

**JOHANNA HABIB**  
**ISABELLE VANDANGEON-DERUMEZ**  
Université Paris-Est Créteil, IAE Gustave Eiffel



# Le rôle du leader formel dans la transformation des organisations pluralistes

Analyse comparée de deux hôpitaux

*Les nombreux chantiers de réformes conduits actuellement dans les hôpitaux français permettent de mieux comprendre les dynamiques de transformation de ces organisations. Cette recherche se propose d'étudier le rôle du directeur d'hôpital dans la conduite du changement au sein de ces organisations, qualifiées de « pluralistes », où la transformation est complexe et dépend en grande partie de la capacité de construction de coalitions (Denis et al., 2001). Pour cela, deux études de cas de processus de changement dans des organisations hospitalières<sup>1</sup> différentes sont analysées afin d'appréhender l'influence du leader formel sur la construction du leadership collectif et les niveaux de couplage associés.*

DOI:10.3166/RFG.247.45-66 © 2015 Lavoisier

1. Les auteurs remercient les équipes de recherche ainsi que les acteurs de terrain impliqués dans la réalisation des deux études présentées dans cet article. Ils remercient également Clémence Zacharie d'avoir alimenté leur réflexion sur les dimensions juridiques qui distinguent ou au contraire rapprochent les hôpitaux militaires et les hôpitaux civils.

La conduite du changement est une question centrale du management des organisations et des établissements de santé en particulier. Confrontés depuis une dizaine d'années à des réformes d'envergure, les hôpitaux français sont contraints de s'engager dans des dynamiques majeures de transformation. Ces réformes institutionnelles se réalisent dans des dynamiques différentes d'un établissement à l'autre, questionnant ainsi la capacité à changer des hôpitaux. Qualifiés de bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1979) ou d'organisations pluralistes, les hôpitaux se caractérisent par des sources d'autorités multiples, des expertises fragmentées et des coalitions d'acteurs dynamiques (Denis *et al.*, 2001, 2007 ; Jarzabkowski et Fenton, 2006 ; Cuccurullo et Lega, 2013). Conduire le changement y est donc un exercice complexe qui dépend en grande partie du développement d'un leadership collectif (Denis *et al.*, 2001 ; 2007 ; 2012 ; White *et al.*, 2014). Celui-ci repose sur une capacité de construction de coalitions à trois niveaux couplages : stratégique, organisationnel et environnemental (Denis *et al.* 2001). Dans cette perspective théorique, des travaux récents ont toutefois souligné que le rôle du leader formel dans la construction du leadership partagé et de ces systèmes d'action collectifs demeure sous-investigué (Friedrich *et al.*, 2009 ; Cullen et Yammarino, 2014).

Pour contribuer à compléter ce courant de recherche, notre article se propose d'étudier l'influence du leader sur la conduite du changement dans le contexte des organisations pluralistes. Comment les leviers mobilisés par le directeur d'hôpital, son positionnement ou encore sa gestion de la

temporalité du changement impactent-ils le développement d'un leadership collectif et les niveaux de couplage associés.

Pour y répondre, deux études de cas de processus de changement ont été analysées au sein d'établissements hospitaliers distincts : un hôpital d'instruction des armées (HIA ou hôpital militaire) et un hôpital public local. Les dirigeants de ces deux hôpitaux y révèlent des modes d'actions différents qui pèsent sur le processus de changement en cours.

Dans un premier temps, nous proposons une réflexion sur les spécificités pluralistes de l'hôpital et de ses dynamiques de transformation, pour discuter par la suite le rôle central des dirigeants dans la conduite du changement au sein ces organisations (I). Nous présentons ensuite les deux situations de changement étudiées et les résultats de leur analyse comparée (II). Celle-ci met en exergue des différences importantes dans la façon dont le leader conduit le changement. Enfin, nous terminons par une discussion sur le rôle du leader formel dans le développement du leadership collectif ainsi que l'importance de certains niveaux de couplage en situation de changement à l'hôpital (III).

### **I – POURQUOI LA CONDUITE DU CHANGEMENT À L'HÔPITAL EST-ELLE DIFFÉRENTE DE CELLE D'AUTRES ORGANISATIONS ?**

Afin d'appréhender l'influence du leader sur les processus de changement au sein des organisations hospitalières, il convient d'abord de présenter les caractéristiques de ces organisations, qualifiées de pluralistes, ainsi que les spécificités qui en découlent en termes de conduite du changement.

### 1. Les organisations hospitalières : des organisations par essence pluralistes

L'hôpital est considéré comme une organisation particulière compte tenu du caractère professionnel ou pluraliste de son mode d'organisation. Pour Denis *et al.* (2001), les organisations pluralistes ont trois caractéristiques principales : 1) des objectifs multiples susceptibles d'être contradictoires, 2) des sources de pouvoir et de décision diffuses et ambiguës, et 3) des processus de travail peu standardisés nécessitant des connaissances complexes. Ce pluralisme provient de pressions internes et externes exercées sur l'organisation (Pettigrew, 1987).

En interne, le pluralisme « renvoie à la superposition de logiques d'action distinctes, présentes à différents niveaux de l'organisation » (Contandriopoulos *et al.*, 2005, p. 108). Chaque groupe d'acteurs défendant ses valeurs et ses intérêts, les difficultés de communication et de coordination dans la fabrique d'une stratégie commune y sont courantes (Cuccurullo et Lega, 2013). À l'hôpital, ce pluralisme interne est représenté par quatre mondes aux logiques et modes d'actions différents (Glouberman et Mintzberg, 2001) : 1) *Les administrateurs* composant le conseil d'administration. Ils font référence aux personnes chargées de surveiller les activités de l'hôpital ; 2) *Les gestionnaires* dont font partie le directeur et les membres de son équipe de direction (*i.e.* directeur financier, DRH...). Ils sont chargés de gérer et de contrôler l'activité de l'hôpital sans pour autant avoir un contrôle direct sur les activités médicales de l'établissement ; 3) *Le corps médical* qui traite les patients. Les médecins exercent dans l'hôpital tout en étant très impliqués dans l'univers médi-

cal extérieur de leur spécialité ; et 4) *Le corps des personnels soignants* et certains médecins qui dispensent des soins de base aux patients. Ils assurent le fonctionnement quotidien des unités de soins.

Si les gestionnaires et le corps des personnels soignants relèvent du contrôle de l'établissement, il en va différemment pour les administrateurs et les médecins qui en échappent en partie. La coexistence de ces identités professionnelles et managériales (ou médicales et administratives) fragmente l'organisation en sous-cultures autonomes (Jarzabkowski et Fenton, 2006) et structure ainsi une organisation collégiale. En effet, la forte spécialisation de ces groupes d'acteurs (*i.e.* spécialités médicales, techniques de soins, management des unités de soins) diffuse le pouvoir à de multiples niveaux de l'établissement hospitalier : le directeur et son équipe de direction, le président de la Commission médicale d'établissement (CME), les chefs de services et autres médecins reconnus par leurs pairs, les cadres de santé, les représentants du personnel, etc.

En externe, le pluralisme se manifeste par une dépendance de l'organisation à des parties prenantes habilitées à exercer sur elle une autorité. L'environnement politique et institutionnel des hôpitaux témoigne de ce pluralisme externe et de la forte influence de multiples parties prenantes telles que le ministère de la Santé, les agences gouvernementales, ou encore les agences régionales de santé. Ces parties prenantes externes en imposant des objectifs et des contraintes aux établissements hospitaliers engendrent des stratégies ambiguës et renforcent encore les difficultés de pilotage de ces organisations (Cuccurullo et Lega, 2013). Ces pressions externes sont ainsi tout autant fluctuantes

que structurantes pour les établissements de santé (Minvielle et Contandriopoulos, 2004). À l'aune de ces deux dimensions interne et externe, les hôpitaux sont traversés par des sources de pluralisme multiples. Tant la diversité interne que l'influence des parties prenantes externes peuvent être caractérisées comme fortes (Jarzabkowski et Fenton, 2006 ; Cuccurullo et Lega, 2013).

