

**GRH****32^{ème} congrès de l'AGRH
Paris, 13-14-15 octobre 2021****Mutations de l'environnement, mutations
des organisations, mutations de la GRH ?**

LES LOGIQUES DE CONFLIT DE POUVOIR DANS LE MANAGEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE FACE AUX DEFIS DE LA SALUTOGENESE ET DU PARCOURS PATIENT

MARC VALAX**IAE NICE – GRM – UNIVERSITE COTE D AZUR****CATHERINE AL HACHEM****IAE LYON – MAGELLAN – UNIVERSITE JEAN MOULIN LYON 3**

RESUME

Le développement organisationnel de l'e-santé offre de nouveaux défis, porteurs d'espoirs et de craintes, pour les ressources humaines. La logique du numérique et son lot d'innovations organisationnelles nous ont conduit à analyser en profondeur notre problématique sur les logiques de conflits de pouvoir (Direction et big data) dans la mise en place du parcours patient au sein des établissements de santé. Cette salutogenèse que nous avons questionné selon une recherche-action dans hôpital de l'Est de la France peut être vue comme l'alignement du parcours patient avec une volonté managériale de créer les conditions favorables à la mise en place de la e-santé. Le défi est alors de promouvoir une meilleure qualité de vie au travail des personnels dans les établissements de santé.

Mots-clés : digital, e-santé, parcours patient, management des établissements de santé

INTRODUCTION GENERALE

Le développement organisationnel de l'e-santé offre de nouveaux défis, porteurs d'espoirs et de craintes, pour les ressources humaines. Cette logique du numérique et son cortège d'innovations organisationnelles nous ont conduit à analyser en profondeur les logiques du Big Data dans l'alignement du parcours patient au sein des établissements de santé.

Cette salutogenèse est *“une volonté managériale de créer les conditions favorables à la réalisation d'un travail qui a du sens dans un environnement qui en a, permettant aux employé-e-s de maintenir leur santé durablement et donc, de leur capacité à s'engager en faveur de leur mission”* (Kuhne & Schaller, 2019).

Depuis 2021, l'Assistance Publique Établissements de santé de Paris (AP-HP) a créé un modèle de collaboration afin de structurer et de valoriser des données du soin. En effet, l'intégration des outils numériques, le développement des systèmes d'informations (SI) et de la science des données ont permis d'explorer de nouvelles approches en matière d'évaluation et d'analyse des enjeux liés au management des RH.

En outre, l'émergence de la crise sanitaire au premier trimestre de l'année 2020, suite à la pandémie de COVID-19, a provoqué un très fort impact économique et managérial sur les établissements de santé et leurs dirigeants. Il s'agit tout d'abord d'une gestion de crise, mais aussi d'un véritable changement au niveau de la gestion des établissements, notamment au niveau de la gestion du parcours patient. Dans ce contexte, les managers se projettent de plus en plus dans un environnement professionnel exclusivement numérique afin de répondre aux changements sociétaux marqués par l'autonomisation des salariés et des patients.

La mise en place de nouveaux outils managériaux devient indispensable pour les dirigeants des établissements de santé afin d'assurer une efficacité de service aux soins et d'améliorer les conditions de travail (Benraïss-Noailles, 2019). Toutefois, il n'est pas facile d'utiliser et de s'approprier efficacement les transformations technologiques. Cela nécessite non sans mal de fluidifier les services, de fiabiliser la production des données et d'identifier les champs de réflexions pour lesquels le traitement des données peut avoir un intérêt concret. A partir de notre étude, nous traitons la problématique suivante : Comment faire face aux conflits de pouvoir dans la mise en place du parcours patient ?

L'analyse du terrain nous a montré qu'un temps d'attente entre l'admission du patient et le passage à l'acte nécessite une dématérialisation à travers la création d'un processus innovant. Désormais, les établissements de santé travaillent sur la modification de leur fonctionnement et participent pleinement à la structuration d'un meilleur parcours patient. Ils considèrent que la réduction des durées de séjour, la réhabilitation précoce et le passage à l'ambulatoire sont les principaux facteurs de l'évolution de la prise en charge du patient. Dans ce contexte, les professionnels de santé sont confrontés à un changement profond des pratiques RH hospitalières du parcours. Ce changement vise à sensibiliser les professionnels aux nouvelles pratiques de gestion. Il s'agit de dispositifs d'accompagnement à la formation et aux systèmes d'informations médico-managériaux qui donneront sens à une action collective.

Actuellement, les actions matérielles tels que la conception d'espaces, de structures, de dispositifs liés à l'amélioration du séjour des établissements de santé sont essentielles dans la restructuration des projets par une salutogenèse. Les établissements de santé sont alors amenés à repenser l'architecture de leurs bâtiments et l'intégration de la technologie, par la mise en place d'outils efficaces. Cette technologie renforce les capacités humaines et libère du temps de travail. Toutefois, l'utilisation des outils informatiques a un double effet. Elle permet d'une part, de réduire les inégalités d'accès aux soins en rapprochant les patients de

leurs spécialistes et interlocuteurs, et d'autre part, de supprimer la barrière physique entre le patient et l'accueil durant son admission.

Les innovations technologiques et digitales, telles que les appareils réactifs, adaptés et mobiles permettront prioritairement d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient, tout en diminuant leurs coûts, grâce à un gain d'efficacité (Vinot et al. 2003). De ce fait, l'un des principaux défis d'un établissement de demain se traduit par l'évolution des compétences professionnelles dans un environnement assez dynamique et complexe. Ces compétences sont essentielles dans l'intégration de l'innovation, afin de répondre au mieux aux besoins du patient, et participer à l'amélioration du système de santé.

Une adaptation est nécessaire afin de mieux gérer les flux au sein des différents services de soins. L'établissement de santé est en effet, un champ d'étude privilégié par de nombreux chercheurs contribuant à ramener une nouvelle gestion et stratégies d'organisation pour les dirigeants afin de réduire les coûts, tout en conservant des soins de qualité optimale. Plusieurs disciplines ont traité le sujet du changement par différentes perspectives, visant à apporter de nouvelles méthodes et processus d'organisation.

Dans notre étude, il ne s'agit pas de traiter uniquement les dysfonctionnements et les conséquences d'un environnement des établissements de santé complexe, mais d'apporter des mesures d'adaptation au changement et de performance institutionnelle. Notre objectif principal est d'une part, de montrer qu'une transformation organisationnelle exige une mise en place du Big Data afin de réussir le changement, et d'autre part, d'obtenir les premiers éléments de réponses et les lignes directives qui complètent notre recherche empirique.

Nous élaborons dans cet article, les défis technologiques, informationnels et humains en données de contexte. Nous exposerons par la suite notre étude méthodologique réalisée au sein d'un établissement de santé privé reflétant la mobilisation des dirigeants et l'importance de l'implication du personnel dans l'émergence de nouveaux modèles et processus de développement managérial vers une salutogénèse. Enfin, nous présentons les résultats de notre étude en nous focalisant sur la réalité organisationnelle du parcours patient et son optimisation par le biais du digital.

1. LE CONTEXTE GENERAL ET LES DEFIS DE LA SALUTOGENESE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Un système de gestion des établissements de santé de haute performance réduit considérablement l'utilisation du papier et améliore la qualité et le contenu informatique des documents médicaux. Il contribuera ainsi à réduire l'influence du facteur technologique et du facteur informationnel et surtout du facteur humain.

1.1. Le défi technologique au service d'une prise en charge développée du patient

Lors de l'enregistrement des données du patient, l'automatisation des processus réduira les oublis et les erreurs du personnel. Suite aux problèmes rencontrés par le secteur des établissements de santé auparavant, nous apercevons que la mise en place des nouvelles technologies est une situation critique dans l'infrastructure hospitalière.

La restructuration du paysage des établissements de santé français se traduit par de nombreuses fusions et regroupements d'activités. Au cours de ces changements, de nombreux établissements prennent conscience de l'importance de redimensionner les outils logistiques. Au sein des établissements de santé, les enjeux logistiques sont économiques, mais aussi vitaux. Selon plusieurs études, les coûts logistiques peuvent représenter entre 25% et 46% du budget des établissements de santé (Chow et al. 1994 ; Davis, 2004 ; Petit et Ducrocq. 2013).

Les activités assurées par l'établissement contribuent à la qualité des soins des patients d'une part, et au confort des personnels dans l'exercice de leur métier, d'autre part.

