Les transformations organisationnelles en contexte de crise sanitaire au sein des hôpitaux

Une étude des mécanismes d'adaptabilité sous le prisme de la théorie de la structuration

Noura ZAGHMOURI [1]

Maître de conférences en Sciences de gestion et du management

Université Reims Champagne-Ardenne, France

Résumé

Bousculées par une crise sanitaire hors norme, les organisations de santé ont su conduire une succession de transformations organisationnelles visant à répondre à une demande de soins en constante variation. En appréhendant le contexte de crise en tant qu'opportunité d'apprentissage, nous posons la question de recherche suivante : quels mécanismes interactionnels s'inscrivent dans la dynamique de transformations organisationnelles au sein des hôpitaux en contexte de crise sanitaire ? Afin d'y répondre, 28 entretiens semi-directifs sont menés auprès d'une diversité de professionnels au sein de deux établissements hospitaliers luxembourgeois entre septembre 2021 et décembre 2022. Les résultats mettent en lumière les modalités d'interactions interprofessionnelles et inter hiérarchiques au cours du processus de transformation organisationnelle selon une perspective multi niveaux.

Mots-clés

Transformations organisationnelles - Hôpital - Interactions professionnelles - Approche multi niveaux - Théorie de la structuration -Recherche qualitative

[1] Auteur contact : noura.zaghmouri@univ-reims.fr

INTRODUCTION

Depuis les années 1990, les établissements français hospitaliers ont été bousculés par une succession de réformes motivée par des questions de financement, de coordination des acteurs ou de qualité des soins (Dumond, 2021). Les ordonnances de 1996 établissent les ARS, les contrats d'objectifs et de moyens (COM) et un contrôle qualité obligatoire. En 2003, la tarification à l'activité (T2A) arrive à l'hôpital, puis les ordonnances de 2005 instaurent les pôles. La loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), en 2009 revisite, entre autres, le mode de nomination des chefs de pôle, et la loi de modernisation du système de santé de 2016 transforme les communautés hospitalières de territoire (CHT) en groupements hospitaliers de territoire (GHT), soit six textes majeurs en 25 ans. Aujourd'hui, la mutation se poursuit avec le virage ambulatoire et la technicisation de l'hôpital (Dumond, 2021). Ces injonctions législatives associées à une recherche de performance née du « New Public Management » (NPM) (Bellini *et al*., 2018) inscrivent les établissements de santé dans une dynamique de transformations organisationnelles. Cependant, les projets de transformations, au sein des hôpitaux, se heurtent régulièrement à des freins et des obstacles liés à des spécificités structurelles et culturelles (Merdinger-Rumpler & Nobre, 2011) au regard de l'importance du caractère social dans le processus de transformations organisationnelles (Besson & Rowe, 2012), Aussi, au cours de la récente crise sanitaire, les obstacles aux collaborations intra- et inter-organisationnelles et aux transformations se sont effacés au profit d'une adaptation de l'organisation et des modes de fonctionnement de l'hôpital (Dumez et Minvielle 2021 et 2022 ; Grimaldi et Vernant 2021 ; Nobre 2021). Aussi, il semblerait que la stratégie des hôpitaux ait été élaborée sur le terrain plutôt que dans les institutions régulatrices à travers des interactions continues entre les acteurs et l'environnement (interne, externe) (Zaghmouri, 2020). Le cadre conceptuel de l'article mériterait donc d'être approfondi. Dans ce sens, nous souhaitons tirer les leçons de la récente crise sanitaire et l'abordons comme une

opportunité d'apprentissage organisationnel (Roux-Dufort, 2007 ; Ursacki-Bryant *et al*., 2008). Au-delà de ses conséquences quelquefois dramatiques, une crise peut être appréhendée comme « un moment clef qui doit conduire à des choix pour le futur » (Bartoli, 2012, p. 9). Dans un article, du journal Le Monde du 16 avril 2020, François Jullien, philosophe et sinogue, rappelait que le mot crise (Wei-ji) en chinois recouvre à la fois le danger et l'opportunité, de sorte que : « *Le danger en vient à se reverser dans son contraire* »[2].

Ainsi, nous interrogeons le caractère sociale et relationnel des transformations au sein des hôpitaux posons la question de recherche suivante : quels mécanismes interactionnels s'inscrivent dans la dynamique de transformations organisationnelles au sein des hôpitaux en contexte de crise sanitaire ? Nous développerons dans un premier temps les fondements théoriques de la rechercher construits autour du concept de transformation organisationnelle abordé sous le prisme de la théorie de la structuration. La méthodologie est ensuite présentée dans une seconde partie et ouvre sur la présentation des résultats dans un troisième temps. Nous terminons enfin par une discussion articulée autour des apports, limites et perspectives de la recherche.

1. LES TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES A L'HOPITAL SELON LA GRILLE DE LECTURE DE LA THEORIE DE LA STRUCTURATION

Les fondements théoriques de la recherche s'articulent autour du concept de transformation organisationnelle dans un contexte spécifique, l'hôpital, et dans une perspective sociologique en l'abordant sous le prisme de la théorie de la structuration.

[2] https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/16/francois-jullien-la-pandemie-due-au-coronavirus-peut-nous-permettre-d-acceder-a-la-vraie-vie_6036736_3232.html

1.1. LES TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES, UN PHENOMENE STRATEGIQUE MAJEUR COMPLEXE

La recherche académique montre que le phénomène de transformation organisationnelle prend un rôle prépondérant depuis une vingtaine d'années (Besson & Rowe, 2011, 2012), s'accélérant et s'amplifiant tant se transformer est devenu un impératif stratégique. La transformation organisationnelle peut être définie comme un processus par lequel une organisation modifie de manière significative sa structure, sa culture, ses processus, ses systèmes et ses stratégies pour s'adapter aux changements internes et externes et pour améliorer sa performance à long terme (Kotter, 1995). Besson & Rowe (2011, p. 3) considèrent leur complexité en proposant un cadre intégrateur articulé autour de plusieurs thématiques « 1) la nature de l'initiative de transformation, 2) l'écologie de la transformation, 3) le processus de transformation, 4) les résultats de la transformation et leur mesure ». Les différentes composantes précitées interagissent entre elles et apparaissent comme interdépendantes (Besson & Rowe, 2011).

Le processus de transformation peut faire référence à deux courants de pensée, le développement organisationnel en lien avec les travaux de Lewin (1972) et l'équilibre ponctué développé par Tushman *et al.* (1985 ; 1986) portant plus particulièrement sur la stratégie de transformation. Les deux courants se rejoignent sur la notion de périodisation. Celle-ci s'inscrit dans la succession de phases aboutissant à la transformation. Si les travaux de Lewin (1972), largement repris dans la littérature, mettent en lumière trois phases (*unfreeze – move – refreeze*), ceux de Tushman *et al.* (1985 ; 1986) évoquent deux phases (*convergence –upheaval)* selon que la transformation soit incrémentale sur une longue période avec une pérennisation progressive, soit révolutionnaire et brutale avec un changement de la « structure profonde » de l'organisation. Aussi, lors de l'exploration du processus de transformation, il est fondamental de considérer son séquençage et son interdépendance avec son initiative, son écologie et son résultat (cf. figure 1).

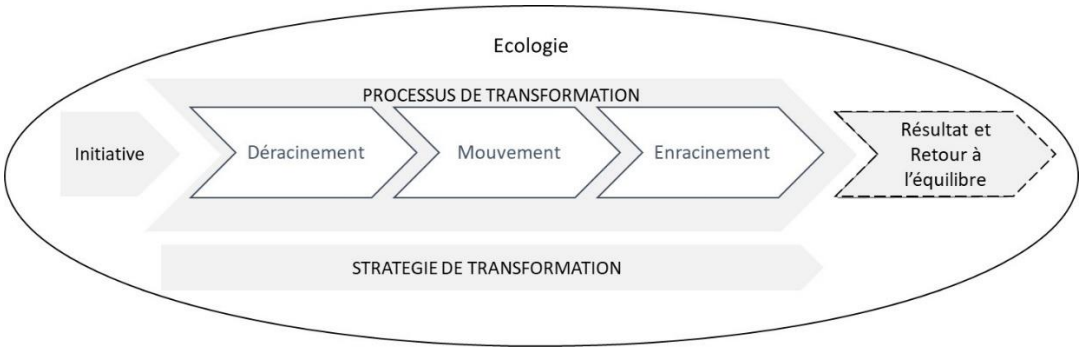

Figure 1. La transformation organisationnelle, un processus complexe

L'initiative permet d'envisager la transformation sous deux angles. Elle peut être appréhendée comme un changement continu et spontané, porté par les professionnels de terrain et contraint par les spécificités structurelles de l'organisation (Brown & Eisen-Hardt, 1997) ou comme un phénomène organisé, décidé par la direction (Kanter *et al*., 1992). L'écologie fait référence au contexte organisationnel et à une possible rigidité source d'inerties (Hannan & Freeman, 1984 ; Tushman *et al*., 1985 ; Gersik, 1991 ; Rumelt, 1994 ; Hannan *et al*., 2002). Ces dernières peuvent être psychologiques, cognitives, sociotechniques, politiques ou économiques et vont générer des résistances.