Ces caractéristiques font des hôpitaux des organisations complexes à manager, où la conduite du changement présente elle-même plusieurs particularités.

## **2. Leadership collectif et dynamique de couplage : les leviers de la conduite du changement dans les organisations pluralistes**

Les organisations pluralistes, et plus particulièrement les hôpitaux, font bien souvent figure de paradoxe entre l'apparente inertie du système et l'abondance des changements en cours, notamment des changements structurels. Les difficultés de transformation y sont nombreuses et le fort degré de pluralisme de ces organisations peut produire une paralysie stratégique et une dilution des initiatives de changement (Denis *et al.*, 2007).

Dans ce contexte, la construction d'un leadership collectif est une condition essentielle de la transformation organisationnelle (Denis *et al.*, 2001, 2007, 2012). Le concept de leadership collectif se définit comme un processus dynamique de construction de coalitions au sein duquel les participants, les rôles et les influences évoluent au cours du temps (Denis *et al.*, 2001 ; Pearce et Conger, 2003). Sans être une garantie de succès, la contribution active des acteurs internes et externes peut ainsi favoriser l'élaboration et l'implémentation d'un projet de changement (Jarzabkowski

et Balogun, 2009). Dans de telles organisations, le dirigeant hospitalier ne peut pas s'engager seul dans un processus de changement. La recherche d'alliances en vue de constituer des coalitions favorables au projet de changement constitue dès lors une dimension fondamentale de la conduite du changement (Minvielle et Contandriopoulos, 2004). Le concept de leadership collectif reflète ainsi toute l'importance pour le ou les initiateur(s) du changement de maintenir une légitimité suffisante auprès des groupes d'acteurs dans et hors de l'organisation pour impulser une dynamique de transformation effective.

Les travaux de Denis *et al.* (2001) mettent également en exergue une seconde dimension fondamentale du changement dans les organisations pluralistes, celle de capacités de couplage entre l'équipe de direction, l'organisation et l'environnement. Le degré de couplage (faible, modéré ou fort) dépend de l'adéquation perçue entre d'une part, les objectifs et les orientations du projet de changement et d'autre part, les intérêts des différentes constellations d'acteurs dans et hors de l'organisation. Les auteurs (*ibid.*) identifient trois niveaux de couplage ; stratégique, organisationnel et environnemental. Le couplage stratégique fait référence à « l'harmonie interne » au sein de l'équipe de direction. Le couplage organisationnel désigne le soutien des acteurs internes au projet de changement de la direction. Le couplage environnemental reflète, quant à lui, la cohérence entre le projet de changement et les demandes provenant de l'environnement externe. Si la mobilisation de ces différents niveaux de couplage favorise voire autorise le changement, les auteurs (*ibid.*) soulignent les difficultés inhérentes au maintien tout au long

du processus de changement de ces trois niveaux de couplage simultanément. Les coalitions formées sont, en effet, fragiles et fluctuantes. Si elles soutiennent au départ le projet de changement, ces coalitions peuvent progressivement se diviser et générer des conflits d'intérêts. La légitimité du changement est constamment réévaluée par les groupes d'acteurs au fur et à mesure que celui-ci se met en œuvre. Le changement se réalise ainsi davantage dans un processus complexe et imprévisible de séquences de couplage et de découplage à travers le temps. Selon Denis *et al.* (2001), la principale source d'instabilité, ou de découplage, réside dans les tensions récurrentes entre les aspirations organisationnelles et les injonctions de l'environnement externe. La dernière spécificité de la conduite du changement dans les organisations pluralistes concerne le rythme ou la temporalité des processus de changement. Le changement y est cyclique comportant des moments d'accélération et de ralentissement liés à la fragilité des différents niveaux de couplage. Un processus de changement radical et brutal s'avère ainsi compliqué à piloter. Ferlie *et al.* (2003) soulignent à ce titre l'importance d'introduire progressivement des changements significatifs dans les pratiques professionnelles et les modes d'organisation sans déstabiliser les équipes. Tout en acceptant pleinement l'idée que l'exercice du leadership soit partagé ou distribué dans les organisations pluralistes, nous considérons que le leader, principal initiateur du changement, influence nécessairement la construction et le développement du leadership collectif en situation de changement. Il est, en effet, possible d'avancer que la dimension pluraliste des organisations hospitalières nécessite, peut

être plus qu'ailleurs, un engagement fort de la direction et de son leader.

### **3. Le rôle central du dirigeant, son positionnement et ses modes d'action dans la conduite du changement des organisations pluralistes**

De par sa position dans l'hôpital, le directeur est avant tout un « chef » dont le rôle est essentiellement défini à partir des exigences de la structure. En position d'autorité, il élabore ce que sera l'hôpital de demain et introduit les changements nécessaires. Sans nier l'existence d'autres promoteurs participant à la réussite du changement, Minvielle et Contandriopoulos (2004, p. 11) appréhendent les directeurs d'hôpitaux comme les initiateurs principaux du changement « au sens où ils engagent un projet inhabituel car sans balisage réel de l'action à entreprendre, sans référence à des actions similaires, et sans garantie professionnelle en cas d'échec ». Cette vision est largement développée dans la littérature managériale sur le changement organisationnel, laquelle positionne le dirigeant comme celui qui impulse et conduit le changement au sein de son entreprise (Nadler et Tushman, 1991). Une autre vision, peut être moins développée, aborde le rôle du dirigeant non plus comme celui qui fait bouger l'organisation et ses collaborateurs, mais comme un leader qui en appelle à l'imagination collective de ses collaborateurs pour les convaincre de rejoindre le changement (Kets de Vries, 2006). Ces différentes approches montrent finalement que deux dirigeants, face à une même situation, sont susceptibles de réagir de façon différente, et ainsi de conduire le changement selon leurs propres convictions. L'expérience et les sentiments personnels

tout autant que l'orientation cognitive des dirigeants affectent leurs choix stratégiques ainsi que ceux liés au changement (Hasfi et Demers, 1997). Dans la perspective théorique du leadership collectif, des travaux récents soulignent également l'importance d'étudier l'influence du leader formel sur la structuration des collectifs et la coordination des actions entre ces différents collectifs (Kaiser *et al.*, 2008 ; Friedrich *et al.*, 2009). C'est donc cette influence que nous avons étudié à travers les deux études de cas. Il était tout d'abord important d'appréhender l'influence du leader formel sur la dyna-

mique de changement elle-même (en fonction des leviers mobilisés par le directeur d'hôpital, de ses préoccupations ou encore de ses modes d'action) pour ensuite évaluer la portée de celle-ci sur la construction du leadership collectif.

## **II – L'INFLUENCE DIFFÉRENCIÉE DU LEADER SUR LA CONDUITE DU CHANGEMENT : LE CAS D'UN HÔPITAL CIVIL ET D'UN HÔPITAL MILITAIRE**

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi d'analyser en miroir deux

---

### MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

---

Les études de cas ont été réalisées dans le cadre de deux recherches-action différentes, l'une auprès d'un hôpital public local et l'autre auprès d'un hôpital d'instruction des armées (HIA). Pour chaque étude de cas, une équipe de chercheurs (2 chercheurs dans le cas de l'hôpital public et 3 dans le cas de l'HIA) a été constituée ayant pour missions d'analyser la progression du changement et de réaliser des propositions d'amélioration avec les professionnels concernés. Les chercheurs ont donc eu l'occasion de restituer les résultats de leurs études, d'animer des réunions dans le cadre de comités de pilotage constitués pour les circonstances et de participer à des groupes de travail. Ces recherches-action se sont déroulées de mars 2011 à juillet 2012 pour l'hôpital civil et de janvier 2011 à juin 2013 pour l'HIA. Dans les deux cas, le protocole de recueil des données combine des entretiens semi-directifs (individuels et collectifs), des observations directes et participantes (réunions internes de type comité de pilotage, comité de direction ou réunions de service et immersions dans les unités de soins) ainsi que des analyses de documents internes. Au final, nous avons réalisé 55 entretiens pour les deux établissements avec différentes catégories de personnel : agents de service hospitalier, aides-soignantes, infirmières, cadres de santé, représentants du personnel et membres de la direction. L'ensemble des données discursives (entretiens et réunions) a donné lieu à une retranscription systématique. Pour catégoriser ces données, nous avons réalisé un codage thématique des verbatims selon le procédé de Miles et Huberman (2003) sur la base des éléments caractéristiques de la conduite du changement. Ce codage combiné aux données issues des observations participantes, nous a permis de réaliser une première analyse mettant en évidence l'influence du leader sur le processus de changement ainsi que les spécificités de cette influence dans chacun des deux cas. Ainsi l'abduction tient une place importante dans notre processus de recherche. Ce processus, qui consiste à tirer des observations des conjectures du terrain (Koenig, 1993), donne à notre recherche un statut compréhensif.