Les établissements se sont souvent engagés à entamer un projet d'innovation technologique afin de répondre aux objectifs de qualité (certification), à l'existence de nouveaux projets architecturaux (construction d'un nouvel hôpital) et à la mise en place des nouvelles règles de réduction du temps de travail et des évolutions réglementaires. Ainsi, la démarche de certification et l'émergence du besoin de traçabilité nécessite des exigences particulières en logistique afin d'assurer la sécurité des patients. L'utilisation des dispositifs médicaux spécifiques et le respect du guide de bonnes exécutions des analyses de biologie médicale en sont des exemples. La mise en place des règles de réduction du temps de travail s'accompagne généralement de gain de productivité, d'où l'importance de l'optimisation des systèmes d'information afin de libérer du temps au soignant.

Le séjour des établissements de santé nécessite désormais une activité plutôt ambulatoire, donc une gestion rigoureuse et réactive, notamment dans l'approvisionnement des nouvelles techniques. Le milieu hospitalier est de plus en plus accessible aux évolutions technologiques des différents domaines médicaux et informatiques. Ces évolutions les conduisent à faciliter la traçabilité, les approvisionnements et la réduction des besoins en effectifs, tout en contribuant à l'amélioration de la qualité du service rendu au patient.

Cependant, la conception des projets de restructuration doit se positionner au-delà du champ technologique, en s'orientant vers une logique pluridisciplinaire, combinant différents domaines complémentaires : la science, l'ingénierie et le management. Enfin, chaque individu est capable d'apporter une innovation à forte valeur ajoutée afin de soutenir les établissements face à la complexité de ces projets.

1.2. Le défi informationnel : principal enjeu des établissements de santé

Le manque d'informations dans les dossiers des patients hospitalisés est en effet un problème rencontré par la plupart des acteurs de proximité. Grâce à la base de données, nous pouvons stocker, organiser et analyser les informations afin qu'elles soient facilement consultables et mises à jour. Il s'agit donc de renforcer l'information par l'utilisation des supports dématérialisés, mais aussi des supports physiques afin d'atteindre les données maximales.

La transmission complète de l'information exige également un développement de la relation et de la communication entre le personnel et le patient. La transparence, le dialogue et la coopération sont des éléments principaux participants au maintien de la confiance entre le patient et l'hôpital. Au départ, l'entité hospitalière était focalisée sur le traitement médical du patient, plus particulièrement sur la population la plus âgée et atteinte de maladies chroniques. Aujourd'hui, avec la crise du Covid-19, la population hospitalisée souhaite être informée de son suivi de soins.

L'absence de personnel, le turnover, la mobilité professionnelle ou le manque d'organisation sont ainsi des exemples d'incitation au changement des pratiques RH hospitalières. La base d'accompagnement du patient est de recevoir les soins primaires, mais l'information et l'orientation sont également des défis actuels des établissements de santé afin d'assurer un accueil performant. Le patient devient l'acteur de son parcours, il a besoin de l'information, d'accompagnement et de suivi performants. Il est censé recevoir une meilleure connaissance de sa maladie et être impliqué tout au long de son parcours, grâce aux programmes personnalisés de soins. Il souhaite également être informé et en mesure de rechercher des informations qui l'intéressent sur l'établissement où il a été ou va être hospitalisé.

Le processus de prise en charge est identifié et formalisé en fonction des besoins et des risques spécifiques du patient. Il décrit les interfaces entre les activités liées au parcours patient et celles liées au processus de support dont le système d'information fait partie. Nous définissons ce dernier comme l'organisation d'un ensemble de ressources (matériels, logiciels, personnel, données et procédures) qui permettent de regrouper, classifier, traiter et diffuser l'information.

Le système d'information est mis en place et adapté en fonction des besoins de prise en charge et du parcours de soins, en termes d'accessibilité, de confidentialité et de fonctionnement des postes informatiques. Le besoin en technologie, tel que la télémédecine, le dossier médical partagé ou bien, la plate-forme téléphonique dédiée aux médecins, est de plus en plus reconnu afin d'assurer un programme numérique des établissements de santé.

L'échange de l'information est une pratique quotidienne qui rejoint les différents professionnels du secteur de la santé afin d'identifier des informations relatives à la personne et participer ensemble à sa prise en charge. Ces informations sont nécessaires à la coordination et à la continuité des soins ou à son suivi social et médico-social. L'information peut être partagée lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe médicale et administrative, d'où la nécessité d'un support informatique pour la transmission des données. Ce support est mis en place afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé et de protéger leur caractère personnel. Les professionnels utilisent le système d'information afin d'assurer une conformité de traitement et de conservation des données.

En revanche, le partage de l'information est un champ très vaste et diversifié au sein des établissements de santé. Il contribue à une complexité de regrouper l'ensemble de la situation individuelle du patient, dont sa situation sociale, la description de son environnement, ses informations médicales, ses antécédents, les trajectoires de vie de la personne, etc. Les patients considèrent que ce contexte est incompréhensible, mais au contraire, cela garantit et protège leurs données personnelles. Les modalités d'échange de ces données sont différentes en fonction de chaque territoire, comme par exemple le DMP et le dossier pharmaceutique.

Les différents acteurs ont besoin d'une information complète, bien structurée, continue et disponible à tout moment. Dans ce cadre, nous distinguons trois formes d'approches conduisant à partager l'information au sein d'un établissement de santé :

- La transmission de l'information d'un soignant à un autre et d'un service à un autre. Cette approche permet de transmettre les évènements liés à la pathologie du malade afin d'identifier et d'assurer les soins.
- L'approche thérapeutique entre le médecin et son patient reflète la transition des informations entre les différentes phases de soins. Dans cette approche, nous signalons la nécessité de distribuer le livret d'accueil dans lequel nous retrouvons la notion du parcours. C'est un support indispensable de communication lors de la consultation médicale initiale du patient. Ce support commun entre les professionnels et les usagers est utilisé afin d'assurer une vision claire de ce parcours. Le besoin actuel prononcé par les établissements de santé est que tout cela pourra être décliné en numérique.
- L'approche organisationnelle désigne la coordination entre professionnels de santé et équipe administrative. Cette coordination permet une transmission complète des données personnelles et de soins.

Nous ajoutons l'approche individuelle, qui désigne les relations humaines entre l'équipe administrative et le patient lors de sa préadmission, son accueil et la gestion des lits. C'est une approche qui permet d'individualiser le patient pour qu'il soit au cœur de son processus

de production de soins. Les relations sont multiples et la cohérence globale de l'ensemble n'est pas toujours optimisée du point de vue du patient, ce qui tend à complexifier son expérience, limiter la fluidité de sa relation avec l'établissement et donc à percevoir négativement la qualité de la prise en charge. La disposition d'un interlocuteur permettra de répondre aux besoins de l'établissement qui sont d'optimiser l'exploitation des ressources, de gérer plus facilement les flux tendus et de dégager ainsi des capacités financières.

L'accélération de la dématérialisation des dossiers de prise en charge (administratif, médical, gestion de production) peut être une opportunité pour optimiser la gestion des ressources et le développement de l'activité dans la mesure où le patient est impliqué. Cela nécessite la possibilité de se connecter à distance mais également d'être assisté directement pour s'approprier les outils en toute quiétude. La dématérialisation a par ailleurs des conséquences au niveau de l'organisation de la fonction administrative telles que la modification des rôles du bureau des admissions et la redistribution des tâches.

Enfin, l'agilité organisationnelle nous conduit à aligner les systèmes organisationnels de manière à améliorer leur performance. Bharadwaj (2000) confirme que le système d'information (SI) est une capacité organisationnelle basée sur les coûts et les bénéfices. Autrement dit, les établissements agissent sur l'exploitation des SI afin de produire des revenus plus élevés par rapport à leurs concurrents. De plus, Santhanam & Hartono (2003) confirment que la performance organisationnelle est due à la capacité supérieure en SI. Enfin, l'impact de l'alignement est évalué en fonction de la réorganisation des systèmes.

Il est important d'identifier les capacités et de définir les compétences professionnelles afin de comprendre le potentiel du processus en information. L'utilisation des SI favorise la communication avec le patient et améliore la productivité de l'organisme. Par contre, dans un environnement peu dynamique l'utilisation trop développée des SI peut avoir un effet négatif sur l'agilité organisationnelle (Lee et al, 2015).

