

Initier le changement au sein d'organisations complexes Alignement des objectifs, des logiques d'actions et des rôles

Cécile SCHMIT¹, doctorante

**Université Catholique de Louvain, IAG - Louvain School of Management
Centre de Recherche en Changement, Innovation, Stratégie (CRECIS)**

1, Place des Doyens B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

E-mail: cécile.schmit@uclouvain.be

Tél : +32 / 2 764 38 27 Fax : +32 / 2 764 34 35

Alain VAS, professeur

**Université Catholique de Louvain, IAG - Louvain School of Management
Centre de Recherche en Changement, Innovation, Stratégie (CRECIS)**

William D'HOORE, professeur

Université Catholique de Louvain, Ecole de Santé Publique

RESUME

Piloter le changement au sein des organisations complexes constitue un enjeu stratégique majeur pour les gestionnaires de ces institutions. Plus particulièrement, il apparaît que dans ce contexte organisationnel caractérisé par des objectifs multiples et des lieux de pouvoir diffus, la phase d'initiation du changement constitue une période sensible qu'il convient de mieux comprendre pour mieux appréhender la gestion du changement dans ces organisations. Notre recherche se propose de repérer quels sont les facteurs enclenchés en période d'initiation du changement qui sont susceptibles de favoriser la mise en œuvre des projets de changement au sein d'organisations complexes. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés au lancement de projets de changement au sein de onze institutions hospitalières. Ces projets, baptisés « Itinéraires Cliniques », reposent sur une standardisation des pratiques et une amélioration de la qualité des soins par une approche processuelle du patient. Sur base d'avis *a posteriori* d'experts interne et externe aux hôpitaux, nous avons pu évaluer le succès ou l'échec dans la mise en œuvre de ces changements. Nous avons dégagé trois facteurs clés à prendre en compte en phase d'initiation du changement au sein de ces organisations complexes. Tout d'abord, nos résultats mettent en avant l'importance de l'alignement entre les objectifs institutionnels et les attentes de l'équipe de pilotage (orientation stratégique versus opérationnelle). Ensuite, nos résultats insistent sur la logique d'action dans le choix du premier projet de changement. Quelle que soit la logique d'action suivie (centrée contenu versus processus), les projets qui présentent une mise en œuvre effective reposent sur une construction de l'acceptabilité du changement par l'équipe de pilotage. Enfin, nos résultats mettent en évidence l'importance d'élargir la réflexion autour du leader du changement. En effet, il apparaît clairement que la qualité du leader du projet est importante mais repose sur une complémentarité entre des leaders multiples à différents niveaux hiérarchiques de l'organisation complexe, jouant des rôles spécifiques et complémentaires.

MOTS CLES : organisation complexe, pilotage, changement, leadership multiple, hôpitaux.

¹ Personne de contact pour toute correspondance

Initier le changement au sein d'organisations complexes

Alignement des objectifs, des logiques d'actions et des rôles

RESUME

Piloter le changement au sein des organisations complexes constitue un enjeu stratégique majeur pour les gestionnaires de ces institutions. Plus particulièrement, il apparaît que dans ce contexte organisationnel caractérisé par des objectifs multiples et des lieux de pouvoir diffus, la phase d'initiation du changement constitue une période sensible qu'il convient de mieux comprendre pour mieux appréhender la gestion du changement dans ces organisations. Notre recherche se propose de repérer quels sont les facteurs enclenchés en période d'initiation du changement qui sont susceptibles de favoriser la mise en œuvre des projets de changement au sein d'organisations complexes. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés au lancement de projets de changement au sein de onze institutions hospitalières. Ces projets, baptisés « Itinéraires Cliniques », reposent sur une standardisation des pratiques et une amélioration de la qualité des soins par une approche processuelle du patient. Sur base d'avis *a posteriori* d'experts interne et externe aux hôpitaux, nous avons pu évaluer le succès ou l'échec dans la mise en œuvre de ces changements. Nous avons dégagé trois facteurs clés à prendre en compte en phase d'initiation du changement au sein de ces organisations complexes. Tout d'abord, nos résultats mettent en avant l'importance de l'alignement entre les objectifs institutionnels et les attentes de l'équipe de pilotage (logique stratégique versus opérationnelle). Ensuite, nos résultats insistent sur la logique d'action dans le choix du premier projet de changement. Quelle que soit l'orientation suivie (centrée contenu versus processus), les projets qui présentent une mise en œuvre effective reposent sur une construction de l'acceptabilité du changement par l'équipe de pilotage. Enfin, nos résultats mettent en évidence l'importance d'élargir la réflexion autour du leader du changement. En effet, il apparaît clairement que la qualité du leader du projet est importante mais repose sur une complémentarité entre des leaders multiples à différents niveaux hiérarchiques de l'organisation complexe, jouant des rôles spécifiques et complémentaires.

MOTS CLES : organisation complexe, pilotage, changement, leadership multiple, hôpitaux.

1. INTRODUCTION

L'étude du changement au sein d'organisations complexes constitue un enjeu à la fois pour les praticiens et les théoriciens. Dans la lignée des travaux de Denis et *al.* (2002), nous entendons les organisations complexes comme étant des "*organisations caractérisées par des objectifs multiples, des lieux de pouvoir diffus et des processus de travail basés sur des connaissances spécifiques*"; ce qui renforce la difficulté d'initier les changements dans ce type de milieu. En effet, différents auteurs mettent en avant trois défis à relever pour lutter contre l'inertie organisationnelle que semble promouvoir le pluralisme propre aux organisations complexes. Tout d'abord, selon plusieurs auteurs (Hardy et *al.*, 1984; Cohen et March, 1986), l'autonomie individuelle peut produire une paralysie collective. Le fait d'encourager le développement local et la flexibilité peut constituer une barrière à l'action organisationnelle intégrée. Ensuite, selon Denis et *al.* (1995), la participation à la formation des stratégies produit du consensus inflationniste souvent atteint au détriment du réalisme. Enfin, différents travaux (Cooper et *al.*, 1996; Denis et *al.*, 2001) montrent que les lieux de pouvoir diffus et les objectifs divergents entraînent la dilution dans les initiatives de changement stratégique. La dispersion des structures de pouvoir a pour effet de souvent diluer les changements au cours de leur implantation, produisant une sédimentation de structures et d'orientations stratégiques partiellement digérées.

Cette recherche s'inscrit dans la lignée des travaux de Denis et *al.* (2002) qui ont identifié les hôpitaux comme étant un terrain empirique pertinent pour appréhender le changement au sein d'organisations complexes.

La littérature (Mohr, 1982) portant sur la gestion du changement présente deux courants de recherche distincts à savoir le changement traité comme un contenu ou comme un processus. Alors que la majorité des recherches s'est intéressée au contenu du changement (Poole et Van de Ven, 2004), plusieurs travaux récents invitent à s'intéresser au processus du changement (Pettigrew et *al.*, 2001). Lorsque l'on s'intéresse au processus de changement, il est fréquent de présenter le processus comme un enchaînement de trois phases dans la lignée des travaux fondateurs de Lewin (1951) : la phase de dégel ou d'initiation, la phase de transition et la phase de regel ou d'institutionnalisation. Selon plusieurs auteurs (Perret, 1996; Vas, 2005), la

phase d'initiation constitue une phase décisive dans la réussite de mise en œuvre des projets de changement.

Dans le cadre de cette recherche, nous cherchons à analyser, par une approche qualitative, l'impact de la phase de lancement d'un projet de changement, au sein d'organisations complexes telles que les hôpitaux, sur la mise en œuvre effective de ce changement au sein de l'organisation. Il conviendra de définir ce que nous entendons par mise en œuvre effective au travers d'indicateurs de réussite ou d'échec du projet de changement au sein des hôpitaux étudiés. Nous allons essayer de dégager des facteurs clés à prendre en compte en phase d'initiation du changement pour favoriser la mise en œuvre du changement IC.

