

Institut de Formation des Cadres de Santé  
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire - Université Rennes 2

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

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)**  
L'accompagnement  
des évolutions des pratiques professionnelles

Anne-Laure LE LAGADEC épouse JOUBAUD

Directeur de mémoire : Jacqueline PILORGET

Date de la soutenance : 23/06/2017

Année 2016 – 2017

Institut de Formation des Cadres de Santé  
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire - Université Rennes 2

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

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)**  
L'accompagnement  
des évolutions des pratiques professionnelles

Anne-Laure LE LAGADEC épouse JOUBAUD

Directeur de mémoire : Jacqueline PILORGET

Date de la soutenance : 23/06/2017

Année 2016 – 2017



*Mes remerciements s'adressent à*

*Emmanuel, que d'étapes franchies ensemble, j'ai gardé le rythme grâce à ton soutien, ta patience, tes conseils et surtout tes encouragements.*

*Baptiste, Théophile et Barnabé, merci d'avoir grandi en douceur cette année en dehors de ma présence quotidienne.*

*Merci à Annie, Chantal, Maryvonne, Guilaine, pour m'avoir accompagnée avec une grande bienveillance durant mon faisant fonction.*

*Merci à Mme PILORGET, ma directrice de mémoire, pour vos conseils, votre disponibilité durant cette initiation à la recherche.*

*Merci à toutes les personnes interviewées pour leur contribution à ma démarche de recherche.*

« Dans un monde de réseaux, la récompense sera de réussir avec les autres et non pas contre les autres. » Serge RAYNAL.

# SOMMAIRE

## Introduction

<b>1. De mon expérience de terrain à ma question de départ.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Cadre conceptuel.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Méthodologie de la recherche .....</b>	<b>32</b>
<b>4. Analyse et interprétation.....</b>	<b>38</b>
<b>5. Synthèse.....</b>	<b>62</b>
<b>6. Retour à ma question de recherche et projection professionnelle .....</b>	<b>69</b>

## Bibliographie

## **Acronymes**

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CMP : Centre Médico Psychologique

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation À Domicile

HJ : Hôpital de Jour

HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

LMDSS : Loi de Modernisation de Notre Système de Santé (27 janvier 2016)

PMP : Projet Médical Partagé

HAS : Haute Autorité de Santé

DMH : Durée Moyenne d'Hospitalisation

SI : Système d'Information

DIM : Département d'Information Médicale

EPRD : État Provisionnel des Dépenses et des Recettes

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

NMP : Nouveau Management Public

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

# Introduction

---

## INTRODUCTION

L'hôpital et son organisation sont en perpétuelle évolution. Le système hospitalier a pour mission de faire coopérer les partenaires du soin sur un même territoire afin de garantir la continuité de prise en charge du patient tout au long de son parcours.

Psychomotricienne, je suis recrutée en 2011 par la fédération d'addictologie de l'Établissement Public de Santé Mentale du Morbihan (EPSM) à Saint-Avé. J'accompagne le patient sur toutes les étapes de sa prise en charge pluridisciplinaire. Je développe des compétences de travail en réseau avec les équipes pluridisciplinaires, mais également d'accompagnement du patient sur son parcours de soins.

En 2015, je suis nommée faisant fonction cadre de santé (FFCS) en addictologie sur l'hôpital de jour, unité nouvellement créée, issue de la modernisation de l'offre de soins. J'imagine alors que les compétences soignantes que j'ai acquises durant ces quatre années dans les services de soins sur le parcours patient seront une plus-value dans ma future pratique managériale. Un des objectifs sous-tendus par la création de cette unité est d'accompagner l'évolution des pratiques soignantes conjointement à l'évolution des prises en charge des patients et des organisations. Cet accompagnement m'a paru complexe c'est pourquoi je choisis de traiter de cette thématique dans ce mémoire de recherche.

Dans un premier temps, je vais décrire mon expérience de faisant fonction ainsi que le questionnement qu'il suscite. Puis, j'effectuerai deux entretiens exploratoires suivant une démarche inductive, qui vont guider le lecteur vers ma question de recherche, ainsi que vers deux hypothèses. C'est à travers les notions de sens, d'accompagnement, de changement, de compétences et du concept de pratiques professionnelles que je vais orienter ma recherche, dans une exploration théorique du champ de la sociologie. Enfin, j'irai confronter les discours des cadres de terrain. L'analyse de leurs propos permettra au lecteur d'avancer sur la réflexion de l'accompagnement des cadres concernant les pratiques professionnelles. Ces dernières évoluant dans un nouveau paradigme du soin pensé dorénavant en filière.

## 1. De mon expérience de terrain à ma question de départ

J'ai exercé en tant que psychomotricienne sur le parcours de soins<sup>1</sup> de la filière addictologique. Le parcours est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un « *ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation* ». Sur son parcours, la personne est tantôt un patient, tantôt un usager, un consultant, un détenu, à nouveau un patient au regard des rechutes et de son lieu d'accompagnement, qui le qualifie différemment. Les unités ont des compétences différentes qui répondent aux besoins du patient : « *le parcours de soins, c'est le juste enchaînement et au bon moment de différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins* » (ibid. HAS). Chaque dénomination dans le parcours de soins retrace une culture propre des unités de soins qui l'accueillent.

Cette expérience me fait comprendre la réalité de prise en charge du patient sur son parcours. Elle me permet d'appréhender différentes cultures du soin pour une même problématique.

### 1.1. La mise en œuvre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) au niveau de mon établissement

#### 1.1.1. Une nouvelle organisation du soin

Janvier 2014, la mise en œuvre de la loi HPST se prépare au niveau institutionnel. L'objectif pour la filière d'addictologie, établi dans le contrat de pôle avec la direction, est de réduire le temps d'hospitalisation des patients et d'initier le virage ambulatoire avec la création de l'Hôpital de Jour (HJ) dans un premier temps et du Centre Médico Psychologique (CMP) quelques mois plus tard. Ces unités font suite à la prise en soin en Hospitalisation Complète (HC). Les durées moyennes de séjour en HC sont réduites, les suivis en ambulatoire s'organisent à la journée en HJ, le patient retourne à son domicile entre chaque journée de soins.

---

<sup>1</sup> Parcours de soin : Girault A. : Équipe de recherche - EHESP Management des Organisations de santé (EA 7348) Cours d'avril 2017

### **1.1.2.L'hôpital de jour**

La première année de fonctionnement de l'HJ permet de créer un collectif soignant, une culture de soin partagée. Les pratiques soignantes sont celles déjà expérimentées pendant de nombreuses années en hospitalisation complète. Ces pratiques sont appliquées sur l'unité d'HJ nouvellement créée. Les infirmiers dispensent des soins en groupe et en individuel, la compétence infirmière attendue est l'approche motivationnelle en groupe pour impliquer le patient dans ses soins.

Durant cette année, les pratiques expérimentées en hospitalisation complète ne sont pas questionnées en équipe pluridisciplinaire par manque de temps. Chacun refait ce qu'il sait faire.

Il reste alors à créer le CMP infirmier qui proposera une pratique de soins plus individualisée. Il fera suite à l'hospitalisation de journée. Le patient viendra pour des consultations en individuel en fonction de l'évolution de sa pathologie.

## **1.2.Mon faisant fonction cadre de santé : premier accompagnement au changement**

### **1.2.1.Création du Centre Médico Psychologique (CMP)**

Septembre 2015, après l'obtention de mon concours à l'IFCS de Rennes, je suis nommée faisant fonction cadre de santé (FFCS) sur l'hôpital de jour. Durant cette année, un des nombreux projets est d'ouvrir la consultation infirmière en CMP.

Une infirmière est nommée sur ce poste. Ses missions portent sur trois axes : la coordination du soin post hôpital de jour, le suivi en individuel des patients et de leur famille et le travail en réseau avec les partenaires territoriaux.

### **1.2.2.Les freins de cette mise en œuvre**

Dès le début du projet, je repère les freins de l'équipe infirmière d'HJ pour l'affectation d'un seul soignant sur ce poste. L'équipe infirmière veut occuper ce nouveau poste à tour de rôle et inclure la nouvelle venue sur leur roulement. Ils évoquent une surcharge de travail en HJ, alors que le temps infirmier de l'HJ est suffisant voir excédentaire pour répondre aux missions de l'HJ. Ils souhaitent poursuivre leurs prises en charges initiées en HJ et recherchent une souplesse d'organisation de leur temps de travail, avec l'intégration de ce nouveau poste sur leur roulement.

### **1.2.3. Journée de comparaison dans une unité jumelle**

Afin d'argumenter le choix de cette nomination unique, qui me semble pour ma part tout à fait pertinente, je prends conseil auprès de la cadre de l'unité jumelle à la nôtre et de l'infirmière qui a une mission similaire en CMP, pour m'aider à étayer mes propos auprès de l'équipe. Deux infirmiers de l'HJ vont chacun une journée en immersion dans ce service de référence qui coordonne le soin entre l'HJ et le CMP. Mon objectif est de rendre accessible aux agents l'organisation souhaitée dans notre unité. Ils reviennent tous deux avec la même logique de départ et restent sur leur revendication.

### **1.2.4. Élaboration du projet de service de l'HJ et du CMP infirmier**

La création du poste CMP a des répercussions sur l'offre de soins de l'hospitalisation de journée. Le projet de service de l'HJ doit être rédigé, ce qui me donne l'opportunité de repenser avec l'équipe la coordination du soin, d'interroger les pratiques existantes et celles à mettre en œuvre.

Afin de co-construire ce projet de service et de soins de l'HJ et du CMP, j'essaie d'instaurer une dynamique participative à l'ensemble de l'équipe. J'associe les acteurs de terrain en partant des besoins du patient. J'organise cinq réunions pluridisciplinaires entre février et mars pour une mise en œuvre de la nouvelle organisation sur l'HJ et le CMP le 18 avril. Cette date est fixée en concertation avec la cadre supérieure et le directeur des soins, qui attendent des retours de cette mise en œuvre. Tous les membres de l'équipe se rendent disponibles et s'impliquent dans le projet.

La concertation de l'équipe pluridisciplinaire part des besoins du patient. Les objectifs des réunions sont de définir les différents moments du soin, d'adapter les pratiques soignantes de l'HJ en fonction des besoins et des moyens impartis et de coordonner les soins entre l'HJ et le CMP afin d'aider le patient à prendre de l'autonomie et devenir acteur de ses soins. La nouvelle organisation de l'HJ est mise en place courant avril, soit en moins de deux mois, comme cela nous était demandé.

### **1.2.5. Résistance au changement exprimée par les infirmiers**

Assez rapidement, durant les réunions projet, les préoccupations du groupe de travail deviennent d'ordre organisationnel. Les questionnements portent sur l'attribution des groupes thérapeutiques. Je ne parviens pas à faire questionner l'équipe sur le sens donné aux soins et ainsi réinterroger leurs pratiques.

En dehors des réunions, les infirmiers viennent me voir pour me signifier leur souhait persistant d'inclure la nouvelle collègue au collectif infirmier de l'équipe d'HJ et d'occuper son poste à tour de rôle. À cette étape du projet, je comprends qu'ils sont attachés aux pratiques qu'ils connaissaient en hospitalisation complète et celles expérimentées durant cette première année de fonctionnement. Il est inenvisageable pour eux de coordonner des étapes du soin distinctes.

Je consulte ma cadre supérieure et les médecins afin de leur relayer cette requête infirmière. Au bout de quelques jours, je leur signifie le refus de leur proposition en concertation avec la hiérarchie et le staff médical.

En réponse à ce refus, l'équipe infirmière repousse catégoriquement l'organisation du poste CMP. Le décloisonnement des moments de prise en charge est donc pour l'instant impossible. Pourtant, ces étapes sont importantes pour le patient car elles représentent une avancée dans son soin, ce que les infirmiers ne repèrent pas comme un élément pertinent.

L'accueil de l'infirmière CMP par l'équipe de l'HJ reste assez « froid », même après 5 mois de poste. Elle m'en informe, se sent mal à l'aise. Nous décidons en concertation avec la cadre supérieure et le staff médical de répondre à la demande de l'équipe infirmière pour une période d'essai de 3 mois, afin de ne pas mettre cette infirmière en difficulté et d'apaiser les tensions.

L'équipe tourne donc à tour de rôle sur ce poste, ce qui rajoute du mouvement dans leur roulement déjà complexe. En fait, le suivi qu'ils proposent reprend les modalités de suivi déjà expérimentées la première année d'ouverture de l'HJ avec huit infirmiers au lieu de sept.

Assez rapidement, les tensions relationnelles de l'équipe infirmière s'apaisent sur ce point. Pour autant, l'organisation des rendez-vous pour les patients en CMP devient compliquée et prend beaucoup de temps. Les rendez-vous proposés sont espacés, manquent de régularité, le travail en réseau est peu voire pas investi, alors que c'est un des axes importants attendus pour ce poste. Les compétences sont présentes mais ne répondent pas aux pratiques professionnelles attendues dans le contexte d'un travail en réseau empêchant la coopération dans des moments distincts du soin.

#### **1.2.6. La complexité de l'accompagnement du changement**

Je ne parviens pas à accompagner la mise en sens des changements attendus dans leur pratique qui reste implicite. Dans l'organisation que je propose, ils évoquent l'impression de ne pas pouvoir faire du bon travail et la crainte de réactiver une problématique d'abandon. De quel abandon est-il question ? Abandon de leurs pratiques, la crainte du changement ?

Mon constat est que je n'ai pas su accompagner, ni affirmer ma ligne directrice, qui n'est pas comprise. Je ne parviens pas à les faire se questionner sur leurs pratiques dans l'objectif d'actualiser l'offre de prise en charge au vu des besoins et des attentes des patients et de l'institution. Cette expérience me donne envie de prendre du recul, d'adopter une posture réflexive, ce que je choisis de faire à travers ce mémoire. Je souhaite étudier comment mes collègues cadres de santé accompagnent l'évolution des pratiques professionnelles dans le contexte des groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui seront le terreau de ma fonction future. Pour ce faire, je décris le cadre législatif qui sous-tend ce changement.

### 1.3. Le cadre législatif

#### 1.3.1. La loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (HPST)

La loi HPST installe stratégiquement en 2009 une autorité unique au niveau régional, l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cette dernière est chargée du pilotage du système de santé pour mener des actions adaptées au territoire et aux besoins de la population. « *Le soin tente de s'organiser autour du concept de l'ambulatoire et de la notion de trajectoire de soins ou de santé, alliant hospitalisation à domicile (HAD), structures ambulatoire* » (Popielski J-F<sup>2</sup>, 2013, p 42).

Les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT), issues de la loi HPST, était le fruit d'une coopération territoriale dépourvue de personnalité morale entre les établissements sanitaires dans une logique de mutualisation de fonctions.

Le virage ambulatoire<sup>3</sup> initié par la loi HPST se fait par le redimensionnement des services de soins et de leurs activités.

#### 1.3.2. La loi de modernisation de notre système de santé (LMDSS)<sup>4</sup>

Dans le prolongement de la loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016 (LMDSS), le décret d'application sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) paraît le 29 avril 2016. Les GHT remplacent les CHT. Les GHT diffèrent dans leur formulation : la coopération sauf dérogation y est forcée. « *Cette réforme vaut en outre par sa méthode, qui*

---

<sup>2</sup> Popielski J-F : Directeur des soins EPS Erasme, Anthony

<sup>3</sup> Ledoyen J-R, Directeur des soins enseignant et responsable de formation l'EHESP – cours du 19 avril 2017

<sup>4</sup> GHT : Cours de Mme Dominique Radureau, Direction commune GHT Rance Emeraude, 18 avril 2017

*concilie deux impératifs : mobilisation collective et adaptation aux réalités de terrain »*  
(Touraine M., 2016, p 5).

Les 135 GHT institués par la loi vont encore changer le visage et le fonctionnement de l'hôpital. Chaque GHT contractualise librement ses statuts, élabore une convention constitutive et définit les modalités de coopération entre ses membres. Le projet médical partagé (PMP) permet de coordonner les établissements d'un même GHT à savoir, l'établissement support, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements partis et les établissements partenaires. Le GHT ambitionne de mutualiser des domaines d'activités communes à chaque membre comme les achats, les départements d'information médicale (DIM), la formation continue, la trésorerie, la certification commune des comptes, l'état provisionnel des dépenses et des recettes (EPRD).

Le PMP s'applique à tous les établissements rattachés au GHT, il engage une réflexion entre les partenaires. L'objectif du PMP est de définir les intérêts et les rôles de chacun, en créant les filières et les partenariats, il crée la coopération.

Les filières de soins définissent les coopérations successives sur le parcours patient à l'échelle du territoire. Cette coopération a pour objectif de fluidifier le parcours patient.

#### 1.4. De ma question de départ à ma question de recherche

Mon année passée en tant que faisant fonction cadre me fait comprendre que ma motivation, mon implication, ma connaissance des équipes et des réseaux, mon expérience du soin en transversalité ne sont pas suffisants pour accompagner le changement, à savoir ici l'évolution des pratiques professionnelles. Je perçois le risque de ne pas répondre à la commande institutionnelle, de générer de la frustration chez les soignants et de ne pas répondre aux besoins du patient.

Accompagner le changement des pratiques soignantes est difficile. Un rapprochement de plusieurs organisations est un projet d'accompagnement humain, sensible. Une des collègues cadres qui me guide durant mon faisant fonction me dit *« qu'une des missions du cadre de santé est de mettre son équipe en sécurité ceci pour susciter la confiance, soutenir la motivation, l'implication et ainsi favoriser une prise en charge bienveillante du patient »*. Peut-être ai-je manqué de pédagogie sur les attendus institutionnels de ce projet : ce n'est pas parce que je comprends le sens que ça tombe sous le sens. Comment mettre du sens et

répondre à la commande institutionnelle ? Comment accompagner, guider les acteurs dans leur raisonnement, dans l'analyse de leurs actions pour faire évoluer leurs pratiques professionnelles dans un contexte d'évolution des organisations ?

### **Question de départ**

Comment le cadre de santé accompagne les évolutions des pratiques soignantes ?

#### **1.4.1. Mes premières lectures**

Au départ de ma recherche, en juillet dernier, j'oriente intuitivement mes lectures vers les définitions d'équipe, de cadre de santé, de culture. Afin de poser mes réflexions, je commence par définir les différents acteurs et la notion de culture qui, je pense, sous-tendent ma recherche sur l'accompagnement du changement.

##### 1.4.1.1. La notion d'équipe

Le mot équipe a plusieurs sens, sans définition définitive. La définition donnée par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) est la suivante : « *l'équipe est un groupe plus ou moins structuré ayant une finalité commune, pour accomplir ensemble un travail commun* ». L'étymologie vient de la gouvernance, issu du latin *gubernare*, diriger un navire. La HAS définit l'équipe comme « *un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin.* ».

À travers cette définition, l'équipe peut être entendue au sens strict de l'équipe de l'unité de soins, mais également au sens large de l'équipe sur le parcours patient ou la filière. L'équipe possède des compétences mises au service du patient dans un projet qui lui est singulier. « Faire équipe » dépend de plusieurs facteurs dont l'accompagnement promu par le cadre de santé.

##### 1.4.1.2. Le cadre de santé

Dans son rapport sur la mission des cadres hospitaliers, De Singly C<sup>5</sup> (2009), donne une définition fonctionnelle des cadres de santé. Quatre missions principales se dégagent de cette définition : « *une mission de management d'équipes et d'organisations ; une mission transversale ou de responsabilité de projet ; une mission d'expert ; une mission de*

---

<sup>5</sup> De Singly C. : directrice de l'institut du management à l'EHESP.

*formation* ». Dujardin P-P<sup>6</sup> et coll. (2016) décrivent un manager des organisations de soins avec des missions multiples. Le cadre de santé organise les activités, garantit la qualité des soins, s'occupe de la gestion des ressources humaines et de la gestion économique. Il conduit des projets soit commandités par l'institution soit de son initiative en fonction des besoins de son service. Il est « le pivot opérationnel » qui innove au quotidien pour résoudre les situations de la vie quotidienne de son service.

Selon Dumas M.<sup>7</sup> et coll. (2016), le cadre de santé met en musique le travail d'équipe : « *le travail d'équipe consiste à adopter une bonne coordination... Cette coordination est l'affaire de tous mais avec un chef d'orchestre, à savoir le cadre de santé qui organise et gère le travail* » (p 64). Cette interaction selon Aiguier<sup>8</sup> G. (2014) favorise la construction de compétences transversales nécessaires dans leur pratique. « *Faire équipe signifie dans cette perspective apprendre à développer des connaissances, des capacités et des compétences collectives qui rendront les acteurs capables de faire face aux situations-problèmes qu'ils rencontrent dans leurs pratiques* » (p 617). Les compétences collectives sur le terrain construisent une pratique collective du soin. La mise en œuvre de la loi HPST influe sur la culture des cadres de proximité « *en réaménageant la cartographie des établissements sanitaires, l'opérationnalisation de la loi HPST (2009) change la culture et les rôles des cadres.* » (Dumas M., Ruiller<sup>9</sup> C., 2013 p 43). Cette évolution culturelle a commencé auprès de l'encadrement de proximité au moment de la mise en œuvre de la loi HPST.

#### 1.4.1.3. La culture

La culture est définie par Thurler M-G. et Progin L.<sup>10</sup> (2014) comme étant le plus souvent implicite, c'est un « *système d'orientation universel d'un collectif d'individus, qui se construit à partir de symboles (par ex, langage, signes, comportements particuliers) systématiquement transmis et influençant la perception, la pensée, une série de valeurs en fonction desquelles*

---

<sup>6</sup> Dujardin P-P : Cadre supérieur de santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, CHU de Grenoble, laboratoire TIMCIMAG / CNRS, Université Grenoble Alpes, France.

<sup>7</sup> Dumas M. : Maître de conférences en Sciences de Gestion. Chercheur associé à l'Institut de Recherche sur les Entreprises et les Administrations (IREA), EA 4251, Université de Bretagne Sud.

<sup>8</sup> Aiguier G. : Enseignant-chercheur au Département d'Éthique (Centre d'Éthique Médicale) de l'Institut Catholique de Lille et membre du Laboratoire d'Innovations Pédagogiques de l'Institut Catholique de Lille.