1.3.Le défi humain du Parcours Patient dans les pratiques de GRH

La qualité et la sécurité de soins restent les premières valeurs requises durant le parcours patient. Les professionnels ont pour défi de fluidifier et de coordonner ce parcours afin d'assurer la continuité des soins. Pour cette raison, revaloriser et resituer la place du personnel devient un enjeu majeur de la performance organisationnelle. Dans ce contexte, la GRH reflète le besoin en compétences et connaissances afin d'introduire de nouvelles pratiques professionnelles au sein des organisations de santé (Henderson & Thomas, 1992). Une mise à jour continue de leurs modèles est nécessaire puisqu'ils dépendent d'un environnement de changement dynamique.

Le pilotage du changement au sein des établissements complexes constitue un enjeu stratégique majeur pour les dirigeants des organisations (Bolman & Deal, 2017). La phase d'initiation du changement est une période qui nécessite de mieux comprendre, mieux appréhender la gestion du changement mais aussi de s'adapter à ce changement.

L'optimisation du parcours patient devient une opportunité pour identifier et mettre en place un nouveau système d'information. Les établissements ressentent le besoin d'une GRH afin de bien mener la réorganisation des services. La GRH est définie par Bareil et al. (2002) comme l'ensemble des activités favorisant la cohérence entre les enjeux stratégiques et opérationnels. Cependant, l'innovation n'est réussie que par un apprentissage collectif (Loilier & Tellier, 2013) qui joue un rôle important dans l'amélioration des compétences informatiques des équipes de travail (Tippins & Sohi, 2003). Il sera alors important de

montrer qu'un parcours patient est aligné à travers l'implication du facteur humain dans la gestion de l'établissement.

2. LE CADRE THEORIQUE DE LA SALUTOGENESE PAR LE LEAN MANAGEMENT

La nouvelle approche « Lean Management » est apparue récemment dans le secteur de la santé. Elle est définie par Womack & Jones (2012) comme « *une philosophie organisationnelle systémique prenant appui sur des principes et outils visant à réduire au maximum tous les gaspillages (temps d'attente, surproduction, doublons...), tout en maintenant un processus d'amélioration continue et en gardant comme référence la valeur attendue par le patient* ». La volonté d'industrialiser le secteur de la santé en appliquant des pratiques et méthodes logistiques *Lean* nécessite un temps d'adaptation suffisant. Il nécessite également un retour d'expérience des parties prenantes afin d'évaluer concrètement ses contributions (Mazzocato et al. 2010).

Le déploiement de cette approche au sein des établissements de santé fait référence à plusieurs études empiriques qui ont traité ce sujet d'actualité. Les bénéfices attendus du *Lean* dans le secteur de la santé reposent sur la construction d'un processus de soins standardisés, qui vise à garantir la répétabilité des performances des opérations, et à réduire les variations qui pourraient diminuer ses performances (Bruyère et al. 2019). Dans ce cadre, la HAS met en disposition un guide méthodologique afin d'identifier les étapes du processus des établissements de santé¹. Ce guide repose sur les bonnes pratiques de terrain introduisant l'approche *Lean* qui, se base sur l'importance de l'implication du top management en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité au sein de l'établissement.

Dans cette perspective, plusieurs études ont traité la problématique de la conformité et l'efficacité du parcours patient, à travers la culture de l'erreur et l'instauration de temps d'échanges collectifs (Villeneuve et al. 2015). De plus, le sujet de la polyvalence et l'autonomie chez les professionnels de santé a été également traité dans l'objectif de limiter le *burnout* lié à la standardisation du processus et le maintien du cadre organisationnel.

La non-standardisation des données circulant au sein d'un système d'information contribue à accroître l'inefficacité de ces données. De plus, la forte limitation des échanges d'informations entre les membres des chaînes logistiques de la santé ne favorise pas l'émergence d'un système logistique efficace. En effet, les chaînes logistiques remplies de données standardisées assurent l'intégration et l'efficacité des chaînes logistiques globale du secteur de la grande distribution ainsi que du secteur manufacturier (Jayaraman et al. 2015). Nous pouvons alors constater que l'amélioration des chaînes logistiques de la santé est assurée par la standardisation des données. Les données peuvent être liées à la gestion des stocks, la visibilité des flux physiques de médicaments et des flux de patient au sein des établissements de santé. Nous pouvons citer comme exemple la standardisation de ces données qui contribue à renforcer la sécurité des patients et à améliorer les risques relatifs aux erreurs d'administration des médicaments.

Les organisations efficaces du parcours patient sont particulièrement liées au terrain des établissements, du fait que le contexte local est variable entre les territoires et est prégnant au niveau géographique, sociologique et humain. De plus, la mécanique du parcours patient questionne la place des expériences comme levier d'amélioration continue (Péquignot, 2016).

¹ Rencontre sécurité, un partenariat entre les équipes et la gouvernance - guide méthodologique et outils, HAS, Novembre 2018.

Les pratiques organisationnelles s'influencent sur la relation générée par la tension des flux. La durée réduite du parcours patient limite les temps d'échanges entre les équipes et le patient, ce qui représente un risque de dégradation de cette relation. Dans ce contexte, un changement culturel entre les professionnels est nécessaire afin de répondre aux besoins des patients. Ce changement conduira les équipes à s'organiser entre eux et auprès des patients, autour des objectifs clairement identifiés. L'intérêt est d'assurer une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. De plus, un travail technique doit être réalisé sur les indispensables outils transversaux, notamment les outils de collaboration entre professionnels de santé, de financement et de système d'information.

La gestion des ressources humaines a un rôle central parce qu'elle est une source principale dans l'accompagnement des projets de restructuration ou de reconstruction. Une adoption de nouvelles pratiques RH telles que les compétences professionnelles, la motivation et l'opportunité sont des pratiques cruciales pour assurer un management à haute performance.

Avec le prolongement de la littérature, le parcours patient est à la rencontre des deux logiques : le NPM et la gouvernance clinique. Dans notre étude, nous avons expliqué comment les établissements de santé ont actuellement recours à l'alignement de la stratégie grâce à l'émergence de nouveaux systèmes d'informations qui sont au cœur de la transformation des hôpitaux. Notre question de recherche a été formulée comme suit : est-ce que finalement le parcours patient s'inscrit dans un conflit de pouvoir ?

Nous avons constaté que le rapport entre les rôles de soignants et de gestionnaires peut engendrer un sentiment d'une perte de pouvoir, particulièrement chez les soignants (Dumond, 2003). Les établissements s'adaptent prioritairement aux nouvelles technologies qui améliorent les conditions de travail et favorisent la communication et la collaboration entre les professionnels, permettant ainsi d'assurer une compétitivité entre les établissements, de fournir une analyse des données et d'anticiper les résultats.

Pour compléter notre travail et vérifier le lien entre le contexte théorique et pratique, nous allons dans la deuxième partie présenter notre terrain de recherche qui se focalise principalement sur les constats et les préconisations des différents acteurs vis-à-vis de la performance du parcours patient qui nécessite une démarche d'accompagnement du changement stratégique et opérationnel. Dans le point suivant nous présentons la méthodologie de notre recherche qualitative.

3. NOTRE DESIGN DE RECHERCHE

Notre terrain de recherche est un établissement MCO privé, dépendant d'un groupe de cliniques privées dans l'Est de la France. Durant notre présence au sein de cette clinique, nous avons vécu une dynamique de terrain suite à la fusion établie entre deux groupes. A travers les implantations régionales historiques très complémentaires des groupes, celui dont la clinique fait partie consolide sa présence sur l'ensemble du territoire français, tout en offrant aux patients un réseau d'établissements de santé alliant proximité et qualité de soins. Notre terrain intervient également sur l'ensemble des métiers de l'hospitalisation comme la cancérologie, les SSR, l'HAD et autres. Il participe pleinement aux missions de service public et contribue à l'innovation de différentes cliniques.

L'établissement propose une offre de soins regroupant 120 praticiens, avec 13 spécialités médicales et 8 spécialités chirurgicales. Il regroupe ainsi une équipe soignante et administrative assurant une prise en charge optimale des patients. Il dispose de 325 lits et

places, de 12 salles d'opération, de 5 salles d'accouchement, un service d'urgence ouvert 7 jours sur 7, un Centre SOS Mains et une Maternité de niveau 2B².