---

études de cas. Ce choix a été guidé par les particularités concernant la direction de chacun des deux établissements étudiés : un hôpital public et un hôpital militaire (HIA). Si ces établissements de soins sont tous deux associés au fonctionnement du système de santé français, une distinction<sup>2</sup> importante réside dans le statut du directeur d'hôpital. À l'hôpital public, le directeur est désigné comme gestionnaire de l'hôpital, disposant à ce titre d'une compétence générale de direction de l'établissement. Il est libre d'orienter tant la gestion interne de l'établissement que sa stratégie. Cette séparation du médical et du stratégique est bien loin de l'esprit présidant à la gouvernance des HIA. En effet, dans le cas des hôpitaux militaires, la qualité de médecin est l'une des compétences requises des directeurs d'établissements. Cette qualité s'explique notamment par la mission de soutien aux forces, dont l'organisation nécessite une connaissance pratique et un lien direct avec la chaîne de commandement militaire et sanitaire.

### **1. Présentation des deux hôpitaux et de leur dynamique de changement**

L'hôpital public étudié est un établissement local de proximité dont l'offre de soins est principalement spécialisée en gériatrie (EHPAD). Nommé en 2010, le directeur de l'hôpital impulse rapidement une dynamique de changement notamment dans l'objectif d'éviter la signature d'un contrat de retour à l'équilibre budgétaire. Le processus de changement porte sur des axes généraux de fonctionnement de l'organisation (cf. tableau 1) déployés à travers plu-

sieurs projets spécifiques : formation des cadres au management, démarche qualité, réduction de l'absentéisme... Ce dernier projet de changement des modalités de gestion de l'absentéisme, jugé prioritaire par la direction, est particulièrement illustratif de la conduite du changement dans l'établissement et alimente en partie notre analyse. Les nouvelles modalités de gestion de l'absentéisme proposées par la direction consistent à revenir sur un acquis social en la matière, le remplacement systématique des agents absents par la mobilisation d'agents contractuels du pool de remplacement de l'établissement. Les remplacements reposent désormais sur la flexibilité interne : auto-remplacement, réaménagement des horaires de travail, mobilité inter-service, voire non-remplacement.

L'hôpital militaire appartient au service de santé des armées (SSA) comme huit autres HIA. À ce titre, il est contraint par un cadre réglementaire portant sur sa mission (soutien aux forces), son fonctionnement (type de gouvernance) et la répartition des ressources entre les HIA sur le territoire national (schéma national d'organisation des soins). En outre, sa participation au service public hospitalier lui impose de s'adapter également aux réformes engagées dans le secteur public (*i.e.* T2A, loi HPST). En octobre 2009, un nouveau médecin-chef est nommé à la direction de l'établissement. La signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier le place devant le constat d'un changement nécessaire. Profitant du renouvellement du contrat d'établissement quadriennal, le médecin-chef décide d'engager un changement en profondeur de la

2. Il existe bien entendu d'autres distinctions mais dont l'importance est moindre pour notre recherche : la mission de soutien aux forces armées, le statut militaire d'une majorité des personnels, la culture militaire, etc.

structure organisationnelle (en pôles d'activité) et de son mode de management.

Le tableau 1 expose de façon synthétique les deux études de cas mettant en parallèle les caractéristiques de chaque établissement et du changement engagé.

## **2. Les empreintes différentes des deux leaders sur la conduite du changement**

Cette première analyse a pour objectif de mettre en exergue les différences en termes de conduite du changement. Ces dernières concernent trois points essentiels : le positionnement du leader à travers ses objectifs sous-jacents, ses modes d'action et notamment sa capacité à trouver et mobiliser les leviers de la conduite du changement et enfin, la temporalité du changement (sa progression et son rythme) impulsée par le leader.

### ***La conduite du changement dans l'hôpital public : un directeur qui néglige l'importance de la dynamique interne du changement***

L'analyse du cas fait émerger trois éléments principaux caractérisant la conduite du changement dans cet hôpital : 1) un management interventionniste sous fortes pressions institutionnelles, 2) une action sur le cadre de l'activité plutôt que sur son contenu et 3) une temporalité brutale et saccadée du processus de changement.

#### *Conduire le changement pour répondre à des injonctions institutionnelles*

Au sein d'un hôpital public, la fonction de direction hospitalière s'inscrit tant dans une logique managériale de l'établissement de santé que dans une logique de réponse à des commandes institutionnelles émanant des institutions de tutelle (notamment l'ARS). Or, aujourd'hui, la profusion de la com-

mande institutionnelle est telle qu'elle pèse très fortement sur la capacité de décision des directeurs d'hôpitaux. Ainsi, malgré l'affirmation constante de l'autonomie des hôpitaux et de sa fonction de direction, le premier point marquant de l'analyse de ce cas concerne le poids de l'environnement institutionnel dans la conduite du changement. En effet, la nécessité d'une stratégie de visibilité auprès des institutions de tutelle incite le directeur à relayer les projets externes imposés et à engager son organisation sur une galaxie de projets, parfois incohérents entre eux : risques psychosociaux, maltraitance, démarche qualité, projet architectural, gestion de l'absentéisme, etc. Si les aspects susceptibles d'être contradictoires entre ces projets et l'absence d'effets de synergie sont observés par les cadres de santé et les équipes, cette simultanéité des projets de changement provoque de façon plus sérieuse une désertion du territoire du soin par les managers de proximité. « On est happés par des projets de la direction. On passe notre temps à participer à des groupes de travail et à des formations, et d'ailleurs on s'y perd. Le problème c'est qu'on délaisse nos équipes. On n'est plus sur le terrain. ... En plus, il n'y a pas un seul projet qui concerne directement l'organisation des soins. » (entretien avec un cadre de santé).

Dans ce processus de changement, l'objectif prioritaire du leader est d'éviter une réduction de ses marges de manœuvre en se portant garant du relai de la commande institutionnelle. « Nous sommes obligés de mieux gérer les aspects financiers de l'établissement, c'est la priorité... sinon c'est clairement un plan de retour à l'équilibre budgétaire qui nous attend. Pour cela, on doit nécessairement se démarquer de la



