opérationnel qui innove au quotidien pour résoudre les situations qui sortent du cadre rationnel (10) dans un environnement cloisonné (11, 12). Mais son rôle dans la fonction de pivot organisationnel n'est pas mis en évidence (2, 3, 10, 11). Comment fait-il pour conduire les projets ? Quel est le résultat de ses actions ?

Le périmètre d'activité étendu du CdS conduit à ce que sa fonction soit qualifiée de floue (13). Contrairement aux autres professions de santé, elle n'est pas réglementée (14). La littérature qui s'intéresse à cette population traduit un paradoxe. D'un côté pour maintenir la cohérence d'ensemble son travail décrit un bricolage permanent (15, 16). Il répond aux sollicitations de tous ses interlocuteurs (10, 16). De l'autre il est aspiré dans une spirale gestionnaire qui le déconnecte des problèmes de terrain (2,6). Il n'est jamais là où on a besoin de lui (12, 17). Il réalise un travail de coordination, de médiation invisible de tous (16), y compris de lui-même (18), qui ne laisse aucune trace, sauf en cas de défaillance (10, 19). Alors que certains le place sous la dépendance de ses subordonnées (16), qu'il se heurterait au pouvoir médical (9), sans soutien formel de sa direction ou de l'institution (10, 20), d'autres considèrent que son rôle est prépondérant dans la conduite du changement (21).

Le projet est un outil de changement et d'innovation dans l'objectif d'une structuration globale, en opposition au cloisonnement organisationnel. Il permet de gérer la complexité et ouvrir le champ des possibles en mettant de côté le déterminisme bureaucratique et l'organisation hiérarchique (22). La conduite de projet dépend de la capacité du chef de projet à animer et coordonner des représentations différentes sur un problème spécifique. L'enjeu est

la capacité à pouvoir dépasser les arguments invoqués par chacun des membres avec l'objectif de trouver un consensus collectif (23). C'est une gestion de paradoxes qui est accentuées dans le monde hospitalier. Les espaces de travail pour confronter les points de vue à partir des expertises professionnelles sont peu fréquents. Les interactions sont opaques et constituent un frein aux approches transversales. Les apprentissages organisationnels ont de la difficulté à se développer (24, 25).

D'un point de vue sociologique, la conduite de projet peut être considérée comme une gestion des interactions entre les différents protagonistes. Strauss illustre la théorie interactionniste à partir du raisonnement clinique (26). Le médecin, en fonction du problème médical du patient, établit un diagnostic et fixe des actions thérapeutiques pour guérir, ou soulager le patient. Une trajectoire est tracée entre le diagnostic initial et l'objectif visé. Mais ces actions, impliquent d'autres acteurs de santé, d'autres services de soins, d'autres structures administratives ou médicales. La difficulté consiste à coordonner ces acteurs. Car entre le diagnostic et l'objectif visé, il existe de multiples sources de perturbation qui viennent contrarier le projet initial : le patient, l'évolution clinique, la disponibilité des acteurs et des structures, l'organisation... Ces perturbations vont conduire le médecin à devoir ajuster ses actions pour tenter de tenir l'objectif initial. Les autres acteurs devront eux aussi ajuster leurs actions pour prendre en compte la demande médicale. Le raisonnement clinique présenté par Strauss est transposable au raisonnement managérial pour conduire un projet. Ainsi l'action se définit comme l'intention ou la réalisation de quelqu'un. Elle traduit une capacité d'agir (27, 28), par opposition à la pensée ou à la parole (29). Elle implique d'autres acteurs dans un principe d'interdépendance, d'interaction et de co-activité (26, 30, 31).

Pour donner au futur CdS les compétences en gestion de projet, l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble Alpes a développé un dispositif pédagogique en partenariat avec les CdS de l'établissement (32). Tous les ans une dizaine de CdS confie à un groupe d'étudiants cadres un problème managérial. Sur le terrain, les étudiants font un travail d'enquête, une analyse et proposent un plan d'action. Le tout est consigné dans un rapport écrit remis au CdS, dans la perspective d'une mise en œuvre. Ce dispositif pédagogique qualifié de Projet Qualité Tutoré (PQT) est utilisé comme instrument d'exploration pour étudier la gestion de projet conduite par les CdS.

L'objectif de l'étude est d'analyser les facteurs de succès et d'échec de ces actions conduites par les CdS en termes d'amélioration opérationnelle, en fonction des caractéristiques des actions, des acteurs impliqués et du contexte de mise en œuvre.

## **Méthode**

### ***Schéma d'étude***

Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle en deux temps. Une première analyse de contenu de données qualitatives issues d'entretien a permis d'identifier des thèmes et des catégories. Ceux-ci ont ensuite fait l'objet d'une analyse quantitative pour établir des tendances en fonction de la réussite ou non des actions. L'étude a été conduite au CHU de Grenoble Alpes, établissement d'environ 2200 lits, composé d'une quinzaine de pôles cliniques et comprenant une population de 150 CdS.

### ***Intervention***

L'étude s'apparente à une recherche-intervention. Dans un premier temps, il est proposé aux cadres de santé diplômés du CHU de Grenoble Alpes de confier à l'IFCS un problème managérial existant, par exemple : collaboration entre les équipes infirmières et aides-

soignantes, traçabilité de l'entretien des locaux, retard en consultation, temps de transmission avec la mise en place des 12 heures... Autant de problèmes récurrents et diversifiés que les CdS souhaitaient régler.

Chaque proposition fait l'objet d'une note de cadrage du PQT, définie et validée entre le CdS et le formateur de l'IFCS : formulation synthétique du problème, présentation du contexte, historique du travail déjà entrepris, identification des ressources en lien avec le problème (documents, personnes référentes...) et objectifs visés.

Les notes de cadrage des PQT, une dizaine par an, est ensuite présentées aux étudiants. Chacun choisit le PQT sur lequel il souhaite travailler, avec la contrainte de constituer des groupes de quatre ou cinq étudiants. Une fois les groupes formés le dispositif pédagogique peut débiter.

Les étudiants ont quatre journées d'immersion dans le service, réparties sur quatre mois de formation. Ils font des observations sur le terrain, étudie la documentation, réalisent des entretiens avec les personnes concernées par le problème. A partir du recueil de données, les étudiants font l'analyse du problème, formulent un diagnostic organisationnel et proposent un plan d'actions d'amélioration spécifique au problème défini. Ce travail est accompagné tout au long de la démarche par trois enseignants : un sociologue en génie industriel, un ingénieur en organisation et méthode et un formateur responsable du dispositif pédagogique. L'intervention des étudiants se termine par la restitution au CdS d'un rapport écrit qui reprend l'ensemble de la démarche (32). La recherche débute à l'issue de l'intervention des étudiants et consiste à suivre la mise en œuvre des plans d'action.

## ***Population***

La population d'étude correspond aux PQT des trois années universitaires 2011 à 2014. Elle implique la participation de 129 étudiants cadres appartenant aux trois filières paramédicales : 113 infirmiers, 11 médico-techniques, cinq rééducateurs. Par principe tous les PQT sont éligibles dans la recherche et suivis pendant un an. Les critères d'exclusion ont été, le refus du CdS de participer à l'étude, ou son départ du service dans l'année de suivi. Sur les trois années d'étude, 28 PQT ont fait l'objet d'un suivi. Aucun CdS n'a refusé de participer à la recherche, mais 11 CdS (39%) ont quitté le service pendant l'année de suivi. L'étude a donc porté sur 17 PQT. Les CdS participants à l'étude appartiennent aux trois filières paramédicales : 11 infirmiers, quatre médico-techniques, deux rééducateurs. En moyenne l'ancienneté dans le diplôme cadre était de 12 ans (écart-type = 9,22) et l'ancienneté dans le service de cinq ans (écart-type = 3,43). La formation cadre a été suivie à l'IFCS de Grenoble pour 11 CdS. Un seul a bénéficié du dispositif pédagogique avant de proposer un PQT.