Suite au projet de reconstruction, la Clinique est en train de piloter et de moderniser ses systèmes d'information et ses activités afin d'optimiser son parcours patient. Ces systèmes permettent de réagir face aux contraintes réglementaires et de créer de nouvelles pratiques technologiques. En effet, cette procédure permet le passage d'un monde stratégique vers une exécution opérationnelle. La Clinique pilote également le secteur de la GRH afin de développer une politique sociale et accompagner les différents services médicaux et administratifs dans leur évolution. Par conséquent, nous avons observé une complexité organisationnelle au sein de la clinique, entraînant des effets sur les acteurs ayant de différents intérêts afin de répondre aux réformes nationales et aux transformations internes de l'établissement. Dans cette perspective, nous avons opté pour l'étude du processus de changement managérial par une approche à la fois qualitative et recherche-action.

3.1.Méthodologie de la recherche

L'approche méthodologique de notre étude est considérée comme un processus interactif auprès des parties prenantes. Nous pensons qu'il est important de définir le problème à étudier, d'exécuter des techniques de recherche, d'engager des actions et d'interpréter les résultats de ces actions (Greenwood & Lewin, 2006). En effet, les connaissances acquises des acteurs mais aussi des chercheurs deviennent un moyen par lequel les acteurs vont apprendre à évoluer, à construire et à reconstruire le changement. Pour conduire notre recherche, il était essentiel d'intervenir auprès des gestionnaires, des cadres de santé, mais aussi de l'ensemble des équipes hospitalières qui sont des acteurs fondamentaux du changement.

Notre méthodologie de construction des connaissances nous a permis d'observer la dynamique de l'établissement. Nous avons réalisé 16 entretiens semi-directifs pendant un an, auprès des principaux acteurs du changement, notamment l'équipe de direction, l'équipe d'encadrement, les cadres de santé, les professionnels du terrain (voir Tableau 1). Chaque personne interrogée a été considérée comme ayant des expériences personnelles et des histoires spécifiques permettant d'approfondir nos connaissances sur le sujet évoqué. L'enregistrement et la retranscription des entretiens nous a permis d'établir une analyse plus fine, notamment une analyse de contenu dont nous conservons la confidentialité de la totalité des données retranscrites. Nous avons ensuite analysé chaque entretien afin d'extraire les éléments clés des expressions recueillies que nous présenterons avec des verbatims.

Notre étude a intégré aussi des observations menées au sein des services de la direction, des services de soins et ceux du parcours patient. Ces observations ont mis en valeur certains travaux de développement de la Clinique. Elles nous ont permis d'explorer l'interaction entre les équipes. Ainsi, notre participation aux réunions d'équipe de direction et d'encadrement a montré les capacités, mais aussi les difficultés rencontrées par les différents services.

Suite à l'adaptation de la recherche-action, notre objectif est de mettre en œuvre un changement dans l'organisation hospitalière tout en impliquant les acteurs par cette action. Malgré sa durée limitée, cette action nous a permis de produire d'une part, des connaissances pratiques inhérentes à l'objectif de résolution du problème ; et d'autre part, des connaissances théoriques, puisque notre engagement dans l'action collective de l'organisation nous a donné le privilège d'observer les pratiques et la dynamique de l'établissement. La recherche-action

² La maternité de niveau 2B dispose de deux unités : obstétrique et néonatalogie. Elle dispose également de lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et une prise en charge de pathologies plus lourdes.

est précisément de « *pouvoir être à la fois une méthode de recherche fondamentale, une démarche participative de changement et une voie de remise en cause radicale d'une institution par ses membres* » (Lewin, 1952 ; Liu, 1997). C'est une méthode contribuant au rapprochement des pratiques et de la recherche (Schmitt, 2004).

Au début, nous avons mené une réflexion approfondie et un diagnostic minutieux sur les origines de la transformation organisationnelle au sein des différents services de l'établissement. Notre intention était de construire la base théorique issue de notre expérience de terrain, afin d'identifier les différentes approches des acteurs du « problème à résoudre », ainsi que sa formulation. Ce premier temps de réflexion sur les nombreuses expériences managériales et organisationnelles, nous a permis d'observer la réalité de l'activité hospitalière et de rencontrer des situations gestionnaires délicates dans ce milieu.

Nous avons ensuite réfléchi les raisons de nos choix méthodologiques, d'outils et de posture d'accompagnement des équipes dans leurs projets d'optimisation du processus. L'élaboration et la validité des connaissances dépendent des critères humains et organisationnels pour mener à bien une telle mission. La conception d'un processus dépend de la motivation et de la capacité des équipes à mener le changement.

Nous nous sommes concentrés sur la mise en œuvre des démarches à poursuivre. Nous avons analysé nos réflexions, nos observations et notre intervention avec les cadres théoriques que nous avons jugés pertinents pour expliquer notre projet d'étude.

Notre recherche-action a été conduite auprès de la Direction Générale (DG) de la Clinique par la participation aux réunions directives. Ces réunions ont questionné le cadre d'accompagnement de la future clinique. Nous avons identifié différents axes comme celui du développement du digital, nous conduisant à déterminer le résultat principal de notre étude.

| | Initial | Fonction | Service |
|----|----------------|--------------------------------------|--------------------|
| 1 | DG | Directeur Général | Direction Générale |
| 2 | DRH | Directeur des Ressources Humaines | |
| 3 | ADRH | Assistant DRH | |
| 4 | DSI | Directeur des Soins Infirmiers | |
| 5 | DAF | Directeur Administratif et Financier | |
| 6 | DIM | Directeur des Informations Médicales | |
| 7 | RSI | Responsable du Service Informatique | Encadrement |
| 8 | RST | Responsable Service Technique | |
| 9 | RQ | Responsable qualité | |
| 10 | RPP | Responsable Parcours Patient | |
| 11 | RAA | Responsable Accueil – Admission | |
| 12 | CS1 | Cadre de santé 1 | |
| 13 | CS2 | Cadre de santé 2 | Parcours Patient |
| 14 | APP | Agent Parcours Patient | |

| | | | |
|----|----|----------------------|-----------------------|
| 15 | RP | Représentant patient | |
| 16 | CM | Chargé de Missions | Intervenant extérieur |

Tableau 1. Fonction des intervenants dans la représentation du matériau empirique

4. RESULTATS ET DISCUSSION

En septembre 2018, la transformation du système de santé présentée par le président de la République et la ministre de la Solidarité et de la Santé, place le numérique comme un levier stratégique d'amélioration des établissements de santé³ mais stipule aussi la nature du conflit de pouvoir dans la mise en place du parcours patient.

4.1.L'apport du digital au sein des établissements de santé

Les infrastructures numériques sont des éléments fondamentaux de réponse aux besoins de santé, où la digitalisation est placée au centre des besoins de base du patient et du personnel. De plus, les progrès des technologies d'Intelligence Artificielle (IA) amènent le secteur sanitaire à repenser les métiers et les parcours et à réfléchir à une nouvelle utilisation des données afin d'améliorer la qualité des soins au bénéfice des patients.

Les nouvelles technologies ouvrent des voies inédites et permettent de repenser les prises en charge et la relation entre les professionnels. Dans des prochaines étapes, les dirigeants seront amenés à proposer des axes d'améliorations qui, pour eux, pourraient être envisagés afin d'intégrer le numérique aux activités de la future clinique. Il s'agira ainsi de proposer de nouvelles pistes de réflexion permettant de développer des activités numériques au sein de la structure. Les propositions pourront être adaptées aux possibilités de mise en œuvre pratique, compte tenu des facteurs budgétaires et organisationnels.

« L'idée est de ne pas répéter ce qui a déjà été fait ailleurs. L'idée, bien qu'ambitieuse, est d'aller au-delà. Tous les établissements de santé travaillent sur le parcours patient, mais c'est l'approche entreprise qui diffère. Le parcours patient doit être traité sur d'autres dimensions tels que l'accueil infirmier, la prise en charge des douleurs, l'approche risque » (RPP).

Du côté administratif, la plupart des intervenants expriment l'intérêt principal de la clinique dans l'amélioration de l'accompagnement du patient tout au long de son parcours avec des supports intéressants : dossier administratif, information, suivi, lien avec la médecine de ville etc. *« Nous sommes encore dans des démarches administratives traditionnelles, comme les appels téléphoniques pour faire le suivi. Tout cela est à construire. Il faut commencer dès maintenant à optimiser le service parcours patient afin de le mettre en place dans la future clinique. Il faut que nos organisations soient les plus avancées possibles » (RPP).*

Le côté architecture de la clinique est également un défi pour les dirigeants. *« Il faut penser à tout en amont, à ce vers lequel on veut tendre à long terme. Il faut avoir l'idée de la direction dans laquelle on veut aller, qu'on en soit conscient et qu'on travaille dans ce sens-là. Il faut penser à comment toutes ces innovations techniques, médicales et numériques... vont*

³ La stratégie de transformation du système de santé a ainsi défini trois principaux engagements : 1) Remettre le patient au cœur du soin, ce qui se traduit par la volonté de mettre en place un espace numérique de santé individuel et personnalisé d'ici 2022. 2) Le décloisonnement des professionnels et des prises en charge, pour fluidifier les transferts d'information des patients et les partager entre tous les acteurs de leur prise en charge, qu'ils soient situés en ville ou à l'hôpital.

impacter toutes nos organisations. Comment notre patient va être pris en charge, parce que derrière on a des paliers à mettre en œuvre » (DG).

