



**HAL**  
open science

## Expérience patient et changement organisationnel : quel rôle pour le cadre de santé ?

Janis Hilaricus, Suzelle Saint-Aimée, Marylene Honoré, Nelson Bolinois

### ► To cite this version:

Janis Hilaricus, Suzelle Saint-Aimée, Marylene Honoré, Nelson Bolinois. Expérience patient et changement organisationnel : quel rôle pour le cadre de santé?. Actes de CALASS 2022, 2022, 978-84-09-45307-8. hal-04580666

**HAL Id: hal-04580666**

**<https://hal.science/hal-04580666v1>**

Submitted on 7 Oct 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Expérience patient et changement organisationnel : quel rôle pour le cadre de santé ?**

Janis Hilaricus, Suzelle Saint-Aimée, Marylene Honoré, Nelson Bolinois

- **Thème et objectif de la présentation**

Le rôle des managers dans les organisations suscite depuis longtemps l'intérêt des chercheurs en management stratégique et cet intérêt remonte à Chester Barnard (1938). Le concept de "capacité managériale dynamique" souligne le rôle des managers dans le renouvellement, le développement ou la création des ressources de base de l'entreprise (Adner et Helfat, 2003). Les capacités managériales dynamiques sont un type particulier de capacité dynamique (Martin, 2011). Le concept élargit la perspective des capacités dynamiques en mettant en avant le rôle des managers (Helfat & Martin, 2015). Les capacités managériales dynamiques sont « les capacités avec lesquelles les managers construisent, intègrent et reconfigurent les ressources et les compétences organisationnelles » (Adner et Helfat, 2003: 1012). C'est pourquoi les capacités managériales dynamiques sont considérées comme la clé de la performance organisationnelle et du changement stratégique.

Au cœur d'une organisation en profondes mutations, les cadres de santé sont largement investis dans les évolutions en cours, convaincant leurs équipes, les soutenant dans l'action, produisant la transversalité et la cohérence à des niveaux techniques élevés. L'expérience patient est un concept relativement nouveau en France et qui ne fait pas encore partie du vocabulaire des cadres même si dans la pratique, le patient est au cœur de leurs préoccupations. **Dans cet article nous nous intéressons à la manière dont les cadres de santé parviennent, malgré un environnement contraint, à impulser la dynamique de l'expérience patient au sein du CHU de Martinique (CHUM). Pour ce faire nous mobilisons le concept de capacité managériale dynamique. Nous expliquons comment**

**les cadres de santé utilisent leurs capacités managériales dynamiques pour initier le changement malgré un contexte caractérisé par des tensions et une insuffisance de ressources.**

- **Contexte et problématique**

Alors que de nombreuses études se sont concentrées sur le rôle des cadres supérieurs, il n'y a aucune raison d'exclure les autres échelons de management. Teece (2016) indique que les efforts entrepreneuriaux ne doivent pas être limités à la haute direction ou au PDG, mais doivent se produire dans toute l'organisation. Cela dit, il y a eu moins d'études sur les capacités managériales dynamiques de bas niveau que sur celles de haut niveau, et les quelques études qui existent montrent que les idées des managers de première ligne sont moins mises en œuvre que celles des cadres supérieurs et intermédiaires même dans les organisations à culture entrepreneuriale (Teece, 2016).

Malgré de nombreuses recherches sur les capacités dynamiques, peu d'études se sont concentrées spécifiquement sur leurs antécédents. Il s'agit de comprendre quelles capacités managériales dynamiques sont nécessaires pour pour quels types de changement organisationnel. La question de l'impact du contexte organisationnelle sur les capacités managériales dynamiques restent également un domaine mal connu.

Notre problématique sera la suivante: Comment les cadres de santé parviennent-ils, malgré un environnement contraint, à impulser la dynamique de l'expérience patient au sein du CHU de Martinique (CHUM)? En d'autres termes, il s'agit de comprendre comment les cadres de santé mobilisent leurs capacités managériales dynamiques pour initier le changement.