1.2. LES TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES A L'HOPITAL, UN DEFI AU REGARD DES SPECIFICITES ORGANISATIONNELLES, STRUCTURELLES ET CULTURELLES DE L'HOPITAL

L'exploration du phénomène de transformations organisationnelles au sein de l'hôpital appelle à considérer sa nature complexe induit par la pluralité des acteurs y exerçant, les injonctions des tutelles et les attentes des personnes accueillies (De Kervasdoué, 2021). L'architecture organisationnelle de l'hôpital s'articule autour de ses frontières avec l'environnement, sa division verticale, marquée par une double ligne hiérarchique, administrative (nommée) et médicale (élue), et sa division horizontale liée à une spécialisation des activités (Mintzberg, 1979).

D’un point de vue fonctionnel, la diversité des compétences, des activités des métiers, la multitude des parties prenantes et les strates hiérarchiques provoquent une distribution anarchique du pouvoir (Nobre, 2013).) qualifient ces organisations pluralistes d’« anarchies organisées » où les prises de décision reposent principalement sur des négociations (Denis *et* al., 2001). Ainsi, le fonctionnement de l’hôpital est lié à la capacité des acteurs à entrer et créer des relations (Grenier et Pauget, 2007). Ces spécificités structurelles et culturelles constituent des obstacles aux projets de transformations au sein des hôpitaux (Greenhalgh *et al*., 2004). Ainsi, « *la grande transformation hospitalière* » induite par la succession de réformes législatives ces dernières années ne s’est pas faite sans difficultés (Dumond, 2021). Un rapport récent de la Cour des Comptes souligne « *Les réformes successives engagées pour adapter, moderniser et transformer le système de santé, peinent à changer les organisations qui demeurent cloisonnées (notamment entre secteurs d’activité ou entre métiers et prérogatives de chaque profession)* »[3].

Aussi, au cours de la récente crise sanitaire, les obstacles aux collaborations intra- et inter-organisationnelles et aux transformations se sont effacés en faveur d’une adaptation de l’organisation et des modes de fonctionnement de l’hôpital (Dumez et Minvielle 2021 et 2022 ; Grimaldi et Vernant 2022 ; Nobre 2021). Ainsi, au-delà de ses conséquences quelquefois dramatiques, une crise bouscule les certitudes et peut être appréhendée comme une période d’apprentissage (Lagadec, 1997 ; Bartoli, 2012).

[3] https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-05/20230524-Ralfss-2023-4-reformer-organisation-tarification-soins.pdf

1.3. UNE ANALYSE DES TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES SELON LA GRILLE DE LECTURE DE LA THEORIE DE LA STRUCTURATION

Les transformations bousculent la structure et le fonctionnement de l'organisation hospitalière fondés sur un système inter relationnel, appelant à une exploration du phénomène dans une perspective sociologique.

L'approche structurationniste (Giddens, 1987) apparait comme une grille de lecture intéressante afin d'appréhender les transformations organisationnelles en tant que phénomène social complexe impliquant l'émergence de dynamiques individuelle et collective. Elle permet de dépasser le dualisme structure – acteurs par l'analyse des interactions entre les structures organisationnelles et les actions individuelles au regard de la complexité du processus de transformation organisationnelle (Nizet, 2007).

La théorie de la structuration s'articule autour de trois fondements qui sont la structure (parfois appelée « le structurel »), la dualité de la structure fondée sur une récursivité de l'action et de la structure et le système (Giddens, 1987). En effet, reposant sur la notion de dualité du structurel, la théorie de la structuration établi un lien et une interdépendance entre l'action et la structure. En d'autres termes, la structure conditionne l'action individuelle et collective, au travers des relations entre acteurs, qui de manière récursive contribue à la structuration de l'organisation : « *l'étude de la structuration des systèmes sociaux est celle des modes par lesquels ces systèmes, qui s'ancrent dans les activités d'acteurs compétents, situés dans le temps et dans l'espace et faisant usage des règles et des ressources dans une diversité de contextes d'action, sont produits et reproduits dans l'interaction de ces acteurs, et par elle* » (Giddens, 1987, p. 74). Les systèmes sociaux, régulés par les interactions interprofessionnelles, les comportements et les discours, sont interdépendants des structures sociales qui les entourent. Inversement les structures sociales sont construites à partir

des activités humaines et des routines de travail. Il s'agit, selon Giddens, d'une « *co-construction récursive* » ou de « *dualité du structurel* ».

La théorie de la structuration permet de comprendre comment les structures sociales influencent les actions individuelles et comment les actions individuelles contribuent à la reproduction ou à la transformation des structures sociales. Aussi, la structure est construite autour des règles et des ressources. Une règle peut être formelle ou informelle et représente « un guide pour des actions possibles » (Kechidi, 2005, p. 360).

La théorie de la structuration permet d'appréhender les acteurs, l'organisation et l'environnement selon une approche multi niveaux dont les différents niveaux apparaissent comme récursifs. Le fonctionnement de la structure (les actions ou activités), associant les ressources et les règles est régulé par le système (l'environnement) et inversement, l'environnement impacte la capacité d'actions selon les ressources disponibles et les règles. La théorie de la structuration met ainsi en exergue l'interdépendance de l'environnement, la structure, constituée de règles ou procédures et de ressources, et les actions ou activités et laisse entrevoir la nécessité d'ajustements. La structure et le système supposent d'instaurer une relation dialectique. Aussi, Pour Rojot (2001), « *le monde est constitué par un courant d'événements en cours, indépendants de l'agent et ne contient pas un futur prédéterminé. L'action n'est donc pas une combinaison d'actes, mais un flot continu d'expériences vécues* ». La capacité de réflexivité des acteurs dessine leurs actions. L'approche structurationniste permet ainsi d'explorer les interactions dynamiques entre les structures organisationnelles existantes, les actions des acteurs et les processus de transformation. Elle permet une réflexion macro-sociale sur l'organisation car elle considère non seulement l'action individuelle mais également la dynamique collective.

La transposition de la théorie de la structuration à l'organisation hospitalière laisse apparaitre les interactions entre les structures organisationnelles et les actions individuelles influencées par l'environnement, mais également les strates hiérarchiques s'inscrivant dans ces interactions. Cette association entre éléments de la dualité structurelle et acteurs émerge des missions affectées aux cadres intermédiaires au sein des hôpitaux : la mise en œuvre de la politique de l'établissement via la gestion des ressources et la mise en œuvre des « *règles* ». Le volume les modalités d'agencement des ressources constituent des paramètres de conception de l'organisation. Nous proposons une modélisation de l'hôpital et de son environnement selon la théorie de la structuration (figure 2).

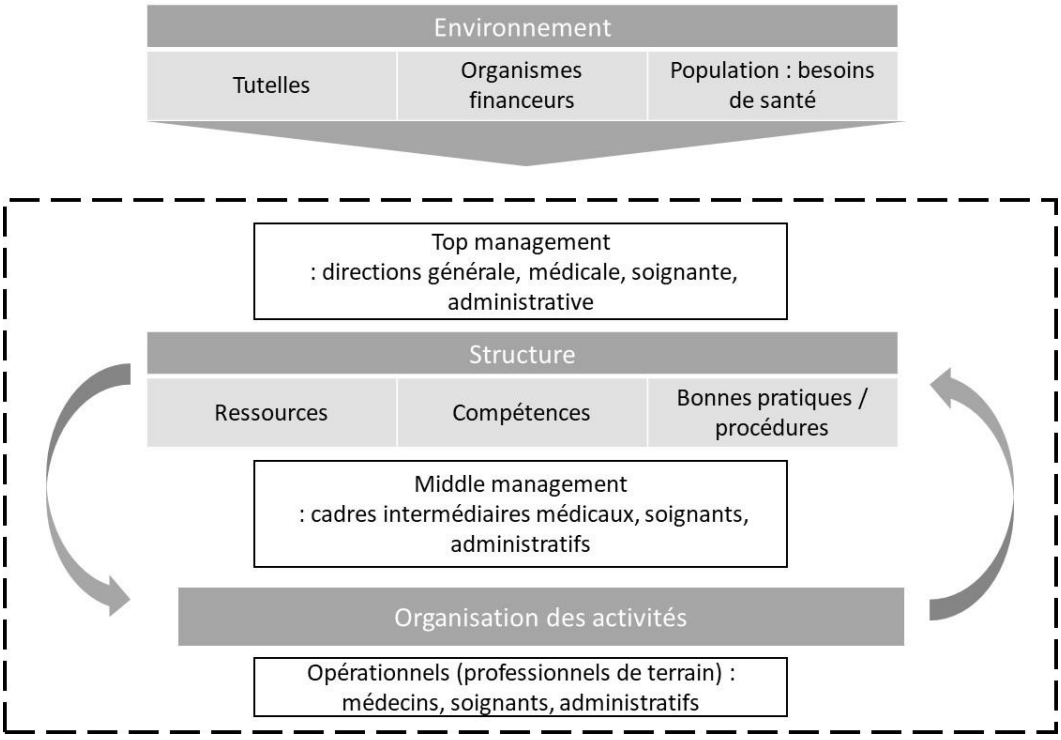

Figure 2. L'hôpital et son environnement selon la théorie de la structuration

Dans cette perspective, nous considérons :