La difficulté de faire émerger des axes de transformation puissants, efficaces et consensuels, traduit un sentiment d'impuissance des établissements. Notre intervention nous a permis de poser les bases d'une grille d'analyse des logiques d'acteurs, à travers les entretiens qui ont mis l'accent sur l'importance du digital. Cette intervention nous a montré que les acteurs peuvent influencer la configuration de nouvelles plateformes, et appelle à une réflexion approfondie sur l'évolution de ces plateformes. Jacquet (2019) nous confirme que la mutation numérique ouvre la possibilité d'apporter des solutions innovantes pour renforcer l'accès aux soins, la coordination entre les professionnels et avec les usagers, et l'amélioration des techniques de diagnostic et de soins.

4.2. Les risques de l'exclusion numérique dans le processus de changement des établissements de santé

Afin d'établir une réflexion sur les succès ou les échecs inexplicables de certaines expériences managériales, notre perspective était d'améliorer et d'élargir nos connaissances sur les comportements des managers face aux risques d'exclusion numérique. Cependant, nous avons eu la difficulté d'analyser et d'expliquer, avec une posture compréhensive, la confrontation des managers face aux risques d'exclusion numérique.

Dans le domaine de la technologie de l'information, l'ensemble du personnel de la clinique peut être confronté à un *illectronisme*, qui se traduit par leur difficulté ou leur incapacité à fonctionner suite à l'intégration de nouveaux outils informatiques. En 2019, le numérique est perçu par les personnes interrogées, davantage comme potentiellement excluant (39%) qu'un facteur d'inclusion (18%), selon la sixième étude de l'observatoire du numérique BVA / Digital Society Forum.

« Il faut qu'on ait des outils de gestion. Pour ma part, web-santé m'a l'air d'être un très bel outil, mais le problème est que nous sommes vraiment sur un défaut de formation. Par exemple, moi, je n'ai jamais été formée à ce logiciel, d'autant plus qu'on fait du reporting dans des tableaux Excel etc., qui nous font perdre du temps » (RAA).

D'après les travaux de Yagoubi (2020), la connaissance des mécanismes contribuant à réduire les disparités numériques est fondamentale. La maîtrise des technologies ne dépend pas uniquement de leur utilisation quotidienne de la part des managers. Le rapport au savoir est lié d'une part, aux conditions d'acquisition ou non des compétences numériques (Karsenti & Collin, 2016) et d'autre part, aux caractéristiques des usages sociaux du numérique (Perriault, 2009). Les résultats de notre recherche nous montrent que, lorsque les capacités d'évolution numérique sont insuffisantes, cela participe à renverser la perspective stratégique et opérationnelle envisagée, alors que l'alignement des TI est censé accompagner le changement et contribuer à impulser de nouvelles mutations dans le processus organisationnel de l'établissement.

« On est en train de réfléchir à une sorte de contrôle, comme dans les aéroports, pour savoir continuellement où sont les patients. On saura, de cette manière, progressivement gérer et connaître les flux. Ainsi, c'est le Big Data, mais aussi l'IA et le deep learning, qui permettront au fur et à mesure de savoir à tel heure et à tel date ce que font les patients, où ils sont et vers où ils vont, ce qui va tendre à améliorer les flux » (CM).

Les technologies évoluent avec un rythme soutenu et exigent donc une maîtrise ponctuelle des processus ainsi qu'une faculté d'adaptation. Pour cette raison, le personnel de la clinique

est amené à s'appuyer sur des compétences lui permettant de s'adapter au changement et de bien gérer la complexité du parcours patient et l'interdépendance des projets. « *Il faut aussi imaginer l'expérience patient autrement. On va commencer à intégrer des supports numériques, mais il faudra imaginer ces approches innovantes pour s'adapter à notre société* » (RPP). A ce sujet, nous avons montré, d'après les études de Bolman & Deal (2017), que la phase d'initiation du changement est une période qui nécessite de mieux comprendre, mieux appréhender la gestion du changement mais aussi de s'adapter à ce changement.

La clinique, dans son aspect encore conceptuel, partira sur une dématérialisation et sur des aspects innovants afin d'assurer un accès direct pour les patients dans les salles d'interventions et de développer tout le volet ambulatoire avec des zones saines. « *Afin de répondre à nos deux objectifs : réduire le temps d'attente des patients et optimiser leur prise en charge, nous allons être sur une organisation logistique qui va être aussi verticale et robotisée* » (DGA).

Dans l'étape intermédiaire entre la préadmission et l'admission, il y a tout un temps essentiel de traitement, de gestion du dossier et de gestion du placement en chambre. Aujourd'hui cette admission est physique, mais demain elle pourra se passer en ligne ou par téléphone, ou autrement. « *Il faut d'ailleurs que l'on développe ces outils de gestion. Aujourd'hui, je pense que les professionnels sont de plus en plus conscients de l'importance de ce dossier-là, car ils en voient les bénéfices en temps réel. Depuis quelques mois, ils voient sur le terrain des dossiers mieux préparés, des patients qui arrivent aux admissions avec une meilleure fluidité. Cependant, on constate des dysfonctionnements du parcours patient. L'idée est d'emmener les équipes sur des parcours modélisés et les mettre en place. C'est de la petite gestion de projet, avec les ressources, les compétences à mettre en place, le suivi, les réajustements, etc... tout cela doit s'imbriquer et s'appliquer aux différents interlocuteurs. Ce que l'on souhaite demain, c'est de pouvoir décliner tout cet aspect en numérique* » (RPP).

Suite à la diversité et la fragmentation des sociétés, les managers de la clinique sont également amenés à collaborer et à communiquer avec des personnes d'horizons différents. Il est important d'interroger les compétences des managers face au risque d'exclusion numérique afin de pouvoir se servir d'un large éventail d'outils digitaux interactifs. Dans notre monde de plus en plus systémique, les managers sont amenés à être capables d'interagir dans des groupes hétérogènes et de prendre des responsabilités pour gérer leurs postes, se situer dans un contexte social plus vaste et agir en autonomie complète.

« *L'environnement socio-économique et celui des RH du 21^e siècle, doit mobiliser des compétences transformatives, soit des capacités de résolution de problèmes critiques, des aptitudes sociales et cognitives, d'adaptation à des situations imprévisibles* » (DRH).

Il nous semble que, si la clinique va se distinguer par rapport aux concurrents, il importe de renforcer les aptitudes personnelles et collectives de ses équipes. Ceci ne peut se réaliser que par sa capacité d'apporter de nouvelles idées et solutions, de nouveaux raisonnements et des compétences créatives. Il s'agit des compétences liées aux Technologies de l'Information et des Communications (TIC), aux technologies numériques et aux habiletés sociales et culturelles, afin d'assurer un système communicatif performant.

« *Nous manquons de matériel numérique et cela nous fait perdre énormément de temps. Je pense qu'en prévision il serait vraiment bénéfique de pouvoir scanner les documents et qu'on ne soit plus embêté avec ces histoires de papiers. Le fait d'avoir toutes les informations sur un seul logiciel, avec des pièces jointes, nous faciliterait le travail* » (APP).

En revanche, la transition et la mise en œuvre du numérique ne se réalisent que par « *l'intégration physique des ressources, le transfert de capacité et l'intégration managériale et culturelle* » (DG).

Face aux risques d'exclusions numériques, les managers sont désormais confrontés à la complexité de la mise en œuvre d'un système contribuant à l'adéquation des savoirs de leurs équipes. L'exclusion numérique de certains managers peut alors générer un freinage de la performance individuelle, collective et organisationnelle caractérisé par une démotivation, insatisfaction et une démobilitation. Cette exclusion peut impacter sur le sentiment d'appartenance, de confiance, de la prise d'initiative et de l'autonomisation (Cooper & Rousseau, 1994). Par conséquent, le manager ne pourra plus exercer son rôle, ni répondre à ses objectifs personnels et ceux de l'organisation. L'exclusion potentielle des managers favorisera une logique de défiance entre tous les acteurs organisationnels (Ring & Van de Ven, 1992).