- **Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés**

## **1. Les cadres de santé dans l'organisation hospitalière: un cadre intermédiaires acteur du changement**

Les contingences structurelles et les exigences du rôle de cadre intermédiaire ont fait l'objet de nombreux débats au cours des dernières décennies et la littérature en management se répartit en deux courants sur le rôle du cadre en tant qu'agent de liaison (Likert 1961). Le premier groupe considère que les différents échelons hiérarchiques du management représentent un obstacle dans la formulation stratégique de la direction. Ces chercheurs pensent que les cadres intermédiaires ont tendance à paralyser les structures et les processus. Le deuxième groupe présente les cadres intermédiaires de manière plus optimiste, comme étant des atouts stratégiques pour la négociation et la mise en œuvre des impératifs stratégiques. Floyd et Wooldridge (1994) considèrent cette position intermédiaire comme un lieu privilégié pour l'exercice du changement, puisque les cadres intermédiaires peuvent aider les cadres supérieurs à formuler des initiatives stratégiques concrètes et jouer un rôle important dans la diffusion des alternatives stratégiques. Huy (2001) est encore plus optimiste et considère les cadres intermédiaires comme des promoteurs influents des valeurs entrepreneuriales, tirant parti des réseaux informels et apaisant les tensions entre continuité et changement. Balogun (2003) réalise une revue de cette littérature et fournit des données plus empiriques, identifiant quatre rôles interdépendants pour les cadres intermédiaires dans la mise en œuvre du changement - entreprendre un changement personnel, aider les autres à travers le changement, mettre en œuvre les changements nécessaires dans leurs départements et maintenir l'activité. Ce travail suggère que les cadres intermédiaires peuvent endosser le rôle d'agent de changement dans les organisations, cependant ce potentiel est contraint par des conflits entre les objectifs qui leurs sont assignés et les routines opérationnelles.

Malgré leur importance pour la compréhension de la dynamique de la fonction publique et de la réforme du secteur public, Conway et Monks (2011) suggèrent qu'il y a un manque d'études empiriques sur les tensions et les ambiguïtés du rôle des cadres intermédiaires dans les services publics, et plus particulièrement à travers différents types d'organisation (Currie et Procter, 2005). La littérature sur le management public a largement mis en évidence la concurrence entre les cadres professionnels et les cadres généralistes, et l'évolution de l'équilibre des pouvoirs entre les deux (Farrell et Morris, 2003), ou alternativement, le rôle de leader des cadres supérieurs ou des élites professionnelles (Currie et al., 2012). Il y a eu moins de travaux s'intéressant aux perceptions des cadres intermédiaires sur leur capacité à jouer le rôle d'agent de changement (Gatenby et al., 2015). Selon Mantere (2008), dans un travail sur les facteurs favorables au rôle d'agents de changement, *“While others have articulated middle management roles, there is little evidence about how middle managers are able to fulfil those roles”* (p. 26). De même, Balogun (2003) affirme : *“There is still little research examining what middle-managers can contribute”* (p. 69).

## **2. L'expérience patient, l'émergence d'un nouveau paradigme hospitalier**

Dans la mesure où elle place le patient au cœur de sa propre santé, l'expérience patient représente un changement de paradigme pour les systèmes de santé, qui ne doivent plus fonctionner seulement pour le patient mais avec eux (Wolf et al., 2014). Ce changement implique non seulement de repenser les pratiques professionnelles pour y inclure les patients, mais également de permettre aux patients de participer à la gestion des organisations de santé et à la prise de décisions en matière de politiques publiques (Delbrassine et al., 2020).

## **3. Les fondements des capacités managériales dynamiques**

Les capacités managériales dynamiques sont les capacités avec lesquelles les managers construisent, intègrent et reconfigurent les ressources et les compétences organisationnelles. Le concept de capacités managériales dynamiques est une analogie directe avec les « capacités dynamiques » organisationnelles plus générales, que Teece, Pisano et Shuen (1997 : 516) définissent comme des capacités qui permettent à une organisation « *d'intégrer, de construire et de reconfigurer des compétences* ». Les capacités managériales dynamiques reflètent trois facteurs sous-jacents : le capital humain managérial, le capital social managérial et la cognition managériale (Adner et Helfat, 2003). Ces facteurs, séparément et en combinaison, influencent les décisions stratégiques et opérationnelles des managers.

#### *Le capital humain managérial*

Le capital humain fait référence aux compétences acquises qui nécessitent un certain investissement dans l'éducation, la formation ou l'apprentissage plus généralement (Becker, 1964).