- L'environnement de l'hôpital constitué des tutelles, des organismes financeurs, de la population et des autres acteurs du système de soins (organisations de santé, professionnels libéraux, etc.).

- La structure associant :
    - Les ressources humaines, matérielles et financières.
    - Les compétences liées à l'expertise requise des activités de soins.
    - Les règles qui peuvent être formelles (procédures, recommandations, etc.) et informelles, et les activités de planification et de contrôle.
- Les activités.

Cette grille de lecture servira de support à l'analyse des interactions au regard de la complexité du processus de transformation organisationnelle.

2. UN QUESTIONNEMENT SOUMIS A DES INVESTIGATIONS EMPIRIQUES

L'objectif de la recherche menée est d'identifier les mécanismes interactionnels soutenant le processus de transformations organisationnelles conduites et imposées par la récente crise sanitaire au sein des hôpitaux. Nous posons la question suivante : quels mécanismes interactionnels s'inscrivent dans la dynamique de transformations organisationnelles au sein des hôpitaux en contexte de crise sanitaire ?

Dans une perspective compréhensive et exploratoire (Dumez, 2016), nous nous sommes appuyés sur l'entretien semi-directif comme mode de collecte principal, associé à des périodes d'observation et une analyse documentaire.

Le terrain de recherche est constitué de deux établissements hospitaliers publics situés au Grand-Duché du Luxembourg ayant participé à l'accueil et la prise en charge des patients atteints du virus Sars-Cov-2. Les hôpitaux publics luxembourgeois exercent sous la tutelle du ministère de la Santé et sont financés par l'Assurance Maladie luxembourgeoise[4].

[4] https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/luxembourg.html

Les personnes interviewées ont pleinement participé à la gestion de crise dès la première vague de la pandémie qui a débuté au Grand-Duché du Luxembourg début avril 2020. Les établissements ont également accueilli des patients transférés d'hôpitaux français à la suite d'un manque de place en réanimation.

Nous avons construit un échantillon articulé autour de deux critères tenant compte des divisions verticale et horizontale du travail :

- La catégorie professionnelle en distinguant professionnels soignants, médicaux et administratifs en référence aux travaux de Glouberman et Mintzberg (2001).
- La strate hiérarchique distinguant :
  - Les opérationnels ou professionnels de terrain,
  - Le management intermédiaire ou cadres intermédiaires,
  - Le top management constitué des membres de la direction.

Au total 28 entretiens ont été réalisés entre septembre 2021 et décembre 2022 (cf. tableau 1).

Tableau 1. Entretiens réalisés

Catégorie professionnelle	**Strate hiérarchique**	**Personnes interviewées**	**Durée de l'entretien**
Professionnel médical	Top management	Directeur médical	54 mn
Professionnel médical	Management intermédiaire	Médecin anesthésiste réanimateur Chef de service	52 mn
Professionnel médical	Opérationnel	Médecin biologiste	37 mn
Professionnel médical	Opérationnel	Médecin urgentiste	22 mn
Professionnel médical	Opérationnel	Pharmacien	46 mn
Professionnel soignant	Top management	Directrice des soins	36 mn
Professionnel soignant	Top management	Directeur des soins	25 mn
Professionnel soignant	Management intermédiaire	Responsable soignant du Département Médecine interne	45 mn

Professionnel soignant	Management intermédiaire	Chef d'unité soignant réanimation	42 mn
Professionnel soignant	Management intermédiaire	Responsable unité prévention des infections nosocomiales	48 mn
Professionnel soignant	Management intermédiaire	Chef d'unité soignant pneumologie	43 mn
Professionnel soignant	Management intermédiaire	Responsable soignant Département Médecine	58 mn
Professionnel soignant	Management intermédiaire	Responsable soignant Département Médecine	37 mn
Professionnel soignant	Opérationnel	Infirmière hygiéniste	49 mn
Professionnel soignant	Opérationnel	Infirmière hygiéniste	39 mn
Professionnel soignant	Opérationnel	Infirmier 1	53 mn
Professionnel soignant	Opérationnel	Infirmier 2	47 mn
Professionnel administratif	Top management	Directeur administratif et financier	28 mn
Professionnel administratif	Top management	Directeur financier	87 mn
Professionnel administratif	Top management	Directrice des ressources humaines	43 mn
Professionnel administratif	Management intermédiaire	Chef de service sécurité au travail	44 mn
Professionnel administratif	Management intermédiaire	Responsable cellule qualité	44 mn
Professionnel administratif	Management intermédiaire	Responsable sécurité	48 mn
Professionnel administratif	Management intermédiaire	Responsable communication	44 mn
Professionnel administratif	Management intermédiaire	Responsable Département Finances	36 mn
Professionnel administratif	Opérationnel	Auditeur interne	66 mn
Professionnel administratif	Opérationnel	Coordinateur de processus	55 mn
Professionnel administratif	Opérationnel	Gestionnaire des risques	36 mn

La conception du guide d'entretien a été articulée autour de trois objectifs :

- La caractérisation du processus de transformation organisationnelle, en précisant :
    - Le contexte,
    - L'initiative,
    - Les étapes : dégel, mouvement, regel,
    - Les résultats.
- La compréhension du rôle joué dans le processus de transformation organisationnelle, en tenant compte :
    - Des différents éléments du processus,
    - De la stratégie mise en œuvre pour lever l'inertie.
- L'identification des mécanismes d'interactions instaurés :
    - Interprofessionnels,
    - Interhiérarchiques à partir des interactions entre la structure et les activités.

Les entretiens ont permis d'aborder les phases successives de la crise sanitaire ponctuée de vagues, de mesures associées en fonction de l'évolution des connaissances sur le virus, les modalités de contamination, etc.

Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Pour coder les données collectées, nous avons utilisé le logiciel Nvivo. En premier lieu, nous avons créé un projet, puis nous avons défini les attributs des entretiens. Ces attributs concernent (i) la catégorie professionnelle de la personne interviewée : soignant / médical / administratif ; (ii) la strate hiérarchique : opérationnel / management intermédiaire / top management. Nous avons ensuite importé les fichiers correspondant aux retranscriptions en précisant les attributs des fichiers.

Les retranscriptions ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. L'analyse de contenu constitue un ensemble d'outils méthodologiques appliqués au discours (Bardin, 2013) et pouvant être définie comme « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances » (Gotteland *et al.*, 2012, citant Bardin, 2003). Nous avons ainsi réalisé un codage ouvert combinant un codage descendant partir du cadre théorique, et un codage ascendant à partir du terrain, pour aborder le processus de condensation des données en restant dans une logique compréhensive. Ainsi, certaines catégories d'analyse ont été définies préalablement à partir de la littérature alors que d'autres ont émergé lors du codage des données. Les thèmes issus des fondements conceptuels de la recherche ont ainsi permis d'avoir des repères tout en évitant le risque de circularité propres aux recherches qualitatives (Dumez, 2016).

Le deuxième temps du codage consiste en la mise en relation les codes de premier ordre pour faire émerger les récurrences principales dans l'analyse. Il s'agit de la phase de codage axial qui aboutit à la formalisation de catégories. Dans un troisième temps, l'accumulation de ces catégories fait émerger des thèmes, qui rassemblent les idées clés des données et permet une compréhension synthétique des mécanismes étudiés, il s'agit de la phase de codage sélectif. Les différentes étapes de codage permettent une structuration des données recueillies (figure 3) favorisant une conceptualisation progressive.