« *Nous avons un problème de sentiment d'appartenance avec nos équipes, un sentiment de fierté de travailler à la clinique et la fierté de faire ce qu'on fait. Tant qu'on ne valorisera pas le sentiment de fierté, on aura toujours ce ressenti-là. Quand une personne n'est pas fière de ce qu'elle fait, elle n'aura pas les mêmes résultats et aura tendance à s'en aller plus rapidement. Je pense que le nœud du problème est là, c'est le sentiment de fierté des salariés qui est à retravailler à la clinique* » (DRH). Dans cette perspective, notre étude met en évidence le projet de reconstruction et le développement du digital qui devient l'intérêt principal de l'établissement.

4.3.L'analyse des dispositifs d'organisation apprenante dans les établissements de santé

La formation professionnelle dans le cadre de la salutogénèse s'appuie sur trois piliers : la motivation des apprenants, la proposition de méthodes d'auto-formation pour identifier les données nécessaires, et l'environnement qui met les salariés en situation d'apprendre (Frimousse et Peretti, 2020). L'objectif de l'organisation apprenante consiste dans sa capacité à se structurer, tout en permettant une professionnalisation collective au service de son activité (Belet, 2017). Dans cette même idée, les acteurs, mais aussi les collectifs, apprennent les uns des autres afin de conserver la compétitivité de leur établissement. L'essentiel est alors dans la création des conditions pour que chacun apprenne et provoque une dynamique d'apprentissage permanente.

L'objectif des formations e-learning proposées par le service de la DRH a marqué les dernières innovations pédagogiques de la clinique. « *Pour optimiser les formations à distance, nous avons mis au point des cours en e-learning afin de garantir un enseignement pédagogique dynamique et interactif aux professionnelles des cliniques* » (DRH).

L'accompagnement, la souplesse du dispositif, la fluidité d'accès et la qualité des contenus de formations sont autant des points clés qui fondent cette méthode de plus en plus répandue dans les entreprises et dans le domaine médical. « *Les cadres accompagnent leurs équipes au développement de leurs compétences par le e-learning, puisqu'ils connaissent leurs besoins en heure, en suivi de validation de la formation ou pas* » (DSI).

Cette alternative à la formation classique s'avère efficace et permet de progresser et d'apprendre de la manière la plus simple possible grâce à des cours illustrés, animés et des outils intuitifs. L'e-learning est donc une méthode d'apprentissage permettant de mesurer les acquis du personnel et de gagner facilement une certaine autonomie. « *Nous avons opté pour l'e-learning, car ce mode d'apprentissage à distance offre un large choix de supports*

interactifs. Nos formations proposées sont au service de l'ensemble des équipes soignantes et administratives comme : la prise en charge de la douleur, l'accueil du patient, l'identitovigilance... » (DRH).

Dans un projet comme celui de la reconstruction de la clinique, il est évident de préparer les équipes au changement permanent et à l'imprévu, les aider à se valoriser et à se former en continu, ainsi qu'à développer leurs compétences et leurs savoirs pour continuer à être innovants et compétitifs. Ceci aidera également les managers à mieux gérer les changements qu'ils rencontrent afin d'assurer la survie de l'organisation et éviter l'exclusion numérique. Le manager est alors amené à devenir un « Serial Learner », c'est à dire une personne mobilisant trois dimensions : cognitive, affective et conative. C'est une personne qui possède la capacité de se former et d'apprendre en sortant des sentiers battus (Anglade, 2015). Le manager devient alors attentif aux évolutions qui affectent sa fonction et anticipe les nouvelles compétences à développer. Il devient l'acteur du développement de son employabilité. Chaque salarié devient responsable du développement de son parcours professionnel et de sa montée en compétences.

« Ce matin, j'ai fait la connaissance d'une dame qui fait partie de notre équipe. Elle a déjà été formée aux préadmissions et a déjà été en autonomie là-bas. Actuellement, je l'ai mise en doublon aux admissions. Pendant tout le mois de juin elle sera encore en doublon. A partir des deux dernières semaines de juin, je la mettrai en doublon au standard. Il y a énormément d'informations à acquérir, et le meilleur moyen de valoriser les équipes, c'est de les noyer dans les informations. C'est comme des paliers. S'ils ne respectent pas les paliers, on a des carences qui sont ensuite compliquées à rectifier » (RAA).

Si on se projette dans les vagues d'innovation définies par Schumpeter (1939) et développées par *The Natural Edge Project* en 2014, nous observons dans la Figure (1) que, dans les années 90 nous dépendions de la cinquième vague d'innovation dominée par les réseaux numériques, les logiciels et les nouveaux médias, alors qu'actuellement nous sommes dans la sixième vague d'innovation. Si on les compare avec les années précédentes, nous observons qu'une certaine accélération de l'innovation est remarquable depuis les années 1975.

« Lorsqu'on parle d'innovation, on parle de Disruption. On n'est pas là pour faire de l'expérimentation sur le vivant. On va laisser le disruptif à d'autres. En revanche, il y a des tas de choses qui sont incrémentales, c'est à dire aller chercher ce qui s'utilise, ce qui est pratique, ce qui est déjà opérationnel soit dans la santé soit ailleurs » (CM).

Selon l'économiste J. Schumpeter⁴, les vagues d'innovation s'accompagnant d'une phase de « destruction créatrice ». Il n'est pas déraisonnable de penser que l'actuel laissera de côté les managers qui n'auront pas su développer leurs compétences. En outre, à une époque extrêmement concurrentielle pour toutes les organisations, marchandes ou non, publiques ou privées, petites ou grandes, locales ou multinationales, et dans un contexte d'évolution rapide des technologies, des besoins et des services, la vitesse de l'innovation s'est placée au cœur de leur stratégie de survie. L'organisation apprenante peut être alors vue comme une barrière contre cette destruction, voire un intégrateur de l'énergie créatrice. En s'autonomisant quant à son développement professionnel, et en apprenant, le manager met en mouvement une démarche qui lui permettrait de reconsidérer sa perception du monde et d'accepter, d'intégrer voire d'incarner des innovations initialement vécues comme exogènes ou étrangères.

⁴ Universalis, E. (2015). *Théorie de l'évolution économique. Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture de Joseph Aloys Schumpeter : Les Fiches de lecture d'Universalis* (Vol. 438). Encyclopaedia Universalis.

Dans cette perspective, le changement de paradigme est l'un des points fondamentaux qui interroge le lien entre l'organisation apprenante et l'innovation. Ce changement peut être perçu en soit comme une innovation, dans l'appréhension de la diffusion de la connaissance au sein de l'établissement. Jusqu'ici, c'est comme si toutes les actions de formation menées dans les organisations aspiraient à transformer le sujet (l'apprenant) par l'apport d'outils de contenus extérieurs. Or, d'après Carré (2015), l'organisation apprenante est une démarche opposée, puisqu'elle place le sujet au cœur de la démarche, une approche dite « *learner centred* ». En cela, elle se décentralise du contenu pour rendre au contenant une place centrale dans la décision d'apprendre.

Enfin, l'organisation apprenante est à rapprocher des changements dans l'exercice du pouvoir au sein des organisations. Ces changements pourront être traités plus particulièrement parce qu'ils sont impliqués en termes de conflit du pouvoir au sein des services des établissements de santé. Ainsi, le pouvoir des gestionnaires, comme nous l'indique Dumond (2003), s'aggrave par la mise en concurrence des établissements sous l'effet de l'efficacité, mais aussi de la menace des restructurations qui correspond à une dégradation des activités dans le cadre d'une hiérarchie des services.

Les résultats soulignent que l'information est également un instrument du pouvoir. Il y a ceux qui la détiennent et ceux qui ont le pouvoir de la retenir. L'information est de plus en plus partagée avec la digitalisation. Aujourd'hui, le pouvoir de l'information, c'est d'être trouvée et partagée. Avec la connaissance, la démarche de l'organisation apprenante ne place plus l'acteur (le supérieur, le formateur ou l'expert) dans un face-à-face avec l'apprenant mais côte-à-côte, tout en bousculant les anciens rapports de pouvoir (Frimousse & Peretti, 2019).

