

## **Le bénéfice du tiers dans le « travail d'organisation » des cadres de santé. recherche-intervention à partir d'un dispositif pédagogique.**

*Article pour la revue Santé Publique (2018)*

The advantages of a third party in the health executives “work organization”. A search - intervention based on an educational device.

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

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

Thomas REVERDY - Sociologie, Ph.D, Maître de conférences, laboratoire PACTE / 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 :**

L'organisation de la production de soins peut être considérée comme un travail d'organisation (TO) décomposé en trois niveaux, opérationnel, organisationnel et d'apprentissage. Le TO du cadre de santé (CdS) se concentre souvent au niveau opérationnel, au détriment des deux autres niveaux. Cette difficulté vient de l'organisation qui présente une rationalité politique, cognitive et pragmatique limitée.

L'objectif de l'étude est d'identifier l'impact d'un tiers sur l'organisation et l'effet sur le TO du CdS. Un dispositif pédagogique met des étudiants cadres en position de tiers pour travailler un problème organisationnel délégué par un CdS. La recherche-intervention a suivi 17 projets sur une année.

L'action de ces tiers a permis de légitimer le problème, reconnaître les difficultés des soignants, reconfigurer les relations dans une dimension politique. Les méthodes employées par le tiers ont réassuré le CdS et complété ses connaissances. Pour les CdS, les apprentissages de la démarche concernaient la méthodologie et la posture managériale. En pratique le tiers a relancé le CdS dans son pouvoir d'agir et synchronisé les interrelations autour du TO. Le tiers aide pour développer le TO et combler certaines limites de la rationalité politique, cognitive et pragmatique. Les difficultés à faire évoluer les pratiques au-delà de l'équipe soignante limite toutefois la portée de l'action.

Il est préconisé une unité de soutien managérial pour apporter la structure et l'accompagnement au TO, de mettre à l'agenda collectif le TO et de développer des espaces de discussion sur le TO.

**Mots-clés :** Cadre de santé ; Management hospitalier ; Processus apprentissage ; Organisation des soins ; Organisation du travail ; Qualité

**Abstract :**

The organisation of production care is a task that requires three different levels of competence: operational, structural and learning skills. The organisational requirements (OR) of the Head Nurse (HN) are often centered on the operational level, to the detriment of the two other levels. This difficulty is due to the organisation which presents limited political, cognitive and pragmatic levels of rationality.

The aim of this study is to identify the impact of a third party in regards to the organisation and its effect of the HN's OR. An educational device puts HN students in the position of a third party to allow them to work on an organisational problem delegated by a HN. The research-intervention followed 17 projects over one year.

This device has legitimised the problem by recognizing the difficulties in nursing and re-configuring relations between healthcare professionals in a political dimension. The methods employed by the third party reassured the HN and completed their knowledge, bringing particular focus on the importance of methodology and managerial posture. In practice, the third party relaunched the HN in his power to act and coordinate different actors of a team. The third party helps develop the HN's OR and complete certain limits of his rationality. Nevertheless, difficulties still remain in the development of practices outside the medical team, limiting its reach to other services.

A unit managerial support, a collective schedule and open spaces of discussion are recommended to bring structure and support to the OR.

**Keywords :** Head nurse ; Hospital management ; Learning process ; Organization of care ; Work organization ; Quality

## Introduction

L'organisation de la production de soins, mission dévolue principalement au cadre de santé (CdS), est un défi qui exige un travail d'organisation (TO) à trois niveaux (1). Le premier, opérationnel, est un ajustement quotidien pour résoudre les problèmes et en particulier faire face aux contradictions. Le second, organisationnel, vise à construire des actions collectives pour structurer l'activité opérationnelle. Le troisième, évaluatif, est l'apprentissage tiré des expériences. Dans les faits, le travail des CdS concerne surtout le premier niveau, qualifié de travail invisible (2). L'enjeu pour les CdS, est de développer les deux autres niveaux dans un contexte « à rationalité organisationnelle limitée ». Un champ de réflexion est ouvert sur la manière dont les CdS peuvent être outillés pour répondre à ces enjeux. La littérature identifie « le tiers » comme un levier possible pour agir sur les situations difficiles (3). La question est de savoir, dans quelle mesure le tiers est une ressource pour le CdS dans sa mission de TO ?

Dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale financé par le Ministère de la santé (PHRIP 2011, n°26), l'étude a suivi un dispositif pédagogique. Il consistait à confier à des groupes d'étudiants cadres (GE), considérés comme tiers, des problèmes d'organisations rencontrés par les CdS et d'identifier leurs effets. Une première analyse quantitative a montré que dans 71 % des actions, les CdS ont identifié une amélioration effective de l'organisation à la suite du dispositif (4). Le succès dépendait de la nature de l'action, plus fréquent pour celles d'organisation ou d'accompagnement des équipes par rapport aux équipements. Quand la mise en œuvre a été difficile, le CdS a eu tendance à tenir la trajectoire de l'action quand elle concernait les membres de son équipe. Il a eu tendance à laisser-faire quand elle concernait d'autres acteurs administratifs ou médicaux. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative en fonction de la taille de l'équipe. Il s'agit dans cet article d'identifier l'impact du tiers sur ces résultats.

