

***Propositions pour un méta-modèle de gestion de projet de  
changement  
Le cas des établissements de santé publics en France***

**Isabelle Franchistéguy**

Doctorante en Sciences de Gestion

Laboratoire GRAPHOS - UMR CNRS 5823

Technopole Izarbel

64210 BIDART

tel : 05 59 43 85 40

courriel : i.franchistéguy@estia.fr

**Mots-clés :** Changement organisationnel, amélioration continue, dimensions dialogiques, gestion intégrée de projet de changement, établissement de santé

Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique  
13-14-15 juin 2001



Faculté des Sciences de l'administration  
Université Laval  
Québec



## **Résumé :**

*Changer l'organisation des établissements de santé français semble être devenu une nécessité. La succession de lois, ordonnances et décrets mis en application au cours de la dernière décennie montre bien l'intention du législateur d'obtenir une « maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Toutefois, ce changement « prescrit sur ordonnance » n'est pas un gage d'efficience, d'efficacité ni même d'effectivité ! Le secteur de la santé est un secteur d'activité que nous qualifions de complexe tant il est marqué par des spécificités qui nous semblent structurantes quant à l'organisation de l'activité où le changement parfois arrive de façon inattendue. La simple adaptation d'outils gestionnaires ayant fait leur preuve dans d'autres secteurs d'activités nous semble donc insuffisante, voire même inadéquate. Nous proposons au travers de cet article un modèle de gestion de projet de changement organisationnel spécifique au secteur de la santé qui permette d'intégrer les aspects de prescription et d'urgence s'inscrivant dans la perspective de la mise en œuvre de l'amélioration continue. Cinq axes ont été dégagés après l'identification et le regroupement de « facteurs structurants » quant à la réalisation du changement organisationnel au travers de diverses expériences de recherche-action. Cinq axes à gérer de façon concomitante et qui constituent un « meta-modèle » qui doit permettre aux dirigeants ou responsables de projet de changement organisationnel de s'assurer que toutes les conditions sont réunies dans la perspective de mettre en œuvre et surtout pérenniser la mise en œuvre du changement organisationnel.*

## **Mots-clés**

Changement organisationnel, amélioration continue, dimensions dialogiques, gestion intégrée de projet de changement, établissement de santé

# **Propositions pour un méta-modèle de gestion de projet de changement**

## **Le cas des établissements de santé publics en France**

### **Introduction**

Les établissements de santé français vivent à l'heure actuelle de fortes perturbations qui les conduisent à mettre en œuvre un certain nombre d'évolutions organisationnelles. En nous appuyant sur les apports de la littérature qui insistent sur la dualité rémanente prescription-émergence, nous évoquerons l'ambivalence du changement organisationnel dans les établissements de santé publics ou participant au service public hospitalier (PSPH). Cette ambivalence dont les effets sont mal maîtrisés se traduit par une difficulté à mettre en œuvre des améliorations organisationnelles pérennes. Notre objectif au travers de cet article consiste à proposer un « meta-modèle » de gestion de projets de changement organisationnel qui permette d'établir une vigilance et un support à la mise en œuvre de projets de changement organisationnel dans les établissements de santé publics ou assimilés.

### **1. Le changement organisationnel : un phénomène prescrit ou émergent ?**

Astley et Van de Ven dès 1983, opposent le changement déterminé par les lois de l'environnement interne et externe, ou changement imposé, à un changement résultant de l'intervention volontaire de l'homme, ou changement volontaire. Cette différenciation se retrouve de façon rémanente dans le secteur d'activité de la santé.

#### **1.1 le changement organisationnel induit par les contraintes de l'environnement ou le changement prescrit**

Les théories de l'adaptation regroupent un ensemble de théories diverses qui établissent un lien direct entre l'évolution des organisations et leur environnement externe. La théorie de la contingence (Galbraith, 1985) considère par exemple que les organisations adaptent leurs structures aux contraintes de l'environnement, de la demande et de la technologie. Le changement consiste alors en un processus d'adaptation à des variables contingentes. La théorie des choix stratégiques (Child, 1972) affirme quant à elle que les dirigeants formulent des stratégies appropriées aux contraintes de l'environnement présent ou futur.

Les organisations sont alors envisagées comme fortement flexibles afin de répondre ou d'anticiper les variations de l'environnement et le changement consiste dans ce cadre à réagir aux conditions de l'environnement ou à l'inverse à mettre en œuvre une action qui modifie cet environnement. De fait, l'analyse du changement ne peut alors être détachée du contexte (Wilson, 1992) puisque le changement résulte de multiples interactions entre les caractéristiques de l'environnement et les choix stratégiques réalisés par les dirigeants de l'organisation (Hrebiniak et Joice, 1985, Bedeian, 1990). Le contexte peut alors être considéré comme un facteur favorisant ou inhibant la décision de changer et devient essentiel pour la compréhension de la dynamique du changement (Pettigrew, 1985).

Ces théories de l'adaptation sont cependant controversées par la théorie de l'écologie des populations (Hannan et Freeman, 1977) qui établit que la capacité de l'adaptation des organisations aux conditions changeantes de leur environnement est loin d'être systématiquement vérifiée.

Toujours parmi les divers courants rencontrés dans la littérature, la mise en œuvre du changement est également influencée par un certain nombre de facteurs qui ont déjà été récapitulés (Vandangeon-Derumez, 1998) et que nous nous contenterons de citer : la taille de l'organisation, son âge, son expérience passée en matière de changement, ses performances...

Toutefois, un certain nombre de précautions sont probablement à prendre avec ce type d'analyse concernant la mise en œuvre du changement organisationnel. En effet, l'environnement des organisations ne devient une contrainte qu'au travers des représentations que s'en construisent les acteurs de l'organisation. Ainsi, l'environnement n'est pas une donnée indépendante mais correspond en fait à une traduction de la perception (Joffre et Koenig, 1992) qu'en ont les acteurs. C'est donc à partir de leur interprétation de la réalité que les équipes dirigeantes prédisent des actions futures et façonnent (Isabella, 1990) le sens du changement pour les autres acteurs de l'organisation.

### **1.2 Le changement organisationnel comme processus social ou le changement émergent**

Michel Crozier en 1963 a mis en évidence les rigidités et cercles vicieux bureaucratiques, facteurs de résistance au changement. Avec Erhard Friedberg, il montre que le changement passe par l'apprentissage collectif de nouvelles manières de raisonner et de coopérer.

D'autres auteurs vont plus loin dans l'analyse sociologique du changement organisationnel. Sainsaulieu et Segrestin préfèrent à la notion de changement celle de développement social. Ce dernier passe par une action sur les cultures (d'entreprise, professionnelle, régionale) et sur les interactions (réseaux de pouvoirs, stratégies collectives...). L'Ecole des Relations Humaines (Lewin 1948, Moreno 1970) et divers courants sociologiques avaient déjà auparavant insisté sur l'importance de la prise en compte du travail humain dans la conception des installations et des postes de travail.

Le changement devient produit localement par l'action décentralisée, souvent « clandestine » (Moulet, 1992) des acteurs. Les acteurs deviennent capables de produire leurs propres règles de fonctionnement (De Terssac 1992, Friedberg, 1993) et surtout de créer ou non les conditions du changement.

