



HAL
open science

MODELISATION DES PERCEPTIONS DES ACTEURS POUR REUSSIR LA CONDUITE DU CHANGEMENT : CAS DE L'HOPITAL

Bouchra Lotfi, Thierry Garrot, Bahia Benchekroun

► **To cite this version:**

Bouchra Lotfi, Thierry Garrot, Bahia Benchekroun. MODELISATION DES PERCEPTIONS DES ACTEURS POUR REUSSIR LA CONDUITE DU CHANGEMENT : CAS DE L'HOPITAL. Modélisation et Simulation MOSIM 2010, May 2010, Hammamet, Tunisie. hal-00480025v2

HAL Id: hal-00480025

<https://hal.science/hal-00480025v2>

Submitted on 31 Oct 2010

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

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

MODELISATION DES PERCEPTIONS DES ACTEURS POUR REUSSIR LA CONDUITE DU CHANGEMENT : CAS DE L'HOPITAL

B. LOTFI^{1,2}, T. GARROT

¹RIVAGE/IAE

24 Av. des Diables Bleus
06357 Nice – France

boushralotfi@gmail.com, garrot@unice.fr

B. BENCHEKROUN

²Géni Industriel/EMI

Avenue Ibn Sina B.P. 765 Agdal 10000 Rabat – Maroc
bahia@emi.ac.ma

RESUME : *La conduite du changement est devenue une fonction support nécessaire au succès de la planification stratégique. En outre, le Projet d'Établissement Hospitalier (PEH) est considéré comme un véritable vecteur de changement en milieu hospitalier, qui interpelle les institutions dans leur manière de conduire le changement. L'organisation hospitalière, qui dépend de ses acteurs, est confrontée à cette problématique notamment pour minimiser les résistances et créer une dynamique d'évolution. Cependant, le changement est souvent perçu par les acteurs comme générateur de risques. A partir de ce constat, nous proposons un outil de conduite de changement visant à modéliser les perceptions des acteurs afin que chacun puisse s'impliquer concrètement dans le processus de changement.*

MOTS-CLES : *acteur, conduite de changement, modélisation, PEH, processus de changement.*

1 INTRODUCTION

La conduite du changement devient de plus en plus importante dans le contexte actuel. Avec les exigences des réformes, l'hôpital connaît de multiples chantiers de changement y compris dans son mode de gestion. En effet, le Projet d'Établissement Hospitalier (PEH) a été récemment introduit dans le management hospitalier au Maroc pour résoudre des difficultés d'ordre stratégiques et organisationnelles.

La stratégie mise en œuvre par un PEH se nourrit des éléments contextuels pour être plus proche de la réalité. En outre, le PEH permet de rassembler la majorité du personnel autour d'objectifs stratégiques partagés grâce à une méthodologie participative et de concertation.

L'objectif de cette communication est de proposer une méthode de modélisation du changement développée dans le cadre de la mise en œuvre du PEH. A partir, d'une typologie des travaux portant sur la conduite du changement, nous précisons notre problématique et notre question de recherche pour détailler la proposition de modélisation des représentations du changement perçues par les acteurs. Une application de cette méthode est également fournie avant de finir par une discussion et une conclusion.

2 TYPOLOGIE DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT

Plusieurs études proposent le processus du changement comme un ensemble d'étapes qui aident à l'implantation de celui-ci. Selon Armenakis et Bedeian (1999), ces études font lien avec le modèle de Lewin (1947) qui conçoit le changement comme un chemin formé par des étapes progressives et trois phases successives nommées : unfreezing, moving and freezing. La première

phase suppose l'apparition d'une inertie et d'un démantèlement de la logique des idées chez l'individu. Ce qui provoque le changement. La deuxième phase est le changement qui représente une période de fusion et de transitions de nouvelles idées ou apparues suites au démantèlement des anciennes. La troisième phase consiste à la formation d'une nouvelle logique. La cristallisation des nouvelles idées permet d'empêcher de revenir en arrière.

A cette approche individuelle et presque psychologique du changement, le modèle de Judson (1991) apporte une vision plus téléologique. Il structure le processus de changement selon cinq phases. Tout d'abord, une phase de préparation au changement qui consiste à analyser et à planifier le changement. Le changement souhaité doit être communiqué par la suite, afin de convaincre de changer vers de nouveaux comportements. En outre, le processus est planifié en relation avec l'analyse de l'état actuel. Le changement progresse sur des états intermédiaires du statu quo à l'état désiré. Enfin, la réalisation du changement consiste à consolider et institutionnaliser le nouvel état.

A travers chaque phase, Judson (1991) discute les réactions prévisibles au changement et les outils pour minimiser les résistances contre les efforts de changement. Parmi ces différents outils, il parle de média, de programme de rémunération, de négociation et de conviction.

En concevant le changement, Kotter (1995) fait une première synthèse et recommande huit étapes. Elles permettent de suivre l'implémentation d'un changement fondamental au niveau opérationnel de l'organisation. Pour ce faire, un sens d'urgence doit être établi en reliant la situation actuelle de l'organisation avec les réalités de l'environnement externe (crises réelles et potentielles, opportunités etc.). Puis, l'auteur recommande la forma-

tion d'une forte coalition d'individus capables de circonscrire le changement et de rassembler les autres acteurs pour le réaliser. En revanche, une vision du processus de changement est nécessaire pour accomplir le résultat désiré. Elle doit être communiquée pour savoir où on va et vers où on veut aller.

Le concept de changement inclut implicitement la dimension du temps qui permet de lier l'organisation avec son évolution dans le temps. C'est pour cette raison que plusieurs travaux (Haned et al., 2007 ; Hansske et Deleue, 2006) cherchent à représenter le changement sous forme de processus. Le changement s'apparente ainsi à un processus dynamique ayant pour support l'aptitude à comprendre une situation, un problème, à mobiliser la créativité, l'engagement des acteurs et les ressources au service de l'organisation (Carton, 2006). Dans cette approche deux types de changement sont distingués : le changement organisationnel et le changement stratégique. Dans les conduites de changement induites par le PEH, il est nécessaire de distinguer ces deux types que nous approfondissons maintenant.

