

Le changement organisationnel dans les établissements de soins publics dans un contexte de disruption extrême: Une dialectique de l'ordre et du désordre pour une création du sensemaking

Organizational change in public healthcare facilities in a context of extreme disruption: A dialectic of order and disorder for the creation of sensemaking

Jihane Chaanoun

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche et applications en Management, Ecole Nationale de Commerce et de Gestion Oujda, Maroc.

RÉSUMÉ

Introduction: Dans un contexte où l'organisation publique hospitalière connaît de fortes tensions sur les ressources en particulier, celles humaines avec une pénurie dans la capacité du personnel en particulier le profil infirmier, la transformation digitale constitue une voie encore peu explorée étant donné « qu'il s'agit d'un changement radical de l'organisation guidé par les nouvelles technologies qui nécessite une collaboration entre les différentes parties prenantes » (1) en facilitant la « capacité d'innovation des organisations » (2).

But: L'objectif est de connaître le degré de compréhension du changement à venir à l'ère de la transformation digitale non seulement de la part des décideurs mais surtout de la part du niveau opérationnel pour voir leur degré de prédisposition à accepter, à résister, ou à s'appropriier les changements.

Méthodes: nous avons opté pour la recherche-intervention conformément au paradigme constructiviste réalisée par le biais d'un questionnaire attribué auprès de 105 personnes.

Résultats: L'étude quantitative s'attache à mettre en évidence des représentations contradictoires marquées par des situations d'acceptation et de résistance par rapport au SII qui nécessitent d'être gérées afin de converger vers l'appropriation de l'outil par les acteurs.

Conclusion: Nous avons mis au clair les difficultés de la mise en place des changements qui n'ont pas été appréhendées dans un premier temps par les décideurs du projet en évitant les zones de résistance et en renforçant les zones d'appropriation par toutes les strates organisationnelles pour avoir une création collective du sens et garder l'ordre dans un contexte de désordre.

Mots clés: changement organisationnel, transformation digitale, recherche-intervention, acteurs hospitaliers.

ABSTRACT

Introduction: In a context where the public hospital organization is experiencing severe pressure on resources, in particular human resources, with a shortage in staff capacity, especially in the nursing profile, digital transformation is an avenue that has yet to be explored, given that "it is a radical organizational change driven by new technologies that requires collaboration between the various stakeholders" (1), facilitating "organizations' capacity for innovation" (2).

Aim: The aim is to find out the degree of understanding of the change to come in the era of digital transformation not only on the part of decision-makers, but above all on the part of the operational level to see their degree of predisposition to accept, resist, or appropriate the changes.

Methods: we opted for intervention research in line with the constructivist paradigm, using a questionnaire assigned to 105 people.

Results: The quantitative study highlights contradictory representations marked by situations of acceptance and resistance to the IIS, which need to be managed in order to converge towards the tool's appropriation by the players.

Conclusion: We have clarified the difficulties of implementing changes that were not initially grasped by the project's decision-makers, by avoiding areas of resistance and reinforcing areas of appropriation by all organizational strata, in order to have a collective creation of meaning and maintain order in a context of disorder.

Key words: organizational change, digital transformation, research-intervention, hospital actors.

Correspondance

Jihane Chaanoun

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche et applications en Management, Ecole Nationale de Commerce et de Gestion Oujda, Maroc.

Email: Jihane.chaanoun@gmail.com

INTRODUCTION

Depuis le temps, la conduite du changement organisationnel est sujet à des difficultés que ce soit au niveau de l'étape d'élaboration du changement où celle de sa mise en œuvre. A l'instar de (3) nous considérons que « *la pratique de changement est loin de correspondre à l'exercice d'une science exacte. De nombreux aléas ponctuent toujours les démarches les mieux anticipées. Le succès de ces chantiers nécessite de savoir adapter en permanence la démarche afin de faire face à l'ensemble de risques qui se présentent sur la majorité des projets* ». L'objectif est de chercher alors une cohésion entre les acteurs afin de faciliter par la suite le processus de contagion sociale et émettre une influence positive sur le reste des individus appartenant à ce même système social pour diminuer leur réticence et changer leur perception vis-à-vis du changement afin de mieux l'amorcer et par conséquent parvenir à son appropriation. D'une manière générale et plus spécifiquement les organisations hospitalières, celles-ci évoluent dans un contexte turbulent et de changements incessants marqué par des crises sanitaires et des transformations socio-économiques caractérisées par des ruptures, des tensions et des désaccords d'où l'importance de remettre en question les règles et les lignes de conduite à tenir. De plus, le contexte de disruption et d'incertitude croissante met ces dernières face à des enjeux de transformation et de changement incessant ce qui les poussent à adopter des mécanismes de gestion plus innovants dans les ressources et même les processus de travail favorisant une culture de proximité d'efficacité, de qualité et de transparence des services publics afin de faire face à la rigidité, la lourdeur et le cloisonnement dans leur fonctionnement interne (4). Car naturellement, la transformation digitale constitue une source de disruption majeure à laquelle s'ajoute la montée des exigences des usagers dans un environnement en mouvance afin de faire une transition d'une organisation traditionnelle classique vers une organisation flexible et agile dans une approche systémique qui s'appuie sur les méthodes agiles basées sur « *la technologie ainsi que la mise en place des outils du travail collaboratif tout en améliorant l'expérience utilisateur afin de créer les conditions du développement de l'agilité et de l'intelligence collective* » (5). Ceci étant, l'agilité organisationnelle permet de fournir aux acteurs organisationnels certaines compétences et connaissances avec une restructuration des processus organisationnels à travers « *l'utilisation des nouvelles technologies* » (6) car aujourd'hui, la transformation digitale n'est plus jugée comme un coût, une option, mais plutôt comme un catalyseur d'agilité organisationnelle. Ainsi, l'introduction et la réussite du changement organisationnel dans un système organisationnel n'est pas conditionnée uniquement par l'acceptation positive du changement mais de passer au-delà pour arriver à son appropriation et être « *institutionnalisés et consolidés par l'ensemble des acteurs* » (7) via une intégration de ces derniers dans la phase de conception et de préparation du changement ainsi que dans l'étape de son opérationnalisation en les informant des impacts positifs du changement