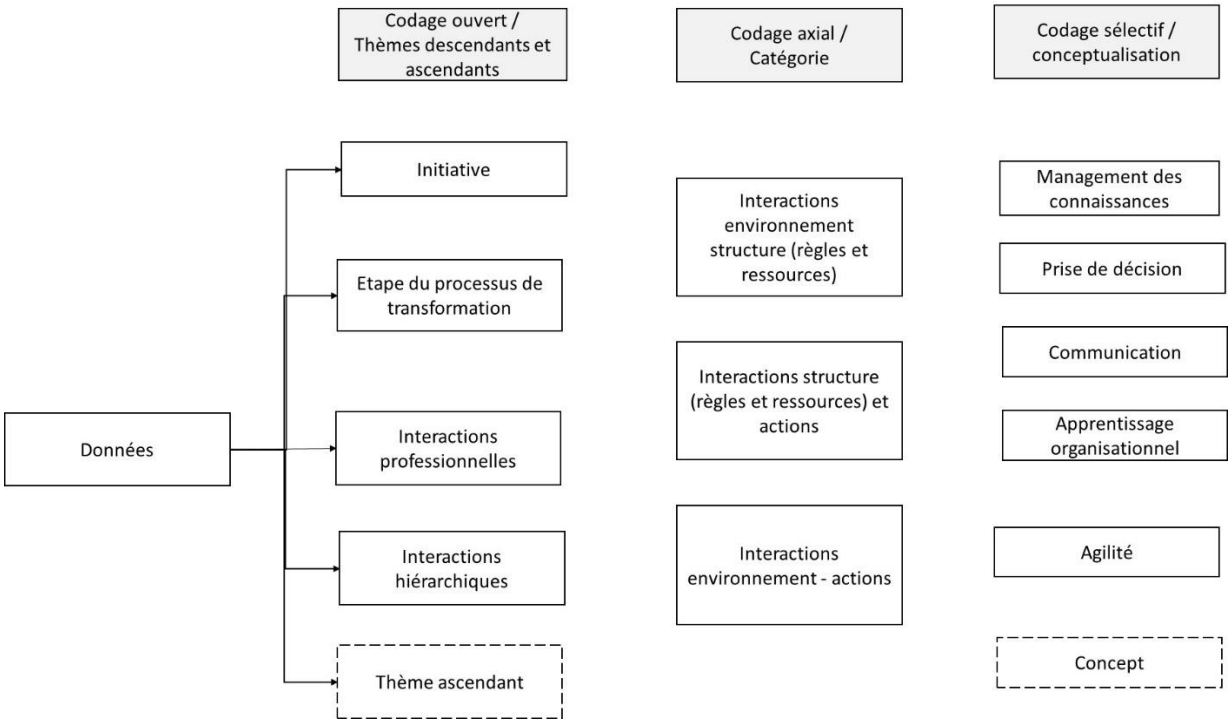

Figure 3. Structuration des données

L'analyse des données recueillies conduit à une structuration des résultats présentée dans la partie suivante.

3. UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE ET PROCESSUELLE AU CŒUR DES TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES

La présentation des résultats est articulée autour de trois principales transformations organisationnelles. La première correspond à la restructuration du service de réanimation permettant une augmentation de la capacité d'accueil et la prise en charge distincte des patients atteints du virus Sars-Cov-2 et patients non atteints. La seconde renvoie à la réorganisation de l'accueil des patients au service d'accueil des urgences avec la création d'un plateau de dépistage. La dernière est la transformation et l'isolement d'un service de maladies infectieuses en service appelé « Covid », dédié à la prise en charge des patients infectés.

3.1. LA RESTRUCTURATION DU SERVICE DE REANIMATION

La réanimation est caractérisée par un alignement de son activité sur les besoins de santé, « *les patients ne prennent pas rendez-vous* » (chef d'unité soignant réanimation). Il s'agit d'un service soumis à une haute protocolisation et à des ressources réglementées. La crise sanitaire et l'accueil de patients atteints du virus Sars-Cov-2 ont bouleversé l'organisation du service et ont provoqué sa réorganisation structurelle autour de deux circuits patients distincts dédiés respectivement aux patients atteints de Covid et aux patients non atteints. Afin de gérer l'augmentation brutale de prises en charge en réanimation et l'augmentation de la durée moyenne de séjour des patients infectés[5], le service a dû transformer son organisation pour adapter sa capacité d'accueil et adapter ses flux pour éviter le risque de contamination.

3.1.1. L'initiative

La transformation est initiée par le manager intermédiaire, chef d'unité du service de réanimation. Interpellé par la situation en Luxembourg et régulièrement en contact avec ses pairs italiens, il s'attend à une arrivée du virus au Luxembourg et prévient sa hiérarchie : « *Pour moi c'était clair qu'elle allait arriver. Et il fallait absolument que j'organise quelque chose dans ce sens, j'avais prévenu ma direction. Et on m'a dit, ça va jamais être le cas et un mois après, c'était là* » (chef d'unité soignant réanimation). Il s'engage dans la gestion de la crise sans attendre le positionnement de la direction : « *Donc moi j'ai pas attendu les réunions, les trucs ou des gens qui n'avaient aucune idée de ce qui se passe vraiment sur le terrain voulait gérer quelque chose* » (chef d'unité soignant réanimation).

[5] Rapport annuel 2020

3.1.2. Le processus de transformation

Il créé un binôme avec le médecin d'anesthésie et réanimation du service et ensemble ils engagent les transformations :« *J'ai utilisé mon autonomie pour préparer mon service le mieux possible et j'ai utilisé mes liens inofficiels que j'avais, j'ai pas fait une seule demande de projets, j'ai fait avec les gens que je connais bien, qui voulaient tout le monde était propice à m'aider et moi j'ai remercié tout le monde et donc j'avais tout ce que je voulais. Et c'était super* » (chef d'unité soignant réanimation).

Des interactions récurrentes s'instaurent au niveau du management intermédiaire entre cadre soignant et cadre médecin : « *On s'est concerté chaque jour, on a réfléchi ensemble, on a proposé des choses pour prendre des décisions rapidement. On a associé nos compétences pour proposer la meilleure organisation* » (chef d'unité soignant réanimation) ; « *on a beaucoup parlé ensemble, on s'est demandé qu'est-ce que tu en penses toi ? et surtout on a vite décidé* » (médecin anesthésiste réanimateur). Les modalités de restructuration ont été décidées collectivement en sollicitant l'avis de chacun : « *on a dû revoir notre organisation rapidement, il fallait faire vite et décider tous ensemble, on était tous concernés* » (médecin anesthésiste réanimateur).

Ensemble, et en concertation avec professionnels de terrain, ils définissent les règles telles que l'organisation flux et estiment les ressources nécessaires. Afin de matérialiser la nouvelle organisation, des procédures, telles que le « circuit patient Covid », ont été rédigées collectivement en tenant compte par exemple de l'avis des logisticiens pour les entrées et sorties d'éléments tels que le linge, etc. : « *on avait un tableau dans la salle de soins, on dessinait le flux ensemble et ensuite on le mettait sur papier* » (chef d'unité soignant réanimation) ; « *il fallait mettre sur papier ce qu'on décidait, pour que tout le monde soit informé et pour communiquer* » (chef d'unité

soignant réanimation) ; « *Dans notre équipe on des gens très calés, très intelligents qui ont aussi été cherché de l'information. L'équipe a participé à la rédaction du premier protocole qu'on a fait valider par l'hygiène* » (chef d'unité soignant réanimation).

La nouvelle organisation a été soumise à la direction lors de la cellule de crise. En effet, la gestion de la crise a conduit à la création de cellules de crises au sein de l'établissement permettant aux acteurs de soin de trouver des solutions organisationnelles. Les discussions portent, entre autres, sur les consignes sanitaires, la gestion des ressources matérielles et humaines, la répartition des activités au sein de l'établissement. Le médecin anesthésiste-réanimateur, membre de la cellule de crise, rapportait régulièrement les informations du terrain : « *on partageait nos infos pour justifier nos décisions que personne n'osait discuter du coup* » (médecin anesthésiste réanimateur).

Ils déclarent cependant avoir eu l'impression d'avoir une liberté de décision : « *Ils n'avaient aucune idée de ce qu'il fallait faire, ils n'avaient pas le choix que de nous laisser décider* » (médecin anesthésiste réanimateur) ; « *on a eu on le contact avec le directeur général il m'a fait un pleinement confiance et il m'a dit écoute prend les choses en main* » (médecin anesthésiste réanimateur, chef de service). Les membres de la direction déclarent avoir fait confiance aux professionnels de terrain et au management intermédiaire : « *Ils savaient mieux que nous ce qui se passait, il n'y avait plus de contraintes de coût, alors on leur a donné les clés* » (directeur des soins).