Le changement est parfois également envisagé dans la littérature comme l'unique solution à une situation de crise déclarée au sein d'une entreprise et peut d'ailleurs se concevoir en une succession d'étapes (Chandler, 1998) de conception de solutions organisationnelles et de leur application rythmées par les crises de l'environnement. Le changement devient alors stratégique et la nouvelle orientation choisie doit permettre d'éliminer contre-performances, blocages et problèmes. Dans ce cas-là, le changement va être présenté comme indispensable et sa réussite devra être inconditionnelle pour assurer la survie de l'organisation. Les acteurs de l'organisation n'ont pas alors d'autre choix que de participer au changement pour permettre la pérennité de l'établissement qui leur assure tout de même un emploi. Ce mode de mise en œuvre du changement ne peut que rester exceptionnel même s'il est probable qu'il soit recherché dans certains établissements où les injonctions liées aux diverses réglementations vont de plus servir de support à ces façons de faire.

La « *dynamique de gestion des crises* » lors de « situations catastrophes » a fait l'objet de diverses études<sup>1</sup>. Pourtant, la gestion du changement par la crise, est probablement un mode de management du changement qui permet d'imposer une solution comme étant l'unique recours à une situation problématique. Le personnel ne peut alors que se résoudre à accepter les solutions présentées sans avoir le temps de proposer des solutions alternatives ce qui peut paraître relever du complot. Ce type de situation n'est pas à généraliser et il arrive que

l'imprévu survienne de façon inattendue et nécessite une réaction dans l'urgence laissant peu de place à la réflexion stratégique.

Toutefois, le changement peut également émerger de façon inattendue. En effet, les acteurs sociaux ont entre leurs mains les leviers de transformation de la société industrielle ; ils savent « déplacer les buts » assignés par les bureaucraties, pour s'ajuster entre eux et produire le changement selon leur propre logique, la « *logique des gens* » (Segrestin, 1992).

Burgelman a évoqué le changement par rupture à propos de certaines initiatives stratégiques qui lorsqu'elles sortent du cadre stratégique habituel peuvent avoir des conséquences majeures sur l'organisation et conduire à un changement radical qui implique une redéfinition de l'organisation dans sa globalité.

### **1.3 la dynamique du changement organisationnel : une combinaison des aspects de prescription et d'émergence**

La littérature concernant le changement organisationnel tend à opposer les approches du changement selon un mode de prescription et du changement selon un mode émergent. La prescription du changement relève d'une imposition qui laisse peu de place à une approche participative et ferme toutes les opportunités de génération d'évolutions par la création de « zones de flous », « d'espaces de liberté » que les acteurs pourraient s'approprier. La mise en œuvre d'un changement organisationnel pérenne nécessite un pilotage organisé du changement qui autorise la prise en compte d'événements inattendus, la survenue d'aléas et de phénomènes aléatoires, la prise en compte et l'intégration des acteurs afin que le changement soit compris, accepté et plébiscité de tous. Les approches de l'organisation comme celle de l'« auto-éco-ré-organisation » d'Egar Morin (Morin, Le Moigne, 1999) permettent d'adopter une approche plus « organique » des organisations, plus proche des acteurs et de leurs préoccupations, acteurs qui sont la clé de la mise en œuvre durable du changement. Elles permettent de reconsidérer l'organisation comme un ensemble d'acteurs aux « frontières floues » et partant de là mettent l'accent sur les hommes plus que sur les structures. Le changement nécessite d'être « construit » au sein de l'organisation, compris et porté par les principaux protagonistes, accepté et si possible plébiscité par eux. Le changement, dans la mesure du possible, doit être le produit d'une régulation conjointe (Reynaud, 1997), autorisant l'articulation local/global et qui intègre le fait que les acteurs locaux pèsent directement sur l'avenir des organisations. Ce parti pris d'une vision plus

« organique » des organisations permet de plus de prendre en compte le fait que le changement puisse arriver là où on ne l'attend pas, résulter ou non de la volonté des acteurs et être porté par eux. De ce fait, il devient nécessaire de pouvoir évaluer de façon régulière les évolutions de l'organisation et les intégrer au sein du projet de changement. Cela suppose de pouvoir adopter un focus pertinent sur l'organisation : l'ampleur des observations réalisées dépend probablement de la précision avec laquelle l'évolution de l'organisation et du domaine est observée. Dans l'impossibilité de tout observer, des événements pertinents pour l'évolution de l'organisation peuvent aussi être hors du champ de surveillance et leur importance minimisée ou maximisée selon les modalités d'observation adoptées.

Diverses expériences de changement organisationnel au sein de différents établissements de santé du secteur public ou participant au secteur public hospitalier du sud de la France nous ont permis de nous rendre compte que le changement organisationnel est indubitablement un phénomène dont la dynamique de génération et de pérennisation doit être considérée comme étant de caractère complexe. Ce changement nécessite de pouvoir être piloté en fonction d'objectifs stratégiques à atteindre mais ne peut négliger les aspects organisationnels relatifs à une émergence des évolutions. Seule une approche intégrée du changement permet à notre sens la combinaison de ces deux aspects *a priori* contradictoires du changement organisationnel.

## **2. Comprendre le changement organisationnel par l'expérimentation qualitative**

La problématique du changement organisationnel dans les établissements de santé français est marquée par la complexité résultante de la conjonction de multiples facteurs tels que l'évolution des attentes des patients et familles, la multiplication des contraintes réglementaires, un environnement qui évolue vers la concurrence, les cloisonnements entre services d'un même établissement, l'impact des intérêts personnels et des notions de pouvoir, d'autorité et de responsabilité, la superposition des technologies...

Surmonter cette complexité nécessite d'entrer dans le cœur de la dynamique organisationnelle des établissements de santé. Travailler à partir d'activités concrètes, réalisées sur divers terrains afin de repérer les forces en présence, comprendre comment les décisions se prennent, s'appliquent et se contestent est donc indispensable pour recueillir les éléments indispensables à la compréhension de la dynamique du changement organisationnel en santé. La nécessité

d'appuyer notre travail de recherche sur des expérimentations concrètes est alors apparue comme indispensable dans la perspective de recueillir de multiples éléments vecteurs de la dynamique du changement en santé.

Rattachée à un laboratoire de gestion spécialisé dans la recherche sur les systèmes et les organisations de santé, nous avons pu participer dans le cadre de notre doctorat à plus d'une vingtaine d'expériences de recherche d'amélioration organisationnelle au sein d'établissements de santé du secteur public ou assimilés. Menées sur le mode de la recherche-action, ces diverses expériences nous ont permis de suivre différentes tentatives de changement organisationnel.

Parmi ces multiples expériences, nous retiendrons trois des principales d'entre elles que nous exploiterons ici :

<b>Type d'établissement</b>	<b>Actions réalisées</b>
Centre Hospitalier Général <b>(CHG)*</b>	Amélioration de l'organisation interne au Service d'Accueil des Urgences (gestion des flux de patients)
Etablissement de soins et hospitalisation à domicile <b>(SHD)*</b>	Audit organisationnel Amélioration par formalisation de process
Centre de Rééducation Fonctionnelle <b>(CRF)*</b>	Formalisation et mise en œuvre du projet d'établissement Préparation à l'accréditation

\* Nous désignerons chaque établissement par ces trois lettres dans la suite de notre contribution

Ces trois expériences se sont étalées sur six à vingt-quatre mois. Nous sommes intervenus sur demande de la direction et avons organisé de multiples réunions multidisciplinaires, proposé des éléments de méthodologie permettant l'accompagnement de la construction, de la mise en œuvre et du suivi par les acteurs des actions d'amélioration. Nous avons ensuite effectué une analyse de ces différentes actions et des entretiens avec une vingtaine de personnes de différents services de chaque établissement, participant ou non au groupe de travail afin de mieux percevoir les dynamiques en cours.