### **Le contexte d'action des CdS : une rationalité organisationnelle limitée**

Malgré les nombreuses réformes l'hôpital reste difficile à piloter. Entre « *une incertitude profonde dans la définition de ses buts* » et « *des sources multiples et diffuses d'autorité* », il est qualifié par Denis et al.(5) « *d'anarchie organisée* ». L'hôpital est confronté à une rationalité, politique, cognitive et pragmatique structurellement limitée.

La rationalité politique d'une organisation est la capacité à fixer des perspectives communes. La limite tient à la dimension pluraliste (6) de l'hôpital où cohabitent des groupes professionnels aux identités fortes et aux intérêts différents. Chaque instance a ses objectifs et produit des normes. Certaines s'imposent au détriment des autres (1,6), ou elles s'empilent sans cohérence (2,7,8). Même si tous partagent un but commun de qualité et de sécurité des soins (9), leurs déclinaisons concrètes produisent des décisions faiblement coordonnées (10). Travailler ensemble impose de se mettre à distance des intérêts et pouvoirs, pour fabriquer des compromis qui ne vont pas de soi.

La rationalité cognitive se construit sur des connaissances professionnelles et des représentations spécifiques sur ce qu'il convient de faire (9). Elles sont propres aux identités professionnelles, fruit d'une socialisation longue. La pluralité des logiques qui réduit la rationalité politique se double d'une pluralité des représentations. Ces cloisonnements affaiblissent la rationalité cognitive collective. Travailler ensemble exige aussi de mettre à distance ses représentations pour les concilier à celles d'autrui.

La rationalité pragmatique est la capacité à mettre en œuvre des décisions. Or, l'hôpital est une organisation centralisée, où les spécificités locales sont peu prises en compte (7). Les décisions sont alors des injonctions désincarnées, des « *totems* » (9) qui s'imposent (1,2,7) et qui viennent buter sur l'autonomie professionnelle (11). L'hôpital est aussi une organisation « *diffRACTÉE* » (11) où, malgré les efforts d'homogénéisation, chaque secteur clinique garde des spécificités adaptées aux caractéristiques des patients. Il faut ainsi « *gérer de la singularité à grande échelle* » (12). L'ambition d'harmonisation se transforme en une

multitude d'adaptations. Des bricolages locaux (2,7,11,13) se substituent au projet initial d'action « rationnelle ». Agir oblige à fabriquer de la coordination collective.

Par délégation (7), il revient au cadre de proximité de fabriquer des compromis politiques, des représentations partagées et de la coordination. Fraisse et *al.* (14) reconnaissent le rôle indispensable du CdS dans une fonction de pivot entre les logiques professionnelles et administratives. Mais la littérature tend à montrer que le CdS est une cheville-ouvrière hyper sollicitée (2) et réactive (15) qui règle au jour le jour une multitude de difficultés pour faire en sorte que l'activité puisse se faire, ou à l'inverse qu'il est pris dans une spirale gestionnaire qui l'éloigne des préoccupations du terrain (16). François et *al.* (17) identifient le CdS comme un pivot facilitateur de cohésion (leadership opérationnel) qui a besoin d'un soutien politique (leadership politique) pour conduire le changement. Le CdS fait le tampon entre les logiques qui s'affrontent (18), sans soutien et considération institutionnelle (19). Enfin, c'est un professionnel qui combine des compétences managériales et soignantes. Il a la capacité de comprendre l'environnement de travail pour résoudre des problèmes complexes, mais ces compétences professionnelles peuvent limiter la participation des professionnels dans la conduite de changement (20).

L'objectif est de cerner l'impact d'un tiers sur les rationalités politiques, cognitives et pragmatiques. Il s'agit de caractériser les effets de la délégation au GE, d'une part en évaluant l'écart entre la manière habituelle de traiter le problème et celle avec le GE, d'autre part en identifiant les mécanismes de transformation. La littérature en organisation du travail autorise à formuler l'hypothèse que le tiers est une valeur ajoutée pour compléter certains déficits de rationalité. Il s'agit de regarder ce que le tiers produit et comment il peut aider le CdS dans son TO.

## **Méthode**

### **Schéma d'étude**

L'étude de cas est une recherche-intervention qui introduit un GE comme acteur-tiers et cherche à identifier son impact.

### **L'intervention du tiers**

L'étude s'appuie sur un dispositif pédagogique construit en 2009 par l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) de Grenoble, pour développer la compétence de conduite de projets d'étudiants cadres, en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), établissement support, qui emploie 150 CdS.

Il est proposé aux CdS de soumettre un problème organisationnel. Une dizaine de sujet sont travaillés tous les ans. Une note de cadrage est rédigée par le CdS et le responsable pédagogique. Elle présente le problème dans son contexte spatial (acteurs concernés), temporel (historique) et définit l'objectif visé. Les étudiants se regroupent par cinq autour d'un

problème. Chaque GE passe quatre journées dans le service, entre décembre et mars. Il met en œuvre une méthode de travail formalisée. Il fait des observations de pratiques, des entretiens avec les acteurs concernés et analyse les documents. Il propose un diagnostic organisationnel et formule un plan d'action pour corriger le problème. Il est accompagné par une sociologue en génie industriel, une ingénieure en organisation et méthode et le formateur. Le travail du GE se termine par la restitution au CdS d'un rapport écrit (21). L'ensemble de la démarche est nommée Projet Qualité Tutoré (PQT).