Van de Ven et Poole (1995, p. 12) définissent le changement organisationnel comme « une progression des événements qui amène une entité existante sur une période, depuis un état initial à son état final ou à sa destination ». Selon Beau et al. (2008), l'analyse du changement organisationnel dans un hôpital repose sur cinq principes : le retour de l'information grâce aux indicateurs de fonctionnement ; la gestion des flux matériels et immatériels ; la gestion des processus ; l'adéquation des activités par rapport aux ressources et la gestion des risques. Plusieurs travaux de recherche orientés vers la modélisation ont été appliqués au secteur hospitalier en raison de leur utilité dans le management du changement (Besombes et al. 2004 ; Aleksy et al., 2006 ; Artiba et al. 2004).

Cordier et al. (2008) définissent un mécanisme de pilotage de performance des organisations hospitalières, en vue de conduire le changement, grâce à un ensemble d'indicateurs de performance. Chaque indicateur doit répondre à un objectif qu'il cherche à atteindre et reflète donc une mesure de celui-ci. Ces données de résultat permettent d'agir et de mettre en place des actions. Selon le type de ces données, les indicateurs peuvent avoir une pertinence stratégique tactique ou opérationnelle.

En revanche, le changement prend une dimension stratégique dès lors que l'on se préoccupe de ses effets (Meier, 2007). Un changement stratégique est attaché au changement organisationnel avec la finalité. Les changements fondamentaux ou à grande échelle désignent des changements dans la vie d'une organisation qui durent et qui modifient de façon significative sa performance (Carton, 2006).

Le changement permet de tracer un processus vers la perspective d'atteindre une finalité. Il impacte

l'organisation en mobilisant des composantes internes suivant les objectifs stratégiques. Nombre de changements induits par un PEH ont une nature téléologique avec des impacts organisationnels. Nous sommes donc face à un changement stratégique ayant des retombées organisationnelles.

Remilli (2006) présente le changement stratégique selon une vision holiste à travers laquelle une analyse de l'organisation a été adoptée selon plusieurs niveaux : culturel, institutionnel et relationnel. L'auteur insiste sur la dimension relationnelle de l'établissement avec ses composantes environnementales pour une meilleure compréhension du changement stratégique. Ainsi, les acteurs concernés et les relations qu'ils entretiennent avec leur environnement, conditionnent la réussite du changement stratégique.

3 PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Conduire un changement dans une organisation est confronté à plusieurs défis ; tout d'abord, le choix d'une finalité qui répond aux besoins de l'organisation par rapport à son environnement. En effet, une finalité qui intéresse les acteurs d'un changement stratégique, devient, elle-même, un facteur de motivation. La complexité de la fixation des objectifs et la subtilité des comportements organisationnels caractérisent la problématique de conduite de changement dans le secteur hospitalier.

L'acceptation du changement vient, par la suite, pour regrouper les efforts et construire l'énergie motrice du changement de l'organisation. Cette étape importante est confrontée à des difficultés dues à la complexité du phénomène. La problématique de *l'agir ensemble* a souvent été débattue, comme étant une cause de l'échec partiel ou total du changement (De la Maisonneuve, 2008). L'organisation hospitalière peut être comprise comme une construction où différentes interactions professionnelles, sociales et humaines sont observées (Beau et al., 2008 ; Lotfi et Benchekroun, 2008). Cependant, ces éléments s'ajoutent aux difficultés de la conduite du changement en tant que problématique de recherche et un objectif à atteindre. Ces éléments ne sont pas stables, vu qu'ils changent également en fonction des circonstances, du temps et du lieu. Ils restent donc fortement contextuels.

La conduite de changement induit dans un projet hospitalier doit être appropriée aux particularités de ce secteur. Ces particularités reposent sur une organisation bureaucratique et professionnelle (Mintzberg, 2006). En plus des actions politiques qui caractérisent le changement dans ce domaine, s'ajoute le rôle des acteurs hospitalier. Ce rôle est déterminant dans la réussite du changement. Le personnel hospitalier est caractérisé par une autonomie due à son savoir complexe (Djellal et al., 2004).

Cependant, une approche combinée des éléments contextuels avec une vision prospective est peu exploitée dans le secteur hospitalier. Certains modèles comprennent des étapes permettant de mobiliser l'état actuel (Galpin, 1996 et Judson, 1991). Cette mobilité téléologique manque de visibilité pour présenter concrètement la démarche de projection vers le futur. Une telle projection ne peut bien évidemment pas, ignorer le rôle déterminant des acteurs. Si la conduite du changement doit transformer le processus en une réalité vécue par les acteurs du changement, comment leur est-il possible de le percevoir ?

Yatchinovsky (2004) pense que la perception du changement donnée par le personnel joue un rôle très important dans l'acceptation et l'adhésion à celui-ci. De même, la résistante voire le rejet de toute modification est une cause certaine de l'échec de la conduite du changement. Il serait donc important de donner une représentation partagée du changement fondée sur les perceptions des acteurs. Cette ambition constitue l'originalité de notre recherche. En tenant compte du contexte hospitalier au Maroc notre question de recherche devient : Comment concevoir la représentation d'un changement stratégique par les acteurs d'un hôpital qui faciliterait la conduite du changement induit par le PEH ?

4 MODELISATION DE LA PERCEPTION DES ACTEURS

Selon Yatchinovsky (2004, p.35), « La réalité n'existe qu'à travers la perception de celui qui la regarde », ceci est l'un des principes de l'approche systémique qui repose sur le degré d'acceptation du changement par les individus constituant l'organisation. Le personnel devient l'observateur qui pourrait faire évoluer la réalité s'il accepte de changer de point de vue. Certes, la perception du changement n'est pas stable mais elle est utile. Le Moigne (1977) précise que la réalité est représentée par la modélisation pour concevoir une connaissance intelligente et non pas une vérité définitive. En outre, la représentation que font les individus est essentielle pour refléter la réalité du changement (Watzlawick et al., 1975).