envisagé, de ses modalités dans le but d'accélérer leur appropriation du changement (8). Cependant, connaître l'état d'esprit des acteurs n'a jamais été une chose aisée et surtout dans une organisation hospitalière caractérisée par sa complexité dans un contexte aussi complexe et souvent opaque qui est l'organisation hospitalière. Car, « *une majorité d'acteurs évoquent à la fois des représentations favorables et des représentations défavorables par rapport au changement* » (9). Ainsi, le capital immatériel qui est considéré comme le pilier angulaire de la réussite du changement organisationnel peut constituer également des entraves à sa mise en œuvre sous l'expression de ce qu'on nomme « *la résistance au changement* » comme une face sombre du changement organisationnel d'où l'importance de faire recours à la « *théorie du sensemaking* » avancée par (10) qui insiste sur une élaboration collective du sens au niveau des organisations selon un processus organisationnel appelé (Organizing) mettant en exergue l'interaction entre l'acteur, le groupe auquel il fait partie et l'organisation dans son ensemble comme un processus social à multi-niveaux avec une tension entre l'activité individuelle et sociale et par la suite favoriser une vigilance et une conscience collective (Mindfulness) afin de s'adapter aux situations exceptionnelles, non anticipées et surprenantes et par conséquent parvenir à la réussite du changement organisationnel. Car très souvent, un changement nouveau n'est pas souvent bien accueilli par les acteurs et des situations de résistance peuvent se manifester en raison des attitudes défavorables adoptées par les individus lorsque l'on touche leur zone de confort habituelle. Cela étant, il faut opter pour l'approche expérientielle via « *des ateliers participatifs afin de pérenniser ce mode collaboratif* » (11). Au niveau de notre travail de recherche, nous avons réalisé une étude quantitative par le biais d'un questionnaire qui nous a permis d'identifier les différents comportements adoptés par les acteurs face à l'introduction d'un projet de changement organisationnel à l'ère de la transformation digitale afin de connaître les attitudes du personnel à l'encontre d'une nouvelle solution de travail qui est un système d'information financier et comptable en évaluant les comportements, les opinions, les attentes et surtout les perceptions avec une possibilité de croisements des conclusions au niveau de la population globale étudiée.

MÉTHODES

Nous cherchons à inscrire notre problématique dans une posture constructiviste comme un paradigme exploratoire de la connaissance surtout dans les sciences humaines et sociales. A cet effet, nous adoptons une démarche abductive faisant un aller-retour (terrain-théorie) pour expliquer l'objet de la recherche et les comportements réels des acteurs hospitaliers. Pour approcher le terrain, nous avons opté pour une étude longitudinale au CHU Mohammed VI Oujda où nous sommes acteur qui est caractérisé par sa complexité marquée par la pluralité des acteurs et des logiques, les processus interconnectés, la complexité liée aux missions etc. A cet effet, nous pensons

que cette proximité du terrain faciliterait notre recherche. Nous avons déployé la « *recherche-intervention* » ce qui implique par conséquent une interaction active sur le terrain avec les différents acteurs organisationnels afin de produire de la connaissance contextuelle utile et valable à la fois pour les professionnels et les théoriciens. A cet égard, la recherche-intervention longitudinale dans le CHU Mohammed VI d'Oujda va nous permettre d'avoir l'accès à une panoplie d'informations avec beaucoup de précisions ainsi que l'étude des situations de gestion jugées critiques pour produire une connaissance spécifique et contextuelle. Ainsi, nous allons collecter les besoins, les perceptions et les attitudes des acteurs organisationnels à chaud ayant deux principaux objectifs. Le premier tend vers l'interaction avec une organisation hospitalière très complexe afin de renforcer son agilité organisationnelle et le deuxième cherche à développer des connaissances scientifiques utiles pour les chercheurs. Par ailleurs, nous avons choisi le cadre d'intervention le plus adapté pour la mener à bien en faisant un maillage entre le monde académique et empirique. Plus clairement, pour les chercheurs, nous allons collecter des données empiriques d'une très grande richesse à travers leur confrontation avec les matériaux théoriques et par la suite obtenir une augmentation du corpus de la production de la connaissance scientifique. Comme outil d'investigation, nous allons opter pour l'observation participante, l'analyse documentaire et un questionnaire dans le but de répondre aux objectifs visés dans un canevas bien structuré. La vocation de cette étude quantitative est de réunir toutes les visions des acteurs pour les faire œuvrer vers un sens commun qui est la réussite et l'institutionnalisation du changement. Il convient de noter que chacun d'entre nous peut se considérer comme satisfait ou insatisfait pour des raisons qui lui sont propres. C'est pour cette raison que ce questionnaire est anonyme. Nonobstant, le facteur humain peut être sujet à la résistance et donc notre but est de cartographier les résistants aux changements qui est une affaire laborieuse étant donné que les causes explicatives de la résistance se multiplient à différents niveaux et l'essai de compréhension du facteur humain demeure difficile mais reste toujours possible. C'est dans cette optique que ce questionnaire va nous donner l'opportunité de contourner les différentes perceptions des acteurs hospitaliers par rapport à un changement technologique dans le but de connaître le degré de prédisposition de ces derniers à s'approprier les changements ainsi que l'identification des différentes sources de résistance, afin d'assurer un accompagnement et un pilotage nécessaire et parvenir à son appropriation. De plus « *un débat dialectique est toujours nécessaire pour aiguïser les choix, les fonder ou les faire accepter* » (12). L'analyse du questionnaire attribué auprès de 105 répondants de tous les niveaux hiérarchiques et tous les profils confondus, nous a permis une grande richesse de résultats. Cette technique d'expérimentation permet d'impliquer les agents pour réduire les résistances passives étant donné que le changement peut générer une anxiété liée à l'inconnu, l'incertain et constitue un synonyme de remise en cause et une menace pour l'avenir des individus tel

est le cas du projet Système d'Information Intégré. En amont de l'intérêt de comprendre la dynamique comportementale des individus, l'objectif est de comprendre le processus et les difficultés de la gestion du changement organisationnel car la littérature stipule la prise en considération de ces dernières qui proviennent du terrain et ne pas se limiter au changement pensé qui peut se disloquer, d'où la nécessité de s'intéresser à la dimension humaine de ceux qui peuplent l'organisation hospitalière. L'idée de départ est de connaître le niveau de prédisposition des acteurs à accepter le changement à venir en relation avec la transformation digitale qui est le projet « *Système d'Information Intégré* » et surtout de connaître les compétences des collaborateurs en évaluant leur capacité d'adaptation pour avoir par la suite des comportements agiles. Cependant, et dans n'importe quel projet de changement organisationnel, on peut être confrontés à une situation jugée délicate marquée par des attitudes de résistance des individus.