Ils informent la direction des transformations nécessaires et souhaitées sollicitent la mise à disposition des ressources nécessaires et matérielles en s'inquiétant d'une pénurie certaine. La direction des soins a alors une vue plus globale en termes de ressources et compétences disponibles : « *la question des ressources humaines a été réfléchie pendant la crise. On s'est assuré que les professionnels mobilisés en réa avaient les compétences pour s'occuper d'un patient intubé*

» (directrice des soins) ; « *Avant que le Ministère nous le demande, on a décidé de suspendre les activités programmées pour concentrer nos ressources sur le Covid* » (directeur médical)

Un autre facteur important fut les ressources matérielles : « *pour les EPI*[6]*, on a fait le point sur nos stocks, on a vu avec nos fournisseurs et on a essayé de trouver d'autres fournisseurs* » (directeur administratif et financier)

A ce moment le dialogue avec les organismes financeurs se met en place : « *On nous a donné les moyens dont on avait besoin* » (directeur général).

Les interactions se sont appuyées sur une communication importante : « *A chaque changement d'équipes, on avait un point d'information. Il y avait 10 minutes. J'ai expliqué ce que je savais, ce que je ne savais pas. Et j'ai filtré énormément quand même parce qu'il avait trop d'informations qui venaient*» (chef d'unité soignant réanimation). Des activités de planification et contrôle ont été mises en place par le management intermédiaire : « *On a essayé d'organiser les activités à partir des protocoles et des flux qu'on avait décidés* » (chef d'unité soignant réanimation) ; « *Moi je me permets de contrôler mais si quelqu'un me dit qu'il a fait, je le crois mais je peux contrôler aussi* » (chef d'unité soignant réanimation) ; « *le lien entre l'équipe et moi, s'est encore plus renforcé. Dans le sens que j'ai managé avec la bienveillance et moins avec la pression. J'ai remercié l'équipe* » (chef d'unité soignant réanimation).

La direction s'est coordonnée avec les autres établissements hospitaliers du territoire : « *Donc on devrait avoir une idée des flux pour dimensionner le nombre de lits qui étaient nécessaires et pouvoir aussi dispatchés entre les hôpitaux. Donc là je pense que ça a été vraiment une nation à extrêmement importante* » (auditeur interne).

[6] Equipements de protection individuelle

3.1.3. Le résultat et le retour à l'équilibre

Dans un second temps, l'organisation s'est continuellement transformée pour s'ajuster à l'évolution des indicateurs épidémiologiques et des connaissances sur les modalités de transmission et de prise en charge qui évoluaient constamment. Les règles et les ressources ont ainsi constamment évolué : « *on a vraiment essayé d'adapter notre protocole, pour chaque vague on a fait une dizaine de protocoles* » (chef d'unité soignant réanimation) ; « *On a eu beaucoup d'aide du bloc, des infirmières d'anesthésie, la néonat. La première vague, c'était super, sauf que la 2e, 3e, vague c'était plus possible, ils commençaient à fatiguer* » (Infirmier 1).

Le service de réanimation devient un service flexible et réactif qui adaptera son organisation continuellement face aux vagues successives, et des règles définies et des ressources disponibles.

3.2. LA REORGANISATION DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Les services d'accueil des urgences ont constitué une barrière à la propagation du virus à l'intérieur des murs de l'hôpital. Là encore plusieurs circuits se sont dessinés destinés à structurer le flux des patients. Le centre de tri des urgences a ainsi été délocalisé en dehors de l'enceinte hospitalière permettant la création, depuis l'extérieur, de deux flux distincts.

3.2.1. L'initiative

La transformation est initiée sur le terrain par des professionnels accueillant des patients ayant des symptômes appelant une suspicion de Covid : « *Il y avait des patients qui arrivaient avec des toux importantes, des hyperthermies, on a dû immédiatement adapter le flux pour ne pas qu'ils soient en contact avec des patients sains* » (Infirmier 2).

Le management intermédiaire des différentes catégories professionnels s'est rapidement réuni pour envisager l'opérationnalisation de ce double flux. Lors de cette réflexion, le responsable de la sécurité a tenu une place importante. Simultanément, la direction échange avec le ministère de la Santé. Ce dernier vérifie les capacités d'accueil de l'établissement en respectant les précautions sanitaires.

3.2.2. Le processus de transformation

Les règles ont été définies par le management intermédiaire des différentes catégories de professionnels, soignants, médicaux et logisticiens, de manière complémentaire. Une nouvelle fois, les décisions ont été prises sur le terrain : « *On a fait ce qu'il y avait à faire, on a mis les points de checking en place. La direction nous a laissé faire. Il arrivait même qu'on change notre organisation plusieurs fois sur une journée* » (responsable sécurité) ; « *On a agi très vite, on n'a pas attendu les directives ou des validations, il n'y avait pas de temps à perdre »* (médecin urgentiste).

Les ressources ont été un facteur déterminant dans la gestion de la transformation. Rapidement, l'Etat intervient pour renforcer les ressources : « *On a veillé sur les ressources, on a surveillé de près le taux d'absentéisme* » (directrice des ressources humaines) ; « *On a installé un filtre hospital, l'Etat a fait appel à l'armée luxembourgeoise* » (directeur des soins).

Les règles ont été définies par logisticiens et les infirmières hygiénistes, etc. face au défi de ce double circuit : « *La direction nous a donné le feu vert* » (infirmière hygiéniste).

3.2.3. Le résultat et le retour à l'équilibre

A la suite de ce mode d'organisation, le centre de tri s'est continuellement adapté avec l'évolution des connaissances, les techniques de dépistage : « *On a évolué avec la recherche scientifique* » (infirmière hygiéniste)

3.3. LA TRANSFORMATION DU SERVICE MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE « COVID »

3.3.1. L'initiative

L'initiative vient de la direction qui décide d'une compartimentation des services avec l'isolement d'un service de médecine dédié à la prise en charge des patients des patients atteints du virus Sars-Cov-2 mais ne nécessitant une prise en charge en service de réanimation. Cette compartimentation a été opérationnalisée par le cadre intermédiaire, les services techniques et les infirmières hygiénistes. La direction a délégué la formalisation des règles. Le service des maladies infectieuses, habitués à accueillir des patients atteints d'infections et à mettre en place des mesures d'isolement, a été désigné comme le service d'accueil des patients atteints de Covid : « *C'est là qu'on a compartimenté une partie de l'hôpital en créant des circuits* » (chef de département).

Les entrées et sorties du service ont été fortement restreintes. Les contacts des professionnels y exerçants ont ainsi été très limités provoquant une forme d'isolement indispensable pour faire face au risque sanitaire. L'ensemble des circuits les concernant ont été dissociés : entrée, vestiaires, etc. D'un point de vue logistique, ils ont été confrontés à de nombreux changements notamment par la création de circuits parallèles pour toutes les personnes et tous les produits et matériels entrants et sortant du service. Ici, les impératifs logistiques ont conduit les logisticiens à diriger les transformations : « *on a eu beaucoup de liberté pour réorganiser les circuits d'entrées et de sorties du service* » (responsable sécurité).

3.3.2. Le processus de transformation

Les règles sont définies par le management intermédiaire issu des différentes catégories professionnelles, en sollicitant l'expertise de professionnels opérationnels qui ont participé à la protocolisation : « *On a défini les règles d'habillage, de déshabillage, de nettoyage, etc*. » (infirmière hygiéniste) ; « *On a défini le circuit avec les autres cadres, des secrétaires étaient là aussi, le service formation* » (responsable soignant Département Médecine).

Le management accompagne les professionnels de terrain au plus près de leurs activités, pour leur transmettre les règles. Un travail important de communication est réalisé. Différents canaux de communication sont utilisés (points informations réguliers, réunions, intranet, what's up, etc.). Malgré la rigueur des protocoles, ceux-ci sont appliqués par les professionnels de terrain qui comprennent leur nécessité. Le management intermédiaire est sur le terrain et veille à l'application des protocoles. Concernant les ressources, des formations ont été mises en place, notamment pour prendre en charge les patients sous ventilation non invasive : « *C'était la gestion des compétences pour rassembler une équipe performante. C'était un défi aussi, donc là, on a constitué une équipe qui était rassemblée avec des compétences particulières. Puis on a dû recruter, oui, beaucoup* » (responsable soignant Département Médecine) ; « *On s'est organisé pour distribuer les rôles et les charges de chacun* » (responsable soignant Département Médecine) ; « *une nouvelle organisation des services avec des nouveaux professionnels et donc là il y a un gros travail de formation, on a fait des formations accélérées en se disant voilà, on a besoin de personnel, on va former, voilà sur une semaine en intensif pour qu'ils soient capable, mais attention on a formé le personnel hein, mais à tout ce qui est non invasif* » (direction des soins).