### **Trois hypothèses sur l'impact du tiers**

La situation de recours au tiers est caractérisée comme celle où un commanditaire (le CdS), confie un problème à un tiers (le GE). Elle donne lieu à une démarche d'analyse structurée, dans un environnement qui implique d'autres acteurs (22). Le tiers est un régulateur et un médiateur (23). C'est aussi un perturbateur de l'équilibre existant. Mayo et *al.* (24) ont montré avec l'effet Hawthorne qu'au-delà de l'amélioration ou de la dégradation des conditions de travail provoquée par le tiers, la simple observation produit un effet. Xhaufclair (3) propose un cadre d'analyse, pour appréhender les transformations induites, qui permet de formuler des hypothèses sur trois dimensions de l'action.

L'action du tiers a une dimension politique. Il favorise la mise en mouvement simultanée et convergente d'acteurs aux enjeux et pouvoirs différents (8,25). A) Il transforme le problème en ressource (26) susceptible d'améliorer la situation existante. B) Il développe de nouvelles relations entre les protagonistes impliqués (13,23). C) Il recueille la parole d'acteurs qui sont rarement entendus (16). Il peut toutefois se heurter aux enjeux politiques entre les acteurs (23).

L'action du tiers a une dimension cognitive. Il aide à prendre conscience des cadres alternatifs à ceux habituellement mobilisés. Sa position d'intermédiaire modifie les représentations (22,25). A) Il conduit les acteurs à s'interroger sur leurs modes habituels d'action (23). B) Il facilite la dissociation d'éléments appréhendés comme une unité complexe (23). C) Il révèle la subjectivité des représentations (22). D) Il contribue aux apprentissages par la réflexion sur les pratiques (13,23,25). Mais en bousculant l'équilibre des représentations, le tiers peut faire violence et générer des attitudes défensives (16,22).

Le tiers favorise le passage à l'action. Il donne un nouveau pouvoir d'agir. Le recours au tiers s'inscrit en général dans une perspective de changement (22). Les évolutions politiques et cognitives contribuent à libérer les parties-prenantes des entraves antérieures. Même si le tiers ne fait pas, il aide à faire en déplaçant les pratiques habituelles (8,13). Mais il peut être confronté à la puissance des stratégies défensives qui empêchent la transformation (8,13).

## **Population**

L'étude est conduite sur les PQT des trois années universitaires 2011 à 2014. Elle a fait participer 129 étudiants cadres appartenant aux trois filières paramédicales, avec une ancienneté moyenne dans la profession de 15 ans ( $\sigma = 6$  ans).

Par principe tous les PQT ont été éligibles et suivis pendant un an. Les critères d'exclusion étaient, le refus du CdS de participer à l'étude, ou son départ du service dans l'année de suivi. Sur les trois années, 28 PQT ont été suivis. Tous les CdS ont participé, mais 11 CdS ont quitté l'unité pendant l'année de suivi. *In fine* l'étude a porté sur 17 PQT.

Les CdS appartenaient aux trois filières paramédicales : 11 infirmiers, quatre médicot techniques, deux rééducateurs. En moyenne, leur ancienneté dans la fonction cadre était de 12 ans ( $\sigma = 9$  ans), celle dans le service de cinq ans ( $\sigma = 3$  ans). Ils étaient en moyenne responsables d'équipe de 31 personnes ( $\sigma = 29$  personnes).

## **Recueil de données**

Le suivi des PQT s'est fait par des entretiens semi-directifs conduits de façon indépendante auprès des CdS et des représentants de l'équipe. Une première phase, deux mois après la fin du travail du GE, avait pour objectif d'identifier les bénéfices apportés par le PQT. La seconde à un an s'intéressait à l'effectivité de la mise en œuvre et aux transformations provoquées par le PQT.

Les entretiens des CdS ont été individuels, ceux auprès des équipes volontaires et disponibles ont été collectifs, après accord du CdS. Deux CdS ont refusé. Au total 82 professionnels ont participé, avec une moyenne de 3,7 personnes par entretien ( $\sigma = 3$  personnes). Ils ont été enregistrés après obtention de l'autorisation des participants. Les retranscriptions ont été complètes pour les CdS et partielles pour les équipes.

## **Analyse**

Le codage du matériau s'est réalisé avec le logiciel N-vivo 9. Un codage de premier ordre a identifié l'influence du tiers dans la démarche de résolution de problème. Un codage de deuxième ordre a regroupé les catégories en fonction des éléments émergents (27) desquels se sont dégagés les trois processus identifiés dans le cadre d'analyse.

## **Résultats**

Les intitulés des PQT montrent la variété des préoccupations des CdS, avec une prédominance organisationnelle pour neuf PQT et en gestion des ressources humaines pour les huit autres (Tableau 1). Sur les 17 PQT, 11 (65%) ont émergé des projets institutionnels. Les six autres étaient issus du contexte local. Les problèmes délégués, n'étaient pas nouveaux, mais plutôt des difficultés récurrentes qui perturbaient la bonne marche du service. Ils ont concerné les équipes soignantes mais aussi des médecins, des administratifs, et la hiérarchie soignante. La résolution du problème a nécessité que les protagonistes agissent différemment alors même qu'ils étaient enfermés dans un cadre d'action. La délégation à un GE a été une opportunité pour avoir un regard extérieur et identifier des solutions alternatives à celles déjà expérimentées sans un résultat suffisant.

L'analyse a montré que le tiers modifiait la considération portée au problème. Cet enrôlement a produit des transformations politiques et cognitives qui ont amélioré la capacité individuelle et collective à traiter les problèmes. (Tableau 1).