<sup>9</sup> Ruiller C. : Université de Rennes 1 IGR (CREM UMR CNRS 6211).

<sup>10</sup> Thurler M G. et Progin L. : Université de Genève.

*ces individus agiront tout en affirmant leur appartenance au collectif* » (p 71). Godelier E.<sup>11</sup> (2009) donne une dimension assez large de la culture qui prend en compte son rôle social intégratif, mais aussi adaptatif dans un changement. Il envisage la culture comme

*« l'ensemble des principes, des représentations et des valeurs partagées par les membres d'une même société (ou de plusieurs sociétés), et qui organisent leurs façons de penser, leurs façons d'agir sur la nature qui les entoure et leurs façons d'agir sur eux-mêmes, c'est-à-dire d'organiser leurs rapports »* (p 103).

Le collectif construit sa culture en la transformant au fil de l'eau. Elle est orientée en fonction des savoirs et des expériences qui créent des répertoires d'action, fonctionnellement efficaces, qui sont transmis entre les membres d'un même groupe. La culture est un levier puissant de socialisation, elle permet de créer une perception partagée, des faisceaux d'informations, des paradigmes de pensée et de savoir lexical. Ces répertoires agissent sur les pratiques.

Godelier E. estime que le rôle de la culture est un vecteur essentiel des processus de changement. Il place la culture dans une dynamique adaptative en étudiant *« les principes fédérateurs »* qu'elle sous-tend. Il questionne ce que les personnes ayant les mêmes pratiques partagent sans pour autant faire partie de la même communauté. Ce n'est plus de la communauté dont il parle, mais de la communauté de pratique, qui est *« la formation d'un collectif dans l'action. Le terme « pratique » devient alors le facteur de regroupement de personnes »* (ibid. p 100).

Après avoir défini les différents points d'ancrage de ma recherche, je poursuis mon exploration par deux entretiens pour me permettre de poser ma question de recherche et les hypothèses.

#### **1.4.2. Les entretiens exploratoires**

L'accompagnement au changement est l'élément central de ma recherche. Je perçois la nécessité de m'enrichir de l'expérience d'autrui pour confirmer ou infirmer mes premiers axes de recherche. Je décide donc de partir de façon inductive sur le concept de changement pour affiner ma question de recherche et vérifier ainsi la présence des notions définies dans le point suivant. *« La démarche inductive consiste à partir de l'observation ou « du pratique », à*

---

<sup>11</sup> Godelier E. Professeur agrégé de sciences de gestion, président du département humanités et sciences sociales, École polytechnique, titulaire de la chaire Management multiculturel et performances de l'entreprise.

*se diriger vers une généralisation, vers les notions, les concepts.*<sup>12</sup> ». Je pars de la pratique de terrain de deux faisant fonctions cadres. Je les questionne sur leur accompagnement au changement de pratiques. Cette approche est réductrice dans sa conception en n'interviewant que deux personnes. Je cherche à stabiliser ma question de recherche tout en privilégiant une approche qualitative et inductive. Je récolte ces matériaux empiriques sous forme d'entretiens exploratoires semi-directifs. Chaque expérience est singulière, je vais chercher les éléments de convergence ou de divergence au fil de leur discours.

#### 1.4.2.1. Choix de terrain et population étudiée

Je réalise les entretiens<sup>13</sup> auprès de deux de mes pairs étudiants cadres de santé de l'IFCS. Ils ont accompagné une conduite de changement lors de leur faisant fonction sur une période d'au moins 2 ans. Ils sont tous deux issus de la filière infirmière. Ils ont effectué leur faisant fonction cadre en unité de soins en psychiatrie adulte. Le premier en CMP adulte, le second en unité de soins de patients adultes chroniques vieillissants.

#### 1.4.2.2. Recueil de données

##### a) L'accompagnement

Tous les deux guident, posent les limites, informent sur le cadre législatif ou informent sur les changements souhaités par l'institution. Le premier F/F évoque l'accompagnement du cadre qui construit un maillage contenant. Par cette action, il soutient l'action opérationnelle des agents de terrain. Ce maillage favorise la création du lien dans l'équipe et aux abords de l'équipe. Le second interviewé utilise l'écoute active pour rassurer les équipes après l'annonce du changement à entreprendre. À travers ces deux exemples, les pratiques d'accompagnement par les cadres s'avèrent différentes.

##### b) Le changement

J'observe deux nécessités de changement à travers les propos recueillis. Le premier est un changement nécessaire des pratiques soignantes en lien avec l'évolution du cadre législatif. Pour le second, il s'agit d'accompagner une restructuration polaire plus globale dans un climat social difficile. Le second changement est plus conséquent que le premier. Le premier F/F cadre adapte les pratiques, alors que le second accompagne une réorganisation

---

<sup>12</sup> Cours de M. Quehe février 2017

<sup>13</sup> Annexe 1 : entretien exploratoire

institutionnelle plus globale interrogeant l'ensemble des pratiques. Dans les deux cas, ils repèrent des émotions exprimées par les agents : « *il y avait des sujets récurrents qui venaient de façon agressive* ». Le changement s'opère par des phases « *de points de ruptures, de pertes de motivation* ». Tous les deux pensent que les préoccupations des équipes s'orientent vers les besoins du patient : « *que voulons-nous ?* ». D'étape en étape, le projet prend sens, une direction et un mouvement de groupe se créent vers un but commun. Un « *nous* » se crée autour de valeurs telles que « *l'humanité dans les soins* ». Les préoccupations autour des besoins du patient, de défense des droits citoyens, « *d'égalité des chances* » avec des valeurs et des représentations partagées « *la philosophie du soin* » se construisent.

Même si les commandes de changement n'ont pas la même origine, leurs finalités de mise en œuvre convergent vers une recherche de sens à donner : « *sens direction et sens définition avec des objectifs à définir au départ du projet* ». Tous deux mentionnent le rôle pédagogue du cadre : « *le cadre comprend et aide à comprendre le projet suivant une démarche pédagogique du travail à fournir* ». Ils repèrent le besoin de formations nécessaires pour accompagner le changement des pratiques en fonction des échanges avec les agents.

#### c) La culture

Je ne retrouve pas dans leur discours d'éléments sur la culture en tant que telle, ils évoquent une philosophie de soin partagée avec leur équipe.

#### d) Biais de ces entretiens exploratoires

Les deux F/F cadres ont mené une conduite de changement en santé mentale, cette première analyse ne s'applique pas à la conduite de changement en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), ne me donnant pas de matériau de comparaison supplémentaires.

### 1.5. Ma question de recherche

Cette première approche me permet de constater que le changement est pluriel. Pour les deux interviewés, les accompagnements sont différents pour autant le sens donné au travail et le mouvement donné à l'évolution des pratiques professionnelles sont retrouvés dans leur discours.

Dans le champ de recherche défini, les entretiens laissent entrevoir un approfondissement nécessaire autour de la notion de changement. Le changement impacte les compétences et questionne les pratiques. Ce premier temps exploratoire me permet de préciser mon questionnement.

#### **Question de recherche**

En quoi le cadre de santé peut faire évoluer les pratiques professionnelles sur une filière de soins ?

et de formuler les **deux hypothèses** s'y rapportant :

#### **HYPOTHÈSES**

- 1- Le sens donné par le cadre de santé aux évolutions de prises en charge des patients permet l'adaptation des soignants à un nouvel environnement
- 2- La valorisation des compétences soignantes par le cadre de santé favorise l'adaptation des pratiques professionnelles dans les filières de soins.

Après avoir exposé ma première expérience dans l'accompagnement de changement, ainsi que celles de deux F/F cadre de santé, ce qui m'a mené à une problématique et deux axes hypothétiques, je vais maintenant élaborer le cadre conceptuel en lien avec ma problématique.

## CADRE CONCEPTUEL

---

## 2. Cadre conceptuel

Le travail de recherche questionne l'accompagnement des évolutions de pratiques professionnelles dans un contexte de changement. Dans un premier temps, je choisis de définir les notions d'accompagnement, de sens et de changement pour poursuivre sur la notion de compétence et le concept des pratiques professionnelles.

### 2.1. La notion d'accompagnement

#### 2.1.1. Définition

L'accompagnement décrit la relation entre deux personnes qui présage d'une relation simple au départ, d'une influence de l'un sur l'autre. Accompagner veut dire : « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui. La mise en relation est au fondement d'une opportunité de renouvellement, autrement dit d'un « passage à autre chose »* (Paul M.<sup>14</sup>, 2002, p 54). L'accompagnement est en fait, un dispositif humain assez complexe. Chaque personne est porteuse d'un idéal de la relation qu'il souhaite. Cette relation se situe dans un contexte, un environnement, qui impacte l'accompagnant, l'accompagné et la relation qui les unit.

#### 2.1.2. L'accompagnement dans un contexte professionnel

##### 2.1.2.1. La relation d'accompagnement

Selon Charlier E.<sup>15</sup> (2014) dans le Dictionnaire des concepts de la professionnalisation, l'accompagnement suppose dans un langage partagé la participation des deux protagonistes : celui qui soutient et celui qui met en œuvre. Elle reprend les propos de Boutinet J-P pour qui « *l'accompagnement repose sur une injonction d'autonomie* » (p 18). L'accompagnement est basé sur une relation dynamique dans un temps donné. Il permet de guider à la transformation, d'acquérir des compétences nouvelles, d'impulser une nouvelle manière de savoir agir, de savoir et de savoir être. C'est un « agir avec » qui se base sur l'expérience.

---

<sup>14</sup> Paul M : docteur en Sciences de l'Éducation. Membre associée du CREN (Centre de Recherche en Éducation de l'Université de Nantes).

<sup>15</sup> Charlier E : professeur à l'Université de Namur, responsable du pôle de formation continue, directrice du Département Éducation et Technologie. Recherche : analyse des pratiques professionnelles - accompagnement du changement.

Pour celui qui porte l'accompagnement, comme le cadre de santé, plusieurs postures sont alternativement repérées. Ces postures composent la pratique d'accompagnement définie par Dufour R<sup>16</sup>. et al. (2014). Cette pratique comprend alternativement le rôle de conduire, guider et escorter, ceci pour soutenir le développement de compétences et le changement de pratiques. À travers cette définition, trois registres pratiques sont mis en avant pour accompagner les changements :

- L'escorte : aide, assiste, porte secours et protège.
- Le guide : conseille, guide et oriente.
- Le conducteur : éduque, forme et initie.

L'accompagnement managérial est basé sur le triptyque institution – manager – managé. Cette relation se situe dans un environnement qui impacte la relation créée entre l'accompagnant et l'accompagné. L'institution, le manager et le managé ont chacun leurs objectifs avoués et cachés. De fait, la mise en place de ce qui est souhaité par chacun des protagonistes n'est pas toujours possible.

#### 2.1.2.2. Le nouveau management de la fonction publique hospitalière (NMP)

L'institution influence le type de relation entre l'accompagnant et l'accompagné. Pour Dujarier M-A.<sup>17</sup> (2015) depuis les années 80, le nouveau management public (NMP) soutient les actions managériales de la fonction publique (p 96). Le NMP « *ambitionne de faire passer l'État d'une logique de moyens à une logique de résultats* ». Le NMP instaure un management par la performance historiquement mis en œuvre par Taylor, Ford, Fayol, Camp, Hammer et Champy et Deming.

Le NMP instaure des mesures pour accroître la productivité du service public et améliorer le service rendu à l'utilisateur, par des dispositifs standardisés, « *mise en œuvre au nom de la « performance », de « l'excellence », de la « satisfaction » ou encore du « développement », des termes qui promettent de donner du sens* » (*ibid.* p 9). Ces pratiques d'encadrement du travail sont des dispositifs qui participent à la mise en sens des pratiques professionnelles par le cadre.

---

<sup>16</sup> Dufour R. : Direction de la santé publique de Montréal.

<sup>17</sup> Dujarier M-A : Professeure de Sociologie à l'université Paris 7- membre du laboratoire LCSP (Laboratoire de Changement Social et politique), chercheure associée au LISE.

Toujours selon la même auteure, « *ils (les travailleurs) centrent leur attention sur certaines dimensions du monde matériel, social et subjectif et en occultent d'autres pour arriver à agir* » (ibid. p 219). Ceci leur permet de construire un sens à leur pratique.

D'après Pastor P.<sup>18</sup>, Bréard R.<sup>19</sup> (2004) un changement s'effectue en trois étapes : la préparation au changement, l'étape « *dynamique* » c'est-à-dire la modification des pratiques et enfin la « *consolidation* ».

À travers ces propos, l'accompagnement s'avère complexe avec des attentes réciproques qui diffèrent au regard des objectifs et des attentes de chacun des protagonistes. La modification des pratiques constitue la deuxième étape de cet accompagnement au changement.

## 2.2. La notion de sens

Le sens est repéré dès le début de travail de recherche comme une notion centrale d'accompagnement au changement. Le sens est une notion complexe. Quatre significations du mot sont retrouvées en langue française : le sens direction, le sens signification, le sens sensorialité et le sens sensibilité.

Le sens selon Roussely B.<sup>20</sup> (2013) est une « *raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique, une signification* » (p 36). Lorsque le mot sens veut dire direction, il définit ce qui a trait au déplacement, à la direction, à l'orientation. Cette approche est intéressante dans le contexte de changement car elle renvoie à des éléments de cohérence. Le sens, dans son approche systémique, évoque tout ce qui a trait à l'organisation, à la cohérence et à la cohésion entre différentes entités. Pour Roussely (2013), le sens est un levier de mobilisation et d'action, il donne une direction. Le sens est donné de façon singulière par l'individu, qui donne « *du sens à son action et non pas l'organisation qui décide pour lui* » (ibid. p36).

Boutinet J-P<sup>21</sup> (2013) pose la question du sens et du non-sens. La quête du sens permet de « *conférer un sens au travail que chacun recherche comme une valeur perdue ou simplement ignorée* » (p 15). Dans un contexte de changement, les repères changent et de fait le sens est

---

<sup>18</sup> Pastor P. : docteur en sciences de l'information et de la communication, diplômé de psychologie, enseignant au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

<sup>19</sup> Bréard R. : diplômé en sciences de l'information et de la communication, formateur au Centre National de La Fonction Publique Territoriale (CNFPT).

<sup>20</sup> Roussely B : Cadre supérieure de santé, centre hospitalier Saint Anne, Paris.

<sup>21</sup> Boutinet J-P : Boutinet J-P : Docteur d'état en lettres et sciences humaines, professeur de psychosociologie à l'Université Catholique de l'Ouest.

interrogé. La notion de sens questionne le changement et les pratiques. Elle sera définie dans les points traitant de la notion de changement et du concept de pratiques professionnelles.

### 2.3. La notion de changement

Sans changement, il n'est pas de progrès possible<sup>22</sup>. Le changement<sup>23</sup> est permanent, il peut être subit ou choisi. Un changement qui n'est pas accompagné au niveau des organisations est voué à l'échec.

#### 2.3.1. Définition du changement

Le dictionnaire Larousse le définit comme un verbe d'action. Le changement modifie, c'est le passage d'un état à un autre. C'est également un changement de correspondance d'un lieu à un autre. Cette définition succincte évoque un mouvement, mais ne renvoie pas à sa complexité.

Le changement dans le contexte des organisations est décrit par Bernoux P.<sup>24</sup> (2004) « *le changement dans une organisation qu'il vienne de la société, de contraintes externes (concurrence, innovation, technologiques), qu'il soit impulsé par la hiérarchie ou par la direction est un apprentissage de nouvelles manières de faire, de nouvelles règles* » (p 21). Cette définition du changement se situe dans une dynamique d'apprentissage. Selon Albert E. et Emery J-L<sup>25</sup> (2004) « *Le changement est un apprentissage et pour changer, l'homme doit apprendre* » (p 80). Quelle est la dimension individuelle du changement ?

#### 2.3.2. La dimension humaine du changement singulier

La notion de changement ne fait pas toujours consensus, elle dépend de son utilisation au sens précis ou au sens large. Marsan C.<sup>26</sup> (2008) décrit le processus singulier du changement, elle fait le lien avec les étapes du deuil étudiées par Kübler-Ross E.<sup>27</sup>. Ces étapes ne sont pas chronologiques, elles sont mêlées les unes aux autres et propres à chacun.

---

<sup>22</sup> IFCS : cours de M. Parmentier C. le 16 novembre 2016

<sup>23</sup> Cours de M. Bremaud, décembre 2016

<sup>24</sup> Bernoux P : sociologue, Docteur d'État, Directeur Honoraire de Recherches au CNRS. Enseignant-chercheur en sociologie du travail et des organisations.

<sup>25</sup> Albert E. et EMERY J-L : médecins psychiatres consultants en entreprise.

<sup>26</sup> Marsan C : psychosociologue, chercheur en sociologie, elle est aussi consultante en accompagnement au changement, coach et psychothérapeute.

<sup>27</sup> Kübler-Ross E : psychiatre helvético-américaine, pionnière de l'approche des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie.

- La première étape est la **sidération**. Elle s'exprime de façon plus notable lors de changement subit. Cet état de déni est un mécanisme de défense qui permet la préservation de l'équilibre émotionnel. Sa finalité est de garder les forces nécessaires pour affronter, ou non, la situation. Certains restent à cette étape, d'autres entrent dans le processus de deuil.
- L'étape du **marchandage** ou d'expression émotionnelle. Elle traduit l'intégration du changement par le sujet. À cette étape, la personne ne peut pas encore traiter de façon rationnelle ce qui lui arrive.
- **L'évitement** : certains, ne parvenant pas à comprendre seront dans l'évitement.
- La dernière étape est l'**acceptation** où le sujet se reconstruit. À cette étape, il peut s'engager dans de nouveaux projets.

Pour aider à mettre du sens dans le changement au niveau individuel, Marsan (2008) donne les clés de réflexion qui se situent dans l'action collective « *les clés de la réussite d'un changement organisationnel : du sens, de l'éthique et comprendre que, pour changer les autres, il faut que le changement passe d'abord par l'intérieur* » (p 41).

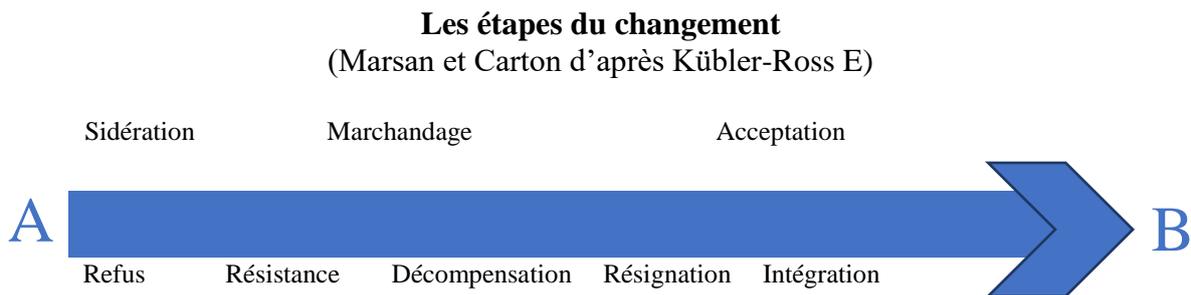
Les phases intégratives décrites par Kübler-Ross E sont également définies par Carton G-D.<sup>28</sup> (2006). Le changement une fois initié ne permet pas de retour en arrière possible. « *Une des lois fondamentales du changement suppose toujours la perte de quelque chose qui était lié à l'état antérieur* » (p 38). Il y a deux axes majeurs du changement singulier : la modification d'un système et d'un comportement. Concernant le comportement plusieurs étapes sont décrites :

- Le **refus de comprendre** est une phase brève de déni.
- La **résistance** peut prendre quatre formes : l'inertie, l'argumentation, la négociation ou le sabotage. Cette phase est naturelle, innée voire utile. Ce second temps s'impose lorsque l'acteur prend la mesure du changement, il permet d'objectiver le changement à mener. « *La résistance au changement est un facteur de progrès et une opportunité d'améliorer le changement* » (ibid. p 91). En effet, il permet de dialoguer sur le fond et la forme du changement le rend plus concret avec une vision plus intelligible.
- La **décompensation**, avec l'impression de bataille perdue, c'est l'abandon de la résistance.

---

<sup>28</sup> Carton G-D : psychologue clinicien

- La **résignation** qui génère d'une part la nostalgie de l'avant changement, mais aussi son acceptation. À ce stade, le changement n'est pas encore installé.
- La dernière étape de cette mutation est l'**intégration**. C'est l'acceptation totale qui se décompose en deux temps : l'**intégration conceptuelle** (ou de raison) et l'**intégration comportementale** (les routines comportementales sont remplacées par d'autres manières d'agir). Le changement comportemental est perceptible au vu de l'évolution du langage utilisé, qui exprime l'intégration du changement tout comme l'évolution de l'échelle des valeurs.



Carton (2006), souligne que « *l'origine du changement a un impact fort sur son déroulement* » (ibid. p 27) et présage de son intégration. Pour celui qui vit le changement, sa perception est singulière et rattachée à sa réalité liée à sa vision du monde, elle-même fruit de son éducation et de ses expériences. Il existe trois types de changements qui s'apprécient au regard du triple filtre de la nécessité, de l'utilité et de l'intérêt de la personne pour le changement :

- **L'argument de nécessité de changement** est l'argument le plus fort pour le faire accepter. Il est basé sur la stratégie d'évitement du pire pour assurer la survie. Cet argument est limité car il ne permet pas l'intégration du changement et provoque davantage la résignation pour le mener.
- **L'argument d'utilité** laisse présager une amélioration ou au contraire l'évitement d'un dommage.
- **L'argument d'intérêt** au changement est lié à l'expression de l'égo des personnes. C'est un argument puissant d'acceptation individuelle poussé par la question du gain personnel.

Les changements ne sont qu'une étape, ne laissant aucun répit dans une succession de changements.

### 2.3.3. L'approche systémique du changement

Cette approche est issue des théories de l'école de Palo Alto. Cette approche a révolutionné le champ des sciences humaines. Elle place la communication et la notion de système au centre de sa théorisation qui ne sépare pas l'individu du contexte culturel et relationnel. L'intérêt pour un intervenant d'utiliser l'approche systémique est de comprendre les phénomènes de cercles vicieux et vertueux, d'interpréter les effets du changement et d'analyser les interactions entre les éléments d'un système.