#### *Le capital social managérial*

Le capital social résulte des relations sociales et peut conférer influence, contrôle et pouvoir (pour une revue complète, voir Adler et Kwon, 2002).

#### *La cognition managériale*

La cognition managériale fait référence aux croyances managériales et aux modèles mentaux qui servent de base à la prise de décision (pour une revue, voir Walsh, 1995).

### ***Méthodologie***

Dans le but de comprendre le rôle des cadres de santé dans l'amélioration de l'expérience patient nous avons réalisé une étude de cas au sein du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Martinique (CHRUM également appelé CHUM) . Cet établissement cumule un certain nombre de difficultés qui en font un terrain particulier pour étudier l'expérience

patient. En effet, malgré un contexte particulièrement délicat, nous avons été surpris de constater l'implication des cadres de santé dans la mise en œuvre de changements organisationnels tels que l'amélioration de l'expérience patient. Même si certains cadres affirment ne pas connaître ce concept, ils initient des pratiques au sein de leur services qui démontrent un véritable engagement dans l'amélioration du parcours patient et la prise en compte du vécu des patients. Pour mieux comprendre cette dynamique et mettre en lumière les mécanismes sous-jacents qui expliquent l'implication des cadres de santé dans la mise en œuvre des changements organisationnels, nous avons réalisé 27 entretiens semi-directifs centrés avec des cadres du CHUM au premier trimestre 2022. Les entretiens ont été réalisés avec des cadres hospitaliers appartenant à différents services. Nous avons interviewé une grande majorité de cadres infirmiers (17), mais également des cadres techniques (4), des sages-femmes coordinatrices (5) et un cadre supérieur. À l'instar d'autres études portant sur le rôle des cadres intermédiaires (par exemple, Conway et Monks 2011), nous nous concentrons principalement sur le point de vue des cadres eux-mêmes.

Afin de comprendre le rôle et les motivations des cadres de santé, nous avons réalisé des entretiens approfondis et semi-structurés d'une durée comprise entre 1h25 et 2h10 qui ont été intégralement retranscrits. Le logiciel NVivo nous a permis de coder les données collectées. Le codage a fait l'objet d'une approche mixte, à la fois déductive et inductive.

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Martinique (CHRUM également appelé "CHUM") est un établissement public de santé. Il assure une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Il dispose d'un budget principal et de huit budgets annexes qui s'élevaient à un total de 506 M€ en 2015. Actuellement, le CHUM est réparti sur 7 sites. La capacité en lits du CHUM s'élève à 1 333 au total. Le CHUM est établissement de référence dans la Caraïbe qui compte un personnel de 5 142 agents et 834 médecins. Le

CHUM connaît aujourd'hui une situation difficile aggravée par la crise du Covid mais les problèmes remontent de longues dates. Dans un rapport<sup>1</sup> critique datant du 2 juin 2017, la Cour des comptes fait état de la situation financière catastrophique du CHUM. Cette situation a abouti le 11 novembre 2017 à la mise sous administration provisoire du CHUM par le Ministère de la santé et l'Agence régionale de santé (ARS). En août 2018, un nouveau directeur a été nommé mais déjà en décembre 2021, en pleine crise du Covid, l'établissement a encore été placé sous administration provisoire. Cette réorganisation fait suite au départ de l'ancien directeur. Arrivé en août 2018, Benjamin Garel a quitté ses fonctions de directeur du CHU de Martinique le 30 novembre 2021 dans un contexte de refus de l'obligation vaccinale au CHUM. Cette mobilisation a entraîné un appel à la grève générale et en marge, de graves incidents sur le territoire pendant deux semaines (Martinique la 1ère).

- **Résultats et discussion**

- 1. Le capital humain des cadres de santé**

Les cadres de santé du CHUM semblent valoriser l'apprentissage par l'expérience, mais également certaines connaissances théoriques acquises lors de leur formation. L'apprentissage par l'expérience peut provenir de sources distinctes: la formation par les pairs ou le supérieur hiérarchique, les expériences professionnelles antérieures dans le cadre hospitalier et les expériences professionnelles antérieures hors cadre hospitalier. Il ne faut pas oublier que les cadres possèdent de solides connaissances en gestion (management, comptabilité, sociologie des organisations, gestion de projet, ...) qu'ils ont acquis au cours d'une formation spécifique.