**Tableau 1** – Présentation synthétique des cas

	<b>Hôpital public local</b>	<b>Hôpital d'instruction des armées<sup>3</sup></b>
<b>Taille</b>	500 lits dont 270 en secteur EHPAD <sup>4</sup>	350 lits répartis sur une vingtaine de spécialités médicales et chirurgicales
<b>Mission de l'établissement</b>	Mission de service public hospitalier	Mission prioritaire de soutien aux forces et mission de service public hospitalier (90 % de la patientèle est civile)
<b>Directeur de l'établissement</b>	Gestionnaire, formé à l'EHESP, disposant d'une compétence générale de direction de l'établissement	Médecin en mesure d'organiser la mission de soutien aux forces. Complément de formation possible à la gestion et à la gouvernance (EHESP)
<b>Contexte externe du changement</b>	Répondre à des demandes exogènes de l'Agence régionale de santé (ARS) : Meilleure maîtrise budgétaire et mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)	Répondre à des demandes exogènes de la cour des Comptes : Contrat de retour à l'équilibre financier en 2010 imposant une meilleure maîtrise budgétaire et une augmentation de l'activité de 20 %
<b>Contexte interne du changement</b>	Changement du directeur de l'établissement en 2010 et de l'ensemble des membres de l'équipe de direction Remise en cause des méthodes de management de la direction précédente jugées trop « centralisatrices et paternalistes » Des cadres de santé en retrait de leur fonction managériale Une très forte augmentation de l'absentéisme (+ 20 % entre 2008-10) Une qualité des soins variable	Changement du médecin-chef en 2009 - Un hôpital dont le mode de fonctionnement n'a pas évolué depuis des années - Un très fort cloisonnement des spécialités entraînant le développement de pratiques propres à chaque service - Un mode de fonctionnement qui donne toute autorité au chef de service pour évaluer son personnel
<b>Axes du changement</b>	1) Réengagement des cadres de santé dans leur fonction de management de proximité (axe managérial) 2) Amélioration de la qualité des soins (axe organisationnel) 3) Maîtrise des dépenses budgétaires notamment celles liées à l'absentéisme (axe financier)	1) Élaboration d'un projet d'établissement pour les quatre années à venir impliquant des représentants des différents groupes professionnels, afin de définir les nouvelles orientations stratégiques (axe stratégique et managérial) 2) Mise en place d'une organisation en secteurs d'activités paramédicales <sup>5</sup> puis en pôles d'activité regroupant plusieurs spécialités (axe organisationnel et financier)
<b>Profondeur du changement</b>	Importante : le changement vise à transformer tout autant les pratiques des professionnels de santé que les cadres d'action qui sont remis en cause et renouvelés en profondeur	Importante : le changement suppose le passage d'une organisation centrée sur la spécialité médicale à une organisation centrée sur le patient

3. Un des 9 HIA du service de santé des armées.

4. Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

5. 4 grands secteurs d'activités paramédicales (SAP) sont créés. Ces secteurs regroupent le personnel paramédical (infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier et secrétaires médicales) de plusieurs services sous la responsabilité d'un seul cadre supérieur de santé (infirmière). Les SAP sont présentés comme provisoires d'ici la mise en place des 4 pôles prévus dans le projet d'établissement.

direction précédente. De toute façon, il faut qu'on réponde aux demandes ». (réunion de direction). La conduite du changement est ici interventionniste, un problème ou une source de financement potentielle entraînant le lancement d'un nouveau projet. « On a engagé le changement en menant plusieurs projets en parallèle pour essayer de faire bouger les choses. On a parfois l'impression que même la fusion de 2005 n'est pas effective. Les équipes et les cadres des différents sites fonctionnent de façon autonome. Chacun à ses pratiques et surtout il ne faudrait pas les remettre en cause. » (réunion de direction). Pour le directeur, la conduite du changement se résume principalement à la sélection et à l'initiation des projets, les cadres de santé et les équipes étant invités à « se débrouiller » pour les mettre en œuvre. « Pour chaque projet, on met en place des groupes de travail et les cadres doivent jouer un rôle d'animation. Nous on ne peut pas participer à tous ces groupes, ce n'est pas possible. » (réunion de direction).

*Une intervention sur le cadre de l'activité plutôt que sur son contenu*

Les leviers mobilisés par le directeur pour conduire le changement sont orientés vers une action davantage sur le cadre de l'activité que sur son contenu au sens d'une régulation de l'activité. Deux éléments dans le pilotage du projet de changement des modalités de gestion de l'absentéisme illustrent ce point. Tout d'abord, le directeur et son équipe de direction, tout en percevant clairement l'intérêt de définir les contours de la nouvelle politique de gestion des absences, ont montré à plusieurs reprises des réticences à s'engager dans une démarche de conceptualisation et de

formalisation des nouvelles règles. En effet, la nécessité de changement se pose ici surtout en termes financiers, l'objectif étant la réduction des mensualités de remplacement. Établir des règles claires et connues de tous imposerait de se fixer un objectif chiffré raisonnable de réduction des dépenses de remplacement et de s'y contraindre. Or, la direction n'était pas dans cet état d'esprit mais davantage dans celui de « moins on remplace mieux c'est... il s'agit d'une obligation statutaire des agents de revenir sur leur lieu de travail pour assurer une continuité de service » (réunion de direction). Par conséquent, toute intervention sur le contenu de la politique avait réduit potentiellement les marges de manœuvre de la direction. Celle-ci se contente donc d'énoncer de nouvelles injonctions aux contours flous (*i.e.* le remplacement systématique n'est plus la règle, l'autoreplacement est désormais préféré). Ensuite, la définition des moyens du cadre de santé dans ces nouvelles modalités de gestion de l'absentéisme a elle aussi écarté de toute démarche contractuelle. Ainsi, si le rôle des cadres s'avère clair pour le directeur (la régulation de la charge de travail et la décision de remplacement dans son service) la décentralisation des moyens associés à ce rôle, avec par exemple une enveloppe budgétaire dédiée aux remplacements, n'était pas souhaitée. « On souhaite centraliser au niveau du service RH la gestion des mensualités de remplacement pour avoir une vision globale sur la problématique et harmoniser les pratiques. » (réunion de direction). Cela aurait toutefois permis de renforcer la position des cadres en termes de management des équipes et d'améliorer la communication sur les décisions de remplacement prises à partir d'une évaluation de la charge de

travail dans chaque service et non de règles générales floues. « On n'est pas du tout à l'aise avec le changement des modalités de gestion de l'absentéisme. On ne peut pas expliquer clairement aux équipes dans quel cas on remplace et dans quel autre cas on ne remplace pas. On fait des demandes et on voit si elles sont acceptées par la direction. Ce n'est pas cohérent. » (entretien avec un cadre de santé). Ainsi, au-delà d'une évidente volonté de conduire plusieurs chantiers de changement dans l'établissement, la direction révèle ses propres limites en termes de conceptualisation et de production de règles opérationnelles de management.

*Une temporalité du changement brutale et saccadée*

La gestion de la temporalité du changement est dans ce cas quasiment inexistante. Le directeur se contente d'initier les projets et de s'y impliquer avec son équipe de direction quand les problèmes ou les résistances apparaissent. Le lancement du projet constitue déjà un résultat tangible pour les tutelles. La progression du changement s'organise par conséquence en deux phases successives : une phase de déconstruction des acquis et anciennes pratiques laissant place à une grande inquiétude des personnels et une seconde phase de reconstruction des cadres d'action donnant lieu à quelques discussions collectives. Cette dynamique ne profite guère à la conduite du changement. « Je ne comprends pas du tout la stratégie. On nous informe d'une nouvelle directive sans discussion et sans réelle information du "pourquoi". On nous demande de participer à des groupes de travail et de revenir en dehors de nos heures de travail mais on a l'impression que rien

n'avance. Ce n'est pas du tout motivant. C'est seulement quand on dit stop, qu'on nous écoute un peu. » (entretien avec une infirmière). À chaque nouvelle injonction, les contestations se multiplient et les acteurs internes se démobilisent. Le rythme du changement est quant à lui largement saccadé par le nombre de projets devant avancer simultanément. On observe des moments d'accélération notamment dans la prise de décision de la direction suivis de longues périodes d'inaction. Là encore cette temporalité de la conduite du changement ne permet pas à l'encadrement de proximité de s'approprier le contenu du changement et de le relayer en interne, voire plus simplement de réinvestir leurs fonctions de management de proximité.

Cette première analyse révèle un positionnement du directeur d'hôpital orienté vers la constitution d'une coalition forte entre les membres de l'équipe de direction, ces derniers ayant tous été recrutés pour piloter le changement dans l'hôpital, associé à une stratégie de visibilité dans l'environnement institutionnel. L'omniprésence du contexte réglementaire dans le pilotage des établissements de santé amène le directeur à se focaliser sur une représentation légale et institutionnelle de sa fonction et à négliger l'importance du ralliement des acteurs internes (cadres de santé, soignants et médecins).

***La conduite du changement à l'hôpital militaire : un directeur soucieux d'avancer avec les acteurs internes***

Cette seconde étude de cas fait ressortir trois caractéristiques importantes de la conduite du changement dans cet hôpital : 1) une préoccupation du leader de préserver les communautés professionnelles ; 2) une

attention portée sur les leviers favorables au changement, et 3) une gestion de la temporalité du changement.