Les PQT sont des objets complexes et hétérogènes, difficiles à comparer entre eux. L'avantage est qu'ils font l'objet d'un plan d'actions précis. L'option choisie a été d'analyser chaque action pour prendre en compte la diversité. Il fut possible de définir les caractéristiques de chaque action élémentaire. Leur nombre a permis une analyse statistique.

La population d'analyse correspond aux actions proposées par les étudiants ou identifiées par le CdS, en vue de corriger le problème défini. Toutes ces actions ont fait l'objet d'un suivi individualisé jusqu'à la formulation d'un résultat. La notion d'action s'entend sous le registre organisationnel, par opposition à l'action opérationnelle destinée à la gestion quotidienne. L'identification de deux actions s'établit sur la base d'une différence d'objet ou de mise en œuvre. Par exemple une formation se distingue d'un équipement ou d'une procédure.

## ***Outils de recueil de données***

Le recueil de données a été réalisé par des entretiens semi-directifs sur deux périodes. Le premier deux mois après la fin du PQT cherche à qualifier les bénéficiaires de l'expérience et à identifier les perspectives de mise en œuvre d'action. Le second un an après la fin du PQT, examine les réalisations et les résultats des actions et du PQT.

Pour améliorer la validité des discours des acteurs les données ont été triangulées. A chaque période les CdS et des représentants de l'équipe ont été enquêtés de façon indépendante. Les entretiens avec les CdS ont été individuels et réalisés à l'IFCS. Ceux auprès des représentants de l'équipe furent collectifs, conduits dans le service, avec les professionnels volontaires et disponibles, après accord du CdS. Dans la population concernée par les PQT nous retrouvons : agent des services hospitaliers, manipulateur en électroradiologie, infirmier ou infirmier spécialisé, aide-soignante ou auxiliaire de puériculture, technicien de laboratoire, secrétaire, kinésithérapeute ... Deux CdS ont exprimé le refus de pouvoir rencontrer les professionnels. Pour les autres, les rencontres furent programmées par les CdS. Huit entretiens (quatre à deux mois et quatre à un an), n'ont pu être programmés malgré deux relances auprès des CdS. Le nombre de professionnels participant aux entretiens était compris entre une et 11 personnes (moyenne = 3,72, écart-type = 2,67).

Les entretiens ont été enregistrés après obtention de l'autorisation des participants. La retranscription était complète pour les entretiens auprès des CdS. Elle ne concernait que les parties en lien avec la mise en œuvre et le résultat des actions pour les entretiens auprès des professionnels.

Au total 56 entretiens ont été réalisés auprès de 17 CdS et 82 professionnels représentants des équipes, soit 82 heures d'entretien.

## ***Définition des variables***

### ***Critère de jugement***

La variable à expliquer était bimodale, soit une réussite quand l'action avait produit une amélioration opérationnelle sur le problème identifié initialement par le CdS, soit un échec quand l'action n'avait pas permis une amélioration de la situation (Tableau 1). Le résultat a été qualifié de façon indépendante par le CdS et les représentants de l'équipe. Il était demandé d'argumenter le jugement d'un point de vue opérationnel, c'est-à-dire à partir des situations concrètes qui permettaient de formuler le résultat.

### ***Variables explicatives***

A partir du courant interactionniste (26), 12 thèmes (ou variables) en relation avec la conduite de l'action ont été identifiés à partir de l'analyse de contenu des entretiens, pour expliquer le résultat des actions. Les thèmes définis révélaient le contexte et les conditions de mise en œuvre des actions. Ces variables se répartissaient en trois catégories d'investigation en fonction des caractéristiques de l'action, des acteurs impliqués et du contexte de mise en œuvre (Tableau 1).

Les caractéristiques de l'action ont été définies par trois variables. 1) La nature de l'action comportait trois modalités : « accompagnement » des professionnels ; « organisation » des processus ; « équipement » en moyens matériels ou humains. 2) Le périmètre de l'action identifiait le rayon d'action « interne » ou « externe » au champ de responsabilité du CdS. Le périmètre se définissait à partir des missions institutionnelles confiées au CdS. 3) La focale de l'action était « ciblée » sur le problème défini, ou plus « générale » à l'environnement de travail.

Les caractéristiques des acteurs ont été illustrées par trois autres variables. 4) Les acteurs de la négociation étaient les « personnels non-médicaux » versus les « autres » acteurs institutionnels. 5) L'arbitre de la mise en œuvre de l'action était le « CdS » versus les « autres » acteurs institutionnels. La variable cherchait à identifier le pouvoir d'influence sur la conduite de l'action. 6) Le nombre de personnes concernées par l'action était « moins de 20 » ou « plus de 20 ». Ces catégories étaient définies à partir de la médiane de la taille des équipes.

Les caractéristiques du contexte de mise en œuvre ont été qualifiées par six autres variables. 7) L'initiateur de l'action (33) était le « groupe étudiants » ou le « CdS ». 8) L'engagement du CdS (34) dans la mise en œuvre de l'action était « actif » ou « passif ». L'engagement correspondait au suivi de la mise en œuvre, à l'accompagnement de l'action pour son implantation. 9) Le sentiment d'engagement des acteurs (29) était « positif » ou « négatif » en fonction de l'interprétation subjective du CdS concernant la volonté ou la résistance de l'équipe dans la conduite de l'action. 10) Les conditions de mise en œuvre (26) étaient « favorables » ou « turbulentes », en fonction des perspectives et des marges de manœuvre identifiées par le CdS. 11) La gestion des aléas se caractérisait par deux alternatives : « tenir » la trajectoire de l'action pour corriger les déviations (26), ou « laisser-faire » quand le CdS acceptait que la trajectoire soit modifiée. Une troisième modalité, « fluide », qualifiait les situations où le CdS n'exprimait pas d'aléas dans la conduite de l'action. 12) L'ajustement s'établissait « à l'action » lorsqu'il y a convergence au travail prescrit (35), ou « aux acteurs » quand la pratique professionnelle et le travail réel étaient les principes organisateurs (36).

## **Analyse**

Le codage du matériau a été réalisé à l'aide du logiciel N-vivo 9, à partir de trois grands thèmes : posture managériale ; expérience en gestion de projet ; conduite du PQT par étapes et par action jusqu'à la formulation du résultat. Le codage des actions a été effectué à partir des variables issues du cadre théorique interactionniste défini précédemment.

Les données qualitatives ont été analysées selon une méthode quantitative (37) pour transformer les discours en un tableau de données statistiques. A la première étape, les *verbatim* de chaque action ont été placés dans une grille correspondant aux thèmes définis. La deuxième étape consistait à qualifier, pour chaque thème, une modalité qui synthétisait les *verbatim*. A la troisième étape les modalités étaient retranscrites dans un tableau à double entrée, croisant les actions et les variables. La quatrième et dernière étape consistait à harmoniser le tableau de données et réduire à deux ou trois modalités les qualificatifs utilisés pour chaque variable. Cette opération de synthèse de l'information a été réalisée par aller-retour successif entre les *verbatim* et les modalités utilisées.