L'échantillon du questionnaire

Pour le choix de notre échantillon, nous avons pris en considération comme critère, l'ancienneté dans le poste qui est d'une moyenne de dix ans ainsi que la diversité des niveaux hiérarchiques et des profils. Nous avons réalisé ce questionnaire auprès des acteurs hospitaliers pour un échantillon de 105 enquêtés sur une population mère de 232 acteurs comme cela est démontré dans le tableau suivant :

Tableau 1. Echantillon détaillé du questionnaire

L'échantillon détaillé du questionnaire	Effectif total	Le nombre d'enquêtés
Administrateurs	35	29
Ingénieurs	7	2
Techniciens	174	62
Secrétaires	9	6
Profil médical rattaché la direction générale	2	1
Profil paramédical rattaché à la direction générale	5	5
Total	232	105

Source : Auteurs

Nous avons essayé d'enquêter les différents profils confondus composés de 1,9% des ingénieurs, 27,6% des administrateurs, 59% des techniciens, 57% des secrétaires, 1% du profil médical, 4,8% du profil paramédical pour toucher à toutes les catégories du personnel dans des services différents avec une ancienneté de 10 ans pour un essai de compréhension des représentations des acteurs, qu'elles soient positives ou négatives par rapport à l'implantation de cet outil digitalisé. Concernant le facteur âge, pour 63,8% de la population, l'âge moyen des acteurs est de moins de 35 ans, 31,4% du personnel ont entre 35 et 44 ans, et 4,8% seulement de la population ont un âge entre 45 à 54 ans avec une cible homogène répartie respectivement en 45 hommes et 60 femmes.

RESULTATS

Beaucoup de travaux de la littérature récente portent sur les attitudes et les comportements des acteurs entre acceptation, résistance ou appropriation face aux changements organisationnels. Mesurer l'acceptation ou la résistance au changement a toujours été une tâche délicate à opérer vu l'inexistence d'une mesure valide ou fidèle de la résistance. A notre niveau, nous avons indiqué uniquement les représentations des acteurs sans plus, pour prévoir la réussite ou non du SII et en cherchant surtout à identifier les fonctionnalités du projet qui doivent répondre d'une manière optimale aux objectifs des acteurs hospitaliers, son utilisabilité (le niveau de facilité de la solution) et les modalités de la régulation du fait que la solution doit être acceptée au niveau d'un système en adaptant la technologie à leur fonctionnement. L'un des principaux résultats de l'étude quantitative est l'ambivalence des représentations qui nous ont conduit à choisir un processus de régulation de la résistance inhérente à la réalité sociale et à maintenir l'équilibre organisationnel qui est résultant de la capacité du CHU Mohammed VI d'Oujda à s'adapter et à évoluer car « *si un groupe menacé par un projet rationalisateur parvient à maintenir ou à reconquérir sa marge de liberté, il a, en quelque sorte, réussi son appropriation du changement* » (13). Dans le cadre de notre recherche le projet technologique passe du statut de la solution à celui de la résistance. D'après une majorité de répondants, le problème ne réside pas dans le changement technique mais surtout dans les effets de ce changement sur les modes de travail et les relations entre le personnel. Amorcer un changement organisationnel sans évaluer ce qu'il peut engendrer dans les représentations des acteurs donne souvent lieu à une résistance car « *les principales résistances viennent de la peur de perdre des avantages acquis, mais aussi de l'inquiétude liée aux perturbations des modes habituels de pensée où d'action* » cité dans (14). Nous pouvons comprendre qu'il existe une résistance au changement social plutôt qu'au changement technique. Suite à ces contraintes technico-économiques et d'autres socio-politiques (cognitives) il est important d'avoir recours à l'apprentissage qui joue un rôle fondamental pour maintenir l'équilibre constructif entre les divergents pour une appropriation progressive d'un nouvel outil à travers des essais et des erreurs pour « *admettre l'erreur et le doute comme source de vérité sont autant de conditions nécessaires à la créativité positive* » (15) pour avoir une organisation hospitalière « *en train de se faire un organizing* » (16) en procédant à des ajustements, des négociations et des régulations pour légitimer le changement surtout que le CHU Mohammed VI d'Oujda est connu par la pluralité des logiques, ce qui peut générer certaines tensions et divergences. Nous avons même procédé à l'accompagnement des personnes résistantes et surtout celles non informées via des formations et groupes de travail en mobilisant la capacité d'écoute, d'animation, de compréhension et surtout de confiance avec un fort appui du leadership. A ce niveau, nous retenons la théorie de « *l'économie de convention* » développée par (17), (18) qui désigne

« *une forme permettant de coordonner des intérêts et des représentations différentes, voire contradictoires qui relèvent de logiques opposées mais qui ont besoin d'être ensemble pour être satisfaites* » dans le but de chercher à créer l'équilibre organisationnel au niveau du CHU Mohammed VI d'Oujda en tirant sa force du pouvoir « *de la régulation du système social des rapports entre tous les acteurs qui la composent* » (19) car c'est la seule ressource qui en définitive conditionne la réussite du changement. A ce niveau, nous allons mettre en perspective les résultats extrapolés de notre étude quantitative réalisée auprès d'une cible composée de 105 personnes réparties entre les différents profils notamment : les ingénieurs, les administrateurs, les secrétaires, le personnel médical et paramédical pour un essai de compréhension des représentations des acteurs, qu'elles soient positives ou négatives par rapport à l'implantation de cet outil digitalisé. Ainsi, « *tout changement organisationnel crée un sentiment d'anxiété et d'insécurité* » (20) et provoque des ruptures avec les routines organisationnelles pour maintenir l'équilibre organisationnel, surtout dans un terrain complexe caractérisé par la pluralité des logiques comme le CHU Mohammed VI d'Oujda.

La présentation du projet de changement nommé « SII » au niveau de la direction générale

Dans un monde VUCA, il est important de s'aligner sur les évolutions environnementales et améliorer le statut quo de l'organisation. A ce titre le Système d'Information Intégré est venu pour jouer le rôle de coordination en renforçant la traçabilité entre les différentes parties prenantes, pour évoluer aisément dans un cadre institutionnel et technologique en perpétuelle mutation. Dans la même veine, le CHU Mohammed VI d'Oujda a opté pour ce projet afin de moderniser ses procédures et ses méthodes de travail pour accomplir convenablement ses missions dans les bonnes conditions et atteindre les objectifs escomptés. Compte tenu de ce qui précède, il s'avère utile de se doter d'une organisation appropriée, d'une technologie d'information de pointe et surtout de compétences adaptées. C'est dans cette optique que le CHU Mohammed VI d'Oujda a mobilisé des ressources financières importantes à travers la passation d'un marché pour l'acquisition d'un SII dans l'objectif de remplacer les procédures faites sur papier de nature classique par d'autres innovantes qui n'est plus un choix mais plutôt une nécessité d'ordre organisationnel. Ce projet désigne un système d'information intégré pour une gestion financière et comptable ainsi que la gestion des ressources humaines afin d'optimiser le travail des services avec une simplification des procédures. L'objectif est d'avoir une unité de commandement proactive et une organisation ambidextre via la conciliation des variables agiles et non agiles. Ce projet en particulier permettra de réaliser un changement à la fois culturel, organisationnel et opérationnel via une concentration totale sur l'utilisateur et la valeur qu'il apporte, et par conséquent l'amélioration de ses activités pour in fine satisfaire les usagers et assurer un changement dans les modes de travail afin de créer des services fonctionnant de manière