Le changement est constant. Il rythme la vie, il permet de s'adapter au milieu. Il y a deux types de changements : celui qui s'opère dans un système donné et celui qui révolutionne le système dans sa globalité. Selon Albert E. et EMERY J-L (2004), qui reprennent les propos de Bateson G.<sup>29</sup>, il y a deux types de changement : « *Celui qui intervient à l'intérieur d'un système, qu'il nomme le changement 1, et le changement qui affecte et modifie le système lui-même, qu'il appelle le changement 2* », (p 83). Ces deux typologies possèdent des caractéristiques qui les définissent.

#### 2.3.3.1. Changement de typologie 1

C'est le changement vu au niveau micro du système avec une finalité d'adaptation à ce système : « *le changement de niveau 1 est celui qui permet au système de maintenir son équilibre, la modification s'opère simplement au niveau des éléments du système* » (Marsan C., 2008, p152). La finalité de ce changement est de maintenir l'équilibre dans ce système sans l'impacter, « *la personne recherche à maintenir son système intérieur, même s'il est en fait peu satisfait, et agit de manière à faire davantage ce qu'elle sait déjà faire et à renforcer ses acquis et ses habitudes* » (ibid. p 152). Ce niveau de changement ne touche qu'un élément qui le compose, qui tente de s'adapter dans le système sans le changer.

#### 2.3.3.2. Changement de typologie 2

Le changement de niveau 2 est une modification du système dans son ensemble soit un changement à l'échelle macro du système. « *C'est le système lui-même qui se modifie ou qui est modifié* » (ibid. p 152). Il comporte un risque individuel d'un devenir incertain et d'inconnu.

---

<sup>29</sup> Bateson G. : anthropologue, psychologue, épistémologue américain. Il est à l'origine de l'école de Palo Alto.

Ce changement induit une prise de risques individuelle, une modification des connaissances, des représentations, des perspectives. C'est un changement de paradigme et des représentations partagées « *l'accès au changement 2 dans un système humain nécessite que les règles qui le régissent subissent des transformations. Ce qui implique une reconstruction de la réalité, un changement d'hypothèses de bases ou de présupposés* ». (Ibid. p 153). Albert E et EMERY J-L (2004), évoquent que « *les changements les plus importants se font par crise, la crise oblige à un ajustement jusqu'alors toujours repoussé au profit des priorités opérationnelles* » (p 79). Pour ces auteurs, l'adaptation à ce changement de paradigmes passe par l'apprentissage. Il s'agit de rendre les organisations apprenantes. Les capacités individuelles d'apprentissage laissent présager de la capacité à vivre le changement. Cet apprentissage se base sur des principes et des concepts de communication, de motivation des équipes et d'amélioration du flux d'information.

Le changement 2 est une adaptation qui mobilise d'abord la première typologie de changement. Le changement de niveau 1 repose sur le bon sens alors que le changement de type 2 peut paraître contraire au bon sens.

#### **2.3.4. Approche sociologique des organisations : l'analyse stratégique**

Les auteurs de cette approche sont Crozier M.<sup>30</sup> et Friedberg E.<sup>31</sup>. Les disciplines de rattachement sont les sciences humaines et la sociologie des organisations. L'intérêt pour un intervenant d'utiliser cette approche est l'analyse du système de relations, le repérage des types de rapport au pouvoir et la détermination des cercles vicieux.

Le point de vue de Crozier M. et Friedberg dans les années 70, bien qu'ancien dans les sciences de gestion, est d'actualité pour mener l'accompagnement au changement. L'organisation vue par ces auteurs est un lieu de confrontation, dépourvu de rationalité où se jouent la concurrence et le pouvoir. Il y existe des « *cercles vicieux bureaucratiques* » avec de nombreuses zones d'incertitudes. Ces zones d'incertitude gravitent autour du savoir, du contrôle des règles, du contrôle de l'information et de l'attribution des moyens. À travers cette analyse, il donne une grille de lecture des comportements individuels et collectifs qui se

---

<sup>30</sup> Crozier M: sociologue français. Concepteur de l'analyse stratégique et de l'action collective en sociologie des organisations

<sup>31</sup> Friedberg E : sociologue autrichien. Chercheur au CNRS, Professeur de sociologie à Sciences Po, il est un des plus importants chefs de file de ce qu'on appelle « L'école française de sociologie des organisations ».

jouent dans le changement. Ces comportements sont les fruits de la rencontre des projets personnels avec ceux de l'organisation dont le sujet est un acteur.

#### 2.3.4.1. L'acteur

L'acteur est individualiste, il cherche en priorité à satisfaire ses propres besoins et cela même dans une organisation bureaucratique comme l'hôpital. Dans ce type d'organisation, très hiérarchisée, le pouvoir se situe au niveau de la hiérarchie « *verticale* » mais également au niveau des individus de même niveau « *horizontale* ». Chacun possède une part de pouvoir de par l'autonomie qu'il détient (la marge de manœuvre) et avec laquelle il peut faire pression sur ses partenaires.

#### 2.3.4.2. Le pouvoir

D'après Crozier et Friedberg (1992), dans l'acteur et le système, une des sources de pouvoir est la possession d'une compétence ou d'une spécialité. Le changement est un enjeu de pouvoir qui s'exerce dans la négociation à travers un rapport de forces, de stratégies des acteurs, de leur contrôle sur une zone d'incertitude. L'acteur stratège manœuvre, conclut des alliances pour conserver une marge d'action qui lui convient. Pour ces auteurs, le changement induit une modification des rapports entre les acteurs au niveau des règles du jeu qui les unissent mais aussi du système en entier, où les rapports de forces se trouvent changés.

#### 2.3.4.3. La résistance au changement

Le changement crée de la résistance au changement. Elle exprime la crainte des acteurs de perdre un statut privilégié, des avantages acquis. « *On ne perçoit que ce que l'on sait résoudre, ... l'on ne sait résoudre du moins dans le court terme que ce qui est traitable dans le cadre de construits existants* » (p 25). Les résistances au changement n'empêchent pas le changement, mais renseignent sur l'avancée du changement dans sa mise en œuvre.

*« La résistance est une bonne nouvelle, elle indique que le processus de changement est amorcé, il va s'agir de l'entendre, de l'écouter, de la comprendre, pour extraire du sens et pouvoir ensuite agir collectivement pour trouver des solutions ».* (Ibid. p 161)

#### 2.3.4.4. L'apprentissage

Le changement organisationnel est un processus individuel dans une dynamique collective qui permet l'acquisition de nouveautés, de nouveaux modes de raisonnement. Il est le résultat d'un processus qui implique l'apprentissage de nouvelles normes de relations et de nouveaux modes de raisonnement.

*« Le changement ne peut se comprendre que comme un processus de création collective à travers lequel les membres d'une collectivité donnée apprennent ensemble, c'est-à-dire inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit, et acquièrent les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes. » (Ibid. p 35).*

À travers leurs propos Crozier et Friedberg définissent le changement. La question du sens à donner au changement est réinterrogée à travers le projet défini dans le point suivant.

#### 2.3.4.5. Le projet

Les projets sont institués en France dans les administrations pour être au plus proche de l'utilisateur. Cette approche stratégique et pratique du changement implique les acteurs. Le projet est une stratégie couplée à de la coordination pour la mise en œuvre d'objectifs communs. Un projet est participatif, il ne suit pas les règles de la hiérarchie bureaucratique. Il permet de s'adapter, c'est donc une méthode intéressante dans les conduites de changement.

La conduite de projet est un outil managérial qui permet la mise en œuvre du changement, *« le projet est un outil qui doit permettre d'agir sur une réalité pour la transformer<sup>32</sup> »*. C'est une méthodologie complexe qui comporte plusieurs étapes. Elle vise à atteindre des objectifs sur un temps donné. Ces derniers répondent à une cohérence entre but et finalité. Le projet utilise des moyens, des méthodes et des techniques spécifiques et adaptées.

#### 2.3.4.6. Le projet et le sens

Selon Boutinet (1996) le projet est adaptatif, il crée du sens aux actions engagées, il permet d'anticiper le futur en donnant l'illusion de le maîtriser *« savoir pour prévoir, il s'agit d'explorer le futur pour le domestiquer »* (p 11). Toujours selon le même auteur (2013), *« le sens n'est pas donné une fois pour toute, il est à construire et à reconstruire par l'acteur »*

---

<sup>32</sup> IFCS : cours de M. Parmentier C. Le 16 novembre 2016

(p 17). Pour lui, le sens et le projet sont des construits éphémères qui sont requestionnés au regard des changements. Dufour R.<sup>33</sup> et al (2014) placent leurs observations dans le cadre de groupes projets qui ont pour objectif de soutenir le changement des pratiques professionnelles. Pour ces auteurs « *le projet permet d'instaurer un climat de travail favorable à l'apprentissage, de renforcer le sentiment d'appartenance et l'engagement du personnel, d'intensifier la collaboration entre les équipes* » (p 320). C'est donc un outil motivationnel.

Loufrani-Fedida S.<sup>34</sup> (2008), apporte une réflexion supplémentaire. Pour elle, la réponse à apporter est une réflexion conjointe sur le management par compétence et par projet, qui sont deux axes d'innovations qui permettent le changement. Elle évoque la transversalité de cette notion, pour elle « *les compétences reposent aujourd'hui sur les notions d'autonomie, d'initiative et de transversalité* » (p 75). Pour l'organisation, les compétences sont un capital de ressources humaines, elles enrichissent les bonnes pratiques dispensées au sein de l'organisation.

## 2.4.La notion de compétence

### 2.4.1.La compétence définition générale

Le Larousse définit la compétence « *comme une aptitude, une autorité à effectuer certains actes. Mais également une capacité reconnue dans des matières spécifiques en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* ».

Le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) définit la compétence professionnelle, « *c'est la capacité que possède une personne à porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie* ». La notion de compétence s'est adaptée au gré des évolutions successives. C'est une notion à sens multiple et non stabilisée, elle reste en lien avec le contexte dans lequel elle se décline.

---

<sup>33</sup> Dufour R : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique – Canada

<sup>34</sup> Loufrani-Fedida S : Professeur des Universités en Sciences de Gestion à l'Université Nice Sophia Antipolis, IAE Nice.

### 2.4.2. Notion de compétence dans le monde du travail

Terrano F<sup>35</sup> et Avanzino N<sup>36</sup> (2006) décrivent cette évolution. Les premiers travaux qui portent sur la notion de compétence au travail et permettent de définir la performance au travail sont issus de la psychologie du travail.

L'évolution de cette compétence traduit le besoin d'adaptation aux changements socio-économiques actuels. Les organisations du travail ont changé de paradigme, passant d'une vision taylorienne à une organisation qui fait appel à l'autonomie, à la polyvalence et à la prise d'initiative du travailleur.

Dans le monde de la santé, l'évolution de la notion de compétence influe sur la formation initiale des professionnels. L'universitarisation souhaitée par nos tutelles accompagne cette évolution et met en avant la nécessité de développer l'expertise dans le champ de compétences soignantes en formant des professionnels réflexifs.

La compétence est un des leviers permettant d'accompagner le changement. Je choisis de décrire la compétence dans le monde du travail et plus particulièrement dans le contexte hospitalier. La recherche menée se situe dans un contexte de soins. Le point de vue de Guy Le Boterf, cité dans de nombreux travaux de recherches infirmiers, est le point d'ancrage choisi de la notion de compétence.

### 2.4.3. Le point de vue de Guy Le Boterf

#### 2.4.3.1. La notion de compétence

La compétence est dépendante des valeurs socio-institutionnelles dans lesquelles elle s'exprime. La compétence est un construit individuel propre à chaque soignant. Selon Le Boterf G.<sup>37</sup> (2004) « *les compétences se réfèrent toujours à des personnes. Il n'existe pas de compétences sans individu. Les compétences réelles sont des constructions singulières, spécifiques à chacun* ». L'auteur (1997) repère que la notion de compétence évolue avec les contextes et les évolutions des organisations de travail. La notion de compétence s'appuie sur des compétences réelles (inscrites dans le référentiel de compétences) et des compétences requises (construites de façon singulière par chaque sujet). La compétence se définit en situation. Elle s'adapte aux contraintes dans lesquelles elle est mise en œuvre. L'organisation

---

<sup>35</sup> Terrano F : infirmière, professeure HES à la Haute École de Santé de Genève (Suisse).

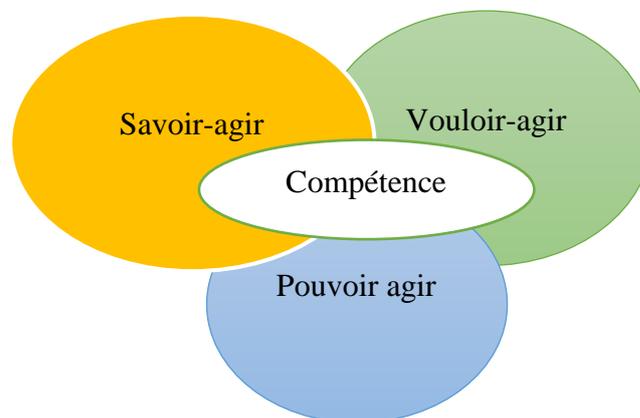
<sup>36</sup> Avanzino N. : sage-femme, chargée d'enseignement HES à la Haute École de Santé de Genève (Suisse).

<sup>37</sup> Le Boterf G. : Docteur d'État en lettres et sciences humaines et docteur en sociologie, professeur associé à l'université de Sherbrooke (Canada).

taylorienne du travail ne répond plus aux nouveaux besoins faisant évoluer la notion de compétence vers l'autonomie. Dans les nouvelles attentes des organisations, la compétence mobilise le savoir-agir qui permet de s'adapter à l'imprévu, d'innover ou de décider dans des situations aléatoires. La compétence résulte de trois pôles :

- « **Le savoir agir** » c'est la capacité à savoir mobiliser des ressources. Il permet de faire face à des situations complexes, à s'adapter « *le savoir agir, c'est le savoir quoi faire* » (p 41).
- « **Le vouloir agir** », représente la motivation de chaque professionnel.
- « **Le pouvoir agir** », il dépend du contexte environnemental, des organisations de travail, des techniques de management et des conditions sociales.

**Schéma** : les trois pôles nécessaires à la construction de la compétence



Une des qualités attendues chez le professionnel est de savoir mobiliser ses compétences et de les transférer dans les situations complexes. « *Le professionnel reconnu comme compétent est celui qui sait construire des compétences pertinentes pour agir* » (ibid. p11) où ces trois pôles sont d'égale importance. La production d'une action compétente découle d'une co-responsabilité entre le soignant sur le terrain, le cadre de santé et son management et le contexte de travail, ici l'organisation hospitalière. Cette triple responsabilité permet au professionnel de prendre des initiatives, des responsabilités et parfois des risques.

#### 2.4.3.2. La compétence individuelle et collective

La compétence se définit suivant deux dimensions qui s'enchevêtrent et sont liées, à savoir la compétence individuelle et la compétence collective. La personne compétente et professionnelle opère avec une autre personne, elle-même compétente et professionnelle dans une dynamique de coopération et de réseau. La coopération selon le CNRTL est « *l'action de*

*participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune* ». Le réseau<sup>38</sup> de soins défini dans le code de la santé publique a « *pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires* ».

La compétence individuelle prend alors sens dans une dynamique collective où la somme de compétences individuelles ne suffit pas à faire la compétence d'une organisation. Il ne s'agit plus de raisonner en termes d'addition de compétences mais de combinaison. Les compétences se combinent et s'articulent créant un corpus de professionnels compétents, de « *personnes capables de coopérer efficacement à des projets décentralisés contribuant à l'innovation et à l'élaboration de nouveaux services et donc à la création de valeur* ». (Le Boterf, 2015, p 28).

#### 2.4.3.3. Les conditions de la construction de la compétence collective

Elle se construisent par l'expérience avec la nécessité d'une qualité de communication et de coopération. La compétence collective est complexe. Elle repose sur le partage de représentations (références communes, méthodes communes), relayé par une communication efficace, une coopération efficiente des membres de l'équipe ou du réseau.

Terrano F. et Avanzino N. (2006) citent Le Boterf pour apporter un éclairage sur l'évolution de la notion de compétence dans un contexte de travail :

*« Les personnes constituant le groupe doivent partager un référentiel commun, un langage professionnel qui leur permet de se comprendre aisément. La coopération porte sur les mêmes enjeux. Ainsi, pour qu'il y ait une compétence collective, chaque membre du groupe doit posséder un référentiel individuel qui n'est pas une bricbe du référentiel commun, mais qui est composé de l'entier de celui-ci. L'addition des référentiels individuels forme le référentiel commun qui est une synergie des différents points de vue » (p 18).*

La compétence au sens de Le Boterf résulte d'une synergie individuelle, collective et institutionnelle. La compétence collective est exigeante, « *plus la compétence collective est forte, plus les compétences individuelles deviennent indispensables* » (ibid. p18). La compétence collective est une capacité de l'équipe à apprendre ensemble. Comme elle concerne le groupe, le management participe à sa construction.

---

<sup>38</sup> Code de la santé publique, article L6321-1

#### 2.4.4. Le point de vue des universitaires

Ce point de vue permet d'ouvrir les axes d'observations et d'apporter des nouvelles réflexions à celles apportées dans le point précédent.

##### 2.4.4.1. Les compétences au niveau de la gestion des ressources humaines

Tout d'abord, Lemoine C.<sup>39</sup> (2012) évoque l'incertitude générée par les nouveaux paradigmes du travail, qui se répercute sur la notion de compétence : « *le travail n'est plus une évidence, il devient incertain et il évolue, les postes changent ou se transforment et avec eux les compétences demandées* » (p 6). Les ressources de compétences évoluent et avec elles les ressources humaines. Ces changements successifs peuvent rendre difficile l'anticipation de mise en œuvre des compétences nécessaires sur le terrain. C'est ce que constate également Coulet J-C<sup>40</sup> (2011) qui fait le lien entre la composante sociologique du monde du travail en évolution et ses répercussions au niveau des ressources humaines. « *La gestion du « capital humain » a pris beaucoup d'importance en faisant de la compétence individuelle et collective l'un des leviers privilégiés pour penser l'adaptation aux mutations socioéconomiques, au cours toujours plus rapide et généralement présentées comme de plus en plus difficiles à anticiper* » (p 2).

Anticiper les compétences devient un challenge pour les organisations qui s'adaptent au fil des évolutions.

##### 2.4.4.2. La compétence : une intelligence pratique

Selon Zarifian P.<sup>41</sup> (2009), la notion de compétences est définie dans les situations de travail, ce qui est un angle sociologique et gestionnaire « *ce qu'on appelle travail n'est pas autre chose que l'exercice de cette compétence dans des situations de productions données* » (p 157-158). Au regard de ce contexte, il donne une définition en trois points de la compétence :

- « *La compétence est une prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté* » (ibid. p.159). Il rajoute la notion de « *avec succès* » à ce premier point qui conduit vers la question des critères de succès ou d'échec « *et des effets des leçons à en tirer* » (ibid. p 160).

---

<sup>39</sup> Lemoine C. : Professeur de psychologie du travail à l'université Lille 3.

<sup>40</sup> Coulet J-C : Consultant indépendant, Chargé d'enseignement en intelligence économique et innovation à IAIE-IGR de Rennes.

<sup>41</sup> Zarifian P. : sociologue français, professeur à l'Université de Paris-Est Marne.

- « *La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité* ». (Ibid. p.159).
- « *La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie et les transforme avec d'autant plus de force que la situation des diversités augmente* » (ibid. p.159).

La notion « *d'intelligence pratique* » oriente la compétence vers l'action et donc vers la pratique du professionnel en situation. L'auteur suggère de se poser deux questions pour accompagner le changement : « *se demander si doublement les conditions sont réunies pour que le sujet puisse conférer un sens, à ce qu'il fait, professionnellement, et quelles sont les forces sociales qui s'exercent en lui et autour de lui pour donner, voire imposer telle ou telle orientation* » (ibid. p 2). Il questionne ce qui crée la motivation de la personne dans l'organisation en mutation, ce qui fait sens dans sa pratique quotidienne.

## 2.5.Le concept de pratique professionnelle

### 2.5.1.Définition

D'après le CNRTL, la pratique est le fait d'exercer une activité particulière, de mise en œuvre de règles, de principes, d'un art ou d'une technique. Elle suit une règle d'action qui permet de conformer sa conduite (dans le domaine moral et social). La pratique est l'exercice d'un métier. Selon Trinquier<sup>42</sup> M-P (2014) dans le Dictionnaire des concepts de la professionnalisation, il y a un débat autour du concept professionnel des pratiques « *elles sont liées à des formes sociales organisationnelles et/ou représentationnelles* » (p 222). Il y a les « *pratiques déclarées versus les pratiques effectives ou constatées* » (ibid. 223). Ces deux types de pratiques cohabitent.

---

<sup>42</sup>Trinquier M-P : Maître de conférences, chargée de recherche ou assimilé. Université Toulouse 2. Département Sciences de l'éducation

### 2.5.2. La pratique professionnelle en santé

Les pratiques en santé se sont complexifiées dans le courant du XXe siècle, les évolutions du contexte (technique, scientifique, politique, social, économique) induisent leur évolution à travers :

- **Les progrès technoscientifiques.** Ceci a pour conséquence de créer de nouveaux savoirs, qui créent de nouvelles pratiques. La médecine est passée d'une logique de soins à une logique de prévention puis de prédiction.
- **Le projet de soins du patient** dans une dynamique d'intervention collective : la recrudescence des états polyopathologiques (dépendance, maladies chroniques, vieillissement de la population) induit une évolution des pratiques cliniques. Le soin se pense en projet de soins qui requiert une prise en charge globale. Le projet du patient qui intègre sa perspective articule divers aspects biologiques, psychologiques et sociaux. La santé devient une pratique plurielle qui mobilise différentes disciplines et différentes professions. La pratique soignante exige une intervention collective dans ce nouveau paradigme.