Ces expériences de terrain nous ont permis de mieux comprendre les dynamiques internes au sein des établissements de santé, de repérer les « mécanismes » intimes qui sont les moteurs fondamentaux du changement. Nous avons au cours de notre recherche souhaité accorder une grande place à l'analyse et l'évaluation de nos expériences dans la perspective de les utiliser comme fondements à l'élaboration d'un modèle pertinent de gestion de projets de changements.

Du fait des spécificités du secteur d'activité, les modalités de mise en œuvre de gestion du changement organisationnel nous semblent devoir être considérées de façon spécifique.

### **3. Des symptômes de schizophrénie...**

La notion d'ambivalence qui désigne la coexistence d'attitudes opposées vis à vis d'un objet a déjà été associée au changement organisationnel au sein de la littérature, en particulier concernant la gestion du changement (Perret 1998) adoptée par un dirigeant. Envisagée de façon pathogène selon les travaux psychanalytiques, l'ambivalence se traduit dans ce cadre par des difficultés cognitives et comportementales engendrant un amoindrissement des capacités de clarification et de jugement, engendrant de la confusion et de l'incertitude, provoquant des sources d'indécision, des attitudes de distanciation, de rejet et de stress.

#### **3.1 Fonctionnement administré versus lois du marché**

Du fait des contraintes externes de régulation et d'une modification de certains paramètres de l'activité, l'environnement des établissements de santé français est en forte évolution. Depuis 1970, une succession de mesures tente de réguler l'offre de soins. La carte sanitaire et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), essaient de mettre en adéquation l'offre de soins aux besoins de la population pour un secteur géographique donné. Les établissements de santé doivent également définir leur développement stratégique à court terme en écrivant un projet d'établissement qui définit l'évolution de leurs activités sur les cinq années à venir. Ils signent aussi avec les autorités de tutelles un contrat d'objectifs et de moyens afin de fixer les tarifs de prestations et de prévoir les actions susceptibles d'améliorer la qualité et la sécurité des soins sur une durée de cinq années et ce, en cohérence avec le projet d'établissement et le SROS.

Une évaluation de l'activité des établissements se met progressivement en place. Le PMSI ou Programme de Médicalisation du Système d'Information rendu obligatoire pour tout type d'établissement de santé permet d'analyser de façon quantitative l'ensemble des activités réalisées au sein d'un établissement. Cette analyse se complète désormais d'une analyse qualitative qui commence à se développer par l'obligation d'engagement dans la procédure de l'accréditation, procédure d'évaluation externe dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité au sein de chaque structure.

Parallèlement, de nouveaux besoins en soins se développent, qui nécessitent d'être pris en compte afin que les établissements de santé développent une réponse adaptée. Les patients et leurs familles deviennent de plus en plus exigeants concernant la prestation globale de soins qu'ils vont recevoir et se positionnent d'ailleurs désormais comme acteurs à part entière du processus de soins. Informés par les médias sur les évolutions les plus avancées de certaines thérapeutiques, certains d'entre eux demandent évidemment à bénéficier des techniques et traitements de pointe et réclament des modalités d'hébergement d'un certain confort. Le statut du patient n'est désormais plus passif mais également de plus en plus revendicatif et certains décrets réglementaires viennent renforcer ce nouveau statut puisque désormais, le patient doit être informé des risques qu'il encourt, et pouvoir choisir certaines modalités de son traitement...

Le vieillissement de la population ainsi que le développement de nouveaux modes de prises en charge tels que les soins ambulatoires, hospitalisation de jour et hospitalisation à domicile, sont également des facteurs de mise en question de l'organisation dus au changement de répartition de la nature des activités. Cette évolution des besoins s'apparente à une évolution de besoins des consommateurs dont la prise en compte par les autorités de tutelles nécessitent un certain temps de réaction.

La concurrence entre établissements se développe, d'une part avec les établissements du secteur privé mais aussi entre établissements du secteur public positionnés sur les mêmes segments d'activité dans des secteurs géographiques proches. Les acteurs de terrain sont conscients du développement de ce facteur concurrence :

*Il me semble qu'il va falloir être plus rigoriste, que ça va être plus difficile car il va y avoir entre guillemets de la concurrence. Avec tous les centres de rééducation qui sont implantés*

*dans la région, je pense qu'il faudra essayer d'être les meilleurs, c'est-à-dire avoir le meilleur personnel, le meilleur matériel, avoir un plus par rapport aux autres (comptable, CRF)*

**→ Les établissements de santé français sont confrontés d'une part à des modalités de fonctionnement fortement administrées et d'autre part à des modalités qui se rapprochent de modalités d'évolution du marché.**

De ce fait, la réponse aux contraintes se réalise parfois de façon épisodique ou sans accorder les ressources nécessaires comme l'explicitent les témoignages suivants :

*On a voulu mettre en place un Médecin d'Accueil et d'Orientation pour donner une certaine image de l'établissement en vue de l'accréditation, mais on ne s'en donne pas vraiment les moyens (infirmière, CHG)*

*L'activité de Médecin d'Accueil et d'Orientation est une activité intéressante et qui pourra à mon avis le devenir plus encore, une fois que le rôle propre du MAO sera un petit peu plus clairement défini, et à partir du moment où l'on pourra se permettre de s'en tenir à ce rôle là, de façon plus rigoureuse que ce n'est le cas à l'heure actuelle (médecin, CHG)*

### **3.2 « Injonctions paradoxales » versus immobilité ?**

La mise en œuvre d'un développement stratégique<sup>2</sup>, d'une analyse comptable<sup>3</sup> de l'activité, de démarches qualité et d'amélioration de la qualité et de la sécurité<sup>4</sup> se réalisent à notre sens selon un mode qui relève pour nous de « l'injonction paradoxale ». En effet, ces différents outils de gestion qui sont censés amener une meilleure gestion et une amélioration des performances de l'organisation ont tous été introduits par diverses lois ou ordonnances traduisant la volonté du législateur de les « imposer » en quelque sorte. Le chemin vers l'amélioration est ainsi « prescrit ». Le risque avec un tel choix est que les établissements, mal préparés en termes de méthodologie répondent de façon précipitée et peu conforme aux objectifs réels de chacun de ces outils.

Les établissements de santé ont de plus connu de grandes évolutions au cours de ce vingtième siècle, et tout particulièrement les hôpitaux. « L'hôpital hospice » qui accueillait les indigents, est entré depuis la seconde guerre mondiale dans un mouvement de spécialisation tout d'abord en médecine et chirurgie, pour devenir de nos jours, un hôpital de spécialités. Le mouvement général de spécialisation des différentes unités de l'hôpital est une évolution qui a surtout favorisé la profession médicale, consolidant ainsi ses zones d'intervention (Vassy,

Renard, 1992) autonome et de contrôle de l'incertitude. La catégorisation et la spécialisation professionnelle sont très fortes et inhibent parfois la participation de certains acteurs à des projets d'évolution. Nous avons ainsi animé de multiples réunions autour de la mise en œuvre de divers projets et avons pu constater à plusieurs reprises et en des établissements différents que des infirmières plutôt volubiles et évoquant en toute confiance le fonctionnement du service devenaient soudain muettes dès qu'apparaissait le médecin chef de service.