optimale. De surcroît, l'objectif de cette expérience « SII » réside dans l'optimisation de l'utilisation des moyens en optant pour la déconcentration et décentralisation dans le processus décisionnel en étant connecté avec le reste des services et par conséquent le circuit de prise en charge des usagers comme un levier stratégique contribuant à la performance via des indicateurs de productivité pour responsabiliser et motiver les acteurs hospitaliers. Cet univers partagé permettra d'orienter l'usage de ce projet vers une finalité de contrôle et d'organisation (car chacun peut voir ce que l'autre fait en étant informé, pour communiquer et coordonner avec toutes les parties prenantes à un rythme rapide des feedbacks). Ainsi, et parmi les avantages du SII ce système va permettre d'éclairer les décideurs dans le cycle de la prise de décision et rendre compte de la performance du CHU, avec une édition des tableaux de bord.

Résultats quantitatifs par Items

Pour notre questionnaire, nous avons mobilisé des questions fermées et d'autres à choix multiples en traitant différentes dimensions. L'objectif de l'étude quantitative est de cartographier les personnes non intéressées par le changement et leur position de pouvoir (faible/fort) ainsi que le niveau d'intérêt (faible/fort), et d'en faire des alliés au changement. Plus clairement, nous allons classer les représentations des acteurs par catégorie et par attitude, pour opter par la suite pour un cycle de pilotage pour l'évaluation (en s'inspirant du modèle ICAP développé par (21) au niveau de notre questionnaire pour connaître « le degré d'information, de compréhension, d'adhésion et de participation au changement »). S'agissant de l'étape de la purification et la validation du questionnaire, nous l'avons réalisé en plusieurs étapes par le test de fiabilité via l'étude des coefficients de fiabilité de cohérence interne Alpha de Cronbach avec le logiciel d'Analyses Statistiques Jamovi et également le coefficient McDonald. Il convient de signaler que nous avons entamé une phase de pré-test du questionnaire, pour évaluer les échelles de mesure à garder ou à éliminer en gardant in fine 30 items au lieu de 37. Ce qui nous a permis d'avoir une robustesse en termes de résultats présentés comme suit :

Tableau 2. Le test de fiabilité du questionnaire

	Statistiques de fidélité de l'objet			
	Moyenne	Ecart- type	α de Cronbach	ω de McDonald
Echelle	2.78	0.378	0.873	0.893

Source : Via le Logiciel d'analyse Statistique Jamovi

En analysant le tableau ci-dessus, nous pouvons avancer que l'alpha de Cronbach permet de mesurer la consistance interne et la fiabilité de nos échelles de mesure. Pour l'ensemble des items α de Cronbach s'élève à 0.873, ce qui explique une excellente cohérence de l'échelle. Donc la fidélité du questionnaire demeure très bonne. Le coefficient Omega de McDonald, comme alternative au coefficient alpha de Cronbach, est de 0.893 et qui permet de donner une estimation plus précise de la fiabilité surtout lorsque la structure factorielle de l'échelle est complexe, comme dans notre cas liant l'acteur à l'outil

sous la forme d'un questionnaire composé de 30 items après test.

Concernant le premier Item relatif au diagnostic et la planification du changement à venir. Les trois premières questions de notre questionnaire permettent de donner une idée sur le diagnostic de l'existant et la planification du changement à venir. A cet effet, les résultats se sont avérés concluants. 29,5% des répondants ignorent ce que signifie le PEH. Tandis que 70,5% disposent d'une idée par rapport à ce dernier avec une participation de seulement 6 personnes d'une manière exhaustive et de 23 personnes d'une manière partielle dans sa conception. Tandis que 44 personnes n'ont pas participé à son élaboration mais expriment une volonté de le faire avec 32 autres acteurs qui ne souhaitent pas du tout participer à la définition de ce PEH. Ce postulat nous permet de déduire que l'implication des acteurs dans la définition du PEH a été partielle voire absente et sa diffusion n'a pas pu se faire à tous les niveaux hiérarchiques. Ce qui peut engendrer une résistance par rapport à l'opérationnalisation des orientations stratégiques qu'ils ignorent totalement. Ensuite, et dans le même sens, et s'agissant de la question portant sur la communication de la vision du changement à venir, qui est dans notre cas l'implantation du Système d'Information Intégré, 70,5% des acteurs ont été informés par rapport à ce projet tandis que 29,5% ignorent complètement son existence avec une participation partielle dans la définition des besoins du SII. Nous notons que cette phase de cadrage demeure primordiale car elle permet de détecter et d'identifier les vrais besoins des acteurs à prendre en considération dans la solution digitalisée à venir pour garantir son appropriation. Ces résultats concluants, démontrent une faible communication et coordination au niveau horizontal et vertical avec une absence de traçabilité. Ce qui justifie en quelques sorte, pourquoi le projet n'a pas pu livrer les promesses de départ, avec une faible implication des acteurs. Au niveau du deuxième Item relatif à l'évaluation du niveau de compréhension du changement à venir, notre objectif est de connaître le niveau de compréhension du changement à venir. A cet effet, et par rapport au degré d'acceptation du changement qui est dans notre cas le SSI, 38 personnes attestent qu'ils acceptent ce projet à 100%, 50 personnes sont entre 50 et 70% du niveau d'acceptation, 13 personnes expriment un degré d'acceptation inférieur à 50% et 4 personnes sont résistantes au changement avec un niveau d'acceptation du SSI égal à 0. Aussi, 23 personnes de la population disposent d'un degré de compréhension du changement futur estimé à 100%, 56 personnes estiment un degré de compréhension du changement futur entre 50% et 70%, avec 22 acteurs qui disposent d'un niveau de compréhension du changement futur inférieur à 50% et 4 autres personnes qui ne disposent d'aucune compréhension par rapport à ce SII et ses objectifs. Ces différents paramètres nous permettent de déduire que la plupart des acteurs sont impliqués, motivés, ont accepté et ont compris les apports du SII avec une minorité qui nécessite des efforts d'accompagnement pour les faire converger vers une création collective du sens. Ces résultats extrapolés permettent de déduire la place