En revanche, dans le contexte hospitalier, une distinction des acteurs nous semble nécessaire à ce niveau. Il y a deux types d'acteurs qui peuvent impacter le changement stratégique qui influence l'organisation : des acteurs internes à l'organisation qui travaillent au sein du système organisationnel et des acteurs externes (Lotfi et Benche-kroun, 2008) à l'organisation qui ont le pouvoir d'influencer le changement stratégique de l'hôpital. Ces acteurs sont en relation avec les composantes principales de l'environnement hospitalier comme les organismes syndicaux ou à caractère collaboratif (Organisation Mondiale de la Santé, Banque Européenne d'Investissement, l'Ordre des Médecins...).

En revanche, les acteurs internes présentent une importance grâce à la configuration hospitalière. Cette dernière a été décrite par Mintzberg (2006) comme dominée par son centre opérationnel. Le personnel médical et soignant connaît une certaine autonomie et influence fortement le changement. Mintzberg (2006) a souligné la faiblesse de la ligne hiérarchique dans une organisation hospitalière.

De même, le personnel hospitalier est caractérisé par sa diversité entre un profil de connaissance médicale spécialisée et un profil de connaissance purement technique et administrative. Le personnel hospitalier est caractérisé par une autonomie due à son savoir complexe (Djellal et al., 2004). Certains possèdent une formation polyvalente mais n'accèdent pas forcément au poste de dirigeant (Lotfi et Benche-kroun, 2008).

En plus, à l'intérieur de l'hôpital, nous observons souvent un fossé entre le domaine médical et les autres disciplines, ce qui se traduit concrètement par l'absence de la fonction de gestionnaire hospitalier dans l'organigramme hospitalier marocain. Ce dernier, qui a été, pendant longtemps divisé en services médicaux, médico-techniques et administratifs, souffrait d'un cloisonnement des structures et d'un manque de fluidité de la communication entre les responsables. Cette communication est pourtant essentielle pour contribuer efficacement à la réalisation du changement.

5 L'APPROCHE PROPOSEE

Notre démarche vise à encadrer le caractère irrationnel des perceptions du changement exprimées par les acteurs les plus concernés. Elle s'adresse en premier lieu aux dirigeants des établissements de soins et aux personnes impliquées directement dans la mise en œuvre d'un changement donné dans le cadre du PEH, par exemple le cadre infirmier, le responsable du service d'accueil et le médecin chef de service.

L'analyse stratégique pratiquée dans le cadre du PEH représente une source de données pour conduire le changement. Elle permet d'évaluer le projet par rapport à son environnement interne et externe. La conduite du changement permet, en parallèle, de restructurer ce qui ne va pas et de réajuster les dérives. L'implication des acteurs dans les deux concepts donne une certaine rigueur et une volonté importante à réussir le changement. Bien que cette volonté soit plus souvent implicite, la combinaison des deux concepts dans l'élaboration du projet permet d'aider les acteurs à se retrouver dans le processus de prise de décision. La conduite de changement devient donc une affaire de groupe.

Dans cette perspective, la conduite du changement peut-être conçue comme un processus collaboratif qui intègre dès lors, une dimension de concertation voire de négociation des actions relatives au projet. La communication établie entre les participants permet un échange détermi-

nant le degré de leur implication. Cette condition a été abordée par Besombes et al. (2004) comme essentielle pour réussir l'implantation du changement en milieu hospitalier à travers les méthodes de modélisation.

En revanche, l'analyse stratégique se focalise sur la lecture des forces et des faiblesses en interne et des opportunités et des menaces en externe. Une telle approche est importante pour démarrer le PEH et définir ses objectifs mais elle ne donne pas suffisamment de projection dans le futur afin d'anticiper les variations potentielles qui peuvent avoir un impact sur les changements induits par le PEH.

A cet effet, une dimension prospective doit être ajoutée à l'analyse et complétée par l'identification des composantes principales et des acteurs particuliers susceptibles d'impacter le changement souhaité. Ces éléments sont détaillés plus loin.

Cette approche est pratiquée par une équipe caractérisée par son hétérogénéité et de sa pluridisciplinarité. Il s'agit là d'une difficulté de concevoir un processus d'apprentissage organisationnel (Bootz et Monti, 2007). Cependant, les membres de l'équipe partagent un objectif commun qui est de réussir le changement. L'approche prospective intégrée dans cette démarche permet de concevoir un processus de changement autour duquel sera fondé le reste de la méthode. Il s'agit d'une prospection à la fois stratégique, qui s'intéresse aux variations des composantes stratégiques, et d'une prospection opérationnelle qui s'intéresse aux variations des composantes organisationnelles liées au système.

Cette méthode se fonde sur les approches procesuelles, psychologiques et temporelles décrites dans le contexte théorique est elle ajoute la partie représentation partagée des acteurs. Elle est appelé ARC Actors' Representation for Change (ARC). Les étapes de la méthode ARC pour la conduite du changement sont résumées dans le tableau 1. Nous présentons par la suite une application de cette méthode centrée sur la modélisation des avis des acteurs.

6 APPLICATION DE LA METHODE

Pour illustrer notre méthode d'analyse dédiée à la conduite du changement, nous traitons un exemple simple d'un établissement de soins qui souhaiterait diminuer le nombre de lits utilisés pour l'hospitalisation de longue durée au bénéfice de lits d'hôpital du jour. Il s'agit là, d'un changement stratégique appliqué à l'échelle d'un service ayant des retombées organisationnelles.

Pour se focaliser principalement sur l'approche de la modélisation des représentations des acteurs, nous présentons brièvement les étapes relatives à la formulation du contexte étudié. Leur ordre est reformulé pour faciliter la compréhension de la méthode. Nous nous plaçons

dans un cadre volontairement pédagogique afin de détailler les étapes de la conduite du changement par la méthode ARC. Cet hôpital envisagerait de « fermer 5 lits classiques pour ouvrir 5 lits d'hôpital de jour ». En définissant la finalité du changement, nous illustrons partiellement l'étape 3. L'étape 4, nous conduit à identifier les composantes principales (CP) directement impliquées par l'action envisagée. Une CP est une constitution matérielle ou immatérielle, organisationnelle ou stratégique essentielle pour l'organisation, en vue de l'atteinte d'un état du changement et ce, pour une période donnée de son évolution (Lotfi et Benchekroun, 2008). L'analyse du contexte nous oriente vers le choix de cinq CP mobilisées, qui sont :

- le personnel soignant ;
- l'équipe médicale ;
- la direction financière ;
- la direction des travaux ;
- l'équipe d'accueil/programmation.