Le tableau de données a été exploité à l'aide du logiciel Stata 12. Une première analyse consistait à identifier pour chaque action la concordance des avis du CdS et des représentants de l'équipe, sur le critère de jugement, à l'aide de l'indice de Kappa. L'analyse statistique principale cherchait à identifier les facteurs associés au résultat exprimé par les CdS. Elle se décomposait en une première analyse univariée qui calculait les Odds-Ratio (OR) pour chaque facteur de façon indépendante. Les facteurs significatifs ( $\alpha = 5\%$ ) étaient ensuite introduits dans une analyse multivariée et le calcul d'Odds-Ratio ajusté (ORa) était calculé. Une régression logistique, modèle ordonné à l'origine aléatoire, a été utilisée pour prendre en compte la dépendance des actions au PQT.

## Résultats

L'étude a porté 181 propositions d'action (Figure 1) identifiées par les étudiants ou les CdS. 32 actions proposées par les étudiants n'ont pas été validées par les CdS, soit parce que ces actions avaient déjà été testées avec ou sans résultat, soit parce que l'investissement économique ou managérial était jugé trop important par rapport au bénéfice escompté, soit parce qu'elles ne correspondaient pas aux conceptions du CdS ou de l'équipe.

Pendant l'année de suivi 16 actions ont été abandonnées par les CdS, soit liées à une évolution du contexte qui rendait l'action obsolète, soit parce que l'action était jugée accessoire compte-tenu de l'évolution du problème, soit parce que le CdS n'identifiait pas une marge de manœuvre suffisante pour tenter le déploiement.

Après l'année de suivi des PQT, 22 actions étaient en cours de mise en œuvre et les CdS ne pouvaient se prononcer sur le résultat produit par ces actions.

Au final les CdS ont exprimé formellement un résultat sous la forme d'une amélioration opérationnelle, pour 111 actions.

### ***Concordance des avis entre CdS et équipe***

Par rapport aux 111 actions mises en œuvre par les CdS et évaluées, les représentants de l'équipe ont exprimé un avis pour 64 actions. Pour les autres, le résultat n'a pas été recueilli, soit parce que les équipes n'ont pas été rencontrées, soit parce que l'action n'a pas été évoquée par les représentants de l'équipe pendant les entretiens.

Les avis des CdS et des représentants l'équipe sur le critère de jugement était convergeant dans 80% des actions (Tableau 2), avec un coefficient de concordance modérée (Kappa=0,45).

### ***Facteurs liés au résultat des actions par les CdS***

Sur les 111 actions étudiées, les CdS ont considéré qu'il y avait une amélioration opérationnelle dans 71% (Tableau 3). Pour les facteurs en lien avec les caractéristiques de l'action, 63% portaient sur l'organisation (70 actions), et 70% avec une focale générale qui dépassait le problème proprement dit (78 actions). Les actions concernaient autant le périmètre interne au champ de responsabilité du CdS (54 actions) que le périmètre externe (57 actions). L'analyse univariée a montré que l'amélioration opérationnelle était significativement plus fréquente pour des actions de nature à toucher l'accompagnement des équipes (OR=8,43) ou en lien avec l'organisation (OR=4,94).

Pour les caractéristiques des acteurs, la négociation a concerné autant les personnels non-médicaux (53 actions) que les autres acteurs institutionnels (58 actions) : hiérarchie soignante, médicale ou administrative. Les CdS ont été en position d'arbitrage dans 34% (38 actions). Les actions concernaient pour 64% des groupes professionnels de moins de 20 personnes (71 actions). L'analyse univariée a montré une l'amélioration opérationnelle significativement plus fréquente quand la négociation concernait les personnels non-médicaux (OR=3,03), avec le CdS comme arbitre de la mise en œuvre de l'action (OR=4,16).

Les caractéristiques du contexte ont montré que les CdS portaient presque autant d'action à leur initiative (51 actions) que sur proposition des groupes étudiants (60 actions). Pour 86% des actions mises en œuvre les CdS manifestaient un engagement actif (95 actions). Pour 90% ils avaient le sentiment que les acteurs étaient dans une dynamique positive (100 actions). Les conditions de mise en œuvre étaient jugées favorables dans 56% (62 actions), avec une gestion fluide des aléas dans 50% (56 actions). Pour la gestion des aléas, les CdS ont

laissé faire dans 31% (34 actions) et ont cherché à tenir la trajectoire dans 19% (21 actions). L'ajustement s'établissait presque autant à l'action (61 actions) qu'aux acteurs (50 actions). L'analyse univariée a montré un succès de l'action significativement moins fréquent quand le CdS identifiait un sentiment d'engagement négatif des acteurs (OR=0,16), quand les conditions de mise en œuvre étaient turbulentes (OR=0,18), quand le CdS avait une gestion des aléas qui correspondait à un « laisser-faire » (OR=0,05), quand l'ajustement de l'action s'établissait aux acteurs (OR=0,24), c'est-à-dire en référence à la pratique plutôt qu'au respect de la règle.

Au total, l'analyse univariée montrait des associations significatives pour sept des 12 facteurs analysés.

Après ajustement sur les variables significatives dans l'analyse univariée, l'analyse multivariée retenait que l'amélioration opérationnelle était significativement associée à deux variables : la nature de l'action et la gestion des aléas (Tableau 3). Le succès était plus fréquent pour les actions qui concernaient l'accompagnement des équipes (ORa=9,87) ou l'organisation (ORa=6,42). Le succès était moins fréquente quand il y avait un « laisser-faire » du CdS dans la gestion des aléas (ORa=0,04).

## Discussion

### *Principal résultat*

Cette étude montre que les CdS considéraient une amélioration opérationnelle pour 71% des actions identifiées dans les PQT. Elle confirme et mesure le rôle prépondérant des CdS dans la conduite du changement (21). Ce résultat peut être considéré comme un niveau de réussite élevé compte tenu de la complexité des organisations hospitalières (10) dans un environnement cloisonné (11, 12) aux enjeux professionnels forts (9, 10, 20, 38). Au-delà du travail incessant de coordination opérationnelle (15, 16), malgré la spirale gestionnaire dans laquelle ils sont pris (2, 6), les CdS conduisent des actions d'amélioration des organisations de soins au plus près du terrain (4).