## **Un déplacement politique et cognitif par une mise à l'agenda**

Dans tous les PQT, l'introduction d'un GE a modifié les relations entre les acteurs et entre les acteurs et le problème, créant du collectif là où il y avait de l'individualisation ou du conflit. La délégation du problème à un tiers a occasionné sa mise à l'agenda collectif par un processus politique et cognitif. L'analyse a identifié trois leviers de couplage (Tableau 1).

### **Légitimer le problème et polariser l'attention**

Le tiers a légitimé le problème. Les GE ont permis de prouver que les intentions des CdS étaient fondées sur l'intérêt collectif et non sur un intérêt personnel (Tableau 1, V°1). Les interrogés ont tous qualifié le travail des GE de « *neutre et objectif* ». Le travail sur un problème spécifique à partir de méthodes formalisées a polarisé l'attention des soignants. La structuration de l'enquête a favorisé la construction d'un objectif mieux partagé.

Dans certains PQT (Tableau 1, V°1), la mise à l'agenda interne a été complétée d'une mise à l'agenda externe. Le GE a été utilisé par le CdS pour toucher des acteurs extérieurs à l'équipe soignante : hiérarchie, médecins, administratifs. Par exemple, le défaut de traçabilité de la dispensation des thérapeutiques par le personnel infirmier, a fait émerger un problème qui impliquait le pharmacien pour traiter les dysfonctionnements du système de prescription informatisé, et les médecins pour corriger des pratiques de prescriptions informelles. Le CdS a utilisé le GE pour trouver une audience et favoriser une prise de conscience: « *Je voyais qu'il y avait des erreurs et chacun restait campé sur sa position. [...] J'étais affolée de ces comportements. [...] Les infirmières ont pris conscience que c'était des dysfonctionnements qui s'étaient banalisés.* » (CdS, PQT 12).

### **Reconnaitre les difficultés des soignants**

Le tiers a porté attention et considération aux soignants. Il est inhabituel que les agents soient enquêtés de façon formelle sur leurs pratiques professionnelles. Cette attention a été perçue différente de celle apportée par le CdS (Tableau 1, V°2). « *Pro 2 : Ça nous a fait prendre conscience qu'on en abattait quand même pas mal, [...] Pro 3 : Ils m'ont pris 5' pour me poser quelques questions. Ça fait du bien de regarder ce que l'on fait.* » (Professionnels, PQT 13) Le GE a produit un sentiment de reconnaissance qui dépassait le périmètre de l'unité.

Cette attention portée aux vécus singuliers a facilité leur traduction en difficultés collectives partagées. Dans une unité étudiée, des soignants ont refusé d'effectuer certaines tâches (lever un patient, le réinstaller sur son fauteuil), considérant qu'elles ne leurs incombaient pas. Les répercussions sur les patients, s'accompagnaient de délation sur les réseaux sociaux (PQT 11). A l'arrivée des étudiants, la première réaction des soignants a été de rejeter les entretiens individuels proposés. Avec le temps, ces entretiens sont devenus une opportunité pour travailler sur un conflit qui finalement pesait sur tous.

## **Reconfigurer les relations interindividuelles**

La cristallisation de l'attention autour d'un problème spécifique ainsi que la reconnaissance des difficultés individuelles ont permis de transformer les relations entre acteurs dans de nombreux PQT (Tableau 1, V°3). Par exemple, onze professionnels ont témoigné de leur incapacité à travailler ensemble (PQT 11). L'un d'eux a expliqué qu'il n'allait plus en salle de pause pour éviter certaines personnes et qu'il avait le sentiment de gêner. L'expression individuelle du malaise à un tiers a libéré de tensions et rendu possible le rapprochement des individus. Le groupe a qualifié les transformations relationnelles provoquées de profondes.

## **Une « objectivation » de l'analyse des cadres**

Le GE a objectivé la manière qu'avaient les CdS de considérer le problème. Il a produit dans la majorité des cas une réassurance cognitive, et un complément d'analyse.

## **Réassurance et analyse alternative**

La proximité au terrain donne au CdS une compréhension fine des phénomènes, mais en même temps lui fait craindre que son analyse soit biaisée. Les CdS ont mesuré le degré de convergence entre leur analyse et celle du GE obtenue par une analyse formalisée (Tableau 1, V°4). Dans la plupart des PQT, le GE a confirmé l'analyse du CdS. Cette confirmation a répondu à un besoin de réassurance, nécessaire pour poursuivre l'action. Dans quelques PQT toutefois, il n'y a pas eu convergence totale. « *Je me suis pris une claque* » (CdS, PQT 09). Le GE a révélé une autre réalité : que le CdS s'est fait voler le leadership de l'équipe (PQT 02), qu'il a privilégié les aides-soignantes au détriment des infirmières (PQT 05) ou encore qu'il est passé à côté de son objectif (PQT 09).

## **Un complément d'analyse**

Qu'il y ait eu convergence ou pas, les CdS ont quasiment tous déclaré que le PQT a été source de connaissances complémentaires (Tableau 1, V°5) : « *C'était beaucoup plus complet que ce que j'aurais pu faire moi. [...] Ils sont allés voir plusieurs interlocuteurs, ils ont récupéré les ressentis, [...] ils ont objectivé.* » (CdS, PQT 14). Tous les CdS ont attribué ces apports cognitifs aux méthodes d'investigation employées par le GE : travail d'enquête, mesure, objectivation et formalisation dans un rapport écrit.