Les étapes de la méthode	Objectifs dans la conduite de changement	Perspectives organisationnelles
1/ Identifier un groupe de travail	Instaurer une dynamique de changement; Améliorer l'écoute et l'échange pour prévenir la résistance	Meilleure intégration des ressources humaines; Revalorisation de la communication interne; Flexibilité organisationnelle
2/ Décrire l'état actuel par rapport au changement	Justifier le changement; Partager les réflexions sur l'état actuel	Intégration d'une vision prospective du changement
3/ Définir une finalité et une stratégie de changement	Structurer le changement; Communiquer et concevoir la stratégie du changement par les acteurs	Vers une stratégie de conduite du changement personnalisable
4/ Identifier les Composantes Principales (CP) et des Acteurs Particuliers (AP) dont dépend le changement	Circonscrire les influences et implications du changement ciblé	Identification des éléments de la modélisation du changement
5/ Formuler le processus du changement: mise en relation des CP/AP, états et finalité du changement	Modéliser le processus de changement	Vers la modélisation de la gouvernance; Développement d'un axe bilatéral en management hospitalier
6/ Etudier l'impact des variations des CP sur la finalité	Anticiper les variations du système	Maîtrise des aléas du processus de changement
7/ Classer les CP/AP et mise en œuvre du changement	Prioriser les interventions; Formuler les stratégies de changement	Structuration du changement

Tableau 1 : Principales étapes de la méthode ARC de conduite de changement proposée

Chacune de ces composantes dégageront un acteur membre du groupe de pilotage, d'où nous ressortons 5 acteurs qui seront impliqués pour gérer les CP et conduire le changement :

- le cadre de santé ;
- le médecin chef ;
- le contrôleur de gestion ;
- l'ingénieur des bâtiments ;
- le cadre référent.

L'état actuel ou initial de ces CP par rapport à la finalité envisagée, est présenté dans le tableau 2. Il contient les informations relatives à l'étape 2 de la méthode ARC.

CP	Description de son état actuel
Personnel soignant	10 personnes soignants temps de travail moyen 42h/semaine
Equipe médicale	2,5 médecins ETP
Direction financière	Elle est soumise à une baisse de ses moyens financiers. Elle dépêche un représentant pour limiter les dépenses engagées.
Direction des travaux	Emploie un nombre restreint de personnels polyvalent essentiellement tourné vers de l'entretien, sinon elle fait intervenir des prestataires. Elle porte la responsabilité technique, opérationnelle et budgétaire des travaux.
Equipe d'accueil/programmation	Composée de 5 personnes, dont un cadre, elle doit en plus d'accueillir les patients s'assurer ensuite du bon suivi administratif du dossier.

Tableau 2 : Description de l'état actuel des CP en relation avec le changement souhaité

En fonction de la description de l'état actuel de l'hôpital, l'équipe a décidé de s'investir progressivement dans les états de changements pour atteindre les objectifs. Les états sont présentés comme suit :

- Etat 1 : établissement du plan d'aménagement du service avec 15 lits de semaine et 5 lits de jour ;
- Etat 2 : fermeture de quatre chambres ;
- Etat 3 : réalisation des travaux ;
- Etat 4 : plan de fonctionnement du service ;
- Etat 5 : désignation / choix des volontaires pour l'hôpital de jour ;
- Etat 6 : formation des personnels désignés ;
- Etat 7 : réouverture de deux chambre d'hôpital de semaine ;
- Etat 8 : ouverture des 5 nouveaux lits.

Au cours de l'étape 5 de la méthode, l'équipe procède à la définition des liens existant entre les CP et les acteurs avec les états successifs de changement. L'étude enchaîne par l'analyse des liens entre les différentes CP et les états de changement prédéfinis pour comprendre les différentes interactions possibles au cours du changement étudié. Cette analyse pourrait être utilisée pour estimer les conséquences probables induites par les réactions des AP.

Pour pouvoir agir sur le système, des variables seront identifiées au sein des CP en fonction de leurs intérêts pour les acteurs et de leur implication dans le projet en question. Elles sont définies grâce à la réflexion de groupe à l'aide des participants. Ces variables concrétisent des éléments réels sur lesquels il est possible d'agir, en permettant le changement de cette composante. Elles sont identifiées grâce à l'analyse de l'organisation de l'établissement par rapport à la finalité envisagée. En revanche, ce sont ces variables qui vont subir réellement les variations de la fonction du changement envisagé. Ces variations sont exercées théoriquement sur les composantes afin d'estimer les conséquences de leurs changements par les acteurs. Dans cet exemple, nous considérons seize variables. Le tableau ci-après regroupe des variables possibles pour chaque CP :

Composantes Principales	Variables associées
Personnel soignant	Planning du travail Temps du travail Formation (diversité de tâches) Qualité de service rendu
Equipe médicale	Nombre d'actes réalisés Planning des astreintes Qualité de service rendu au patient
Direction financière	Budget Coût Délai de réalisation
Direction des travaux	Délai de réalisation Cohérence projet bâtiment
Equipe d'accueil	Disponibilités Simplicité du programme Formation

Tableau 3 : Les CP et les variables associées mobilisées dans ce projet

Les CP, les variables et des AP forment les éléments d'un système dont on peut étudier les variations. Ce système peut être suivi entre chaque état du changement ou directement par rapport à la finalité. Dans l'exemple ci-après, les conséquences ont été estimées directement par rapport à la finalité pour des raisons pédagogiques. Afin de collecter la perception pour chaque participant sur les variations de variables. Il est amené à définir des cotations en fonction de la représentation, qu'il se fait de la gravité des conséquences induites par le changement.

L'étape 6 consiste à étudier l'impact des variations des CP sur la finalité du changement. Plusieurs variations possibles seront envisagées pour chaque variable afin d'étudier leurs influences sur la finalité.

Les variables des CP peuvent être soumises à trois types de variations : positive, neutre et négative. Une variation

positive de la variable traduit une amélioration en termes de qualité ou de quantité perçue et cotée par la CP. Une variation négative de la variable traduit une détérioration perçue en termes de qualité ou de quantité par les CP. Tant dis qu'une variation neutre traduit le maintien du niveau actuel en termes de qualité ou de quantité. Cette situation peut être perçue par les CP avec plus ou moins de satisfaction.