*Maintenir le lien social et les communautés au cœur des préoccupations du leader*

Sachant par expérience qu'un hôpital ne peut fonctionner sans l'engagement fort des communautés professionnelles, l'objectif premier du nouveau directeur sera de maintenir le lien social. En effet, il ne fait pas de doute que le fonctionnement communautaire (communautés médicales et soignantes, de service, etc.) de l'hôpital permet la diffusion de l'information et le bon fonctionnement de ses services. S'appuyant sur ces éléments, le médecin-chef engage le changement avec la volonté de s'assurer que celui-ci ne détruit pas les communautés professionnelles mais au contraire permette de maintenir ces espaces de fonctionnement essentiels à l'équilibre social. « Comment faire en sorte que cela ne détruise pas les gens. Il y a des impératifs et des contraintes, mais cela a des conséquences sur les individus et là ça se paye très vite... il faut que les individus réussissent à continuer à travailler ensemble. » (réunion avec l'équipe de chercheur). Cette préoccupation du médecin-chef se traduit notamment par la mobilisation d'une équipe de recherche dont l'objectif principal est de s'assurer de la préservation des communautés et de leur reconstruction si nécessaire. Le maintien du lien social prend également une place importante lorsque le médecin-chef évoque la communauté médicale, son objectif étant de construire une nouvelle organisation qui produise de la valeur pour les médecins. « On s'est posé la question de ce qu'on allait apporter aux médecins. Dans quels

espaces on va les faire vivre ? Qu'est-ce qu'on va leur donner ? ... Il faut recréer les espaces médicaux comme des lieux de rencontre. » (réunion de direction). Il désire pouvoir reconstruire avec eux un nouvel hôpital où ils auront plaisir à travailler. Enfin, pour le médecin-chef, le collectif est le moteur essentiel du changement. Pour cette raison, il met en place une démarche originale d'élaboration du projet d'établissement s'appuyant sur quinze groupes de travail multidisciplinaires. Ces groupes de travail seront tout autant chargés d'élaborer des propositions que d'assurer la réalisation. Le projet d'établissement permet alors de s'affranchir des logiques disciplinaires et de renforcer le décroisement nécessaire à l'émergence de communautés transversales. « Lors de la première discussion en groupe, il a été décidé de transversaliser le projet d'établissement sans le découper en groupes d'experts (médical, soin, administratif et social) et pouvoir réfléchir les uns avec les autres et associer dans les groupes les différents métiers... Le projet d'établissement est un objet de concertation et de dialogue. » (réunion de direction).

*Trouver des portes d'entrée*

La seconde dimension concerne la capacité du médecin-chef à trouver les leviers lui permettant d'introduire une dynamique de changement. Le projet de changement qu'il propose est d'envergure et remet en cause les modes de fonctionnement notamment des médecins. La nouvelle organisation proposée dans le projet d'établissement s'articule autour de quatre modes de prise en charge : 1) debout par exemple pour les consultations et les examens paracliniques non invasifs, 2) ambulatoire, 3) couché conventionnel, et 4) couché aigu pour les

patients nécessitant une surveillance particulière et où le risque vital peut être engagé. Il se questionne alors sur l'adhésion des médecins à cette nouvelle organisation et leur capacité à la faire vivre. « J'ai beaucoup d'appréhension quant à l'engagement des médecins dans des structures de ce type-là qui ne seraient pas très marquées par leur spécialité. En clair, pourquoi un médecin va-t-il s'engager dans le fonctionnement d'une unité conventionnelle dans laquelle il y aura d'autres spécialités ? » (réunion de direction). Cette appréhension s'explique par le fort cloisonnement des services et l'attachement des médecins-chefs de service à leur équipe. Alors, plutôt que de déstructurer le corps médical, il décide de s'appuyer sur la fonction soignante qu'il juge moins résistante au changement avec la création des secteurs d'activités paramédicaux (SAP). Ceci est confirmé par un cadre de santé « Il (le médecin-chef) a attaqué par le versant des cadres supérieurs parce que c'était très facile... Nous n'avons pas trop, je crois, de logique de territoire, parce que nous sommes... un métier polyvalent, avec comme qualité l'adaptation. » Si, son objectif de mise en mouvement est clair, il va au-delà en associant plus directement la fonction soignante à la politique de l'établissement par la participation des cadres supérieurs responsables des SAP aux réunions de direction élargies.

Le projet d'établissement est aussi utilisé par le médecin-chef comme levier de changement. Alors que ce projet est validé par le service de santé des armées et que les SAP sont opérationnels, il décide d'enrôler le corps médical en demandant aux chefs de services de rédiger un projet de spécialité. Celui-ci doit proposer les axes de développement de la spécialité médicale

en évaluant sa contribution à la réalisation des quinze objectifs stratégiques du projet d'établissement.

#### *Impulser une temporalité au changement*

La dernière dimension concerne la temporalité donnée au changement par le dirigeant. Dans ce cas, le médecin-chef sait que le chemin conduisant à l'organisation en quatre pôles n'est pas facile et ne saurait s'envisager comme une ligne droite. Il procède donc par étapes qui se construisent au grès des avancées. Le médecin-chef pose ainsi plusieurs jalons qui permettent à l'ensemble de l'établissement de progresser vers la nouvelle organisation. Le premier d'entre eux est la constitution des SAP. Ce jalon permet de mettre en mouvement l'établissement et d'amorcer les prémices de la mutualisation des ressources nécessaires à la création des pôles. Le second est celui de la constitution des fédérations présentées comme une étape nécessaire au rapprochement entre spécialités. Ce nouveau jalon a pour objectif principal d'amener les chefs de service à envisager un travail commun. Au-delà des jalons, la temporalité concerne également le rythme du changement. Ce rythme impulsé par le médecin-chef consiste à réaliser des avancées sans brusquer les acteurs. Les temps de réflexion relativement lents sont ainsi alternés avec des temps d'action plus rapides. Les réflexions sont importantes pour le médecin-chef, car elles permettent à chacun de prendre position et au directeur d'avoir un retour sur ce que pensent les acteurs internes et comment ils envisagent le changement. Les temps d'actions sont quant à eux nécessaires pour faire avancer le changement mais aussi pour freiner les résistances obligeant les acteurs à s'inscrire dans la recherche de solutions

**Tableau 2** – Éléments de différenciation de la conduite du changement dans les deux études de cas

	<b>Hôpital public local</b>	<b>Hôpital d’instruction des armées</b>
<b>Objectif sous-jacent du leader</b>	Relayer la commande institutionnelle pour maintenir les marges de manœuvre de l’établissement.	Maintenir le lien social nécessaire au fonctionnement de l’établissement tout en relayant une commande institutionnelle.
<b>Capacité à trouver les leviers de la conduite du changement</b>	Le directeur intervient sur le cadre de l’activité et se tient à distance de son contenu. Il multiplie les projets de changement pour maintenir la dynamique générale.	La connaissance des préoccupations des acteurs de l’hôpital permet au directeur d’anticiper les risques et les sources de résistances et d’identifier les portes d’entrées susceptibles de constituer des terrains neutres.
<b>Gestion de la temporalité du changement</b>	Aucune gestion de la temporalité. Le rythme est brutal et saccadé (annonce, résistances, discussions, puis nouvelle annonce...).	Une progression par étapes. Le rythme recherche l’équilibre entre la capacité des individus à faire face au changement et les impératifs de résultat.
<b>Conséquences</b>	Démobilisation de l’équipe des cadres de santé et du personnel soignant	Implication du personnel soignant, même si quelques difficultés localisées subsistent.

plutôt que le *statu quo*. « Le changement a commencé... C’est la fin d’une période de réflexion et c’est maintenant qu’il faut prendre des décisions et agir... On avance ensemble... et si maintenant, on appuie sur le levier de contrôle des dépenses... il faut aussi renforcer le levier d’activité. Il faut encore appuyer sur l’accélérateur. » (réunion de direction).