Nous avons également repéré une tendance à entretenir des modes de fonctionnement issus du passé. La routine omniprésente ne permet alors pas de questionner et de remettre en cause les modes d'organisation.

*Je pense qu'il y a plusieurs raisons pour lesquelles l'établissement avait peu évolué. Il y avait la grande tradition, c'était comme ça. Même au niveau de notre travail, on fonctionnait comme ça sans se poser d'autres questions (comptable, CRF).*

*Pourquoi ne l'a-t-on pas fait auparavant ? Je ne sais pas, peut-être que nous étions habitués à travailler avec des méthodes anciennes, sans se poser plus de questions (infirmière CRF)*

Travailler en groupes de projet que ce soit pour préparer le projet d'établissement ou pour répondre à la procédure d'accréditation nécessite de former des groupes pluridisciplinaires, de pouvoir confronter les points de vue, de questionner leurs modalités de fonctionnement ce qui ne s'inscrit que trop peu dans les façons de faire actuelles.

**→ Les établissements de santé français sont obligés de mettre en œuvre des améliorations sans être préparés aux multiples questionnements et refontes de l'organisation que nécessitent ces améliorations.**

Cette non-préparation à la réalisation d'évolutions organisationnelles engendre une pérennisation démesurée de certaines modalités d'organisation et la création de tensions qui débouchent parfois sur l'éclatement d'une crise générant enfin l'évolution.

*Au départ dans notre organisation, nous étions deux infirmières pour cinquante six malades, et notre principe était de voir tous les patients. Un jour, on faisait un étage et demi, et l'autre jour on inversait, ce mode d'organisation a duré des années. Nous étions conscientes de ne pas bien faire notre travail, pour un tas de raisons : le fait que nous n'y arrivions plus, le fait que les malades, nous nous apercevions que nous ne les connaissions plus. Nous trouvions que nous faisions mal notre boulot et en même temps, les malades devenant de plus en plus complexes de par leur pathologie, il fallait prendre le temps de les connaître. Et puis un jour, une aide-soignante nous a dit, « maintenant ça ne peut plus durer ! ». Il y a eu comme une*

*crise, nous avons vécu oui en fait une crise. Et nous l'avons prise en pleine tête, mais bon nous avons quand même accepté puisque nous voyions que ça n'allait pas et que nous ne pouvions pas durer comme ça éternellement. Nous avons choisi de nous sectoriser et maintenant durant deux mois nous travaillons sur un étage puis nous inversons, et pour nous ça a été un changement radical, plus que bénéfique (infirmière CRF)*

### **3.3 Une illustration : le contraste entre développement des technologies de pointe et la difficile implantation des systèmes d'information**

La « *révolution technologique* » (Larrasquet, Pascal, Claveranne, 1998) ou l'intrusion de l'informatisation, la numérisation et la miniaturisation modifient progressivement les pratiques hospitalières (Krichen, 1996) et se répercutent petit à petit en profonds bouleversements dans l'organisation de l'activité et des pratiques médico-soignantes. Toutefois, les établissements superposent d'un côté l'utilisation d'application et de technologies très évoluées et de l'autre un manque certain d'outils spécifiques.

Progressivement les unités de soins mettent en œuvre un dossier de soins informatisé. Certes, la tâche est difficile, essentiellement du fait de la complexité du dossier (Bianchi, 1997), du faible accompagnement des projets (Berbain, 1996) et d'environnement ergonomique peu adapté pour l'introduction de l'outil informatique. Un seul poste de travail dans l'office des infirmières nous paraît limiter les utilisations fréquentes et directes de l'outil informatique... Malgré l'immersion progressive de l'outil informatique au sein des activités de soins, il reste encore un champ important de l'organisation qui pourrait être amélioré. En particulier, nos diverses expériences de terrain nous ont permis de nous rendre compte que l'outil informatique était peu, voire mal employé et que l'étendue des possibilités qu'il peut offrir était fortement méconnue.

Au sein du centre de rééducation fonctionnelle, nous avons par exemple relevé des disparités importantes concernant les données du PMSI. Après diverses réunions, nous avons pu comprendre qu'en fait peu d'importance était accordée à cet outil d'analyse de l'activité. Les kinésithérapeutes remplissaient donc les fiches mais certains prenaient cette tâche à la légère. Ne comprenant pas les enjeux liés à la retranscription des actes qu'ils effectuaient, ils se soumettaient à l'obligation de remplissage sans se préoccuper de l'exactitude des informations retranscrites. Ces informations ensuite ressaisies par une opératrice étaient alors susceptibles d'être à nouveau entachées d'erreurs de retranscription. Cette situation aurait pu être évitée si les kinésithérapeutes avaient été sensibilisés dès la mise en œuvre de l'outil sur

ses éventuelles utilisations comme analyse de l'activité à moyen et long terme. Un outil informatique adapté, utilisable dans les salles de rééducation et permettant d'éviter la retranscription aurait également favorisé la mise en œuvre de l'outil.

Mais les potentialités offertes par la mise en œuvre d'un outil informatique sont relativement méconnues. Ainsi lorsqu'il s'agit de pouvoir disposer d'une information simultanément en divers endroits, les professionnels soignants pensent que la seule solution réaliste (du niveau de leur champ de réflexion), réside dans l'utilisation de photocopies ou de feuillets carbonés que l'on va ensuite répartir sur les lieux d'utilisation. Ces personnes ne conceptualisent que difficilement que l'utilisation d'un outil informatique permettrait aisément de disposer de cette information en divers points géographiquement éloignés, information que l'on pourrait ensuite mettre à jour de façon instantanée.

La méconnaissance des potentialités offertes par l'outil informatique nous paraît être un des principaux freins à son développement en support à l'organisation des activités de santé. Dans un service d'accueil des urgences où nous avons suggéré un suivi informatisé de la prise en charge des patients qui permettait non seulement de gérer l'activité du service en temps réel (occupation des box, étapes validées de la prise en charge) mais aussi de recueillir simultanément les différentes données concernant les patients (informations administratives mais également médicales), nos propositions ont été suivies de peu d'effets. A l'argument supplémentaire que l'outil aurait pu permettre la constitution de bases de données mobilisables pour diverses études épidémiologiques ou autres statistiques, un médecin nous a évoqué les difficultés qu'il imaginait du fait des sauvegardes quotidiennes sur bandes magnétiques !!