Les cotations des variations sont basées sur les réflexions des membres d'équipe et sur les perceptions associées aux situations potentielles décrivant les trois variations probables des variables. Ces situations sont définies à partir des liens entre les CP et les variations de variables provoqués à chaque état de changement.

Par exemple, pour la variable « Planning de travail des personnels soignants », l'équipe a vu trois éventualités qui peuvent survenir : plus de souplesse ou de simplicité (+), pas de modification (0) ou moins de souplesse traduite par une absence de choix accordé au personnel (-). De même, pour la variable « Formation des personnels soignants », elle peut être soit sous forme d'une formation qualifiante externe (+ induisant un effet positif pour la CP), soit par acquisition d'une compétence interne (0) ou soit elle n'est pas réalisée (-).

L'étape 7 de la méthode ARC consiste à classer pour chaque CP les variations des variables (positives, neutre, négatives) sous forme de vecteurs du type (+, 0, -). La représentation de la gravité des conséquences par chaque CP se fait au moyen d'une cotation d'amplitude {-3,+3} attribuée à chaque conséquence envisagée.

Ces cotations permettent de former les vecteurs de perception des conséquences associées à chaque variable (Tableau 4) pour chaque CP et chaque variable. Ces vecteurs donnent une présentation numérique des trois changements possibles dans le temps (positif, neutre et négatif) et permettent de définir une valeur relative au risque associé aux conséquences des différentes variations des variables (Lotfi et Benchekroun, 2008). Cette valeur représente la criticité du changement des variables sur le système étudié. Pour les CP, cette criticité représente l'impact attendu de chaque variable dans le processus de changement. L'intérêt ici n'est pas la cotation propre à chaque variable mais l'importance relative de chacune des variables par rapport aux autres. Toutefois, plus une variable a une criticité élevée plus sa prise en compte devrait générer un effet positif du point de vue des CP ou un effet négatif si les attentes ne sont pas satisfaites.

Variables	Variations estimées	Causes des variations	Cotation associée	Vecteur du variable
Planning du travail	(+) Plus de souplesse ou de simplicité (pas de 12h affilé)	Différents rythme de travail auquel chaque personne a accès	+3	(+3,-1,-2)
	(0) Pas de modification	Contrats de travail	-1	
	(-) Moins de souplesse (pas de possibilité de choix)	Imposer le planning du travail au personnel	-2	
Temps du travail hebdomadaire observé	(+) Diminuer le temps de travail du personnel (par rapport à 42h/semaine à l'état actuel)	Planning de travail plus souple Meilleure planification du temps de travail ; Diversifier le temps de travail Recrutement d'autres infirmiers ;	+3	(+3,-1,-2)
	(0) Pas de modification	Pas de changement de l'organisation	-1	
	(-) Augmenter le temps de travail moyen	Augmentation de l'Absentéisme compensé par des heures supplémentaires d'autres personnels	-2	

Tableau 4 : modélisation des variations par les vecteurs des variables

La criticité de la variable est égale à l'opposée de la somme des coefficients du vecteur de changement (Lotfi et Benchekroun, 2008). Par exemple, pour la variable « Formation du personnel soignant », la criticité est égale à (+2, +1, -2) = -1. La colonne de la criticité du tableau 5 a été remplie de cette manière. Les échelles de criticité varieront ainsi en fonction du niveau d'estimation. Les calculs de criticité sont résumés dans le tableau 5.

A ce niveau, les résultats permettent de classer les variables les unes par rapport aux autres et de distinguer certaines priorités. La colonne de la criticité permet d'avoir une représentation des perceptions des CP vis à vis des conséquences des variations des différentes variables. Le planning des astreintes de l'équipe médicale est le plus critique avec une valeur de +1, suivie par le planning du travail et le temps du travail hebdomadaire observé du personnel soignant et le délai d'attente pour la prise en charge des patients par l'équipe d'accueil. Les variables les moins critiques sont le coût et la durée de fermeture des lits. L'interprétation peut être, ensuite, complétée par la lecture des vecteurs des variables les uns par rapport aux autres.

Les variables ont été choisies en fonction de leurs utilités organisationnelles par rapport à la finalité fixée. Cependant, la représentativité des vecteurs des CP par les vecteurs des variables est discutable. Nous proposons quatre possibilités pour définir la relation entre les CP et leurs variables :

1. le vecteur de la CP est la somme des vecteurs des variables ;
2. le vecteur de la CP est la moyenne des vecteurs des variables ;
3. le vecteur de la CP est formé à partir des coefficients les plus négatifs ;
4. le vecteur de la CP est formé à partir des coefficients les plus positifs.

CP	Variables associées	Vecteurs conséquences associés aux variables des CP	Criticité des variables
Personnel soignant	Planning du travail	(+3, -1, -2)	0
	Temps du travail hebdomadaire observé	(+3, -1, -2)	0
	Formation (diversité de tâches)	(+2, +1, -2)	-1
	Qualité de service rendu	(+3, +2, -2)	-3
Équipe médicale	Nombre d'actes réalisés	(+2, 0, -1)	-1
	Planning des astreintes	(+3, -1, -3)	+1
	Qualité de service rendu au patient	(+2, +2, -2)	-2
Direction des travaux	Le délai de réalisation	(+2, +2, -2)	-2
	La cohérence projet/bâtiment	(+3, +2, -2)	-3
Direction financière	Budget	(+2, +2, -1)	-3
	Le coût	(+3, +2, -1)	-4
	La durée de fermeture des lits	(+3, +2, -1)	-4
Équipe d'accueil	Le délai d'attente pour une prise en charge (3 à 4 semaines)	(+3, -1, -2)	0
	Durée moyenne de prise de rendez-vous	(+2, 0, 0)	-2
	Formation	(+2, +1, -1)	-2

Tableau 5 : Vecteurs des conséquences des variations des variables étudiées et les criticités associées

La première possibilité permet de cumuler les variations en considérant une causalité d'égale importance entre les variables et la CP. En définissant ce vecteur, les composantes révèlent leur sensibilité au changement. Envisagent-elles de forts avantages en cas de réussite du changement, craignent-elles des reculs par rapport au changement en cours et enfin comment perçoivent-elles le statu quo ? Il faudrait alors construire le vecteur CP uniquement à partir des perceptions de chaque acteur de la composante.