Le succès de l'action dépend principalement de la nature de l'action et de la manière dont le CdS gère les aléas. Le résultat est amélioré lorsqu'il y a une convergence entre les acteurs impliqués dans l'action. La mise en œuvre est qualifiée de fluide, c'est-à-dire que les éventuels aléas ne sont pas identifiés comme des résistances. Le sentiment préalable du CdS à l'engagement positif des acteurs s'est vérifié. Les conditions de mise en œuvre sont favorables (Figure 2). Il est difficile pour les CdS et les équipes d'argumenter les motifs de cette fluidité. Les événements, les négociations, sont présentés comme allant de soi, autour d'un objectif identique entre les acteurs, qu'il soit ou non discuté collectivement. La monographie d'un PQT illustre cette fluidité. La mission du service X est transversale. Des professionnels accompagnent les patients handicapés en consultation médicale. Ils ont un planning de travail établi sur les horaires de consultation des personnes qu'ils accompagnent. Un retard sur une consultation a une incidence sur le planning de l'accompagnant. Les retards est récurrents et parfois très importants dans un secteur de consultation. Le CdS du service X, dont dépendent les professionnels accompagnants, a déjà cherché à rentrer en relation avec le CdS de consultation, pour tenter de corriger le dysfonctionnement. Cette démarche est restée vaine. Il ressort du PQT que le secteur de consultation n'identifie pas les accompagnants comme des professionnels. La procédure institutionnelle est méconnue en consultation et non utilisée par les professionnels. Des actions sont développées pour structurer et communiquer sur cette organisation : révision de la procédure institutionnelle, tenue et badge professionnel, plaquette de présentation du service X. Avant même la mise en œuvre de ces actions les deux CdS se



sont rencontrés. Le CdS de consultation a pris conscience des répercussions des retards en consultation sur l'organisation du service X. Très rapidement, le CdS du service ne constatait plus de retard. Pour lui la résolution du problème s'est faite « tout naturellement ».

Lorsque cette fluidité n'est pas retrouvée dans la mise en œuvre de l'action, deux attitudes ont été identifiées.

Le CdS cherche à « tenir » l'objectif, à faire preuve d'autorité en appuyant sur la règle qui soutient l'action (25, 35). Fort de ces appuis, il cherche à modifier l'équilibre produit par les routines existantes. Il dénonce les justifications subjectives qui écartent la mise en œuvre de l'action de sa trajectoire. Il arbitre les changements organisationnels et de pratiques. En fonction de l'opposition des acteurs, il peut le cas échéant faire preuve de pugnacité dans un engagement sans limite affiché jusqu'à ce que l'objectif soit atteint. Le CdS a bien conscience que la prescription d'une organisation formelle ne suffit pas. Il faut aussi du contrôle et le cas échéant corriger les déviations de trajectoire. Pour conduire ces actions, le CdS doit donner de sa personne face aux adversités de toutes natures (Figure 2). Par exemple, suite au regroupement des laboratoires d'analyses médicales dans un nouveau bâtiment, le secteur s'est équipé d'une réception centralisée et d'un pneumatique en relation avec les unités d'hospitalisation. Les flux importants d'examen ne sont pas hiérarchisés pour prendre en compte les priorités liées à l'urgence ou aux conditions de conservation. Pour pallier ce problème, le CdS déploie plusieurs actions : former le personnel à la réception, protocoliser les pratiques, formaliser les fiches de poste, communiquer avec les services de soins pour identifier les prélèvements selon le degré de priorité. La mise en œuvre est qualifiée de fluide par le CdS, sauf pour deux actions : la gestion des pauses en dehors des pics d'activité et le respect d'une affectation des professionnels sur les postes de travail. Sur ces deux points le CdS doit régulièrement rappeler l'organisation établie, jusqu'à interdire les pauses entre 9 heures et 10 heures, moment où l'activité est la plus importante. Il contrôle et corrige les pratiques des professionnels qui cherchent à travailler en binômes, au détriment de la sécurité. Au final le CdS obtient gain de cause. L'organisation mise en place est conforme à ce qui avait été défini. Quant à l'équipe, elle reconnaît les bénéfices de cette nouvelle organisation sur la gestion des flux d'examen.

Si le CdS n'identifie pas un appui formel, il adopte une attitude de « laisser-faire ». Il fait preuve de patience et attend l'opportunité qui lui permettrait de porter son action. Il veille à l'évolution du milieu pour agir et avancer dans la mise en œuvre de son projet (Figure 2). Cependant cette attente peut être longue et d'une durée supérieure à l'année de suivi des PQT. Cette difficulté conduit à statuer à un échec de l'action. Aucune amélioration opérationnelle ne peut être constatée, il aurait fallu plus de temps pour l'évolution du contexte. La temporalité d'une année de suivi constitue en tant que telle une limite à l'étude. Une troisième monographie de PQT traduit cette attente d'opportunité. Un CdS est responsable du secteur de consultations spécialisées en progression d'activité de 4% par an. Les locaux sont sous-dimensionnés par rapport à l'activité, ce qui pose des problèmes de confidentialité. Le CdS vise l'agrandissement du secteur en récupérant des locaux disponibles à proximité. Il a déjà projeté une réorganisation des activités et des flux de patients sauf que, dans le contexte du pôle, la situation est bloquée. Le directeur référent projette de réduire le nombre de lit d'hospitalisation dans la discipline. Le chef de pôle ne l'entend pas ainsi. Le CdS a conscience que son projet peut devenir l'enjeu d'une réorganisation complète au niveau du pôle. Il se sent contraint de jouer la carte de la loyauté (39) et de la solidarité à la clinique médicale. Il attend l'opportunité d'un contexte polaire plus favorable qui n'arrivera pas dans l'année de suivi du PQT.

Le périmètre de responsabilité du CdS et le nombre d'acteurs concernés par l'action ne sont pas des freins au succès de l'action, à condition que ses partenaires soient des personnels non-médicaux (9, 11, 12). L'engagement du CdS et des équipes sont fortement positifs. Mais le CdS se heurte à d'autres logiques qu'à celle du soin (9, 10, 20, 40). La difficulté à conduire des actions d'équipement est une illustration significative de la divergence avec les logiques administratives.

Cette étude permet d'explorer la capacité d'action du CdS dans la conduite du changement. Cette capacité d'action se retrouvait également dans la sélection des actions que les CdS décident de conduire. Sauf injonction d'une autorité supérieure, le CdS valide et conduit les actions dont la réussite est envisageable. Il évite de se lancer dans des projets trop coûteux, soit financièrement, soit parce qu'ils vont contre ses principes ou ceux de l'équipe. Sa connaissance du milieu et des jeux d'acteurs lui permet d'identifier avec anticipation les appuis et les limites qu'il va rencontrer dans le déploiement de l'action.

### ***Focus sur les discordances de résultats entre CdS et équipe : la validité des résultats***

La concordance des avis sur la réussite des actions, entre le CdS et les représentants de l'équipe, est qualifiée de modérée. Les motifs de désaccords permettent de compléter l'analyse et de relativiser ce résultat.

Pour cinq actions l'amélioration opérationnelle est exprimée par l'équipe et pas par le CdS (Tableau 2). Ces divergences correspondent à une différence d'exigence. Par exemple pour le projet d'amélioration de la fluidité dans un secteur d'urgence, une des actions consiste à instaurer une consultation simultanée entre l'externe et l'interne en médecine. Pour le CdS l'impact de l'action est jugé insuffisant, la pratique n'étant pas systématique. De son côté, l'équipe considère que les conditions d'organisation se sont nettement améliorées par rapport à la situation initiale, même si de temps en temps certaines difficultés persistent. Cet exemple est représentatif de ces situations de discordance. Dans ces situations même si le problème est partagé par le CdS et l'équipe il n'a pas fait l'objet de discussions collectives (2, 3, 10, 11). En conséquence, pour reprendre le cadre d'analyse interactionniste, chacun détermine sa trajectoire entre son diagnostic du problème et l'objectif à atteindre (26). Comme constaté ici, chacun définit un niveau d'exigence d'organisation ou de qualité (25) en fonction de ses valeurs, de sa conception du soin ou de l'organisation, de sa position dans l'organisation et l'impact de l'action sur son activité.