Nous avons pourtant au sein du même établissement, réussi à démarrer le processus de mise en œuvre d'un outil de recueil d'informations concernant la prise en charge en unités spécialisées de patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Cet outil devra permettre le suivi des patients sur un assez long terme et permettra la constitution d'une base de données dont on pourra ensuite extraire un certain nombre de données épidémiologiques, économiques et organisationnelles. Le logiciel utilisable à partir d'un portable devra permettre la saisie directe d'informations lors des staffs réunissant les divers professionnels du service, saisie qui sera probablement effectuée sous le contrôle direct du médecin chef de service, élément moteur de la mise en œuvre du projet de mise en place d'unités spécialisées. Il serait

également souhaitable que très vite, les établissements de soins participant au réseau assurant la prise en charge de tels patients puissent également utiliser ce même outil afin de compléter la base de données et en faire un outil d'une certaine envergure. Cette application devrait rapidement voir le jour et être mise en œuvre de façon immédiate. Nous avons pu remarquer que même le médecin porteur du projet, amplement favorable à la mise en œuvre du produit et familier de l'utilisation de l'outil informatique, avait du mal à envisager dans un premier temps les multiples potentialités d'un tel logiciel. Menus déroulants facilitant la saisie des informations pour la plupart prédéfinies, possibilité d'utiliser des requêtes pour l'exploitation de la base de données, évolutivité de l'outil sont autant de fonctionnalités que nous avons dû lui suggérer. Une première ébauche de l'outil vient d'être terminée et devrait très rapidement être testée.

De nos diverses expériences de terrain, nous pouvons déduire qu'il n'existe que trop peu d'outils informatiques en support à l'organisation opérationnelle des activités de soins. Le décalage peut de plus paraître d'autant plus grand que le contraste est important si l'on regarde les technologies très avancées comme par exemple celles utilisées pour l'imagerie, la chirurgie...

**→ Les acteurs sont enclins à mettre en œuvre des évolutions s'ils y trouvent un intérêt. L'exemple du développement des nouvelles technologies au sein des établissements de santé montre une fois encore cette ambivalence que peut générer le changement.**

*Je me dis que tout ça va amener du bon dans notre façon de travailler, mais peut-être aussi du mauvais et des choses qui nous plairont mais aussi des contraintes auxquelles nous allons peut-être devoir nous plier (infirmière, CRF)*

*Ce qui me manque c'est une reconnaissance par rapport au travail d'aide-soignante, et même pour n'importe quelle catégorie professionnelle, même pour les gens qui ne travaillent pas directement dans les services. (aide-soignante CRF)*

De façon équivalente, il serait possible d'identifier de multiples tiraillements au sein des établissements de santé équivalents à ceux que nous venons d'énoncer. Cette ambivalence du changement organisationnel dans les établissements de santé nécessite d'être considérée et intégrée dans les modalités actuelles de mise en œuvre du changement organisationnel.

#### **4. Changer les modalités de gestion du changement...**

Les acteurs des établissements de santé sont pour la plupart très conscients de la nécessité de faire évoluer l'organisation, que cette évolution est indéniable et ne fait que commencer :

*Il y a d'abord ce projet de restructuration, de travaux dont on entend parler, dont on voit peut-être maintenant les prémices. Du fait aussi peut-être qu'il y a maintenant un changement de direction, après c'est vrai qu'on entend aussi parler de l'accréditation et il y a les 35h... On a l'impression qu'on vit vraiment une époque charnière, des choses très importantes pour l'entreprise mais aussi pour les salariés (comptable, CRF)*

La gestion du changement organisationnel dans des environnements complexes tels que le secteur de la santé nécessite à notre sens d'être envisagé selon des modalités permettant une « gestion intégrale » du changement c'est-à-dire tant des aspects de planification de la mise en œuvre que des aspects de régulation et de soutien aux diverses dynamiques en œuvre. Cette gestion du changement doit s'appuyer sur une gestion de projet qui doit en particulier prévoir des moments de construction, de mise en œuvre et d'évaluation (Krief, 2000) mais qui doit permettre la « gestion intégrée » de multiples dimensions.

##### **4.1 Intégrer les multiples dimensions duales**

La dynamique du changement organisationnel en santé se trouve marquée probablement de façon plus forte que dans d'autres secteurs d'activités par les spécificités du secteur d'activités qui interfèrent avec la dynamique du changement organisationnel. En particulier, trois dynamiques dialogiques paraissent pertinentes (Franchistéguy, 2000) et nécessitent d'être considérées lors de la mise en œuvre d'un projet de changement : une dialogie « Collectif-Individuel », une dialogie « Structurel-Emotionnel », une dialogie « Capitalisation-Innovation ».

La place de l'individu, au sens de personne physique, dans ces interactions nous semble devoir être intégrée dans tout projet d'évolution organisationnelle. En effet, on oublie trop souvent que l'organisation est composée d'individus qui interagissent au sein d'un ou de plusieurs groupes ou que l'on noie trop souvent par un habillage linguistique qui conduit à rassembler sous un terme unique les multiples individualités d'un groupe ou d'une organisation. Pourtant, derrière toute dimension collective, ce sont des individus qui pensent et agissent en fonction de leur perception, de leur réflexion et représentations personnelles. Ces dernières peuvent évidemment être influencées par ce que l'on nomme parfois « l'effet-groupe », en particulier lorsque les acteurs prennent part à un groupe et agissent en son nom.

On ne peut alors négliger la boucle complexe qui met en relation l'individu et le groupe. Il faut certainement considérer que le sens se construit au travers des représentations des individus, même si à l'évidence, l'effet groupe interagit (Sallaberry, 1996) avec celui-ci.

Faire une place à l'aspect « émotionnel » dans la compréhension des dynamiques organisationnelles et donc dans la politique de management d'un établissement de santé nous paraît d'autant plus important que la composante humaine est largement interférente dans de telles organisations. Que ce soit l'objectif principal de l'organisation qui consiste en l'amélioration de l'état de santé des patients dont la vie est parfois en jeu ou bien dans la recherche d'optimisation du facteur productif, qui est lui aussi ne l'oublions pas essentiellement humain, les hommes se retrouvent à tous les niveaux d'un établissement de santé. De ce fait, la planification des activités, leur organisation, leur gestion dans l'optique de la recherche continue d'efficacité et d'amélioration ne peut se faire à notre avis sans tenir compte de la complexité humaine qui interfère à différents niveaux de l'organisation.

La dialogie capitalisation-innovation paraît naturelle lorsque l'on évoque le changement organisationnel. La notion de capitalisation nécessite pourtant d'être comprise comme « *cultiver pour faire germer, fructifier et non comme collecter, ranger et conserver dans une armoire* » (Prax, 2000). La capitalisation dans les établissements de santé doit faire partie des projets de changement organisationnel, et en particulier d'une phase de stabilisation, de consolidation indispensable à chaque professionnel et chaque équipe de professionnels qui doit non seulement pouvoir y inscrire ses repères mais aussi se servir de cette phase comme d'un point d'appui pour repartir vers de nouvelles évolutions. Il est en effet indispensable de gérer « l'identité du groupe », de la cimenter autour d'un objectif qui doit être commun. L'innovation doit en même temps rester permanente, être considérée comme un processus et non comme une simple action ou le résultat d'une simple action.

Les modalités de gestion du changement organisationnel telles que nous les avons observées au sein de nos expériences de terrain, sont essentiellement collectives car elles se situent au niveau de groupes d'individus, structurelles car elles créent de nouvelles « structures » au sein des établissements et orientées vers la capitalisation puisqu'elles vont générer des documents, de nouveaux protocoles... La prise en compte d'un niveau individuel où l'on considère des personnes qui travaillent au sein de l'établissement, personnes qui sont confrontées

quotidiennement à la maladie, à des prises en charge en urgence... nécessiterait d'être développé ainsi que le fait de laisser une place à l'innovation, à l'initiative...