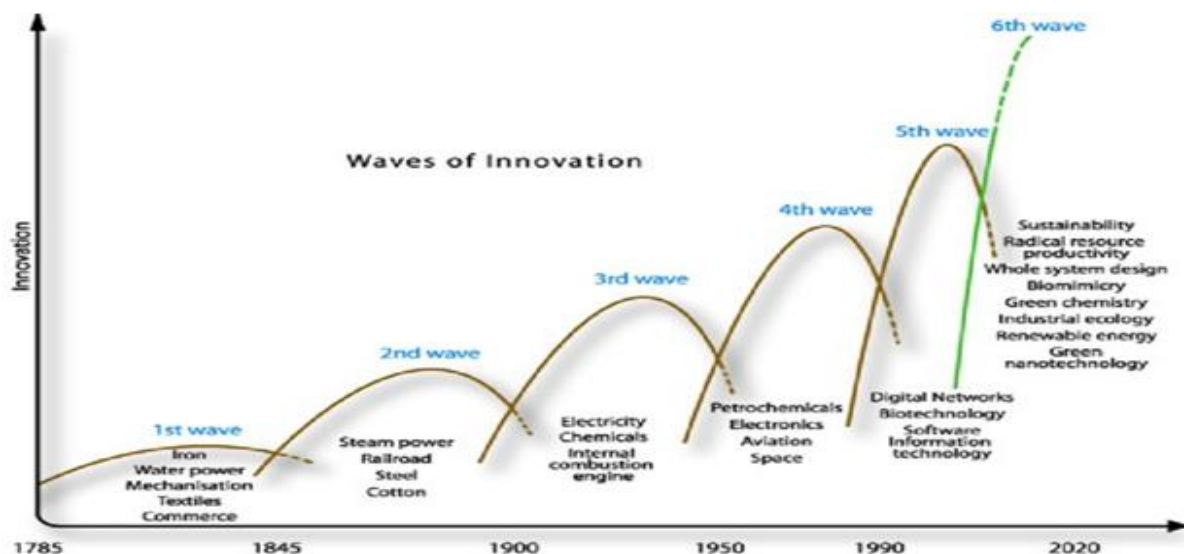


Figure 1. Waves of innovation of the first and the next industrial revolution
(Copyright© 2004. The Natural Edge Project)

4.4. La nature paradoxale et constructive du parcours patient dans les établissements de santé

Dans une perspective de recherche-action, il est essentiel de souligner la nature paradoxale et constructiviste des challenges dans la mise en place du parcours patient selon une logique d'organisation apprenante. Elle trouve son équilibre dans un arbitrage actif entre des aspects structurels (liés au contexte d'action des établissements de santé), instrumentaux (liés

aux enjeux et représentation des acteurs) et dialectiques (tenant compte des enjeux humains en tensions avec les enjeux organisationnels).

La GRH dans les établissements de santé est soumise à des enjeux qui s'opposent dans un champ de tensions entre des formes d'instrumentation explicites (domaine réservé à l'équipe de direction) et des processus sociaux implicites d'arrangement de travail des collaborateurs (notamment des désirs, des attentes et des projets).

Une régulation de ces tensions intrapersonnelles, interpersonnelles et psychosociales est continue en établissements de santé. La perspective constructiviste a rendu compte de logiques structurelles différenciées d'intégration du parcours patient dans une logique d'organisation apprenante.

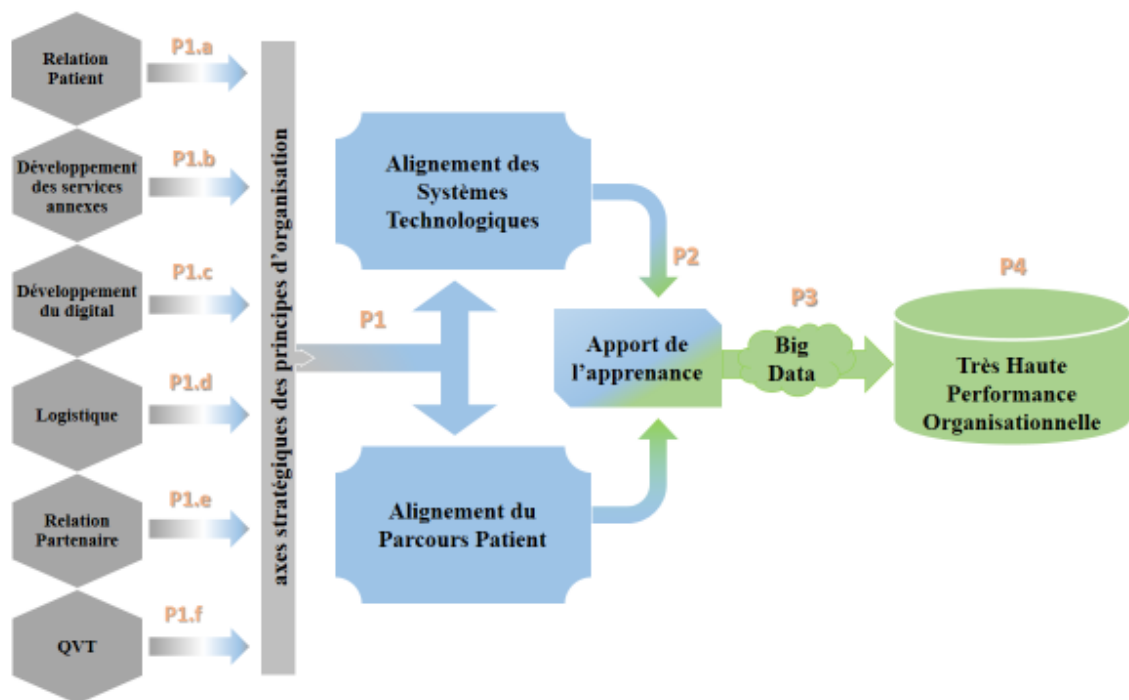


Figure 2. Modèle de recherche intégrant un ensemble des variables pour une salutogénèse

Ce schéma (voir figure 2) témoigne de l'importance de la relation humaine d'une part, et de l'information partagée et adaptée à la multiplicité des besoins de chaque partie prenante d'autre part. Nous avons montré l'importance d'articuler ST et PP, c'est-à-dire la mise en action et en collaboration des acteurs de la démarche managériale. De plus, ceci a démontré que l'activité des managers est contributive dans l'amélioration des conditions d'accueil et dans l'appropriation de l'organisation du travail.

Nos résultats nous ont permis d'introduire de nouveaux indicateurs de performance utiles, notamment à l'action managériale des RH. Nous avons évoqué la manière dont cette recherche pourra contribuer à enrichir les travaux à réaliser dans le champ de l'organisation apprenante, de l'exclusion numérique, de la fusion-acquisition et du rôle du leadership responsable. Nous les avons traités notamment à travers le prisme de l'alignement stratégique des choix organisationnels. Nous avons montré que cette recherche participe à la compréhension des fonctions RH et que l'intérêt de développer une méthode de diagnostic organisationnel ainsi qu'une stratégie d'intervention passe en amont par la mise en place de l'organisation apprenante. Nos résultats ont finalement montré que les technologies du Cloud

et du Big Data peuvent être utilisées pour assurer la performance de l'établissement de santé afin que les acteurs puissent profiter de divers services intelligents.

CONCLUSION

La réalité organisationnelle des établissements de santé serait en permanence questionnée, utilisée et agie (Valax, 2018). Cela incite à repenser l'implémentation du parcours patient, au sens de contribuer à trouver une cohérence par rapport à des configurations d'acteurs, de fonctionnements et de structures dont la tendance normale est de se dissocier ou d'entrer en conflit.

Une gestion paradoxale de cette réalité organisationnelle contribue alors à la structuration du rapport dynamique entre les acteurs, leurs problématiques et les pratiques mises en œuvre. Les établissements de santé sont des espaces sociaux en équilibre instable. Les actions quotidiennes et les intérêts des nombreuses parties prenantes viennent se heurter à ceux des autres acteurs. Cette nature dialectique de l'action prend la forme de différents processus dans l'implémentation d'un parcours patient. La complexité de ces processus nécessite une vision stratégique qui fasse évoluer les établissements de santé par des oppositions et des dépassements de ces conflits. Cette co-construction organisationnelle du parcours patient par une logique d'organisation apprenante permet d'intégrer, de formuler des schémas d'action et d'être apte à rassembler le maximum de compétences pour affronter l'incertain. Les membres de l'organisation sont à même d'échanger, de se projeter ensemble dans le futur en intervenant là où les pratiques requièrent des négociations constructives.