## **Une capacité d'action relancée en fonction des circonstances**

Les déplacements induits par le GE dans les dimensions politiques et cognitives ont contribué à relancer le processus collectif de transformation organisationnelle. Les résultats ont identifié trois bénéfices pour l'action attribuables à l'intervention du GE, une action synchronisée des protagonistes, un pouvoir d'agir accru des CdS et certains apprentissages individuels.

## Une action collective synchronisée et canalisée

Le GE a orchestré, dans de nombreux PQT, une mise en phase temporelle de la réflexion des protagonistes autour du problème (Tableau 1, V°6). « *Ils [les soignants] sont plutôt dans le passage rapide à l'acte. [...] Ca m'a permis de leur dire, « quand on réfléchit à un problème, il faut un peu de temps ».* » (CdS, PQT 04). Elle a concerné tous les acteurs, y compris les CdS parfois très réactifs dans leurs actions. Le PQT, a aussi donné aux acteurs une plus grande visibilité du TO mis en discussion. « *Je pense que ça nous a un peu ouvert les yeux sur les transmissions. [...] Ça nous a permis de vraiment nous poser la question et d'améliorer certaines choses à notre niveau, de faire des propositions au cadre pour améliorer les transmissions. Ça a été plusieurs fois abordé pendant les réunions d'équipe.* » (Professionnel, PQT 07). L'intervention du GE a généré des discussions collectives. Elles ont produit plus de fluidité, moins d'incompréhension et de tensions : « *Les réunions avant c'était des règlements de compte. C'était la première où ça s'est bien passé.* » (Professionnel, PQT 11). Pour autant les CdS ont exprimé une synchronisation de l'action collective plus fréquente dans les PQT au périmètre local. Elle est identifiée dans cinq des six PQT de nature locale (83%) contre trois des 11 PQT (27%) émanant de projets institutionnels (Tableau 2).

## Un pouvoir d'agir des cadres relancé

Les propositions d'actions du GE ont relancé le pouvoir d'agir des CdS (Tableau 1, V 7). « *Ça m'a permis de pouvoir poser les choses avec l'équipe, comme un constat extérieur. C'était très aidant. Sur certains trucs je me suis « réfugiée » sur le travail du groupe. [...] Ça m'a permis de pouvoir répondre plus rapidement à une demande.* » (CdS, PQT 11). Le plan d'action a formalisé une ligne directrice cohérente et structurée. Les CdS ont gagné en visibilité sur les alternatives concrètes, avec pour chacune la perception des avantages et des limites. Cette structuration a facilité la sélection des actions et la prise de décisions. Quelle que soit la nature du PQT, locale ou institutionnelle, le pouvoir d'agir des CdS a été relancé dans 82% des cas (Tableau 2).

## Des apprentissages individuels

Différents apprentissages ont été identifiés par les CdS (Tableau 1, V°8), notamment sur les méthodes et la formalisation de l'information habituellement diffuse. « *Mais je ne suis pas certain que ça ait le même impact de fractionner et de diluer au long court [...]. Cette rigueur dans la méthodologie nous renvoie à nos limites, [...]. On ne peut pas se cacher derrière le prétexte qu'il faut répondre au plus pressé. Il faut rester dans une démarche rigoureuse quand on conduit un projet. [...] Ca fait une pique de rappel par rapport à notre formation à l'école des cadres.* » (CdS, PQT 07). D'autres CdS ont exprimé des changements de posture, affirmation de l'autorité managériale (PQT 02), davantage d'équité (PQT 05), écoute plus active des équipes et de leurs difficultés (PQT 09). Ces modifications de posture ont pu être confirmées par les soignants.

## Les limites du tiers pour agir sur le problème

Les CdS et les professionnels ont considéré l'intervention du GE comme bénéfique pour débloquer un problème encastré. Mais celui-ci n'a pas été systématique (Tableau 1, V°6 ; 7). Les limites ont été particulièrement fortes lorsque le PQT impliquait des acteurs externes à l'équipe soignante (Tableau 1, V°1 ; 3). Par exemple, dans une unité, le GE a réactivé un projet de mobilité professionnelle entre plusieurs unités auquel l'équipe n'était pas favorable (PQT 17). L'intervention du GE n'a rien changé. La stabilité arrangeait les professionnels tout autant qu'elle les irritait. Ils ont exprimé leur lassitude aux effets d'annonces qui ne conduisaient à aucun changement. De son côté, le CdS n'a pas trouvé auprès des collègues des autres unités, ou de sa hiérarchie, le relai nécessaire à l'action. Pour autant, même sans transformation, certaines équipes ont tiré profit des discussions collectives initiées par le GE. *« Je trouve que le moment où ils [les étudiants] ont été là, on a eu une oreille pour déverser tout ce qui ne va pas. Après ce n'est pas pour ça qu'on a mis un groupe de travail en place. »* (Professionnel, PQT 10).

## Discussion

Face au déficit de rationalité organisationnelle, la mise à l'agenda collectif du problème par un tiers aide à reconfigurer des relations plus synchrones, réassure le CdS pour relancer son pouvoir d'agir, tout en favorisant certains apprentissages (Figure 1). L'apport est plus faible dès lors qu'il s'agit de négocier des solutions en dehors de l'équipe soignante.