---

<sup>1</sup> Rapport d'observation définitif et réponse de l'ordonnateur  
Centre hospitalier régional de la Martinique (2017): <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/41131>



Les nouveaux arrivants, ceux qui n'ont pas d'expérience antérieure dans le service, vont bénéficier d'un accompagnement par leurs collègues déjà présents dans le service. Dans certains cas, un tuteur est choisi par le cadre supérieur pour accompagner la nouvelle recrue.

*“...son accompagnement m'a permis justement d'avoir une vue d'ensemble sur le service des urgences. Elle avait institué, pour nous les cadres, une espèce de parcours. C'est-à-dire qu'elle nous demandait, lors de notre première semaine, d'être avec les infirmiers, les aides-soignantes dans les services... c'est-à-dire qu'on faisait le circuit du patient aux urgences.”*

Les expériences dans le contexte hospitalier correspondent au nombre de postes occupés au cours de leur carrière et au nombre de services et d'établissements dans lesquels les cadres ont exercé leurs fonctions. Certains cadres n'ont pas connu d'autres établissements que le CHUM et n'ont jamais exercé de fonctions hors de la Martinique alors que d'autres ont exercé dans des établissements hospitaliers en France hexagonale avant d'obtenir une mutation en Martinique.

*“Et puis j'ai eu la chance à Paris d'être quand même bien accompagné par le cadre sup et puis l'ensemble des cadres qui étaient déjà présents dans le service. Donc c'est ce qui m'a permis quand même d'être, bon je ne vais pas dire aguerri maintenant, mais d'être quand même beaucoup plus à l'aise sur le poste.”*

En ce qui concerne les expériences hors cadre hospitalier, plusieurs cadres soulignent l'impact de ces expériences sur leur perception de la fonction de cadre. Le fait d'avoir pu observer et participer à la gestion d'une organisation qui a une activité très éloignée du soin, permet au cadre d'avoir une compréhension plus large du rôle du manager. Ces expériences hors cadres hospitaliers ont un impact certain sur leur perception du management des organisations.

*“Moi je l’ai fait dans un hôtel, au niveau du service restauration et là on se rendait compte que c’est à peu près les mêmes difficultés qu’à l’hôpital: bon ben des arrêts, un recours à des vacataires, ils appellent ça des extras. Donc c’est à peu près le même rôle que le manager en question, le directeur de la restauration, avait.”*

Les connaissances théoriques managériales acquises lors de la formation de cadre ne sont pas toutes utiles au quotidien. Cependant, trois d’entre elles semblent être fortement mobilisées dans l’activité du cadre et sont fortement valorisées par ces derniers. Ils soulignent tous l’importance des *soft skills* et plus particulièrement des compétences en communication mais également la gestion de projet et de manière plus surprenante, la sociologie des organisations et en particulier l’analyse stratégique des organisations.

*“Ce qui nous a vraiment, vraiment servi par contre, sur ce Master, et vraiment je mets un gros plus c’est tout ce qui était socialisation. C’est-à-dire vous apprendre comment un groupe évolue, donc, à travers les travaux de Crozier et de Friedberg. Savoir en fait, comment un groupe évolue, comment les personnes vont mettre des stratégies pour, justement, arriver à leurs fins, comment vous aussi vous pouvez mettre en place des stratégies, négocier...”*

## **2. Le capital social des cadres de santé**

Le cadre de santé se situe à l’intersection de plusieurs flux d’information: au sein des services entre des agents; entre le cadre supérieur et les équipes; entre les patients et les équipes. Le cadre entretient également des relations avec les fonctions supports et des acteurs externes à l’établissement.

Les cadres de santé entretiennent des relations approfondies avec les équipes dont ils sont en charge. Leur rôle ne se limite pas seulement à gérer les planning et à s’assurer que chacun est à son poste, il sont présents au sein des services pour faciliter la communication entre les agents.

*“Demander à une, par exemple, de passer un petit peu plus par là parce qu'un autre a besoin d'aide. Parce que souvent, ils ont du mal à communiquer.”*

Le cadre de santé, s'il ne dispose pas de l'information nécessaire, est en mesure d'identifier la source qui pourra lui communiquer cette information. C'est-à-dire qu'il saura à qui s'adresser pour avoir l'information dont il a besoin. Cela suppose une bonne connaissance de la structure informelle de l'organisation.