### 2.5.3. La pratique et le sens

Lagadec A-M<sup>43</sup> (2009), cite Mosconi N.<sup>44</sup>, pour lequel la pratique n'est pas une simple application de la théorie. En effet, dans sa pratique, le professionnel mobilise bien davantage que la théorie. Il est engagé dans une situation à laquelle il donne une signification, un sens, qu'il interprète en fonction de ses expériences antérieures et de ses représentations.

#### 2.5.3.1. Les routines de travail

Dans une période de changement, les pratiques sont réinterrogées, ce qui génère de l'incertitude. Selon Chocat J.<sup>45</sup> et coll. (2014), les pratiques s'ancrent dans l'action concrète et s'inscrivent dans l'expérience professionnelle vécue où les routines doivent s'adapter. Boutanquoi M.<sup>46</sup> (2004) évoque les pratiques et les routines de travail : « *les pratiques*

---

<sup>43</sup> Lagadec A-M : Cadre supérieur de santé, formatrice diplômée du master SIFA de Rennes 2 et formatrice à l'Institut de formation des cadres de santé, CHU de Brest

<sup>44</sup> Mosconi N : professeure en sciences de l'éducation à Paris x-Nanterre, est ancienne élève de l'École Normale Supérieure de Sèvres, agrégée de Philosophie, docteure et habilitée à diriger des recherches en sciences de l'éducation.

<sup>45</sup> Chocat J : Cadre de Santé – Formateur en soins-infirmiers

<sup>46</sup> Boutanquoi M : Maître de conférences université Franche-Comté, chercheur CREF, université Paris X-Nanterre

*professionnelles se distinguent dans l'ensemble des pratiques sociales au sens où elles mobilisent des savoirs, des savoir-faire, des connaissances scientifiques et techniques retraduits dans des routines de travail* ». Ces routines de travail sont questionnées dans un environnement de plus en plus complexe.

#### 2.5.3.2. Les pratiques et les nouvelles attentes du soin

C'est ce que décrivent Augier<sup>47</sup> G et Cobbaut J-P<sup>48</sup> (2016), ils repèrent que les situations nécessitent plus qu'une stricte application de connaissances, de protocoles ou de procédures où les praticiens « *savants* » intègrent une somme importante de savoirs. Les réponses aux demandes de soins des usagers évoluent.

Au regard de ces attentes nouvelles, les professionnels doivent être capables de mobiliser différentes ressources (savoirs, savoir-faire et savoir-être) pour faire face à des situations complexes. Cette complexité invite à la coopération des professionnels autour du patient : « *la prise en charge globale du patient nécessite une approche coopérative de l'intervention professionnelle intégrant la perspective du patient qui implique qu'on se penche sur la finalité du soin* » (p 21). Afin d'évoluer, ces pratiques doivent être pensées en coopération d'acteurs autour du même objet, à savoir le projet de soins du patient.

#### 2.5.3.3. Le point de vue du professionnel de terrain

Dans un contexte hospitalier en changement, Roussely B. (2013) replace le sens du point de vue du professionnel qui n'appréhende pas de façon systématique le changement dans une dynamique globale d'organisation, mais du point de vue des répercussions dans sa pratique professionnelle. « *Tout changement peut conduire à l'effondrement du sens, et tout professionnel quel qu'il soit, est confronté à un moment ou à un autre à une perte de sens, de sa pratique* » (p 37). L'évolution des pratiques professionnelles dans un contexte de changement peut amener à une perte de sens.

Les différentes notions et le concept relatifs au questionnement sont définis au regard de la littérature scientifique. Il convient dès lors de recueillir des données auprès des professionnels de terrain sur l'objet d'étude. Cela nécessite une méthodologie dont les étapes sont retracées ci-après.

---

<sup>47</sup> Augier G : Enseignant-chercheur, Centre d'Éthique Médicale, Université Catholique de Lille

<sup>48</sup> Cobbaut J-P<sup>48</sup> : Directeur centre éthique médical. Juriste, philosophe, docteur en santé publique (mention éthique).

# METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

---

### **3. Méthodologie de la recherche**

#### **3.1. Ma démarche de recherche**

Ce travail de recherche est pour moi l'opportunité de trouver des pistes de réflexion sur des situations rencontrées durant ma pratique managériale de faisant fonction. À mon entrée à l'IFCS, je manque de perspective pour accompagner de façon constructive l'évolution des pratiques professionnelles lors d'un changement dans l'organisation.

La conduite du changement est ardue, je pressens qu'elle jalonnera mon parcours professionnel futur. C'est pourquoi ce travail de recherche est pour moi l'occasion de prendre du recul, d'être réflexive et surtout d'aller m'enrichir des points de vue d'autres cadres de santé qui ont l'expérience de l'accompagnement du changement auprès des équipes.

Dans un premier temps, l'abondance de la littérature m'a fait voyager à travers les écrits de nombreux auteurs. Pour autant, je ne parvenais pas à trouver mon fil d'Ariane pour construire ma propre pensée. C'est pourquoi, durant la phase exploratoire, j'ai privilégié l'approche de terrain en allant à la rencontre d'étudiants cadres de santé ayant expérimenté cette évolution des pratiques durant leur faisant fonction. Cette méthode inductive me met à distance de mon expérience de terrain. Cette étape exploratoire me permet de dégager des éléments conceptuels. L'aide de ma directrice de mémoire, à ce moment de ma recherche, m'aide à prendre une posture réflexive. Par nos échanges constructifs je parviens à formuler mes questions et leurs objectifs pour faciliter leur analyse ultérieure.

Progressivement, une question de recherche a émergé ainsi que deux hypothèses que j'ai mises à l'épreuve des faits par l'observation. Je choisis une méthode qualitative dans une démarche hypothético-déductive faite auprès de cadres de santé impliqués dans les filières de soin du GHT.

#### **3.2. Population cible**

##### **3.2.1. Sélection de la population**

Ma question de recherche concerne l'accompagnement par les cadres de santé des pratiques professionnelles lors de changements portant sur l'ensemble de l'organisation en lien avec les GHT. Je centre ma recherche sur le secteur sanitaire.

Selon Blanchet A. et Gotman A (2005), « *définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et à quel titre ; déterminer les acteurs dont*

*on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose »* (p.33).

Je choisis d'orienter ma recherche auprès de cadres de santé qui sont impliqués dans les groupes de travail de mise en œuvre du projet médical partagé (PMP). Pour ce faire, je contacte par courriel les directeurs de soins des établissements qui font partie d'un même GHT. L'un des directeurs prend le temps de m'expliquer les différentes filières, les acteurs et les rétro-plannings des rencontres programmées pour l'élaboration du PMP. Il me fait parvenir les coordonnées des cadres concernés.

Afin de rendre représentatif mon travail de recherche, je décide de solliciter des cadres d'établissements différents mais qui font partie de la même filière de soins. Je concentre ma recherche sur deux filières : la filière urgences et la filière personnes âgées.

Les critères de sélection sont donc d'être cadre de santé d'une équipe de soins sur une filière du GHT.

### **3.2.2. Recrutement des interviewés**

Je contacte par téléphone plusieurs cadres des deux filières. J'en connais deux parmi eux, ils font partie de mon réseau professionnel, je n'ai jamais rencontré les six autres. Lors de ce premier contact téléphonique, je leur expose oralement l'objet de ma recherche. L'un d'eux décline sa participation, il ne rentre pas dans les critères de sélection. Il vient de prendre ses fonctions depuis deux mois et encadre une équipe presque exclusivement médicale. Pour autant, il m'oriente vers un de ses collègues de la filière urgences qui rentre dans les critères de l'étude. Une autre cadre n'est pas retenue. Elle vient de prendre son poste de faisant fonction et n'a pas encore le recul suffisant pour répondre à mes questions. Huit cadres sont contactés, parmi eux six sont sélectionnés et rentrent dans les critères de recherche. Trois cadres de la filière urgences et trois cadres de la filière personnes âgées. Nous convenons assez rapidement d'une rencontre en fonction de leur emploi du temps et des disponibilités réciproques.

### **3.3. Outil d'investigation**

Je décide d'effectuer des entretiens semi-directifs. Selon L. Bardin<sup>49</sup> (2003, p. 93), *« l'entretien semi-directif est une méthode d'investigation spécifique, permettant d'avoir une parole relativement spontanée, un discours parlé, qu'une personne, l'interviewé, orchestre*

---

<sup>49</sup> Bardin L. : Docteur en lettres et sciences humaines

*plus ou moins à sa guise. C'est une mise en scène libre de ce que cette personne a vécu, ressenti, pensé à propos de quelque chose* ». Le choix de l'entretien semi-directif est défini en fonction de l'objectif de la recherche. Il s'agit de recueillir les réponses détaillées des cadres de santé impliqués dans un changement. Fenneteau décrit la technique de l'entretien semi-directif, « *l'interviewer oriente la personne qui parle vers certains sujets et il lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer* » (2015, p 10). J'essaye de mener les entretiens selon ces principes.

### 3.4. La construction du guide

Six questions ouvertes en lien avec le thème de recherche ont été choisies avec des questions de relance, ce qui donne l'opportunité aux interviewés d'approfondir leurs discours. Je réalise un guide d'entretien qui se rapporte au cadre théorique défini en amont. Ce guide me permet de confronter les matériaux récoltés avec les hypothèses posées. La grille est constituée de sept questions ouvertes qui sont en rapport avec les thèmes du cadre théorique. Cette première phase a pris beaucoup de temps pour ajuster les questions et ainsi favoriser l'expression de la pensée des interviewés et dans un deuxième temps faciliter mon analyse.

#### **Question 1 Dans un premier temps je vous propose de vous présenter**

Vous êtes cadre de santé depuis combien d'année(s),

Occupez-vous ce poste depuis longtemps ? Autres postes ?

Êtes-vous cadre infirmier ou d'un autre métier ?

Objectifs : Appréhender le cadre de santé et son expérience.

#### **Question 2 Parlez-moi de votre équipe**

L'histoire de l'équipe, sa composition

Objectifs : Connaissance de l'équipe, composition et maturité de l'équipe

#### **Question 3 Quel changement accompagnez-vous sur la filière ?**

À quel niveau de la filière intervenez-vous ?

Avez-vous déjà accompagné des changements avant celui-ci ?

Si oui était-ce sur une filière ou sur une unité de soins ?

Si c'était sur une unité de soins, qu'est ce qui diffère dans un accompagnement par filière ? Est-ce que ce changement est différent ou pas ?

Objectifs : Expérience de l'accompagnement du changement du cadre de santé - Cerner le contexte du changement - contexte micro ou macro

- Question 4** **Comment avez-vous accompagné, ou accompagnez-vous ce changement ?**  
Est-ce que le gap (écart) dans le changement à franchir est jugé important ?  
(Jugé important pour vous et/ou pour l'équipe)  
Quelles ont été les étapes du changement à mener ?  
Objectifs : Outils d'accompagnement du changement
- Question 5** **Comment s'adaptent les pratiques professionnelles dans ce changement par filière ?**  
Quels ont été les leviers pour l'adaptation de ce changement au niveau de l'environnement ?  
Objectif : Outils d'accompagnement des pratiques professionnelles.
- Question 6** **Est-ce que ça été difficile pour les professionnels de s'adapter à ce nouvel environnement ?**  
Si oui comment avez-vous procédé ?  
Comment avez-vous créé des interfaces en amont et en aval de votre service sur la filière de soin avec votre service pour favoriser la fluidité dans le parcours du patient ?  
Quels ont été les leviers ?  
Objectifs : Adaptation de l'équipe au changement
- Question 7** **Au regard de votre expérience auriez-vous fait différemment ?**  
**Si oui comment ?**  
Objectif : Ouverture

### 3.5. Le déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulent du 4 au 11 avril 2017. Avant de me rendre au rendez-vous, je prépare mon matériel (dictaphone, guide d'entretien, crayon).

Les cadres de santé m'accordent entre vingt-cinq et quarante-cinq minutes. Les rendez-vous sont fixés dans l'unité de soins, cinq m'accueillent dans leur bureau, un dans le salon d'accueil des familles. Je leur demande l'autorisation d'enregistrer la séance, ce qu'ils acceptent. Un d'entre eux aurait souhaité avoir le guide d'entretien au préalable. Ils ont tous décroché leur téléphone et prévenu les membres de leur équipe de leur indisponibilité durant notre rencontre.

Je leur présente le thème de mon sujet de mémoire en énonçant mon sujet de recherche sans définir mes hypothèses de départ. Je prends une posture d'empathie et d'écoute sélective dans

l'objectif de ne pas induire leur réponse. J'annote le guide tout en essayant de m'en détacher. Je commence les entretiens par les remercier pour le temps qu'ils vont m'accorder. Puis je me présente en tant qu'étudiante de l'institut des cadres de santé. Je leur énonce ma question de recherche, puis leur demande de se présenter. Le but de cette présentation est de les mettre en confiance pour faciliter l'expression libre de leur propos. Je recentre la conversation à chaque fois que l'interviewé s'écarte de l'objectif de l'entretien. Je n'ai pas toujours suivi le même ordre de questions du guide, afin de m'adapter à leur discours. Les entretiens demandent une grande concentration pour ne pas perdre mon objectif. La moitié d'entre eux m'a proposé une visite de leur service à la fin de l'interview.

### 3.6. Les outils d'analyse des entretiens

#### 3.6.1. Mon carnet de recherche

Le travail de recherche est complexe. Pour organiser ma pensée, j'utilise un carnet de bord. Je note mes observations, mes questions, les apports des personnes avec lesquelles je partage le contenu de mon mémoire ou les idées qui arrivent de façon impromptue. Cet outil de terrain, comme un fil d'Ariane, me permet de ne pas laisser passer des idées, de rester concentrée sur ma recherche.

#### 3.6.2. Les grilles d'analyse

Analyser c'est interpréter de façon méthodique, rigoureuse, argumentée et cohérente. À travers l'enquête, je récolte des matériaux empiriques, des traces, des observations, des matériaux discursifs. Je procède en trois temps : la transcription suivie de la transposition et en enfin la reconstitution, afin de traiter avec rigueur et méthode ces matériaux et pour faire sortir du sens dans le contexte défini.

- La transcription des six entretiens s'est faite sur trois semaines.
- La transposition se fait à travers les annotations, la catégorisation, les commentaires et les réécritures. C'est l'étape la plus chronophage, je cherche à resituer les mots des acteurs tout en y apportant mon analyse en les confrontant au cadre conceptuel.
- La reconstitution, a pour objectif de donner des pistes d'interprétation.

### 3.7. Les limites et critiques de l'étude

Je n'ai interviewé les cadres de santé que sur l'accompagnement des pratiques, manquant de temps pour faire le même travail auprès des membres de leur équipe de soins. De fait, je reste sur le point de vue du cadre. Croiser ce regard avec celui des soignants aurait apporté plus de dimension à ce sujet. Le temps imparti pour faire cette recherche demande à faire des choix, j'ai donc privilégié les cadres de santé.

Quatre cadres sur six m'ont fait part de la précocité de mon sujet de recherche au vu de la mise en œuvre actuelle du GHT. Cette observation de leur part m'indique qu'ils ne sont pas encore prêts à analyser le changement dans le cadre du GHT. Les propos tenus ont parfois été atténués. Ils sont en train de vivre ce changement de paradigme et ne peuvent sans doute pas prendre encore suffisamment de recul pour analyser les changements sous-tendus.

Concernant la relation instaurée avec les cadres durant l'entretien : la personne enquêtée souhaite renvoyer une image valorisante d'elle-même, ce qui peut générer un manque d'objectivité dans ses propos. De plus, les cadres ont tous fait le lien avec leur mémoire de recherche. Ils sont dans une posture empathique. Ils souhaitent m'aider dans la réalisation de mon mémoire, en orientant leur propos sur ce que, peut-être, ils pensent que je souhaite entendre.

Le travail de recherche en sciences humaines est exigeant. Il demande une implication, une anticipation, une compréhension, une réflexivité qui ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre avec l'actualité riche de l'année à l'IFCS. En effet, la mise en sens demande une stabilité pour comprendre, du temps pour s'approprier les concepts et prendre suffisamment de recul. Le temps m'a paru assez court pour être dans cette dynamique.

Le guide d'entretien contient beaucoup de sous-questions. Cette prolifération de questions a complexifié son analyse.

Le dernier mois, l'articulation de ma pensée est devenue plus prolifique, avec la sensation d'urgence à écrire au regard de la date de livraison de ce travail. Cette urgence m'a obligé à me focaliser sur certains points et à en laisser d'autres de côté.

Enfin, l'entretien met en évidence des points de vue individuels. Ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble du corpus, ils ne représentent qu'une somme de perspectives uniques parmi des centaines d'autres.

## ANALYSE ET INTERPRETATION

---

## 4. Analyse et interprétation

Organiser l'analyse des propos recueillis m'a demandé du temps, devais-je étudier les propos des cadres toutes filières confondues ou devais-je regrouper les différents interviewés regroupés par filières ? Après avoir disséqué le recueil de données, je choisis de regrouper l'ensemble des cadres sans distinction de filière pour analyser puis interpréter leurs propos. Afin de préserver l'anonymat des cadres de santé, je parle au masculin. Je code leur propos en C1 pour le premier cadre 1, C2 pour le deuxième ainsi de suite. Dans un premier temps, je pars de l'accompagnement de la direction, des cadres de santé pour petit à petit me recentrer sur l'accompagnement des cadres avec leur équipe. Je tente de répondre à mes deux hypothèses de départ. Suite aux entretiens, il m'a fallu un temps d'appropriation des termes utilisés par les cadres du MCO. Les éléments de langage, les acronymes sont différents, la question de la culture partagée est soulevée.

### 4.1. Le GHT : la genèse d'une culture managériale partagée

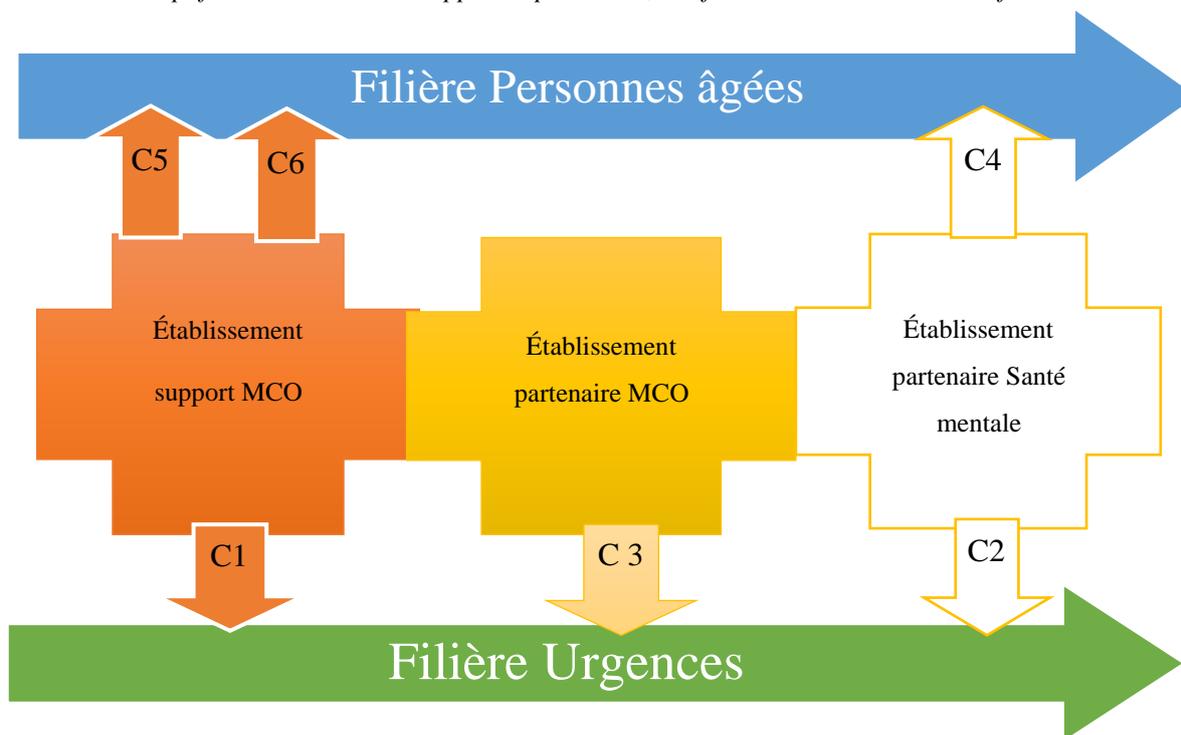
La dynamique de changement est impulsée par la direction en regroupant les cadres pour la mise en œuvre du PMP. Les groupes agissent en transversalité, en organisation horizontale, dans une organisation bureaucratique verticale : « *par rapport au GHT, on fait partie du groupe de réunions* » (C3). Le cadre 1 évoque les différences de culture entre le MCO et la santé mentale, sans pour autant donner d'exemple factuel de différence, « *on est sur deux cultures différentes* » (C1). N'ayant pas le même langage, ni la même culture, les représentations sont sans doute différentes avec des valeurs socio-institutionnelles propres à chaque cadre.

La direction crée une communauté de pratiques au sens de Godelier, qui est représentée par l'équipe de cadres. Cette communauté œuvre vers un même but qui est l'élaboration du PMP. À travers les groupes projets, la direction invite à l'émergence d'une culture partagée par les équipes de cadres de santé. Le cadre 1 parle d'une fonction structurante du GHT : « *le groupement hospitalier de territoire permet de structurer finalement, de fait ce qu'on faisait depuis un certain nombre d'années* ». Il évoque ici le partenariat avec le service des urgences du MCO de l'établissement partenaire du GHT, représenté par le cadre 3. Ce dernier évoque une culture partagée entre les deux sites, « *donc la culture elle est d'ailleurs bien amorcée depuis plusieurs années* » (C3). À travers leur propos, les cadres C1 et C3 du MCO laissent entrevoir que la filière Urgences est déjà effective sur le territoire. La question de la culture est évoquée par les deux cadres de l'établissement support.