2. L'APPROCHE CONTEXTUALISTE DU CHANGEMENT

Selon Pettigrew (1991), la mise en œuvre du changement est un *"processus itératif, cumulatif et en reformulation permanente"*. L'approche contextualiste de Pettigrew (1991) est *"un cadre d'analyse qui tente de comprendre les processus par lesquels un contenu évolue dans un contexte particulier, traversé par un processus où prédominent les jeux de pouvoir entre acteurs aux intérêts opposés"* (Brouwers et al, 1997). Cette approche repose sur trois concepts clés : le contenu, le contexte et le processus. Le contenu du changement renvoie aux domaines qui sont concernés par le changement que l'on étudie. Le contexte dans lequel le changement s'inscrit peut être divisé en un contexte interne et externe. Le contexte interne prend en compte les caractéristiques de l'organisation (structure, culture, mode de management, technologie) alors que le contexte externe se réfère à son environnement (social, politique, économique, légal, concurrentiel). Quant au processus, il concerne les actions des acteurs, leurs interactions, les rapports de pouvoirs qui s'établissent entre eux, qui font évoluer l'organisation d'un état présent à un état futur. Les interrelations entre ces trois éléments permettent d'appréhender la dynamique du changement. Le changement est le résultat de l'interaction entre le contenu (objectifs, cibles et buts – quoi ?), le processus (mise en œuvre – comment ?) et le contexte organisationnel (environnement interne et externe – où ?).

Ce cadre d'analyse est régulièrement mobilisé pour étudier les processus de changement au sein des grandes organisations. Forts de ce cadre d'analyse contextualiste, nous avons choisi une approche qualitative basée sur l'étude approfondie de onze études de cas. Cette approche méthodologique est recommandée lorsque l'intérêt de recherche concerne des événements

contemporains dans leur contexte en temps réel, lorsque les limites entre le phénomène étudié et le contexte ne sont pas claires (Yin, 1989).

3. NOTRE TERRAIN DE RECHERCHE

Le secteur hospitalier n'échappe pas aux mutations dans un contexte de concurrence accrue, de technicité croissante des procédures de soins, de contrôle des coûts des soins de santé, d'amélioration de la qualité des soins (Lathrop, 1993; Stordeur et *al.*, 2002). Ce monde en constante mutation demande une certaine flexibilité de la part des acteurs. Dans ce sens, la théorie de Norbert Alter (2000), basée sur l'idée que le mouvement, bien plus que la stabilité, caractérise les situations de travail, est intéressante. L'une des réponses à ces nouveaux enjeux organisationnels au sein des institutions hospitalières réside dans l'introduction des "Itinéraires Cliniques" (IC). *« Les itinéraires cliniques sont une méthode de prise de décision mutuelle et d'organisation de soins prévisibles pour un groupe de patients définis sur une période définie. Les caractéristiques qui définissent un itinéraire clinique incluent : une déclaration explicite des objectifs et des éléments clés des soins basée sur les recommandations de l'Evidence Based Medicine, les bonnes pratiques et les attentes du patient; la facilitation de la communication, de la coordination des rôles, et le séquençage des activités de l'équipe de soins pluridisciplinaire, des patients et de leur entourage; la documentation, la surveillance et l'évaluation des variances et des résultats; et l'identification des ressources appropriées. L'objectif d'un itinéraire clinique est d'améliorer la qualité des soins en améliorant les résultats du patient, en promouvant la sécurité du patient, en augmentant la satisfaction du patient et en optimisant l'utilisation des ressources »* (Vanhaecht, 2007).

*« C'est une manière d'organiser le **parcours** du patient afin de perdre le moins de temps possible, **avec évidemment le plus de qualité des soins et une qualité de travail** et avec le maximum d'efficacité. ...c'est quelque chose de tout à fait **collectif** ». (HôC-coord-M)*

*« C'est une manière de prendre en charge un patient **de A à Z**, d'un moment donné jusqu'à un autre moment donné... ». (HôE-méd IC-M)*

La vision traditionnelle présente la structure hospitalière comme étant une bureaucratie professionnelle caractérisée par une structure verticale, en silos, et une double ligne hiérarchique, médicale et administrative. Cette dyarchie engendre des rapports de pouvoir complexes et un fort individualisme dans les pratiques médicales. Cette tendance

organisationnelle et ce manque de coordination mènent à un fractionnement de l'organisation. Selon Jacques et *al.* (2004), la volonté d'évoluer vers une structure plus transversale serait présente dans beaucoup d'organisations contemporaines. L'approche par le haut, verticale, très hiérarchisée (top down), tend à être petit à petit remplacée par une approche plus transversale et multidisciplinaire (bottom up).

Les Itinéraires Cliniques, méthode d'amélioration de la qualité visant à introduire une démarche transversale et pluridisciplinaire basée sur les processus au sein de structures hospitalières, visent une approche horizontale et pluridisciplinaire, loin de l'approche en silos traditionnellement présente dans le milieu hospitalier. A travers les IC, le milieu hospitalier pourrait alors être défini comme une adhocratie, terme utilisé pour désigner une configuration organisationnelle qui mobilise, dans un contexte d'environnements instables et complexes, des compétences pluridisciplinaires, spécialisées et transversales, pour mener à bien des missions précises (résolution de problèmes, recherche d'efficience en matière de gestion, développement d'un nouveau produit, ...). L'introduction de ce type de démarche dans les hôpitaux crée un choc dans l'organisation initiale, entraînant une cascade de changements profonds, cognitifs et culturels.

En 2003, le "Réseau Itinéraire Clinique" (RIC) belge francophone a été mis en place par une équipe de l'Ecole de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain, en partenariat avec les Mutualités Chrétiennes (Solimut). Cette démarche avait pour objectif d'étendre le réseau IC belge néerlandophone ("Netwerk Klinische Paden" - NKP) créé en 2000. Le RIC compte aujourd'hui vingt et un hôpitaux membres. La mission de ce réseau est de soutenir les hôpitaux dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des itinéraires cliniques. Il est piloté par une équipe d'experts chargée de former, au sein de chaque hôpital adhérent, un coordinateur à la méthodologie IC. Cette méthodologie (Vanhaecht et *al.*, 2002), validée, s'inspire du cycle "Plan-Do-Check-Act" développé par Deming (1982) sur lequel ont été décrites neuf étapes clés pour développer un itinéraire clinique. Durant la phase "plan" (quelques semaines), une équipe pluridisciplinaire de pilotage du projet de changement est constituée (1), les objectifs de l'IC sont définis et opérationnalisés en indicateurs (2), et une première version du cheminement clinique est élaborée (3). La phase "do" (un à deux mois) est quant à elle consacrée à l'analyse de la méthode actuelle de travail (pré-test, analyse de dossiers, ...) (4). Durant la phase "check" (un à deux mois), l'équipe de pilotage du projet de changement établit une deuxième version du cheminement clinique à partir des résultats de la

phase Do (5). Et enfin, on retrouve en phase "act" la formation des intervenants (6), la mise en œuvre du cheminement clinique (7), un post-test (8) et un suivi systématique permanent (9). La mise en œuvre des itinéraires cliniques est un processus dynamique et cyclique qui requiert des allers-retours permanents entre ces différentes étapes. La formation des coordinateurs IC à cette méthodologie est répartie sur dix modules et étalée sur un an, à raison d'un module d'une journée par mois environ. Sur base de cette méthodologie, la durée de mise en œuvre effective d'un IC est évaluée à un an et demi.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi un échantillon de convenance composé de onze des premiers hôpitaux belges francophones appartenant au Réseau Itinéraires Cliniques. Cinq d'entre eux ont commencé à s'intéresser aux IC en septembre 2004; les six autres en septembre 2005. Notre échantillon est composé d'institutions tant privées que publiques ou universitaires. En fonction des hôpitaux, le nombre de sites varie de un à six sites fusionnés, et le nombre de lits agréés varie de 120 à plus de 600. Précisons encore que sept hôpitaux sur les onze ont opté pour un premier IC en orthopédie, à savoir un IC "prothèse totale de hanche" ou "prothèse totale du genou". Une présentation plus détaillée de ces onze cas est disponible en annexe A.

Notre recherche s'intéresse à l'équipe de pilotage du premier projet de changement IC. Cette équipe a pour particularité d'être pluridisciplinaire. Elle est généralement constituée d'un coordinateur IC, d'un médecin référent de l'IC et d'un représentant de chaque département directement concerné par le projet de changement (infirmier, anesthésiste, diététicien, ...). Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes intéressés tout particulièrement à deux catégories d'acteurs clés au sein de cette équipe de pilotage : le coordinateur IC et le médecin référent de l'IC. Pourquoi ces deux acteurs-là ? Parce que ce sont les deux acteurs exigés dans la convention de participation au réseau et donc considérés par les experts du réseau comme indispensables au bon déroulement du processus de changement. Enfin, en accord avec la littérature (Eisenberger et *al*, 2002; Skogstad et *al*, 2007) qui insiste sur l'importance du soutien de la direction, nous avons également pris en compte l'avis de la direction de l'établissement.