Les médecins décident de l'arrêt des activités programmées avant même la décision de la direction et de l'Etat. L'objectif est de mettre les ressources humaines et matérielles à disposition de la prise en charge des patients atteints du virus Sars-Cov-2.

3.3.3. Le résultat et le retour à l'équilibre

L'ouverture du service a permis d'isoler les patients et de diminuer le risque de contamination au sein de l'établissement.

Le management intermédiaire et le top management se rencontrent à fréquence régulière pour adapter l'organisation du service, sa capacité d'accueil, les ressources affectées, etc. : « *quelque chose qui a aussi été très favorable, c'est qu'on a fait des briefing et débriefing tous les jours avec la direction des soins, on s'est vu tous les jours le matin à 8h30 et puis le soir. On faisait le point sur tout ce qui s'est passé la veille. Qu'est-ce qu'on pouvait faire comme aménagement, comment on pouvait améliorer la situation ?* » (responsable soignant Département Médecine)

Le management intermédiaire est présent sur le terrain et les interactions inter hiérarchiques sont soutenues : « *moi, les 6 premières semaines, j'étais sur le terrain tout le temps* » (responsable soignant Département Médecine) ; « *la solidarité médicale, la solidarité soignante, c'était quelque chose d'extraordinaire* » (responsable soignant Département Médecine).

Au cours de ces périodes, les acteurs interviewés reviennent à plusieurs reprises sur l'accès aux informations et la communication : « *on avait toujours les dernières informations, ça a été d'une très grande aide, ça a permis une très grande proactivité* » (Responsable unité prévention des infections nosocomiales) ; « *la cellule de crise s'est rapidement installée où je faisais partie avec mon binôme, donc c'était rassurant aussi parce que on avait toutes les parties prenantes, la pharmacie, la cellule biomédicale et on pouvait discuter vraiment en live et la communication était très bonne. Ce qui est le plus important quand on gère des événements critiques, de pouvoir discuter avec les différents postes personnes et que tout le monde entend la même chose aussi* » (directrice des soins).

3.4. SYNTHESE DES RESULTATS

Dans les deux premiers cas, la transformation est initiée par les acteurs de terrain confrontés à un afflux de patients requérant des soins et une prise en charge spécifiques. Elles ont été discutées entre managers intermédiaires des différentes catégories professionnelles, soignante et médicale et administrative et logistique. Sur le terrain les interactions interprofessionnelles sont soutenues. Les acteurs issus du management intermédiaire, quelle que soit leur catégorie, apparaissent comme étant à l'initiative de la décision de transformation. Ils jouent un rôle essentiel dans le déracinement et le mouvement. Cela s'explique par leur présence sur le terrain, leur confrontation directe à une situation requérant la transformation et un accès aux informations nécessaires. Ils tentent de répondre à un besoin de santé exprimé sur le terrain.

Les règles sont élaborées à la fois à partir des connaissances sur le virus, son mode de transmission, les recommandations thérapeutiques, etc. et à partir des initiatives des professionnels pour faire face à la situation. Elles sont construites collectivement par le management intermédiaire issu des différentes catégories professionnelles et sont fondées sur une combinaison des expertises professionnelles (soignantes, médicales et administratives) tout au long du processus de transformation. Les règles et les ressources vont conditionner les actions, qui vont-elles-même provoquer une adaptation des règles.

Les activités de planification et de contrôle sont conduites par le management intermédiaire. Le management intermédiaire mobilise différents leviers pour orienter les actions en faveur de la transformation : la transparence au regard des informations dont il dispose, la confiance, le leadership. Il va quelquefois chercher les infos au-delà des frontières, dans son réseau afin de mieux appréhender la situation et l'évolution de l'environnement.

La direction est constamment informée des transformations et des règles instaurées dans le cadre des cellules de crise. Les membres de la direction déclarent « *avoir fait confiance aux équipes de terrain qui avaient plus de visibilité sur la situation* » tout en dénonçant un manque de cohésion des pouvoirs publiques, notamment au début de la crise, qui les a fortement encouragés à « *suivre* » le terrain. La direction met alors à disposition les ressources nécessaires, elle a une vue globale de l'organisation, permettant ainsi de mobiliser les ressources en fonction des compétences nécessaires.

La troisième transformation diffère dans le sens où la direction décide de la création d'un service d'accueil des patients atteints ne nécessitant pas une prise en charge en soins intensifs. Cette décision est discutée avec les tutelles politiques et les dirigeants des autres établissements du pays. La direction fixe la capacité d'accueil et les ressources associées. Cependant, l'opérationnalisation du service est gérée par les acteurs de terrain selon les mêmes mécanismes que les deux cas précédents.

Les transformations organisationnelles présentées sont régulées par les interactions interprofessionnelles et interhiérarchiques façonnant la structure et les actions (cf. tableau 2).

Tableau 2. Modalités d'interactions selon l'approche structurationniste au cours des différentes étapes des transformations organisationnelles

	Initiative	Processus de transformation	Résultat / Retour à l'équilibre
Interactions système - structure	La situation épidémiologique provoque l'expression d'un besoin de santé sur le terrain : arrivée de patients nécessitant une prise en charge adaptée. Le système impacte les actions individuelles et collectives.	Les interactions entre les organismes de financement, les tutelles, les autres établissements et la direction permettent une définition de la capacité d'accueil. Les modalités de financement influencent la disponibilité des ressources et des compétences. Les recommandations, bonnes pratiques, etc. rédigées par les tutelles orientent l'élaboration des procédures. Inversement, l'environnement impacte conjointement la structure et les	La structure évolue au regard des évolutions de l'environnement : de la situation épidémiologique, des recommandations, des bonnes pratiques, des financements.

		activités puis un mécanisme de régulation s'instaure entre les compétences, ressources et procédures).	
Interactions structure - actions	Le management intermédiaire issu des différentes catégories de professionnels initie le changement. Les interactions interprofessionnelles au niveau du management intermédiaire sont constantes. Le management intermédiaire élabore les règles collectivement à partir d'une expertise de chaque catégorie de professionnels, ce qui facilité l'acceptation Le management intermédiaire planifie (en fonction des règles et des ressources) et contrôle les actions.	Le top management met à disposition les ressources nécessaires. Le management intermédiaire ajuste les règles en fonction des ressources disponibles. Les interactions management intermédiaire et professionnels de terrain sont soutenues avec une présence du management intermédiaire dur le terrain. Les interactions sont régulées par la confiance, la transparence, la communication et sont ajustées au regard de l'évolution des connaissances. L'expertise de chacun (technique / médicale / etc.) est reconnue.	Les interactions inter hiérarchiques visent un ajustement avec l'environnement. Les actions sont adaptées en fonction des l'évolution des règles et des ressources.
Actions individuelles et collectives / Transformations organisationnelles	Les professionnels sont confrontés à une nécessité de transformation organisationnelle	Une dynamique collective se met en place facilitée par la transmission des informations fiables via des canaux de communication et la confiance de leur hiérarchie.	Les ajustements des actions dépendent de l'accès et la compréhension des informations qu'ont les acteurs de l'environnement (du système).
Récursivité actions - structure	Les règles sont appliquées mais sont conditionnées par les ressources associées. Leur application est contrôlée par le management intermédiaire	Les actions et les règles sont ajustées aux ressources et compétences disponibles. Les règles sont adaptées aux spécificités du terrain.	Les acteurs de terrain vont mettre en place de nouvelles règles si les ressources évoluent (pénurie, etc.) pour passer en mode dégradé Les actions influencent l'adaptation des règles avec l'instauration d'une logique d'expérimentation

4. DISCUSSION

4.1. LES APPORTS DE LA RECHERCHE

La recherche menée permet de proposer des contributions théoriques et managériales que nous développons ici.

D'un point de vue théorique, la recherche menée met en évidence la complexité du processus de transformation organisationnelle au sein des hôpitaux. Cette complexité est fondée sur trois paramètres, la perspective systémique et multi niveaux du phénomène, les systèmes sociaux régulant le fonctionnement des hôpitaux et le caractère processuel du phénomène. Il convient ainsi

de considérer les transformations organisationnelles en tant qu'approche systémique, sociale et processuelle.