## 4.2. Description des filières

Les cadres interviewés sont employés soit par l'établissement support soit par un établissement partenaire du GHT :

**Schéma :** Descriptif des établissements support et partenaire, des filières et des cadres sur la filière du GHT



- Les cadres C1, C2 et C3 font partie de la filière Urgences,
- Les cadres C4, C5 et C6 de la filière Personnes âgées.
- Les cadres C1, C5, C6 dépendent de l'établissement support,
- Les cadres C2, C3 et C4 dépendent d'établissements partenaires.
- Les cadres C1, C3, C5 et C6 sont du MCO.
- Les cadres C2 et C4 de la santé mentale.

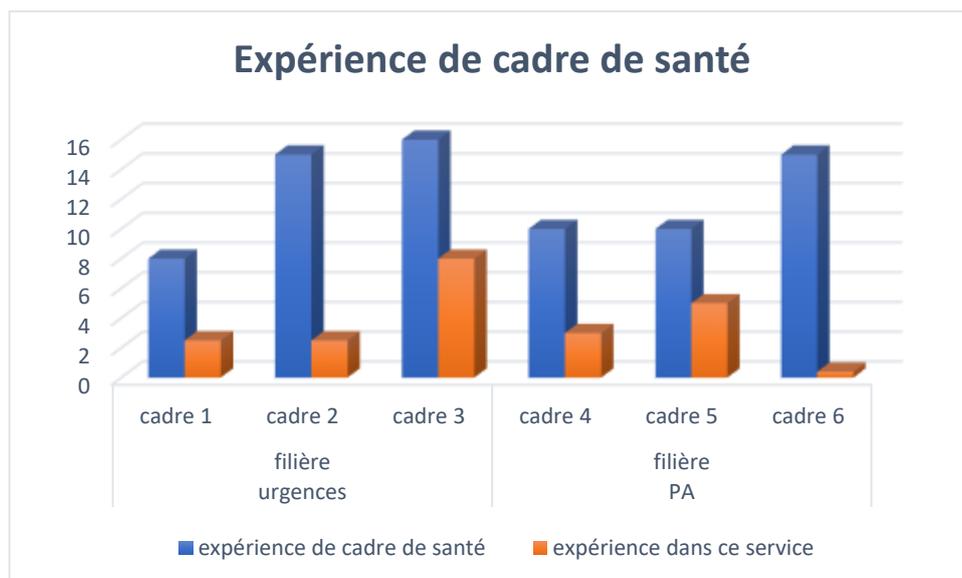
### 4.1. Le profil des cadres interrogés

La première question permet de faire connaissance avec les cadres interviewés. Ils occupent leur poste actuel depuis quelques mois à huit ans. Ils sont tous issus de la filière métier infirmier ayant exercé entre huit à seize ans dans la fonction de cadre de santé de proximité ou de cadre formateur. Ils ont des expériences d'encadrement variées, « *un parcours varié par choix donc mobile* » (C6). La mobilité des professionnels est observée pour chacun : « *parce*

que c'est la mobilité pour tout le monde » (C6). Elle est perçue comme une condition importante dans leurs parcours professionnel, « c'est important la mobilité au niveau des cadres » (C2) et comme une chance, « ma chance c'est mon parcours enfin dans le sens où j'ai été extrêmement mobile » (C1). Ils ont été mobiles soit sur les services de la filière où ils sont actuellement soit dans des services très différents. Ce premier constat laisse présager d'une capacité intrinsèque et des compétences acquises dans leur propre changement. Ils ont une appétence à apprendre, « parce qu'on se construit soi-même, on apprend des autres » (C1). Cette dynamique est importante pour leur équilibre professionnel, « je crois que c'est important d'apprendre, de se recréer » (C1).

Le tableau ci-dessous rend compte de l'expérience globale d'encadrement des interviewés et aussi de leur expérience avec leur équipe actuelle.

**Tableau** : récapitulatif de durée d'expérience de cadre de santé et de prise de poste dans leur unité actuelle



Je vais décrire leur profil pour faciliter leur présentation.

**Le cadre 1** : est dans le service de réanimation qui dépend du MCO de l'établissement support. Il occupe son poste depuis 2 ans et demi, il est mobile dans son parcours professionnel de cadre. Il a managé des équipes sur plusieurs sites du MCO de l'établissement support dans des services très différents.

**Le cadre 2 :** est dans le service Unité médico psychologique- centre d'accueil et d'orientation (UMP-CAO) qui dépend de la santé mentale. Il occupe son poste depuis 2 ans et demi. Il a participé à la mise en œuvre de son unité. Il a pris son poste en même temps que l'ensemble des professionnels qui la constitue. Il a l'expérience des redimensionnements d'équipe en santé mentale.

**Le cadre 3 :** est dans le services d'urgences – surveillance continue qui dépend du MCO d'un établissement partenaire. Il occupe son poste depuis 3 ans. Son expérience d'encadrement est principalement sur la filière urgences.

**Le cadre 4 :** est dans le service hôpital de jour – centre médico psychologique de gérontopsychiatrie (HJ – CMP) qui dépend de la santé mentale. Il occupe son poste depuis 2 ans et demi. Il a participé à la mise en œuvre de l'unité qu'il occupe. Il a été cadre exclusivement sur la filière gérontopsychiatrique.

**Le cadre 5 :** est dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de médecine gériatrique qui dépend du MCO support du GHT. Il occupe son poste depuis 8 ans et connaît bien son équipe.

**Le cadre 6 :** est dans le service de SSR, qui dépend du MCO support du GHT. Il prend ses fonctions et est actuellement en train de faire la connaissance des agents, de son service et du réseau.

Les cadres 5 et 6 travaillent en binôme.

## 4.2. Définition des changements

### 4.2.1. Le GHT : changement de type 2

L'établissement support engage les équipes d'encadrement dans une formation de conduite de changement : « *une formation sur le centre hospitalier qui est la conduite de changement chez le cadre* » (C5). Le pouvoir de décision des évolutions à mener n'appartient pas au cadre de santé, « *le pouvoir décisionnel ne nous appartient pas* » (C2). Certains cadres de santé perçoivent la finalité du changement engagé au niveau institutionnel sans pour autant avoir la finalité concrète du changement engagé au niveau macro de l'organisation : « *toutes ces*

*étapes sont sans doute très claires au niveau de nos directions, ils nous accompagnent » (C5). Ce changement est perçu comme un virage, « c'est un virage dans le système de santé, un virage à prendre, extrêmement intéressant, mais quand je dis virage, effectivement, il faut qu'on revisite tout » (C5). La direction accompagne un changement de type 2 pour l'ensemble du GHT. Le sens engagé par ce changement n'est pas forcément perçu dans son objectif final.*

#### **4.2.2. Les services de soin : un changement de type 1**

Les cadres restent centrés sur les changements à l'échelle de leur unité où *« les changements sont perpétuels. » (C3). Le cadre 2 évoque des changements qui se succèdent de façon continue : « on nous a parlé de grands changements depuis tellement longtemps et en fait on n'en a jamais vu le bout » (C2). Le cadre 3 parle de la succession de ces changements vécue par les équipes : « énormément de modifications au niveau des organisations, donc effectivement les changements des équipes vivent ce changement oui. » (C3). Il repère deux types de changement : des harmonisations de pratiques en lien avec des réorganisations de service mais aussi des évolutions technologiques retrouvées exclusivement pour les services du MCO. Ces changements sont de type 1, sans transformation des mentalités, des représentations ou des modes de relation dans les équipes.*

Les enjeux sont différents entre le changement de type 1 et 2 : *« les enjeux sont différents les enjeux sont complètement différents pour que ça fonctionne il faut mener à bien les changements au niveau de l'équipe pour qu'elle soit suffisamment bien assise pour appréhender des changements plus au niveau de la filière » (C2).*

Le changement de type 1 reste centré sur la vie du service vécue par les agents, ils perçoivent donc plus facilement ce changement. C'est une adaptation du quotidien qui se pense en dehors du GHT : *« c'est pas forcément le GHT enfin c'est pas le GHT qui donne toute cette impulsion, c'est en soi, voilà ça existerait voilà sans le GHT » (C3). Les équipes s'accommodent au fil de l'eau, s'adaptent aux évolutions de l'environnement ou des situations, aux besoins du patient qu'ils accueillent. Pour donner du sens, le cadre accompagne ces évolutions : « Les changements ils arrivent ils sont opérés la seule chose c'est qu'il faut essayer de comprendre ce qui se passe et ce qui se joue c'est surtout ça et en plaçant toujours la personne soignée au centre » (C2). Il replace le changement dans les interactions sur le terrain tout en accompagnant les évolutions des technologies, des médicaments et de la loi, « faut suivre les évolutions technologiques. L'évolution au niveau des médicaments, au niveau de la loi » (C 3).*

Le changement de type 1 donne du sens, prépare le changement de type 2 qui se veut plus complexe et où le sens n'est pas toujours perçu au niveau du terrain.

#### 4.2.3. Les jeux d'acteurs

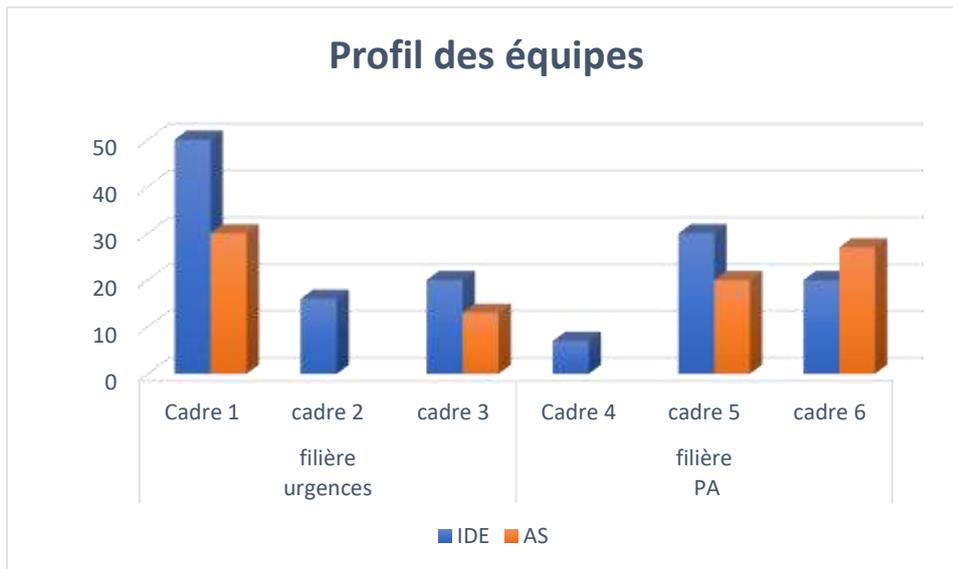
La résistance au changement est retrouvée dans les propos des cadres 2, 3 et 6 dont les équipes ont été les plus impactées dans les redimensionnements d'équipe ces dernières années. Lors du changement, le cadre 6 repère que les agents n'ont pas la même liberté de parole en fonction de leur statut. Les contractuels s'adaptent plus facilement par rapport aux titulaires, les enjeux ne sont pas les mêmes. Les premiers veulent montrer qu'ils ont les compétences requises : « *ils sont dans un rapport avec le cadre où il faut il faut montrer que tout va bien* », alors que « *les anciennes titulaires, elles peuvent s'exprimer* ».

La résistance au changement est observée lors de redimensionnement « *j'avais des freins de plusieurs personnes de l'équipe* » (C3). Cette résistance demande une analyse stratégique du cadre pour comprendre les systèmes, au sens de Crozier, qui ne sont pas toujours une évidence : « *la difficulté c'est de comprendre effectivement pourquoi il y a une réticence et de trouver les éléments mais des fois on les a pas, enfin ils sautent pas forcément aux yeux comme ça* » (C3). Cette compréhension des jeux de pouvoir donne une grille de lecture au cadre pour pouvoir avancer dans les projets : « *j'ai un peu enfin... contrecarré toutes les réticences qu'il y avait au départ* » (C3). Cette résistance s'exprime par un manque de motivation, « *c'est que vous n'avez pas envie de vous retrouver sur la filière hospit et c'était tellement plus facile de mettre la petite nouvelle qui arrive sur la filière hospit* » (C3). Les jeux d'acteur se scénarisent.

Même si le jeu d'acteurs est présent, le cadre de santé évalue le niveau d'expertise ainsi que les compétences attendues : « *on va monter en charge, en quoi mon personnel va être compétent ?* » (C6). Il se pose la question des compétences attendues pour répondre aux évolutions.

#### 4.3. Les équipes

Les dimensionnements d'équipe diffèrent en nombre, en représentativité de métier et en niveau d'expertise au regard de l'ancienneté des agents qui les composent. Afin de faciliter l'analyse des données, je centre mes observations sur l'équipe la plus importante en nombre lorsque les cadres ont plusieurs équipes à gérer.



#### 4.3.1. L'équipe 1

L'équipe pluridisciplinaire comporte au moins 80 agents, environ 2/3 d'infirmiers et 1/3 d'aide-soignants. L'équipe est stable depuis un certain nombre d'années avec une mobilité moindre. « *Quand je suis arrivé, j'ai fait la pyramide des âges, de nombreux infirmiers étaient arrivés en fait il y a de ça 10 ans... infirmiers... autant les aide-soignants il y a une mobilité moindre* » (C1). Ils travaillent en 12 heures avec l'alternance jour nuit. L'équipe doit assurer une continuité des soins 24 heures sur 24 avec un maintien des compétences techniques. Les aide-soignants sont proches de la retraite « *les aide-soignants sont plutôt très âgés* ».

Un haut niveau de technicité est la compétence attendue pour la prise en soin des patients qui peuvent être en phase aigüe. L'équipe pluridisciplinaire est experte dans son domaine de compétence avec une veille professionnelle constante à soutenir au regard des évolutions rapides des techniques.

#### 4.3.2. L'équipe 2

L'équipe a été redimensionnée lors de la mise en œuvre du projet médical en 2014. Elle comprend 16 agents. Les agents assurent une continuité des soins de jour et de nuit. L'équipe est mobile géographiquement en intervenant sur les deux sites : MCO et santé mentale, « *dans les roulements ils ont un temps de 3 semaines sur l'UMP et un temps de 3 semaines sur le CAO* ». L'équipe est constituée d'experts et de novices dans les compétences requises. Les agents sont tous issus de la santé mentale. La coopération sur la filière est encadrée par une convention avec l'établissement support du GHT : « *il faut savoir qu'on travaille avec le*

*SAMU et le SAU et que notre base de travail est la convention, qui a été signée en 2012 et c'est vraiment les règles le socle de base de notre travail » (C2). Un système de convention est établi entre les deux hôpitaux. La convention, qui est actuellement réinterrogée au regard du GHT, donne les règles de la coopération MCO - santé mentale.*

Les compétences requises sont différentes en fonction du site. Ces compétences répondent aux pratiques attendues : « *des évaluations cliniques sur l'UMP* » et « *de gestion de lit* » pour le CAO. Cette équipe est acculturée à la prise en charge en santé mentale et à la prise en charge MCO au sein duquel elle intervient.

#### **4.3.3. L'équipe 3**

C'est une équipe d'une trentaine d'agents avec une majorité d'infirmiers et environ un tiers d'aides-soignants. Concernant les agents titulaires, ils ont un niveau d'experts « *on va dire que l'équipe est composée majoritairement de personnes expertes* ». Les agents sont dans ce service depuis longtemps avec une mobilité moindre : « *une partie effectivement qui sont là depuis plusieurs années, ça doit approcher 10 ans voire plus* ». Cette stabilité est un facteur facilitateur qui favorise une réactivité de l'équipe dans son fonctionnement quotidien, « *quand même au niveau des compétences quand même beaucoup plus facile au niveau logistique* ». (C3). L'équipe d'aide-soignants est assez stable et compétente, « *des équipes qui ont une expertise* » (C3). Pour autant, il y a un turn-over important en lien avec de nombreux congés de maternité, de fait les contractuels se succèdent.

L'équipe est donc actuellement instable au niveau des compétences attendues. Une diminution récente des effectifs a obligé le cadre à repenser les organisations de travail, À travers ses propos, on constate que la stabilité des équipes favorise une compétence efficiente auprès des patients.

#### **4.3.4. L'équipe 4**

L'équipe a un petit effectif. Elle est composée exclusivement d'infirmiers, avec des horaires de journée. L'équipe a été redimensionnée en 2014 lors de la mise en œuvre de la loi HPST. Deux infirmières sont restées, elles ont fait toute leur carrière en gériopsychiatrie. Trois nouvelles infirmières sont présentes depuis mars 2016. « *Deux infirmières sont toujours là et étaient déjà là depuis pas mal d'années avant, et ensuite il y a eu quelques départs et des nouvelles infirmières dont 3 nouvelles qui sont arrivées depuis mars l'année dernière pour le*

*CMP et une qui a remplacé un départ à la retraite en septembre* ». Les agents ont un socle de compétences à leur prise de poste : « *dans notre pôle, on a un socle de formations de base qui est demandé pour venir ici, à savoir les entretiens infirmier, la relation d'aide et l'initiation à la systémie* ».

Les compétences ont changé au regard de l'évolution des indications de prises en soin, avec une expertise dans l'évaluation clinique et des campagnes de communication et de formation des nouveaux partenaires : « *un travail de communication à faire... de formation auprès des partenaires* ». La polyvalence des agents est attendue en fonction des lieux d'intervention, « *on a eu de nouveaux partenaires avec le CMP notamment les médecins traitants, les infirmiers libéraux* ». L'équipe est mobile et intervient sur les SSR du MCO. La file active a considérablement augmenté avec une réduction des temps de suivi des patients demandant aux soignants une réactivité dans leur intervention. Le cadre explique à travers ces propos que les pratiques professionnelles ont été modifiées au travers des récentes réformes.

#### **4.3.5. L'équipe 5**

L'équipe a un effectif important. Elle est composée d'infirmiers et d'aide-soignants qui sont représentés en nombre presque équivalent : « *Beaucoup de temps partiel dans cette équipe* ». Les agents de façon générale ont une pluralité de profils avec des trentenaires et des cinquantenaires, « *des personnes plus sur une fin de parcours et des personnes plus sur un début de parcours avec malgré tout une mixité extrêmement intéressante et riche qui fonctionne bien, beaucoup de temps partiel dans cette équipe infirmière* ». L'équipe assure une continuité des soins jour et nuit : « *notre mission c'est la ré autonomisation, côté aide-soignants, côté infirmier il y a ré autonomisation mais il y a surtout suivi de traitements extrêmement complexes* ». Les compétences attendues du binôme infirmier/aide-soignants sont complémentaires, avec une injonction de prise d'autonomie pour les deux métiers où le flux patient demande à rationaliser le soin, « *on est obligés de rationaliser notre temps* ».

#### 4.3.6. L'équipe 6

L'équipe est plus importante en nombre d'aides-soignants que d'infirmiers, « *on a un critère de sévérité et de dépendance important dans le service. Donc du coup manutention.* » Le cadre de santé a des problématiques différentes entre les équipes de nuit et de jour. Les patients accueillis sont polypathologiques. Sa mission est de veiller à une continuité des compétences et que « *le personnel soit à jour de ses compétences* ». Le cadre vient de prendre ses fonctions dans le service et a donc peu d'éléments d'histoire de son équipe.

À travers la description des équipes, le constat est que les compétences attendues sont différentes en fonction des patients pris en soin et du contexte de suivi. Le niveau d'expertise diffère également d'une équipe à une autre ainsi qu'au sein d'une même équipe.

#### 4.1. Les compétences soignantes

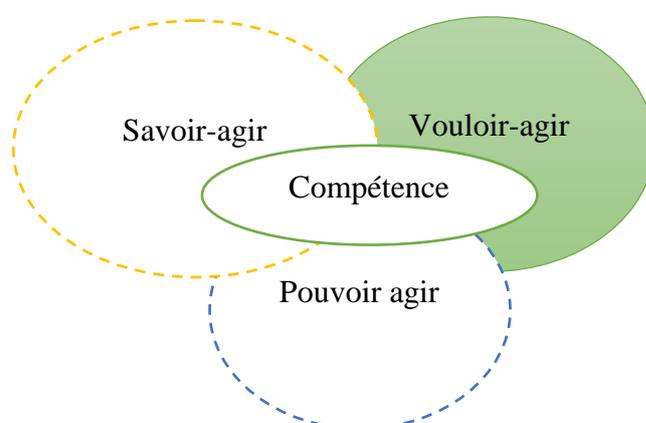
Les compétences sont un capital au même titre que les investissements, « *Si (Aides-soignantes) elles n'évoluent pas, moi je suis très mal en tant que manager* » (C6).

Pour analyser les différentes données, je pars du postulat de Le Boterf G. (1997), selon lequel la compétence résulte de trois pôles d'égale importance : « *le vouloir agir* », « *le pouvoir agir* » et « *le savoir agir* ». L'analyse des propos des interviewés est déclinée au regard de ces trois pôles.

##### 4.1.1. Le vouloir agir

« *Le vouloir agir* », au sens de Le Boterf (1997), représente la motivation de chaque professionnel.

**Schéma** : les trois pôles nécessaires à la construction de la compétence : le vouloir agir



#### 4.1.1.1. Les valeurs partagées

Dans un contexte de changement où les routines rassurantes de travail sont questionnées, le soutien de **la motivation** est un enjeu important. Un point essentiel se dégage des propos des cadres, la motivation est portée par des valeurs de respect mutuel, « *on fait attention les unes aux autres* » (C6). Le cadre est dans la même dynamique de respect : « *j'ai envie que ça se passe bien quoi dans le respect* ». (C6). Le cadre 2 parle de ce qui est important (entendu pour les infirmiers), « *ce n'est pas eux c'est la personne accueillie si on ne travaille pas dans le respect de la personne de toute façon ça ne pourra pas fonctionner parce que c'est leur valeur première* » (C2). La motivation des agents est soutenue par les valeurs qu'ils partagent. Les valeurs partagées donnent du sens à ce qu'ils font et soutiennent leur motivation.