Pour huit actions l'amélioration opérationnelle exprimée par le CdS et pas par l'équipe correspond à deux principes différents. Le premier motif de discordance concerne une différence d'objectif et d'enjeux sur le bénéfice de l'action (trois actions). Ces actions ont fait l'objet de discussions collectives. Elles touchent directement le personnel : harmonisation des horaires de travail, mobilité du personnel. Les CdS identifient une simplification de l'organisation des activités. Les équipes voient réduire leurs marges de manœuvre, sans un bénéfice identifié. Le second motif de discordance s'apparente à un défaut de suivi et de jugement des CdS (cinq actions). Par exemple, pour améliorer la prise en charge des patients, une action consiste à harmoniser la prise de rendez-vous et les informations données au patient par les secrétaires. Pour le CdS, l'identification de l'action et sa formulation à l'équipe est synonyme de mise en œuvre. Il pense que l'harmonisation des pratiques va s'organiser naturellement. De son côté, l'équipe identifie bien les différences individuelles et les écarts par rapport à l'attendu du CdS. Chaque secrétaire respecte les pratiques de ses collègues, sans intention de modifier les siennes. Le personnel reconnaît le problème dans la prise de rendez-vous pour ces examens. La situation reste inchangée, alors que pour le CdS le problème est

réglé. Pour ces cinq actions, d'une façon plus ou moins importante, la réalité échappe au CdS. Systématiquement l'équipe est persuadée que le CdS connaît ces difficultés. Elle n'alerte pas - ou plus- le CdS sur les problèmes rencontrés.

Au final l'erreur de jugement concerne cinq actions. Ces résultats permettent de valider l'objectivité des résultats exprimés par les CdS. Ces derniers ont une bonne connaissance du niveau d'organisation de leur service et du résultat. Même s'ils sont pris dans une logique gestionnaire (2, 3) qui les éloignent du terrain professionnel, ils sont pertinents dans leur fonction d'évaluation des organisations de soins. Pour les huit autres actions la non-concordance de résultat entre le CdS et l'équipe s'explique par la position différente des acteurs dans l'organisation et au final une trajectoire différente. Soit les enjeux conduisent à des orientations de trajectoires divergentes. Soit l'orientation est similaire, mais l'objectif fixé à des niveaux différents.

### ***Limites de l'étude***

L'étude permet d'explorer le travail d'organisation conduit par les CdS. Toutefois, ces résultats ne peuvent se généraliser au contexte professionnel standard. La méthodologie de l'étude, adossée à un dispositif pédagogique, identifie deux axes de travail à partir des mêmes données. Le premier, présenté ici, explore la capacité d'action des CdS dans la conduite de projet. Le second concerne l'impact du groupe étudiants introduit dans l'unité pour travailler le projet. Cet axe de travail fera l'objet d'une étude ultérieure. Trois effets sont mis en discussion.

Le premier concerne la représentativité de l'échantillon. Etre volontaire pour confier un problème à un tiers, en l'occurrence un groupe d'étudiants, est une démarche singulière. Les CdS font preuve de transparence de fonctionnement, d'une capacité de remise en question de leur organisation et aussi d'eux-mêmes. Ils témoignent une confiance à l'IFCS, partenaire de formation. Mais la participation au dispositif pédagogique de plus de 60 CdS différents depuis 2009, soit 40% de la population de l'établissement, tend à limiter ce biais de sélection.

Le deuxième s'intéresse à l'effet du groupe étudiants et du dispositif de recherche. Il n'a pas été mis en évidence une différence de résultat en fonction de l'initiateur de l'action. Pour autant l'impact de tiers (33) est à considérer en faveur d'une amélioration des résultats. Pour les professionnels, l'enquête de cinq étudiants sur un problème spécifique était suffisamment originale pour que le PQT marque les esprits et qu'il constitue un fil directeur. Il en est de même pour le CdS. Le travail produit par le groupe d'étudiants et les entretiens de suivi constituaient des aides à la résolution de problème. Avec plus ou moins de distance, le plan d'action était utilisé comme un guide qui relançait le CdS dans la réflexion sur le problème, et dans la dynamique de mise en œuvre. De plus, le CdS et l'équipe avaient conscience de participer à une intervention. Il est possible qu'une considération spécifique est été portée au PQT et aux actions mises en œuvre avec un effet Hawthorne (41).

Le dernier s'intéresse à l'implication du chercheur dans toutes les étapes, de l'identification du projet pour la démarche pédagogique jusqu'au suivi dans une démarche scientifique. Elle donne l'avantage d'une continuité et d'une connaissance fine des PQT. Elle constitue aussi une limite liée à la proximité avec l'objet de recherche qui forme de potentiels biais d'observation et de classement.

### ***Mise en perspective***

Cette étude offre malgré tout plusieurs intérêts. L'étude explore le travail d'organisation conduit par le CdS. Elle montre la capacité d'action des CdS pour conduire le changement (21) et complète les connaissances sur la fonction sans remettre en question les analyses antérieures. Les CdS interrogés confirmaient la dérive gestionnaire qui les éloigne du terrain

et de leur mission de cadre de proximité (2). Ils confirmaient leur travail d'articulation opérationnelle incessant à gérer les problèmes de toutes natures (10). Ils confirmaient également le cloisonnement des logiques et les contradictions avec lesquelles ils doivent composer (5, 12, 16, 18, 39, 42). Mais dans ce contexte bien décrit y compris sous l'angle de la gestion hospitalière (43) et des politiques publiques (44), le CdS prend de la distance pour conduire des projets d'amélioration des organisations en lien étroit avec les problématiques de terrain rencontrées par les professionnels. Il conserve une connaissance fine de l'organisation de son secteur d'activité (approche microscopique), de l'environnement de travail (approche mésoscopique) et de l'organisation institutionnelle (approche macroscopique). Il s'adapte au contexte et à l'environnement pour agir sur l'organisation et mener à bien son entreprise.

Sur le plan managérial, deux éléments sont mis en lumière. A un premier niveau l'étude tend à montrer que le CdS est autonome (45). Il ne subit pas complètement les contraintes d'un environnement bureaucratique cloisonné (11, 12). Il a une certaine liberté pour sélectionner les actions qu'il compte développer selon sa propre vision. Il choisit la trajectoire de résolution du problème (25). A un second niveau, dans la conduite du changement, le CdS adopte un rôle de traducteur (46). Il analyse en premier lieu la place de l'action dans l'environnement de travail, face aux acteurs impliqués, à la relation entre ces acteurs et à l'organisation existante. Deux attitudes semblent se distinguer. Soit il a le temps et l'autonomie pour fabriquer un environnement favorable préalablement à son action. Soit, au contraire, il est sous pression d'une injonction institutionnelle. Dans ce cas il a besoin d'une règle pour porter son action (25) et tenir la trajectoire face aux résistances des acteurs.