cruciale de l'engagement actif des acteurs dans la phase de cadrage du projet qui conditionne la réussite des étapes suivantes du changement. Cependant, le troisième Item traite le mode d'introduction du changement et sa mise en œuvre. A cet effet, nous avons jugé nécessaire d'évaluer le mode d'implantation du changement qui constitue généralement l'une des sources de résistance et d'échec des changements organisationnels. A cet égard, le niveau de satisfaction diffère d'une personne à l'autre. 41 personnes ne sont ni satisfaites ni insatisfaites par rapport au mode d'introduction du changement. 14 personnes sont plutôt satisfaites vis-à-vis de la manière d'amorçage et d'implantation de la nouvelle solution digitalisée avec la présence de 9 acteurs qui ne sont pas du tout satisfaits. Tandis que 6 personnes expriment une très forte satisfaction à l'égard de la manière de conduite du SII avec 35 personnes qui sont plutôt satisfaites. Cela permet de comprendre d'une manière générale que le niveau de satisfaction du personnel par rapport au mode d'implantation de ce projet en particulier demeure faible. Ajoutons à cela que le niveau d'évaluation et de pilotage demeure très faible, alors qu'il fait partie des facteurs clés de succès de la réussite du changement organisationnel quelle que soit sa nature avec l'existence d'un écart entre la vision du changement et la perception des ressources humaines. Au niveau du quatrième Item portant sur les dispositions psychologiques et les traits de la personnalité, nous avons cherché à connaître si le personnel dispose des capacités d'adaptation qui jouent un rôle prépondérant dans un monde VUCA. Nous soulignons les traits de personnalité du personnel méconnus par l'établissement, afin de savoir si le personnel est agile ou pépère, défaitiste ou motivé, a un sentiment d'appartenance ou non car ces caractéristiques attitudeles reflètent l'acceptation ou non du changement. Il est indéniable que la transformation digitale se fonde sur le travail collaboratif et l'esprit d'équipe. Pour ce faire, nous avons jugé nécessaire de questionner les acteurs par rapport à cette capacité primordiale. Nous avons obtenu les réponses suivantes : 81,9% des acteurs aiment travailler en équipe tandis que 18,1% souhaitent travailler seuls. Ensuite, nous avons interrogé le personnel par rapport aux leviers d'agilité organisationnelle pour savoir s'ils disposent des capacités d'adaptation. Ces résultats positifs permettent d'avancer que nous sommes devant un personnel jeune et réactif prêt à s'aventurer dans un nouveau processus de changement humain. Nous avons également questionné les répondants par rapport à ce qu'ils expriment face au SII. Les résultats déduits permettent de signaler que 13,3% de la population sont résistants par rapport au SII avec 21% des acteurs qui expriment un sentiment de crainte par rapport à l'imprévu, 21% personnes qui expriment un sentiment d'insécurité et 15,2% des personnes sont méfiantes surtout par rapport aux fournisseurs avec un total de 61,9% qui expriment une certaine motivation par rapport au SII.

Le classement des résultats auxquels nous sommes parvenus peut se présenter autour de trois éléments clés : des représentations controversées qui sont dans une logique d'opposition (positives/négatives /non informés). Ce classement des représentations par positionnement

favorable, défavorable ou passif nous a beaucoup aidé dans la mesure où il y a eu des divergences à l'ère du Système d'Information Intégré, comme la valorisation de l'acteur/sa remise en cause, les avantages/menaces, l'utilité/la charge supplémentaire, l'agilité/l'inertie, etc. Cette analyse des représentations enchevêtrées et ambivalentes a été réalisée à partir des données collectées par l'intermédiaire de notre étude quantitative qui nous a permis d'identifier trois catégories d'acteurs. Les représentations positives sont celles des protagonistes du changement qui sont intéressés pour l'accélération du projet avec des perceptions favorables en faveur du changement. On trouve également les représentations négatives des opposants qui sont les vrais destinataires du projet exprimant une résistance au changement en l'absence des étapes bien déterminées pour la conduite du changement. A titre illustratif, dans la phase de diagnostic et d'expression du besoin, le cadrage du projet a été raté et l'étude préalable n'a pas tenu en compte le besoin des acteurs surtout les utilisateurs directs de cette solution digitalisée ainsi que l'identification des processus exacts, étant donné que nous avons un workflow très important au niveau du CHU Mohammed VI d'Oujda. En analysant profondément les résultats, et d'après les réponses obtenues, la difficulté ne réside pas dans le changement technique mais surtout aux effets de ce changement sur les modes de travail et les relations entre le personnel. Nous pouvons comprendre qu'il existe une résistance au changement social plutôt qu'au changement technique. Ainsi, une bonne partie des acteurs s'est habituée depuis l'année 2014 à effectuer le même type de travail dans les mêmes conditions et refuse par tous les moyens possibles les innovations proposées par le CHU Mohammed VI d'Oujda. Ce qui ralentit la concrétisation des changements et par conséquent l'augmentation des coûts. Car ce changement impacte l'identité des individus en première position avant d'impacter leur façon de faire. Ajoutons à cela que les représentations négatives existantes ne sont pas seulement liées à ces derniers, mais plutôt à la façon par laquelle le changement a été implanté et la décision de ce changement à la base avec d'autres facteurs que nous avons déduits des résultats extrapolés, et qui sont de natures psychologiques comme le détachement de la zone de confort, de l'autonomie, etc.

Dans cette lignée, la résistance au changement peut avoir plusieurs dimensions touchant le comportement, l'émotion et les valeurs des individus en la considérant comme une force restrictive au changement au sens de « la théorie des champs de forces » développée par Lewin. A la lumière des résultats collectés, le mode d'introduction de la solution a été planifié en évinçant une partie des acteurs de la tâche de conception et de cadrage du projet, et qui les pousse à « trouver une place dans la nouvelle organisation » (22). Il existe également une autre catégorie d'acteurs qui sont les non-informés considérés comme des acteurs passifs qui relèvent du niveau opérationnel et qui sont généralement inertes et neutres. Toutefois, l'inertie organisationnelle est considérée comme un frein au changement. Ces derniers ignorent l'existence de cette solution digitalisée et ses