#### 4.1.1.2. L'effet dynamisant de la motivation

La construction des compétences est en lien avec la motivation personnelle des agents qui se répercute sur l'ensemble du collectif : « *j'ai l'impression que toute l'équipe..., tout le monde a eu envie de changer de dynamique de soins pour aller vers quelque chose de plus dynamique justement de plus moteur* » (C4). La motivation crée un environnement favorable à la prise d'initiative des acteurs. C'est pourquoi la motivation des équipes à vivre le changement est à évaluer, « *il faut que nos équipes le veuille* » (C6). Ce travail d'accompagnement de la motivation est un rôle dévolu au cadre de santé : « *je pense qu'on a un gros travail de fond pour accompagner* » (C6). Sans la motivation le changement risque d'être freiné : « *augmenter en charge nos spécificités de prises en charge mais il faut que le personnel suive* » (C6).

#### 4.1.1.3. La posture du cadre

La posture rassurante du cadre de santé contribue à l'expression du « **vouloir agir** » des professionnels de terrain, de leur motivation. Lorsque le sujet des GHT est évoqué en équipe, le cadre 5 se montre rassurant et optimiste : « *moi je leur renvoie que j'ai une vue très positive sur le GHT* » (C5). La posture du cadre est importante pour soutenir la motivation du groupe. Le cadre 5 rassure l'équipe dans ce qu'elle fait de bien pour diminuer l'inquiétude quand il y a des questionnements lors de nouveaux projets : « *je dédramatisais, en disant que ma foi là, on commence, on attend un peu, on va réajuster sûrement. Voilà moi je leur disais aussi que ce qu'elles faisaient c'était bien, de toute façon on ne prenait pas de grands risques non plus à faire comme elles faisaient* » (C4). Cet accompagnement est formateur, « *l'accompagnement des soignants comme ça au quotidien c'est extrêmement formateur parce qu'il faut les*

valoriser » (C5). Le cadre impulse une conjoncture favorable par sa posture rassurante : « *que l'équipe puisse se reposer sur toi c'est-à-dire que quand tu annonces quelque chose si tu le tiens de toute façon ils savent que de toute façon si tu leur demandes quelque chose ils peuvent compter sur toi* » (C2). Ce positionnement instaure la réciprocité dans la confiance.

#### 4.1.1.4. L'implication

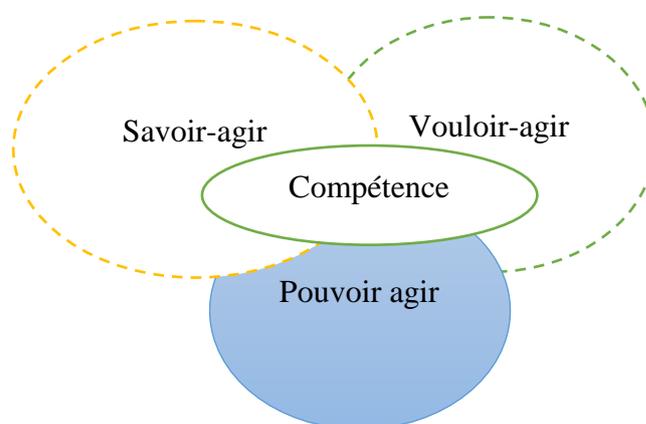
Afin de soutenir la motivation de son équipe, le cadre 4 l'accompagne dans des projets novateurs où les acteurs sont valorisés, « *tout le monde est impliqué* » (C4). Le cadre 5 implique continuellement son équipe dans les projets institutionnels. Il repère que la motivation est toujours présente : « *j'ai de la chance parce que dans l'ensemble de ces deux équipes (IDE et AS), elles sont plutôt partantes pour plein de projets* » (C5). Le facteur motivationnel apparaît important pour permettre aux équipes de s'impliquer. L'implication passe par la valorisation des acteurs de terrain.

Pour trois cadres, la motivation est sous-tendue par les valeurs individuelles et celles partagées en équipe. Sans la motivation, le cadre ne peut impliquer son équipe dans des projets. La posture du cadre contribue à la réassurance et à la valorisation des soignants, elle permet la réciprocité dans la confiance. Sans la motivation et la valorisation des agents, la compétence requise, c'est-à-dire celle construite par chaque sujet, ne peut pas évoluer.

#### 4.1.2. Le pouvoir agir

« *Le pouvoir agir* » dépend du contexte environnemental, des organisations de travail, des techniques de management et des conditions sociales.

**Schéma** : les trois pôles nécessaires à la construction de la compétence : le pouvoir agir



#### 4.1.2.1. Le contexte

Deux typologies de profil d'équipe ressortent parmi les cadres interrogés. Les équipes avec des effectifs très importants, ce sont celles du MCO et les équipes avec des effectifs moins importants, ce sont celles de la santé mentale. Les équipes du MCO restent sur le même site, alors que celles de la santé mentale se déplacent sur au moins deux sites.

#### 4.1.2.2. Le management

Les cadres MCO (cadre 1, 3, 5 et 6) et les cadres de la santé mentale (cadre 2 et 4) adaptent leur management au regard du contexte propre à leur service (constitution d'équipe et contexte du soin). Les temps d'échange et la loi sont retrouvés dans chacun de leur discours pour accompagner leur équipe au quotidien.

##### e) La loi

« *La loi est là pour mettre en place les pratiques* » (C3). La loi est un incontournable des pratiques quotidiennes des agents sur le terrain. « *Nous devons travailler dans le respect des règles et des lois* » (C2). Les cadres de santé font des rappels à leur équipe des points importants concernant la loi. Ce point d'action est retrouvé pour l'ensemble des cadres interrogés.

##### f) Les temps d'échange avec l'équipe

La parole est possible : « *on parle de tout ça justement tous les projets en cours s'il y a des choses à modifier dans le fonctionnement* » (C5). Le cadre 5 aborde l'actualité institutionnelle pour diminuer les craintes : « *j'ai abordé ça de manière assez informelle avec l'équipe et ils étaient en attente de ça, parce qu'ils entendent des bruits, on communique* » Les agents reçoivent un journal mensuel qui les tiennent informés, « *le journal mensuel... ou bimensuel aux personnes mais ils ne peuvent pas recevoir et avoir une information chez soi et ne pas pouvoir en échanger* » (C5). Ces moments d'échange permettent de verbaliser les freins, « *là chacun peut aussi dire ses difficultés. Il y a une proximité avec l'équipe un accompagnement au quotidien* » (C5). Ces moments sont importants pour que les agents puissent exprimer leurs difficultés. Ils ont un accompagnement de proximité qui répond aux problématiques du moment, « *l'intérêt aussi c'est d'échanger* » (C1). Les cadres favorisent une proximité et des échanges réguliers : « *j'essaie de répondre au coup par coup aux questions qu'elles avaient* » (C4). Les cadres de santé mentale managent une équipe avec un effectif plus réduit : « *ici c'était une petite équipe on a des réunions d'équipe tous les lundis matin donc ça on maintient*

*ça, ce qui fait que moi j'ai un temps avec l'équipe » (C4), qui permet des temps d'échange de qualité avec les agents. Le cadre 2 met en avant la nécessité de centrer les équipes sur des éléments factuels qui résultent du changement : « j'y vais progressivement que les propositions de changement faites soient réalistes et à chaque réunion moi mon travail c'est de ramener des éléments de réalité » (C2). Les cadres écoutent, expliquent, « moi mon travail c'est d'accompagner les changements... d'entendre les demandes... expliquer pourquoi c'est compliqué et d'expliquer aussi pourquoi tout changement ne peut intervenir lorsque les conventions seront validées » (C2).*

Pour autant, le management des cadres de proximité diffère en fonction de l'établissement où ils exercent.

#### g) Les cadres du MCO

Ils managent le plus souvent plusieurs équipes avec des effectifs importants, mais toujours sur le même site. Les indications des patients admis ont considérablement changé avec des profils multiples. Les patients accueillis ont des profils plus aigus, *« ils ne sont pas différents en termes de pathologies, c'est que dans les pathologies que nous accueillons, ils sont plus aigus » (C5)*. Au regard de la diversité des profils de patients accueillis, le cadre priorise les actions à mener : *« il y a des spécificités que j'essaye d'axer pour l'instant » (C5)* pour que les compétences soient adaptées aux exigences des pratiques à dispenser au lit du patient.

#### ➤ **La standardisation des soins**

Les cadres du MCO (cadres 1, 3, 5 et 6), exercent dans des services à haut niveau de technicité. La technicité s'accroît au fil des années. Les soins se standardisent au fur et à mesure, *« on est dans une prise en charge de soins standard » (C1)*. La standardisation permet de rendre factuelle l'organisation des compétences à solliciter.

#### ➤ **Les protocoles**

Les cadres du MCO de la filière Urgences évoquent les protocoles, ils sont les mêmes sur les différents lieux de soins sur le territoire de la filière Urgences. Les médecins aident à mutualiser ces protocoles. Ces derniers structurent la pratique de terrain, *« des protocoles qui étaient structurés depuis 2001 et qui évoluent en lien avec les recommandations nationales » (C1)*. Ces protocoles suivent les évolutions nationales selon les recommandations de bonnes pratiques.

### ➤ **Les recommandations des bonnes pratiques**

Pour accompagner l'évolution des compétences à mettre en œuvre, les cadres se basent sur les recommandations « *c'est la recommandation et ici ce sont les bonnes pratiques* » (C1). Ces recommandations émanent de la HAS, qui a « *pour mission de produire des recommandations et des outils favorisant leur utilisation par les professionnels de santé. L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins* »<sup>50</sup>. Les référentiels des bonnes pratiques sont basés sur des bornes hautes exigeantes, elles tiennent compte des évolutions techniques. Les recommandations donnent le cap des actions à engager par le cadre, « *il faut faire comme-ci comme ça, bien entendu il y a des recommandations mais entre la recommandation de dire faut faire A un jour et Z le lendemain, il y a un certain nombre de lettres de l'alphabet. Ok bon on connaît notre objectif, c'est à dire il va falloir qu'on change* » (C1). Elles guident les actions que le cadre engage auprès de son équipe pour produire un soin de qualité.

### ➤ **Le management par la qualité**

Les cadres managent par la qualité c'est-à-dire qu'ils accompagnent l'ajustement des pratiques basées sur « *des systèmes d'amélioration de la qualité, Blue Kango, enfin c'est un logiciel en fait où voilà les dysfonctionnements sont tracés par critère de qualité, ça peut être de l'identito, ça peut être de la continuité de soins il y a plusieurs risques* » (C3). Le management par la qualité<sup>51</sup> découle de la certification. Il se base sur des normes, des méthodes et des processus qui offrent une vision globale de la prise en charge du patient. Les cadres du MCO utilisent ce type de management pour anticiper et prévoir d'autres difficultés qui sont du même registre. Les compétences à soutenir, à construire ou à améliorer sont ainsi mises en évidence.

#### h) Les cadres de la santé mentale

Concernant la santé mentale (cadres 2 et 4), le projet est un outil managérial dont l'objectif est d'instaurer des partenariats. Les équipes sont mobiles sur plusieurs sites suivant une logique du parcours patient sur le territoire initié par la loi HPST.

---

<sup>50</sup> Bonne-pratique-professionnelle repérée dans : <https://www.has-sante.fr>

<sup>51</sup> IFCS : cours de mai 2017 sur la démarche qualité

### ➤ **Accompagnement à de nouveaux partenariats**

Les cadres accompagnent le lien avec de nouveaux partenaires de soins : « *nous avons eu d'autres partenaires alors que l'hôpital de jour on ne travaillait qu'avec les unités de l'intra après avec la création du CMP, on a travaillé oui beaucoup plus avec les partenaires extérieurs. Avec les médecins traitants et les infirmiers libéraux* » (C4). Le cadre accompagne ces changements en créant de la collaboration. « *Donc ça a demandé à changer des pratiques dans l'accompagnement des soignants on a travaillé ensemble pas l'un à côté de l'autre aussi avec les partenaires* » (C4). Le niveau de compétence est suffisant pour répondre à ces nouvelles collaborations « *non il n'y a pas de souci et toutes les infirmières qui sont ici on déjà quand même de l'expérience. Elles sont déjà quand même dans l'établissement ou dans le métier en tout cas depuis de nombreuses années* » (C4). Le socle de compétences attendues est jugé suffisant. « *Dans notre pôle on a un socle de formations de base qui est demandé pour venir ici, à savoir les entretiens infirmier, la relation d'aide et l'initiation à la systémie* » (C4). Le niveau de compétence attendu n'est pas questionné. Si les soignants sont en difficulté, le cadre crée les conditions favorables pour que les agents trouvent des réponses : « *Les infirmières aussi, ont pu poser des questions, les questions qu'elles avaient sur le fonctionnement de l'autre unité, le travail en partenariat en fait* » (C4).

### ➤ **Le projet**

L'approche projet est citée à plusieurs reprises et par les deux cadres C2 et C4. Le cadre travaille en amont avec le collectif cadre de son établissement : « *donc ce travail a été fait par un petit groupe de cadres. Le travail en amont c'est fait au cours des réunions cadres ou des rencontres avec mes collègues, avec un accompagnement de cadre sup. Une cadre sup qui est très présente. Après on a retravaillé sur le projet, le projet médical qui a été écrit* » (C4). L'ensemble des acteurs de la filière de l'établissement de santé mentale sont représentés : « *le projet médical et le projet de l'unité qui a été écrit avec la Fédération géronto. C'est-à-dire les psychiatres de géronto et les cadres de géronto, les infirmières référentes de chaque unité* » (C4). Le projet est pensé en concertation avec tous les acteurs ce qui permet d'anticiper les compétences à mettre en œuvre sur le terrain : « *les cadres des équipes avec qui je travaille : le SAMU, le SAU évidemment j'ai aussi les cadres du MCO l'encadrement supérieur aussi. On n'est pas tout seul il y a aussi l'encadrement avec les cadres supérieures et le directeur des soins de la santé mentale* » (C2). Les projets mobilisent les acteurs avec des conventions qui les fédèrent.

### ➤ Les conventions inter établissement

Les conventions inter-établissements définissent la coordination, « *je (les infirmiers) leur demande toujours de bien respecter cette convention* » (C2). La convention est la base des actions engagées.

#### 4.1.2.3. L'organisation du travail

##### a) Les moyens architecturaux

Le cadre de santé essaye d'anticiper les évolutions d'orientation de son service : « *l'idée que nous les SSR de ce site soient à proximité des plateaux techniques donc la gradation des soins on va... on devrait recevoir en tous cas, les patients les plus lourds* » (C5). Cette anticipation oblige à repenser l'architecture des lieux, « *ça veut dire que nous allons réfléchir ultérieurement encore de nouveau à notre fonctionnement à notre architecture, on a beaucoup trop de chambres doubles et si on reçoit des patients plus lourds, l'architecture n'est plus adéquate* » (C5).

##### b) Les moyens humains

Pour accompagner l'évolution des pratiques, le cadre interroge les moyens humains nécessaires « *c'est plus du tout les mêmes moyens humains adaptés en fonction à la prise en charge du patient* » (C 3) ainsi que les ratios de personnel, « *on ne pourra plus se permettre d'avoir une infirmière pour 45 si on reçoit les patients les plus lourds* » (C5). Pour le cadre 3, la diminution des effectifs oblige « *les changements dans l'organisation du travail* » (C3). Ces modifications induisent des arbitrages, « *le changement de pratiques, on est aussi en train de questionner les moyens que nous avons* » (C5). Cette rationalisation n'est pas toujours facile à anticiper : « *difficile de me projeter tant qu'on n'a pas encore défini le type de SSR qu'on va nous attribuer* » (C6). Le cadre ne peut anticiper les compétences qu'a posteriori une fois que les évolutions à conduire ont été initiées.

##### c) L'organisation du travail

Le cadre questionne les organisations du travail, « *un réajustement assez fréquent de nos organisations* » (C5). Ce questionnement permet de penser à de nouvelles organisations dans les plannings, « *un projet pour que certaines infirmières travaillent en 10 h* » (C5). Le cadre 1 repère une fatigabilité accumulée des agents. Cette fatigabilité a des conséquences sur leur

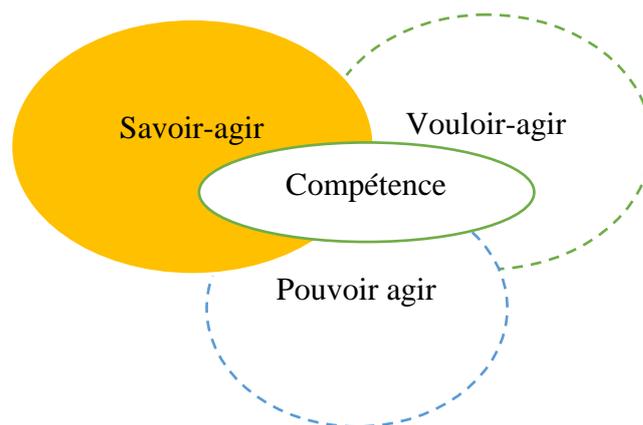
motivation à rester. Leurs projets familiaux et professionnels sont dissonants au fil du temps : « ces jeunes femmes ont mûri, sont devenues des mamans et l'alternance jour-nuit devient complexe et il y a un certain nombre qui émettent le souhait et les vellétés de changer de service » (C1). La motivation et l'agencement des roulements sont interdépendants, les roulements représentent l'organisation du travail qui est un des facteurs du « **pouvoir agir** ». Le cadre travaille sur les roulements pour faciliter le travail des agents : « j'essaie aussi de voir au niveau du planning aussi ce qui va pouvoir aussi faciliter leur travail » (C4).

Le pouvoir agir dépend du contexte et du management. Les cadres MCO accompagnent de grandes équipes avec un soin standardisé, basé sur des recommandations et des protocoles. Il manage par la qualité. Les cadres de santé mentale accompagnent des équipes avec des effectifs moins importants, dans la mise en œuvre de nouveaux partenariats basés sur des conventions inter-établissement. Ils managent par projet, ce qui favorise l'innovation.

#### 4.1.3. Le savoir agir

« *Le savoir agir* » est la capacité à savoir mobiliser des ressources. Il permet de faire face à des situations complexes, à s'adapter « *le savoir agir, c'est le savoir quoi faire* » (Le Boterf 97, p 41).

**Schéma** : les trois pôles nécessaires à la construction de la compétence



##### 4.1.3.1. Le contexte de soin

Force est de constater que la présence médicale diminue : « une moindre présence médicale » (C1), ce qui oblige les équipes à agir en autonomie. Le cadre 5 interroge le soin : « une interrogation sur nos pratiques un questionnement sur les soins que l'on peut donner » (C5).

Ceci pour permettre la continuité des soins. Le cadre 5 repère que les agents ont des difficultés d'adaptation surtout pour les plus anciens : « *elles (les anciennes) voient bien qu'il y a une montée en charge depuis 3 ans. Et puis il y a beaucoup de demandes aussi ...PC tout est informatisé* » (C6). Le soin se complexifie, mais les technologies qui le régissent sont aussi plus complexes. Tous les professionnels n'ont pas les mêmes dispositions pour s'adapter au changement pourtant inévitable : « *les anciennes infirmières sont peut-être moins à même d'adopter le changement* » (C6).

De plus, les indications d'orientation se sont modifiées ces deux dernières années d'après le cadre 5 et seront amenées à se modifier encore avec la mise en œuvre du GHT. Les compétences techniques augmentent. « *Les compétences techniques s'accroissent. Avec une nécessité de spécialisation de certains profils de patient accueillis* » (C5). La spécialisation des compétences est nécessaire pour s'adapter au regard des profils patients de plus en plus complexes. Le cadre limite les profils des patients accueillis pour que les équipes ne se retrouvent pas en difficulté : « *c'est pour que l'équipe infirmière puisse avoir une certaine habitude sur certaines pathologies simplement, on essaie de limiter quand même les profils* » (C5). Ce ciblage permet de maintenir un niveau de compétence des soignants auprès des patients. Les évolutions des pratiques demandent parfois à bousculer l'équipe : « *des pratiques différentes avec des habitudes différentes qu'il a fallu bousculer un peu* » (C2).

#### 4.1.3.2. L'accompagnement des pratiques par le cadre

Il diffère à nouveau entre les cadres du MCO et les cadres de la santé mentale. Deux procédés sont repérés dans le discours des cadres : le premier se base sur l'adaptation face à la diminution du temps médical et l'avancée des techniques (en MCO), le second sur les objectifs fixés par le changement (en santé mentale).

##### a) MCO

**La pédagogie du cadre de santé :** Le cadre accompagne son équipe, « *elles ont eu l'information du pourquoi du comment, des tenants et des aboutissants, parce que faire les choses sans comprendre, ça fonctionne pas* » (C5). Il accompagne également les médecins : « *information qui a été faite aussi au niveau de l'équipe médicale et avec échange avec l'équipe médicale parce que eux-mêmes ne mesurent pas toujours, enfin ils mesurent mais ils voient pas toujours les impacts, ils mesurent la lourdeur mais ils voient pas obligatoirement les impacts* » (C5).

**La formation par simulation :** En réponse à la diminution du temps médical, la formation des agents est nécessaire : *« je dirais que c'est d'autant plus là que les professionnels doivent être les mieux formés et quand on est formé et on a vu une situation créée artificiellement avec un mannequin c'est plus simple de se le réapproprier »* (C1). Le cadre 3 accompagne l'acquisition de nouvelles connaissances : *« c'est faire en sorte que l'équipe soit toujours dans l'acquisition de nouvelles connaissances »* (C3). La valorisation des compétences requises se fait à travers de nouveaux types de formations : *« des nouvelles technologies pédagogiques qui s'appellent les simulations »* (C3). La formation par simulation permet l'acquisition de compétences en situation qui sont facilement transférables.

**La formation pour l'intégration des nouvelles technologies :** l'accompagnement du cadre du MCO est centré également sur le changement des pratiques inhérentes aux changements de matériels, *« il y a aussi des changements de pratiques et des changements de matériel et il faut que tout le monde s'associe »* (C1) et à l'avancée des techniques. Le cadre accompagne cette évolution *« la technique évolue... l'approche aussi de l'équipe évolue »* (C1). Les nouvelles techniques doivent être intégrées par les soignants : *« il y a des nouvelles techniques et ça permet d'être moins invasif mais c'est vrai que tout ceci ça s'accompagne »* (C1). Le cadre 1 évoque la nécessité de connaître les pratiques de son unité, *« c'est important quand on est sur des fonctions d'encadrement de savoir de connaître l'ensemble des prises en charge »* (C1). Cette connaissance lui permet de mieux accompagner son équipe.