La deuxième permet de synthétiser les avis en donnant une estimation moyenne des CP fondée sur la perception

propre à chaque variable de la composante. En utilisant pour ce vecteur, les seuls avis des acteurs extérieurs à la composante, le vecteur construit représente alors la façon dont les autres acteurs du changement imaginent la composante présentée par le vecteur dans le changement.

La troisième possibilité permet de prendre en compte les perceptions des conséquences les plus négatives pour les acteurs. En calculant la criticité par composante, il est possible d'identifier celle qui aborde le changement avec le plus de craintes. En remontant aux variables, il est possible de voir si une variable est particulièrement sensible pour la composante.

La quatrième possibilité permet de considérer les perceptions les plus positives des conséquences du changement. Le calcul de la criticité de ce vecteur conduit à identifier les composantes qui envisagent positivement le changement. De même en se situant au niveau des variables, il devient alors possible d'identifier certaines d'entre elles qui seraient perçue par les acteurs comme source positive de changement.

Le choix entre ces quatre possibilités permet de donner un sens à la conduite de changement et donc de définir une stratégie de changement.

6.1 Cas 1 : représentation des CP par la somme des vecteurs des variables associées

Les résultats de cette partie d'analyse sont résumés dans le tableau 6. La lecture de ces vecteurs montre que les variations positives (coefficients des vecteurs à gauche) induisent des conséquences positives et les variations négatives (coefficients des vecteurs à droite) induisent des conséquences négatives qui diffèrent selon les CP. Par contre, les variations nulles des CP induisent des variations positives surtout chez la direction financière et la direction des travaux.

CP	Vecteurs CP calculés par la somme des vecteurs des variables associées
Personnel soignant	(+11, +1, -8)
Équipe médicale	(+7, +1, -6)
Direction des travaux	(+5, +4, -4)
Direction financière	(+8, +6, -3)
Équipe d'accueil	(+7, 0, -3)

Tableau 6 : vecteurs des CP comme somme des vecteurs des variables associées

Le calcul des criticités des CP déduites d'après le tableau 6 est présenté dans le tableau 7.

CP	Criticité des CP égale la somme des criticités des variables associées
Personnel soignant	-4 (2 ^{ème})
Équipe médicale	-2 (1 ^{ère})
Direction des travaux	-5 (3 ^{ème})
Direction financière	-11 (4 ^{ème})
Équipe d'accueil	-4 (2 ^{ème})

Tableau 7 : Criticités des CP déduites de la somme des criticités des variables associées

Dans le cas où les vecteurs des CP sont déduits de la somme des vecteurs des variables, on remarque que la criticité des CP déduite a tendance à être faible et se classer dans le niveau négatif de criticité.

D'après le tableau 7, la direction financière a la plus faible valeur de criticité qui est égale à -11. Puis, vient la direction des travaux avec une valeur de -5 qui est relativement éloignée de la précédente. Ensuite, l'équipe d'accueil et l'équipe soignante sont classées dans le même niveau de criticité avec une valeur relativement proche de la précédente qui est -4. Enfin, l'équipe médicale est classée la plus critique avec une valeur de -1. Cela met en exergue que l'équipe médicale est circonspecte vis-à-vis de ce changement et qu'elle craint ces conséquences.

6.2 Cas 2 : présentation des CP par la moyenne des vecteurs des variables associées

Les résultats de cette partie d'analyse sont résumés dans le tableau 8.

CP	Vecteurs CP calculés par la moyenne des vecteurs des variables associées
Personnel soignant	(+2,75, +0,25, -2)
Équipe médicale	(+2,33, +0,33, -2,33)
Direction des travaux	(+2,5, +2, -2)
Direction financière	(+4, +3, -1,5)
Équipe d'accueil	(+2,33, 0, -1)

Tableau 8 : Vecteurs des CP comme moyenne des vecteurs des variables associées

Le calcul des criticités déduites d'après le tableau 8 est présenté dans le tableau 9.

CP	Criticité des CP égale la moyenne des criticités des variables associées
Personnel soignant	-1 (2 ^{ème})
Équipe médicale	-0,33 (1 ^{ère})
Direction des travaux	-2,5 (4 ^{ème})
Direction financière	-3,66 (5 ^{ème})
Équipe d'accueil	-1,33 (3 ^{ème})

Tableau 9 : Criticités des CP déduites de la moyenne des criticités des variables

En retenant l'idée selon laquelle ce vecteur ne serait construit qu'avec les perceptions des acteurs internes à la composante. Nous constatons que les résultats de cette analyse sont identiques à la précédente. Ainsi, l'équipe médicale serait alors perçue par les autres acteurs comme la composante ayant le plus de retenue vis à vis du changement. La direction des travaux et la direction financière sont dans le même niveau de criticité que dans le cas précédent alors qu'une différence de criticité est apparue entre les deux CP (personnel soignant et équipe d'accueil).

6.3 Cas 3 : présentation des CP par les coefficients les plus négatifs parmi les estimations du groupe

Dans ce cas, les composantes regroupent les avis les plus défavorables estimés par les participants. Chaque vecteur représente la CP par l'estimation la plus pessimiste. Cette classification sert à identifier les composantes voient dans ce changement le plus de risque. Elle peut permettre au groupe de pilotage du changement la mise en place de plans d'action préventifs pour éviter l'apparition de résistances.