Le dispositif pédagogique est une opportunité pour étudier le TO des CdS et l'impact d'un tiers sur les organisations. Le travail présente toutefois certaines limites. L'échantillon à partir de CdS volontaires est un biais de sélection à requalifier si l'on considère, qu'au-delà de cette étude, la participation de plus de 70 CdS depuis 2009. Par ailleurs, notre processus d'enquête s'est concentré sur les CdS et les soignants. Son extension aux acteurs médicaux, administratifs et hiérarchiques aurait sans doute permis de compléter les impacts identifiés. La triangulation des discours a cependant permis de valider les données recueillies.

Malgré son statut, la légitimité du tiers n'a pas été remise en question. Le GE n'avait pas d'enjeux institutionnels réels, mais des enjeux de formation. L'identité soignante des étudiants a constitué un levier de proximité aux CdS et aux équipes, ce qui explique aussi l'impact plus important dans le périmètre interne du PQT. L'utilisation d'outils d'objectivation et l'analyse, ont conduit à reconnaître les interventions de neutres et objectives (3,8,13,23). Les CdS n'ont pas souligné d'insuffisance notable dans le travail des GE. Les quatre jours du GE dans l'unité représentent en réalité 20 journées de travail individuel, sans compter le temps supplémentaire investi par les étudiants. Cette force de travail a été soulignée par les CdS.

Les CdS ont délégué au GE des dysfonctionnements récurrents qui cantonnaient leurs actions à des « bricolages » opérationnels au niveau 1 du TO. Les attendus de la délégation à un tiers étaient un accompagnement dans la mise en œuvre du niveau 2, pour favoriser la dimension « organisationnelle du travail d'organisation », tout en soutenant des

apprentissages collectifs du niveau 3. Ces deux dernières dimensions du TO sont difficiles à l'hôpital à cause d'une rationalisation politique, cognitive et pragmatique limitée.

Structurer durablement les activités opérationnelles, c'est-à-dire passer du niveau 1 au niveau 2 du TO, exige de trouver les leviers pour transformer le problème du CdS en un problème collectif. Ce niveau 2 dépend de la capacité à étendre et atteindre les différentes parties prenantes impliquées dans le problème.

La rationalité politique s'améliore dès lors que les acteurs s'emparent du problème et se l'approprient. Le problème gagne en légitimité, les intérêts et les besoins individuels se transforment en données partagées. Il devient une ressource pour le TO (26), non plus comme une norme désincarnée source de tensions (7), mais pour comprendre ce qui fait problème et les répercussions (22). Le processus d'enquête crée des espaces de discussion sur le TO (16), que les équipes considèrent comme indispensables (28) pour redonner du sens au travail (7). Mais cette proposition est à nuancer. Contrairement à d'autres études (8,13,23), le tiers n'a pas été confronté à des réelles stratégies défensives. La force des intérêts divergents peut induire une inertie sourde malgré la mise à l'agenda collectif du problème. Rien ne permet de dire que le GE ait réduit ou pas les mécanismes de défense (22,25).

La rationalité cognitive se développe grâce aux méthodes développées par le tiers. Il apporte une compréhension des différents éléments constitutifs du problème (23) ce qui permet une prise de distance et une rupture avec les incompréhensions autoentretenuës (25). Individuellement, les CdS qui ont été bousculés dans leur posture managériale ont su changer leurs pratiques (26) sans comportements défensifs comme identifiés par certains auteurs (16,22). Collectivement, la formalisation induite par le tiers produit un phasage spatio-temporel (26). La synchronisation des réflexions individuelles et collectives fédère les acteurs (23) autour du problème et plus spécifiquement les CdS et leurs équipes.

La rationalité pragmatique augmente, d'une part grâce à la réassurance personnelle qui améliore la légitimité interne du CdS et d'autre part avec la prise de conscience collective qui lui donne une légitimité externe. Ces deux facteurs sont des ressources pour agir, même si la synchronisation collective au niveau institutionnel n'est pas retrouvée. Alors que la littérature décrit le CdS dans un management informel (2) et hyper-réactif (15), le tiers, force à formaliser le TO. Sans considérer qu'il puisse sortir complètement des bricolages individuels (2,7,11,13), mettre le problème à l'agenda collectif est en soit un acte qui structure le TO.

En mettant le problème à l'agenda collectif, le tiers produit un effet Hawthorne (24) par la focalisation des observations sur le sujet. Le tiers aide ainsi à renouer des relations de travail autour d'un problème commun (3), en faveur d'un TO structurant. Poser le problème de manière formelle permet de rendre visible les interrelations professionnelles et l'exigence d'intercompréhension. Mais son action ne limite pas à ça, il arrive équipé d'une méthode de travail formalisée. Par ce travail le tiers aide le CdS à combler les déficits de rationalité dans les trois dimensions. Ainsi, l'introduction d'un tiers peut être un moyen pour gérer le changement et tenter de limiter les résistances. Le tiers est un levier, pour autant ce n'est pas

lui qui produit le changement (8,13). La mise en œuvre du plan d'action dépendait du CdS (4) alors que le tiers avait disparu du contexte.