Nous avons étudié le premier projet de changement IC au sein de ces onze hôpitaux, mais le dispositif prévoit, à long terme, la diffusion des IC vers d'autres pathologies au sein de ces organisations.

4. METHODOLOGIE

Notre méthode d'analyse qualitative repose sur la théorie ancrée de Glaser et Strauss (1967). Notre recherche est basée sur onze études de cas approfondies (Yin, 1989) reposant principalement sur l'analyse d'entretiens semi-directifs d'une heure en moyenne, menés auprès de trois catégories d'acteurs clés (direction, coordinateur IC et médecin référent de l'IC) au sein de onze hôpitaux belges francophones inscrits dans le Réseau IC. Chaque entretien a été enregistré et intégralement retranscrit. Nous proposons donc un schéma d'interprétation collectif basé sur un total de trente-neuf entretiens menés en phase de lancement du projet IC au sein des différents hôpitaux sur base d'un guide d'entretien similaire.

Nous nous positionnons dans une approche interprétativiste qui présente la réalité organisationnelle comme un *"système socialement construit de significations partagées"* (Burrell et Morgan, 1979). La réalité n'est pas objective mais subjective. La réalité organisationnelle est construite progressivement à travers des interactions sociales par les individus ajustant progressivement leurs idées et perceptions. Plusieurs auteurs ont adopté cette approche pour aborder la question du changement stratégique (Chaffee, 1985; Gioia et Chittipedi, 1991; Isabella, 1990).

Dans la lignée des travaux de Miles et Huberman (1991) sur les techniques d'analyse de données qualitatives, nous avons mis en place un dispositif de codage des données afin d'évaluer la perception qu'ont les différents acteurs interrogés des facteurs présents en phase d'initiation du processus de changement et qui influencent la mise en œuvre effective du projet de changement. Nous nous sommes basés sur le cadre d'analyse contextualiste de Pettigrew pour définir quatre méta-catégories (processus, contenu, contexte interne et externe) dans lesquelles classer nos extraits. Dans chacune de ces méta-catégories, nous avons classé les représentations favorables et défavorables en phase de lancement du projet IC au sein des onze hôpitaux étudiés. Nous avons utilisé le logiciel "ATLAS-ti" pour le codage et l'analyse des données. Ces données nous ont permis de construire des matrices (Miles et Huberman, 1991) basées sur la récurrence des thèmes². Notre codage a été validé par une analyse de

² L'ensemble des matrices est disponible sur demande auprès des auteurs.

concordance inter et intra-codeurs. Pour l'estimation de l'accord inter-codeurs, nous obtenons une excellente concordance (coefficient kappa = 0.90) entre "favorables" et "défavorables". Si l'on ajoute les extraits "ambivalents", nous gardons tout de même un bon niveau de concordance (coefficient kappa = 0.61). Pour l'estimation de l'accord intra-codeur, nous obtenons également une forte concordance (coefficient kappa = 0.97), qui reste acceptable (coefficient kappa = 0.78) lorsque l'on ajoute les extraits ambivalents.

Afin d'évaluer l'impact de la période d'initiation du projet de changement IC sur la mise en œuvre effective du changement, nous avons construit un indicateur de réussite double. Tout d'abord, nous avons mobilisé l'avis d'un expert chargé de la coordination du Réseau IC créé par les différents hôpitaux belges francophones (indicateur externe). Ensuite, nous avons retenu l'avis du coordinateur interne de chaque itinéraire clinique (indicateur interne). L'originalité de notre démarche est d'avoir interrogé ces experts IC interne et externe après un an et demi de mise en œuvre des IC dans chaque hôpital de notre échantillon afin d'appréhender si la mise en œuvre du projet de changement était un succès, un échec ou un résultat mitigé. Nous avons considéré que le projet de changement IC était un succès ou un échec lorsqu'il y avait convergence entre les avis des experts interne et externe. Dans le cas d'avis divergents, la réussite de l'IC était considérée comme un résultat mitigé. A la lumière de ces avis d'experts, nous avons pu classer les 11 hôpitaux étudiés en trois catégories selon le résultat de la mise en œuvre du premier projet de changement IC après un an et demi de fonctionnement : 4 hôpitaux ont réussi, 2 ont échoué et 5 présentent des résultats mitigés (annexe A).

L'étude plus particulière des cas où le changement a été un succès ou un échec nous a permis de dégager des régularités dans la phase d'initiation que nous nous proposons de développer dans la section suivante.

5. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

L'analyse des entretiens nous a permis de dégager trois facteurs clés à prendre en compte en phase d'initiation du changement pour favoriser la mise en œuvre de l'IC. Les observations tirées des entretiens ont été croisées avec d'autres sources de données (procès-verbaux de réunions, rapports du réseau IC, formations communes, participation aux comités de pilotage du RIC) dans un souci de triangulation propre aux méthodes qualitatives.

5.1. L'alignement du projet de changement aux objectifs institutionnels

Nos résultats mettent en évidence le fait qu'en phase de lancement du premier projet de changement IC, l'alignement entre les objectifs institutionnels et les attentes des pilotes du changement est une condition nécessaire à la réussite dans la mise en œuvre du changement.

Nous avons pu dégager deux orientations institutionnelles qui présentent des attentes différentes face au projet de changement IC. Selon les objectifs institutionnels présents au sein des hôpitaux, nous avons dégagé des orientations d'ordre stratégique ou opérationnel pour initier un IC au sein de l'institution. Nous avons résumé ces orientations autour de 4 concepts clés : la temporalité de l'action, son objectif, son impact et son effet. Elles sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Orientations stratégique ou opérationnelle pour initier le changement

ORIENTATION STRATÉGIQUE	ORIENTATION OPÉRATIONNELLE
Orientation long terme	Orientation court terme
IC = construction d'une réputation	IC = opération marketing (label IC)
Impact culturel (mentalité) et structurel (cellule IC)	Impact temporaire (résolution de problème)
Pérennité financière	Résolution de difficultés financières

L'orientation stratégique privilégie un objectif institutionnel centré sur une vision à long terme, visant une transformation de la culture organisationnelle (changement profond des mentalités et des habitudes) et des structures organisationnelles en place. En effet, le projet IC permet d'initier une approche transversale, par les processus, qui remet en cause de façon radicale la structure en silos propre aux hôpitaux. Le projet IC est considéré comme un outil de construction d'une réputation de l'hôpital qui, dans une logique de long terme, garantirait une certaine pérennité financière.

A contrario, l'orientation opérationnelle insiste sur un objectif institutionnel à court terme qui appréhende le projet IC comme un outil de résolution de problème voire de résolution de conflits internes, orienté vers une démarche de type "marketing" afin d'obtenir un label reconnu par les utilisateurs de l'hôpital et qui, à court terme, pourrait aider à résoudre des difficultés financières, notamment en réduisant les durées de séjour.

La confrontation des entretiens entre les deux acteurs clés de l'équipe de pilotage du projet de changement IC et la direction des hôpitaux a permis de mettre en évidence l'importance de la communication de l'orientation institutionnelle et de l'alignement entre les objectifs institutionnels et les attentes de l'équipe pilote.

(Un élément favorable à la mise en place d'un IC est) "l'explication du but final de l'IC à l'ensemble de l'institution puisqu'une meilleure information permet une meilleure exécution des tâches qu'on nous demande et oriente le choix de la pathologie. (HôA-méd IC-S)

A la lumière de nos résultats, nous observons que dans les quatre hôpitaux où la mise en œuvre du changement a été un succès, l'alignement entre les objectifs institutionnels de la direction et les attentes de l'équipe de pilotage du projet IC était fort. Nous avons noté une cohérence entre les représentations des différents acteurs interrogés.

*"Je crois qu'il faut déjà que ce soit un **objectif institutionnel clair et connu par l'ensemble** de l'hôpital et plus particulièrement **des intervenants** dans le projet. Il faut que ce soit connu, validé, que tout le monde sache que c'est par là qu'on va". (HôA-coord-S)*

Par contre, dans les deux hôpitaux où le changement a échoué, nous relevons une absence de communication de l'orientation institutionnelle et d'alignement entre les objectifs institutionnels et les attentes de l'équipe de pilotage; le positionnement stratégique ou opérationnel du projet n'est pas partagé par l'ensemble des acteurs clés interrogés au sein d'un même hôpital. Une ambiguïté dans les objectifs poursuivis semble avoir à terme des conséquences importantes sur la mise en œuvre effective du changement au sein de l'hôpital.