Dans ce cas, le vecteur des CP est formé par les valeurs les plus faibles correspondant à chaque type de variation. Par exemple, le vecteur du personnel soignant a été formé comme suit :

Planning du travail	(+3, -1, -2)	↓
Temps du travail hebdomadaire observé	(+3, -1, -2)	
Formation (diversité de tâches)	(+2, +1, -2)	
Qualité de service rendu	(+3, +2, -2)	
	(+2, -1, -2)	

Sur chaque colonne des vecteurs, les valeurs les plus faibles sont respectivement de gauche à droite +2, -1 et -2.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

CP	Vecteurs des CP calculés par les coefficients les plus négatifs des variables associées
Personnel soignant	(+2, -1, -2)
Équipe médicale	(+2, -1, -3)
Direction des travaux	(+2, +2, -2)
Direction financière	(+2, +2, -1)
Équipe d'accueil	(+2, -1, -2)

Tableau 10 : Présentation des vecteurs des CP par les coefficients les plus négatifs des vecteurs des variables associées

Pour ce cas, on remarque que les variations positives des variables sont positivement perçues par toutes les CP, les variations neutres (ou statut quo) seraient mal vécu par le cas du personnel soignant, de l'équipe médicale et l'équipe d'accueil en revanche dans le cas de la direction financière et la direction des travaux les variations neutres sont positivement accueillis. Les valeurs de criticité associées au CP sont présentées dans le tableau 11.

CP	Criticité des CP selon les coefficients les plus négatifs des criticités des variables associées
Personnel soignant	+1 (2 ^{ème})
Équipe médicale	+2 (1 ^{ère})
Direction des travaux	-2 (3 ^{ème})
Direction financière	-3 (4 ^{ème})
Équipe d'accueil	+1 (2 ^{ème})

Tableau 11 : Criticités des CP déduites des coefficients les plus négatifs des vecteurs des variables associées

L'équipe médicale est classée la première sur l'échelle de criticité avec une valeur de +2. Puis, arrive simultanément le personnel soignant et l'équipe d'accueil avec une valeur de criticité de +1. Ensuite, arrive la direction des travaux avec une valeur négative de criticité égale à -2. Enfin, la direction financière est classée la dernière avec une valeur négative de -3. Cette cotation a permis de mettre le personnel soignant, l'équipe médicale et l'équipe d'accueil dans le niveau positif de criticité et donc les mettre en valeur par rapport aux autres. Ces CP présentent une caractéristique commune vu le caractère humain de leurs services touchant directement le patient. Ce sont elles qui ressentent les plus gros risques vis à vis des conséquences engendrées par ce changement.

6.4 Cas 4 : présentation des CP par les coefficients les plus positifs parmi les estimations du groupe

Les composantes dans ce cas sont classées en fonction des avis les plus favorables parmi ceux donnés par les participants. Chaque vecteur représente les estimations les plus optimistes. Cette classification permet de donner les CP qui agissent le plus positivement sur la finalité et/ou sur le changement.

Les composantes bien classées en valeur absolu de criticité dans les deux cas, sont les CP les plus importantes. Les CP bien classées à la fois avec une cotation positive et une cotation négative, sont très importante car elles agissent à la fois très positivement et très négativement sur la finalité et sont donc prioritaires.

Dans ce cas, le vecteur des CP est formé par les valeurs les plus faibles correspondant à chaque type de variation. Les résultats sont présentés dans le tableau 12.

CP	Vecteurs des CP selon les coefficients les plus positifs des variables associées
Personnel soignant	(+3, +2, -2)
Équipe médicale	(+3, +2, -1)
Direction des travaux	(+3, +2, -2)
Direction financière	(+3, +2, -1)
Équipe d'accueil	(+3, +2, -1)

Tableau 12 : Vecteurs des CP déduits des coefficients les plus positifs des conséquences sur les variations des variables associées

La criticité est calculée par la suite à partir des données du tableau précédent.

CP	Criticité des CP selon les coefficients les plus positifs des variables associées
Personnel soignant	-3 (1 ^{ère})
Équipe médicale	-4 (2 ^{ème})
Direction des travaux	-3 (1 ^{ère})
Direction financière	-4 (2 ^{ème})
Équipe d'accueil	-4 (2 ^{ème})

Tableau 13 : Criticités des CP déduites des coefficients les plus positifs des conséquences sur les variations des variables associées

Dans le cas où les vecteurs des CP sont formés par les coefficients les plus positifs des vecteurs des variables

associées, on remarque que les valeurs des criticités sont toutes négatives autrement dit faible. Il apparaît ici les CP qui envisagent le plus positivement le changement. Si l'on descend jusqu'aux variables, il est possible d'identifier certaines d'entre elles qui pourraient être utilisées comme des promoteurs du changement car envisagées de façon positive par les acteurs.

Les CP ont tendances à se concentrer sur deux valeurs et donc sur deux niveaux ; les CP les moins critiques sont l'équipe médicale, la direction financière et l'équipe d'accueil avec une valeur de criticité égale à -4. Les CP les plus critiques sont le personnel soignant et la direction des travaux avec une valeur de -3.

Discussion

Nous avons abordé à titre illustratif une analyse qui permet d'avoir une vision prospective de l'utilité de la méthode envisagée à travers cet exemple de la conversion de lits. Elle permet aussi de faire participer et d'impliquer les acteurs dans la création de l'information qui va permettre la prise de décision. Cette implication, basée sur la communication, permet de structurer le processus de changement.

L'étude des variations des variables et des CP permet d'intégrer une dimension prospective à la conduite de changement en essayant d'anticiper et de désamorcer les craintes ou freins au changement.

Les différentes manières de concevoir une représentation des avis des acteurs permettent de structurer des stratégies de changement.

Trois stratégies de changement peuvent être distinguées en fonction de la manière avec laquelle les estimations des conséquences des changements sont traitées :

- Stratégie qui permet de classer les CP en fonction de la moyenne des estimations données par les acteurs ;
- Stratégie qui permet de classer les CP en fonction des coefficients les plus négatifs ;
- Stratégie qui permet de classer les CP en fonction des coefficients les plus positifs.

Les classements en fonction des coefficients les plus positifs et les plus négatifs sont complémentaires. Le choix des deux dépend de la stratégie de changement désirée : réduire les craintes des composantes et des acteurs ou utiliser les variables promouvant le changement.

Le classement par criticité permet un classement global des CP grâce à la complémentarité des conséquences négatives et des conséquences positives. Elle permet de dresser une vision générale. L'examen des vecteurs permet de donner une appréciation des CP plus détaillée et permet de dégager des explications des phénomènes étudiés. La perception du changement n'est pas identique chez tous les membres de l'équipe. Cette étude est donc originale sur ce point car elle permet de produire des

connaissances sur la perception du changement au fur et à mesure du développement de l'analyse. Elle peut permettre également de générer un consensus entre les acteurs sur le mode de conduite de changement.