Le caractère systémique est fondé sur les interactions dynamiques entre les différents niveaux, l'environnement, ou système, la structure et les actions, qui vont continuellement s'ajuster les uns aux autres grâce aux interactions interprofessionnelles et interhiérarchiques. Le processus de transformation organisationnelle doit être abordé selon une perspective multi niveaux. Au regard de la nécessaire cohésion intra et inter organisationnelle de la transformation organisationnelle, l'exploration permet d'identifier les différents niveaux organisationnels, d'observer les pratiques et les mécanismes de prises de décision (Eisenhardt & Zbaracki, 1992) et le choix d'allocation de ressources (Tushman & O'Reilly III, 1996). Si la littérature invite à combiner conseils internes et externes (Alexiev *et al*., 2010), la recherche menée met davantage l'accent sur les conseils internes venant principalement du terrain face à des conseils venant de l'extérieur pouvant être discutés voire remis en question. En effet, les acteurs de terrain possèdent la connaissance et ont la capacité de prendre des initiatives.

Les interactions, fondées sur des mécanismes communicationnels et l'accès aux informations, orientent les différentes étapes de la transformation organisationnelle identifiées au cours de la recherche : 1) l'initiation et la construction collective de la transformation selon l'expertise, 2) La mise en application de la transformation, 3) L'adaptation continue de la transformation.

Le caractère social s'appuie sur les relations interprofessionnelles et interhiérarchiques qui vont conditionner le structurel et l'élaboration des règles. Face au défi des jeux de pouvoir spécifiques aux organisations hospitalières (Mintzberg et Glouberman, 2001 ; Denis *et al*., 2007 ; Gheorghiu et Moatty, 2013), il convient d'établir une construction collective des règles à un niveau managérial

intermédiaire, fondée sur l'identification, la reconnaissance et la combinaison de l'expertise de chacun. Cette dynamique collective est facilitée par l'instauration d'espaces d'échanges, tels que les cellules de crise, et la perception partagée, à partir de données issues du terrain, d'une situation appelant la transformation. Les résultats de l'étude menée renforcent le poids du management intermédiaire qui se présente comme à la fois comme le bâtisseur et le catalyseur des transformations. Au-delà d'une capacité de création de sens relatée dans la littérature (Gioia & Chittipeddi, 1991), il va diffuser ce sens aux différents niveaux hiérarchiques de l'organisation, favorisant ainsi la mobilisation et l'implication des acteurs. Si la mobilisation des acteurs repose sur une stratégie établie et communiquée leur permettant de comprendre le sens donné à leurs actions (Weick, 1995), ce sont les difficultés d'ajustement à l'environnement qui ont contribué à l'impulsion des transformations. Le manager intermédiaire porte un rôle clé dans la planification, la mise en application, et le contrôle de la transformation. Cette capacité repose sur des relations interprofessionnelles fondées sur la confiance et une présence auprès des professionnels ouvrant l'accès aux informations et aux réalités de terrain.

Les transformations organisationnelles se déclinent selon une temporalité non linéaire et peuvent être abordées sous l'angle d'une dynamique processuelle. Les initiatives apparaissent principalement sur le terrain pour répondre à un besoin provoqué par l'environnement et exprimé sur le terrain. Inversement, elles peuvent être initiées par la direction, au regard de l'environnement, puis adaptées par les professionnels. Le processus de transformation va s'articuler autour de l'élaboration des règles, régulièrement ajustées selon une logique d'expérimentation, et des ressources disponibles. La direction a un rôle de validation, elle fait confiance au management intermédiaire. Les actions individuelles et collectives ont un effet récursif sur la structure. La phase de retour à l'équilibre est transitoire, laissant la place à une forme d'agilité. L'environnement

influence l'ajustement de la structure et plus précisément des procédures, par un double mécanisme à la fois descendant et ascendant de communication et d'accès à l'information. Un mécanisme de régulation conjointe (Reynaud, 1988) s'instaure entre la structure (compétences / ressources / procédures) et les activités. En effet les procédures peuvent émerger des pratiques du terrain, mais les la disponibilité des ressources et le choix de l'allocation des ressources sont définies au sein de la structure. Cela implique une attribution adaptée des ressources et des compétences. Structure et activité interagissent et s'entremêlent permettant une capacité d'agilité poussée. Cependant cette dernière sous-tend des mécanismes de planification et de contrôle construits autour de relations de confiance et d'une transparence relative aux informations détenues de part et d'autre.

Ainsi, les résultats de la recherche appellent à appréhender les transformations organisationnelles au sein des hôpitaux comme une approche processuelle, systémique et multi niveaux articulée autour des principes d'agilité (figure 4).

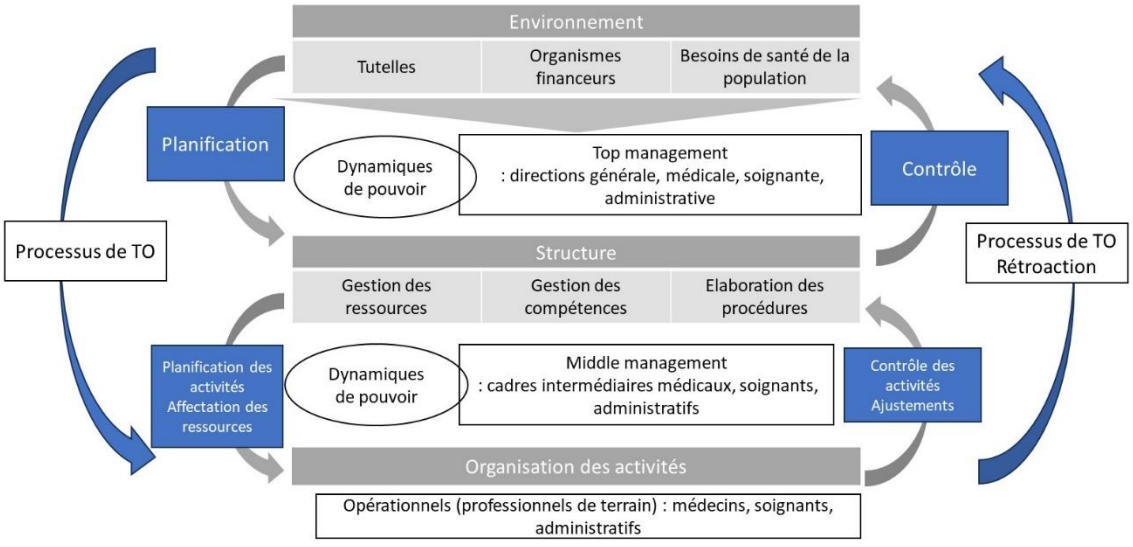

Figure 4. Les transformations organisationnelles, un processus pluri acteurs, dynamique, agile, et itératif

4.2. LES LIMITES ET PERSPECTIVES

Malgré les apports de la recherche présentée, il convient d'en préciser ses limites liées principalement à la méthodologie. En effet, le caractère unique de l'étude et les spécificités contextuelles et organisationnelles du terrain, un groupe hospitalier luxembourgeois, peut la soumettre à des interprétations subjectives et limitent la portée des résultats. Il serait ainsi intéressant de répliquer cette étude dans d'autres types d'établissements, de statuts ou situations géographiques différentes. De même, les transformations organisationnelles présentées dans cette recherche correspondent à des mesures visant à faire face à une situation d'urgence sanitaire. Aussi, les situations de crise favorisent le changement (Gioia & Chittipeddi, 1991) et les transformations organisationnelles menées au cours de la crise sanitaire ont rencontré peu de résistances. La transposition des mécanismes de transformations organisationnelles observées doit encore être étudiée hors contexte de crise.

Au-delà des limites, des perspectives de recherche émanent de cette étude. Le pilotage stratégique des organisations de santé et les problématiques liées à la prise de décision en milieu incertain apparaissent comme des pistes intéressantes. Le pouvoir s'est déplacé, il a été délégué, face à une situation qui nécessité une forte réactivité. Aussi, l'hôpital, considéré comme une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1979) est devenue une bureaucratie adhocratique en raison de la nécessité d'adaptation et d'innovation dans un environnement en constante évolution. Une autre perspective est l'appréhension de la transformation de la transformation sous l'angle de la gestion des connaissances et la mobilisation des connaissances intra et extra organisationnelles (Paladino, 2008 ; Westerlund & Rajala, 2010). Selon Dhanaraj et Parkhe (2006), « une valeur significative ne peut pas être créée et la production innovatrice du réseau sera minime si les connaissances

spécialisées de chaque membre du réseau restent pour la plupart enfermées dans ses limites organisationnelles » (p.660).