Cette analyse met en évidence les préoccupations du médecin-chef de conduire un changement rendu nécessaire par des contraintes institutionnelles sans pour autant négliger les problématiques de terrain qu’il connaît pour les avoir vécues lors de ses expériences passées. C’est ainsi qu’il est en mesure de s’appuyer sur le corps social (médical et soignant notamment)

dont il comprend les réactions. Il réussit alors progressivement à rallier les acteurs organisationnels au changement, même si certaines résistances subsistent localement chez certains chefs de service.

Le tableau 2 synthétise ces premiers éléments d’analyse des différences en matière de conduite du changement.

Ces deux études de cas montrent que dans un contexte relativement similaire de réformes et d’injonctions institutionnelles, le leader à travers ses objectifs et ses modes d’action impacte largement la conduite du changement organisationnel. Notre analyse distingue ainsi un leader proche du terrain et des préoccupations des acteurs internes à même de trouver les leviers pour faciliter l’accompagnement du changement, d’un

leader privilégiant la négociation du changement avec les parties prenantes externes et son équipe de direction supposant qu'en interne « l'intendance suivra ».

### **III – DU LEADERSHIP INDIVIDUEL AU LEADERSHIP COLLECTIF : EFFETS SUR LES NIVEAUX DE COUPLAGE**

À partir de cette première analyse, il convient à présent de s'intéresser davantage à l'influence du leader dans la conduite du changement au sein des organisations pluralistes en montrant comment celui-ci façonne la construction du leadership collectif par l'attention qu'il accorde à certains niveaux de couplage et en soulignant les répercussions qu'ont ces différents couplages sur la dynamique du changement à l'hôpital. Pour ce faire, nous revenons dans un premier temps sur les études de cas en proposant une analyse des niveaux de couplage développés par les leaders. Nous discutons ensuite l'influence du leadership individuel sur la construction du leadership collectif en confrontant nos résultats à la littérature mobilisée. Nous évaluons enfin l'importance des différents niveaux de couplage dans la dynamique de changement des organisations hospitalières.

#### **1. Analyse des niveaux de couplage développés par les leaders des deux hôpitaux**

Les études de cas permettent d'observer que les leaders n'ont pas tous la même influence et la même légitimité dans le processus de changement. Le tableau 3 propose une analyse des couplages engagés par chacun des deux directeurs.

Dans le cas de l'hôpital local, le directeur privilégie explicitement les couplages stra-

tégique et environnemental en négligeant le couplage organisationnel. En interne, la conduite du changement repose principalement sur la coalition bâtit entre les membres de l'équipe de direction, tous recrutés pour mener à bien le projet de transformation de l'organisation. « Toute l'équipe de direction a été remplacée lorsque l'ancien directeur est parti. Bien sûr, ça c'est fait progressivement. La directrice financière est arrivée en dernier. En tout cas, c'est déjà idéal d'avoir une équipe de direction qui est sur la même longueur d'onde. » (réunion de direction). Comme dans beaucoup d'hôpitaux locaux, l'équipe de direction est toutefois limitée à quelques fonctions stratégiques : direction de l'établissement, direction des ressources humaines, direction financière et direction des soins. Ayant une connaissance parcelaire de l'établissement et de ses acteurs, les membres de l'équipe de direction se heurtent rapidement à des difficultés dans la mise en œuvre du changement. Pour les contourner et tenter de faire avancer les projets de changement, l'environnement institutionnel sert d'argument pour imposer les décisions prises par ce comité restreint. Le couplage environnemental est, en effet, ici très fort du fait du positionnement du directeur comme relai de la commande institutionnelle. « Je pense qu'ils veulent faire figure de bon élève vis-à-vis de l'extérieur. Après, je peux le comprendre... mais ça ne peut pas être la préoccupation première. Ça ne passe pas. » (entretien avec un cadre de santé). Le directeur cherche constamment à nouer des alliances avec des acteurs externes pour valoriser son établissement et la dynamique de changement en cours. Ces coalitions construites au niveau stratégique et environnemental sont néanmoins relativement fragiles, le *turnover* important

**Tableau 3** – Comparaison du leadership collectif et des couplages de chaque étude de cas

	<b>Hôpital public local</b>	<b>Hôpital d'instruction des armées (HIA)</b>
<b>Le leadership collectif :</b> Le directeur n'agit jamais seul mais bâtit des coalitions qui partagent ses orientations.	La coalition entre les membres de l'équipe de direction est solide et impulse le changement dans une approche top down. Les coalitions externes permettent, quant à elle, d'imposer le changement.	La coalition avec les membres de l'organisation permet de faire bouger le corps paramédical et médical. Les coalitions externes renforcent l'ancrage du changement auprès des médecins.
<b>Couplage stratégique</b>	Le couplage stratégique est fort mais restreint. Il concerne uniquement les principaux membres de l'équipe de direction (RH, Finance et direction des soins).	Le couplage stratégique est large et repose d'abord sur l'équipe de direction, puis sur les cadres supérieurs en les associant aux réunions de direction élargies et enfin sur le conseil de fédération.
<b>Couplage environnemental</b>	Le couplage environnemental est ici fort. Une stratégie de visibilité et de négociation s'organise avec les parties prenantes externes.	Le couplage environnemental, de nature ponctuel et pragmatique, permet de mobiliser les médecins.
<b>Couplage organisationnel</b>	Le couplage organisationnel est ici négligé. Des coalitions de résistance s'organisent pour limiter l'impact du changement sur le quotidien des acteurs. Les différents projets de changement engagés par la direction ne rallient pas les acteurs internes, notamment les soignants. Ils tentent au contraire de ralentir leur mise en œuvre. Les cadres de santé sont également écartés des discussions stratégiques sur le changement. Leur rôle se cantonne à l'exécution opérationnelle des projets de changement, ce qui les place dans une situation délicate face à leur équipe.	Le couplage organisationnel est fort et s'opère à deux niveaux : – celui du projet d'établissement avec la constitution des groupes de travail t. Ce couplage a pour vocation de durer le temps de la mise en œuvre du plan stratégique (4 ans) – celui des corps professionnels : corps paramédical dans un premier temps. Il s'élargit ensuite progressivement vers d'autres corps professionnels, notamment les médecins. Ce niveau de couplage est fort et s'installe dans la durée.
<b>Les coalitions sont fragiles</b>	Les coalitions construites par le directeur reposent sur des personnes plus que des groupes d'acteurs. La dimension restreinte de ces coalitions les rend fragiles et sujettes à de futures évolutions.	La coalition construite avec les cadres supérieurs (et plus généralement les paramédicaux) s'inscrit dans la durée du changement et repose sur un groupe d'acteurs stratégiques. Il en est de même pour la coalition construite autour du projet d'établissement.



des équipes de direction hospitalière ou encore les changements fréquents d'interlocuteurs en externe pouvant les faire rapidement évoluer. Cette fragilité paraît d'autant plus manifeste que la légitimité des projets de changement n'est pas partagée par les managers de proximité. Le couplage organisationnel n'est pas effectif. Non associés à la construction des axes du changement ou à la sélection des projets, les cadres de santé se trouvent en difficulté pour les relier à leurs réalités de terrain (Balogun et Johnson, 2005). D'une façon similaire et par effet induit, les équipes soignantes très peu consultées et informées, rejettent le processus de changement et se démobilisent. Dans ce cas, le positionnement et les modes d'action du leader produisent un découplage organisationnel. « Moi, je ne m'implique plus dans les projets. C'est fini. Il faut arrêter de nous dénigrer et de toujours critiquer notre travail... C'est comme si tout ce qu'on faisait avant était forcément bon à mettre à la poubelle. » (entretien avec une infirmière). En outre, le nombre très élevé de « chantiers » de changement aux périmètres restreints tend à découpler ici les liens et les orientations au sein de l'organisation. Les constellations d'acteurs de ces différents projets ne disposent pas de lieux ou de moments d'échanges sur le changement dans sa globalité. En d'autres termes, l'absence de vision systémique du dirigeant par rapport au changement organisationnel qu'il souhaite conduire porte préjudice à sa légitimation et à son ancrage.