avantages et qui ont reçus une information de mauvaise qualité avec une formation insuffisante, sans s'assurer de leur implication dans le processus de changement qui selon eux n'est ni positif, ni négatif. Cette divergence des comportements des acteurs quant au changement organisationnel entre des opposants, des passifs et des souteneurs du changement en tant que représentations enchevêtrées, relèvent d'une imbrication de plusieurs niveaux de références comme l'importance du projet pour la direction avec la remise en cause des compétences de l'acteur qui l'utilise. Plus clairement, un changement important pour l'organisation n'est pas forcément motivant pour l'utilisateur. Egalement, la Transformation Digitale exprimée par un chef de service n'a pas la même signification par les personnes relevant du niveau opérationnel. Ce constat nous laisse comprendre que les comportements des individus demeurent instables dans le temps étant donné qu'ils sont impactés par des facteurs externes liés à la conjoncture. Pour ce faire, et pour créer l'équilibre organisationnel en tant que chercheur-intervenant au niveau du CHU Mohammed VI d'Oujda disposant d'une sorte d'expertise, et suite à cette étude longitudinale sur le terrain, on doit ajouter des forces favorables pour pousser l'organisation vers le changement désiré, ou opter pour une diminution de la résistance, ce que nous avons choisi de faire dans notre cas en travaillant sur des dispositifs de la gestion de la résistance pour assurer un meilleur pilotage du changement organisationnel et parvenir à une meilleure régulation sociale basée sur les leviers d'une appropriation efficace du changement pour la transformation de la culture organisationnelle vers le mieux et la réussite des nouveaux changements. A ce niveau, nous avons décidé de programmer des ateliers d'accompagnement avec les opposants du changement ainsi que les non-informés pour les sensibiliser et de revoir avec eux le processus de changement en entier, tout en favorisant leur adhésion et leur engagement en apprenant des erreurs du passé pour réussir les changements à venir. Concrètement, nous avons opté pour un recadrage dynamique orienté vers l'action collective et la réalisation d'une carte d'immunité par les leaders pour se prémunir contre la résistance et réussir les différents changements durables par un processus de régulation sociale surtout sur un terrain d'intervention qui reste positif et qui est dominé par le souhait des acteurs à réussir le changement et l'amélioration continue. En analysant les propos des répondants, les motifs sous-jacents à la résistance sont les suivants :

- *La résistance découle du changement* : elle surgit surtout quand les individus sont l'objet du changement et surtout lorsqu'on ne prend pas en considération leurs besoins au moment de la phase de cadrage du projet ;
- *La résistance au changement lui-même* : le facteur de la performance espérée d'une technologie permettra de gagner en performance au travail. Cependant, son utilité n'est pas du tout perçue en méconnaissant ses avantages ;
- *La résistance au changement comme un résultat d'une mauvaise gestion* : les acteurs résistent à la façon par laquelle le changement est instauré (23) ;
- *La résistance au changement comme « une étape dans le processus d'adaptation »* : et comme sa contrepartie (23).
- *La résistance au changement, un phénomène négatif pour l'organisation* : « L'expression implicite ou explicite de réactions négatives ou défensives face au changement, ou de forces restrictives qui s'opposent à la réorganisation des façons de faire et à l'acquisition de nouvelles compétences, elle est sans aucun doute la boîte noire de tous ceux qui véhiculent des idées de changement. » (24) ;
- *La résistance comme un facteur social* : la résistance n'incombe pas seulement des facteurs techniques et technologiques mais elle provient des changements humains et sociaux qui sont engendrés par les changements technologiques, le cas du SII ;
- *Les modalités de la mise en œuvre des changements* : qui correspondent aux réactions qui peuvent produire un mécontentement et qui se manifestent de façon défensive, négative, en banalisant le changement. De surcroît, les gens résistent à la façon par laquelle le changement a été implanté (25) accompagnée d'une absence de formation adéquate dispensée en temps opportun pour acquérir des compétences nouvelles suite à l'introduction des nouvelles technologies (26). Cette formation doit être bien étudiée et animée par des coachs et des professionnels en la matière. Sans oublier la faible communication avec l'absence de diffusion d'une information de qualité et pertinente afin d'accomplir les nouvelles tâches et les nouveaux rôles. Ce qui accentue la résistance et impacte fortement le niveau d'acceptation du changement. Sans oublier l'absence des moyens et des outils d'opérationnalisation du changement (absence d'orientation, de sensibilisation, d'habilitation, de préparation, de formation, de consultation). Ainsi que la modification des normes socio-culturelles de l'organisation ;
- *La perception des besoins des utilisateurs* : le changement est adapté aux besoins des décideurs alors que les destinataires du changement voient que les nouvelles façons de faire constituent un obstacle inopportun. Cela étant dit, la prise de décision au niveau stratégique n'a pas été légitime ;
- *Les facteurs de pertinence* : les destinataires perçoivent le changement à venir comme un dysfonctionnement dans les nouvelles pratiques et que le changement nouveau n'entraînera pas d'amélioration. Ce qui est justifié par l'absence de la non-participation des acteurs avec une inadéquation entre les exigences du changement et du management du capital immatériel. Ce qui engendre des coûts (perte de responsabilité, d'acquis, d'autonomie, etc.);
- *Les facteurs personnels* : Les individus cherchent la stabilité et l'équilibre qui leur permettent de satisfaire leurs besoins et d'augmenter leurs zones de confort. L'adoption du changement peut menacer cet équilibre et produire des réactions défensives comme le facteur clé de la non réussite des changements organisationnels avec un manque de valorisation des

ressources humaines, accompagné des décisions stratégiques défailtantes, un manque d'adéquation entre les exigences du changement et la gestion des ressources humaines et une exigence du changement en matière du savoir et du savoir-faire ;

- *Les facteurs cognitifs* : Correspondent à des structures cognitives et des modes de pensées dont disposent les individus et qui peuvent être inadaptés à certains changements. Les structures cognitives sont généralement acquises avant la vie d'adulte et elles sont enracinées et, difficiles à changer (27).

DISCUSSION

Il est indéniable que le changement génère des représentations multiples, complexes, dilemmatiques et souvent contradictoires. Cette situation marquée par des freins à desserrer, peut-être soulevée par l'accompagnement du leadership transformationnel pour l'implication des ressources humaines chargées du changement afin de le faire vivre. Il s'agit alors de la phase de pilotage qui englobe un ensemble d'actions à réaliser auprès des bénéficiaires du changement surtout les opposants et les non-informés, afin de réaliser le changement d'une manière opérationnelle dans l'environnement de travail dans un esprit participatif, avec une décentralisation des processus organisationnels et une communication accrue. A ce niveau, nous avons essayé de concilier les intérêts individuels et des groupes pour réaliser ceux de l'organisation en insistant sur le leadership des cadres intermédiaires qui sont les plus influents et considérés comme des relais de changement auprès des acteurs et qui doivent disposer d'un pouvoir crucial pour le management de l'environnement et de l'activité du CHU Mohammed VI d'Oujda, surtout dans un contexte de disruption en favorisant les nouveaux mécanismes de gestion inéluctables. A la lumière des données tirées de l'étude quantitative, nous avons déduit que le changement organisationnel peut avoir des significations qui diffèrent d'un acteur à un autre, en fonction du rôle des acteurs dans l'organisation, de la vision du futur et surtout de leur expérience vis-à-vis de ce changement qui peut souvent constituer une perturbation de la routine habituelle des acteurs. Toutefois, nous considérons que ces résistances au changement sont naturellement légitimes car chaque acteur va confronter le changement à ses acquis personnels pour faire une transition de la situation de départ vers la situation suivante. En outre, et dans ces périodes de transition, la communication joue un rôle crucial et les acteurs doivent être conscients que le changement souhaité est plus favorable et que le statut quo n'a plus de place tout en procédant à un accompagnement de l'individu, du groupe et par conséquent celui de l'organisation par la concrétisation des solutions pour augmenter l'institutionnalisation du changement. D'après les travaux de la littérature traitant les sciences de gestion, le parcours des individus suit le chemin suivant : nous avons le choc en prenant conscience du changement surtout que la situation va beaucoup