*“Bref, c'est essayer au quotidien, grâce à toutes ces informations qu'on a, ben de faire en sorte que la boutique tourne.”*

Ils reçoivent des injonctions de la direction qu'ils doivent expliquer à leurs équipes en adaptant le langage en fonction du niveau de compréhension de chacun et des différentes interprétations qui seront attribuées à leurs propos. Un cadre de santé doit gérer des équipes composées d'infirmiers mais également d'aides soignants, d'ASH (agents de services hospitaliers), de brancardiers, ou encore de sages-femmes.

*“Chacun à son niveau d'information et son niveau de compréhension et des fois c'est pas évident. Ce que je vais dire aux sages femmes, je ne vais pas le dire aux aides soignantes. Il faut trouver les mots justes pour tout le monde.”*

Ils passent beaucoup de temps à convaincre et négocier avec leur équipes. Il s'agit de trouver des arguments, transmettre des informations sans pour autant toujours tout dire, et trouver des stratégies pour favoriser l'adhésion des équipes. L'une des stratégies consiste à identifier des référents au sein des équipes à qui on va déléguer certaines responsabilités. Cela implique de bien connaître ses équipes et d'être suffisamment à l'écoute pour identifier les référents potentiels. Une autre stratégie consiste à poser un problème et laisser les équipes proposer des solutions au lieu de leur imposer une solution.

*“Ben moi je décide aujourd’hui que les AS ne sortent plus, forcément l’équipe ne va pas adhérer. ...Donc je leur ai demandé de me faire des propositions, et finalement, chose qu’ils n’avaient jamais faite, ils m’ont dit on peut sortir également à 2 infirmiers, j’ai dit oui.”*

Les cadres de santé sont également en interaction avec les patients. Ils n'interviennent pas seulement en cas de problèmes (plaintes de patients, ...), ils vont au contact des patients pour justement anticiper les problèmes, prendre des mesures correctives quand c'est nécessaire et aussi recueillir le ressenti des patients dans le service.

*“S’il y a une plainte au moins je sais déjà. La personne peut quand même écrire mais des fois, ça permet de désamorcer certaines situations. Il faut rester très près des patientes. On est obligé.”*

### **3. La cognition managériale des cadres de santé au sujet de l’expérience patient**

Les cadres que nous avons interviewés ne connaissent pas le concept d’expérience patient cependant ils se sont tous forgés une définition personnelle de l’expérience patient. Cette définition repose sur leur expérience professionnelle passée et actuelle. Les premiers ont été confrontés au concept dans d’autres établissements hospitaliers ou dans des établissements médico-sociaux, type Ephaad où le patient est considéré comme un client alors qu’à l’hôpital on préfère le terme “usager”. Les autres, se sont forgés une idée de l’expérience patient basées sur les échanges réguliers qu’ils ont avec les patients et leur famille. Pour les premiers:

*“L’expérience patient, si vous voulez, c’est vraiment son parcours, depuis qu’il est entré, quelque soit par le mode par lequel il est rentré, jusqu’à sa jusqu’à sa sortie mais même s’il est suivi peut-être en hospitalisation à domicile, ça va ensuite continuer avec l’hôpital.”*

Les autres vont s’appuyer sur les informations qui leurs viennent directement des patients (avis, plaintes, questionnaires de satisfaction, livre d’or,...). Ces avis sont recueillis dans

certain services de façon formelle comme le livre d'or à la maternité et souvent de façon informelle, au quotidien, lors de discussions avec les patients et leur famille.

*“Il faut chercher à écouter le patient, savoir ce qu'il pense du soin qu'on réalise. Qu'il soit satisfait à la sortie. On a un cahier de satisfaction où on recueille quand même les commentaires des patients hospitalisés.”*

L'expérience patient pour beaucoup de cadres se mesure par la satisfaction des patients. Ils associent à l'expérience patient l'accueil, la signalétique, l'accueil des familles et l'accès des personnes handicapées. Les cadres soulignent également l'importance d'adapter les pratiques au contexte et à la culture locale.