Les établissements de santé français tentent, dans un contexte économique restreint, d'assurer une offre de soins de qualité. Un travail technique d'ampleur se doit d'être réalisé sur les outils transversaux indispensables, notamment sur la collaboration entre le personnel et la mise en place d'un système d'information. Dans ce contexte, le changement organisationnel des acteurs, sur la réponse aux besoins de la population dont ils ont la charge, est nécessaire pour les conduire à s'organiser en équipes autour d'objectifs partagés entre eux et avec les patients. Leur intérêt à agir ne sera pas uniquement financier, comme on l'entend souvent, mais sera aussi une valorisation de leur adaptation au changement, de leurs compétences et de la qualité de leur exercice professionnel. Dans l'étude de la haute performance organisationnelle (Appelbaum et al. 2000), la mobilisation de ce cadre nous a permis de mettre en exergue la position des managers dans les activités de la GRH. Il nous semblait que cette grille d'analyse pouvait être renforcée en y intégrant la cohérence entre le processus organisationnel et la stratégie de l'hôpital. Cette cohérence a été proposée à travers la logique de l'alignement stratégique (Henderson & Thomas, 1992).

Cette étude nous a permis de mettre en avant les principaux impacts du désalignement d'un établissement sur le fonctionnement du parcours patient et de ses conséquences en termes de conflit et d'une moindre salutogénèse. Tous les éléments et les termes que nous avons traités, montrent la nature conflictuelle et la difficulté des managers dans la mise en place d'un parcours patient performant. Cette recherche nous confirme que ce parcours est une réalité vivante, complexe et polymorphe. Nous sommes, en effet, dans une réalité qui évolue tous les jours, et l'émergence du COVID-19 vient révéler la nécessité de faire évoluer davantage les établissements de santé. De plus, l'intérêt de notre intervention auprès de cette clinique au

Grand Est a mis en évidence les mécanismes liés à la conduite du changement et au pilotage des projets d'innovation qu'il conviendra de poursuivre au sein d'une étude longitudinale.

REFERENCES

Al Hachem, C. (2019) « *Institutional Change: Alignment And Organisational Development in a French Hospital using Collective Action* » Working paper in WINIR Congress « Institutions for Inclusive Societies: Global & Comparative Perspective WINIR, Lund University, Sweden.

Anglade A. (2015). *Les serial Learners*. RH Info, 31/08/2015

Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., Kalleberg, A. L., & Bailey, T. A. (2000). *Manufacturing advantage: Why high-performance work systems pay off*. Cornell University Press.

Bareil, C., Boudrias, J. S., & Savoie, A. (2002). Les pratiques renouvelées de gestion des ressources humaines dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux. *Gestion*, 27(3), 64-73.

Belet, D. (2017). Pourquoi la méthode de l'Action Learning offre-t-elle un double intérêt managérial? Essai de réponse par une approche qualitative et opérationnelle. *Management Avenir*, (7), 35-59.

Benraïss-Noailles, L., Herrbach, O. & Ohana, M. (2019). La GRH peut-elle sauver le travail ?. @GRH, 30(1), 9-10.

Bharadwaj, A. S. (2000). A resource-based perspective on information technology capability and firm performance: an empirical investigation. *MIS quarterly*, 169-196.

Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2017). *Reframing organizations: Artistry, choice, and leadership*. John Willey & Sons.

Bruyère C., Massard N., & Mathy J. (2019). Chapitre 1 : Les parcours patients en chirurgie ambulatoire : entre singularité des expériences et normativité du flux, in Bentahar, O., & Benzidia, S. (2019). Supply Chain Management de la santé. *Éditions EMS*, Management et Société. p 29-43.

Carré, P. (2015). De l'apprentissage à la formation. Pour une nouvelle psychopédagogie des adultes. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (190), 29-40.

Chow, G., & Heaver, T. D. (1994). Logistics in the Canadian health care industry. *Canadian Logistics Journal*, 1(1), 29-73.

Cooper, C-L. & Rousseau, D-M. (1994) *Trends in Organization Behavior*, Wiley, Chichester, p75-89.

Davis, R. N. (2004). No more chances for supply-chain savings? Look again! Many hospitals assume they have exhausted opportunities to reduce supply-chain costs. but a well-coordinated, interdisciplinary effort may still yield substantial savings. *Healthcare Financial Management*, 58(1), 68-76.

Dumond, J. P. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, (1), 71-81.

- Frimousse, S., & Peretti, J. M. (2020). Apprenance: serial learner et rebel talent. *Revue Management Innovation*, (1), 27-37.
- Greenwood, D. J., & Levin, M. (2006). *Introduction to action research: Social research for social change*. SAGE publications.
- Henderson, J. C. & Thomas, J. B. (1992). Aligning business and information technology domains: strategic planning in hospitals. *Hospital & health services administration*, 37(1), 71-88.
- Jacquet, M. A. (2019). Le virage numérique à l'hôpital: un processus de transformation globale. *Gestion Finances Publiques*, (1), 37-43.
- Jayaraman, R., Buyurgan, N., Rardin, R. L., Varghese, V. M., & Pazour, J. A. (2015). An Exploratory Pilot Study on Supply Chain Data Standards in a Hospital Pharmacy. *Engineering Management Journal*, 27(3), 141-151.
- Karsenti, T., & Collin, S. (2016). Pour un enseignement obligatoire de la littératie numérique à l'école primaire et secondaire [Chronique-Technologies en éducation]. *Formation et profession*, 24(2), 78-81.
- Kuhne, Y & Schaller, P. (2019) Mutations dans les organisations de santé, quelles perspectives ? . *Revue Médicale Suisse*, 15, 1584-85.
- Lee, T., Ghapanchi, A. H., Talaei-Khoei, A., & Ray, P. (2015). Strategic information system planning in healthcare organizations. *Journal of Organizational and End User Computing (JOEUC)*, 27(2), 1-31.
- Lewin, K. (1952). *Field Theory in Social Science*. Tavistock. London.
- Liu, M. (1997). « *Fondements et pratiques de la recherche action* ». Editions l'Harmattan. Paris.
- Loilier, T., & Tellier, A. (2013). *Gestion de l'innovation: comprendre le processus d'innovation pour le piloter*. Éditions EMS, Management et Société, 2^{ème} éd, Paris.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), 376-382.
- Péquignot, J. (2016). Joëlle Zask, Introduction à John Dewey. Paris, Éd. La Découverte, coll. Repères, 2015, 125 pages. *Questions de communication*, (30), 428-429.
- Peretti, J. M., & Frimousse, S. (2019). *L'apprenance au service de la performance*. Éditions EMS.
- Perriault, J. (2009). Traces numériques personnelles, incertitude et lien social. *Hermès, La Revue*, (1), 13-20.
- Petit, N., & Ducrocq, C. (2013, May). Le contrôle de gestion logistique hospitalier.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1992). Structuring cooperative relationships between organizations. *Strategic management journal*, 13(7), 483-498.
- Santhanam, R., & Hartono, E. (2003). Issues in linking information technology capability to firm performance. *MIS quarterly*, 125-153.
- Schmitt, C. (2004). Pour une approche dialectique de la relation entre recherche et pratiques entrepreneuriales: une relation en quête de sens. *Revue internationale PME Économie et gestion de la petite et moyenne entreprise*, 17(3-4), 43-68.
- Schumpeter, J. A. (1939). *Business cycles* (Vol. 1, pp. 161-174). New York: McGraw-Hill.

- Tippins, M. J., & Sohi, R. S. (2003). IT competency and firm performance: is organizational learning a missing link?. *Strategic management journal*, 24(8), 745-761.
- Valax, M., & Vinot, D. (2018). Hospitals: Facing New Shared Leadership Skills. *Skills Management: New Applications, New Questions*, 1, 131-156.
- Villeneuve, V., Thyard, E., Lemaire, S., Bréchet, S., Cance, G., & Camus, M. (2015). Chambre des erreurs: outil de simulation pour améliorer la prise en charge des patients. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 50(3), 319-320.
- Vinot, D. Fraisse, S., & Robelet, M. (2003). La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion*, n° 146(5), 155-166.
- Womack, J., & Jones, D. (2012). *Système Lean: Penser l'entreprise au plus juste*. Pearson.
- Yagoubi, A. (2020). Cultures et inégalités numériques: usages numériques des jeunes au Québec. Working paper sur le Printemps numérique : Jeunesse QC 2030, 236 p.
- Yin, R. K. (2015). *Qualitative research from start to finish*. Guilford publications.