La gestion du changement organisationnel en santé doit favoriser l'expression de ces différentes dialogues indispensables dans la dynamique du changement mais aussi permettre de mettre en œuvre une vigilance portant sur un ensemble de facteurs structurants dans cette dynamique du changement organisationnel.

#### **4.2 S'appuyer sur une gestion de projet multidimensionnelle**

Nous avons à partir de nos expériences de terrain, identifié un certain nombre de facteurs structurants en regard à la mise en œuvre du changement organisationnel, structurants car il nous semble qu'ils peuvent être tour à tour frein ou levier selon le contexte. Nous avons regroupé ces facteurs en cinq axes qui doivent permettre de structurer un projet de changement organisationnel et de déployer de façon régulière des modalités d'évaluation.

Les cinq axes constituent un modèle de gestion de projet qui veille à donner au projet :

- une structure au travers de ce que nous avons appelé la « forme-projet » ;
- des objectifs qui nécessitent d'être explicités, et constituent le support au « pilotage du projet » ;
- du sens afin que les acteurs y participent, la « régulation » ;
- une construction collective, du ciment autour du projet, « la vision commune » ;
- les moyens d'apprendre pour réaliser des évolutions, « apprentissage et mouvement du savoir ».

##### **Premier axe : Donner une structure au projet de changement**

Engager un changement organisationnel ne peut se faire sans fixer le cadre et les conditions générales de réalisation du projet. Les modalités de la démarche doivent être travaillées, les objectifs du projet de changement nécessitent d'être clarifiés, la méthodologie et la démarche envisagées explicitées :

*Il faudrait clarifier le fonctionnement mais aller encore à des réunions ... avec des objectifs précis et des questions précises oui... (infirmière, CHG)*

L'ensemble de ces aspects nous semble particulièrement important à prendre en compte dès le démarrage du projet car ils conditionnent la suite du projet. Ils constituent pour nous les garants de la « forme-projet » qui doit s'envisager comme un « meta-niveau » de gestion du projet de changement qui permet de fixer le cadre et les conditions générales de réalisation du projet. La notion de « forme-projet » nous satisfait dans le sens où elle fait appel à la notion de forme au sens de « gestalt » qui renvoie (Sallaberry, 2000) à une forme d'organisation fondée sur la dynamique contenant/contenu et fait de plus appel à la notion de représentation. La définition du projet doit en effet se faire à la fois selon des modalités substantives c'est-à-dire qui permettent de fixer le but à atteindre et procédurales c'est-à-dire qui permettent de définir les modalités d'atteintes de ces objectifs.

### **Deuxième axe : Conduire le projet de changement**

Un ensemble de points stratégiques est à surveiller lors de la réalisation du projet de changement. La direction joue par exemple un rôle particulièrement conditionnant quant à la « réussite » du projet de changement. Décisions stratégiques mais aussi mobilisation et motivation des personnels sont des facteurs déterminants pour la réussite de la démarche.

*J'espère oui que ça va se mettre en œuvre. On essaie de faire changer les choses maintenant, il faut que tout le monde se sente concerné, veuille faire changer les choses (infirmière, SHD). Je pense que la structure a peu évolué essentiellement du fait des contraintes budgétaires. Ici, je suis comptable et moi j'ai l'expert comptable qui me chapeaute et me parle toujours de budget. Moi si vous voulez j'ai deux positions : si on me demande à moi personnellement ce que je pense, je dis oui c'est sûr, il faut absolument refaire ces chambres, on ne peut pas laisser les gens comme ça. Des fois, ils n'ont plus de lumière, ils ont des armoires de toilettes, il n'y a plus de porte, le plafond s'écaille et on ne peut plus repeindre car il n'y a plus rien qui tient... Ce n'est plus possible à l'heure actuelle, et en plus maintenant, il y a la mise en conformité, on courrait le risque de faire fermer l'établissement. Mais d'un autre côté c'est vrai, moi j'entends toujours parler « budget, budget, il ne faut pas dépasser le budget... » et il faut faire les travaux... (comptable, CRF)*

Le pilotage du changement doit donc être organisé à partir de la définition d'un certain nombre de règles d'organisation, de la définition du cadre « d'injonctions », de ses modalités d'application et de contrôle, ainsi que le système mis en œuvre pour le faire évoluer.

### **Troisième axe : Rythmer, donner du souffle, de la résistance à la démarche de projet**

La démarche de changement organisationnel ne pourra aboutir qu'à la seule condition de lui accorder un certain souffle et des moments de respiration. Connaître les attitudes générales du personnel face au changement, permettre la créativité et le développement personnel, mettre

en œuvre un système de reconnaissance et d'implication, permettre la coordination et insister sur l'importance de la communication et d'un système d'information performant sont autant de façons de permettre la « régulation du projet ».

*Je pense qu'il y a des choses très simples qui ne demandent pas de moyens financiers énormes qui ne se font pas. Pourquoi ne se font-elles pas ? Il y a beaucoup de gens qui disent de très bonnes choses et qui ne sont pas écoutés... pourquoi je n'en sais rien. Ou alors on les laisse dire, on dit « oui c'est une très bonne idée » et puis après rien... C'est toujours la même histoire... (secrétaire administrative, CHG)*

*On a beau dire qu'on fait des équipes soignantes, il y a toujours des problèmes entre les infirmières, les kinés, les aides-soignantes... Donc il faut mettre tout ça à plat et en parler, c'est la meilleure façon. C'est simple... mais en même temps c'est compliqué (kinésithérapeute, CRF)*

Le système de régulation de par sa fonction est un élément relativement important en regard à la mise en œuvre du changement organisationnel. Il à notre sens complémentaire du système de pilotage puisqu'il s'attache à définir les modalités de reconnaissance et d'implication mais aussi de coordination et de communication s'appuyant sur un système d'information performant qui conduiront à la réalisation des objectifs.

#### **Quatrième axe : Veiller à la cohérence et à la focalisation du projet de changement**

La mise en œuvre du changement organisationnel se déroule souvent dans des environnements perturbés ou du moins peut générer un climat de perturbation du fait des dynamiques qu'il met en œuvre. Une orientation-client et la fédération des acteurs autour de principes communs doivent permettre de favoriser la cohérence du projet.

*Je crois que de toute façon à SHD, il y avait un grand besoin que les différents professionnels se retrouvent ensemble, qu'ils se rendent compte que finalement ils étaient là pour les mêmes choses, qu'ils ont à être solidaires... (assistante sociale, SHD)*

Rechercher la satisfaction du client qu'il soit le patient, les différents clients externes (tutelles, établissements de soins de suite...) ou internes à l'établissement permettra de mettre à jour et de remédier à un certain nombre de dysfonctionnements inhérents à la vision verticale des organisations et à la mauvaise coordination entre acteurs.

La dynamique du système de valeurs autour de la construction d'une vision commune doit permettre le démarrage de la démarche de projet de changement en donnant corps aux multiples évolutions à mettre en œuvre tout en concourant à la satisfaction des « clients ».

### **Cinquième axe : L'apprentissage par le projet**

Cet axe constitue probablement l'articulation opératoire majeure du changement organisationnel. Envisager la mise en œuvre d'un changement organisationnel dans un établissement de santé nécessite la formalisation des processus et savoir-faire métiers dans un environnement où les compétences des personnes ne doivent pas laisser de place à la négligence, à l'approximation ou à l'erreur.