### ***Recommandations professionnelles***

La confrontation croisée des résultats entre les CdS et les représentations de l'équipe permet d'identifier une lacune en terme de discussions collectives (11) et une demande explicite des équipes (3). Pour se prononcer sur le bénéfice d'une action, les CdS comme les professionnels s'appuyaient prioritairement sur des situations observées ou vécues, points d'entrées pour formuler le résultat de l'action. Il s'agissait de jugements personnels. L'entretien avec les professionnels était l'occasion d'échanger les points de vues, de confronter les expériences et au final se mettre d'accord sur une formulation collective du résultat. Pour les CdS cette démarche restait dans une dimension personnelle. Plusieurs CdS reconnaissaient ne pas échanger, ni communiquer sur ces résultats avec leurs équipes. Ils invoquaient que les équipes étaient en capacité de juger l'évolution des situations, alors que les équipes exprimaient leur souhait de connaître la position du CdS sur ces résultats. D'une façon générale, les équipes attendent un retour de l'encadrement pour clarifier leur position face au résultat attendu (47). Privilégier une gestion collective aurait plusieurs avantages :

- Reconnaître l'engagement et les efforts des équipes pour les changements réalisés qui peuvent être coûteux, au moins initialement, quant il faut quitter ses routines.
- Partager les jugements et les situations pour améliorer la concordance entre le CdS et l'équipe. Ceci éviterait les erreurs de jugement dans une démarche d'amélioration continue des processus.
- Développer les apprentissages organisationnels à partir de cette mise en commun qui fédère les collectifs de travail.
- Permettre de se féliciter pour les succès et identifier le travail qu'il reste à faire.

Il s'agit de leviers motivationnels que le CdS peut actionner à partir de la conduite du changement. Il ne s'agit pas d'établir une évaluation par des outils lourds et contraignants, mais par la relation entre les membres de l'équipe (3). Nous avons rencontré des CdS qui

profitent des temps collectifs institués (transmission, animation à intervalle court, réunion) pour faire un point d'étape, coordonner les points de vue et animer le collectif de travail.

### ***Perspectives de travail***

L'analyse quantitative traitée dans cet article permet d'identifier les facteurs qui influencent le résultat des actions portées par les CdS et la concordance avec les équipes. Pour autant la méthode ne permet pas de toucher spécifiquement au travail de coordination effectué par des cadres. Quelles sont les méthodes employées ? Dans quels espaces se réalise la coordination pour conduire le changement ? Avec quels interlocuteurs ? Grosjean et Lacoste (11) ont été parmi les premiers à montrer que les espaces de collaboration collective étaient peu développés dans les organisations hospitalières. Les auteurs qui ont suivi (2, 3, 10, 20) ne remettent pas en causes ce résultat. Ils pointent les conséquences de cette lacune en terme de soutien aux équipes (2, 3) et de cloisonnement (9, 11, 12, 16) sans pour autant expliquer comment les changements peuvent se diffuser dans les pratiques professionnelles et organisationnelles (43).

La perspective de travail est de compléter l'exploitation du matériau par une analyse qualitative à partir des monographies de projet. Cette approche plus dynamique à l'échelle des PQT complétera les résultats et permettra de répondre aux questions posées.

### **Conclusion**

Cette étude apporte des connaissances sur la capacité d'action des CdS en montrant qu'ils sont des artisans de l'amélioration des organisations. Artisans, parce qu'ils réalisent une production au cas par cas. Ils adaptent leur stratégie au contexte et aux acteurs pour conduire le projet qu'ils ont défini. Mais les CdS sont en tension en devant gérer des activités de toutes natures : projets institutionnels, gestion administrative, coordination opérationnelle et projets de l'unité. Les CdS font au mieux avec le temps imparti. Ils tentent aussi de prendre en considération le rythme des équipes dans la conduite du changement en conjuguant subtilement fermeté, écoute et accompagnement, tout en privilégiant la qualité des soins à la quantité et en cherchant à éviter l'épuisement de leur équipe.

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier les 28 cadres de santé et les professionnels, qui ont accepté de concourir à ce projet de recherche, en confiant un problème d'organisation et en jouant la transparence.

La considération va également aux étudiants de l'IFCS du CHU de Grenoble qui, par leur travail de qualité, ont permis aux CdS de résoudre des problèmes récurrents rencontrés par les équipes et de rendre possible cette recherche.

Enfin nous remercions Monsieur le Professeur José Labarere, médecin de Santé Publique, pour son aide et ses explications dans l'utilisation du modèle statistique.

### **Financement**

Ce projet a été financé par le Ministère de la Santé dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédical (PHRIP 2011, n°26)

### **Conflits d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références bibliographiques

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie. Fonction Publique Hospitalière. Fiche métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales : Code métier : 05U20 [Internet]. [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>
2. Detchessahar M, Grevin A. Un organisme de santé... malade de « gestionniste ». Ann Mines-Gérer Compr. 2009 Dec;(98):27-37.
3. Grevin A. Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail: l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de « gestionniste » [Thèse de sciences de gestion]. Nantes : université de Nantes; 2011
4. Nobre T. L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? Rev Fr Gest. 2013 Aug;39(235):113-27.
5. Divay S, Gadea C. Les cadres de santé face à la logique managériale. Rev Fr Adm Publique. 2008 Dec;(128):677-87.
6. Dumas M, Ruiller C. Quelles compétences pour le cadre de santé de demain? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain: un métier à « panser ». 22ème congrès de l'AGRHI, Marrakech; 2011 [cité 19 avril 2016]. Disponible sur: <http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2011dumas-ruiller.pdf>
7. Rivière A, Commeiras N, Loubes A. Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. J Gest Déconomie Médicales. 2013 Jul-Aug;(31):142-62.
8. De Singly C. Rapport de la mission Cadres Hospitaliers [Internet]. 2009 Sep [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf)
9. Langlois E. Du bon usage de la relation chez les cadres. In: Sainsaulieu I. Les cadres hospitaliers: représentations et pratiques. Lamarre; 2008. p. 126-32. (Fonction cadre de santé)
10. Bourret P. Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible. Paris: Seli Arslan; 2006.
11. Grosjean M, Lacoste M. Communication et intelligence collective: le travail à l'hôpital. Presses Universitaires de France; 1999. (Le travail humain)
12. Véga A. Les risques d'incommunicabilité entre le cadre et son équipe. In: Sainsaulieu I. Les Cadres hospitaliers : représentations et pratiques. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2008. p. 163-99. (Fonction cadre de santé)
13. Jounin N, Wolff L. Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé [En ligne]. Centre d'études de l'emploi. 2006 Oct [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: [http://whitedinner.lu/sites/default/files/webfm/publications/rapportsderecherche/32-fonctions\\_statuts\\_hierarchie\\_sante.pdf](http://whitedinner.lu/sites/default/files/webfm/publications/rapportsderecherche/32-fonctions_statuts_hierarchie_sante.pdf)
14. Hénart L, Berland Y, Cadet D, Verrier B, Fery-Lemonnier E. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux

- métiers : des pistes pour avancer [Internet]. 2011 Jan [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_relatif\\_aux\\_metiers\\_en\\_sante\\_de\\_niveau\\_intermediaire\\_-\\_Professionnels\\_d\\_aujourd\\_hui\\_et\\_nouveaux\\_metiers\\_-\\_des\\_pistes\\_pour\\_avancer.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf)
15. Mispelblom-Beyer F. Encadrer, un métier impossible ? 2ème éd. Paris: Armand Colin; 2010.
  16. Coulon R. Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers. Cahier de recherche du FARGO [En ligne]. 2010 Apr. [cité 11 mai 2016]; (1100401):1-26. Disponible sur: <http://leg.u-bourgogne.fr/wp/1100401.pdf>
  17. Sainsaulieu I. Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Rev Fr Adm Publique. 2008 Dec;(128):665-75.
  18. Coulon R. Le cadre de santé comme interface RH. Cahier de recherche du FARGO [En ligne]. 2012 Jun [cité 11 mai 2016]; (1120601):1-15. Disponible sur: <http://leg.u-bourgogne.fr/wp/1120601.pdf>
  19. Bourret P. Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. Rev Fr Adm Publique. 2008 Dec;(128):729-40.
  20. Lépine V. La reconnaissance comme condition de la collaboration au sein des unités de soins : les cadres de santé entre intuition et raison. In: Bourgeon D. Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, une position difficile entre soin et management. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre; 2012. p. 121-37. (Fonction Cadre de santé)
  21. Laude L. Cadres hospitalier : faire face aux contradictions. In De Singly C. Rapport de la mission Cadres Hospitaliers - Tome 2 Les annexes [En ligne] 2009 Sep [cité 11 mai 2016]:87-93. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly\\_tome2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome2.pdf)
  22. Boutinet JP. Anthropologie du projet. Paris: Presses Universitaires de France; 1996.
  23. Midler C. L'auto qui n'existait pas: management des projets et transformation de l'entreprise. Paris: Dunod; 2004. (Stratégie et management)
  24. Charue-Duboc F, Midler C. L'activité d'ingénierie et le modèle de projet concourant. Sociol Trav. 2002;44(3):401-17.
  25. Herreros G, Milly B. La qualité à l'hôpital, un regard sociologique. Paris: Editions L'Harmattan; 2011. (Conception et Dynamique des Organisations)
  26. Strauss AL. La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: Editions L'Harmattan; 1992. (Logiques sociales)
  27. Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Paris: Presses Universitaires de France; 2008. (Le travail humain)
  28. Le Bossé Y. De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. Nouv Prat Soc. 2003 Oct;16(2):30-51.
  29. Rabardel P. Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. Dans: Teulier R, Lorino P. Entre connaissance et organisation: l'activité collective. Paris: La Découverte; 2005. p. 251-65. (Recherche).

30. Seferdjeli L, Terraneo F. Comprendre le travail de soins à l'hôpital. *Rech Soins Infirm.* 2015 Mar;1(120):6-22.
31. Everaere C. Autonomie et collectifs de travail. ANACT; 1999. (Points de repère)
32. Dujardin PP, Raynal V, Molinaro A, Vissac C, Capron D, Cholez C. Conduite de changement pour préparer l'avenir. *Soins Cadres.* 2009 Aug;20(79):38-40.
33. Xhaufclair V. Apprentissage collectif et réflexivité systémique : le rôle des acteurs tiers dans la structuration des méta-organisations. *Rev Interv Économiques [Internet].* 2013 Nov [cité 11 mai 2016];(48). Disponible sur: <http://interventionseconomiques.revues.org/2110>
34. Péoc'h N, Ceaux C. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... *Rech Soins Infirm.* 2012 Mar;1(108):53-66.
35. Blumer H. *Symbolic interactionism: Perspective and method.* Univ of California Press; 1986.
36. Becker H. *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance.* Paris: Métailié; 2012.
37. Chi MT. Quantifying qualitative analyses of verbal data: A practical guide. *J Learn Sci.* 1997 Jul;6(3):271-315.
38. Sainsaulieu I. Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime. In: Sainsaulieu I. *Les Cadres hospitaliers : représentations et pratiques.* Rueil-Malmaison: Lamarre; 2008. p. 46-86. (Fonction cadre de santé).
39. Lépine V. Choisir d'être manager dans l'hôpital public ou l'histoire d'une loyauté mise à l'épreuve. In: Bourgeon D. *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, une position difficile entre soin et management.* Rueil-Malmaison: Editions Lamarre; 2012. p. 211-25. (Fonction Cadre de santé)
40. Zaoui E. Les groupes d'analyse des pratiques cliniques, une opportunité pour l'encadrement infirmier de renforcer le management des soins. *Rech Soins Infirm.* 2008 Jun;2(93):32-8.
41. Mayo E. Hawthorne and the western electric company. In: *Public Administration: Concepts and Cases.* 9e éd. Cengage Learning; 2009. p. 149-72.
42. Picot G. Cadres de santé : un encadrement individualisé à l'origine d'un rapport personnalisé avec les infirmières. In: Sainsaulieu I. *Les Cadres hospitaliers : représentations et pratiques.* Rueil-Malmaison: Lamarre; 2008. p. 87-125. (Fonction cadre de santé)
43. Moisdon JC. Gouvernance clinique et organisation des processus de soins: un chaînon manquant? *Prat Organ Soins.* 2008 Sep;39(3):175-81.
44. De Pourville G. La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. *J Lécole Paris Manag.* 2010 Oct;86(6):22-9.
45. Guillot M. Activité du cadre de santé hospitalier : entre contrainte et autonomie. *Rech Soins Infirm.* 2009 Dec;4(99):133-6.
46. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *Année Sociol (1940/1948-).* 1986 Jan;(36)169-208.



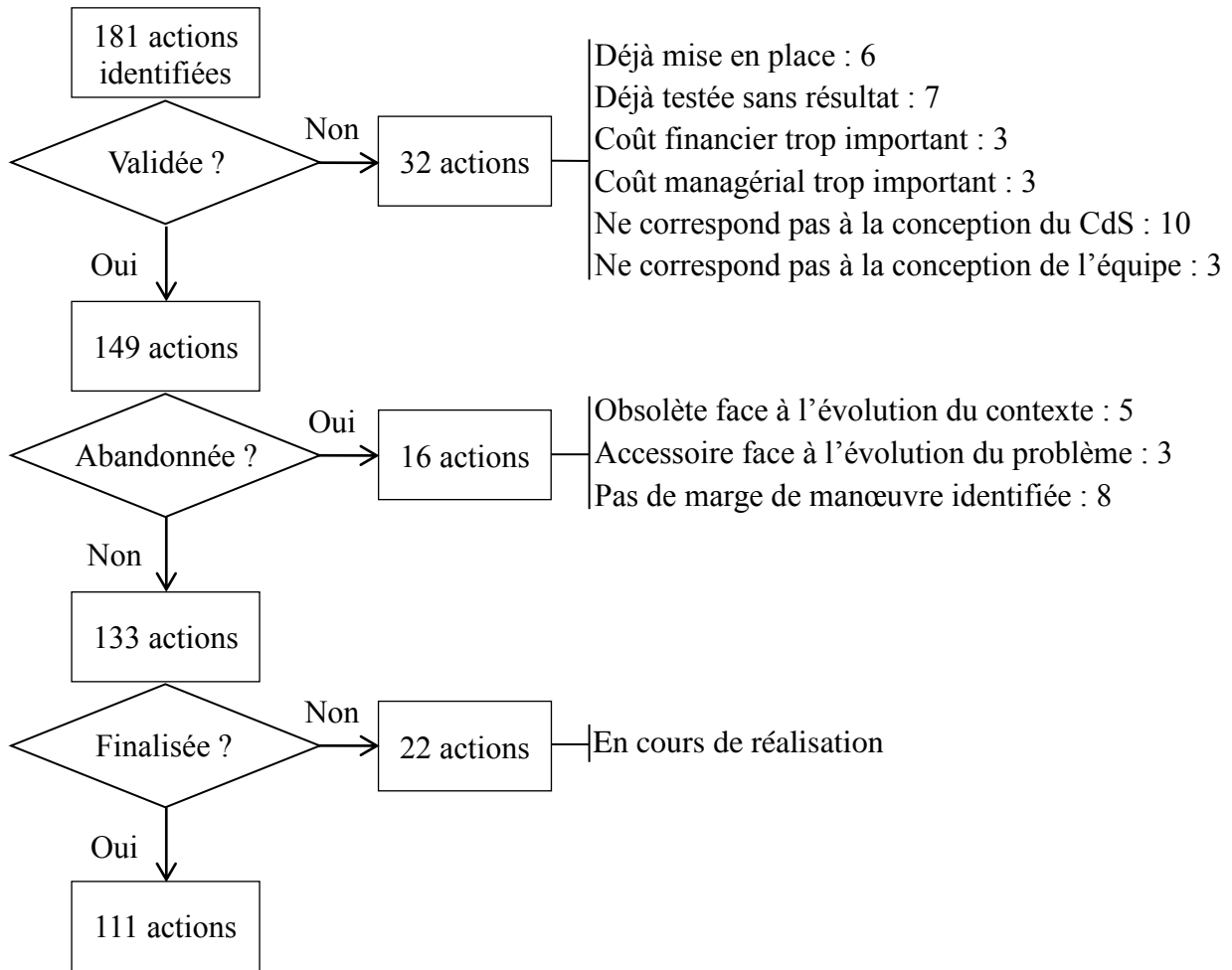
47. Ughetto P. Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions du travail et management. ANACT; 2007.