*“C'est le terrain qui nous amène les outils qu'il faut. parce qu'il faut adapter. Ce qu'on apprend dans un hôpital de France, ne va pas forcément s'adapter à nous, avec notre culture, etc. La culture hospitalière n'est pas la même, la culture du pays n'est pas la même, les personnes ne sont pas les mêmes, donc il faut adapter, on n'a pas le choix.”*

Les cadres sont conscients que le contexte compliqué de l'hôpital (crise COVID, manque de personnel, burnout, démissions, difficultés financières, ...) représentent un frein à l'amélioration de l'expérience patient. Cependant, ils considèrent que chacun, à son niveau, peut contribuer à améliorer l'expérience et le vécu des patients. Ils gardent une attitude positive vis-à-vis du changement malgré un contexte contraint.

*“Les choses vont s'améliorer justement au quotidien par nous, et les soignants, ou bien les personnels techniques et le personnel administratif. Elles vont s'améliorer si tout en chacun, ben, quand il voit une personne perdue, essaye de l'aiguiller, ce sera plus simple.”*

L'expérience patient est souvent associée à la satisfaction des patients et à son évaluation. Les cadres sont conscients que les patients sont de mieux en mieux informés et ont des exigences de plus en plus importantes. C'est pourquoi ils associent l'expérience patient à la satisfaction.

La satisfaction est mesurée par des questionnaires de satisfaction qui sont recueillis et traités par le service qualité mais les cadres n'ont souvent aucun retour au sujet de ces évaluations.

### ***Discussion***

Dans cet article nous nous intéressons à la manière dont les cadres de santé parviennent à impulser et encourager des pratiques permettant d'améliorer l'expérience patient au sein du CHU de Martinique, malgré un environnement contraint. En effet, la direction du CHUM a déclenché le plan Blanc le 9 juin 2022 à cause de l'arrivée importante de malades de la Covid-19 à l'hôpital. Le plan blanc contient des mesures d'organisation destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou une activité accrue d'un hôpital. Il avait été déclenché à plusieurs reprises depuis le début de l'épidémie en Martinique (en 2020) et levé le 1er mai 2022.

Pour répondre à notre problématique nous mobilisons le concept de capacité managériale dynamique. Nous considérons que les cadres de santé s'appuient sur leurs capacités managériales dynamiques pour initier le changement malgré un contexte caractérisé par des tensions et une insuffisance de ressources. Cette situation vient s'ajouter aux nombreuses difficultés que l'établissement connaît depuis plusieurs décennies. C'est dans ce contexte que nous avons interrogé les cadres de santé au sujet de l'expérience patient. Les données collectées, qui ont ensuite été analysées, nous ont permis d'identifier trois profils de cadres en fonction de leurs capacités managériales dynamiques et de la manière dont ils vont les mobiliser pour impulser le changement. Nous avons également analysé comment le contexte affecte les capacités managériales dynamiques des cadres de santé.

#### **1. Profil 1: Un capital humain élevé, un capital social faible à modéré, une conception de l'expérience patient qui se fonde sur la comparaison**

Les cadres de santé qui se retrouvent dans cette catégorie possèdent un capital humain supérieur à la moyenne. Ce sont des cadres qui ont des expériences professionnelles très variées et qui sont devenus cadres parfois assez tôt dans leur carrière. Ces cadres ont travaillé dans des contextes très différents les uns des autres ce qui favorise l'accumulation des connaissances mais également une attitude favorable au changement. Ce capital humain élevé et varié s'accompagne d'un capital social faible à modéré qui s'explique par le fait que ces cadres changent régulièrement d'environnement de travail et n'ont pas forcément le temps de nouer des liens forts avec leurs collègues.

Ces cadres qui bénéficient d'une certaine légitimité dû à l'importance de leur capital humain, vont mettre en œuvre des stratégies de négociation avec leur subordonnés pour les amener à avoir une attitude favorable vis-à-vis du changement. Ils ont une vision très claire et très concrète de ce qu'ils peuvent mettre en œuvre dans leur service pour améliorer l'expérience patient qu'ils vont communiquer à leurs collaborateurs. Ils vont tenter de convaincre leurs collaborateurs d'adopter des pratiques plus respectueuses du patient en leur expliquant par exemple comment cela se passe ailleurs ou comment cela devrait se passer selon les règlements. Ces cadres utilisent leur capital humain et la légitimité qui en découle pour convaincre leurs collègues d'adopter des pratiques d'amélioration de l'expérience patient.