CONCLUSION

Si les projets de transformation au sein des hôpitaux se heurtent souvent à des obstacles liés à la pluralité d'acteurs animés d'intérêts quelquefois divergent, la récente crise sanitaire s'est révélée un moment hors du temps au cours duquel, malgré les conséquences dramatiques, les organisations de santé, grâce aux professionnels les faisant vivre, ont su s'adapter en se transformant. Aussi dans un contexte de crise latente au sein des hôpitaux, il apparait pertinent de formaliser les mécanismes instaurés dans l'objectif de les institutionnaliser.

La recherche présentée vise à explorer la complexité du phénomène de transformation organisationnelle selon la grille de lecture de la théorie de la structuration articulée autour de la dualité de la structure fondée sur une récursivité de l'action et de la structure (Giddens, 1987). Les terrains portant cette recherche sont deux centres hospitaliers luxembourgeois confrontés de plein fouet à la crise, pour lesquels se transformer est devenu un impératif. Les résultats mettent en lumière un bouleversement du processus décisionnel, avec une logique d'expérimentation initiée par les professionnels de terrain et régulée par le management intermédiaire et une combinaison des expertises médicales, soignantes, logistiques et administratives. Le top management est devenu un soutien de ces initiatives par une mise à disposition des ressources nécessaires. Si des ajustements ont été constamment réalisés, les transformations initiées ont rencontré un certain succès et ont permis de faire face au mieux à un afflux important de malades.

Le processus de transformation organisationnelle est fondé sur trois paramètres, la perspective systémique et multi niveaux du phénomène, les systèmes sociaux régulant le fonctionnement des

hôpitaux et le caractère processuel du phénomène. Il convient ainsi de considérer les transformations organisationnelles en tant qu'approche systémique, sociale et processuelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alexiev, A. S., Jansen, J. J., Van den Bosch, F. A., & Volberda, H. W. (2010). Top management team advice seeking and exploratory innovation: The moderating role of TMT heterogeneity. *Journal of Management Studies*, 47(7), 1343-1364.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. 2eme édition. Paris : Presses universitaires de France.

Bartoli A., 2012, « Le management public : un grand incompris en quête de réhabilitation », in S. Trosa, *La crise du management public. Comment conduire le changement ?*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p. 9-14.

Bellini, S., Dreveton, B., Grimand, A., & Oiry, E. (2018). Les espaces de discussion: un vecteur de régulation des paradoxes de la Nouvelle Gestion Publique?. *Revue de gestion des ressources humaines*, (1), 3-22.

Besson, P. & Rowe, F. (2011). Perspectives sur le phénomène de la transformation organisationnelle. *Systèmes d'information & management*, 16, 3-34.

Besson, P., & Rowe, F. (2012). Strategizing information systems-enabled organizational transformation: A transdisciplinary review and new directions. *The journal of strategic information systems*, 21(2), 103-124.

Brown, S. L., & Eisenhardt, K. M. (1997). The art of continuous change: Linking complexity theory and time-paced evolution in relentlessly shifting organizations. *Administrative science quarterly*, 1-34.

Dhanaraj, C., & Parkhe, A. (2006). Orchestrating innovation networks. *Academy of management review*, 31(3), 659-669.

De Kervasdoué, J. (2021). *L'hôpital*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Denis J-l., Lamothe l. & Langley A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal* 44 (4), 809-837.

Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative: Les questions clés de la démarche compréhensive*. Paris : Vuibert.

Dumez, H., & Minvielle, E. (2021). *Voyage au cœur du système de santé. 100 témoignages pour apprendre à gérer avec la crise*. Paris : ESKA.

Dumez, H., & Minvielle, E. (2022). Les hôpitaux face à la crise Covid. HAL.

Dumond, J.-P. (2021). *La grande transformation hospitalière*. Millau: Seli Arslan.

Eisenhardt, K. M., & Zbaracki, M. J. (1992). Strategic decision making. *Strategic management journal*, 13(S2), 17-37.

Gersick, C. J. (1991). Revolutionary change theories: A multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm. *Academy of management review*, 16(1), 10-36.

Gheorghiu, M. D., & Moatty, F. (2013). L'hôpital en mouvement. *Changements organisationnels et conditions de travail*. Paris : Liaisons Editions.

Giddens, A. (1987). *Social theory and modern sociology*. Stanford University Press.

Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12(6), 433–448.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.

Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion Réussir son mémoire ou sa thèse. Paris* : Pearson Education France.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The milbank quarterly*, 82(4), 581-629.

Grenier, C., & Pauget, B. (2007). Les défaillances et les recompositions relationnelles et professionnelles induites par la création de réseaux de santé. *Revue Sociologie Santé*, (25), 135-157.

Grimaldi, A., & Vernant, J. P. (2021). Reconstruire l'hôpital public par la démocratie sanitaire. *Les Tribunes de la santé*, (3), 27-37.

Hannan, M. T., & Freeman, J. (1984). Structural inertia and organizational change. *American sociological review*, 149-164.

Hannan, M. T., Laszlo, P., & Carroll, G. R. (2002). Structural inertia and organizational change revisited III: the evolution of organizational inertia. *Research Papers Series*, 29.

Hatchuel, A., Le Masson, P., Weil, B. (2022). *Covid-19, l' expert et le politique face à l'inconnu : deux responsabilités à repenser*. Paris : Presses des Mines.

Kanter, R. M., Jick, T. D., & Stein, B. A. (1992). The challenge of organization change: How companies experience it and leaders guide it (No. 658.406 M8553c Ej. 1 000004). FREE PRESS.

Kechidi, M. (2005). La théorie de la structuration: une analyse des formes et des dynamiques organisationnelles. *Relations industrielles*, 60(2), 348-369.

Kotter, J. (1995). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail, *Harvard Business Review*, March–April, 59-67.

Lagadec, P. (1997). Learning processes for crisis management in complex organizations. *Journal of Contingencies and Crisis management*, 5(1), 24-31.

Lewin, K. (1972), *Psychologie dynamique, Les relations humaines*, Paris, PUF, 4e éd., éd. Originale 1931.

Merdinger-Rumpler, C. & Nobre, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ?. *Gestion 2000*, 28, 51-66.

Mintzberg, H. (1979). *The structure of organizations: A synthesis of the research*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.

Nizet, J. (2007). Introduction. Dans : Jean Nizet éd., *La sociologie de Anthony Giddens* (pp. 3-6). Paris: La Découverte.

Nobre, T. (2020). *L'hôpital pendant la Covid-19: innovations, transformations et résilience: Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs*. Paris : Éditions EMS.

Paladino, A. (2008). Analyzing the effects of market and resource orientations on innovative outcomes in times of turbulence. *Journal of Product Innovation Management*, 25(6), 577-592.

Reynaud, J. D. (1988). Les régulations dans les organisations : Régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue Française de Sociologie*, 5-18.

Rojot, J. (2001). La théorie de la structuration chez Anthony Giddens. *Structuration et management des organisations*, 69-87.

Roux-Dufort, C. (2007). Is crisis management (only) a management of exceptions?. *Journal of contingencies and crisis management*, 15(2), 105-114.

Rumelt, R. P. (1995). Inertia and transformation. In *Resource-based and evolutionary theories of the firm: Towards a synthesis* (pp. 101-132). Boston, MA: Springer US.

Tushman, M. L., Newman, W.H., Romanelli E. (1986), "Convergence and upheaval : managing the unsteady pace of organizational evolution", *California Management Review*, Vol.29, n°1, p. 29-44.

Tushman, M. L., & O'Reilly III, C. A. (1996). Ambidextrous organizations: Managing evolutionary and revolutionary change. *California management review*, 38(4), 8-29.

Tushman, M. L., Romanelli, E. (1985). "Organizational evolution: A metamorphosis model of convergence and reorientation." In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior*. Greenwich, CT : JAI Press, p. 171-222.

Ursacki-Bryant, T. J., Smart, C., & Vertinsky, I. (2008). The fit between crisis types and management attributes as a determinant of crisis consequences. In Hodgkinson, P., &

Starbuck, W. *The Oxford Handbook of Organizational Decision Making*. Oxford University Press.

Weick, K. (1995). "*Sensemaking in Organizations*". Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Westerlund, M., & Rajala, R. (2010). Learning and innovation in inter-organizational network collaboration. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 25(6), 435-442.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zaghmouri N. (2022), Frank Gils, un cadre mobilisant les principes du lean comme réponse à la crise en réanimation. In Nobre T. & Husson. J. (Eds.), *Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19. Du volontarisme managérial individuel à la dynamique organisationnelle collective* (pp : 103-111), Paris : Ems Management Et Societes.