La conduite du changement serait la dynamique des estimations grâce aux actions entreprises pour diminuer la criticité des variables voire des CP. Ces actions sont en relation avec les causes des variations des variables qui pourraient être synthétisées -sous forme de tableaux- suite aux débats (entretiens) entre les acteurs.

La confrontation des avis crée difficilement un consensus. Ce dernier est possible dans le cas où l'ensemble des avis est regroupé pour former un modèle de changement comme celui-ci. La vision vers laquelle l'organisation souhaite arriver et les raisons pour lesquelles une action serait menée, deviennent ainsi de plus en plus claires et évidents.

La réflexion portée par l'ensemble des participants permet de faciliter l'adaptation d'une nouvelle stratégie. Une telle mobilisation est capable d'éviter les blocages et de minimiser la résistance.

Bien que la méthode ARC a émergée du milieu hospitalier, son applicabilité est possible dans d'autres secteurs connus par la diversité et la sensibilité de ses acteurs et nécessitant un environnement favorable pour changer.

Conclusion

Cette communication présente une méthode de conduite du changement basée sur la modélisation des perceptions.

La méthode ARC repose sur une approche participative pour faciliter son implémentation dans le PEH. Elle tient compte de la diversité des acteurs dans le milieu hospitalier et cherche à créer un consensus basé sur la modélisation des perceptions. Le changement est conçu d'une manière collective grâce à la prise en compte de l'ensemble des avis des acteurs afin de réduire les réticences avant son implémentation. Son point fort repose sur la simplicité et l'accompagnement du changement jusqu'à l'atteinte de la finalité.

RÉFÉRENCES

- Armenakis A. A., and A. G., Bedeian, 1999. *Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s*, Journal of Management, Vol. 25, No, 3, p. 293-315.
- Armenakis, A., S. Harris and H. Feild, 1999. *Paradigm in organizational change: change agent and change target perspectives*. In R. Golembiewski (Ed.), Handbook of organizational behavior. New York : Marcel Dekker.
- Aleksy, B., M. Charbol, J. Chauvet et P. Finiès. 2006 *Le projet de modélisation et de simulation des flux du*

nouvel hôpital estaiing : aide a la décision versus management du changement. 6^{ème} conférence MOSIM 2006 à Rabat.

- Artiba, A., M. Briquet, J. Colin, A. Dontaine, D. Gourc, G. Pemptroad, C. Pourcel 2005. *Réflexions sur le déploiement de la stratégie des établissements de santé, Édition spéciale de la revue « Gestion hospitalière » sur le thème : Stratégie, management hospitalier et gestion du changement*, Revue gestion hospitalière n° 446.
- Beau E., N. Biron et M. Cauterman, 2008. *Organisation hospitalière - Approche et expériences*, Editeur: Berger-Levrault, Collection : Les indispensables, 339 p.
- Besombes B., Trilling L., Guinet A., 2004 *Conduite du changement dans le cadre du regroupement de Plateaux Médico-Techniques* Journal Européen des Systèmes automatisés, 38, 691-723. (2004).
- Bootz J-P., et R. Monti, 2007. *Les démarches prospectives : de l'aide à la décision à la conduite du changement*, Finance Contrôle Stratégie – volume 11, n° 1, mars 2008, p. 41 – 70.
- Carton G-D., 2006. *Éloge du changement. Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*, 2ème édition de Village Mondiale, 256 p.
- Cordier J-P, V. Dhaevers et F. Riane, 2008. *L'art du pilotage de la performance vers une démarche instrumentalisée pour le milieu hospitalier*, acte de la Conférence Internationale Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers GISEH, 4-5 et 6 septembre Lausanne 2008.
- De la Maisonneuve E., 2008, *Précis de stratégie. Cinq éléments pour agir*, édition Dunod Paris 200 p.
- Djellal F., K. Gallouj et F. Gallouj, 2004. De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux, Les différentes facettes de l'innovation hospitalière, RFAS No 1-2004, pp. 223-248.
- Galpin, T., 1996. *The human side to change: A practical guide to organization redesign*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haned M., S-A. Addouche et El Mhamedi A., 2007. Construction d'un modèle de prédiction de l'impact d'un état de performance sur la performance globale d'un processus en utilisant les réseaux Bayésiens, *acte de la 5ème conférence Internationale de Conception et de Production Industrielle* 22-23 et 24 octobre 2007 à Rabat.
- Hansske A. et D. Delerue, 2006. Réingénierie des processus hospitaliers : Le projet INITIATIVE du Centre Hospitalier d'Arras, *acte de la conférence Internationale de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitalier* du 2 au 6 octobre 2006 à Luxembourg.
- Judson D., 1991. *Changing behavior in organizations: minimizing resistance to change*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Kotter, J., 1995. *Leading change: why transformation effort fail*. Harvard Business Review, 73 (2): 59-67.
- Lewin K., 1947. Frontiers in group dynamics. *Human Relations* 1, pp. 5-41.
- Lotfi B. et B. Benchekroun, 2008. *Méthode d'analyse stratégique vers une modélisation de la gouvernance hospitalière*, actes de la 7ème conférence internationale de MOdélisation et SIMulation MOSIM'08, du 31 mars au 2 avril 2008, Paris.
- Meier O., 2007. *Gestion du changement, collectif* DUNOD, 2007, Paris, 500 p.
- Mintzberg. H., 2006. Le management voyage aux centres des organisations, *édition d'organisation, nouvelle édition*, Paris 2006.
- Remilli N., 2006. Pour une vision holiste du changement : conceptualisation théorique, *Acte de la XVème conférence internationale de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS*, Annecy / Genève 13-16 Juin 2006.
- Van de Ven A. H. and M. S. Poole, 1995. *Explaining development and change in organizations*, *Academy of Management Review* 1995, Vol. 20, No. 3, 510-540.
- Watzlawick P., J. Weakland, R. Fisch, 1975, *Changements : paradoxes et thérapie*, Norton 1974, trad. Seuil 1975.
- Yatchinovsky A., 2004. *Mieux vivre le changement. Accompanyer et réussir les transitions*, ESF éditeur Issy-les-Moulineaux, 177 p.