*"(...) **je me posais la question** de savoir l'importance qui était accordée au projet au sein de l'institution". (HôK-coord-E)*

De plus, le caractère partagé du positionnement du projet au sein de l'institution ne semble pas suffisant pour expliquer le succès car dans tous les cas où le changement a été une réussite, nos résultats montrent non seulement un alignement fort mais également un positionnement d'ordre stratégique du projet de changement.

Ces premiers résultats sont dans la lignée des travaux de Denis et *al.* (2007) selon lesquels les lieux de pouvoir diffus et les objectifs divergents, caractéristiques des contextes pluralistes,

font en sorte que les stratégies sont le résultat de jeux politiques entre des groupes ayant des intérêts contradictoires et des visions divergentes concernant la direction à prendre. Hafsi et Demers (1989) ajoutent qu'atteindre un certain consensus constitue le principal challenge dans le pilotage des changements majeurs au sein d'organisations complexes, compte tenu de la diversité des logiques d'action organisationnelles.

Notre recherche a mis en évidence l'émergence de trois facteurs de renforcement de l'alignement stratégique entre la direction et l'équipe de pilotage du changement : la communication, la négociation et l'adhésion aux objectifs poursuivis par le projet de changement IC. La direction communique l'orientation institutionnelle en rapport avec le projet IC. Les objectifs institutionnels peuvent ensuite être négociés et reformulés par l'équipe de pilotage afin qu'un maximum des parties prenantes y adhère. En effet, une fois l'orientation institutionnelle clairement communiquée, l'itinéraire clinique permet une réinterprétation des objectifs stratégiques par chaque acteur pour les ajuster au contexte et les opérationnaliser sur le terrain. Cela mène à un "changement négocié" répondant aux attentes à la fois de la direction (qualité, performance institutionnelle, finances, ...) et des membres de l'équipe de pilotage (qualité des soins, standardisation des pratiques, coordination des prises en charge, ...). Ce "changement négocié" permet un accord, une adhésion de tous les acteurs et le déclenchement du processus de changement.

Nos résultats sont également confortés par les travaux de Crozier et Friedberg (1981) selon lesquels la réussite du changement est basée sur la remise en cause des objectifs et leur reformulation, pour aboutir à un compromis de bon sens. Les finalités prennent leur sens au niveau où elles sont vécues; bien qu'il puisse y avoir une dichotomie (non souhaitable) entre les finalités perçues à la base et celles qui se manifestent au sommet et qui sont inhérentes aux choix collectifs.

En période de lancement du projet de changement, le manque de communication de l'orientation institutionnelle et l'absence de vision stratégique partagée entre les différents acteurs du changement, où chacun trouverait ses propres intérêts (alignement des objectifs du projet de changement à l'orientation institutionnelle), constitue un risque d'échec de la mise en œuvre du changement au sein de l'hôpital. En effet, il est important que l'équipe de pilotage du projet de changement soit informée de l'orientation institutionnelle et puisse cadrer ses attentes sur cette orientation. La clé de la réussite de la mise en œuvre d'un IC réside dans la

communication d'un objectif institutionnel qui puisse répondre aux attentes de l'ensemble des parties prenantes. Illustrons cela à travers le concept central de qualité qui ressort de notre étude comme étant l'amélioration de l'acte chirurgical pour le corps médical, une meilleure prise en charge de la douleur du patient pour l'équipe infirmière, une meilleure satisfaction des patients, des familles, du personnel et une diminution des plaintes pour le service social (GRH), une meilleure information des patients et des familles pour le service admission, une diminution des coûts et des durées de séjour pour la direction générale, ... Cette illustration nous montre que, bien que chacun entre dans le projet pour répondre à des intérêts qui lui sont propres, tous tendent vers une même finalité plus globale.

5.2. La présence de logiques d'action multiples dans le choix du projet de changement

Notre étude a mis en avant deux principales logiques d'action dans le choix d'un premier projet IC. Au sein des différents hôpitaux étudiés, nos résultats montrent que certaines institutions se sont centrées essentiellement sur le processus (nouvelle méthode) alors que d'autres se sont davantage centrées sur le contenu (nouvelle pathologie) pour choisir leur premier projet de changement IC.

Les hôpitaux davantage centrés sur le processus se focalisent essentiellement sur l'apprentissage et l'appropriation de la méthodologie. Ils capitalisent sur des pathologies qui ont déjà été traitées au sein d'hôpitaux du Réseau Itinéraires Cliniques (RIC) ou choisissent une pathologie fréquemment rencontrée dans l'institution. Etant plutôt réactives, ces institutions développent une approche « mécanique » des projets de changement, qui appréhende les IC comme une méthode de formalisation et de standardisation des pratiques.

*"Essayons de **ne pas faire trop compliqué pour commencer**. Pour **apprendre une méthodologie**, n'allons pas vers des choix qui vont compliquer à tel point la méthodologie que l'essentiel va nous échapper. Il faut que ce soit un itinéraire qui ait une première caractéristique de simplicité générale". (HôE-DM-M)*

Les hôpitaux qui choisissent de se centrer davantage sur le contenu cherchent à s'approprier la méthodologie nouvelle à travers une pathologie mal connue ou qui pose problème au sein de l'établissement. Etant davantage proactives, ces institutions développent une approche « organique » des projets de changement, qui appréhende les IC comme un levier d'innovation.

*"Bien sûr que c'est un **challenge**. Il vaut mieux commencer par le plus difficile avant de passer au plus facile. **Le plus facile, on saura très bien le faire quand on aura fait le plus difficile**. C'est bien évident". (HôF-DM-M)*

Notre analyse met en évidence que parmi les quatre hôpitaux ayant réussi leur premier projet IC, deux se sont centrés sur le contenu et les deux autres sur le processus. Il semble donc que la logique d'action centrée processus versus contenu ne suffise pas à prédire le succès ou l'échec de la mise en œuvre d'un IC au sein d'un hôpital.

Cette observation nous amène à nous intéresser à un troisième critère que nous avons qualifié d'"acceptabilité" du changement. En effet, une des caractéristiques importantes du monde hospitalier est qu'il s'agit d'un milieu hautement spécialisé. Dans la plupart des cas étudiés, le projet IC est un processus de changement initié par la direction; or celle-ci ne maîtrise pas toujours les champs de savoirs médicaux et techniques que maîtrisent les équipes de soins pour lesquelles l'IC a des impacts concrets. Nos résultats font ressortir l'acceptabilité du changement par l'équipe de pilotage (terrain) en phase d'initiation du projet comme un facteur clé de réussite de la mise en œuvre de ce changement. Ce sont ces acteurs de terrain, directement concernés par le changement IC, qui seront à même de donner un sens au changement et d'en devenir les "*passeurs*" (Alter, 2000).

Nous inspirant des travaux de (Tricot & al., 2003), nous définissons l'acceptabilité du changement comme étant la décision d'utiliser l'outil de changement (IC). Cette décision est conditionnée par la valeur de la représentation mentale (opinion) du projet de changement ainsi que de son utilité et de son utilisabilité perçues. Dillon & Morris (1996) parlent d'intention d'usage pour définir l'acceptabilité. Nous pensons que les acteurs de terrain vont "accepter" le changement, auront l'intention de l'"utiliser", si celui-ci est compatible avec leurs valeurs, leur culture, l'organisation dans lesquelles il va s'insérer. Cette définition rejoint les travaux de Beauvois (1995) pour qui l'acceptabilité sociale du changement correspond à la valeur que les personnes attribuent à un objet au regard de son utilité dans un environnement social donné. Un objet n'a de valeur que par celle qu'il confère à celui qui le possède ou l'utilise.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons évalué la présence ou non d'acceptabilité du changement IC par l'équipe de pilotage en fonction de la manière dont s'était fait le choix du projet IC. Si la demande venait de l'équipe (bottom up), nous avons considéré qu'il y avait

acceptabilité du changement puisque les gens étaient motivés et volontaires. Dans les cas où l'IC était imposé par la direction (top down), nous avons considéré qu'il n'y avait pas d'acceptabilité du changement par l'équipe de pilotage (du moins en période d'initiation du changement).

Nos résultats montrent que dans les quatre hôpitaux où la mise en œuvre du projet de changement IC est une réussite, les équipes de pilotage étaient demandeuses (bottom up), percevaient l'utilité du changement. Celui-ci était socialement accepté.