**Tableau 1 : Définition des variables et modalités**

Variables	Modalités	Définitions
<b>Caractéristiques de l'action</b>		
Nature	Accompagnement	Visé la modification du comportement des acteurs.
	Organisation	Nouvelle convention collective ou rappel de la règle.
	Equipement	Lien avec des moyens humains ou matériels.
Périmètre	Interne	L'équipe ou l'organisation sous la responsabilité du CdS.
	Externe	Acteurs ou organisations hors du champ de responsabilité du CdS.
Focale	Ciblée	Traite spécifiquement le problème défini.
	Générale	Dépasse le problème défini. Touche l'organisation d'une façon globale.
<b>Caractéristiques des acteurs</b>		
Acteurs de la négociation	Personnels non-médicaux	Equipe soignante, qu'elle soit ou non sous l'autorité du CdS.
	Autres	Acteurs médicaux, administratifs et hiérarchie soignante.
Arbitre de la mise en œuvre	CdS	L'acteur de la mise en œuvre.
	Autres	Acteurs non-médicaux, médicaux, administratifs et hiérarchie soignante.
Nombre d'acteurs concernés	Moins de 20 personnes	
	Plus de 20 personnes	
<b>Caractéristiques du contexte</b>		
Initiateur	Groupe Etudiants	Action proposée dans le rapport final au CdS
	CdS	Action identifiée par le CdS
Engagement du CdS	Actif	Le CdS fait un suivi de la mise en œuvre de l'action. Il cherche à corriger les écarts.
	Passif	Le CdS annonce seulement la mise en œuvre de l'action. Il délègue sans suivi. Il n'accompagne pas l'implantation de l'action.
Sentiment d'engagement des acteurs	Positif	Le CdS pense que les acteurs vont s'engager positivement dans la mise en œuvre de l'action : réflexion, écoute active, participation.
	Négatif	Le CdS a le sentiment qu'il va devoir gérer des comportements de résistance.
Conditions de mise en œuvre	Favorables	Le CdS détermine des leviers et des marges de manœuvre favorables pour la mise en œuvre.
	Turbulentes	Le CdS cerne des difficultés pour implanter l'action
Gestion des aléas	Fluide	Le CdS ne distingue pas d'aléas dans la mise en œuvre de l'action. Les parties sont en accord.
	Tenir	Le CdS cherche à corriger la trajectoire de l'action. Il argumente pour faire face aux résistances.
	Laisser-Faire	Le CdS accepte les modifications dans le déroulement de l'action.
Ajustement	A l'action	La mise en œuvre de l'action s'établit en fonction du travail prescrit.

	Aux acteurs	La mise en œuvre de l'action prend en considération la position des acteurs.
<b>Critère de jugement</b>		
Résultat	Réussite	Amélioration objectivée induite par l'action
	Echec	L'action n'a pas pu s'implanter ou elle n'améliore pas la situation

**Figure 1 : Diagramme de flux des actions depuis l'identification jusqu'à la formulation du résultat**



**Tableau 2: Concordance entre le CdS et les représentants de l'équipe sur le résultat des actions mises en œuvre**

Exprimée par l'équipe	Amélioration opérationnelle		Total
	Exprimée par le CdS		
	Non	Oui	
Non	9	8	17
Oui	5	42	47
Total	14	50	64

**Tableau 3 : Analyse des facteurs associés à la réussite des actions**

Variables	Modalités	Amélioration Opérationnelle					
		Non n (%)	Oui n (%)	Analyse univariée		Analyse multivariée	
				OR	IC 95%	ORa	IC 95%
<b>Caractéristiques de l'action</b>							
Nature	Équipement	10 (31)	7 (9)	1	-	1	-
	Accompagnement	4 (13)	20 (25)	8,43	1,38-51,56	9,87	1,05-92,49
	Organisation	18 (56)	52 (66)	4,94	1,15-21,13	6,42	1,04-39,60
Périmètre	Interne	10 (31)	44 (56)	1	-		
	Externe	22 (69)	35 (44)	0,34	0,11-1,04		
Focale	Générale	18 (56)	60 (76)	1	-		
	Ciblée	14 (44)	19 (24)	0,59	0,20-1,77		
<b>Caractéristiques des acteurs</b>							
Acteurs de la négociation	Autres	24 (75)	34 (43)	1	-		
	Personnels non-médicaux	8 (25)	45 (57)	3,03	1,04-8,81		
Arbitre de la mise en œuvre	Autres	28 (87)	45 (57)	1	-		
	CdS	4 (13)	34 (43)	4,16	1,16-14,89		
Nombre d'acteurs concernés	Moins de 20	21 (66)	50 (63)	1	-		
	Plus de 20	11 (34)	29 (37)	1,57	0,49-5,09		
<b>Caractéristiques du contexte</b>							
Initiateur	Groupe Etudiants	20 (63)	40 (51)	1	-		
	CdS	12 (38)	39 (49)	1,84	0,62-5,43		
Engagement du CdS	Actif	25 (78)	70 (89)	1	-		
	Passif	7 (22)	9 (11)	0,61	0,16-2,36		
Sentiment d'engagement des acteurs	Positif	25 (78)	75 (95)	1	-		
	Négatif	7 (22)	4 (5)	0,16	0,29-0,85		
Conditions de mise en œuvre	Favorables	10 (31)	52 (66)	1	-		
	Turbulentes	22 (69)	27 (34)	0,18	0,06-0,56		
Gestion des aléas	Fluide	6 (19)	50 (63)	1	-	1	-
	Tenir	5 (16)	16 (20)	0,27	0,05-1,45	0,30	0,05-1,64
	Laisser-Faire	21 (66)	13 (16)	0,05	0,11-0,20	0,04	0,01-0,20
Ajustement	A l'action	10 (31)	51 (65)	1	-		
	Aux acteurs vs	22 (69)	28 (35)	0,24	0,10-0,57		
Total		32 (29)	79 (71)				

Figure 2 : Diagramme des relations entre les modalités des variables