Soutenir des apprentissages organisationnels c'est passer au niveau 3 du TO, c'est-à-dire faire évoluer durablement les pratiques collectives en identifiant les bénéfices et les limites des expériences. Contrairement à plusieurs auteurs (13,23,25,29), les résultats ne mettent pas en évidence d'apprentissages collectifs induits par le tiers. Les apprentissages identifiés sont individuels. La fabrication de représentations et d'objectifs partagés est un processus difficile à mettre en œuvre dans les organisations pluralistes. Il pourrait même y avoir un certain danger à se rendre perméable à la rationalité de l'autre (30) sans garantie de la même ouverture en retour (7). Ce cloisonnement permet donc de tenir une identité et évite d'affronter la complexité d'une rationalité organisationnelle limitée (5).

Même si ce dispositif a un double objectif de formation des étudiants et d'accompagnement des CdS, à notre connaissance il n'est pas développé dans d'autres IFCS. En 2014 il a été déployé à un autre centre hospitalier proche du CHUGA. La limite pour étendre à d'autres partenaires tient dans une distance géographique mesurée avec l'IFCS de Grenoble pour permettre l'accompagnement pédagogique pendant les quatre journées d'enquête des GE.

Pour finir, puisque le bénéfice du tiers est mis en évidence, deux questions se posent : comment trouver un tiers dans l'institution ou comment retrouver ces bénéfices sans tiers ?

En dehors d'un partenariat Institution-Formation, il semble pertinent d'identifier dans les établissements hospitaliers, une unité de soutien managérial. L'objectif est de porter la considération des problèmes vécus par la base (30) au-delà de la sphère de l'unité pour enrôler tous les acteurs concernés. L'objectif serait de développer des espaces pour traiter les problèmes dans les niveaux 2 et 3 du TO. Ceux-ci pourraient se composer de cadres aux identités diverses, CdS, médecins, administratifs, dont une partie du temps de travail serait consacré à l'accompagnement et aux échanges sur le TO. Cette approche transversale interdisciplinaire permettrait de partager des méthodes qui, au-delà des identités respectives, faciliterait des rapprochements à partir des expériences vécues.

En dehors de l'intervention d'un tiers deux propositions sont formulées. Il s'agit de favoriser le TO collectif par la mise à l'agenda plus formelle de l'axe de travail collectif. Puis substituer le processus d'enquête conduit par le tiers par des espaces de discussion collectifs, outil indispensable (28) pour développer une réflexion individuelle et collective, et identifier des solutions partagées.

## Remerciements

Nous remercions les cadres de santé et professionnels du CHUGA pour leur participation et leur confiance, ainsi que les étudiants de l'IFCS de Grenoble pour la qualité du travail fourni.

## Bibliographie

1. De Terssac G. Travail d'organisation et travail de régulation. In: Reynaud JD. La théorie de la régulation sociale. Paris : Editions La Découverte ; 2003. p. 121-34.
2. Bourret P. Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible. Paris : Seli Arslan ; 2006. 288 p.
3. Xhaufclair V. Apprentissage collectif et réflexivité systémique : le rôle des acteurs tiers dans la structuration des méta-organisations. *Revue Interventions économiques* [Internet]. 2013;(48) [cité 27 septembre 2017]. Disponible sur: <http://interventionseconomiques.revues.org/2110>.
4. Dujardin PP, Reverdy T, Valette A, François P. 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. *Rech Soins Infirm.* juin 2016;2(125):46-60.
5. Denis JL, Langley A, Cazale L. Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital. *Ruptures (Univ Montr Groupe Rech Interdiscip Sante)*. 1995;2(2):165-89.
6. Denis JL, Lamothe L, Langley A. The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Acad Manage J.* 2001;44(4):809-37.
7. Dujarier MA. L'idéal au travail. Paris : PUF ; 2012. 237 p.
8. Volckrick E. Intervenir en tiers aujourd'hui. *Négociations.* 2007;1(7):75-88.
9. Herreros G, Milly B. La qualité à l'hôpital, un regard sociologique. Paris : Editions L'Harmattan ; 2011. 152 p.
10. Nobre T. L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? *Revue française de gestion.* 2013;39(235):113-27.
11. Moisdon JC. Le paradoxe de la boîte noire. *Réformes hospitalières et organisation. Droit et Société.* 2012;(80):91-115.
12. Minvielle E. L'organisation du travail à l'hôpital : Gérer la singularité à grande échelle : le cas du patient hospitalisé. *Revue française de gestion.* 1996;(109):114-24.
13. Xhaufclair V, Pichault F. Du Tiers à la Tercéisation : modalités d'une fonction essentielle pour l'émergence d'une régulation à l'échelon inter-organisationnel. *Négociations.* 2012;2(18):43-59.