## **2. Profil 2: Un capital humain faible à modéré, un capital social élevé et une définition de l'expérience patient qui découle de la relation patient.**

Les cadres de santé qui font partie de cette catégorie possèdent un capital humain moins important que ceux de la catégorie précédente. Leur expérience professionnelle est en tout cas moins variée. Ils ont travaillé toute leur carrière dans le même établissement et n'ont pas d'expérience autre que celle de l'hôpital public. Ces cadres bénéficient cependant d'un capital social interne élevé qui se manifeste par un réseau de relations internes étendu au sein

de l'établissement. Ils connaissent de nombreux cadres de santé, ils connaissent également des cadres supérieurs qu'ils ont connus avant leur promotion et sont souvent appréciés de leurs subordonnés. Du fait de leur longue carrière au sein du même établissement, ils ont traversé différentes périodes qui leur permettent de comparer la situation actuelle avec certaines situations passées. Ils vont souvent s'appuyer sur ces souvenirs de période "moins difficiles" pour faire perdurer ou pour transmettre des pratiques qui selon eux permettent d'améliorer l'expérience patient. Ces cadres délèguent beaucoup de responsabilités à leur subordonné pour les impliquer directement dans le changement. Ils sont également souvent à l'origine de projets qui vont permettre de fédérer les équipes et d'impulser une dynamique de changement. Ces projets bénéficient la plupart du temps de l'adhésion des équipes mais également des supérieurs hiérarchiques étant donné le capital social élevé de ces cadres. Ils peuvent se heurter à des individualités réfractaires mais compte sur la dynamique générale pour atténuer les résistances. Cette catégorie de cadres utilisent leur capital social élevé pour proposer des projets, mettre en place des actions, animer les équipes et pour impulser une dynamique de changement.

### **3. Profil 3: Un capital social et humain faible à modéré, une conception du changement qui doit venir de la base.**

Nous avons identifié une troisième catégorie de cadres de santé qui se caractérise à la fois par un capital humain et social faible à modéré. Leur capital humain est faible car leur expérience professionnelle est peu diversifiée: ils n'ont pas exercé dans d'autres établissements et n'ont pas exercé hors du cadre hospitalier. Leur capital social est également faible à modéré car ils ont toujours travaillé dans le même service et n'ont pas pu constituer de réseau hors de leur spécialité pour des raisons parfois indépendantes de leur volonté. Leur conception de l'expérience patient est limitée au service qu'ils connaissent et dans lequel ils exercent leur



activité. Pour impulser une dynamique de changement, ils s'appuient sur la formation et le partage d'expérience. Leur fonction de manager ne leur permet pas toujours de s'absenter pour partir en formation mais ils vont encourager leurs subordonnés à suivre des formations et ensuite à partager ces expériences au sein du service. Certains des cadres de cette catégorie interviennent dans les choix de formation de leurs subordonnés qu'ils vont parfois inscrire eux-mêmes dans les formations. Ils considèrent que le changement, pour être réussi et susciter l'adhésion d'un maximum de personnes, doit venir des équipes. Ce sont donc les infirmiers, ASH et autres aides soignants qui vont partir se former et revenir partager leur expérience et connaissances avec les autres membres du service. Ils considèrent que le personnel doit être force de proposition et que ce n'est pas uniquement le cadre qui doit avoir des idées ou proposer des solutions. Le travail du cadre consiste à identifier les personnes qui vont participer à la formation, participer au choix des formations en orientant les choix des agents, organiser le retour d'expérience en planifiant les réunions d'équipe, identifier les axes d'évolution que le service pourrait adopter, évaluer la faisabilité des projets.

- **Contribution/intérêt par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique**

Nous avons réalisé une étude de cas au sein du CHUM pour comprendre le rôle des cadres de santé dans la mise en œuvre de l'expérience patient. Notre travail contribue à améliorer la compréhension du rôle des cadres intermédiaires dans le processus de changement. Ce faisant, nous avons mobilisé le concept de capacité managériale dynamique. Nous avons mis en lumière la façon dont les cadres de santé mobilisent leurs capacités managériales dynamiques pour impulser une dynamique de changement au sein de leur service. Nous avons également mis en lumière le rôle du contexte dans la mobilisation des capacités managériales dynamiques.