*"C'est une **demande qui doit venir de la base**; il faut qu'il y ait une volonté de changer quelque chose, donc la conscience d'un problème". (HôE-DM-M)*

*"...choisir un **sujet** qui soit d'une part **présent**, mais d'autre part **intéressant** pour tout le monde parce qu'alors là, vous **retombez sur cette motivation globale**". (HôF-méd IC-M)*

A contrario, dans les deux hôpitaux où la mise en œuvre du changement a échoué, on observe que l'IC a été imposé par la direction (top down), sans souci d'une acceptabilité manifeste du changement par l'équipe de pilotage. On observe une faible implication des membres de l'équipe dans le développement de l'IC (par exemple, absences répétées aux réunions).

*"Je ne pense pas que c'est dans la mentalité de l'institution de vouloir **mettre les gens sur le côté**, mais je pense que c'est un manque de temps". (HôK-coord-E)*

Il est intéressant de noter que la non-acceptabilité que nous avons relevée dans plusieurs hôpitaux, dont le résultat est mitigé, peut s'expliquer par le sentiment que le département concerné par l'IC fonctionne correctement et donc par l'absence de déclencheurs suffisants pour amener les acteurs à modifier leurs habitudes. Ces acteurs ne perçoivent pas l'utilité d'un tel investissement, ils ont donc tendance à peu s'impliquer.

"Actuellement, elles ont l'impression qu'elles travaillent déjà très bien et qu'elles font déjà un itinéraire avec les ordres permanents qu'elles ont". (HôB-coord-M)

"Les gens sont tous tellement persuadés qu'ils font déjà les choses de manière parfaite". (HôC-coord-M)

Ces résultats rejoignent les travaux d'Alter (2000) selon qui l'innovation représente la mise en œuvre d'une invention et son intégration dans un milieu social. Le concept d'intégration, de reconnaissance sociale, rejoint le concept d'acceptabilité sociale relevé dans nos travaux

comme étant un des facteurs clés de réussite de la mise en œuvre d'un projet de changement IC. *"La trajectoire d'une innovation dépend essentiellement des raisons pour lesquelles des acteurs sociaux seront amenés (ou non) à s'en saisir, à lui donner du sens. L'innovation a besoin de passeurs"*. Ces résultats confortent également les travaux de Colletterte et Schneider (2004), selon lesquels l'attrait de satisfactions plus élevées (amélioration des conditions de travail) serait considéré comme un déclencheur de changement. Il faut, selon ces derniers auteurs, que les destinataires du changement perçoivent réellement qu'ils font des gains, qu'ils trouvent un intérêt à changer leurs habitudes. Ils précisent également que les acteurs seront plus susceptibles d'envisager positivement un changement s'ils ressentent une insatisfaction dans la situation existante. Sinon, ils verront le changement comme imposé par la direction et ne se sentiront pas impliqués.

A la lumière de nos résultats, nous avons dégagé quatre logiques d'action dans le choix du premier projet de changement IC au sein des institutions hospitalières. Ces logiques d'action reposent sur un choix orienté principalement sur la méthode ou sur la pathologie, et sur le degré d'acceptabilité du changement par l'équipe de pilotage. Elles sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2 : Quatre logiques d'action dans le choix du premier projet de changement IC

Méthode (Processus)	Pathologie (Contenu)	Acceptabilité du changement	Résultat	Logique d'action
Nouvelle	Classique	Oui	Succès	Logique d'action du "bon père de famille"
		Non	Echec	Logique d'action du "technocrate"
→ IC mécanique (centré processus)				
Nouvelle	Innovante	Oui	Succès	Logique d'action de l'"aventurier"
		Non	Echec	Logique d'action du "kamikaze"
→ IC organique (centré contenu innovant)				

Les deux premières logiques d'action présentées ci-dessus sont orientées "processus". L'institution préfère capitaliser sur l'existant en choisissant une pathologie « classique » afin de se centrer sur l'appropriation de la nouvelle méthode. Nous avons qualifié cette approche de "mécanique". En intégrant les dimensions psychosociales du changement et en s'assurant de l'acceptabilité du changement par les membres de l'équipe de pilotage, l'institution développe une logique d'action de "bon père de famille". En s'axant davantage sur les

dimensions plus technico-économiques du changement et en négligeant l'absence d'acceptabilité du changement par les parties prenantes, l'organisation développe une logique d'action de "technocrate".

Les deux logiques d'action suivantes sont orientées "contenu". En plus de s'approprier la méthode nouvelle, l'institution décide de se lancer sur une pathologie mal connue ou innovante. Nous avons qualifié cette approche d'"organique". Avec des intervenants qui perçoivent l'utilité du changement, l'institution développe une logique d'action d'"aventurier" où le goût du challenge et l'acceptabilité du changement par les acteurs permettent de mener à bien le projet. Dans certains cas, l'institution privilégie le goût de l'innovation sans s'assurer de la motivation et de l'implication des membres de l'équipe de pilotage; elle s'inscrit dans une logique d'action de "kamikaze", personne téméraire qui se sacrifie pour une cause. Une fois encore, nos résultats insistent sur l'absence d'acceptabilité du changement par l'équipe de pilotage comme facteur de risque dans la mise en œuvre du changement.

Notre analyse met en avant que les quatre institutions hospitalières qui ont réussi le changement ont développé une logique d'action d'aventurier, centrée contenu, ou de bon père de famille, centrée sur les processus. Rappelons que, pour ces deux logiques d'action, l'acceptabilité du changement par les acteurs impliqués était centrale. Par contre, les deux hôpitaux ayant échoué ont plutôt développé une logique d'action de technocrate, caractérisée par l'absence d'acceptabilité du changement par les acteurs directement impliqués.

En conclusion, nos résultats montrent que quelle que soit la logique d'action développée par l'institution hospitalière, l'acceptabilité du changement par les membres de l'équipe pluridisciplinaire de pilotage ressort comme étant un facteur essentiel à prendre en compte dans le choix d'un premier projet de changement IC. Ces résultats sont en ligne avec les travaux de différents auteurs (Lamothe, 1996; Denis et al, 1999) qui insistent sur le mode émergent des changements dans les pratiques cliniques. Selon des études menées en milieu hospitalier (Pascal, 2000), les acteurs de terrain occupent une place centrale dans la structure hospitalière étant donné leur forte spécialisation, ce qui explique la nécessité de les impliquer dans le mode de pilotage du changement. L'acceptabilité sociale du projet de changement, et par là-même son choix collectif, semble constituer un facteur de succès dans la mise en œuvre du changement.

5.3. La prise en compte d'un mode de leadership multiple pour piloter le changement

Nos résultats montrent que les trois acteurs clés pris en compte dans cette recherche – coordinateur de l'IC, médecin référent du projet IC et direction – confèrent une légitimité triple au projet de changement IC de par la complémentarité de leurs rôles respectifs. En effet, chacun de ces trois acteurs possède une légitimité propre liée à des compétences spécifiques. Le coordinateur du projet de changement IC est choisi et nommé par l'institution comme leader du projet. Il va se former à la méthodologie IC d'où il tirera une légitimité méthodologique. Un médecin reconnu par ses pairs, choisi et nommé comme référent du projet IC, apporte une légitimité clinique au projet de changement. Cette légitimité clinique est particulièrement importante dans le milieu hospitalier, hautement spécialisé. Enfin, en accord avec la littérature (Eisenberger et *al*, 2002; Skogstad et *al*, 2007), nos résultats mettent en avant l'importance du soutien de la direction pour donner l'impulsion et la légitimité hiérarchique au projet de changement. Un soutien fort, tant moral que matériel, de la direction augmente la probabilité de réussite de la mise en œuvre du projet de changement. Cette légitimité triple apparaît comme une condition nécessaire à une acceptabilité sociale forte du projet de changement. Ces observations confortent l'idée d'un leadership multiple au sein d'organisations complexes pour piloter le changement.

Pour appréhender le concept de légitimité multiple, nous nous sommes intéressés aux différents rôles joués par les trois catégories d'acteurs interrogés. Se basant sur la récurrence des thèmes et sur leur fréquence d'apparition dans les différents entretiens, nos résultats mettent en avant des rôles spécifiques pour chacune de ces trois catégories d'acteurs. Dans la lignée des travaux de Blake et Mouton (1985), nous avons classé les rôles des trois catégories d'acteurs suivant deux dimensions comportementales : les rôles orientés "tâche" ("task-oriented") et les rôles orientés "relation" ("people-oriented").