changer, le déni en minimisant l'impact fort du changement, le diagnostic de la situation du réel et son acceptation pour quitter la zone de confort et adopter de nouveaux comportements, la phase de mise à l'essai dans le cadre des ateliers de formations pour tester de nouveaux comportements (où peuvent apparaître des échecs) et par la suite la recherche du sens pour mieux contrôler ses actions et finalement l'appropriation pour la montée des compétences agiles. A partir de ces constats, nous avons procédé à une communication effective des apports du projet avec une sensibilisation des différents acteurs et cela dans le cadre des séances de formations ciblées, afin de parvenir à réussir ce projet sans faute. Le chef de service de la Communication, coopération et partenariat a procédé également à la diffusion du Projet d'Etablissement Hospitalier sur le site officiel du CHU Mohammed VI d'Oujda comme une action de changement tant souhaitée avec la réalisation des réunions hebdomadaires entre les différents chefs de services. Lors de cette phase, nous avons essayé de transformer les pratiques du groupe en opportunités du changement en inculquant les principes du changement agile face aux facteurs collectifs de la résistance tirée de nos résultats. A la lumière de ces constats, il devient nécessaire de recourir à un processus d'apprentissage pour une création des nouvelles capacités collectives. Dans une situation de changement organisationnel, on peut être confrontés à une situation jugée délicate marquée par des attitudes et des expressions de la résistance ce qui constitue un véritable challenge. Les travaux de la littérature stipulent que la grande part des projets de changement qui se soldent par des échecs sont dûs au facteur humain sujet à la résistance. Nous retiendrons de ce qui a précédé la non-participation de tous les acteurs hospitaliers dans la phase de cadrage du projet en l'absence d'utilisation des outils proposés par l'apprentissage organisationnel au sens de (28) qui constitue notre cadre théorique pour acquérir d'une manière collective des savoirs permettant de modifier les expériences vécues, ainsi que leur gestion (29) et de détecter les erreurs pour les corriger via des « *théories d'action* » (30) pour combler l'insuffisance et la rareté des connaissances existantes face aux situations nouvelles (31), en favorisant « *les interactions entre les différents acteurs* » (32). Car la résistance au changement « *est une douleur qui ne dit pas ce qui ne va pas, mais que quelque chose est mal vécu* » (33) et peut être perçue différemment par les acteurs puisque le changement modifie généralement leur pouvoir (vision stratégique) et remet en cause leurs valeurs identitaires (vision éthique) en le considérant comme une abondance de pouvoir relativement à une situation antérieure (vision historique) avec une surconsommation de l'énergie mentale (vision psychique). De plus, la résistance au changement permet de conserver l'état actuel (vision systémique) d'homéostasie afin de maintenir son équilibre. A ce niveau, nous retenons la théorie de la régulation sociale développée par Reynaud (34) et la théorie des conventions proposée par Favereau (35) & Gomez (36) qui cherchent à comprendre l'adoption des règles à partir du comportement des acteurs comme des dispositifs

d'ajustement à partir desquels ils peuvent négocier « pour arriver à un consensus et une interprétation commune des situations » (37). Parmi les processus de la régulation de la résistance, on trouve le training groupe et le team building qui favorisent la participation des individus dans les processus organisationnels. Également, le leadership transformationnel est là pour établir une culture digitale avec la mise en application des outils du travail collaboratif en améliorant l'expérience utilisateur et en insistant sur les modalités de la motivation et de l'adhésion de toutes les parties prenantes pour une création collective du sens (intelligence collective) et assurer le passage vers une organisation agile qui aura un impact fort sur la prise en charge des usagers. En outre, nous nous sommes appuyés également sur le design thinking comme un processus créatif pour produire de la valeur et se doter de nouvelles armes pour décider rapidement avec une réponse aux enjeux sociétaux et aux demandes des différentes parties prenantes, tout en faisant sortir les acteurs du carcan bureaucratique et en sollicitant des stratégies d'acceptation au niveau inter-organisationnel, pour mieux accepter les tensions. Dans le même sens, la dialectique-acteur outil provoque naturellement et dans la majorité des cas, de l'incertitude et de l'inconfort chez les acteurs avec un sentiment d'anxiété et de frustration. Il convient de les accompagner avec des dispositifs de communication et de formation pour garantir leur engagement actif dans l'institutionnalisation desdits changements dans un contexte de disruption et de crises récurrentes. Ainsi, comme nous sommes dans une organisation qualifiée de pluraliste, les comportements des acteurs hospitaliers divergent entre acceptation et résistance. Cette situation critique entre opposés et alliés, fait recours au propos de Vas (38) qui déclare que « le changement peut émerger où au contraire être freiné au cours d'un processus conflictuel opposant des intérêts divergents ». Ces résultats sont en accord avec le besoin de faire appel à la négociation et la concertation en mettant en avant les apports que le changement futur peut procurer aux individus, que ce soit en termes de souplesse de travail, de gains du temps tout en atténuant également les inconvénients s'ils existent.