Dans le cas de l'HIA, le directeur se positionne simultanément sur les trois niveaux de couplage. Si aucun niveau n'est négligé, il cherche constamment à renforcer le couplage organisationnel le jugeant essentiel pour le changement. Ce couplage

organisationnel se construit dans la durée sur la base de la mise en place progressive d'une nouvelle organisation interne et sur le projet d'établissement. La création des SAP permet de rallier rapidement le corps professionnel des paramédicaux au changement. Par la suite, une partie du corps médical s'implique par le biais des fédérations « Les médecins se mobilisent sur la création des fédérations, car ils ont compris que ces fédérations étaient des espaces leur permettant d'influer sur la stratégie médicale, avec comme contrainte que la fédération nécessite la mutualisation. » (réunion de direction). Mais c'est surtout le travail réalisé sur le projet d'établissement qui renforce le couplage organisationnel et lui permet de durer dans le temps. Tout d'abord le format qui lui est donné permet de sortir des cloisonnements classiques d'un établissement hospitalier, susceptibles de faire obstacle au changement. En s'appuyant sur des groupes de travail transhiérarchiques et transfonctionnels pour élaborer ce projet, le médecin-chef réussit à rallier de nombreuses personnes autour du changement. La stabilisation et l'inscription dans la durée du couplage organisationnel se réalisent par l'implication des groupes de travail également dans la mise en œuvre de leurs propositions. Le couplage stratégique n'en est pas pour autant négligé. Ainsi très rapidement les paramédicaux sont associés aux réunions de direction élargies. « Les cadres supérieurs sont complètement associés à la politique hospitalière, parce qu'ils sont associés de droit à tous les staffs de direction du mardi, ils ont connaissance de tout, du niveau d'activité, des finances, de tout. » (réunion de direction). Le couplage stratégique s'élargit progressivement avec la création des fédérations regroupant cette

fois des services de différentes spécialités médicales. Il vient renforcer le couplage organisationnel en positionnant les acteurs que le directeur a progressivement enrôlés dans le changement au sein des espaces de discussion stratégique institutionnalisés.

Le couplage environnemental, quant à lui, se façonne davantage selon les opportunités de collaboration avec des établissements civils. « Notre direction (SSA)... a acté le principe de signer un groupement de coopération sanitaire avec l'hôpital X. Quand on sait d'où on part il y a encore un an, cela montre qu'on avance ! ... Il y a des praticiens qui s'intéressent au projet. » (réunion de direction). « Je suis en train de mener plusieurs combats, qui finalement n'en sont pas tant que cela parce que de nombreuses médecins adhèrent, pour nourrir le recrutement avec des organismes de proximité... pour signer des partenariats. » (entretien avec un médecin). Les injonctions institutionnelles, comme par exemple la certification qualité, renforcent ponctuellement la dynamique de transformation en cours. Ce couplage opportuniste permet aux médecins d'envisager de nouvelles perspectives quant à l'évolution de l'activité de leur spécialité médicale. Ainsi, la nécessité de mettre en cohérence le projet de changement et les contraintes environnementales (ouverture nécessaire pour mieux s'inscrire dans le champ de la santé publique) sont autant d'arguments utilisés par le médecin-chef pour justifier le changement et enrôler les acteurs internes, notamment les médecins.

Il faut en outre remarquer ici que le chantier du changement est global et d'envergure. Il ne se morcelle pas dans des microprojets mais au contraire touche tous les processus et tous les personnels. La construction de

sens sur le contenu et les contours du changement s'en trouve ainsi facilitée.

## **2. Quand le leadership individuel façonne le leadership collectif**

Tout en confirmant la nécessité de construire des coalitions d'acteurs à différents niveaux des organisations pluralistes pour impulser une dynamique de changement, nos résultats proposent une première contribution théorique sur la nature de l'influence du leader formel dans la construction du leadership collectif au sein des organisations pluralistes. En effet, les travaux de Denis *et al.* (2001, 2007) en se focalisant sur la construction du leadership collectif comme condition essentielle du changement, en occultent l'influence que le leader, lui-même, peut avoir sur le processus de changement, de par les objectifs qu'il se fixe au départ, les leviers qu'il choisit pour introduire le changement et la dynamique qu'il introduit. Or, il ressort de nos études de cas que cette influence est réelle et impacte deux niveaux de construction du leadership collectif : l'importance accordée à certains niveaux de couplage plutôt qu'à d'autres et la forme que prennent les couplages en termes d'étendue et de stabilité dans le temps. Le cas de l'HIA permet d'observer que le positionnement et les modes d'action du leader peuvent être guidés par son expérience passée. Dans le processus de changement, le directeur s'appuie sur sa connaissance fine, en tant que médecin, des groupes professionnels de l'hôpital et de leur réalité quotidienne ainsi que sur une anticipation des effets et des enjeux que peut avoir le changement sur eux. La connaissance des groupes professionnels favorise ici une avancée prudente dans le processus de changement orientée vers l'introduction

progressive de changements significatifs dans les modes d'organisation (Ferlie *et al.*, 2003). Elle donne, en outre, au directeur une vision systémique du changement qui lui permet de trouver les bonnes portes d'entrée favorisant la contribution active des acteurs internes au processus de changement (Jarzabkowski et Balogun, 2009). Ces premières observations rejoignent celles de Withe *et al.* (2014) suggérant qu'en situation de changement le leader formel est à même d'influencer le processus de changement en rétablissant ou en renforçant la responsabilité managériale aux différents niveaux de l'organisation et de canaliser ainsi la formation du leadership collectif.

Il faut enfin remarquer, comme le soulignent Barrier et Mignot-Gérard (2013), que le poids des outils de gestion mobilisés par le leader ne semble pas neutre dans la construction des couplages et leur stabilité dans le temps. Dans ce cas de l'HIA, la constitution de groupes de travail transversaux pour élaborer le projet d'établissement semble être un moyen de transversaliser le fonctionnement de l'organisation en apprenant aux acteurs internes à travailler ensemble dans d'autres situations que celles liées à leurs activités médicales ou soignantes. Ces groupes ont sûrement contribué à pérenniser le couplage organisationnel par la suite.

### **3. L'importance des différents niveaux de couplage dans la conduite du changement à l'hôpital**

La seconde contribution théorique de cette recherche concerne l'importance respective des différents niveaux de couplage en situation de changement à l'hôpital. Les études de cas montrent en effet que dans ces organisations, le couplage organisationnel se révèle indispensable à la dynamique de

changement. Lorsque le leader met l'accent sur ce couplage dans la durée, cela favorise l'implication et l'adhésion du personnel. Le couplage organisationnel permet aux acteurs internes (cadres, médecins et soignants) de s'appropriier les orientations du changement et de construire collectivement du sens sur la transformation en cours. Comme l'illustre le cas de l'hôpital public, sans couplage organisationnel élargi et durable les résistances sont fortes et la temporalité du changement largement plus saccadée.

Le rôle essentiel du couplage organisationnel dans la dynamique du changement est toutefois peut être une particularité des établissements hospitaliers par rapport à d'autres organisations pluralistes. Qualifiés de systèmes implicites par Contandriopoulos (2002), les hôpitaux sont en effet des organisations spécifiques où les discussions et négociations se cristallisent à un moment donné par un ensemble de modalités organisationnelles pour produire une stabilité de l'ordre social.

Le couplage stratégique tient également une place importante dans la dynamique de changement. Lorsque ce niveau de couplage est élargi à des managers intermédiaires de l'organisation (*i.e.* cadres de supérieurs ou cadres de santé), celui-ci est susceptible de consolider le couplage organisationnel. Dans le cas de l'HIA, la collégialité des réflexions stratégiques contribue à rendre moins fluctuante la participation des acteurs à la décision collective (Chatelain-Ponroy *et al.*, 2014). À l'inverse, un couplage stratégique restreint limite la responsabilité managériale du changement à l'équipe de direction et renforce les hiérarchies professionnelles. Ce type de couplage stratégique aura ainsi tendance à éloigner les groupes

professionnels les uns des autres et à inciter à des formes de repli (chacun cherchant à défendre ses intérêts propres).