*Tout est de plus en plus cloisonné alors qu'il y a de plus en plus de groupes de travail (infirmière, CHG)*

*Je pense qu'il y a une meilleure connaissance du travail, mais je dirai, je pense que tout le monde avait des difficultés donc forcément ça rapproche les gens, ça n'était facile pour personne (médecin-directeur, SHD)*

Faire travailler les gens autour d'un processus concret d'évolution permet de rassembler les personnes autour d'un projet commun. L'enjeu se situe également au niveau de la mobilisation des multiples savoir-faire disponibles au sein de l'organisation sous formes de « portefeuille de savoirs » (Tarondeau, 1998) et qui évoluent par apprentissage dans l'action et par l'acquisition ou le développement de nouveaux savoirs (Moison et Weil, 1998).

Donner corps à la « spirale des connaissances » (Nonaka, Takeuchi, 1997), qui en se déplaçant à différents niveaux d'entités, individuel, groupe, organisationnel et interorganisationnel, génère quatre modes de conversion des connaissances, doit permettre de créer une dynamique ou « mouvement de savoir » source et support du changement.

Structure, conduite, respiration, cohérence et apprentissage constituent les temps forts de la gestion d'un projet de changement. La mise en pratique du modèle doit permettre la recherche d'un « équilibre » constant entre les cinq axes représentant les cinq temps forts que nous venons de rappeler, notre modèle se positionnant de façon déterminée comme un instrument de pilotage du changement.

#### **4.3 Les apports d'un modèle de gestion du changement intégré**

La mise en œuvre du changement organisationnel est une étape importante dans la vie de toute organisation puisque cette mise en œuvre doit permettre une évolution en fonction des nouvelles ressources humaines ou technologiques, des bouleversements du marché... Ce

changement mérite d'être géré comme un projet comportant un certain nombre de risques au regard des enjeux liés à sa bonne mise en œuvre. *« Les modèles rationnels sont un moyen de concevoir des comportements idéalisés – des mythes rationnels – dans des situations structurées. Ils ne sont pas d'abord destinés à être implémentés ni appliqués : ils constituent une référence par rapport à laquelle l'analyste confronte les comportements observés de certains acteurs. (...) Cette confrontation permet à l'analyste de construire avec ces acteurs une nouvelle vision des contraintes et des objectifs par rapport auxquels ils opèrent »* (Hatchuel et Molet, 1986). Par analogie avec la notion de modèle évoquée dans cette définition, notre modèle a pour ambition de devenir une référence qui permette aux équipes dirigeantes d'effectuer une vigilance permanente du projet de changement.

Il comporte un préalable qui consiste à engager l'organisation dans une dynamique d'évolution et doit permettre d'effectuer une vigilance du projet en cinq axes :

1. Autour de la « forme-projet » car elle conditionne de façon forte le déroulement du projet, c'est le moment critique de la naissance du projet et de son évaluation régulière.
2. Autour du système de pilotage car il doit permettre d'amener le projet à la réalisation des objectifs préalablement fixés, c'est le moment critique du guidage du projet.
3. Autour du système de régulation, car il doit permettre de faire vivre le projet, d'impliquer les personnes, c'est le moment critique du souffle ou de la respiration du projet.
4. Autour de l'orientation-client et de la vision commune, car cela doit permettre de fédérer les acteurs autour d'objectifs et de priorités communs, c'est le moment critique de la cohérence du projet
5. Autour des processus, savoir-faire et de l'apprentissage qui doivent permettre de préserver les ressources fondamentales de la production de soins tout en capitalisant les apports de l'expérience de projet, c'est le moment critique de l'apprentissage du projet.

Naissance, guidage, respiration, cohérence, apprentissage sont les temps forts d'un projet de changement organisationnel. Notre approche en se focalisant sur le changement et sur la complexité dynamique de ce dernier se veut complémentaire des approches traditionnelles de gestion du changement qui suggèrent une vision plus « mécanique » souvent limitée à l'énoncé de différentes étapes à réaliser. La mise en œuvre d'un projet de changement organisationnel dans les établissements de santé ne peut se contenter à notre sens d'une démarche planifiée au sens de la gestion de projets traditionnelle qui, si elle est certainement nécessaire, nous semble néanmoins négliger un certain nombre d'aspects fondamentaux pour

la réalisation du changement. A partir de l'exploitation de nos terrains nous avons aussi pu repérer des « éléments déterminants » qui « quadrillent » les dynamiques du changement dans les activités de santé. Nous qualifions ces éléments de déterminants car ils peuvent selon le contexte, selon l'état d'équilibre et la polarisation propre des autres facteurs repérés à un moment donné soit bloquer ou ralentir les processus et dynamiques de changement soit au contraire les favoriser. En effet, le contexte dans lequel se réalise le changement et l'appréhension cognitive que s'en font les acteurs conditionne de façon forte la plus ou moins grande dynamique du changement.

Selon un point de vue systémique, le modèle que nous proposons s'appuie de façon forte et simultanée sur les cinq axes qui le composent. Il s'appuie sur un principe holistique qui consiste à considérer que la mise en œuvre du changement organisationnel nécessite une vigilance d'éléments déterminants que nous proposons de regrouper en cinq axes. Chaque axe demande une attention équivalente et doit être en même temps envisagé dans sa relation avec les autres axes. Ce modèle peut également s'appliquer de façon fractale en s'adaptant à des projets de plus ou moins grande envergure à l'échelle de l'organisation.

Le modèle en cinq axes prétend être un support à la dynamique de mise en œuvre du changement organisationnel et un outil pour le gestionnaire afin de gérer précisément cette dynamique. L'utilisation du modèle autorise deux modalités de gestion du projet :

- La première selon un mode substantif doit permettre de définir et spécifier le changement organisationnel à mettre en œuvre par la déclinaison des cinq axes au contexte ;
- La seconde selon un mode plutôt procédural doit permettre la vigilance et l'évaluation régulières du projet, menant à d'éventuels retours sur le mode substantif. Un ensemble de références regroupées selon les principaux axes permettra aux équipes dirigeantes ou responsables de projet de positionner l'avancée de leur projet de changement par rapport à la satisfaction de ces références.

Notre modèle apporte une réponse « théorique » aux difficultés inhérentes à la réalisation du changement organisationnel dans les établissements de santé publics et participant au service public français. Il reste encore à rendre le modèle opérationnel en y associant des éléments pertinents de suivi de projets, indicateurs, tableaux de bord... et à l'expérimenter en grandeur nature avant une exportation éventuelle vers d'autres secteurs d'activité, dans le cas où son application se révélerait positive.

### **Conclusion : la nécessité d'une gestion intégrée du changement**

L'analyse que nous avons réalisée de nos expériences de terrain et que nous présentons ici de façon partielle nous a permis de mieux percevoir les ressorts sur lesquels s'appuie le changement dans le domaine de la santé. En particulier, le changement ne peut se contenter d'une gestion partielle et limitée dans le temps. Notre approche en se focalisant sur le changement et sur la « mécanique » complexe de ce dernier, se veut complémentaire des approches traditionnelles de gestion du changement qui suggèrent une vision plus « statique » souvent limitée à l'énoncé des différentes étapes à mettre en œuvre.