5.3.1. Rôles du coordinateur du projet de changement IC : un leader "méthodologique"

Fort de sa formation à la méthodologie IC, le coordinateur contribue à la légitimité méthodologique du projet de changement en assurant quatre rôles centraux : négociateur, facilitateur, organisateur, informateur. Les rôles de négociateur et de facilitateur sont davantage orientés "relation" alors que les rôles d'organisateur et d'informateur sont plutôt orientés "tâche".

En tant que négociateur, le coordinateur IC régule les jeux de pouvoirs et arbitre en cas de conflit. Ensuite, en tant que facilitateur, le coordinateur IC fait le "lien" entre les différents intervenants; il les amène à discuter et à trouver des consensus.

*"Il est là pour **animer un groupe** et pas pour le diriger, pas pour l'orienter, mais pour **soulever des questions...**". (HôE-DM-M)*

*"Le coordinateur IC est le **"go between"** entre toutes les spécialités qui vont tourner autour du malade". (HôF-DM-M)*

*"Il faut veiller en réunion à ce que tout le monde ait la possibilité de s'exprimer. Il faut veiller à ce que toutes les décisions émanent toujours d'un **consensus**, ce n'est pas toujours possible". (HôA-coord-S)*

En tant qu'organisateur, le coordinateur IC est chargé de consulter les agendas pour planifier les différentes rencontres, d'organiser les réunions multidisciplinaires, de préparer/créer les documents utiles. C'est à lui que revient le travail administratif de gestion concrète de l'IC; c'est lui qui centralise les informations, rédige les synthèses, donne forme aux idées, ... Enfin, en tant qu'expert interne de la méthodologie IC, le coordinateur IC assure un rôle d'informateur en se renseignant sur ce qui se fait ailleurs au sein et à l'extérieur du réseau, sur ce qui se dit dans la littérature, sur les "guidelines". Il devient, par là-même, garant de la méthodologie IC. Il donne également un feed-back régulier sur le projet en cours, tant à la direction qu'aux différents intervenants.

*"Le coordinateur est celui qui doit **mettre en commun les informations, organiser** les réunions, pas trop souvent, pas trop peu. Il doit **se renseigner sur ce qui se passe ailleurs**. Si il y a un problème, voir un peu à l'extérieur ce qu'ils ont trouvé comme solution, **rechercher des solutions**". (HôE-DDI-M)*

*"Il est là pour (...) aider {un groupe} à **rester dans une méthodologie** puisqu'il va être là pour **apprendre une méthodologie** qu'en général il ne connaît pas ou imparfaitement. Il doit donc d'abord **l'assimiler** et puis il doit **en rendre la substantifique moelle**, il doit en rendre l'intérêt au groupe". (HôE-DM-M)*

5.3.2. Rôles du médecin référent du projet de changement IC : un leader "clinique"

Fort de son expertise médicale, le médecin référent de l'IC contribue à la légitimité clinique du projet de changement en assurant trois rôles centraux : intégrateur clinique, expert médical et garant de la qualité clinique. Le rôle d'intégrateur clinique est orienté "relation" alors que les rôles d'expert médical et de garant de la qualité clinique sont plutôt orientés "tâche".

Etant donné l'indépendance forte du corps médical liée aux libertés diagnostique et thérapeutique propres à la profession, le médecin référent de l'IC joue un rôle important d'intégrateur clinique. Il est l'interlocuteur privilégié du corps médical. Le rôle d'intégrateur clinique rejoint le concept d'"intégration médicale" développé par Shortell en 1996. Cet auteur insiste sur l'importance de la constitution d'équipes professionnelles multidisciplinaires comme prérequis à une offre de soins continue et globale.

*"J'entends souvent, lors des formations IC, que le médecin a un **poids dans l'institution** et qu'il est précieux pour le coordinateur, **pour faire passer certaines choses** que lui-même n'arrive pas à faire passer". (HôA-méd IC-S) " Son rôle sera de **convaincre les collègues**". (HôE-coord-M)*

Ensuite, en tant qu'expert de sa discipline et par ses connaissances médico-techniques, le médecin référent de l'IC assure la dimension médicale de l'itinéraire clinique. Ses compétences spécifiques en font le garant de la qualité clinique de l'IC. Il est responsable de toutes les décisions qui s'y rapportent et en cas d'absence de consensus, il garantit une décision clinique centrée sur le patient. De manière complémentaire au coordinateur qui a un rôle de garant de la méthode, le médecin est garant du contenu de l'IC.

*"Je pense que, in fine, c'est quand même le médecin qui **a la responsabilité globale**. Ce sont les médecins qui acceptent les admissions des patients(...). Ce sont eux qui ont l'**expertise et les connaissances pour orienter les prises en charge**". (HôA-coord-S)*

*"C'est moi qui **donne** un petit peu **les grandes lignes et qui prends la décision d'un objectif**". (HôB-méd IC-M)*

"Je pense que, quelque part, il sera responsable des décisions qu'on va prendre". (HôE-coord-M)

5.3.3. Rôles de la direction de l'institution : un leader "hiérarchique"

Forte de sa position au sommet de l'institution, la direction contribue à la légitimité hiérarchique du projet de changement en assurant deux rôles centraux en phase d'initiation du projet de changement : mobilisateur et allocataire des ressources. Le rôle de mobilisateur est davantage orienté "relation" alors que le rôle d'allocataire des ressources est plutôt orienté "tâche".

En tant que mobilisateur, la direction initie le projet de changement IC au sein de l'institution et lui donne l'impulsion et le soutien nécessaire à un démarrage favorable. Dans la lignée de la littérature, la direction assure un rôle stratégique de visionnaire à qui il revient de définir l'objectif du projet à long terme. L'attribution, par les acteurs interrogés, du rôle de

"mobilisateur" à la direction rejoint les travaux de Beer et al (1990) qui favorisent un processus de changement se propageant de bas en haut. Selon eux, le rôle du top management n'est pas de fournir une série de programmes de changement où tout est spécifié à l'avance, mais plutôt de soutenir leurs subordonnés lorsqu'ils entament un processus de changement. En accord avec la littérature (Eisenberger et al, 2002; Skogstad et al, 2007), nos résultats montrent qu'une impulsion et un soutien fort du projet de changement par la direction, dont la légitimité hiérarchique est reconnue, est favorable à la réussite du projet de changement IC.

*"Il faudrait peut-être **marquer le coup** d'une manière ou d'une autre, **symboliquement**, peut-être par une réunion de tous les acteurs potentiels dans l'IC où l'on **présente l'IC**, ce qu'on va mettre en œuvre, ce pour quoi on compte sur chacun dans son domaine respectif, et dire **"à partir de demain on y va"**...". (HôD-DDI-M)*

*"C'est **moi qui ai initié le projet** ici parce que **je suis celui qui, dans les connexions extérieures, a le plus d'informations d'ordre médical** et donc d'informations sur l'intérêt potentiel de ce type d'itinéraire et donc de méthodologie". (HôE-DM-M)*

Par contre, ce qui est moins développé dans la littérature, c'est le rôle plus tactique d'allocataire des ressources attribué à la direction. Il ressort de nos résultats que l'octroi des ressources financières, matérielles, humaines et de temps est attribué à cet acteur clé. La direction doit se tenir prête à intervenir en cas de besoin pour arbitrer l'allocation des ressources ou trancher en cas de conflit ou d'absence de consensus.

*"Si vous avez besoin pour un IC d'un **appareillage** particulier, le directeur médical pourra dire que pour implémenter l'IC, on a besoin de telle et telle **personne**, de tel et tel **élément**. C'est le **relais financier**. Et il représente la vision globale de l'IC et ce que ça comporte comme **besoins matériels, humains**".(HôF-méd IC-M)*

*"Si tu as des **problèmes au niveau médical**, si il y a un problème de **relation**, de **conflit** ou si à un moment donné, il faut **trancher**, **je suis prêt à intervenir**" (HôE-DM-M)*

En conclusion, nous observons que les différents rôles associés aux trois catégories d'acteurs clés du projet de changement requièrent une capacité de traduction et de création de sens; capacité qui permet de mobiliser les acteurs en créant différentes significations mutuellement compatibles permettant à chacun d'y trouver un intérêt (Denis 2007). En effet, les rôles de négociateur, facilitateur et informateur associés au coordinateur IC reposent sur une capacité forte de ce dernier à créer du sens et à traduire le changement vers les différentes parties prenantes. Nous avons relevé dans nos entretiens différentes représentations du concept même d'IC. De plus, l'illustration du concept de "qualité", développé précédemment, a montré qu'il était décliné différemment selon les attentes des diverses parties prenantes. Cette

capacité de traduction et de création de sens est également requise pour le médecin référent de l'IC et la direction médicale en tant qu'interlocuteurs privilégiés du corps médical, et pour la direction du département infirmier en tant que relais du corps infirmier.