**L'approche réflexive du soin :** le cadre 5 est dans une dynamique de questionnement permanent des pratiques : *« on interroge à la fois certes un accompagnement pratique, une interrogation et un réajustement assez fréquents de nos organisations, sur nos pratiques un questionnement sur les soins que l'on peut donner »* (C5). Le changement s'opère ainsi au fil de l'eau et permet à l'équipe une pratique réflexive des actions engagées auprès des patients. Le cadre questionne l'équipe pour s'adapter avec une *« remise en cause de pratiques qui sont quand même intéressantes »* (C5). Ce questionnement induit par la suite la nécessité de former pour répondre aux évolutions.

**La formation continue :** Le cadre 6 fait intervenir des équipes extérieures pour améliorer les pratiques de ses agents. *« J'ai fait venir l'EMSP (Équipe mobile en soins palliatifs) qui me permet de mettre à jour les pratiques »* (C6). L'établissement favorise également une gestion des compétences à construire : *« la politique GRH sur l'ensemble de l'établissement qui est*

*extrêmement intéressante et qui accompagne bien les professionnels » (C5). L'équipe est en demande de ces formations, qui lorsqu'elle les obtient, renforcent sa motivation.*

b) Santé mentale

Les prises en charges évoluent à travers deux aspects : le projet médical et les pratiques des unités partenaires.

**Projet médical et convention :** les pratiques sont encadrées par le projet médical de l'établissement d'appartenance et par les conventions établies entre les établissements. L'équipe s'adapte aux objectifs fixés par le projet : *« s'adapter aux objectifs qui ont été fixés par les changements » (C2).*

**Acculturation des équipes de santé mentale du soin en MCO :** Les équipes sont mobiles et interviennent directement dans les autres unités partenaires, elles s'acculturent de leurs pratiques : *« je dirai encore une fois l'avantage qu'on a c'est qu'on connaît les pratiques des autres en fait dans le GHT ça va être de confronter nos pratiques aux pratiques des autres des professionnels du centre hospitalier » (C2).*

**Accompagnement du domaine d'expertise :** le cadre de santé accompagne ses équipes car le niveau d'expertise attendu peut déstabiliser les agents : *« le fait d'être au centre hospitalier, le fait d'être confronté aux urgentistes, les urgences, la prise de décision, parce qu'il y a quand même une grande responsabilité par rapport aux évaluations même si ce n'est qu'un avis que donnent les infirmiers » (C2).* Pour leur permettre d'agir en confiance, le cadre 2 explique, protège et défend son équipe qui se trouve en difficulté : *« j'étais là pour accompagner expliquer et aussi pour défendre, pour protéger et ça j'en suis consciente parce que le changement était compliqué pour nous mais aussi pour les différents professionnels qui travaillaient y compris les médecins » (C2).* Le cadre de santé a un rôle d'interface, de protection avec les services dans lesquels ses agents interviennent.

4.1.3.3. Le binôme médecin-cadre accompagne les évolutions des pratiques

a) Médecin-cadre : la valorisation des compétences soignantes

Le cadre doit parfois négocier avec les médecins pour que les évolutions ne mettent pas en difficulté les agents, *« négocier avec eux (les médecins) sur le changement de pratiques »*

(C5). Cet accompagnement est possible en s'associant aux médecins dans les conduites de projets : « *les chefs de service on est partis d'un point A pour aller à un point enfin qu'on a avancé, tout n'est pas fini, loin s'en faut mais on a beaucoup avancé* » (C1) et permet ainsi la valorisation des pratiques soignantes sur les filières de soins.

#### b) Le rôle pédagogue et visionnaire du médecin

Quatre cadres sur six évoquent le rôle important des médecins dans la pédagogie des changements. La cadre 2 affirme que l'accompagnement des pratiques repose sur le binôme médecin-cadre, « *l'encadrement déjà d'une part l'encadrement et les médecins* » (C2). La cadre 6 qui vient de prendre ses fonctions, parle d'une nécessité incontournable : « *j'ai besoin d'elles, de ces deux femmes pour opérer le changement* » (C6). Le rôle du médecin est important, il influe sur l'évolution des pratiques du service : « *les changements de médecins aussi c'est important parce que les pratiques ont changé* » (C2). Les médecins sont des partenaires indispensables à l'évolution des pratiques, « *on a un psychiatre qui est moteur à l'hôpital de jour* » (C4). C'est par l'implication du ou des médecins que les cadres de santé peuvent accompagner la valorisation des compétences soignantes : « *le chef de service là impulsait déjà aussi une dynamique* » (C3). Le rôle pédagogue et avant-gardiste des médecins facilite l'accompagnement par les cadres des équipes sur le terrain : « *un chef de service qui était assez novateur* » (C3). Le binôme médecin-cadre accompagne l'adaptation des pratiques. « *J'essaie également de rencontrer les deux gériatres régulièrement* » (C6). Leur collaboration est importante pour soutenir « **le vouloir agir** » des agents d'une part et le « **savoir agir** » des équipes en situation.

#### c) Les médecins vecteurs d'une culture du soin

Les médecins se coordonnent dans leur pratique sur la filière, « *il y a des harmonisations de pratiques au niveau médical* » (C3). Sur les filières, les médecins hospitaliers ont une culture du travailler ensemble avec les partenaires médicaux sur le territoire. Les médecins ont « *cette culture de travailler ensemble* » (C3). La collaboration entre médecins sur le territoire est ancienne avec la même culture qui perdure au travers des changements. Ils permettent de mettre en place des formations partagées entre les services, qui ont la même mission sur le territoire, ce qui par extension favorise cette culture partagée du soin auprès des équipes et renforce leur motivation.

L'évolution des indications, des techniques et des projets couplées à une diminution du temps médical impliquent un accompagnement des pratiques de terrain. Pour ce faire, le cadre accompagne son équipe par sa pédagogie, propos retrouvés chez cinq des cadres interviewés. L'établissement participe également à la gestion des ressources humaines, des compétences à travers la formation continue, propos retrouvés chez un cadre. Le binôme médecin-cadre impulse les apprentissages nécessaires pour savoir agir en situation. Le rôle le plus important incombe au médecin, qui est vecteur d'une culture médicale partagée avec ses confrères sur le territoire, propos retrouvés chez cinq cadres.

## 4.2. La communication

### 4.2.1. Le travail en réseau

Le travail en réseau est repéré dans les propos de l'ensemble des cadres rencontrés. Les cadres ont un réseau institutionnel, ce qui leur permet de se coordonner plus aisément avec les acteurs institutionnels : « *j'ai un réseau institutionnel qui fonctionne bien et c'est tant mieux* » (C5). Le travail en réseau est en lien avec le « pouvoir-agir ». La création du lien entre les unités est nécessaire sur le parcours pour que les équipes se connaissent. Le lien s'instaure de cadre à cadre, « *le lien se fait souvent de cadre à cadre* » (C3). Le cadre est un médiateur des fonctionnements de chaque unité d'hospitalisation. Ils n'hésitent pas à se solliciter l'un l'autre : « *je suis déjà allée voir à plusieurs reprises mes collègues cadres en leur disant je n'ai plus de lit est-ce que vous pouvez garder les personnes pour 24 heures* » (C2) pour coordonner le soin lorsque cela est nécessaire. Les cadres se connaissent et s'interpellent, « *il fallait que je voie avec ma collègue cadre 5 pour certains réajustements* » (C4).

Le cadre permet un travail en réseau de coopération entre les différentes unités qui se succèdent sur le parcours patient : « *on (l'équipe) a rencontré les cadres des autres équipes, les gériatres des autres unités sont venus ici, et on a fait une réunion avec les trois infirmières référentes, la cadre supérieure aussi et la psychiatre référente du CMP. Du coup, on a pu reposer certaines choses. Les infirmières aussi, ont pu poser des questions, les questions qu'elles avaient sur le fonctionnement de l'autre service, le travail en partenariat en fait* » (C4). Cette mise en réseau aide l'adaptation des équipes : « *nous sommes déjà sur le centre hospitalier nous connaissons déjà leurs pratiques nous connaissons déjà les professionnels*

*avec qui nous serons amenés sans doute à travailler on connaît aussi les médecins » (C2) il favorise le « savoir-agir » et « le vouloir agir ».*

#### **4.2.2. La communication du cadre de proximité**

La communication du cadre est retrouvée chez l'ensemble des cadres interviewés. L'organisation du GHT est actuellement à la première étape du changement de type 2, qui est l'information des cadres, pour qu'ils soient à leur tour les vecteurs d'une communication adaptée à chaque équipe : *« on communique vraiment avec les équipes pour qu'ils aient bien la notion qu'on passe à la notion de territoire » (C5)*. Les cadres ne sont, pour le moment, qu'au stade de la communication pour préparer les agents au nouveau paradigme attendu : *« là je commence à communiquer sur le GHT au niveau des équipes mais nous n'en sommes qu'au stade de la communication » (C5)*. Le cadre 2 informe son équipe des éléments qu'il détient pour les préparer à intégrer le changement : *« pour accompagner ce changement toutes les informations que j'ai je les donne » (C2)*. Le changement demande une proximité du cadre auprès de son équipe pour l'informer des avancées et des projets à mener : *« il faut énormément communiquer dans le changement. Toujours expliquer ...on donne bien les tenants et les aboutissants et pourquoi on le fait » (C5)*.

Le cadre communique beaucoup pour porter ces changements, *« beaucoup de communication, alors en petits groupes, des référents et au quotidien » (C1)*. Cette communication est porteuse de sens, il faut *« pouvoir expliciter beaucoup » (C1)*.

*« Donc là mon travail là c'est de faire le lien avec les équipes du SAMU SAU » (C2)*

La communication est nécessaire pour mettre du sens : *« elles ont eu l'information du pourquoi du comment, des tenants et des aboutissants, parce que faire les choses sans comprendre, ça ne fonctionne pas » (C5)*. La communication apparaît primordiale : *« Mais sans communication je n'aurais pas réussi. Je ne pense pas, je mets le paquet en communication »(C6)*.

# SYNTHESE

---

## 5. Synthèse

### 5.1. La culture partagée

La notion de culture n'a pas été un axe d'hypothèse de ma recherche. Pour autant, je retrouve des éléments culturels. Entre autres, au niveau des pratiques managériales impulsées par la direction, la différence de culture repérée chez deux cadres et la culture du soin partagée par les médecins sur le territoire d'une même filière.

Au départ de mon travail de recherche, la culture à construire pour la mise en place des GHT est repérée dans la littérature professionnelle ainsi que dans mon expérience soignante sur le parcours patient. Pour autant, j'ai assez vite relayé cette notion au second plan, ne retrouvant pas d'éléments sur ce thème dans mes entretiens exploratoires. Les F/F cadres de santé interviewés partagent la même culture que la mienne, ils sont issus de la santé mentale. Le MCO parle de culture, la santé mentale parle de philosophie du soin. Ces deux points de vue montrent les différences de culture dans le soin même dans son approche terminologique.

### 5.2. Le changement

#### 5.2.1. Le GHT : un changement de type 2

Le contexte hospitalier est sous l'influence de facteurs externes technologiques (évolutions des équipements et des thérapeutiques), socio-économiques (conjuncture économique contrainte) et organisationnelles (redimensionnement des équipes, flux patient croissant, diminution des temps d'hospitalisation). Le GHT est une révolution où le soin est dorénavant pensé en filière sur le territoire suivant une organisation transversale. Il modifie la structure du groupe en totalité et en profondeur, le changement vient de l'extérieur du groupe (la loi de modernisation de notre système de santé) et modifie son cadre de référence (les filières). C'est une évolution des modèles (paradigmes) et des représentations de l'accompagnement du soin. Tous ces critères signent les attendus d'un changement de type 2. Les cadres de santé sont repérés comme étant le pivot de ce changement à conduire auprès des équipes. La question du sens dans le changement de type 2 est complexe.

### **5.2.2. Le changement dans les services : un changement de type 1**

Le changement sur le terrain accompagné par les cadres de santé est un changement de type 1, sans transformation des mentalités, des représentations ou des modes de relation dans les équipes. Dans ce type de changement, les équipes s'accommodent au fil de l'eau, s'adaptent aux évolutions de l'environnement, des situations, aux besoins du patient qu'ils accueillent. Le changement de type 1 est porteur de sens. L'évolution des pratiques professionnelles est un bon indicateur de l'avancée de changement de type 1. Il signe l'adaptation des soins aux contraintes imposées.

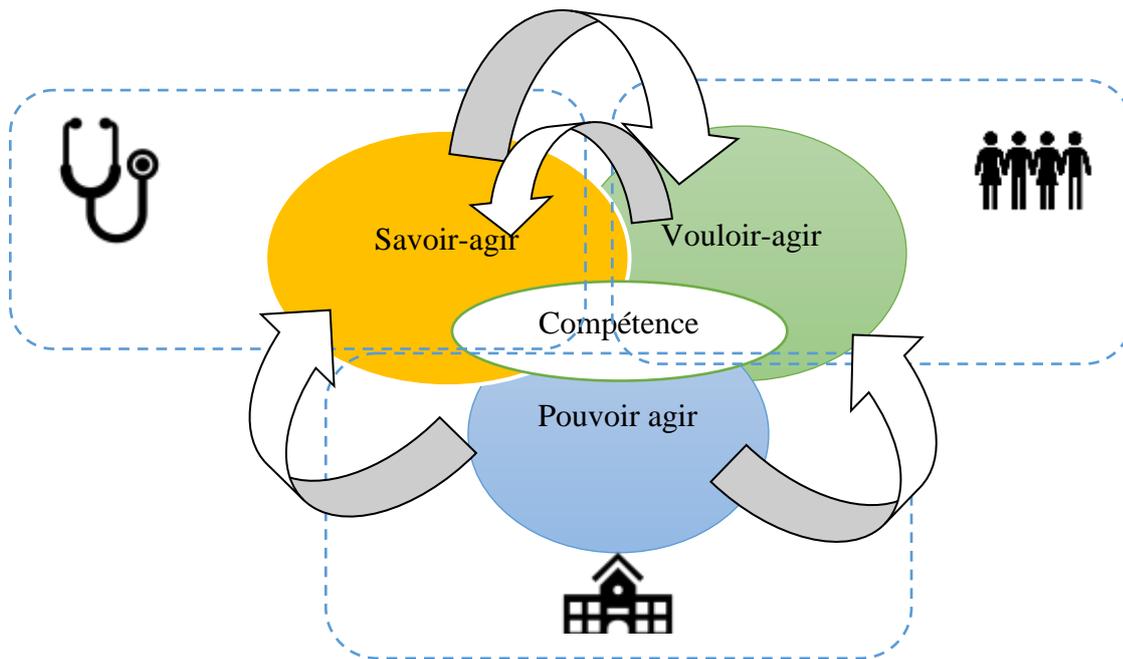
### **5.2.3. La résistance au changement**

Le soin se complexifie et les technologies qui le régissent sont aussi plus complexes. Tous les professionnels n'ont pas donc les mêmes dispositions pour s'adapter au changement (propos retrouvé chez un cadre). Le travail n'est plus évident, il se complexifie, modifiant les compétences attendues. Une des sources de pouvoir est la possession d'une compétence ou d'une spécialité (Crozier 1977). La différence de positionnement des anciennes et des nouvelles professionnelles est le pouvoir horizontal au sens de Crozier où la stratégie des acteurs diffère : « *ces stratégies, qui combinent des aspects défensifs au niveau du groupe formel avec des aspects offensifs sur le plan de l'action individuelle* », (Crozier M., Friedberg E., 1977, p 200). Les jeux de pouvoir sont perçus dans les unités qui ont connu des réorganisations assez importantes. Cette résistance est évoquée par au moins trois cadres.

### 5.3. Les compétences

Selon Le Boterf, la notion de compétence repose sur des compétences réelles inscrites dans le référentiel de compétences et des compétences requises, construites de façon singulière en fonction des attendus de pratiques.

**Schéma** : les trois pôles nécessaires à la construction de la compétence

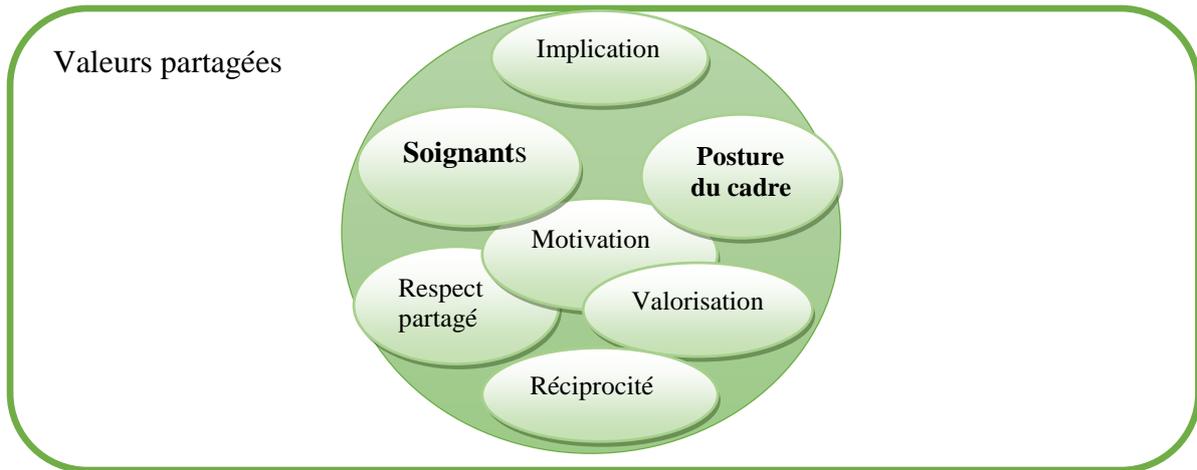


Les trois pôles nécessaires à la construction de la compétence sont reliés, interdépendants et d'égale importance. Ils influent les uns sur les autres.

### 5.3.1. Le vouloir agir

Les cadres favorisent « le vouloir agir » au sens de Le Boterf. Le « vouloir agir » dépend de la motivation et des valeurs partagées. La motivation selon le CNRTL est « *l'ensemble des facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné, qui déterminent sa conduite et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement* ».

**Schéma : le pôle « vouloir agir »**



La motivation vient de la personne, elle est en lien avec ses valeurs. La motivation s'étend à l'ensemble de l'équipe créant un « vouloir agir » collectif. La proximité du cadre avec les agents permet de favoriser leur implication, il les valorise dans ce qu'ils font de bien. Le cadre favorise le « savoir agir » des agents à travers la relation de confiance et de réciprocité. La motivation permet d'être en confiance, de prendre des initiatives voire des responsabilités, parfois des risques pour accomplir les actions qu'ils engagent avec succès dans le respect de leurs valeurs. Le vouloir agir se construit dans la relation.

Le vouloir agir ne dépend pas que du cadre, il est dépendant de la motivation de l'agent. Le cadre participe à la valorisation des compétences pour favoriser l'adaptation des pratiques, mais il n'est pas le seul acteur, il y a le médecin, le soignant et l'établissement.

### 5.3.2. Le pouvoir agir

Le « **pouvoir agir** » défini par Le Boterf est lié au management du cadre et du contexte de travail. Il dépend du contexte environnemental, des organisations de travail, des techniques de management et des conditions sociales.

**Schéma** : le pôle pouvoir agir



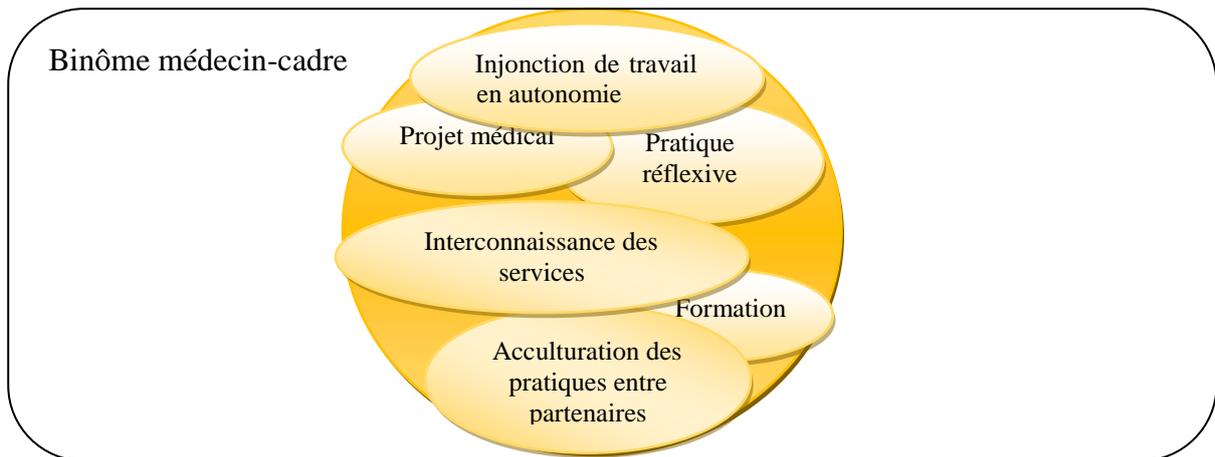
Ces conditions sont définies au regard des dimensionnement des équipes et des particularités de prise en charge dans les services. Ainsi, le contexte (gestion de l'urgence vitale, haute technicité des soins ou accompagnement ambulatoire des personnes stabilisées) influe sur l'organisation des soins et sur le type de management.

Deux logiques managériales se retrouvent dans les propos, la première gère un soin standardisé, la seconde un soin relationnel. Le cadre de santé a des méthodes de management qui dépendent des établissements et des actions à mener. Les cadres du MCO sont davantage sur un management basé sur les critères de qualité et les recommandations, les cadres de la santé mentale sont sur un management par projet régi par un système de conventions. Les éléments de la loi sont retrouvés dans tous les types de management.

### 5.3.3. Le savoir agir

Le cadre soutient « le savoir agir » au sens de Le Boterf, c'est-à-dire la capacité de savoir mobiliser des ressources afin de faire face à des situations complexes et de s'adapter. Le travail en autonomie sur le terrain est alors possible.