Le modèle que nous proposons souhaite apporter une trame de pilotage et vigilance pour la gestion de projets de changement organisationnels. Chacun des cinq axes que nous avons défini joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre et la pérennisation du changement. Il est donc nécessaire de les intégrer et de les considérer de façon équivalente lors du déroulement d'un projet de changement organisationnel.

Envisager l'évolution d'un établissement de santé nécessite d'intégrer toutes ces visions et de tenter de les faire converger autour d'une même projection. Cette nécessité de « faire ensemble » (Pascal, 2000) doit devenir une nécessité d'avancer, d'améliorer ensemble au sein du même établissement ou réseau de soins et pose probablement un réel problème de gestion, celui du « devenir ensemble ».

## Bibliographie

- Astley W., Van de Ven A. 1983, « Central Perspectives and Debates in Organization Theory », in *Administrative Science Quarterly*, Vol. 28, pages 254 à 273.
- Bedeian A. 1990, « Research Notes and Communication Choice and Determinism : A Comment », in *Strategic nagement Journal*, Vol. 11, pages 571 à 573.
- Berbain X. 1996, « Apprendre l'informatique à l'hôpital - Une expérience à partager », in *Annales des Mines*, décembre, pages 16 à 26.
- Bianchi M. 1997, « Les soins infirmiers et l'informatisation du dossier patient », Dossier « Faciliter l'organisation des soins grâce à l'informatique », in *Objectif Soins*, n°56, septembre 1997.
- Burgelman R. 1991, « Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation : Theory and Field Research », in *Organization Science*, Vol.2, N°3, August, pages 239 à 262.
- Chandler A. 1998, « Une réponse des firmes américaines aux nouvelles normes de concurrence », in *Revue Française de Gestion*, n°120, septembre-octobre, pages 10 à 21.
- Child J. 1972, « Organization Structure and Strategies of Control : A Replication of the Aston Study », in *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17, N°3, June, pages 163 à 176.
- Crozier M. 1963, *Le phénomène bureaucratique*, Seuil.
- Crozier M. et Friedberg E. 1977, *L'Acteur et le système - les contraintes de l'action collective*, Seuil.
- De Terssac (G), *Autonomie dans le travail*, Seuil, 1992 ;
- Franchistéguy I. 2000, « Changement organisationnel dans les activités de santé », Communication aux XV<sup>e</sup> Journées Nationales des IAE, Bayonne-Biarritz, 6 au 8 septembre.
- Friedberg (E), *Le Pouvoir et la Règle*, Seuil, 1993.
- Galbraith J. 1985, « Evolution Without Revolution : Sequent Computer Systems », in *Human Ressource Management*, Vol. 24, N°1, pages 9 à 24.
- Hannan M. et Freeman J. 1977, « The Population Ecology of Organizations », in *American Journal of Sociology*, Vol. 82, N°5, pages 929 à 964.
- Hatchuel A. et Molet H. 1986, « Rational Modelling in Understanding Human Decision Making : About Two Case Studies » in *European Journal of Operations Research*, n°24, pages 178 à 186.
- Hrebiniak L. et Joyce W., « Organizational Adaptation : Strategic Choice and Environmental Determinism », in *Administrative Science Quarterly*, Vol. 30, 1985, pages 336 à 349.

- Isabella L. 1990, « Evolving Interpretations as a Change Unfolds : How Managers Construe Key Organizational Events », in *Academy of Management Journal*, Vol. 33, N°1, pages 7 à 41.
- Joffre P. et Koenig G. 1992, *Gestion Stratégique : l'entreprise, ses partenaires - advresaires et leur univers*, Les essentiels de la Gestion, LITEC.
- Krichen M. 1996, « La rationalisation de la production de soins : champ des possibles et réseau de contraintes », in *Actes des 2èmes Journées de Projectique*, Bayonne-San Sebastian, 24-26 octobre 1996, pages 269 à 288.
- Krief N. 2000, « Démarches de projet et apprentissage du changement - Le cas d'un hôpital public », IX<sup>e</sup> Conférence de Management Stratégique, Montpellier, 24-25-26 Mai 2000.
- Larrasquet JM., Pascal Ch., Claveranne JP. 1998, « L'hôpital à la rencontre de l'organisation et de la technologie », Communication au Colloque « Nouvelles Technologies et Hôpital », ESTIA, Bidart, 9 octobre.
- Lewin K. 1948, *Resolving Social Conflicts*, Harper and Brothers.
- Moison JC. et Weil B., « Capitaliser les savoirs dans une organisation par projets », in *Le journal de l'école de Paris*, n°10, pages 17 à 24.
- Moreno JL. 1970, *Fondements de la sociologie*, Presses Universitaires de France.
- Morin E., Le Moigne JL. 1999, *L'intelligence de la complexité*, L'Harmattan.
- Moulet M. 1992, *Le management clandestin*, InterEditions.
- Nonaka I., Takeuchi H., *La connaissance créatrice*, De Boeck Université, 1997.
- Pascal Ch. 2000, *Gérer les processus à l'hôpital - Une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon3, 24 janvier, 477 pages.
- Perret V. 1998, « La gestion ambivalente du changement », in *Revue Française de Gestion*, n°120, septembre-octobre, pages 98 à 109.
- Pettigrew A. 1985, *The Awakening Giant. Continuity and Change in ICI*, Oxford, Basil Blackwell.
- Pfeffer J. et Salancik G. 1978, *The External Control Of Organizations : A Ressource Dependence Perspective*, Harper&Row Publishers, New York.
- Prax JY. 2000, *Le guide du Knowledge Management - Concepts et pratiques du management de la connaissance*, Dunod.
- Reynaud JD. 1997, *Les règles du jeu - L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin.

- Sallaberry JC. 1996, « Représentation et construction de sens », in Actes des Deuxièmes Journées de Projectique, Bayonne-San Sebastian, 24 au 26 octobre, pages 75 à 88.
- Sallaberry JC. 2000, « Cognition "collective" et cognition "individuelle", les apports des sciences humaines », Colloque de l'ALCAA, 6 et 7 octobre 2000, Biarritz.
- Sainsaulieu R. et Segrestin D. 1986, « Vers une théorie sociologique de l'entreprise », *Sociologie du travail*, n°3.
- Segrestin D. 1992, *Sociologie de l'entreprise*, Armand Colin, 1992.
- Tarondeau JC. 1998, *Le management des savoirs*, Presses Universitaires de France, Que Sais-je ?
- Vandangeon-Derumez I. 1998, *La dynamique des processus de changement*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Paris Dauphine, 336 pages + annexes.
- Vassy C. et Renard F. 1992, « Quels malades pour l'hôpital public ? Deux stratégies de segmentation », in *Annales des Mines, Gérer et Comprendre*, Juin 1992, pages 29 à 39.
- Wilson D. 1992, *A strategy of Change : Concepts and Controversies in the management of Change*, Routledge, Chapman and Hell, New York.

## Notes de fin

---

<sup>1</sup> Voir par exemple Lagadec P. *Etats d'urgence – Défaillances technologiques et déstabilisation sociale*, Seuil, 1988.

<sup>2</sup> Les projets d'établissements amenés par la loi du 31 Juillet 1991, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>3</sup> Le PMSI rendu obligatoire par la même loi pour les établissements publics et étendu aux établissements privés en 1996.

<sup>4</sup> L'accréditation instituée par les ordonnances du 24 Avril 1996.