Ceci rejoint les travaux de Callon et Latour (1991) qui insistent sur le concept de traduction pour permettre à des parties prenantes qui ont des logiques différentes de parvenir à se comprendre pour travailler ensemble et arriver à un consensus.

Enfin, ces résultats sont en ligne avec les travaux récents d'Ancona et *al.* (2007) sur le leadership. Ces derniers insistent sur l'importance de la capacité à créer du sens ("sensemaking") du leader; capacité grâce à laquelle ce dernier est capable de rapidement identifier la complexité d'une situation donnée et de l'expliquer aux autres. Associant quatre principales capacités au leader, Ancona et *al.* (2007) mettent également en avant les capacités de "relating", "visioning" et "inventing". Par sa capacité relationnelle ("relating"), le leader est capable de construire des rapports de confiance avec les autres acteurs. Il leur assure une écoute active, leur explique son propre point de vue et se crée un réseau d'alliés qui pourront l'aider à accomplir ses buts. Par sa capacité de visionnaire ("visioning"), le leader est capable de voir plus loin, à long terme, de trouver une image fascinante de l'avenir. Enfin, par sa capacité d'inventer ("inventing"), le leader est capable de développer de nouvelles façons d'aboutir à cette image de l'avenir. Ces différentes capacités sont sous-jacentes aux rôles des acteurs clés de l'IC mises en avant. Selon Ancona et *al.* (2007), ces quatre capacités sont rarement présentes chez une seule et même personne. Ces auteurs encouragent les "chefs" à s'entourer d'autres personnes capables de compenser leurs restrictions et de compléter leurs forces. Ils précisent encore que ceux qui ne le feront pas porteront non seulement le fardeau de la direction seuls, mais se trouveront à la barre d'un navire déséquilibré. Cette dernière réflexion montre bien l'importance de la prise en compte d'un leadership multiple.

Dans la lignée de travaux d'Ancona et *al.*(2007), notre recherche a mis en avant l'importance du leadership multiple dans le pilotage de projets de changement au sein d'organisations complexes telles que les hôpitaux. La qualité du coordinateur IC, leader du projet au sein des institutions hospitalières, est apparue comme un facteur important mais pas suffisant pour garantir une mise en œuvre effective du changement. Nos résultats ont montré que la légitimité du projet de changement IC était triple et découlait du partage des rôles entre le coordinateur IC, le médecin référent de l'IC et la direction de l'institution. On observe une

zone de pouvoirs partagés entre trois catégories d'acteurs ayant des rôles spécifiques mais complémentaires en période d'initiation du projet de changement IC. La légitimité propre à chacun des trois acteurs est intimement liée à la maîtrise des rôles particuliers qui lui sont reconnus par ses pairs.

Enfin, nos résultats sont en ligne avec les travaux de Bryson et Crosby (1993) selon lesquels l'interdépendance entre acteurs signifie qu'aucun des acteurs concernés ne détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur du changement est confronté.

Dans les quatre hôpitaux où le premier IC est un succès, nous avons observé une participation active de ce trio d'acteurs dans le pilotage du projet de changement IC. A contrario, on observe une faible mobilisation d'au moins un de ces trois acteurs clés dans l'initiation du projet de changement IC au sein des deux hôpitaux ayant échoué.

"Le rôle du médecin responsable de l'IC est extrêmement mineur ici dans l'institution; de par son agenda extrêmement chargé, il me délègue la plupart de ses rôles".(HôK-coord-E)

En conclusion, la légitimité des trois acteurs clés constitue un facteur important de réussite de la mise en œuvre d'un projet de changement IC.

6. CONCLUSIONS

L'alignement des objectifs, des logiques d'action et des rôles en phase d'initiation du changement semble être un préalable à la mise en œuvre effective du changement au sein des institutions hospitalières étudiées. En effet, les deux premiers facteurs de réussite de la mise en œuvre de l'IC font apparaître un alignement du projet de changement, socialement accepté, à l'orientation institutionnelle. L'alignement des objectifs met en avant l'importance d'intégrer le projet de changement IC dans la démarche institutionnelle. L'alignement des logiques d'action montre l'importance d'adopter une logique d'action socialement acceptée dans le choix collectif du projet. Nos résultats encouragent un mode de communication participatif pour sensibiliser tous les acteurs, leur faire percevoir l'utilité du projet de changement et insistent sur l'importance de travailler avec une équipe motivée et preneuse. Ces deux facteurs confirment l'importance de prendre en compte les attentes des différentes parties

prenantes. Enfin, le troisième facteur de réussite de la mise en œuvre de l'IC mis en avant souligne la prise en compte d'un leadership multiple et partagé. L'alignement des rôles spécifiques et complémentaires des trois catégories d'acteurs clés considérés confère une triple légitimité au projet de changement IC.

Ces trois facteurs prédictifs d'une mise en œuvre effective du changement au sein des hôpitaux sont en ligne avec les caractéristiques des organisations complexes décrites par Denis et *al.* (2002). En tant qu'organisation complexe, l'hôpital présente des objectifs multiples qui justifient la nécessité d'un alignement entre la stratégie institutionnelle et les attentes de l'équipe de pilotage du projet de changement ainsi qu'un alignement des logiques d'action à travers le choix d'un IC socialement accepté. De plus, les processus de travail basés sur des connaissances spécifiques justifient la nécessité de traduction et de création de sens par les trois acteurs clés afin de créer des significations mutuellement compatibles de l'objet de changement. Enfin, les lieux de pouvoirs diffus caractéristiques des organisations complexes justifient la prise en compte d'une légitimité et d'un leadership multiple.

Nos résultats montrent qu'au sein des quatre hôpitaux où la mise en œuvre de l'IC est un succès, l'alignement à la fois des objectifs, des logiques d'action et des rôles des leaders est présent. A contrario, nos résultats montrent qu'au sein des deux hôpitaux où la mise en œuvre de l'IC a échoué, on observe systématiquement qu'au moins un des trois alignements n'est pas opéré.

7. LIMITES ET VOIES DE RECHERCHE FUTURES

Bien que notre recherche s'inscrive dans une approche contextualiste, nous nous sommes volontairement centrés sur la période d'initiation du changement afin d'évaluer s'il était possible d'y relever des facteurs prédictifs de la réussite ou de l'échec de la mise en œuvre du changement. Néanmoins, il conviendrait de compléter notre étude transversale par une étude longitudinale à travers l'analyse des phases suivantes du processus de changement. Cette approche diachronique nous permettrait également d'évaluer si les rôles des trois catégories d'acteurs étudiés évoluent au cours du processus. Enfin, il serait utile d'approfondir notre compréhension des contextes organisationnels étudiés en s'intéressant également aux acteurs de terrain qui seront directement impliqués dans le changement.

Notre étude invite à plus de travaux menés au sein des organisations hospitalières car elles constituent un terrain empirique sous-exploité et pertinent pour améliorer notre compréhension des processus de changement au sein des organisations complexes.