**Schéma** : le pôle savoir agir



Les profils des patients ont évolué et continueront à évoluer avec la mise en œuvre du GHT. La présence médicale diminue, ce qui oblige les équipes à agir en autonomie. La spécialisation des compétences est nécessaire pour s'adapter au regard des profils de patients de plus en plus complexes. Le soin se complexifie et les technologies qui le régissent sont aussi plus complexes.

L'accompagnement du cadre par sa pédagogie est important mais c'est au médecin que le rôle le plus important est dévolu. Les médecins sont des partenaires indispensables à l'évolution des pratiques. C'est parce que les médecins s'impliquent que les cadres de santé peuvent accompagner la valorisation des compétences soignantes. Leur rôle pédagogique facilite l'adaptation des équipes. Cette adaptation est facilitée car sur les filières, les médecins hospitaliers ont une culture du travailler ensemble avec les partenaires médicaux sur le territoire. Cette culture du travailler ensemble sur le territoire permet de mettre en place des formations partagées entre les services, ce qui favorise la culture partagée et l'adaptation des pratiques.

## 5.4.La communication

### 5.4.1. Le cadre pivot de la communication

Le GHT possède une diversité de cultures de soins qui cohabitent et doivent se coordonner. Par la conduite de projet initiée par la direction dans la mise en œuvre du PMP, la direction cherche à « *développer chez le personnel d'encadrement une culture, un savoir-faire de communication, pour en faire des relais d'information privilégiés, et des vecteurs d'animation* » (Raynal S.<sup>52</sup>,2003, p 196). Afin d'accompagner le changement, les cadres ont un réseau soit institutionnel (autres services administratifs, logistiques, hygiène) soit « intra-cadres ». De plus, ils communiquent avec les équipes au quotidien.

### 5.4.2.Le cadre de santé : relais d'information

Le lien fonctionnel entre les unités est instauré par les cadres : ils sont les médiateurs du fonctionnement de chaque unité d'hospitalisation agissant comme des relais d'informations. Ce lien favorise la coordination. Le cadre permet un travail en réseau de coopération entre les différentes unités qui se succèdent sur le parcours patient Cette mise en réseau facilite l'adaptation des équipes. La communication du cadre apparaît comme incontournable dans une logique de réseau de soins.

---

<sup>52</sup>Raynal S. : Docteur ès Sciences

RETOUR A MA QUESTION DE RECHERCHE ET  
PROJECTION PROFESSIONNELLE

---

## **6. Retour à ma question de recherche et projection professionnelle**

Mon travail d'initiation à la recherche a pour objectif de répondre en quoi le cadre de santé peut faire évoluer les pratiques professionnelles sur une filière de soins ? J'ai pour cela posé deux hypothèses. La première porte sur le sens donné par le cadre de santé aux évolutions de prises en charge des patients pour permettre l'adaptation des soignants à un nouvel environnement. La seconde explore la valorisation des compétences soignantes par le cadre de santé ce qui favoriserait l'adaptation des pratiques professionnelles dans les filières de soins. J'ai situé ma recherche dans le cadre du GHT. Dans le cadre de mes recherches théoriques et sur le terrain, j'ai trouvé des éléments de réponse à ma question de recherche qui me permettent de vérifier partiellement mes hypothèses.

### **Première hypothèse :**

**Le sens donné par le cadre de santé aux évolutions de prises en charge des patients permet l'adaptation des soignants à un nouvel environnement.**

Cette hypothèse n'est pas validée parce qu'incomplète dans sa formulation. En effet, il s'avère que dans la réalité c'est sous l'impulsion du binôme médecin-cadre que les évolutions de prise en charge prennent sens. Cinq cadres sur six repèrent le rôle majeur du médecin. Le cadre de santé joue le rôle de relais, de transmetteur, de diffuseur d'informations et de référent pédagogique pour les membres de son équipe. Le rôle le plus important incombe au médecin, qui par sa pédagogie et les formations qu'il diffuse, favorise l'émergence d'une culture du soin partagée et favorise la projection des soignants dans un nouvel environnement. Par ailleurs, l'implication des agents portés par leur motivation sont de puissants leviers d'adaptation, ce discours est repéré chez trois des cadres.

### **Deuxième hypothèse :**

**La valorisation des compétences soignantes par le cadre de santé favorise l'adaptation des pratiques professionnelles dans la filière de soins.**

Cette deuxième hypothèse est validée par les éléments apportés de quatre cadres de santé sur les six interviewés. Aucun n'apporte d'éléments contraires. Il apparaît que la valorisation des compétences passe par la réassurance et le sentiment que l'agent est reconnu dans sa compétence ainsi que par l'apport de formations, qui vont contribuer à étoffer le savoir agir en situation afin que le soignant puisse s'impliquer. Cependant la validation est à nuancer car seulement six personnes ont été interviewées ce qui représente un nombre restreint.

Il me semble que la véritable question du changement n'est pas forcément le GHT mais davantage la communication du cadre et sa compétence à créer du réseau qui seront questionnées dans les années futures. Poursuivre la recherche suivant l'axe de la communication du cadre de santé aurait donné, sans doute, encore plus de perspectives dans l'accompagnement des équipes engagées dans un changement.

Ce travail m'a permis de cheminer dans mes propres questionnements. Interroger l'accompagnement du changement me permet de vivre mon propre changement. Avoir l'opportunité d'aller à la rencontre des autres cadres renforce mon ouverture d'esprit et me permet de m'acculturer à leur accompagnement du soin.

Ma recherche valide ma compétence à devenir cadre de proximité et cadre formateur. Cette recherche de plus de dix mois m'a semblé dense, difficile à synthétiser et à organiser. J'ai dû faire des choix, abandonner certaines idées, faire des compromis pour clarifier mes propos. Ces différentes postures seront sollicitées dans mon activité quotidienne de cadre de proximité.

Durant la rédaction, je réalise que l'accompagnement des équipes est dépendant des patients accueillis, des missions des services, de l'institution, mais également de la qualité du binôme médecin-cadre. Je n'avais sans doute pas suffisamment investi cet axe durant mon faisant fonction. Lors de ma prise de poste, je serai attentive à instaurer une collaboration de qualité avec les médecins intervenant dans le service où je travaillerai.

Un autre aspect important résultant de ma recherche est le fait que la motivation des équipes soit un levier dans la construction de la compétence. Une fois en poste, je veillerai à poser un climat de sécurité psychologique et de confiance avec l'équipe afin de favoriser leur implication.

Il apparaît également que la formation et la pratique réflexive des soins aident l'équipe à s'adapter. Ils représenteront également un axe de mes missions.

Le travail d'accompagnement des équipes dépend également de la qualité des relations construites avec les autres services et avec les cadres qui en ont la responsabilité. Ce travail de réseau sera à construire.

La communication paraît être un axe majeur de la conduite managériale du cadre dans le changement. Le travail en réseau est aujourd'hui au cœur de la coordination des soins qui s'organisent en filière. La communication représente un nouveau point que je dois explorer.

Ma question de recherche était en quoi le cadre de santé accompagne l'évolution des pratiques, j'ai désormais des pistes de travail, à moi maintenant d'en faire bon usage.

## BIBLIOGRAPHIE

---

## LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Ouvrages :

- Albert E, Emery J-L. (2004). *Le manager est un psy*. (19ème tirage) Paris : Éditions d'Organisation.
- Audet M. (2009). *Vision, planification et évaluation : les conditions clés du succès d'un changement ?* Gestion 2009/4 (Vol. 34), p. 55-63.
- Bardin L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Bernoux. P (2004). *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Du Seuil.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Boutinet, J. P. (1996). *Anthropologie du projet*. Paris : Presses universitaires de France.
- Carton G-D. (2006). *Éloge du changement : méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*. Paris : Pearson Education France ; Village Mondial.
- Coulet J.-C. (2011). *La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences*. Paris : *Le travail humain*, 1/2011 (Vol. 74), p. 1-30
- Crozier M. et Friedberg E. (1992). *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dufour R. et al. (2014). *L'accompagnement pour améliorer les pratiques professionnelles en santé publique*. Santé Publique 2014/3 (Vol. 26), p. 317-321.
- Dujarier M-A (2015). *Le management désincarné : enquête sur les nouveaux cadres du travail*. Paris : La découverte.
- Duluc, A. (2008). *Leadership et confiance. Développer le capital humain pour des organisations performantes* (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Dunod
- Fenneteau H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire*. 3e édition, Dunod : Paris.
- Le Boterf G. (1997). *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Paris Les Éditions d'Organisation.
- Le Boterf G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Éditions d'Organisation.
- Le Boterf G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions*. Paris : Édition Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2013). *Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective*. Paris : Eyrolles (3<sup>ème</sup> édition).

- Marsan C. (2008). *Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* Paris : De Boeck.
- Pastor P., Bréard R. (2004). *Diriger une équipe, les clés du succès*. Collection : Entreprise carrières. Paris éditions Liaisons
- Raynal S. (2003). *Le Management par projet : l'approche stratégique du changement approche stratégique du changement*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Zarifian P. (2009). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*. Paris, Presses Universitaires de France.

### **Dictionnaire des concepts**

- Charlier E. (2014). *Accompagnement*. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Édition de boeck.
- Thurler M-G et Progin L. (2014). *Culture*. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Édition de boeck.
- Trinquier M-P (2014). *Pratique*. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Édition de boeck.

### **Revues :**

- Aiguier G, Cobbaut J-P (2016). *Chapitre 1. Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation*. Journal International de Bioéthique 2016/1 (Vol. 27), p. 17-40.
- Aiguier G. (2014). *Travailler en équipe : position du problème*. Dunod Guides Santé Social., p. 646-652.
- Boutanquoi M. (2004). *Les déterminants des pratiques professionnelles dans le champ des interventions socio-éducatives : au-delà des représentations sociales*. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, p. 11-27.
- Boutinet J-P. (2013). *En quoi un projet peut-il faire sens*. Soins cadre n° 87 p 16 - 18.
- Chocat, J., Vacher, Y., Péaud, P., Robo, P. & Thiébaud, M. (2014). *Quelle place donne-t-on à l'à-venir, à la projection dans le futur au sein de l'analyse de pratiques ?* Revue de l'analyse de pratiques professionnelles, pp 59-73
- De Singly C, (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*.
- Dufour R. et al. (2014). *L'accompagnement pour améliorer les pratiques professionnelles en santé publique*. Santé Publique 2014/3 (Vol. 26), p. 317-321.

- Dujardin PP, Reverdy T, Valette A, François P. (2016). *Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité : analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet*. Rech Soins Infirm. p 46-60.
- Dumas M. et al. (2016). *Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?* Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise 2016/1 (n° 20), p. 45-67. Éditions d'Organisation.
- Dumas M., Ruiller C. (2013). *Être cadre de Santé de Proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ?* Revue de gestion des ressources humaine p 42-58.
- Godelier E (2009). *La culture d'entreprise. Source de pérennité ou source d'inertie ?* Revue française de gestion 2009/2 (n° 192), p. 95-111.
- Lagadec A-M (2009). *L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs*. Recherche en soins infirmiers, 2/2009 (N° 97), p. 4-22
- Le Boterf G. (2002). *De quel concept de compétences avons-nous besoin ?* Soins cadres n° 41.
- Lemoine C. et coll. (2012). *Traité de psychologie du travail et des organisations. La psychologie du travail et des organisations : recherche et intervention*. Paris Dunod Psycho Sup p 1 à 11.
- Loufrani-Fedida, S. (2008). *Management des compétences et organisation par projets. Une mise en évidence des leviers de gestion conjointe*. La Revue des Sciences de Gestion 2008/3 (n°231-232), p. 73-83
- Paul M. (2002). *L'accompagnement : une nébuleuse*. Edition : Éducation permanente n° 153 (2002/4), p 44-56.
- Popielski J-F. (2013). *Le sens de l'action*. Soins cadre n° 87 p 42.
- Roussely B. (2013). *Donner ou redonner du sens au travail*. Soins cadre n° 87 p 36 - 39.
- Terraneo F, Avanzino N. (2006). *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives*. Recherche en soins infirmiers 2006/4 (N° 87), p. 16-24.
- Touraine M, (2016). Soins cadres n°99, p 5.

## **Webographie**

Bonne pratique repérée dans : <https://www.has-sante.fr>

Changement repéré à : <http://www.larousse.fr>

Compétence repérée à : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/compétence>

Compétence repérée à : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence>

Coopération repérée à : <http://www.cnrtl.fr/definition/coopération>

Equipe repérée à : <http://www.has>

Equipe repérée à : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601003/fr/travailler-en-equipe](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe)

Motivation repérée à : <http://www.cnrtl.fr/definition/motivation>

Parcours de soin repéré à : <http://www.has>

Pratique repérée à : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/pratique>

Pratique repérée à : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pratique>

## TABLE DES MATIÈRES

### *Introduction*

<b>1. De mon expérience de terrain à ma question de départ.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. La mise en œuvre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) au niveau de mon établissement .....</b>	<b>2</b>
1.1.1. Une nouvelle organisation du soin .....	2
1.1.2. L'hôpital de jour .....	3
<b>1.2. Mon faisant fonction cadre de santé : premier accompagnement au changement.....</b>	<b>3</b>
1.2.1. Création du Centre Médico Psychologique (CMP) .....	3
1.2.2. Les freins de cette mise en œuvre .....	3
1.2.3. Journée de comparaison dans une unité jumelle .....	4
1.2.4. Élaboration du projet de service de l'HJ et du CMP infirmier .....	4
1.2.5. Résistance au changement exprimée par les infirmiers.....	4
1.2.6. La complexité de l'accompagnement du changement .....	5
<b>1.3. Le cadre législatif.....</b>	<b>6</b>
1.3.1. La loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (HPST) .....	6
1.3.2. La loi de modernisation de notre système de santé (LMDSS).....	6
<b>1.4. De ma question de départ à ma question de recherche .....</b>	<b>7</b>
1.4.1. Mes premières lectures.....	8
1.4.1.1. La notion d'équipe.....	8
1.4.1.2. Le cadre de santé.....	8
1.4.1.3. La culture .....	9
1.4.2. Les entretiens exploratoires.....	10
1.4.2.1. Choix de terrain et population étudiée .....	11
1.4.2.2. Recueil de données.....	11
a) L'accompagnement .....	11
b) Le changement .....	11
c) La culture .....	12
d) Biais de ces entretiens exploratoires.....	12
<b>1.5. Ma question de recherche .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Cadre conceptuel.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. La notion d'accompagnement.....</b>	<b>14</b>
2.1.1. Définition.....	14

2.1.2.	L'accompagnement dans un contexte professionnel .....	14
2.1.2.1.	La relation d'accompagnement .....	14
2.1.2.2.	Le nouveau management de la fonction publique hospitalière (NMP).....	15
<b>2.2.</b>	<b>La notion de sens .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3.</b>	<b>La notion de changement .....</b>	<b>17</b>
2.3.1.	Définition du changement.....	17
2.3.2.	La dimension humaine du changement singulier.....	17
2.3.3.	L'approche systémique du changement .....	20
2.3.3.1.	Changement de typologie 1.....	20
2.3.3.2.	Changement de typologie 2.....	20
2.3.4.	Approche sociologique des organisations : l'analyse stratégique.....	21
2.3.4.1.	L'acteur .....	22
2.3.4.2.	Le pouvoir .....	22
2.3.4.3.	La résistance au changement .....	22
2.3.4.4.	L'apprentissage .....	23
2.3.4.5.	Le projet.....	23
2.3.4.6.	Le projet et le sens.....	23
<b>2.4.</b>	<b>La notion de compétence .....</b>	<b>24</b>
2.4.1.	La compétence définition générale.....	24
2.4.2.	Notion de compétence dans le monde du travail .....	25
2.4.3.	Le point de vue de Guy Le Boterf .....	25
2.4.3.1.	La notion de compétence .....	25
2.4.3.2.	La compétence individuelle et collective.....	26
2.4.3.3.	Les conditions de la construction de la compétence collective.....	27
2.4.4.	Le point de vue des universitaires.....	28
2.4.4.1.	Les compétences au niveau de la gestion des ressources humaines .....	28
2.4.4.2.	La compétence : une intelligence pratique .....	28
<b>2.5.</b>	<b>Le concept de pratique professionnelle.....</b>	<b>29</b>
2.5.1.	Définition.....	29
2.5.2.	La pratique professionnelle en santé.....	30
2.5.3.	La pratique et le sens .....	30
2.5.3.1.	Les routines de travail.....	30
2.5.3.2.	Les pratiques et les nouvelles attentes du soin .....	31
2.5.3.3.	Le point de vue du professionnel de terrain.....	31
<b>3.</b>	<b>Méthodologie de la recherche .....</b>	<b>32</b>

<b>3.1.</b>	<b>Ma démarche de recherche .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2.</b>	<b>Population cible .....</b>	<b>32</b>
3.2.1.	Sélection de la population.....	32
3.2.2.	Recrutement des interviewés .....	33
<b>3.3.</b>	<b>Outil d'investigation .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4.</b>	<b>La construction du guide.....</b>	<b>34</b>
<b>3.5.</b>	<b>Le déroulement des entretiens .....</b>	<b>35</b>
<b>3.6.</b>	<b>Les outils d'analyse des entretiens.....</b>	<b>36</b>
3.6.1.	Mon carnet de recherche.....	36
3.6.2.	Les grilles d'analyse .....	36
<b>3.7.</b>	<b>Les limites et critiques de l'étude .....</b>	<b>37</b>
<b>4.</b>	<b><i>Analyse et interprétation.....</i></b>	<b>38</b>
<b>4.1.</b>	<b>Le GHT : la genèse d'une culture managériale partagée .....</b>	<b>38</b>
<b>4.2.</b>	<b>Description des filières .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.</b>	<b>Le profil des cadres interrogés .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2.</b>	<b>Définition des changements .....</b>	<b>41</b>
4.2.1.	Le GHT : changement de type 2 .....	41
4.2.2.	Les services de soin : un changement de type 1 .....	42
4.2.3.	Les jeux d'acteurs .....	43
<b>4.3.</b>	<b>Les équipes .....</b>	<b>43</b>
4.3.1.	L'équipe 1.....	44
4.3.2.	L'équipe 2.....	44
4.3.3.	L'équipe 3.....	45
4.3.4.	L'équipe 4.....	45
4.3.5.	L'équipe 5.....	46
4.3.6.	L'équipe 6.....	47
<b>4.1.</b>	<b>Les compétences soignantes.....</b>	<b>47</b>
4.1.1.	Le vouloir agir .....	47
4.1.1.1.	Les valeurs partagées.....	48
4.1.1.2.	L'effet dynamisant de la motivation .....	48
4.1.1.3.	La posture du cadre .....	48
4.1.1.4.	L'implication .....	49

4.1.2.	Le pouvoir agir.....	49
4.1.2.1.	Le contexte .....	50
4.1.2.2.	Le management .....	50
e)	La loi .....	50
f)	Les temps d'échange avec l'équipe .....	50
g)	Les cadres du MCO .....	51
h)	Les cadres de la santé mentale.....	52
4.1.2.3.	L'organisation du travail .....	54
a)	Les moyens architecturaux.....	54
b)	Les moyens humains .....	54
c)	L'organisation du travail.....	54
4.1.3.	Le savoir agir .....	55
4.1.3.1.	Le contexte de soin .....	55
4.1.3.2.	L'accompagnement des pratiques par le cadre.....	56
a)	MCO.....	56
b)	Santé mentale.....	58
4.1.3.3.	Le binôme médecin-cadre accompagne les évolutions des pratiques .....	58
a)	Médecin-cadre : la valorisation des compétences soignantes .....	58
b)	Le rôle pédagogue et visionnaire du médecin.....	59
c)	Les médecins vecteurs d'une culture du soin.....	59
<b>4.2.</b>	<b>La communication .....</b>	<b>60</b>
4.2.1.	Le travail en réseau .....	60
4.2.2.	La communication du cadre de proximité.....	61
<b>5.</b>	<b>Synthèse.....</b>	<b>62</b>
<b>5.1.</b>	<b>La culture partagée.....</b>	<b>62</b>
<b>5.2.</b>	<b>Le changement.....</b>	<b>62</b>
5.2.1.	Le GHT : un changement de type 2 .....	62
5.2.2.	Le changement dans les services : un changement de type 1 .....	63
5.2.3.	La résistance au changement.....	63
<b>5.3.</b>	<b>Les compétences .....</b>	<b>64</b>
5.3.1.	Le vouloir agir .....	65
5.3.2.	Le pouvoir agir.....	66
5.3.3.	Le savoir agir .....	67
<b>5.4.</b>	<b>La communication .....</b>	<b>68</b>
5.4.1.	Le cadre pivot de la communication .....	68

5.4.2. Le cadre de santé : relais d'information.....	68
<b>6. Retour à ma question de recherche et projection professionnelle .....</b>	<b>69</b>

## **Bibliographie**

**Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé**

**Institut de Formation des Cadres de Santé Centre Hospitalier Universitaire de Rennes**

**Titre du mémoire :** Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) : l'accompagnement des évolutions des pratiques professionnelles.

**Auteur :** LE LAGADEC épouse JOUBAUD Anne-Laure

**Directeur de mémoire :** PILORGET Jacqueline, cadre de santé

**Date de rédaction :** Mai 2017

**Résumé**

Le GHT est le nouveau paradigme du soin, qui s'organise désormais en filière définie par le projet médical partagé (PMP). La compétence est une richesse qui nourrit les pratiques professionnelles d'un savoir agir en situation porté par une intelligence pratique. Ces pratiques évoluent au regard de l'augmentation des profils polypathologiques des patients et des évolutions technologiques. La construction des compétences à travers le vouloir agir, le savoir agir et le pouvoir agir, décrits par Le Boterf, met en évidence le rôle de l'institution, du médecin, du cadre et du soignant pour rendre l'organisation apprenante. Les médecins, vecteurs d'une culture du soin partagé sur la filière, soutiennent l'évolution des pratiques. Le rôle du cadre est également important à travers son management, sa pédagogie et la communication qu'il instaure dans une dynamique de travail en réseau.

**Mots clés :**

Cadre, compétence, pratique, Médecin, Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)