Enfin, les études de cas nous renseignent sur le rôle subsidiaire qui devrait être accordé au couplage environnemental dans les processus de changement à l'hôpital. En effet, lorsque l'attention du directeur se focalise sur les parties prenantes externes plutôt que sur les groupes professionnels, les acteurs internes peuvent avoir le sentiment que le changement leur est imposé et les résistances ne sont pas à exclure. Au contraire, le fait de ne pas placer le couplage environnemental au premier plan du processus de changement, permet au leader de s'appuyer sur celui-ci de façon ponctuelle pour justifier le changement et susciter des moments d'accélération dans sa mise en œuvre. Cela évite le découplage typique des organisations pluralistes entre les attentes des membres de l'organisation et celles de l'environnement (Denis *et al.*, 2001).

Nos résultats soulignent ainsi que le couplage stratégique tend à consolider et à inscrire dans la durée le couplage organisationnel tandis que le couplage environnemental vient davantage rythmer le processus de changement.

## CONCLUSION

Cette recherche questionne à la fois la théorie et la pratique de la conduite du changement dans les organisations pluralistes. D'un point de vue théorique, les études de cas font ressortir tant l'intérêt du modèle de Denis *et al.* (2001, 2007, 2012) pour comprendre les fondements du leadership collectif dans le contexte de changement des organisations pluralistes que son incomplétude relative à l'influence du leader pour analyser ces

dynamiques. Les résultats de cette recherche montrent que le leader influence la construction du leadership à deux niveaux : premièrement, l'attention portée à certains niveaux de couplage au détriment ou au renforcement d'autres et deuxièmement, l'étendue et la stabilité des couplages développés. Or, ces choix ne sont pas sans incidence sur la dynamique du processus de changement. Dans un contexte hospitalier, le couplage organisationnel semble, en effet, essentiel pour légitimer et accompagner le changement, les autres niveaux s'agencant autour de ce premier socle de coalitions. Ce résultat constitue une voie de recherche intéressante à approfondir en tenant compte des spécificités des établissements hospitaliers par rapport à d'autres organisations pluralistes. Qu'en est-il dans d'autres formes d'organisations pluralistes comme par exemple les universités ? Le couplage organisationnel y tient-il également une place essentielle et pivot ?

Du point de vue de la pratique, les résultats posent une question importante sur le positionnement du directeur d'hôpital et sa capacité à conduire les réformes en cours. Comme nous l'avons observé dans cette recherche, lorsque le positionnement du directeur d'hôpital privilégie les niveaux de couplage de type environnemental et stratégique dans l'exercice du leadership collectif cela semble impacter négativement la capacité à changer de l'organisation. Or, le contexte actuel des établissements hospitaliers, caractérisé par de fortes injonctions institutionnelles, pèse sur la fonction de direction hospitalière et incite les directeurs à mener des stratégies de visibilité auprès de leurs institutions de tutelle dans l'objectif de maintenir leurs marges de manœuvre. En d'autres termes, la profusion

de la commande institutionnelle semble induire une tendance légitime à privilégier la construction de coalitions externes par-  
fois au détriment des coalitions avec les acteurs internes, les directeurs d'hôpitaux ne pouvant pas être sur « tous les fronts ».

## BIBLIOGRAPHIE

- Balogun J., Johnson G. (2005). "From intended strategies to unintended outcomes: The impact of change recipient sensemaking", *Organization Studies*, vol. 26, n° 11, p. 1573-1601.
- Barrier J., Mignot-Gérard S. (2013). « Leadership et changement dans une organisation pluraliste : le cas des transformations au sein d'une université, *Le changement organisationnel : 10 études de cas commentées*, dir. par Vandangeon-Derumez I. et Autissier D., Paris, Eyrolles.
- Chatelain-Ponroy S., Mignot-Gérard S., Musselin C., Sponem S. (2014). « Prise de décision stratégique dans les organisations collégiales : le cas des universités françaises », *La stratégie des organisations de l'État*, dir Mazouz B., à paraître aux éditions PUQ.
- Contandriopoulos D., Contandriopoulos A.P., Valette A., Denis J.L. (2005). *L'hôpital en restructuration. Regards croisés sur la France et le Québec*, Presses Universitaires de Montréal.
- Contandriopoulos A.P. (2002). « Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? », *Gestion*, vol. 27, n° 3, p. 142-150.
- Cuccurullo C., Lega F. (2013). "Effective strategizing practices in pluralistic settings: the case of Academic Medical Centers", *Journal of Management and Governance*, vol. 17, n° 3, p. 609-629.
- Cullen K., Yammarino F.J. (2014). "Special issue on collective and network approaches to leadership", *The leadership Quarterly*, vol. 25, p. 180-181.
- Denis J.L., Langley A., Sergi V. (2012). "Leadership in the Plural", *Academy of Management Annals*, vol. 6, n° 1, p. 211-283.
- Denis J.-L., Langley A., Rouleau L. (2007). "Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames", *Human Relations*, vol. 60, n° 1, p. 179-215.
- Denis J.L., Lamothe L., Langley A. (2001). "The Dynamics of collective leadership change in pluralistic organizations", *Academy of Management Journal*, vol. 44, n° 4, p. 809-837.
- Ferlie E., Hartley J., Martin S. (2003). "Changing public service organizations: Current perspectives and future prospects", *British Journal of Management*, vol. 14, p.1-14.
- Friedrich T.L., Vessey W.B., Schuelke M.J., Ruark G.A., Mumford M.D. (2009). "A framework for understanding collective leadership: The selective utilization of leader and team expertise within networks", *The Leadership Quarterly*, vol. 20, n° 6, p. 933-958.

- Glouberman S., Mintzberg H. (2001). "Managing the care of health and the cure of disease-Part1: Differentiation", *Health Care Management Review*, Winter, p. 56-69.
- Hasfi T., Demers C., (1997). *Comprendre et mesurer la capacité de changement des organisations*, Les Editions Transcontinental, Montréal, Québec.
- Jarzabkowski P., Balogun J. (2009). "The practice and process of delivering integration through strategic planning", *Journal of Management Studies*, vol. 46, n° 8, p. 1255-1288.
- Jarzabkowski P., Fenton E. (2006). "Strategizing and organizing in pluralistic contexts", *Long Range Planning*, vol. 39, n° 6, p. 631-648.
- Kaiser R.B., Hogan R., Craig S.B. (2008). "Leadership and the fate of organizations", *American Psychologist*, vol. 63, p. 96-110.
- Kets de Vries M. (2006). *La face cachée du leadership*, Paris, Village Mondial.
- Kœnig G. (1993). « Production de la connaissance et constitution de pratiques organisationnelles », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 9, novembre, p. 4-17.
- Lazéga E., Wattebled O. (2011). "Deux définitions de la collégialité et leur articulation : le cas d'un diocèse catholique", *Sociologie du travail*, vol. 52, n° 4, p. 480-502.
- Mintzberg H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Prentice-Hall.
- Minvielle E., Contandriopoulos A.P. (2004). « La conduite du changement : Quelles leçons tirer de la Restructuration Hospitalière ? », *Revue française de gestion*, mai-juin, vol. 30, n° 150, p. 29-53.
- Miles M.B., Huberman A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles, Éditions De Boeck 2<sup>e</sup> édition. 2003.
- Nadler D.A., Tushman M.L. (1991). "Leadership for Organizational Change", *Large-Scale Organizational Change*, (dirigé par) Moberman S.A., Moberman A.M., Ledford G.E., Cummings T.G., Lawler III E. E. & Associates (Eds.), The Jossey-Bass ed, p.100-119.
- Pearce C.L., Conger J.A. (Eds.). (2003). *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Pettigrew A.M. (1987). "Context and action in the transformation of the firm", *Journal of Management Studies*, vol. 24, p. 649-670.
- White L., Currie G., Lockett A. (2014). "The enactment of plural leadership in a health and social care network: The influence of institutional context", *The Leadership Quarterly*, vol. 25, n° 4, p. 730-745.