## Bibliographie

1. Adler, Paul S., et Seok-Woo Kwon. « Social Capital: Prospects for a New Concept ». *The Academy of Management Review* 27, n° 1 (2002): 17–40. <https://doi.org/10.2307/4134367>.
2. Adner, Ron, et Constance E. Helfat. « Corporate Effects and Dynamic Managerial Capabilities ». *Strategic Management Journal* 24, n° 10 (2003): 1011–25. <https://doi.org/10.1002/smj.331>.
3. Balogun, J. « From Blaming the Middle to Harnessing Its Potential: Creating Change Intermediaries ». *British Journal of Management* 14, n° 1 (2003): 69–83. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00266>.
4. Barnard, C. I. (1938). *The functions of the executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
5. Becker, G.S. (1964) *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. University of Chicago Press, Chicago.
6. Conway, Edel, et Kathy Monks. « Change from below: The Role of Middle Managers in Mediating Paradoxical Change ». *Human Resource Management Journal* 21, n° 2 (2011): 190–203. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2010.00135.x>.
7. Currie, G. and Procter, S.J. (2005) *The Antecedents of Middle Managers Strategic Contribution: The Case of Professional Bureaucracy*. *Journal of Management Studies*, 42, 1325-1355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2005.00546.x>.
8. Currie, Graeme, Andy Lockett, Rachael Finn, Graham Martin, et Justin Waring. « Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of

- Medical Professionalism ». *Organization Studies* 33, n° 7 (1 juillet 2012): 937–62.  
<https://doi.org/10.1177/0170840612445116>.
9. Delbrassine, N., Dia, O., Escarrabill, J. The patient's perspective in the health care system. Shared Patient Experience (SPX). Brussels: SPX; 2020.
  10. Farrell, Catherine, et Jonathan Morris. « The 'Neo-Bureaucratic' State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work ». *Organization* 10, n° 1 (1 février 2003): 129–56. <https://doi.org/10.1177/1350508403010001380>.
  11. Floyd, Steven W., et Bill Wooldridge. « Dinosaurs or Dynamos? Recognizing Middle Management's Strategic Role ». *The Academy of Management Executive (1993-2005)* 8, n° 4 (1994): 47–57.
  12. Gatenby, Mark, Chris Rees, Catherine Bailey, Kerstin Alfes, et Emma Soane. « Managing Change, or Changing Managers? The role of middle managers in UK public service reform ». *Public Management Review* 17 (14 septembre 2015): 1124–45. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.895028>.
  13. Helfat, Constance E., et Jeffrey A. Martin. « Dynamic Managerial Capabilities: Review and Assessment of Managerial Impact on Strategic Change ». *Journal of Management* 41, n° 5 (1 juillet 2015): 1281–1312. <https://doi.org/10.1177/0149206314561301>.
  14. Huy, Q. M. (2001). In Praise of Middle Managers. *Harvard Business Review*, 79, 72-79.
  15. Likert, R. (1961). *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill.

16. Mantere, Saku. « Role Expectations and Middle Manager Strategic Agency ». *Journal of Management Studies* 45, n° 2 (2008): 294–316. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2007.00744.x>.
17. Martin, Jeffrey A. « Dynamic Managerial Capabilities and the Multibusiness Team: The Role of Episodic Teams in Executive Leadership Groups ». *Organization Science* 22, n° 1 (2011): 118–40.
18. Martinique la 1ère. « La situation financière du CHU de Martinique épinglée par la Cour des comptes ». Consulté le 31 août 2022. <https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/situation-financiere-du-chu-martinique-epinglee-cour-comptes-543997.html>.
19. Teece, David J., Gary Pisano, et Amy Shuen. « Dynamic Capabilities and Strategic Management ». *Strategic Management Journal* 18, n° 7 (1997): 509–33. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199708\)18:7<509::AID-SMJ882>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199708)18:7<509::AID-SMJ882>3.0.CO;2-Z).
20. Teece, David J. « Dynamic Capabilities and Entrepreneurial Management in Large Organizations: Toward a Theory of the (Entrepreneurial) Firm ». *European Economic Review* 86, n° C (2016): 202–16.
21. Walsh, James P. « Managerial and Organizational Cognition: Notes from a Trip Down Memory Lane ». *Organization Science* 6, n° 3 (1995): 280–321.
22. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal*. 2014; 1(1):7-19. doi: 10.35680/2372-0247.1004.