CONCLUSION

Avec l'avènement de la transformation digitale, les organisations hospitalières sont dans l'obligation de développer des compétences appelées agiles et « de faire face aux défis de l'environnement rapidement en mettant en œuvre de nouvelles procédures et de nouvelles pratiques managériales » (39) eu égard au nombre important des établissements (toute taille, divers secteurs, âges différents, opérant dans des contextes différents) qui sont dans l'incapacité de trouver des réponses pertinentes dans un environnement en plein bouleversement. On parle alors de la complexité du système organisationnel hospitalier accompagnée d'un monde technico-socio-politico-économique en pleine croissance et surtout des modèles systémiques

et complexes incluant l'acteur et son organisation. En revanche, le but ultime de ces dernières est d'être agile d'une manière transversale en apportant des réponses aux changements incessants pour une satisfaction des usagers (2.0) et une anticipation de leurs besoins. Cependant, la transformation digitale malgré ses apports significatifs comme la simplification des procédures elle présente également des défis épineux à ne pas négliger comme le changement des rôles des acteurs dans les organisations avec la possibilité de la perte du pouvoir pour certains ce qui fait que la notion de résistance des individus émerge et s'amplifie. C'est dans cet élan d'idées que le rôle du leadership a pris place pour parvenir à créer le sensemaking afin de correspondre à la logique du CHU Mohammed VI d'Oujda, car tant que les représentations ambivalentes existent, le changement ne peut pas être conçu comme linéaire et doit prendre en considération les contradictions en n'étant ni séquentiel ni homogène.

REFERENCES

1. Kraus S, Durst S, Ferreira JJ, Veiga P, Kailer N, Weinmann A. Digital transformation in business and management research: An overview of the current status quo. *International journal of information management*. 2022 Apr 1;63:102466.
2. Sasmoko, S., Mihardjo, L., Alamsjah, F. et Elidjen, E. Capacité dynamique : L'effet du leadership numérique sur la promotion de la capacité d'innovation basée sur l'orientation marché. *Lettres des sciences de gestion*, 9 (10), 1633-1644. 2019.
3. Autissier D, Moutot JM. *Pratiques de la conduite du changement: Comment passer du discours à l'action*. Dunod; 2003 Aug 27.
4. Kraemer KL, Perry JL. Implementation of management science in the public sector. In *Public Management: Public and Private Perspectives 1983* (pp. 171-184). Mayfield Publishing co Palo Alto, Calif.
5. Le Cam JP, Lé F. Pour une approche intégrée de la transformation digitale tirée par le développement business. *Question (s) de management*. 2017 Sep(2):61-8.
6. Sherehiy, B. Relations entre stratégie d'agilité, organisation du travail et agilité des effectifs. Université de Louisville. 2008.
7. Kotter, JP, *Changement de direction*. Harvard Business School Press: Boston, MA, États-Unis. 1996.
8. Beer M, Eisenstat RA, Spector B. Why change programs don't produce change. *Managing change*. 1993 Jan 30;2.
9. Coch L, French Jr JR. Overcoming resistance to change. *Human relations*. 1948 Nov;1(4):512-32.
10. Perret V, Roger-Demontrond P. Analyse épistémologique des méthodologies d'audit des résistances au changement: nécessité d'une approche alternative. *Cahier de Recherche DMSP*. 1997 Oct(258).
11. Weick K-E. *The Social Psychology of Organizing*, Addison-Wesley (2e). 1979.
12. Habib J, Vandangeon-Derumez I. Le rôle du leader forme dans la transformation des organisations pluralistes: Analyse comparée de deux hôpitaux. *Revue française de gestion*. 2015(2):45-66.
13. Louart P. Succès de l'intervention en gestion des ressources humaines. Ed. liaisons; 1995.
14. Pichault F. Ressources humaines et changement stratégique. Vers un management politique. *Management*. 1993.
15. Vénier A. Manager sans a priori: dialectique de l'ordre et du désordre. *Revue management et avenir*. 2004 Jun(1):77-96.
16. Sainsaulieu R. La conduite sociologique du changement piloté en entreprise. *Education permanente*. 1992(113):53-64.
17. Weick KE. The social psychology of organizing. *M@ n@ gement*. 2015 Mar 15;18(2):1897.

18. Thévenot. L, "Les investissements de forme", in Con ventions économiques, PUF, CEE. 1985.
19. Orléan A. Analyse économique des conventions. (No Title). 1994.
20. Sainsaulieu, R. Sociologie de l'organisation et de l'entreprise. 1987.
21. de Montalembert P. Systèmes d'information hospitaliers. Pas seulement un problème informatique. Gestions hospitalières. 2010(500):591-4.
22. Autissier D, Moutot JM. Méthode de conduite du changement. Dunod; 2016.
23. Vandangeon-Derumez I. Changement prescrit et changement construit: la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes. InConférence de l'AIMS 1999.
24. Girisit H. Gérer la résistance au changement: Contribution de la mesure des niveaux de résistance des acteurs dans les projets de changement (Doctoral dissertation, Lyon 3).
25. Collettere P, Delisle G, Perron R. Le changement organisationnel: théorie et pratique. PUQ; 1997.
26. Bareil C. Gérer le volet humain du changement. Transcontinental; 2009.
27. Zghal R. L'appropriation de la technologie: le savoir et le développement. les cahiers du management technologique. 2002;12(2):87-105.).
28. Collettere P, Delisle G, Perron R. Le changement organisationnel: théorie et pratique. PUQ; 1997.
29. Davis FD, Bagozzi RP, Warshaw PR. User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. Management science. 1989 Aug;35(8):982-1003.
30. Koenig, G. « Apprentissage organisationnel : un état des lieux », Revue Française de Gestion, n° 85, Février, pp. 76-83. 1994.
31. Argyris C, Schön DA. Organizational learning: A theory of action perspective. Reis. 1997 Jan 1(77/78):345-8. (31) Bandura, A. Social Learning Theory, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 247 p. 1977.
32. Weick KE, Roberts KH. Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks. Administrative science quarterly. 1993 Sep 1:357-81.
33. Lawrence PR. How to deal with resistance to change. Harvard Business Review; 1969 Jan 1.
34. Reynaud JD. Les régulations dans les organisations: régulation de contrôle et régulation autonome. Revue française de sociologie. 1988 Jan 1:5-18.
35. Favereau O. Organisation et marché. Revue française d'économie. 1989;4(1):65-96.
36. Gomez PY. Le| gouvernement de l'entreprise: modèles économiques de l'entreprise et pratiques de gestion. InterEditions; 1996 May 1.
37. Gomez PY. Qualité et théorie des conventions. 1994 Oct 1.
38. Gomez PY. Le| gouvernement de l'entreprise: modèles économiques de l'entreprise et pratiques de gestion. InterEditions; 1996 May 1.
39. Vas A. Les processus de changement organisationnel à l'épreuve des faits: une approche multiparadigmatique. Management international. 2005;9(2):21-36.
40. Frimousse S, Peretti JM. Repenser la culture d'entreprise après la crise Covid-19. Question (s) de management. 2021;31(1):151-206.
41. Mrabet S, Jaziri A, Araoud M, Zellama D, Naija S, Ben Amor S, et al. Coronavirus disease-19 encephalitis as a differential diagnosis of a cyclosporine related posterior leukoencephalopathy syndrome: A case report. Tunis Med. 2024;102(7):429-432.