8. BIBLIOGRAPHIE

- Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Ancona, D., Malone, TW., Orlikowski, WJ., & Senge, PM. (2007). In praise of the incomplete leader. *Harvard Business Review*, 85(2), 92-100.
- Beauvois, JL. (1995). La connaissance des utilités sociales. *Psychologie Française*, 40
- Beer, M., Eisenstat, RA., & Spector B. (1990). Why Change Programs Don't Produce Change. *Harvard Business Review*, November-December, 158-166
- Blake, RR., & Mouton, J.S. (1985). *The managerial grid III : The key to leadership excellence*. Houston, TX : Gulf Publishing Company.
- Brouwers, I., Cornet, A., Gutierrez, L., Pichault, F., Rousseau, A., & Warnotte, G. (1997). *Management humain et contexte de changement : Pour une approche constructiviste*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Bryson, JM., & Crosby, BC. (1993). *Leadership for the common good*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Burrell, G., & Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organizational analysis*. Londres, Royaume Uni : Heinemann.
- Callon, M., & Latour, B. (1991). *La science telle qu'elle se fait*. Paris, France : La Découverte.
- Chaffee, E. (1985). Three models of strategy. *Academy of Management Review*, 10, 89-98.
- Cohen, MD., & March, JG. (1986). *Leadership and ambiguity*. Boston, MA : Harvard Business School Press.
- Collerette, P., & Schneider, R. (2004). *Le pilotage du changement : Une approche stratégique et pratique*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec
- Contandriopoulos, AP., Denis, JL., Touati, N., & Rodriguez R. (2001). Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8 (2), 38-52.
- Cooper, DJ., Hinings, CR., Greenwood, R., & Brown, JL. (1996). Sedimentation and transformation in professional service firms. *Organization Studies*, 17 (4), 623-648.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris, France : Editions du Seuil (1^{ère} parution en 1977, collection "Sociologie politique")
- Deming, WE. (1982). *Out of the crisis*. Cambridge, Massachusetts : Massachusetts Institute of Technology.
- Denis, JL., Hébert, Y., Langley, A., Trottier, LH., & Lozeau, D. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review*, 27 (3), 60-73.
- Denis, JL., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). *The struggle to redefine boundaries in health care systems*. In Brock, D., Powell, M., & Hinings, CR. (Eds) (1999). *Restructuring the professional organization: accounting, health care and law*. London, UK : Routledge.

- Denis, J.L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *The Academy of Management Journal*, 44 (4), 809-837.
- Denis, J.L., Langley, A., & Lozeau, D. (1995). The role and impact of formal strategic planning in public hospitals. *Health Services Management Research*, 8(2), 86-112.
- Denis, J.L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts : Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60 (1), 179-215.
- Dillon, A., & Morris, M. (1996). User acceptance of information technology : theories and models. *Annual Review of Information Science and Technology*, 3-32.
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, IL., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support : Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, 87 (3), 565-573.
- Gioia, AD., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12, 433-448.
- Glaser, BG., & Strauss, AL. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL : Aldine.
- Hafsi, T., & Demers, C. (1989). *Le changement radical dans les organisations complexes : Le cas d'Hydro-Québec*. Québec, Canada : Gaëtan Morin.
- Hardy, C., Langley, A., Mintzberg, H., & Rose, J. (Ed.) (1984). *Strategy formation in the university setting, in college and university organization: Insights from the behavioral sciences*. New York, NY : J. L. Bess, New York University Press.
- Isabella, LA. (1990). Evolving interpretations as a change unfolds : How managers construe key organizational events, *Academy of Management Journal*, 33, 7-41.
- Jacques, JM., Lobet-Marais, C., & Rousseau, A. (2004). *La modernisation de l'hôpital : Kaléidoscopie du changement*. Namur, Belgique : Presses Universitaires de Namur.
- Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*. Unpublished doctoral dissertation, McGill University, Montréal, Canada.
- Lathrop, JP. (1993). *Restructuring healthcare*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York, NY : Harper and Row.
- Miles, AM., & Huberman, AM. (1984). *Analysing qualitative data: A source book for new methods*. Beverly Hills, CA : Sage. Traduction française : *Analyse des données qualitatives : Recueil de nouvelles méthodes*. (1991). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Mohr, LB. (1982). *Explaining organizational behavior*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Pascal, C. (2000). Gérer les processus à l'hôpital : Une réponse à la difficulté de faire ensemble. Unpublished doctoral dissertation, Université de Lyon, Lyon, France
- Perret, V. (1996). *La gestion du changement organisationnel : Articulation de représentations ambivalentes*. Article (recherche aboutie) présenté à la 5^{ème} Conférence internationale de management stratégique les 13, 14 et 15 mai 1996 – Lille, France.
- Pettigrew, AM., & Whipp, R. (1991). *Managing change for competitive success*. Oxford, UK : Basil Blackwell.

- Pettigrew, AM., Woodman, RW., & Cameron, KS. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44 (4), 697-713.
- Poole, MS., & Van De Ven, AH. (Eds.) (2004). *Handbook of organizational change and innovation: Theories of organizational change and innovation processes*. New York, NY: Oxford University Press.
- Shortell, SM., Gillies, RR., Anderson, DA., Erickson, KM., & Mitchell, JB. (1996). *Remaking health care in America : Building organizes delivery systems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Skogstad, A., Einarsen, S., Torsheim, T., Schanke, M., Aasland, M., & Hetland, H. (2007). The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (1), 80-92.
- Stordeur, S., Hubin, M., & Leroy, X. (2002). Offre et demande d'infirmières en communauté française et germanophone de Belgique. *Perspective Soignante*, 14, 255-268.
- Tricot, A., Plégat-Soutjis, F., Camps, JF., Amiel, A., Lutz, G., & Morcillo, A. (2003). *Utilité, utilisabilité, acceptabilité : interpreter les relations entre trios dimensions de l'évaluation des EIAH*. Strasbourg, France : Environnement Informatiques pour l'Apprentissage Humain.
- Vanhaecht, K. (2007). *The impact of clinical pathways on the organization of care processes*. Doctoral dissertation, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium.
- Vanhaecht, K., & Sermeus, W. (2002). Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden, *Acta Hospitalia*, 2, 13-27.
- Vas, A. (2005). La vitesse de propagation du changement au sein des grandes organisations. *Revue Française de Gestion*, 31 (155), 135-151.
- Vas, A. (2005). Les processus de changement organisationnel à l'épreuve des faits : Une approche multiparadigmatique. *Management International*, 9 (2), 21-36.
- Yin, KR. (1989). *Case study research : Design and methods*. Beverly Hills, CA : Sage.

ANNEXE A : échantillon

Hôpital (Hô)	Membre RIC depuis	Succès Mitigé Echec	N sites	N lits agréés	Acteurs interviewés	Durée	Date
G	09/2004	S	2	258 148	Coordinateur IC	1h26'	14/02/2005
					Médecin référent de l'IC	1h12'	14/02/2005
					Directeur Général (+qualité)	54'40"	14/02/2005
					Anesthésiste (sponsor)	1h16'	14/02/2005
H	09/2004	S	3	335 118 216	Coordinateur IC	1h34'	25/02/2005
					Médecin référent de l'IC	38'	25/02/2005
J	09/2004	S	1	370	Coordinateur IC	1h12'	07/02/05
					Médecin référent de l'IC	49'	14/02/2005
					Directeur Général	36'	14/02/2005
I	09/2004	E	2	572 142	Coordinateur IC	49'	29/03/2005
					Médecin référent de l'IC	Notes	29/03/2005
					Directeur Médical	1h13'	29/03/2005
K	09/2004	E	2	144 84	Coordinateur IC	1h51'11"	07/03/2005
					Médecin référent de l'IC	53'49"	07/03/2005
					Directeur Médical	1h10'36"	07/03/2005
A	09/2005	S	1	120	Coordinateur IC	1h06'	03/05/2006
					Médecin référent de l'IC	51'	03/05/2006
					Direction Départ. Infirmier	57'	03/05/2006
					Directeur Général	1h08'	03/05/2006
B	09/2005	M+	1	317	Coordinateur IC	1h31'	29/06/2006
					Coordinateur médical IC	1h08'	18/04/2006
					Médecin référent de l'IC	50'	18/04/2006
					Direction Départ. Infirmier	48'	18/04/2006
					Directeur Médical	42'	18/04/2006
D	09/2005	M	2	85 146	Coordinateur IC	1h25'	14/03/2007
					Direction Départ. Infirmier	1h05'	14/03/2007
					Directeur Général	50'	14/03/2007
C	09/2005	M+	1	258	Coordinateur IC	1h20'	24/05/2006
					Coordinateur médical IC	1h14'	24/05/2006
					Médecin référent de l'IC	52'	29/05/2006
F	09/2005	M-	3	235	Coordinateur IC	1h28'	26/06/2006
					Coordinateur médical IC	1h02'	19/04/2006
					Médecin référent IC (1)	1h	19/04/2006
					Médecin référent IC (2)	49'	19/04/2006
					Directeur Médical	49'	19/04/2006
E	09/2005	M	1	247	Coordinateur IC	1h23'	21/04/2006
					Médecin référent de l'IC	39'	21/04/2006
					Direction Départ. Infirmier	53'	21/04/2006
					Directeur Médical	51'	21/04/2006