14. Fraisse S, Robelet M, Vinot D. La qualité à l'hôpital: entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion*. 2003;(5):155–66.
15. Coulon R. Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers. Dijon : Université de Bourgogne - Cahier de recherche du FARGO (Fr) ; 2010. 26 p. Report No. : 1100401.
16. 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 ». Université de Nantes; 2011. 518p.
17. François P, Boyer L, Weil G. Implantation d'une démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire: facteurs d'accélération et de frein. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008;56(4):S189–95.
18. Chauvancy MC. Les cadres de santé : entre solitude et non-reconnaissance. In: Bourgeon D. Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, une position difficile entre soin et management. Rueil-Malmaison (France) : Editions Lamarre ; 2012. p. 201 - 10.
19. 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. Marrakech : Actes du 22ème Congrès de l'AGRH ; 2011. 19 p.
20. Bourret P. Prendre soin du travail: un défi pour les cadres à l'hôpital : pour sortir le travail réel de son invisibilité. Paris : Seli Arslan ; 2011. 191 p.
21. Dujardin PP, Raynal V, Molinaro A, Vissac C, Capron D, Cholez C. Conduite de changement pour préparer l'avenir. *Soins Cadres*. 2009;20(79):38-40.
22. Gilbert P, Lancelstre A. Penser le conseil en management. *Le Journal des psychologues*. 2008;8(261):68-71.
23. Gadille M. Le tiers comme agent de réflexivité et accélérateur d'apprentissages collectifs : le cas du dispositif des pôles de compétitivité. *Humanisme et Entreprise*. 2008;(289):61-79.
24. Mayo E. Hawthorne and the western electric company. In: Stillman RJ. *Public Administration: Concepts and Cases*. 9e éd. Boston : Cengage Learning ; 2009. p. 149-72.
25. Brasseur M. L'interaction du chercheur avec son terrain en recherche-action: deux cas d'accompagnement individuel des managers. *Recherches en Sciences de Gestion*. 2012;2(89):103–18.
26. Habermas J. *Théorie de l'agir communicationnel. Pour une critique de la raison fonctionnaliste (Tome 2)*. Paris : Fayard ; 1987. 480 p.

27. Gioia DA, Corley KG, Hamilton AL. Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organ Res Methods*. 2012;16(1):15–31.
28. Detchessahar M. L'avènement de l'entreprise communicationnelle. *Revue française de gestion*. 2003;1(142):65-84.
29. François P, Boussat B, Guyomard A, Seigneurin A. De l'évaluation des pratiques professionnelles au développement professionnel continu: engagement et opinion des praticiens hospitaliers dans les activités d'évaluation des pratiques professionnelles. *Santé Publique*. 2015;27(2):187–94.
30. Dujarier MA. *Le management désincarné*. Paris : Editions La Découverte; 2015. 259 p.

**Tableau 1 : Catégorisation des résultats dans les trois dimensions**

Effets	Politique/Cognitif										
	Objectivation			Pragmatique							
Projet Qualité Tutoré - Intitulé	Nature du Projet Qualité Tutoré	Registre d'activité	Légitimer le problème	Reconnaissance Professionnelle	Inter relations	Réassurance	Complément	Action collective	Pouvoir d'agir	Apprentissages	
Variables (n°)			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
01 - Améliorer la confidentialité à l'accueil des consultations	Ins	Org	I+E	O	N	C	O	N	N		
02 - Hiérarchiser la réception des examens de laboratoire à la réception.	Ins	Org	I	O	O	D	O	O	O	P	
03 - Gérer les repas pour les consultations longues	Loc	Org	I		O		O	N	O		
04 - Réduire le retard des consultations pour les patients handicapés	Ins	Org	I+E	O	O		O	O	O		
05 - Améliorer l'organisation du travail et l'ambiance des équipes pour une qualité de prise en charge des patients	Loc	GRH	I		N	D	O	O	O	P	
06 - Intégrer les transmissions infirmières dans l'amplitude des 12 heures de travail	Ins	Org	I+E		N		O	N	N		
07 - Améliorer le mode de transmission professionnelle dans le dossier du patient	Loc	Org	I	O	O		O	O	N	M	
08 - Améliorer la propreté des locaux	Loc	GRH	I	O	O	D	O	O	O	P	
09 - Mettre en place la traçabilité de l'entretien pour la certification	Ins	Org	I	O	O	D	O	O	O	P	
10 - Améliorer la fluidité dans l'utilisation des box de consultation	Ins	Org	I+E		O	C	O	N	O	M	
11 - Améliorer les relations de travail dans une équipe pluri-professionnelle	Loc	GRH	I+E	O	O	C	N	O	O		
12 - Fiabiliser la prescription médicale et la traçabilité de l'acte	Ins	Org	I+E		N	C	N	N	O	M	
13 - Optimiser la collaboration interprofessionnelle	Loc	GRH	I	O	O		O	O	O		
14 - Améliorer les connaissances des acteurs sur le processus de stérilisation du matériel chirurgical	Ins	GRH	I+E		N	C	O	N	O	M	
15 - Conserver l'expertise professionnelle dans le projet de mutualiser 3 équipes	Ins	GRH	I		N		O	N	O		
16 - Pérenniser une organisation des astreintes sur le volontariat	Ins	GRH	I	O	N	C	O	N	O	M	
17 - Favoriser la mobilité inter-unité au sein du pôle	Ins	GRH	I+E		N	C	O	N	O		
TOTAL	11 Ins	9 Org	17 I	9 O	9 O	7 C	15 O	9 O	14 O	5 M	
	6 Loc	8 GRH	8 E		8 N	4 D	2 N	8 N	3 N	4 P	

**Légende** : Ins : Institutionnel / Loc : Local / Org : Organisationnel / GRH : Gestion des Ressources Humaines / I : Interne / E : Externe / O : Oui / N : Non / C : Concordance / D : Discordance / M : Méthode / P : Posture

**Tableau 2 : Résultat de l'action collective et du pouvoir d'agir du CdS en fonction de la nature du Projet Qualité Tutoré**

	Nature du Projet Qualité Tutoré		Total
	Local	Institutionnel	
Action collective			
Oui	5	3	9
Non	1	8	8
Pouvoir d'agir			
Oui	5	9	14
Non	1	2	3
Total	6	11	17

Figure 1 : Synthèse du processus induit par le tiers et ses bénéfices

